



ARTIGO ORIGINAL

MORTALIDADE POR VIOLÊNCIAS E ACIDENTES NO DISTRITO FEDERAL: A SITUAÇÃO ENTRE 1980 E 1994*

JOÃO A. DE CARVALHO NETO¹

RESUMO

OBJETIVO

Descrever a mortalidade por violências e acidentes (causas externas), no Distrito Federal, no período de 1980 a 1994.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo descritivo de óbitos por causas externas, utilizando-se, como fonte de dados, 18 340 declarações arquivadas no Sub-sistema de Mortalidade do Distrito Federal. Foi feito controle de qualidade em todas as etapas do trabalho. Procedeu-se à análise com base no cálculo de freqüências absolutas e relativas e coeficientes de mortalidade por 100 mil habitantes.

RESULTADOS

De 1980 a 1994, o número de óbitos por causas externas aumentou 95,4%. O coeficiente de mortalidade específico variou de 65,3 (1980) a 88,1 (1994). A proporção média de óbitos entre os gêneros masculino e feminino, situou-se em 4,2:1. Para os homens, o coeficiente passou de 106,4, em 1980, para 147,8, em 1994. À exceção da faixa etária de 0 a 9 anos, em todas as demais notou-se elevação dos coeficientes de mortalidade. No estrato dos 20 aos 39 anos, esse crescimento foi de 37%. Os acidentes de trânsito foram responsáveis pela maioria das mortes em todos os anos, aumentando em cerca de 48% no período. A segunda causa específica mais prevalente foi representada pelos homicídios, cujo coeficiente passou de 11 (1980) para 31 (1993 e 1994).

CONCLUSÃO

As causas externas de óbito representam importante e crescente problema no Distrito Federal. A tendência de elevação das medidas de risco pode ser tomada como indicador do agravamento da violência urbana e de piora das condições de vida, no Distrito Federal, no período estudado.

PALAVRAS-CHAVE

Mortalidade - Epidemiologia; Violência; Acidentes de Trânsito.



* Trabalho realizado como desdobramento de dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Federal da Bahia.

¹ Médico ortopedista. Fax: (61) 367-2357. E-mail: joao.nt@ig.com.br.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, diversos países têm-se defrontado com inquietantes problemas afetos à violência, notadamente a que ocorre em centros urbanos mais desenvolvidos e populacionalmente mais densos^{1,2,38-41}.

No Brasil, para situar melhor o problema das violências em geral, vale lembrar que, segundo dados do Ministério da Saúde^{13,31}, o número de óbitos por causas externas passou de 55 240 em 1977, para 114 887, em 1995, perfazendo um aumento de 108%. Nesse período, o coeficiente de mortalidade cresceu cerca de 51% (de 48,8 por 100 mil, em 1977, para 73,7 por 100 mil, em 1995). Em 1977, a mortalidade proporcional por causas externas (excluídas as causas mal definidas) situou-se em 10,8% enquanto, em 1995, alcançou 15,3%.

Desde o início da década de 80, as causas externas vêm ocupando o segundo posto dentre as causas de morte no Brasil. Em 1977, esse grupo respondia pela quarta causa mais prevalente no obituário do país¹³⁻³¹. A importância dessas causas revela-se ainda mais preponderante quando se fixa a atenção sobre a mortalidade estratificada por idade. Na faixa etária dos 5 aos 39 anos, as violências e os acidentes foram responsáveis pela maioria dos óbitos em todo o período compreendido entre 1977 e 1995. Levando-se em conta também que, na faixa etária de 40 a 49 anos, essas causas ocupam o segundo lugar, pode-se perceber com nitidez o peso das causas externas sobre a faixa de população mais produtiva e, por conseqüência, sobre a economia da nação.

No geral, a primeira causa de morte no Distrito Federal, desde 1978, compreende o grupo das doenças do aparelho circulatório, secundadas pelas causas externas, a partir de 1979. Coincidentemente com o que acontece no Brasil, desde 1977 as violências e acidentes vêm respondendo pela principal causa de morte na faixa etária dos 5 aos 39 anos, condição que se estendeu à faixa de 1 a 4 anos, no período de 1984 a 1995.

Além disso, é importante ressaltar que, entre 1977 e 1995, os coeficientes de mortalidade por causas externas no Distrito Federal colocaram-se em patamares sempre superiores aos coeficientes registrados para o Brasil^{3,13-31}.

Diante disso, objetiva o presente trabalho descrever a mortalidade por causas externas no Distrito Federal, entre 1980 e 1994, com base na análise direta das declarações de óbito referentes a esse período.

MATERIAL E MÉTODOS

Como fonte de informação, utilizaram-se as 18 340 declarações de óbito por causas externas, arquivadas no Departamento de Saúde Pública do Distrito Federal, incluídas nesse total as mortes ocorridas na população residente e na não-residente, além dos casos em que o local de residência fora registrado como "ignorado". O período de referência correspondeu aos anos de 1980 a 1994, à exceção de 1988, ano para o qual se identificaram deficiências insanáveis de arquivamento e completitude. Todas as declarações de óbito foram numeradas e classificadas por mês e ano.

Em seguida, procedeu-se à codificação das variáveis de tempo, pessoa e espaço, relativas a cada campo das declarações. A codificação da causa básica do óbito seguiu os critérios e normas da Classificação Internacional de Doenças vigente à época (CID9 - códigos E800 a E999)³⁴, e do Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito, do Ministério da Saúde³², e levou em conta tanto a informação registrada pelo médico legista quanto aquela proveniente do processo de revisão rotineiramente executado pela equipe do Subsistema de Informação de Mortalidade do Distrito Federal.

As informações foram, então, armazenadas em microcomputador tipo PC, usando-se o programa *DATA-Entry*⁶, para formatação e crítica inicial do banco de dados. As etapas de codificação e digitação passaram por processo de controle de qualidade (revisão aleatória de 20% dos registros) e correção de eventuais erros. Para análise e gerenciamento estatístico, usou-se o programa *SPSS - Statistical Package for the Social Sciences*³³.

A apresentação dos achados foi feita de modo descritivo, estratificando-se os óbitos da população residente daqueles ocorridos entre os "não-residentes" (incluindo-se, neste último grupo, os casos de residência ignorada). Nessa descrição utilizaram-se basicamente frequências absolutas e proporcionais. Coeficientes de mortalidade (por 100 mil habitantes) por causa, gênero e idade, foram calculados especificamente para a população comprovadamente residente no Distrito Federal. Para os anos de 1980 e 1991, os cálculos dos coeficientes consi-



deraram a base populacional estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), correspondente aos respectivos Recenseamentos Gerais^{35,36}. Nos demais anos, tomaram-se como base as populações anuais totais estimadas pelo IBGE¹², aplicando-se sobre elas, ano a ano, as percentagens de estratificação por idade e gênero, constantes das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios³⁷.

RESULTADOS

Entre 1980 e 1994 (Tabela 1), o número global de óbitos ocorridos no Distrito Federal em virtude de causas externas aumentou em 112,3% (de 902 para 1 915). Na população residente, o total de mortes avançou de 769, em 1980, para 1 503, em 1994, atingindo um acréscimo relativo de 95,4%. Entre os indivíduos não residentes no Distrito Federal, esse aumento alcançou aproximadamente 210%, ou seja, percentual quase 2,2 vezes maior que o registrado na população residente. Nos primeiros cinco anos da década de 80, o total de óbitos de residentes ascendeu em 8,4%. Na década de 90, por seu turno, o primeiro quinquênio foi marcado por uma elevação da ordem de 17,5%, denotando certo aumento de velocidade no ritmo de crescimento entre os dois lapsos de tempo citados. No que se refere aos óbitos das pessoas que moravam em outras localidades, verifica-se que a participação desse contingente de mortes, no obituário total por causas externas, oscilou de 13,4% (valor referente a 1982) a 23,2% (valor relativo a 1989). No último ano da série, um em cada cinco falecimentos por causas violentas ocorridos no Distrito Federal se deu entre habitantes de outras localidades.

Tabela 1 - Número de óbitos atribuídos a causas externas na população residente e não-residente, do Distrito Federal, no período de 1980 a 1994*

Ano	Óbitos		Total
	Residentes	Não-Residentes	
1980	769	133	902
1981	733	146	879
1982	772	120	892
1983	775	166	941
1984	834	174	1.008
1985	921	171	1.092
1986	1.089	222	1.311
1987	1.035	235	1.270
1989	1.136	343	1.479
1990	1.279	284	1.563
1991	1.321	355	1.676
1992	1.280	332	1.612
1993	1.440	359	1.800
1994	1.503	412	1.915

* Dados não disponíveis para 1988.

Goiás e Minas Gerais foram os estados de onde freqüentemente se originaram os casos de não-residentes vitimados por causas externas de óbito. Desses dois estados provieram 60,9, 75,7 e 77,4% de todas as mortes de não-residentes nos anos de 1980, 1987 e 1994, respectivamente (Tabela 2). Os acidentes de trânsito de veículos a motor foram as maiores causas de falecimento, tanto para o conjunto dos óbitos dos não-residentes no Distrito Federal, quanto para os estados mencionados. Faz exceção a essa regra o estado de Goiás, no ano de 1994, quando se observou predomínio dos homicídios sobre os acidentes de trânsito. A tabela chama ainda atenção para o fato de que as “Demais Causas Externas” tiveram percentagens decrescentes ao longo dos três anos estudados, tanto no total geral de óbitos quanto nos subtotais relativos aos estados. Tal diminuição decorreu, possivelmente, da redução do contingente de códigos atinentes às “lesões para as quais se ignora se foram acidental ou intencionalmente infligidas” (CID-

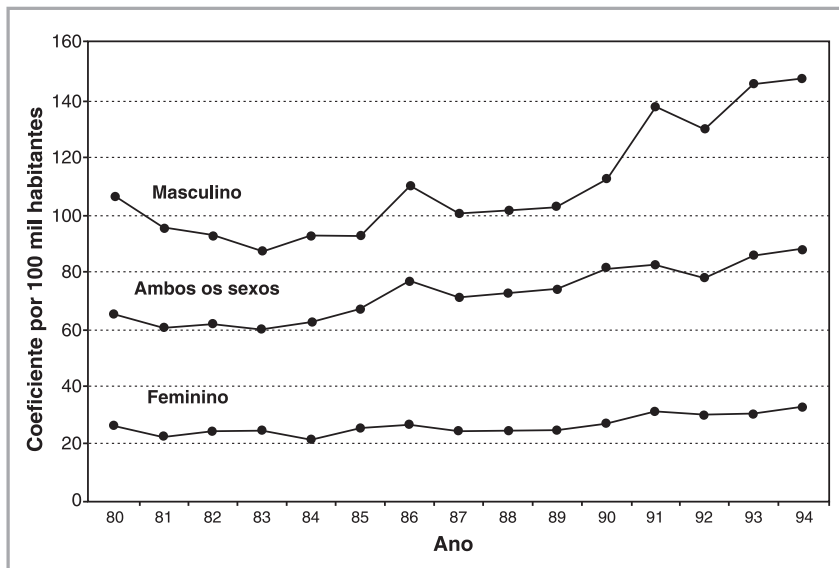
E980-989), implicando melhora na discriminação (codificação) da causa básica nas declarações de óbito.

O coeficiente de mortalidade por causas externas no Distrito Federal foi de 65,3, em 1980, e de 88,1, em 1994, ano em que se observou a maior taxa de todo o período estudado (Gráfico 1). O menor coeficiente encontrado (60 óbitos por 100 mil habitantes) correspondeu ao ano de 1983. No Gráfico 1 verifica-se que, entre os indivíduos do sexo masculino, os coeficientes de mortalidade se colocaram em níveis bem mais elevados que aqueles referentes ao sexo feminino. Os dados de 1988 foram obtidos a partir da média de 1987 e 1989. No período pesquisado, o coeficiente entre as mulheres ascendeu de 26,2, em 1980, para 32,9, em 1994; neste gênero, a menor taxa encontrada foi a relativa ao ano de 1984 (21,4). Já entre os homens, o coeficiente passou de 106,4 (1980) para 147,8 (1994), sendo 1983 o ano que revelou o menor valor em todo o período (87,4). Desde 1986, o coefi-

Tabela 2 - Distribuição de óbitos na população não-residente do Distrito Federal segundo locais de origem e causas externas selecionadas, em 1980, 1987 e 1994

Origem e causa básica	1980		1987		1994	
	n	%	n	%	n	%
Goiás						
Acidentes de trânsito	16	23,9	72	46,1	100	34,8
Homicídio	7	10,5	36	23,1	112	39,0
Suicídio	4	6,0	4	2,6	14	4,9
Demais causas	40	59,6	44	28,2	61	21,3
Subtotal	67	100,0	156	100,0	287	100,0
Minas Gerais						
Acidentes de trânsito	1	7,1	10	45,5	15	46,9
Homicídio	1	7,1	5	22,7	5	15,7
Suicídio	1	7,1	-	-	5	15,7
Demais causas	11	78,7	7	31,8	7	21,7
Subtotal	14	100,0	22	100,0	32	100,0
Demais estados						
Acidentes de trânsito	12	23,1	24	42,1	40	43,0
Homicídio	6	11,5	16	28,1	37	39,8
Suicídio	1	1,9	1	1,7	1	1,1
Demais causas	33	63,5	16	28,1	15	16,1
Subtotal	52	100,0	57	100,0	93	100,0
Total						
Acidentes de trânsito	29	21,8	106	45,1	155	37,6
Homicídio	14	10,5	57	24,3	154	37,4
Suicídio	6	4,5	5	2,1	20	4,8
Demais causas	84	63,2	67	28,5	83	20,2
Total	133	100,0	235	100,0	412	100,0

Gráfico 1 - Coeficiente de mortalidade por causas externas segundo o sexo, no Distrito Federal, no período de 1980 a 1994



ente de mortalidade para o sexo masculino manteve-se persistentemente acima dos 100 óbitos por 100 mil habitantes. A proporção média masculino/feminino, para todo o período, foi de 4,2:1. O comportamento do coeficiente de mortalidade por causas externas, segundo a faixa etária (Tabela 3), revela, para todos os anos do estudo, que os maiores e os menores riscos encontram-se nas faixas extremas de idade: 70 anos ou mais e 0 a 9 anos, respectivamente. À exceção da faixa etária de 0 a 9 anos, em todas as demais, notou-se elevação dos coeficientes, entre 1980 e 1994.

Com relação à estratificação dos óbitos segundo causas específicas, os acidentes de trânsito de veículo a motor ocuparam o primeiro lugar entre as ocorrências dos anos de 1980, 1985, 1990 e 1994 (Tabela 4). Vale dizer que o mesmo acontecimento foi verificado nos demais anos da série pesquisada, não mostrados na Tabela para efeito de simplificação. A codificação da causa básica como “Lesões para as quais se Ignora se Foram Acidental ou Intencionalmente Infligidas” sofreu queda considerável. Em 1980 esse subtipo somava mais de 40% do total de causas externas, enquanto que, em anos mais recentes, essa participação proporcional alcançou valores irrisórios. Nos anos listados, os afogamentos mantiveram comportamento estável. A participação proporcional dos suicídios cresceu de 1,8 para 6,8%, quiçá em virtude do deslocamento de casos anteriormente codificados nas rubricas E980 a E989. Cabe idêntica explicação para o aumento absoluto (de 2 para 102 casos) e percentual (de 0,3 para 6,8) das quedas acidentais. Digno de citação, ainda, é o crescimento do número de casos de óbi-



Tabela 3 - Coeficiente de mortalidade (por 100 mil habitantes) por causas externas segundo a faixa etária no Distrito Federal, no período de 1980 a 1994

Ano	Faixa etária (anos)							
	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	≥ 70
1980	36,2	46,3	85,8	87,5	87,0	81,0	127,4	138,1
1981	23,8	45,5	77,7	69,0	98,8	66,0	112,6	167,3
1982	21,5	41,0	75,3	79,3	83,6	83,5	114,5	133,3
1983	23,9	37,7	72,8	67,5	73,5	98,2	89,7	220,2
1984	21,6	38,9	82,4	86,8	62,9	70,2	96,1	134,5
1985	31,1	37,2	85,9	65,9	71,6	85,1	84,2	184,2
1986	35,2	46,4	89,1	88,3	77,4	70,4	95,8	210,6
1987	29,2	46,0	77,6	87,1	76,3	83,2	61,1	196,2
1989	28,9	47,0	85,0	84,3	59,6	80,0	82,5	215,7
1990	27,9	46,9	102,7	78,7	79,0	85,3	87,5	171,0
1991	28,2	52,9	125,8	92,4	90,7	113,3	161,9	264,2
1992	27,0	53,1	116,6	99,6	84,7	85,8	128,8	258,0
1993	30,2	65,9	122,3	104,8	94,4	115,1	115,1	271,2
1994	31,9	63,1	122,2	115,7	92,6	116,2	149,8	266,0

Obs: Base Populacional: IBGE. Dados não disponíveis para 1988.

tos por homicídios, que passou de 130 (1980) para 524 (1994), valor próximo do registrado para os acidentes de trânsito de veículo a motor. O coeficiente de mortalidade por homicídios subiu de 11 por 100 mil habitantes, em 1980, para mais de 30 por 100 mil, a partir de 1993 (Gráfico 2).

A Tabela 5 mostra a distribuição do total dos óbitos ocorridos entre 1980 e 1994 (com exceção de 1988), segundo as variáveis escolaridade e local de ocorrência. Dentre as 14 887 mortes registradas, observa-se concentração de casos nos estratos “1^o Grau” (52,3%) e “Nenhuma Escolaridade” (13,5%). Sessenta e três por cento dos óbitos se deram em hospitais públicos e 20% em vias públicas. Apenas 1% ocorreu em instituições de saúde privadas.

Discussão

As taxas de mortalidade do Distrito Federal apontam, com clareza,

a curva ascendente do risco de morrer por causas externas no Distrito Federal. Comparando-se os anos extremos da série, o número de óbitos por violências e acidentes praticamente dobrou.

Em todos os anos estudados, as vítimas preferenciais assumiram basicamente o conhecido estereótipo do “jovem - sexo masculino - baixa escolaridade”¹⁰, certamente em razão da maior exposição desse grupo aos fatores de risco. Nesse contexto, os acidentes de trânsito assumiram o papel de principal vilão entre todos os tipos de violência e, vale que se diga, por “mérito” próprio, já que as demais causas externas também avançaram de forma notável no intervalo de tempo investigado. Os homicídios, por exemplo, provaram ser um significativo elemento no âmbito dessas causas, pela magnitude atual de suas ocorrências e pela inquestionável tendência de crescimento que demonstraram.

Causalidade das violências e dos acidentes

Cumprido comentar que as causas externas de morte refletem, em essência, aspectos das condições de vida de uma sociedade⁴. Mais que isso, evidenciam uma forma particular e cruel de interação dos componentes dessa sociedade. Dentro de uma visão mais clássica de Saúde e Doença, admite-se que a maioria dos agravos ao bem-estar das pessoas normalmente implica a existência de um agente agressor estrutural ou biologicamente diverso do agredido. No caso das violências e acidentes, agressor e agredido muitas vezes se confundem, geram unidade disforme, aparentemente entorpecida pela impressão subliminar de que a ocorrência dessas violências é algo inevitável, é elemento intrínseco às relações entre os homens.

Tal fenômeno é certamente mais bem percebido nas grandes cidades, onde o adensamento populacional exagerado e a desídia do poder público multiplicam as interfaces de atrito e potencializam formas violentas de competição. Nesse sentido, o Distrito Federal posta-se como exemplo emergente. Planejada para abrigar 600 mil habitantes no ano 2000, Brasília já contava, em 1991, com 1 601 094 habitantes, 95% dos quais constituindo população urbana³⁵. Apesar de pouco aparentes ao restante do país (o que é compreensível, já que a atenção principal da nação se volta para os fatos políticos gerados na cidade), mazelas sociais insidiosas já começam a se tornar claras, em especial quanto às lutas por habitação e pela utilização de equipamentos públicos (escolas, hospitais, meios de transporte etc.).

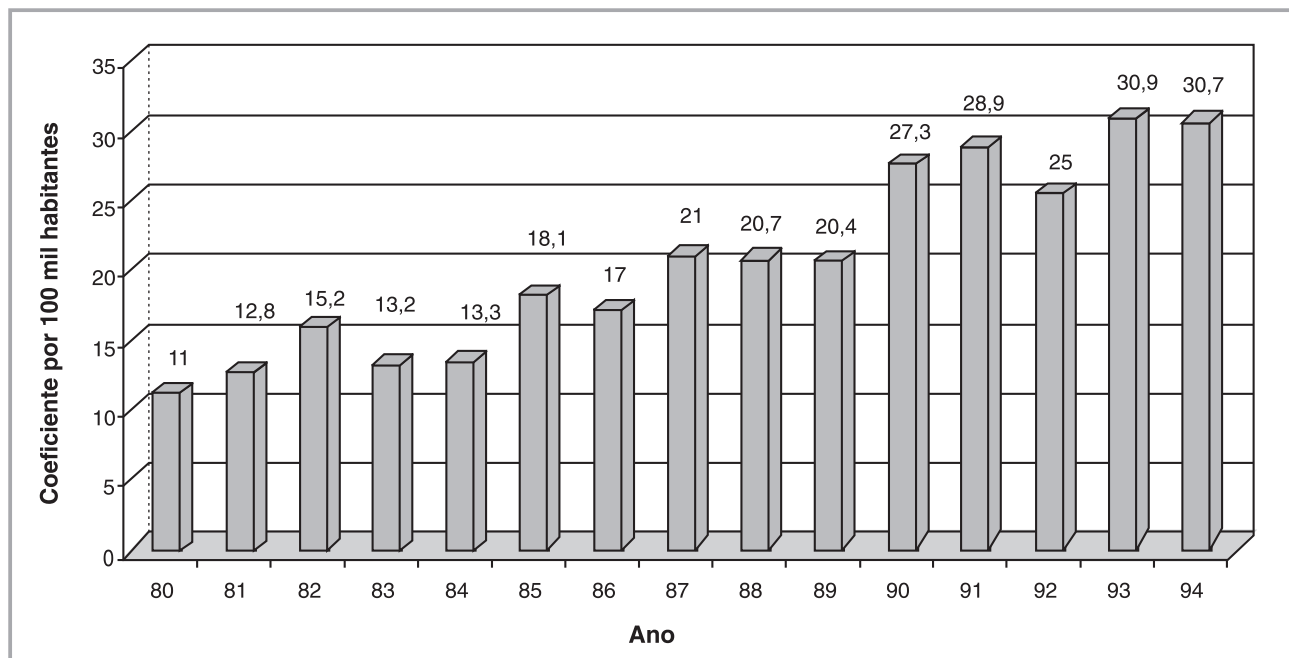
Como fator agravante, há que se lembrar também que a atividade

Tabela 4 - Distribuição de mortes violentas segundo subtipos de causas externas, no Distrito Federal, em 1980, 1985, 1990 e 1994

Causas Externas (CID)	1980		1985		1990		1994	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Acid. de Estr. de Ferro (E800-E807)	-	-	-	-	-	-	1	0,4
Acid. de Trânsito de Veículo a Motor (E810-819)	194	25,2	431	46,8	534	41,8	563	37,4
Acid. de Veículo a Motor, exceto os de Trânsito (E820-E825)	-	-	-	-	1	0,5	-	-
Acid. de Outros Veículos de Estrada (E826-E829)	-	-	1	0,8	4	2,2	6	2,5
Acid. de Transporte Aéreo e Espacial (E840-E845)	-	-	-	-	-	-	3	1,2
Intoxic. Acid. por Drogas, Medic. e Subst. Biológicas (E850-E858)	1	0,1	1	0,1	10	0,8	7	0,4
Intox. Acid. por Outras Sub. Sólidas e Líq., Gases e Vap. (E860-E869)	4	0,5	2	0,2	9	0,7	3	0,2
Acid. em Pacientes durante Cuidados Méd./Cirúrg. (E870-E876)	-	-	-	-	4	0,3	2	0,1
Quedas Acidentais (E800-E888)	2	0,3	28	3,0	74	5,8	102	6,8
Acid. por Fogo/Chamas (E890-E899)	2	0,3	14	1,5	7	0,5	7	0,4
Acid. por Fatores Naturais e Ambientais (E900-E909)	1	0,1	3	0,3	5	0,4	4	0,2
Afogamento (E9100-9109)	48	6,3	60	6,5	63	4,9	74	4,9
Acid. por Sufocação e Corpos Estranhos (E911-E915)	11	1,4	21	2,3	29	2,3	56	3,7
Outros Acidentes (E916-E928)	49	6,4	60	6,5	34	2,6	46	3,0
Efeitos Tardios de Lesões Acidentais (E929)	2	0,3	-	-	1	0,1	-	-
Efeitos Adversos de Drogas/Med./ Subst. Biológicas Usadas como Terapia (E930-E949)	-	-	1	0,1	4	0,3	3	0,2
Suicídio (E950-959)	14	1,8	39	4,2	72	5,6	102	6,8
Homicídios (E960-969)	130	16,9	249	27,1	428	33,5	524	34,9
Lesões que se Ignora se foram Acid. ou Intencionais (E980-989)	311	40,4	11	1,2	-	-	1	0,1
Total	769	100,0	921	100,0	1279	100,0	1503	100,0

* Não são listadas as rubricas para as quais não se registraram casos.

Gráfico 2 - Coeficiente de mortalidade por homicídio, no Distrito Federal, no período de 1980 a 1994





funcional do Distrito Federal inclui a participação expressiva das populações oriundas do chamado “entorno”, especialmente no que tange à utilização de suas instituições, serviços e aparelhos urbanos. Um indicador indireto dessa demanda foi bem evidenciado neste trabalho, quando se demonstrou a grande proporção de óbitos de não-residentes na mortalidade geral por causas externas no Distrito Federal.

Obviamente, não se deve imputar a fatores sociais a causalidade única das violências e dos acidentes. Elementos naturais, tecnológicos, humanos e culturais³ também participam de maneira relevante, na dependência das peculiaridades de cada subtipo de causa externa considerado. Como resultado dessa pluralidade de circunstâncias e variáveis biopsicossociais pode-se concluir que a solução ou abrandamento do problema não é tarefa simples. Os modos de atuação para controle e prevenção de acidentes de trânsito não serão iguais, por exemplo, àqueles destinados à abordagem de homicídios, de afogamentos ou de acidentes ambientais. Sendo assim, é patente a necessidade da contribuição simultânea e concatenada de diversas disciplinas, em diferentes esferas de poder e atuação, abrangendo os setores de Justiça e Segurança, Educação, Obras Públicas e Engenharia, Trabalho e Desenvolvimento, Assistência Social, Comunicação, Saúde, etc⁵.

É evidente que uma abordagem que abarque tamanha quantidade de segmentos exigirá atenção gerencial constante, alocação coerente de recursos e disciplina doutrinária inabalável, qualidades pouco percebíveis em muitos regimes de administração pública, os quais, porque

Tabela 5 - Distribuição de mortes violentas ocorridas no Distrito Federal, no período de 1980 a 1994*, segundo a escolaridade e local de ocorrência

Variáveis	n	%
Escolaridade		
Nenhuma	2.011	13,5
1º Grau	7.787	52,3
2º Grau	826	5,6
Superior	360	2,4
Ignorada	354	2,4
Não declarada	3.542	23,8
Local de Ocorrência		
Hospital de Base	4.744	31,9
Hospital Regional de Taguatinga	1.492	10,0
Hospital Regional do Gama	705	4,8
Hospital Regional de Ceilândia	1.139	7,7
Demais hospitais públicos	1.315	8,8
Via pública	2.985	20,0
Domicílio	1.203	8,1
Hospitais privados	176	1,2
Outros hospitais	137	0,9
Demais locais	913	6,1
Não declarado/ignorado	75	0,5
Total**	14.887	100,0

* Excluídos os óbitos ocorridos em 1988.

** O total geral não corresponde à soma das parcelas de cada variável em virtude da existência de casos perdidos.

descontinuados, porque descompromissados com ações de longo prazo ou porque eivados de ranços ideológicos, dispersam esforços individuais, desarmonizam vínculos institucionais e, por fim, cansam e desestimulam o agente social mais poderoso: o próprio cidadão.

Reflexos na saúde

No que se refere especificamente ao Setor Saúde, Yunes & Rajs⁴¹, a propósito de discutir a mortalidade por causas violentas nas Américas, parecem resumir bastante bem o sentimento da maioria dos estudiosos do assunto, quando dizem que “se pode afirmar que qualquer progresso na diminuição do número e gravidade dos aci-

dentes melhoraria significativamente as condições de saúde da população da Região, em especial da de adolescentes e jovens, e liberaria de imediato os serviços assistenciais de uma demanda impostergável, complexa e de alto custo”.

De fato, como assinalam Mello Jorge & Latorre⁹, é sobre a área de Saúde que recai o ônus maior, em vista da necessidade de que se mantenha aparelhada para o atendimento de emergências e demais eventualidades. Em nosso país, como se pode imaginar, a resposta que tem sido dada a essa necessidade não se tem configurado como satisfatória, tanto em virtude de um irrefreável excesso de demanda

quanto da incompetência histórica no financiamento e na fiscalização das instituições hospitalares. Como resultado, fica o setor de Saúde sufocado entre as situações de ter de prestar atendimento e de não possuir, via de regra, meios materiais e gerenciais suficientes.

As três conseqüências mais imediatas desse fato são desastrosas para a comunidade. Em primeiro lugar, as próprias instituições prestadoras de serviços passam a atuar, em muitas ocasiões, como perpetuadoras de demandas assistenciais já que, não tendo capacidade resolutive razoável, tendem a procrastinar tratamentos, a piorar prognósticos e a incorrer no abominável ciclo vicioso das transferências de pacientes.

Em segundo lugar, cria-se uma conjuntura tal que verbas destinadas à Saúde, proclamadas já na origem como escassas, são direcionadas preferencialmente para atenção de poucos agravos - como, no caso, as violências - em prejuízo dos demais problemas de saúde das populações^{7,8}.

Por último, gera-se no seio da sociedade uma compreensão fatalista ou, pior ainda, um estéril hábito querelante, que superficializa as discussões, transforma a busca de soluções viáveis em objeto distante e, por fim, repercute novamente sobre as instituições e sobre os profissionais, gerando um insuportável clima de intranqüilidade e desesperança. Minayo¹¹ sintetiza bem um dos aspectos desse fenômeno, quando declara que “não se pode omitir, também, um efeito por vezes difuso, por vezes direto, que a violência provoca sobre a estrutura e o funcionamento dos servi-

ços de saúde, sobretudo quando os conflitos por eles atendidos afetam os profissionais, pelo amedrontamento, pelas ameaças, pelos danos físicos e ou psicológicos. Tais situações são hoje freqüentes nos hospitais de emergência, nos serviços de emergência de hospitais gerais, e até nos centros de saúde”.

Outro fator que igualmente contribui para a sensação da inexistência de opções é o costume de se lançar todas as questões de saúde mais complexas no socavão bolorento dos “problemas sociais”, expressão abstrata e carregada de imobilismo, por desestimular os cidadãos a verem os conflitos como coisas palpáveis, suscetíveis a obras concretas, quantificáveis e factíveis.

Por tudo isso, conclui-se pela imperiosa e premente necessidade de intervenção do poder público e dos segmentos sociais organizados, na qualidade de agentes e mantenedores de práticas minimamente efetivas, que impeçam a entrada de Brasília no rol das cidades onde a violência constitui elemento fixo e corriqueiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acuña HR. Accidentes de tráfico en los países en desarrollo. Bol Of Sanit Panam 1982;93:189-90.
2. Alvarez CA, et al. Traffic accidents: a growing public health problem. Bull Pan Am Health Organ 1977;11(3):224-31.
3. Carvalho Neto JA. Aspectos epidemiológicos dos acidentes de trânsito em Brasília, Distrito Federal, no período 1980 - 1994 [dissertação]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; 1996.
4. Carvalho MS (coordenadora). Análise das condições de vida e morte em populações urbanas. Rio de Janeiro: Pa-

norama/Fund. Oswaldo Cruz/ENSP; 1993.

5. I Conferencia sobre accidentes de tráfico en carretera en países en desarrollo: la seguridad del tráfico en carretera (Reseña). Bol Of Sanit Panam 1982; 93(8):256.

6. Data Entry - SPSS Manual. McGraw-Hill; 1986. 72 pp.

7. Laurenti R. O problema das doenças crônicas e degenerativas e dos acidentes nas áreas urbanizadas da América Latina. Rev Saúde Pública 1975;9(2): 239-48.

8. Marques MB. Saúde pública e segurança de trânsito no Brasil: visão geral do problema. Rio de Janeiro: OMS; 1985.

9. Mello-Jorge MHP, Latorre MRDO. Acidentes de trânsito no Brasil: dados e tendências. Cad Saúde Públ 1994;10 Supl 1:19-44.

10. Minayo MCS. O impacto da violência social sobre a saúde [editorial]. Cad Saúde Públ 1994;10 Supl 1:5.

11. Minayo MCS. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. Cad Saúde Públ 1994;10 Supl 1:7-18.

12. Ministério do Planejamento e Orçamento, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Anuário estatístico do Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 1994. v.54, Seções 1 e 2.

13. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Ações Básicas da Saúde, Divisão Nacional de Epidemiologia. Estatísticas de mortalidade - Brasil, 1977. Brasília: Centro de Documentação; 1984. p.243.

14. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Ações Básicas da Saúde, Divisão Nacional de Epidemiologia. Estatísticas de mortalidade - Brasil, 1978. Brasília: Centro de Documentação; 1984. p.269.

15. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Ações Básicas da Saúde, Divisão Nacional de Epidemiologia. Estatísticas de mortalidade - Brasil, 1979. Brasília: Centro de Documentação; 1982. p.368.



16. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Ações Básicas da Saúde, Divisão Nacional de Epidemiologia. Estatísticas de mortalidade - Brasil, 1980. Brasília: Centro de Documentação; 1983. p.354.
17. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Ações Básicas da Saúde, Divisão Nacional de Epidemiologia. Estatísticas de mortalidade - Brasil, 1981. Brasília: Centro de Documentação; 1984. p.354.
18. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde, Divisão Nacional de Epidemiologia. Estatísticas de mortalidade - Brasil, 1982. Brasília: Centro de Documentação; 1985. p.367.
19. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde, Divisão Nacional de Epidemiologia. Estatísticas de mortalidade - Brasil, 1983. Brasília: Centro de Documentação; 1987. p.359.
20. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Ações Básicas da Saúde, Divisão Nacional de Epidemiologia. Estatísticas de mortalidade - Brasil, 1984. Brasília: Centro de Documentação; 1987. p.358.
21. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Ações Básicas da Saúde, Divisão Nacional de Epidemiologia. Estatísticas de mortalidade - Brasil, 1985. Brasília: Centro de Documentação; 1988. p.361.
22. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Divisão Nacional de Epidemiologia. Estatísticas de mortalidade - Brasil, 1986. Brasília: Centro de Documentação; 1991. p.366.
23. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação de Informações Epidemiológicas. Estatísticas de mortalidade - Brasil, 1987. Brasília: Centro de Documentação; 1992. p.372.
24. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação de Informações em Saúde. Estatísticas de mortalidade - Brasil, 1988. Brasília: Centro de Documentação; 1993. p.375.
25. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação de Informações em Saúde. Estatísticas de mortalidade - Brasil, 1989. Brasília: Centro de Documentação; 1993. p.375.
26. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação de Informações e Análise da Situação de Saúde. Estatísticas de mortalidade - Brasil, 1990. Brasília: Coordenação de Comunicação, Educação e Documentação; 1996. p.547.
27. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação de Informações e Análise da Situação de Saúde. Estatísticas de mortalidade - Brasil, 1991. Brasília: Coordenação de Comunicação, Educação e Documentação; 1996. p.553.
28. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação de Informações e Análise da Situação de Saúde. Estatística de mortalidade - Brasil, 1992. Brasília: Coordenação de Comunicação, Educação e Documentação; 1996. p.558.
29. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação de Informações e Análise da Situação de Saúde. Estatística de mortalidade - Brasil, 1993. Brasília: Coordenação de Comunicação, Educação e Documentação; 1996. p.526.
30. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação de Informações e Análise da Situação de Saúde. Mortalidade Brasil, 1994. Brasília: Coordenação de Comunicação, Educação e Documentação; 1996. p.530.
31. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação de Informações e Análise da Situação de Saúde. Mortalidade Brasil, 1995. Brasília: Coordenação de Comunicação, Educação e Documentação; 1996. p.537.
32. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Ações Básicas da Saúde, Divisão Nacional de Epidemiologia. Manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito. 2ª.ed. Brasília: Centro de Documentação; 1985.
33. Nie N, et al. SPSS Primer: statistical package for the social sciences primer. New York: McGraw Hill; 1979.
34. Organização Mundial da Saúde, Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português, Ministério da Saúde/Universidade de São Paulo, Organização Pan-Americana da Saúde. Manual da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito. 9ª Rev. São Paulo: OMS; 1985.
35. Secretaria de Planejamento, Orçamento e Coordenação, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo demográfico 1991. Rio de Janeiro: IBGE; 1991. Nº 1, p.137-142.
36. Secretaria de Planejamento da Presidência da República, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. IX Recenseamento geral do Brasil - 1980. Rio de Janeiro: IBGE; 1983. Tomo 4, Nº 1, p.2.
37. Secretaria de Planejamento da Presidência da República, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro: IBGE; V.5-14.
38. States JD. Violence on the highway. A national public health problem. N Y State J Med 1985;85(2):69-71.
39. Stoke J. Accidents - a major public health problem. Asia Pac J Public Health 1987;1(3):79-85.
40. Worldwide rise in motor vehicle accident fatalities. Statist Bull Metrop Life Insur Co 1966;47:1-3.
41. Yunes J, Rajs D. Tendência de la mortalidad por causas violentas en la población general y entre los adolescentes y jóvenes de la región de las Américas. Cad Saúde Públ 1994;10 Supl 1:88-125.

Ver editorial na página 74.

Abstract

**MORTALITY FROM VIOLENCE AND ACCIDENTS IN THE FEDERAL DISTRICT:
THE SITUATION BETWEEN 1980 AND 1994**

JOÃO A. DE CARVALHO NETO

OBJECTIVE

To describe mortality from violence and accidents (external causes of death) between 1980 and 1994 in the Federal District, Brazil.

MATERIAL AND METHODS

A descriptive study of the deaths resulting from external causes in the Federal District between 1980 and 1994 was carried out. This study drew upon the data included in the deaths certificates stored in the Mortality System of the Federal District. A total of 18,340 deaths certificates were reviewed, coded and entered into a computerized database. Specific causes of violence and accidents were grouped according to the International Classification of Diseases. Quality control procedures were taken throughout every step of the process. Absolute and relative

frequencies and mortality rates (per 100,000 inhabitants) were calculated.

RESULTS

From 1980 to 1994, the number of deaths resulting from external causes increased 95.4%. The specific mortality rate varied from 65.3 (1980) to 88.1 (1994). The average ratio between men and women was found to be 4.2:1. For men, the mortality rate went from 106.4, in 1980, to 147.8, in 1994. An exception to this increase was found in the age group 0-9 years. In all other age groups, there was a noted increase in the mortality rate. The age group of 20-39 years showed a relative increase of 37%. Amongst the external causes of death, traffic accidents were responsible for the largest number of fatalities for every year of the

study. The proportion of these accidents to all external causes increased nearly 48%. The second highest cause of death specified was homicide, where mortality rates went up from 11 (1980) to 31 (1993 and 1994).

CONCLUSION

External causes of death represent an important and increasing problem in the Federal District. In the period studied, the tendency for mortality rates to increase can be seen as an indicator of aggravated urban violence and worsening living conditions in the city.

KEY WORDS

Mortality - Epidemiology; Violence; Accidents Traffic.

**REVISTA BRASÍLIA MÉDICA
INFORMAÇÕES SOBRE TEMAS
DE INTERESSE MÉDICO**

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Capítulo XII - Pesquisa Médica

É VEDADO AO MÉDICO:

Art. 122 - Participar de qualquer tipo de experiência no ser humano com fins bélicos, políticos, raciais ou eugênicos.

Art. 123 - Realizar pesquisa em ser humano, sem que este tenha dado consentimento por escrito, após devidamente esclarecido, sobre a natureza e conseqüências da pesquisa.

Parágrafo Único - Caso o paciente não tenha condições de dar seu livre consentimento, a pesquisa somente poderá ser realizada, em seu próprio benefício, após expressa autorização de seu representante legal.