





MORTALIDAD POR AGRESIONES EN UN ESTADO DE LA REGIÓN NORTE DE BRASIL ENTRE 2000 Y 2019: TENDENCIA EN SERIES TEMPORALES

ASPECTOS DESTACADOS

1. Hubo mayor mortalidad general en adultos (20 a 39 años).
2. Las muertes por homicidio afectan mayormente al sexo masculino.
3. Hubo mayor mortalidad por homicidio en los jóvenes.
4. Contribuye a identificar parámetros y al análisis de casos.

Kaira Carla de Oliveira Portilho¹ 
Marcos Venicius Malveira de Lima² 
Rozilaine Redi Lago³ 
Greiciane da Silva Rocha³ 

RESUMEN

Objetivo: analizar la tendencia temporal de la mortalidad por agresiones en el Estado de Acre, según el sexo. **Método:** estudio ecológico de análisis de series temporales con datos extraídos del Sistema de Información de Mortalidad correspondientes a las muertes causadas por agresión (CIE X85 a Y09), ocurridas en el estado de Acre, Brasil, de 2000 a 2019. El análisis de datos se realizó utilizando el Modelo de análisis lineal generalizado de Prais-Winsten con un nivel de significación estadística del 5%. **Resultados:** hubo mayor mortalidad por causas externas en los adultos del sexo masculino. Se observó una tendencia creciente en los homicidios en el sexo masculino con una variación porcentual anual del 3,13% ($p=0,002$) y en ambos sexos del 2,92% ($p=0,003$). **Conclusión:** Esta información indica que hay una necesidad emergente de combatir y prevenir la violencia. Se destaca la importancia del profesional de enfermería en la movilización social y participación en la reformulación de políticas públicas contra la violencia.

DESCRIPTORES: Causas Externas; Mortalidad; Salud Pública; Sistema de Información de Mortalidad.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Portilho KC de O, Lima MVM de, Lago RR, Rocha G da S. Mortality due to assaults between 2000 and 2019 in a state from the brazilian north region: trend in time series. Cogitare Enferm. [Internet]. 2023 [cited in "insert year, month, day"]; 28. Available in: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.91478>.

¹Universidade Federal do Acre, Pós-Graduação Saúde Coletiva, Rio Branco, AC, Brasil.

²Secretaria de Estado de Saúde do Acre, Departamento de Vigilância em Saúde, Rio Branco, AC, Brasil.

³Universidade Federal do Acre, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Rio Branco, AC, Brasil.

INTRODUCCIÓN

Las causas externas vienen contribuyendo al aumento de la morbilidad y mortalidad en varias regiones del mundo, incluido Brasil. Alrededor del 90% de las muertes por accidentes y violencia ocurren en países de ingresos bajos y medios¹. Por ende, es común que haya pérdidas relacionadas con el ausentismo laboral y escolar, así como también altos costos relacionados con el aumento de las hospitalizaciones, atención en servicios especializados, rehabilitación, entre otras pérdidas sociopolíticas y culturales más amplias²⁻³.

Según la Organización Mundial de la Salud¹, las lesiones por causas externas incluyen los accidentes y la violencia, debido a lesiones no intencionales e intencionales, y a nivel mundial generan alrededor de 4,4 millones de muertes por año. Entre esas muertes en 2021 se destacan las personas de 5 a 29 años, afectadas principalmente por traumatismos relacionados con accidentes de tránsito, homicidios y suicidios.

En Brasil, las causas externas generaron una tasa de mortalidad del 67,8 por 100.000 habitantes en 2019, especialmente en las regiones Norte (76,3) y Nordeste (77,6), que superan tanto la tasa nacional como la de las demás regiones del país (la tasa por 100.000 habitantes de la región Sudeste es 59,0; la de la región Sur es 67,8; y la de la región Centro Oeste es 73,6). Acre tenía una tasa de mortalidad por causas externas de 73,1 y su capital, la ciudad de Rio Branco, de 73,4, ambas por 100.000 habitantes⁴. En cuanto al tipo de causa externa que generó esa tasa de mortalidad, tanto en Brasil como en el estado de Acre y en el municipio de Rio Branco, las agresiones son las principales causas de mortalidad, seguidas por los accidentes de tránsito⁴.

En respuesta a esta situación, se han realizado avances en las políticas de atención para causas externas en Brasil, al emitir ordenanzas ministeriales que regulan la línea de atención de trauma en la red de atención de emergencias⁵ y la organización de los centros de trauma⁶. Sin embargo, a pesar de la importancia particular que tiene la atención al sobreviviente de trauma, establecida en esas ordenanzas, cabe mencionar que es necesario que se realicen acciones para prevenir y promover la salud a fin de reducir las lesiones, que se invierta más para mejorar la calidad de la atención⁷.

Entre todas las lesiones que componen las causas externas, los homicidios se destacaron en diferentes regiones del mundo, en Brasil y en el estado de Acre^{1,4}. Según la OMS, cuando se trata de estadísticas mundiales de salud recientes, Brasil subió dos posiciones en el *ranking* de homicidios en la región de las Américas, entre 2015 y 2016, ocupando el séptimo lugar, con 31,3 asesinatos por cada 100.000 habitantes⁸. Además, según la UNODC, las tasas de homicidio en Brasil fueron consistentemente altas entre 20 y 26 por 100.000 habitantes en 2012, y aumentó a más de 30 en 2017⁹.

En lo que respecta al aumento de los homicidios en Brasil, el Atlas de la violencia¹⁰ señala que la evolución de las tasas de homicidios entre 2007 y 2017 fue bastante diferente entre las regiones brasileñas, eso indica que existen desigualdades regionales que marcan la distribución de este fenómeno.

El aumento excesivo de la mortalidad en las regiones Norte y Nordeste de Brasil en los últimos años puede estar relacionado con los conflictos entre organizaciones criminales, que estallaron entre junio y julio de 2016, al igual que el fenómeno de su interiorización en el país¹¹.

Debido a que la mortalidad por causas externas empeoró, este estudio tiene como objetivo analizar la tendencia temporal de la mortalidad por agresiones en el Estado de Acre, según el sexo.

MÉTODO

Se trata de un estudio ecológico de serie temporal, con análisis de las tendencias de mortalidad por homicidio en el Estado de Acre en el período 2000-2019. La recolección de datos se realizó de septiembre a octubre de 2021, con datos referentes al Estado de Acre que, según el censo de 2010, tiene una población de 733.559 habitantes, de los cuales 368.324 son hombres, y un Índice de Desarrollo Humano de 0,751¹². Acre es un estado brasileño ubicado en la región Norte de Brasil y ocupa un área de 152.581 km². Limita con los estados brasileños de Amazonas y Rondônia, forma parte de la región amazónica y limita con Perú y Bolivia, la mayor parte del límite internacional está cubierto por la selva amazónica.

Se seleccionó el período de estudio de 2000 a 2019 debido a la disponibilidad de los datos y para presentar la distribución de las muertes en un período de 20 años. Se incluyeron en el estudio todas las muertes de personas residentes en el Estado de Acre cuyas causas subyacentes fueran los códigos X85 e Y09 (agresiones), según la 10^a revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), incluidas las agresiones por medio de drogas, medicamentos y sustancias biológicas, sustancias corrosivas, pesticidas, gases y vapores, productos químicos y sustancias nocivas especificadas y no especificadas, ahorcamiento, estrangulamiento y asfixia, ahogamiento y sumersión, disparos con armas de fuego de mano, disparos con escopeta, carabina o arma de fuego de mayor calibre, arma de fuego no especificada, material explosivo, humo, fuego y llamas, vapor de agua, gases u objetos calientes, objeto cortante o penetrante, lanzamiento desde un lugar alto, lanzamiento o colocación de la víctima frente a un objeto en movimiento, impacto de un vehículo a motor, fuerza corporal, fuerza física, negligencia y abandono, otros malos tratos, otros medios especificados y no especificados.

Durante el período de estudio, los tipos de agresión que estuvieron entre los 10 más frecuentes son: X95 - agresión con disparo de otra arma de fuego o NE, X99 - agresión por objeto cortante o penetrante, Y00 - agresión por medio de objeto contundente, X93 - agresión por disparo de arma de fuego de mano, Y04 - agresión por medio de fuerza corporal, X91 - agresión por estrangulamiento, ahorcamiento, asfixia, Y09 - agresión por medios no especificados, Y07 - otros síndromes de maltrato, X94 - agresión por disparo de arma de fuego de mayor calibre, Y03 - agresión por impacto de vehículo a motor.

Las defunciones se obtuvieron del Sistema de Información de Mortalidad (SIM), disponible en el sitio web electrónico de acceso público del Departamento de Información del Sistema Único de Salud (DATASUS) del Ministerio de Salud (MS) brasileño⁴. Para la caracterización se consideraron las siguientes variables independientes: género (masculino; femenino); franja etaria en años (menor de 15; 15 a 19; 20 a 29; 30 a 39; 40 a 49; 50 a 59; mayor o igual a 60); raza/color de piel (blanco, negro, moreno, amarillo, indígena); estado civil (soltero; casado; viudo; divorciado/separado; otro); escolaridad (en años de estudio: ninguno; 1 a 3; 4 a 7; 8 a 11; 12 o más); y lugar donde ocurrió la agresión (hospital, domicilio, vía pública y otros: cuando la muerte se produjo en un lugar diferente a las tres opciones anteriores).

El análisis de tendencia temporal se realizó mediante el modelo de análisis lineal generalizado de Prais-Winsten, se consideraron como variables independientes los años en que ocurrieron las muertes (X) y como variables independientes las tasas de mortalidad (Y) [(número de muertes por agresión/población) x 100.000]. El modelo de Prais-Winsten se recomienda para corregir la autocorrelación serial en series temporales¹³. La prueba de Durbin-Watson, cuyo resultado se expresa en valores entre cero y cuatro, evalúa el nivel de correlación. Los valores cercanos a cero indican alta autocorrelación positiva, mientras que los valores cercanos a cuatro indican que la autocorrelación serial es negativa. Si, por el contrario, el valor de la prueba es cercano a dos, se concluye que no hay autocorrelación serial^{13,14}.

Por consiguiente, se realizó la transformación logarítmica de los valores de las series temporales de las tasas de mortalidad general y según el sexo, utilizando la función de regresión lineal generalizada de Prais-Winsten, para obtener los valores beta y sus respectivos intervalos de confianza¹⁴. La estandarización directa de las tasas de mortalidad por sexo se realizó teniendo en cuenta la población informada en el censo de población de 2010¹². En el paso siguiente, se ingresaron los valores de b1 correspondientes a cada tasa en la siguiente fórmula, para obtener la Variación Porcentual Anual (VPA):

$$VPA = [-1 + e^{b1}] * 100\%$$

Al analizar la VPA se establecieron tres posibilidades para interpretar la tendencia: (i) creciente, si la VPA es positiva; (ii) decreciente, cuando la VPA es negativa; y, (iii) estacionaria, cuando los valores del intervalo de confianza del 95% de la VPA pasan por cero. El paso final del modelo consistió en calcular los intervalos de confianza (IC) de las mediciones del estudio, de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$IC95\% = [-1 + 10^{b_{\text{mínimo}}}] * 100\%; [-1 + 10^{b_{\text{máximo}}}] * 100\%$$

En esta fórmula, los valores de b mínimo y b máximo se obtienen mediante el IC generado por el programa de análisis estadístico: el valor de b mínimo representa el punto mínimo del IC, mientras que el valor de b máximo representa el punto máximo del IC. El nivel de significación estadística considerado en este estudio fue del 5%. El procesamiento y análisis de datos se realizó mediante el software R (R Foundation for Statistical Computing), versión 4.0.2, en el que se utilizó el paquete "prais": Prais-Winsten Estimator for AR (1) Serial Correlation. R package versión 1.1.1.^{13,14}

Este estudio cumplió con los preceptos éticos de la Resolución del Consejo Nacional de Salud (CNS) n.º 466, del 12 de diciembre de 2012. Dado que sólo se utilizaron datos disponibles públicamente y sin identificación de los sujetos, se decidió no solicitar la aprobación del comité de ética en investigación (CEI).

RESULTADOS

Entre 2000 y 2019, en el Estado de Acre, ocurrieron 4170 muertes por agresiones en todas las franjas etarias, en ese periodo se registró un aumento del 23,9%, las causas externas representan una mortalidad del 44,8%, seguidas de los accidentes de tránsito con el 25,6% y de otras causas de lesiones accidentales con el 18,7%. La mayoría de las muertes corresponde al público masculino (90,8%) y la razón de mortalidad entre la población masculina y femenina es de 9,89:1 en dicho período. Las franjas etarias con mayor número de muertes fueron las de 20 a 29 (37,6%) y de 30 a 39 (22,7%) (Tabla 1).

Los lugares con más muertes fueron, respectivamente, la vía pública (36,5%) y las viviendas (23,2%). Los principales métodos de agresión fueron X95 - agresión con otra arma de fuego o no especificada (46,5%) y X99 - agresión con objeto cortante o penetrante (35,9%) (Tabla 1).

Tabla 1 - Características sociodemográficas y tipos de muertes por agresiones 2000-2019. Río Branco, Acre, Brasil, 2022

Variables	N	%
Sexo		

Masculino	3787	90.8
Femenino	383	9.2
Total	4170	100
Franja etaria (años)		
Menores de 15 años	112	2.7
15 a 19 años	680	16.4
20 a 29 años	1563	37.6
30 a 39 años	944	22.7
40 a 49 años	443	10.7
50 a 59 años	231	5.6
Mayor o igual a 60 años	179	4.3
Total	4152*	100
Estado civil		
Soltero	2415	73,9
Casado	421	12.9
Viudo	38	1.2
Separado legalmente	54	1.7
Otro	342	10.5
Total	3270*	100
Educación (años de estudio)		
Ninguno	452	15.2
1 a 3 años	786	26.4
4 a 7 años	1022	34.3
8 a 11 años	571	19.2
12 años y más	77	2.6
Total	2980*	100
Color de piel		
Blanco	666	17.3
Negro	145	3.8
Amarillo	6	0.2
Moreno	3002	78
Indígena	28	0.7
Total	3847*	100
Lugar de la muerte		
Hospital	888	21.4
Residencia	961	23.2
Vía pública	1514	36.5
Otros lugares	783	18.9
Total	4146*	100

Estado		
Río Branco (capital)	2599	62.3
Otros municipios	1575	37.7
Total	4174	100
Categorías de la CIE-10		
X95 Agresión por disparo de otra arma de fuego o NE	1931	46.5
X99 Agresión por objeto cortante o penetrante	1488	35,9
Y00 Agresión por medio de objeto contundente	265	6.4
X93 Agresión por disparo con arma de fuego de mano	213	5.1
Y04 Agresión por medio de fuerza corporal	83	2
X91 Agresión por ahorcamiento estrangulamiento asfixia	49	1.2
Y09 Agresión por medios NE	40	1
Y07 Otros síndromes de maltrato	38	0.9
X94 Agresión por disparo de arma de fuego de mayor calibre	26	0.6
Y03 Agresión por impacto de vehículo a motor	16	0.4
Total	4149**	100.0

Fuente: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Información de Mortalidad (SIM), 2022.

*Excluyendo los registros ignorados del total; **Excluyendo X97, X92, Y08, X85, X96, X98, Y01, Y05 e Y06.

La tasa estandarizada de mortalidad por homicidio por sexo mostró que hubo un aumento en los hombres en comparación con las mujeres a lo largo del período de estudio (de 2000 a 2019), se destaca una dinámica ascendente entre 2015 y 2016, un pico en la transición de 2017 a 2018 y una disminución cerca del 2018, que continuó en 2019 (Figura 1).

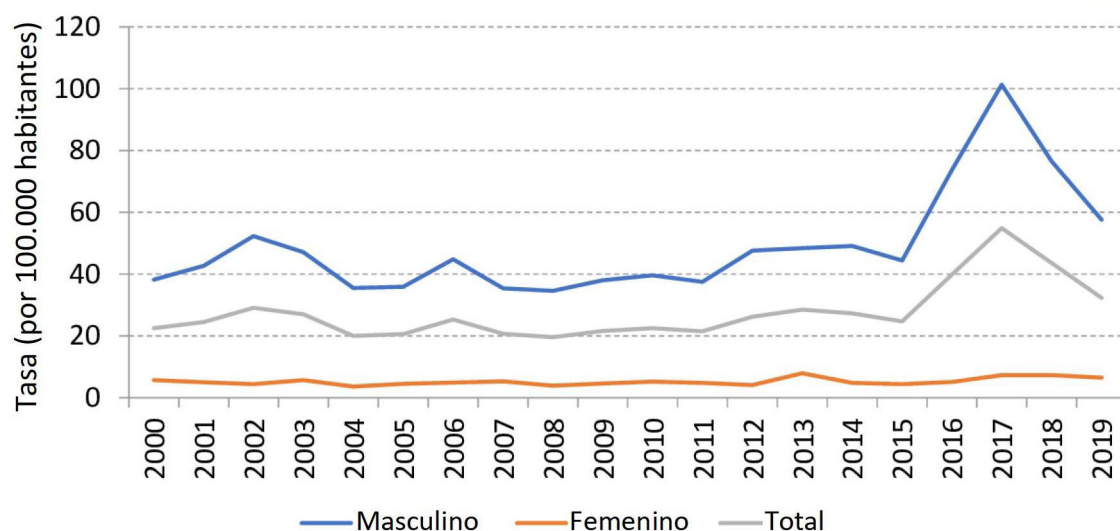


Figura 1 - Tasa de mortalidad estandarizada de homicidios por sexo, según el año. Río Branco, AC, Brasil, 2022

Fuente: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Información de Mortalidad (SIM), 2022.

En el análisis de tendencias mediante el modelo lineal generalizado de Prais-Winsten, se observó que hubo una mayor Variación Porcentual Anual (APV) para el sexo masculino (3,13%, $p=0,002$) y para ambos sexos (2,92%, $p=0,003$), y una tendencia creciente en estas categorías. Se destacó la tasa de mortalidad por homicidio por 100.000 habitantes del sexo masculino en los años 2017 (101,29), 2018 (76,47) y 2016 (73,82). En ambos sexos, las tasas de mortalidad por homicidio por cada 100.000 habitantes se mantuvieron altas en los años seleccionados 2017 (54,89), 2018 (43,59) y 2016 (39,92) (Tabla 2).

Tabla 2 - Distribución del número de muertes y tasas de homicidio estandarizadas por sexo y en la población general, variación y tendencias de las tasas de homicidio por año de muerte en el Estado de Acre. Río Branco, AC, Brasil, 2022

Año de muerte	Número de muertes			Tasa de homicidios (por cada 100 mil habitantes)		
	Sexo femenino	Sexo masculino	Ambos sexos	Sexo femenino	Sexo masculino	Ambos sexos
2000	13	93	106	5,73	38,16	22,54
2001	12	109	121	5,03	42,67	24,49
2002	11	140	151	4,38	52,32	29,12
2003	15	132	147	5,68	47,13	27,03
2004	10	104	114	3,61	35,50	20,00
2005	13	110	123	4,48	35,94	20,62
2006	15	143	158	4,93	44,76	25,34
2007	17	118	135	5,35	35,43	20,74
2008	13	120	133	3,92	34,60	19,59
2009	16	137	153	4,62	37,97	21,64
2010	19	146	165	5,20	39,64	22,49
2011	18	146	164	4,80	37,54	21,47
2012	16	192	208	4,11	47,62	26,23
2013	32	202	234	7,91	48,38	28,47
2014	20	212	232	4,77	49,09	27,26
2015	19	198	217	4,38	44,37	24,66
2016	23	340	363	5,13	73,82	39,92
2017	34	481	515	7,34	101,29	54,89
2018	35	374	409	7,32	76,47	43,59
2019	32	290	322	6,50	57,63	32,33
Total	383	3787	4170	5,35	51,63	28,79
Variación Porcentual Anual (%)				1,55	3,13	2,92
Intervalo de Confianza del 95%				(-0,06 – 3,20)	(1,21 – 5,09)	(1,07 – 4,81)
Valor p^b				0,0583	0,00288	0,00365
Tendencia				Estable	Creciente	Creciente

Fuente: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Información de Mortalidad (SIM), 2022.

DISCUSIÓN

Esta investigación demostró que la atención al parto y la prevención de la contaminación por coronavirus entre las mujeres en trabajo de parto y parto fueron satisfactorias, ya que se mantuvieron los principales cuidados, tanto en relación a la diseminación del coronavirus, como en la humanización del nacimiento del niño, con la permanencia del acompañante durante esta importante trayectoria, el respeto a la elección en el parto y el contacto físico con el bebé después del nacimiento.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que hubo factores que pueden considerarse insatisfactorios, ya que la mayoría de las mujeres ingresaron en una fase latente del parto y, además, hubo un número escaso en la oferta de medidas no farmacológicas para el alivio del dolor y el fomento de la lactancia materna en la Hora de Oro.

Se establecieron medidas de atención y prevención en todas las fases de la hospitalización, y teniendo en cuenta que un examen RT-PCR de laboratorio tardaría horas en completarse, el cribado respiratorio consistió en realizar una prueba rápida de COVID-19 para efectuar la hospitalización y detectar precozmente los casos positivos para el coronavirus y proceder así a la atención adecuada, reduciendo en consecuencia la contaminación y la transmisión del virus.

En cuanto a los otros cuidados, es cierto que, durante el parto, especialmente en el período expulsivo, es difícil que las gestantes continúen con mascarillas debido a los esfuerzos expulsivos que dificultan los movimientos respiratorios⁸. Para mantener estos cuidados y evitar la circulación excesiva de personas, se reorganizaron las rutinas y el flujo asistencial, y se mantuvo en la sala de partos sólo el número necesario de profesionales y las gestantes participantes se sintieron seguras en el nacimiento de su hijo.

Estas precauciones deben ser tomadas por todos los individuos, especialmente por aquellos que pertenecen a un determinado grupo de riesgo y, aunque las gestantes formen parte de este grupo, la mayoría de ellas fueron hospitalizadas precozmente (de cero a tres cm), es decir, en la fase latente del parto, con las membranas amnióticas aún intactas y sólo la dinámica uterina presente. Considerando este momento de crisis pandémica y el riesgo de infección por el virus acentuado en ambiente hospitalario, se entiende que se realizó una internación precoz, prolongando el período de trabajo de parto, ya que la participante aún no estaba en la fase activa, aumentando su exposición al virus y las chances de infectarse.

Es importante señalar que las gestantes que fueron hospitalizadas precozmente tienen mayor posibilidad de intervenciones innecesarias, sin embargo, no se puede considerar que esta sea una práctica recurrente en la maternidad o que puedan ser medidas realizadas erróneamente debido a la inestabilidad del periodo vivido.

La hospitalización precoz es un problema común entre las instituciones de salud obstétrica. Un estudio⁹ mostró que 73,22% de las gestantes fueron hospitalizadas sin dilatación adecuada, resultando en otros problemas, además de mayor exposición al virus. Para eso, es importante que las gestantes sean orientadas sobre las etapas del parto, las prácticas que pueden ser adoptadas en casa y cuándo buscar la unidad de salud, siendo este uno de los temas abordados en las Directrices Nacionales de Asistencia al Parto Normal¹⁰.

La misma directriz instituida por el Ministerio de Salud en 2017 trajo aspectos para cualificar la atención a la gestante durante todo el proceso del parto, contribuyendo para la humanización y reducción de riesgos para ella. La directriz se ha convertido en una herramienta de consulta de los profesionales de la salud en sus actividades diarias¹⁰.

Además, entre los diversos temas abordados, existen medidas no farmacológicas para el alivio del dolor durante el trabajo de parto y el parto, a saber: acupuntura, masaje, inmersión en agua, aromaterapia, musicoterapia, entre otras. Es importante destacar

que tales métodos deben preceder a los farmacológicos¹¹. En el presente estudio, pocas parturientas recibieron alguna intervención en este proceso. Este resultado puede estar relacionado con la alta tasa de cesáreas, ya que las pacientes hospitalizadas para esperar el procedimiento no tienen o tienen períodos más cortos de trabajo de parto y, por lo tanto, se ofrecen pocas o ninguna intervención no farmacológica.

En relación a los puntos abordados en la pauta y de acuerdo con la Ley de Acompañamiento, es necesario elegir un acompañante para prestar asistencia durante el trabajo de parto y el puerperio, pero esto fue objeto de discusión entre varias organizaciones para reducir el movimiento de personas en el ambiente durante el período de pandemia.⁸ Como se muestra en los resultados, la institución de estudio no interfirió en la posibilidad de que las gestantes tuvieran la presencia de un acompañante durante el trabajo de parto y el parto. Sin embargo, se mantuvieron cuidados para evitar la diseminación del virus, como el uso de máscaras y la prohibición de intercambio de acompañantes.

Es frecuente que aún existan personas que desconozcan los derechos relativos a la atención del parto, en este tema está el protagonismo de la mujer en la elección de su vía de parto, especialmente para las gestantes de riesgo habitual, la mayoría evidenciada en esta investigación. La elección del tipo de parto es un derecho legítimo reconocido por ley en el estado de Paraná¹². La posición de la gestante en relación a la elección del parto considera el apoyo familiar, las creencias y principalmente el nivel de información sobre los tipos de partos¹³. De acuerdo con el estudio, fue común que a las mujeres entrevistadas se les respetara su elección de parto durante la pandemia, ya fuera vaginal o quirúrgico.

Otro aspecto importante analizado en este estudio fue la Hora de Oro, que se refiere a los primeros 60 minutos de vida del recién nacido. Un término que involucra los primeros cuidados neonatales, compuestos por intervenciones basadas en la evidencia para el niño en la transición a la vida extrauterina¹⁴.

Los componentes de la Hora de Oro incluyen el pinzamiento tardío del cordón umbilical, la prevención de la hipotermia, el apoyo al sistema respiratorio y cardiovascular, el apoyo nutricional, el fomento de la lactancia materna, el contacto piel con piel, el contacto piel con piel/algodón, el mantenimiento de registros, entre otros. Se considera una estrategia para mejorar los resultados de los recién nacidos prematuros y a término, mostrando reducción de varias morbilidades neonatales. Además del impacto positivo en la supervivencia y morbilidad de los recién nacidos, la Hora de Oro se refiere a un importante recurso para humanizar la asistencia al nacimiento¹⁵⁻¹⁶.

En el contexto de la pandemia del COVID-19, algunas instituciones se reestructuraron, sin embargo, de forma retrógrada, con intervenciones obstétricas innecesarias; criterios para el contacto piel a piel; pinzamiento precoz del cordón umbilical y atención a la lactancia⁷. En esta investigación, a la mayoría de las mujeres se les proporcionó el contacto piel con piel, uno de los principales aspectos humanizadores del parto. Sin embargo, no se realizaron otros aspectos, como el contacto piel con piel; el pinzamiento tardío del cordón umbilical; y el fomento de la lactancia materna en la primera hora de vida.

En un contexto general, existe una falta de conocimiento por parte de las mujeres embarazadas y de los familiares sobre las esferas relacionadas con el parto. Es importante que las mujeres conozcan las medidas de humanización que pueden ser practicadas en el centro obstétrico, como medidas no farmacológicas para el alivio del dolor, así como la importancia de las prácticas de la Hora de Oro. Un estudio¹⁷ describió la falta de conocimiento sobre las verdaderas prácticas de humanización, destacando que 30,5% de las gestantes sólo habían oído hablar del tema, y 65,5% no sabían responder adecuadamente sobre el tema.

Otro estudio¹⁶ demostró que la búsqueda de información sobre los tipos de parto fue baja, apenas del 41% de las gestantes. Entre los temores y preocupaciones de las gestantes, el que más destaca es la desinformación sobre los signos y síntomas del parto y el momento más adecuado para acudir a la maternidad¹⁸. Informaciones claras y precisas,

durante las consultas prenatales, sobre la fisiología del cuerpo, los signos del parto e incluso el momento ideal para buscar el hospital, ciertamente disminuirán la búsqueda del hospital innecesariamente, reducirán la hospitalización precoz y ciertamente resultarán en una menor exposición al virus Sars-CoV-2.

Además, la calidad de la atención al parto en un momento pandémico debe implicar medidas legales que garanticen los derechos en el proceso de alumbramiento, pero, sobre todo, asegurar el compromiso de los profesionales en prácticas sanitarias seguras y humanizadas, ya que son agentes transmisores de información y cuidados para evitar la contaminación por COVID-19 y hacer del nacimiento del niño una experiencia positiva para las madres y sus familias.

Los hallazgos de este estudio se limitaron al uso de variables cuantitativas, en las que las mujeres entrevistadas se ven restringidas en sus respuestas, no pudiendo discutir las ampliamente en profundidad.

DISCUSIÓN

Este estudio reveló que, en el período 2000-2019, las tasas de mortalidad por agresión contra jóvenes del sexo masculino fueron altas en el estado de Acre. Otros estudios nacionales arrojaron resultados similares, en ellos el perfil con mayor mortalidad por agresiones es individuos del sexo masculino, especialmente jóvenes^{10,15-16}.

Según el Atlas de la Violencia 2021, el 51,3% de los 45.503 homicidios ocurridos en Brasil en 2019 involucraron a jóvenes de entre 15 y 29 años¹⁷. La victimización de estas personas se articula con la delincuencia juvenil, el reclutamiento de jóvenes por parte del tráfico y la consecuente deserción escolar. Este fenómeno está mediado por la incapacidad de los organismos públicos de asistencia social y de seguridad pública ante un contexto de desintegración social, institucional y familiar. Además, esas vidas perdidas prematuramente implican mayores impactos económicos para el país y pérdidas relacionadas con la esperanza de vida de los brasileños¹⁸.

En comparación con otros países, en Brasil la mortalidad de jóvenes por agresión es alta. En el 2009, en la Región de las Américas, la tasa estandarizada de mortalidad por agresiones entre hombres, en todas las franjas etarias, fue de 27,8/100.000 habitantes, las franjas etarias que contribuyeron con el mayor número de fallecidos fueron de 15 a 24 años y de 25 a 39 años¹⁹.

El perfil del joven, moreno, soltero, con baja escolaridad, demuestra mayor vulnerabilidad social. Por ende, las personas con menor acceso a educación, salud, trabajo, redes sociales de apoyo, insertas en contextos de desigualdad socioambiental con problemas de desarrollo, son más vulnerables a la morbilidad y mortalidad por agresiones^{10,15-16}.

La mayoría de las víctimas de violencia muere en la escena del crimen debido a varios factores: múltiples lesiones, instrumento predominante de agresión (arma de fuego), el hecho violento se lleva a cabo en escenarios aislados y con poca visibilidad (por tratarse de una acción delictiva encubierta) e intencionalidad de resultado negativo (refinamiento de la crueldad), que interfieren con la prestación de atención de emergencia básica y asistencia capaces de garantizar la posible supervivencia de la víctima^{20-21,22}.

Por lo tanto, es necesario que haya una respuesta articulada que involucre la movilización intersectorial gubernamental y comunitaria para enfrentar este problema. De acuerdo con el objetivo de Desarrollo Sostenible, la reducción de esta vulnerabilidad implica intervenciones para promover la salud, tales como: erradicación de la pobreza; inclusión social, económica y política; reducción de las desigualdades de género y raza/

color; acceso a agua potable y saneamiento; promoción de una cultura de paz, justicia social, entre otros²³.

En cuanto a la distribución de la tasa estandarizada de mortalidad por homicidio en este estudio, fue mayor en los hombres que en las mujeres, pero hubo un período de aumento para ambos sexos. La razón de mortalidad entre hombres y mujeres suele ser mayor, como se señaló en 2008 en Brasil, donde la razón de años potenciales de vida perdidos era de alrededor de cinco hombre/mujer²⁴.

Se puede ver que hay una tendencia creciente de los homicidios en general en hombres²⁰. La participación masculina en la criminalidad es hegemónica, por ende, los hombres presentan mayor cantidad de víctimas de mortalidad por exposición, consumo y tráfico de drogas²⁵. Además, la constante desigualdad social, la crisis económica, la debilitada seguridad pública con escasos mecanismos para enfrentar la problemática, favorecen la estacionalidad y el aumento de las muertes violentas.

Otro punto destacado al respecto sobre el sexo masculino es que tiene mayor exposición y accesibilidad a las armas de fuego en el contexto de las desigualdades sociales, que hacen que este público vea el crimen y la violencia como una oportunidad para garantizar su sustento, aún ante la vulnerabilidad personal que conllevan dichas condiciones²⁶⁻²⁷.

En cuanto a la mortalidad femenina, el feminicidio se da en el contexto de la violencia doméstica y familiar y se debe a la negligencia de la sociedad civil y del Estado ante los diferentes tipos de violencia a la que son sometidas las mujeres en el país, como amenazas, agresión física, violencia sexual e incluso las más sutiles, como la violencia psicológica²⁸. Por lo tanto, las víctimas son mujeres jóvenes, morenas, con bajo nivel educativo y residentes en regiones menos favorecidas²⁹⁻³⁰.

Es importante resaltar que la urbanización acelerada y el crecimiento desigual también contribuyen al resultado en cuestión, especialmente en las capitales del norte y noreste²⁰⁻²¹. En el Estado de Acre, además del crecimiento urbano acelerado, el acceso a armas a través de las fronteras de Bolivia y Perú y el empoderamiento de las facciones criminales a partir de 2015, también inciden en el importante lugar que ocupa el crimen en diferentes espacios geográficos, con demarcación de límites y zonas de poder.

Sumado a esto, las debilidades de las políticas públicas sociales y de seguridad, el reducido control fronterizo, la crisis financiera y económica, la expansión de la corrupción y la gran impunidad crean un escenario propicio para comprender el bajo control y gobernabilidad de los estados ante la violencia²². El aumento de la criminalidad junto con el aumento de la mortalidad por homicidio señala y expresa el riesgo y las condiciones generales a las que está expuesta la sociedad.

Si bien la muerte por homicidio es una causa específica dentro de un contexto relacional, este se inserta en un macrosistema social debilitado que lleva a condiciones de vida precarias y aumenta el rango de riesgo de morir violentamente, en disputas por espacio, bienes y poder. Sin embargo, es importante no solo conocer los grupos vulnerables y sus características particulares, sino también interpretar los vacíos de un sistema ineficiente para enfrentar la problemática²². También cabe destacar que es necesario comprender la expansión y el fortalecimiento comunitario de la criminalidad, la accesibilidad y deserción escolar, el desempleo y las condiciones familiares que constituyen los factores preponderantes en la cadena de eventos.

Este estudio tiene limitaciones propias de los estudios ecológicos transversales, que se limitan a indicar hipótesis explicativas para las muertes de jóvenes por agresión, especialmente según el género. Además, se realizó a partir de datos secundarios con cierta restricción de fiabilidad debido a deficiencias en la recolección de datos. Sin embargo, este sistema de registro de mortalidad es la base oficial del Ministerio de Salud, para conocer, planificar y enfrentar de forma estratégica la mortalidad por causas externas de agresión,

por lo que es un medio válido de información.

REFERENCIAS

1. World Health Organization (WHO). The global health observatory 2021 [Internet]. Geneva: WHO; 2021. [cited on 2021 aug 02]. Available in: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/injuries-and-violence>.
2. Preis CP, Lessa GL, Tourinho FSV, Santos JLG. Epidemiologia da mortalidade por causas externas no período de 2004 a 2013. Rev enferm UFPE. [Internet]. 2018 [cited on 2021 nov 30]; 12(3):716-28. Available in: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i3a230886p716-728-2018>.
3. Stolt LROG, Kolisch DV, Tanaka C, Cardoso MRA, Schmitt ACB. Internação hospitalar, mortalidade e letalidade crescentes por quedas em idoso no Brasil. Rev Bras Epidemiol. [Internet]. 2020 [cited on 2021 nov 30]; 54(76):1-12. Available in: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001691>.
4. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Informações de saúde [Internet]. 2021 [cited on 2021 jul 2]. Available in: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.
5. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.365, de 8 de julho de 2013. Aprova e institui a linha de cuidado ao trauma na rede de atenção às urgências e emergências. Diário Oficial União, [Internet]. 2013 [cited on 12 jul 2021 July 12]; 1:166 Available in: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1365_08_07_2013.html.
6. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.366, de 8 de julho de 2013. Estabelece a organização dos centros de trauma, estabelecimentos de saúde integrantes da linha de cuidado ao trauma da rede de atenção às urgências e emergência (RUE) no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Diário Oficial União, [Internet]. 12 jul 2013; Seção [cited on 2021 jul 12]; 1:166. Available in: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1366_08_07_2013.html.
7. Koupak F, Lentsck MH, Souza PB, Trincaus MR, Moura DRO. Internações hospitalares por trauma em uma unidade de terapia do Paraná. São Paulo: Rev Recien. [Internet]. 2021 [cited on 2023 apr 11]; 11(36):564-574. Available in: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.36.564-574>.
8. World Health Organization (WHO). World Health Statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals [Internet]. Suíça: Genebra; 2018. [cited on 2020 jun 20]. 100 p. Available in: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf>.
9. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Global study on homicide: homicide trends, patterns and criminal justice response 2019. United Nations Publication [Internet]. 2019 [cited on 11 apr 2023]. Available in: <https://reliefweb.int/report/world/global-study-homicide-2019?gclid=CjwKCAjwrmdmhBhBBEiwA4Hx5g2FGIDRG6iCLbdBnneCBmFPnvo3oN3wOLdL2ve2tDSL5HMHPolvqhhoCcY4QAvD BwE>
10. Cerqueira DRC, Bueno S, Lima RS, Neme C, Ferreira H, Alves PP, et al. Atlas da violência 2019 [Internet]. Brasília: Ipea; 2019. 116 p. [cited on 2020 jun 30]. Available in: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/downloads/6537-atlas2019.pdf>.
11. Manso BP, Dias CN. A guerra: a ascensão do PCC e o mundo do crime no Brasil [Internet]. São Paulo: Todavia; 2018 [cited on 2020 jun 30]. 267 p. Available in: <https://qdoc.tips/a-guerra-a-ascensao-do-pcc-e-o-mundo-do-crime-no-brasil-bruno-paes-manso-camila-nunes-diaspdf-pdf-free.html>.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). IBGE cidades. [Internet]. 2010 [cited on 2020 oct 20]. Available in: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_acre.pdf.
13. Mohr FX. Prais: Prais-Winsten Estimator for AR(1) Serial Correlation [Internet]. [cited on 2021 nov 30]: 2021. Available in: <https://CRAN.R-project.org/package=prais>

14. Antunes JLF, Cardoso MRA. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. *Epidemiol Serv Saude*. [Internet]. 2015 [cited on 2020 jul 10]; 24(3):565-76. Available in: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300024>.
15. Malta DC, Minayo MCS, Cardoso LSM, Veloso GA, Texeira RA, Pinto IV, et al. Mortalidade de adolescentes e adultos jovens brasileiros entre 1990 e 2019: uma análise do estudo Carga Global de Doença. *Cienc. saude colet*. [Internet]. 2021 [cited on 2020 jul 10]; 26(9). Available in: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.12122021>.
16. Martins TCF, Silva JHCM, Máximo GC, Guimarães RM. Morbimortality transition in Brazil: a challenge to 30 years of SUS. *SciELO Preprints*. [Internet]. 2021 [cited on 2021 may 25]. Available in: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.2375>.
17. Cerqueira DRC, Ferreira H, Bueno S, Alves PP, Lima RS, Marques D, et al. Atlas da violência 2021 [Internet]. Brasília: Ipea; 2021. [cited on 2023 apr 11]. 108 p. Available in: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/5141-atlasdaviolencia2021completo.pdf>
18. Chen EW, Gomes LMX, Barbosa TL de A. Homicídios: mortalidade e anos potenciais de vida perdidos. *Acta paul enferm* [Internet]. 2022. [cited on 2023 apr 11]; 35 (eAPE01116). Available in: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO011166>
19. Gawryszewski VP, Sanhueza A, Martinez-Piedra R, Escamilla JA, Souza, MFM. Homicídios na região das Américas: magnitude, distribuição e tendências, 1999-2009. *Cien Saude Colet*. [Internet]. 2012. [cited on 2023 mar 20]; 17(12). Available in: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001200003>
20. Malta DC, Minayo MCS, Soares Filho AM, Silva MMA, Montenegro MMS, Ladeira RM, et al. Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Rev Bras Epidemiol*. [Internet]. 2017 [cited on 2020 jun 30]; 20(Supl. 1):142-56. Available in: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050012>
21. Bando DH, Lester D. Estudo ecológico sobre suicídio e homicídio no Brasil. *Cien Saude Colet*. [Internet]. 2014 [cited on 2021 nov 30]; 19(4):1179-89. Available in: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.00472013>
22. Soares Filho AM, Merchan-Hamann E, Vasconcelos CH. Expansão, deslocamento e interiorização do homicídio no Brasil, entre 2000 e 2015: uma análise espacial. *Cienc. saude colet*. [Internet]. 2020 [cited on 2021 nov 30]; 25(8):3097-3105. Available in: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020258.32612018>.
23. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Cadernos ODS: ODS 10 – Reduzir a desigualdade dentro do país e entre ele. [Internet]. Brasília: IPEA; 2019 [cited on 2023 apr 11]. Available in: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9327/1/Cadernos_ODS_Objetivo_10_Reduzir%20a%20desigualdade%20dentro%20dos%20pa%C3%ADses%20e%20entre%20eles.pdf
24. Von-Doellinger V, Campos M, Mendes L, Schramm J. The 2008 Global Burden of Disease study in Brazil: a new methodological approach for estimation of injury morbidity. *Rev Panam Salud Publica*. [Internet]. 2014 [cited on 2021 oct 22]; 36(6):368-375. Available in: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9514/a03v36n6.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

25. Nogueira VD, Gomes LMX, Barbosa TLA. Mortalidade por homicídios em linha de fronteira no Paraná, Brasil. *Cienc. saude colet.* [Internet]. 2020 [cited on 2021 jun 30]; 25(8):3107-18. Available in: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020258.28522018>.
26. Mendes LVP, Campos MR, Von-Doellinger VR, Mota JC, Pimentel TG, *et al.* A evolução da carga de causas externas no Brasil: uma comparação entre os anos de 1998 e 2008. *Cad Saude Publica.* [Internet]. 2015 [cited on 2020 jul 30]; 31(10):2169-84. Available in: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133714>.
27. Tavares R, Catalan VDB, Romano MM, Melo EM. Homicídios e vulnerabilidade social. *Cien Saude Colet.* [Internet] 2016 [cited on 2020 jun 30]; 21(3):923-34. Available in: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.12362015>.
28. Melero MBG. Femicídio na lei: crime hediondo de violência fatal contra a mulher. [Internet]. 2018 [cited on 2023 apr 10]; Available in: https://www.amazon.com.br/Femic%C3%ADdio-lei-hediondo-viol%C3%Aancia-contr-ebook/dp/B07F1GN7KW/ref=sr_1_1?qid=1681333716&refinements=p_27%3AMar%C3%ADa+Melero&s=books&sr=1-1
29. Memiah P, Ah Mu T, Prevot K. The prevalence of intimate partner violence, associated risk factors, and other moderating effects: findings from the Kenya National Health Demographic Survey. *J Interpers Violence.* [Internet]. 2021 [cited on 2021 nov 30]; 36(11-12):5297-5317. Available in: <https://doi.org/10.1177/0886260518804177>
30. David LMV, Minamisava R, Vitorino PVO, Rocha MJP, Carneiro VSM, Vieira MAS. Perfil dos óbitos femininos por homicídios no município de Goiânia. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2020 [cited on 2021 nov 30]; 73(Suppl 4):e20180985. Available in: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0985>.

MORTALITY DUE TO ASSAULTS BETWEEN 2000 AND 2019 IN A STATE FROM THE BRAZILIAN NORTH REGION: TREND IN TIME SERIES

ABSTRACT:

Objective: to analyze the time trend of mortality due to assaults in the state of Acre, according to gender. **Method:** an ecological study of time series analysis with data extracted from the Mortality Information System for Deaths Caused by Assaults (ICD X85-Y09) in the state of Acre, Brazil, from 2000 to 2019. Data analysis was performed using the Prais-Winsten generalized linear analysis model with a 5% statistical significance level. **Results:** there was higher mortality due to external causes in male adults. A growing trend of homicides was observed for the male gender, with an annual percent change of 3.13% ($p=0.002$); for both genders, the annual percent change was 2.92% ($p=0.003$). **Conclusion:** these findings indicate the emerging need to fight against and prevent acts of violence. The importance of Nursing professionals in social mobilization and participation in the reformulation of public policies to combat violence is emphasized.

DESCRIPTORS: External Causes; Mortality; Public Health; Mortality Information System.

Recibido en: 19/07/2022

Aprobado en: 16/04/2023

Editor asociado: Dra. Cremilde Radovanovic

Autor correspondiente:

Kaira Carla de Oliveira Portilho

Universidade Federal do Acre - UFAC

Rua Tapajos, 264, bairro Isaura Parente, CEP 69918-262, Rio Branco, Acre, Brasil.

E-mail: kaira.portilho@hotmail.com

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - **Portilho KC de O, Lima MVM de, Lago RR, Rocha G da S.** Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **Portilho KC de O, Lima MVM de, Lago RR, Rocha G da S.** Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **Portilho KC de O, Lima MVM de, Lago RR, Rocha G da S.** Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una Licencia [Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).