

MARIA ALICE BARBOSA FORTUNATO

**MORBIMORTALIDADE POR CAUSAS
EXTERNAS NO DISTRITO FEDERAL E
ENTORNO, 2002 - 2007**

BRASÍLIA, 2009

**Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde**

MARIA ALICE BARBOSA FORTUNATO

**MORBIMORTALIDADE POR CAUSAS
EXTERNAS NO DISTRITO FEDERAL E
ENTORNO, 2002 - 2007**

*Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito parcial a obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde. **Linha de Pesquisa:** Epidemiologia, Saúde e Educação.*

Orientador: Prof^o Dr. Edgar Merchán Hamman

Co – Orientadora: Prof^a Dra. Maria Margarita Urdaneta Gutiérrez

BRASÍLIA, 2009

MARIA ALICE BARBOSA FORTUNATO

**MORBIMORTALIDADE POR CAUSAS
EXTERNAS NO DISTRITO FEDERAL E
ENTORNO, 2002 - 2007**

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde pelo
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da
Universidade de Brasília

Aprovada em 06 de junho de 2009

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Edgar Merchan Hamann
Faculdade de Ciências da Saúde - FCS/UnB

Prof^a. Dra. Ana Maria Nogales Vasconcelos
Universidade de Brasília - UnB

Prof. Dr. José Ricardo Pio Marins
Faculdade de Ciências da Saúde - FCS/UnB

FICHA CATALOGRAFICA

Fortunato, Maria Alice Barbosa.

Morbimortalidade por causas externas no Distrito Federal e
Entorno, 2002 - 2007

132 p.: il.: 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada a Faculdade de Ciências
da Saúde da Universidade de Brasília – UnB – Área de Concentração:
Epidemiologia, Saúde e Educação.

Orientador: Hamann, Edgar Merchan

Co-orientadora: Urdaneta, Maria Margarita

1 - Violência, 2 – Morbimortalidade 3 - Causas Externas

A minha linda família por todo incentivo, confiança, respeito e amor que tem por mim e que me fazem acreditar que é possível conquistar os caminhos almejados. Em especial a minha mãe (Fátima), ao meu filho (Henrique), as minhas irmãs (Priscila e Fernanda) e a Tia Dja.

AGRADECIMENTOS

Aos meus orientadores, Prof^o Dr. Edgar Merchán Hamman e Prof^a Dra. Maria Margarita Urdaneta Gutiérrez, pela confiança em mim depositada, pela amizade e respeito e pela contribuição científica.

À Prof^a Dra. Maria de Fátima Sousa por ter me guiado para dar continuidade na área da pesquisa em Saúde Pública.

À equipe do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília.

Aos meus amigos.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa.

“... um passo à frente e você não está mais no mesmo lugar”

(Chico Science).

RESUMO

Introdução – A violência constitui um problema de saúde pública no mundo e no Brasil ocupa os primeiros lugares como causa de morbidade e mortalidade a partir da década de 80. Estudos que abordem a morbimortalidade por causas externas nos municípios 22 municípios do entorno do Distrito Federal, que compõem a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF) são limitados.

Objetivo - Descrever a morbimortalidade por acidentes e violências na região da RIDE-DF no período de 2002 a 2007.

Método - Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo no qual foram calculados a frequência proporcional e o risco de internação (morbidade hospitalar) e morte por causas externas, utilizando os dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Resultados – A morbidade hospitalar e a mortalidade por causas externas na RIDE-DF apresenta-se de forma heterogênea, variando segundo sexo, a idade, a área geográfica e o tipo de causa externa que provocou a lesão. As causas externas representaram 6,1% do total de internações no período avaliado, correspondendo à 5ª causa de internação e com tendência ao aumento passando de 5,6% no triênio de 2002 – 2004 para 6,6% no triênio de 2005 – 2007 na RIDE-DF. Ocuparam os três primeiros lugares as lesões acidentais (61,5%), os acidentes de transporte (14,6%) e as agressões (9,1%). O coeficiente de incidência médio ajustado de internações variou de 36,8 durante o triênio 2002-2004 e 40,6 por 10 mil habitantes no triênio 2005-2007. O sexo masculino apresentou risco de internação por causas externas entre duas a quatro vezes maior que o sexo feminino. Os idosos apresentaram o maior coeficiente de internação (78,8/10 mil), sendo as quedas a principal causa de internação nessa faixa etária (50%). A mortalidade por causas externas correspondeu à segunda causa de óbito na região como um todo. No entanto, nos Entorno Norte e Sul apresentam-se como a primeira. As agressões (30,6/100 mil) e acidentes de trânsito (21,7/100mil) apresentam coeficientes maiores que a média nacional. Os jovens apresentam maior risco de morrer por agressões (67,9/100 mil) e os idosos por acidentes de transportes (53,4/100 mil). O Distrito Federal apresenta o maior número de internações por causas externas para todo o período, concentrando ~70% das internações da RIDE/DF bem como os maiores coeficientes de mortalidade por estas causas.

Conclusões - Os resultados relativos à distribuição por sexo, idade e tipo de causas externas são similares aos padrões descritos para outras regiões do país, porém, em níveis superiores à média nacional apontando para a necessidade do fortalecimento e ampliação das estratégias de vigilância e prevenção e da promoção da cultura da paz.

Palavras chaves: Violência, Morbidade, Mortalidade, Causas Externas, RIDE-DF.

ABSTRACT

Introduction– Worldwide and in Brazil, violence is a public health issue and it has been among the leading causes of death and morbidity since the 80's. There are few studies that analyze morbi-mortality due to external causes in the 22 municipalities that compound the Integrated Region for the Development of the capital Federal District and Surroundings Municipalities (Portuguese - RIDE-DF).

Objective – To describe morbi-mortality by accidents and violence at RIDE-DF during the period 2002 -2007.

Method – We carried out a descriptive epidemiological study using secondary data to calculate the proportional frequency and the risk of hospitalization and death as a result of external causes, using data from the Hospital Information System and the Mortality Information System of the Brazilian Unified Health System.

Results – Hospital morbidity and population mortality rates due to external causes at RIDE-DF are heterogeneous, varying according to gender, age, geographical area and type of violence causing injuries. External causes represent 6.1% of the total number of hospitalization, corresponding to the 5th cause of inpatient entries, with an increasing trend (from 5.6% in the period 2002 – 2004 to 6.6% in 2005 – 2007). The 3 leading causes were accidental injuries (61.5%), transportation accidents (14.6%) and interpersonal injuries (9.1%). Hospitalization mean adjusted incidence rate varied from 36.8 to 40.6 per 10,000 inhabitants in the analyzed periods, respectively. Males had 2-4-fold risk of hospitalization than females. Elder citizens had the highest hospitalization risk (78.8/10,000), and accidental falls were the main cause at this age (50%). External causes were the 2nd general mortality cause at RIDE-DF. Nevertheless, at the southern and Northern municipalities of RIDE-DF (Entorno Norte and Sul) they are the first cause of mortality. Interpersonal injuries (30.6/100,000) and transportation accidents (21.7/100,000) had risk mortality rates higher than the national figures. Youngsters had greater risk of dying from interpersonal injuries (67.9/100,000) and elderly people by transportation accidents (53.4/100,000). The Brasilia-capital Federal District had the highest number of hospitalizations due to external causes during the whole period, accounting for ~70% of inpatient entries at RIDE/DF and showing also the highest mortality rates due to these causes.

Conclusions – Results hitherto regarding distribution according to gender, age and violence cause are similar to the epidemiological patterns described for other Brazilian regions. Nevertheless, their rates are higher than the national mean figures. These findings point to the need of strengthening surveillance strategies, together with prevention actions and peace culture promotion.

Key - words: Violence, Morbidity, Mortality, External causes, RIDE-DF.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Lista de Tabulação das Causas Externas segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças.	41
Figura 2 – Municípios da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno. RIDE – DF.	51
Figura 3 – Percentual da população dos municípios do entorno que procura atendimento hospitalar no Distrito Federal – 2003.	55
Figura 4 - Coeficiente de incidência de internações por causas externas (por 10 mil hab.), RIDE e DF, 2002 a 2007.	79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição proporcional da morbidade hospitalar por grandes grupos de causas no SUS para os triênios, 2002 a 2004 e 2005 a 2007, RIDE-DF.	68
Tabela 2 – Distribuição proporcional da morbidade hospitalar por causas externas específicas no SUS para os triênios, 2002 a 2004 e 2005 a 2007, RIDE-DF	69
Tabela 3- Distribuição proporcional da morbidade hospitalar por causas externas no SUS, segundo municípios de residência da RIDE-DF e triênios, 2002 a 2004 e 2005 a 2007.	70
Tabela 4- Distribuição proporcional da morbidade hospitalar no SUS por causas externas, segundo sexo e municípios de residência da RIDE-DF, 2002 a 2007.	71
Tabela 5 - Distribuição proporcional da morbidade hospitalar no SUS por causas externas, segundo faixa etária e regiões da RIDE-DF, 2002 a 2007	72
Tabela 6 - Distribuição proporcional da morbidade hospitalar no SUS por tipos de causas externas, segundo regiões da RIDE-DF, 2002 a 2007.	73
Tabela 7 - Distribuição proporcional da morbidade hospitalar no SUS por lesões acidentais específicas, segundo regiões da RIDE-DF, 2002 a 2007.	74
Tabela 8 - Distribuição proporcional da morbidade hospitalar no SUS por acidentes de transporte específicos, segundo regiões da RIDE-	75

DF, 2002 a 2007.

Tabela 9 - Distribuição proporcional da morbidade hospitalar no SUS por agressões específicas, segundo regiões da RIDE-DF, 2002 a 2007. 76

Tabela 10- Distribuição proporcional da morbidade hospitalar no SUS por lesões autoprovocadas voluntariamente, segundo regiões da RIDE-DF, 2002 a 2007. 77

Tabela 11 - Coeficiente de incidência médio bruto e ajustado de internações por causas externas, segundo municípios da RIDE - DF e triênios, 2002 a 2004 e 2005 a 2007. 78

Tabela 12- Coeficiente de incidência médio ajustado de internações por causas externas (por 10 mil hab.), segundo sexo e municípios da RIDE - DF e triênios, 2002 a 2004 e 2005 a 2007. 81

Tabela 13 - Coeficiente de incidência médio de internações por causas externas (por 10 mil hab.), segundo faixa etária e municípios da RIDE-DF, 2002-2007. 83

Tabela 14 - Coeficiente de incidência médio de internações por lesões acidentais (por 10 mil), segundo faixa etária e municípios da RIDE-DF, 2002-2007. 84

Tabela 15 - Coeficiente médio ajustado de internações por lesões acidentais (por 10 mil hab.), segundo sexo, municípios da RIDE-DF e triênios, 2002 a 2007 85

Tabela 16 - Coeficiente médio ajustado de internações por acidente de transporte (por 10 mil hab.), segundo sexo e municípios da RIDE- 86

DF e triênios, 2002 a 2007.

Tabela 17 - Coeficiente de incidência médio de internações por acidentes de transporte (por 10 mil hab.), segundo faixa etária e municípios da RIDE-DF, 2002-2007.	87
Tabela 18 - Coeficiente médio ajustado de internações por agressão (por 10 mil hab.), segundo sexo e municípios da RIDE-DF e triênios, 2002 a 2007.	89
Tabela 19 - Coeficiente de incidência médio de internações por agressões (por 10 mil hab.) segundo faixa etária, RIDE-DF, 2002-2007.	90
Tabela 20 - Coeficiente médio ajustado de internações por lesões autoprovocadas (por 10 mil hab.), segundo sexo e municípios da RIDE-DF e triênios, 2002 a 2007.	92
Tabela 21 - Coeficiente de incidência médio de morbidade hospitalar por lesões autoprovocadas, segundo faixa etária e municípios da RIDE-DF, 2002 a 2007.	93
Tabela 22- Mortalidade proporcional por grandes causas na RIDE-DF, 2002 a 2004 e 2005 a 2007.	95
Tabela 23 - Mortalidade proporcional por grandes causas segundo regiões da RIDE-DF, 2002 a 2007.	96
Tabela 24 - Mortalidade proporcional por causas externas, segundo municípios de residência da RIDE-DF e triênios, 2002 – 2004 e 2005 – 2007.	97

Tabela 25 - Distribuição proporcional da mortalidade por causas externas específicas para os triênios, 2002 a 2004 e 2005 a 2007, RIDE-DF.	98
Tabela 26 - Mortalidade proporcional por causas externas específicas, segundo região de residência e triênios, 2002 – 2004 e 2005 – 2007, RIDE-DF.	99
Tabela 27 - Mortalidade proporcional por causas externas, segundo sexo e regiões, RIDE-DF, 2002 a 2007.	100
Tabela 28 - Distribuição proporcional dos óbitos por causas externas específicas segundo sexo, RIDE-DF, 2002 a 2007.	101
Tabela 29 - Distribuição proporcional de óbitos por causas externas, segundo causas específicas e faixa etária, RIDE-DF, 2002 a 2007.	102
Tabela 30 – Coeficiente médio bruto e ajustado de mortalidade (por 100 mil hab) por causas externas, segundo municípios da RIDE-DF e triênios, 2002 a 2007.	103
Tabela 31- Distribuição proporcional e coeficiente médio ajustado de mortalidade por causas externas específicas, na RIDE-DF, por triênios - 2002 a 2004 e 2005 a 2007.	104
Tabela 32 - Coeficiente médio ajustado de mortalidade (por 100 mil hab.) por causas externas, segundo sexo, na RIDE-DF e triênios, 2002 a 2007.	105
Tabela 33 - Coeficiente específico de mortalidade por causas externas (por 100 mil), segundo faixa etária, na RIDE-DF, 2002-2007.	106

Tabela 34 - Coeficiente específico de mortalidade por lesões acidentais (por 100 mil), segundo faixa etária, na RIDE-DF, 2002-2007.	107
Tabela 35 - Coeficiente médio ajustado de mortalidade por acidente de transporte (por 100 mil), segundo sexo, na RIDE-DF, 2002-2007.	108
Tabela 36 - Coeficiente médio de mortalidade por acidente de transporte (por 100 mil), segundo faixa etária, na RIDE-DF, 2002-2007.	109
Tabela 37 - Coeficiente médio ajustado de mortalidade (por 100 mil hab.) por agressão, segundo sexo, na RIDE-DF e triênios, 2002 a 2007.	110
Tabela 38 - Coeficiente médio de mortalidade por agressões (por 100 mil), segundo faixa etária, na RIDE-DF, 2002-2007.	111
Tabela 39 - Coeficiente médio ajustado de mortalidade (por 100 mil hab.) por lesões autoprovocadas, segundo sexo, na RIDE-DF e triênios, 2002 a 2007.	112
Tabela 40 - Coeficiente específico de mortalidade por lesões autoprovocadas (por 100 mil) segundo faixa etária, na RIDE-DF, 2002 a 2007.	113

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID-10	–	Classificação Internacional das Doenças – Décima Revisão
CAI	–	Coeficiente Ajustado de Internações ou de Mortalidade
CBI /CBM	–	Coeficiente Bruto de Internações ou de Mortalidade
COARIDE	–	Conselho Administrativo da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno
CODEPLAN	–	Companhia de Desenvolvimento do Planalto Central
CONASEMS	–	Conselho Nacional de Secretários Municipais Saúde
DATASUS	–	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
MP	–	Mortalidade Proporcional
MS	–	Ministério da Saúde
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
OPAS	–	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISM	–	Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PIB	–	Produto Interno Bruto
RIDE - DF	–	Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno
RR	–	Risco Relativo
SIH	–	Sistema de Internações Hospitalares
SIM	–	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SUS	–	Sistema Único de Saúde
SVS	–	Secretaria de Vigilância de Vigilância em Saúde
UNESCO	–	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF	–	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIVA	–	Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1 - Introdução	19
2 - Referencial Teórico	26
2.1 - Conceituando a Violência	27
2.2 - Processo Sócio-histórico da Violência	30
2.3 - Violência e Saúde	33
2.4 - Classificação da Violência	39
2.5 - Magnitude da Violência	42
2.6 - Vigilância dos Eventos Violentos	46
2.7 - Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno e Distrito Federal (Ride-DF)	50
3 - Objetivos	59
3.1 - Objetivo Geral	60
3.2 - Objetivos Específicos	60
4 - Método	61
4.1 - Área de Estudo	62
4.2 - Desenho do Estudo	62
4.3 - Fonte de Dados	63
4.4 – Abordagem Analítica e Processamento de Dados	63
5 – Aspectos Éticos	66
6 - Resultados	67
6.1 - Morbidade Hospitalar por Causas Externas na RIDE-DF, 2002 - 2007	68
6.1.1 – Proporção de Internações Hospitalares por Causas Externas	68
6.1.2 – Coeficiente de Incidência de Internações no Sistema Único de Saúde por Causas Externas	77

6.2 - Mortalidade por Causas Externas na RIDE-DF, 2002 - 2007	94
6.2.1 – Mortalidade Proporcional por Causas Externas	94
6.2.2 - Coeficiente de Mortalidade por Causas Externas	102
7 - Discussão	114
7.1 - Morbidade hospitalar por causas externas na RIDE- DF, 2002 – 2007	115
7.2 – Mortalidade por causas externas na RIDE-DF, 2002 – 2007	124
8 – Conclusões	135
9 - Recomendações	140
10 - Referências	144
11 - Anexos	155
Anexo 1 – Estimativas Populacionais para a RIDE-DF, segundo Região e Municípios, 2002 - 2007	156
Anexo 2 - Cobertura do SAMU e numero de hospitais nos municípios da RIDE - 2005	157
Anexo 3 - Seqüência de tabelas com os coeficientes médios brutos de internação por lesões acidentais, acidentes, agressões e lesões autoprovocadas, segundo município e sexo. RIDE-DF – 2002 a 2005 e 2005 a 2007	158
Anexo 4 - Seqüência de tabelas com os coeficientes médios brutos de mortalidade por causas externas, acidente de transporte, agressão e lesões autoprovocadas, segundo município e sexo. RIDE- DF – 2002 a 2005 e 2005 a 2007.	162

1 – INTRODUÇÃO

Conceituar violência não é uma tarefa fácil, pois a violência pode apresentar-se de diversas formas sendo, portanto, múltipla. O vocábulo violência é a junção da palavra *vis* que quer dizer “força” e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro. No seu sentido material, o termo parece neutro, porém ao se analisar os eventos violentos descobre-se que eles se referem a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder e à vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens (1; 2;3).

A Organização Mundial de Saúde (4) define a violência como: “O uso intencional da força física ou poder, ameaçado ou real, contra si próprio, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que ou resulte ou tenha alta probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, mal desenvolvimento ou de privação.

Arendt (1994), diz que a violência dramatiza causas e possibilita à sociedade a compreensão de seus próprios limites (5).

Os eventos violentos sempre passaram e passam pelo julgamento moral da sociedade. (6).

Ao longo do século XX, e principalmente a partir da década de 70, ocorreram mudanças importantes no perfil de mortalidade do país. As chamadas "doenças do desenvolvimento" assumiram o papel das principais causas de óbito. A transição epidemiológica constituiu um processo no qual as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as causas externas são, nesta ordem, responsáveis pela maioria dos óbitos da população brasileira (7; 8).

As formas que a violência assume, estão presentes, em maior ou menor intensidade, em todas as regiões do país e nos diversos grupos sociais (9). Tal como numa epidemia, todos são afetados pela fonte comum de uma estrutura social desigual e injusta que alimenta e mantém ativos os focos específicos de violência, os quais se expressam nas relações domésticas, de gênero, de classes e no interior das instituições.

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (4) aborda a violência como um problema de saúde pública no mundo. De acordo com o mesmo, a cada ano, mais de 1,6 milhões de pessoas perdem a vida violentamente, isto sem considerar que na maior parte dessas situações não se tem dados sistematizados ou registrados oficialmente. Este documento afirma ainda que as mortes e as deficiências físicas causadas pela violência se converteram no principal problema de saúde pública da atualidade. No campo econômico, estudos apontam para uma perda de 5% do Produto Interno Bruto (PIB) em alguns países com gastos decorrentes das conseqüências das várias formas de violência. Apresentando forte impacto sobre a morbimortalidade da população brasileira, que desta maneira tem exigido do Sistema Único de Saúde (SUS) a ampliação da demanda por assistência em todos os níveis de complexidade.

No Brasil, em 2003, 128.790 pessoas morreram por causa externas - acidentes e violências, que respondem pela terceira causa de óbito na população geral, após as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias. Nesse mesmo ano, o coeficiente de mortalidade por homicídios correspondeu a 28 por 100.000 habitantes, sendo o risco maior em homens (53 x 100.000), da

cor parda (35 x 100.000 ou preta 39 x 100.000) e jovens de 20 a 29 anos (125 x 100.000) (10).

As mortes por causas externas, no Brasil, afetam desproporcionalmente os jovens na faixa etária de 15 a 24 anos, tendo sido responsáveis por 71% das mortes de homens e 34% das mortes de mulheres, nessa faixa etária (11).

O Brasil é o campeão mundial absoluto em número de homicídios, com uma pessoa morta a cada 12 minutos, ou um total de 45 mil por ano. Com 3% da população mundial, o Brasil responde por 13% dos assassinatos. Em 20 anos, a coeficiente de homicídios cresceu 230% em São Paulo e no Rio de Janeiro (12).

O Distrito Federal e seu entorno teve um rápido processo de ocupação, que foi acelerado por políticas governamentais de incentivo a migração para construção e ocupação da Capital Federal. Porém, trouxe acesso restrito à infra-estrutura urbana, instâncias de proteção social e emprego, produzindo sérios desequilíbrios econômicos e sociais entre o Distrito Federal (DF) e os municípios vizinhos.

Com o propósito de promover uma articulação interinstitucional e intergovernamental com vista ao aprimoramento e ampliação dos serviços públicos essenciais e a promoção de atividades econômicas na região do entorno do DF foi criada a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno – RIDE, em 1998. A RIDE é composta por 21 municípios, dois estados (Minas Gerais, Goiás) e o Distrito Federal (12).

No Distrito Federal e nos municípios do Entorno, a violência e agressões foram responsáveis por um terço dos óbitos ocorridos na região no ano 2000. Somados aos óbitos decorrentes de acidentes de trânsito, que constitui uma

outra forma de violência, essas causas somam 56% das mortes, ultrapassando as doenças cardiovasculares e o enfarte agudo do miocárdio. Em algumas faixas etárias, a violência, também se evidencia através das causas externas, sendo a principal responsável pelos óbitos. Na faixa etária de 10 a 14 anos, cerca de 71% dos óbitos são devidos a causas externas; já na faixa de 15 a 19 anos, tal percentual sobe para 81% (13).

A magnitude dos eventos violentos é limitada, tendo em vista as diversas formas de manifestação e natureza. A violência se manifesta de várias formas sendo a morte a sua forma mais “visível” pois o desfecho (resultado) corresponde à perda da vida e, portanto os óbitos por causas externas são de mais fácil detecção pelo setor saúde por meio do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM). Há, entretanto, outros desfechos não fatais que representam modalidades que provocam danos à saúde, que dependendo da sua gravidade permitem que sejam detectados ou não pelo setor saúde.

Quando o acidente/lesão causa danos tais como ferimentos, traumas e seqüelas que requerem de tratamento médico sob internação, os mesmos são registrados nas Autorizações de Internação Hospitalar e constam no Sistema de Internações Hospitalares (SIH). Essas bases de dados são de fácil acesso e a análise dos dados permite determinar a magnitude da violência e seu impacto na saúde da população, no entanto, representam uma fração do problema. As violências que causam danos que requerem de um atendimento emergencial ou ambulatorial não constam em registros sistematizados bem como, os casos em que as vítimas não procuram os serviços de saúde como ocorre na maioria das violências intradomiciliares. Tais casos correspondem a uma fração indeterminada da magnitude desse importante problema. Reconhece-se ainda,

que uma parte considerável da violência permanece também silenciada no âmbito da esfera privada (14).

O monitoramento da ocorrência de violências e acidentes constitui um dos componentes da *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência* do Ministério da Saúde e inclui o estabelecimento de ações padronizadas de vigilância (15). O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes está baseado no monitoramento dos dados do SIM e SIH que fornecem informações dos principais tipos de causas externas que determinam mortes ou internação hospitalar, respectivamente. Mais recentemente, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) vem incentivando a implantação da *Rede de Serviços Sentinela de Vigilância de Violências e Acidentes – Rede VIVA* que tem como propósito complementar as informações existentes ao permitir conhecer as lesões de menor gravidade, que não determinam mortes ou internações, mas que são responsáveis por uma forte demanda nas emergências. A estratégia consiste na organização de redes de fontes de informação selecionadas (sentinelas), onde se concentram esforços para a obtenção das informações desejadas sejam no âmbito dos serviços de saúde, da segurança pública, entre outros. Agrega-se a este esforço a realização de inquéritos anuais direcionados ao levantamento de informações referentes aos acidentes e violências (16).

A implantação da VIVA nos municípios do entorno tem se dado de forma progressiva estando em fase de estruturação em sete municípios e a emissão de relatórios de análise dos dados gerados pelo SIM e SIH é muito limitada.

O conhecimento da distribuição e freqüência dos eventos violentos na RIDE-DF constitui uma etapa fundamental para o dimensionamento da

magnitude do problema, monitoramento de suas tendências, fundamentar intervenções e para estabelecer uma linha de base para posterior avaliação da efetividade das mesmas, tendo em vista a limitada disponibilidade de informações relacionadas à morbimortalidade por eventos violentos nos 22 municípios que integram a região.

2 - REFERÊNICAL TEÓRICO

2.1 - CONCEITUANDO A VIOLÊNCIA

A violência é um conceito extremamente difícil de se definir. Como antes mencionado, o vocábulo violência é a junção da palavra *vis* que quer dizer “força” (2) e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro (1). Assim, a violência parece denotar um vigor ou força que se direciona à transgressão ou destruição de uma ordem dada ou “natural”.

O limite representado por essa ordem, e sua perturbação (pela violência), é percebido de forma variável cultural e historicamente (3;17). É difícil conceituar a violência principalmente por ser ela, por vezes, uma forma própria de relação pessoal, política, social e cultural; por vezes uma resultante das interações sociais; por vezes ainda, um componente cultural naturalizado (18).

Domenach (1981), um dos grandes pensadores sobre o tema, sublinha a idéia de que a violência está inscrita e arraigada não só nas relações sociais, mas principalmente, é construída no interior das consciências e das subjetividades. Portanto, esse fenômeno não pode ser tratado apenas como uma força exterior aos indivíduos e aos grupos. Sua visão se projeta na direção contrária ao senso comum que costuma colocá-la como um fenômeno sempre produzido pelo “outro”. Domenach reforça a idéia de que, sobretudo, ela não pode ser analisada nem tratada fora da sociedade que a produz em sua especificidade interna e em sua particularidade histórica (19).

Arendt (1994), que possui uma das mais vigorosas reflexões sobre o tema, considera a violência um meio e um instrumento para a conquista do poder. Mas não a confunde com o poder. Pelo contrário, ressalta que só existe

violência quando há incapacidade de argumentação e de convencimento de quem o detém. Arendt diferencia justificção de legitimação, afirmando que a violência pode ser justificada (dependendo de seu fim), mas nunca é legítima, pois não pode ser considerada um fim em si mesma (3;5; 18). Engels (1981), por sua vez, valoriza a violência como um acelerador do desenvolvimento econômico (20).

O discurso freudiano considera a violência como um fenômeno inerente à condição humana. Freud (1980) apresenta várias interpretações do tema, em diferentes etapas de seu pensamento. Em primeiro lugar associa a violência à agressividade instintiva do ser humano, o que o inclina a matar e a fazer sofrer seus semelhantes. Num segundo momento a define como instrumento para arbitrar conflitos de interesse, sendo, portanto, um princípio geral da ação humana frente a situações competitivas. Numa terceira posição, avança para a idéia de construção de “identidade de interesses”. É essa identidade que faria surgir vínculos emocionais entre os membros de uma comunidade humana. Os conflitos de interesses seriam mediados nas sociedades modernas pelo direito e pela lei; e a comunidade de interesses, pela identidade e busca do bem coletivo (18;21).

Frank contrapõe Freud dizendo que a agressividade é um fenômeno subumano aquém da autotranscendência. Mas, para Frank (1978/1989), não existe sentido na violência, o logos não habita o campo da violência. Assim, a violência é um fenômeno subumano. Sentimentos como o amor e o ódio são ouvidos por uma consciência intencional; portanto, encontram-se no campo do sentido, no campo da razão e do logos. A violência e a agressividade estão fora do logos (22;23)

Segundo Minayo (2005), nem a filosofia popular nem os filósofos eruditos têm uma última palavra sobre o significado da violência. Muita gente defende um pensamento pragmático sobre o tema: a violência é boa ou má, positiva ou negativa, segundo as forças históricas que as sustentam. Exemplos estão aí, em pleno início do século XXI, quando vários chefes de estado continuam a justificar conflitos políticos e guerras no mundo em nome da civilização e da paz e quando pais e mães continuam abusando física e emocionalmente dos filhos por tradicionais e seculares razões ditas pedagógicas (1).

A Organização Mundial de Saúde (4) define a violência como: "O uso intencional da força física ou poder, ameaçado ou real, contra si próprio, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que ou resulte ou tenha alta probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, mal desenvolvimento ou de privação". A inclusão do termo "poder", além da frase "utilização da força física", amplia a natureza de um ato violento e expande a compreensão convencional da violência para incluir esses atos que resultam de uma relação de poder, incluindo ameaças e intimidação. Um dos aspectos mais complexos da definição é a questão de intencionalidade. Devem notar-se dois pontos importantes sobre este assunto. Em primeiro lugar, embora a violência se distinga de eventos involuntários que resultam em lesões, a presença de uma intenção de utilizar a força não significa necessariamente que havia uma intenção de causar danos. Com efeito, pode haver uma disparidade considerável entre o comportamento pretendido e consequência pretendida (24).

2.2 - PROCESSO SÓCIO-HISTÓRICO DA VIOLÊNCIA

Como fenômeno sócio-histórico, a violência acompanha toda a história da humanidade. (25) Sua presença está registrada em vários documentos da antiguidade e é lembrada no mito de origem contido na narrativa bíblica em forma de disputa fratricida: Caim e Abel. É uma manifestação causada por outros processos e também causadora desses processos (6).

A violência sempre existiu entre os homens, assim como a cada local e tempo sempre existiram mecanismos sociais para sua compreensão e controle (17;26). Arendt (1994), diz que a violência dramatiza causas e possibilita à sociedade a compreensão de seus próprios limites e os eventos violentos sempre passaram e passam pelo julgamento moral da sociedade (5).

Do ponto vista filosófico e sociológico costumam circular pelo menos três fontes explicativas para a violência. Uma delas a considera como expressão de crises sociais que levam a população mais atingida negativamente, à revolta frente à sociedade ou ao Estado que não conseguem lhe dar as respostas adequadas.

Um segundo grupo de teóricos insiste no caráter racional e instrumental da violência, que constituiria um meio para atingir fins específicos. Esse grupo tenta explicar como atores excluídos do campo político utilizam a violência para conseguir se manter no palco do poder.

Um terceiro grupo de estudiosos ressalta a forte articulação entre violência e cultura. Os conflitos de interesse nas sociedades modernas passaram a ser mediados pelo direito e pela lei; e a comunidade de interesses, pela identidade e pela busca do bem coletivo. Um dos problemas da

abordagem culturalista é que ela não inclui as mediações políticas, sociais e subjetivas. (6).

A violência é identificada atualmente nos espaços públicos e privados, nas relações institucionais, grupais ou interpessoais, em tempos de guerra ou de suposta paz (27).

Segundo WIEVIORKA (2006) existem pelo menos três novos modos de abordagem da violência utilizando ferramentas analíticas, propostos pelas ciências humanas e sociais (28). O mais clássico é aquele que insiste na idéia de que a violência é uma conduta de crise, uma resposta a mudanças na situação do ator ou dos atores, que reage(m) principalmente pela frustração. Um segundo tipo de análise, precisamente o mais longe possível das teses à moda de Gurr (1980) insiste no caráter racional e instrumental da violência, inclusive em suas dimensões coletivas – motins, revolução, por exemplo. Por fim, uma última linha clássica de abordagem, na verdade extremamente grande, postula um vínculo entre cultura e violência (29).

As formas que a violência assume, estão presentes, em maior ou menor intensidade, em todas as regiões do Brasil e nos diversos grupos sociais (9). Perpassam as várias fases da vida e se instauram nas mais variadas relações humanas. Juntos, os diversos tipos de violência constituem uma rede intrincada e complexa, na qual todo cada um a seu modo, são vítimas e autores a um só tempo (19;30). Tal como numa epidemia, todos são afetados pela fonte comum de uma estrutura social desigual e injusta que alimenta e mantém ativos os focos específicos de violência, os quais se expressam nas relações domésticas, de gênero, de classes e no interior das instituições.

Segundo Minayo (1;31), a violência possui algumas características que foram discutidas por diversos autores:

- A violência é um fato humano e social: não se conhece nenhuma sociedade totalmente isenta de violência. Ela consiste no uso da força, do poder e de privilégios para dominar, submeter e provocar danos a outros: indivíduos, grupos e coletividades. Há sociedades mais violentas que outras, o que evidencia o peso da cultura na forma de solução de conflitos.
- A violência é histórica: Cada sociedade, dentro de épocas específicas, apresenta formas particulares. Existe uma configuração peculiar da violência social, econômica, política e institucional de país e cultura e que se torna dinâmica com o passar dos anos.
- Existem formas de violência que persistem no tempo e se estendem por quase todas as sociedades: é o caso da violência de gênero (sobretudo do homem contra a mulher) que se fundamenta nos papéis diferenciados por idade (dos adultos contra as crianças e contra os idosos) e das diferentes formas de discriminação de raças (dos brancos contra os negros, de outros grupos contra os judeus e atualmente contra os árabes). Essas modalidades de expressão permanecem “naturalizadas”: é como se ao cometê-las, as pessoas julgassem que estão fazendo algo normal. Os tipos de relação, acima citados, atravessam todas as classes e segmentos sociais. Por isso configuram uma modalidade de violência cultural, ou seja, como um jeito próprio e típico de pensar, sentir e agir.

- A violência abrange todas as classes e segmentos sociais, embora algumas de suas expressões são mais típicas dos pobres e outras da classe média e dos ricos. É uma falsa idéia achar que os pobres são mais violentos. A violência também está dentro de cada um. Geralmente tem-se a tendência de achar que “violento é o outro”. Pelo contrário, estudos filosóficos e psicanalíticos mostram que a não-violência é uma construção social e pessoal.
- A violência tem solução. Por ser histórica e por ter a cara da sociedade que a produz, a violência pode aumentar ou pode diminuir pela força da construção social. Suas formas mais cruéis que ocorrem nos níveis coletivos, individuais e privados precisam ser analisadas junto com as modalidades mais sutis, escondidas e simbólicas de forma muito profunda e aberta para que todos possam colaborar: afinal, todos são atores e vítimas (1;6).

2.3 - VIOLÊNCIA E SAÚDE

Embora a violência faça parte da história da humanidade só até recentemente o setor saúde reconheceu-a como um problema de saúde pública. Até a década de 60 as violências situavam-se no quarto lugar no perfil de mortalidade geral, passando ao segundo lugar nas décadas de 80 e 90 (27). Apenas a partir da década de 90, a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde começam a falar oficialmente sobre a *violência* (25).

A visão em relação à problemática da violência começa a ser modificada na década de 60, numa das especialidades mais sensíveis do campo médico, a pediatria. A pediatria americana passa a estudar, diagnosticar e medicar a chamada síndrome do bebê espancado, colocando-a como um sério problema para o crescimento e o desenvolvimento infantil. Uma década depois, vários países também reconhecem, formalmente, os maus-tratos como grave problema de saúde pública. Na década de 70, são criados programas nacionais de prevenção primária e secundária, além de centrais de denúncia, tornando público e passível de intervenção social um problema tradicionalmente e até então, considerado de pertencer ao âmbito privado. Outro fenômeno importante no campo da saúde foi o movimento feminista, buscando sensibilizar as mulheres e a sociedade em geral sobre a violência de gênero. A partir desse momento a violência passa a incluir temas como: agressões domésticas, mutilação, abuso sexual, psicológico e homicídios (27;31).

No Brasil, através da participação ativa de um forte movimento de cívico surge em 1990 à criação do Estatuto da Criança e do Adolescente/ECA, comprometido com a saúde e com o desenvolvimento global/integral das crianças e adolescentes (25). A participação das mulheres e feministas brasileiras se deu com o PAISM (Programa Atenção Integral a Saúde da Mulher), que incorpora os direitos sexuais e de procriação, com ênfase à violência de gênero (32; 33).

Em toda a sociedade ocidental, e mais particularmente no Brasil, é na década de 80 que o tema da violência entra com maior vigor na agenda de debates e no campo programático da saúde, tendendo a se consolidar no final dos anos 90 (27).No Brasil, a presença de violência e criminalidade na agenda

social coincide com o fim do regime militar (oficial). Os movimentos sociais para a democratização, as instituições jurídicas e a forte pressão de algumas organizações não governamentais e internacionais, capazes de influenciar o debate nacional, foram fundamentais para transformar a violência social em uma preocupação do público (6) .

Um outro fato da maior relevância no Brasil, foi o estabelecimento em 1998 de um plano de ação para a prevenção da violência contra as crianças e adolescentes pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais Saúde (CONASEMS) em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), incluindo orientações gerais para os municípios (34).

Em 1993 a OMS, que escolheu a prevenção de acidentes e traumas como tema do Dia Mundial da Saúde, colocando no plano internacional e nacional, o reconhecimento da violência como questão social e de saúde pública. Até pouco tempo atrás, porém, o setor saúde olhou para o fenômeno da violência, como um espectador, um contador de eventos, um reparado dos estragos provocados pelos conflitos sociais, tanto nas situações cotidianas como nas emergenciais provocadas por catástrofes, guerras, genocídios e terror político. (27).

Em 1996, a OMS, em sua 49ª Assembléia reconheceu a questão da violência como um importante e crescente problema de saúde pública em todo o mundo, ressaltando suas conseqüências para indivíduos, famílias, comunidades, a curto e longo prazos, e os conseqüentes prejuízos para o desenvolvimento social e econômico de todo o planeta. A Organização Pan-

Americana da Saúde (1993) admite a sobrecarga imposta pela violência ao setor saúde, como explicitado no seguinte texto:

“A violência, pelo numero de vitimas e pela magnitude das seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico (...) O setor saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social”(34).

Em 1997, a OMS convocou uma reunião com Ministros da Saúde de todos os países membros da Organização das Nações Unidas, colocando a violência entre as primeiras cinco prioridades das Américas.(26).

A OMS, ao publicar em 2002, o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (4), cria um movimento internacional, de um lado, como também torna público e mundial o problema da violência, ampliando o debate e permitindo a construção de referências para os diversos movimentos regionais. Segundo o Relatório, a cada ano, milhões de pessoas perdem a vida violentamente e outros centos de indivíduos apresentam seqüelas. Unifica-se assim a discussão de que a violência é um problema a ser enfrentado (27).

Já em 1998, a Secretaria de Vigilância de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (SVS/MS) Brasileiro estabeleceu um grupo de trabalho assessor para a formulação de uma política nacional para a redução de acidentes e a violência que deu origem à publicação, em 16 de maio de 2001, por meio da Portaria MS/GM n.º 737, da *Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências* (15), cujos princípios e diretrizes visam a estruturação e o reforço de ações intersetoriais nas três esferas do

SUS (municipal, estadual e federal), envolvendo os demais órgãos do governo, instituições acadêmicas e organizações não governamentais para o enfrentamento do problema. Essa política foi criada no intuito de estabelecer diretrizes e estratégias para a redução da morbimortalidade por violência, que envolvem a promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; a monitorização da ocorrência de acidentes e de violências; a sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; a assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências; a estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; a capacitação de recursos humanos; e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. Estabelece-se assim, a adoção de medidas de saúde preventivas no país, passando a envolver a promoção da saúde, a prevenção da recorrência dos eventos, o tratamento das vítimas e de suas seqüelas (25).

Também em 2001, a SVS/MS publica a Portaria de nº 1.968/2001 que dispõe sobre a notificação obrigatória por profissionais de saúde de situações de suspeita ou confirmação maus-tratos de crianças e adolescentes (36); e a Portaria nº 1.969 / 2001, da obrigatoriedade do preenchimento do formulário de autorização de entrada do hospital para casos de causas externas (37). Em 2004, sai a Portaria GM/MS nº 2.406 que estabelece a notificação obrigatória da violência contra as mulheres segundo a lei 10.778/2003. Em 18 de maio de 2004, sai a Portaria nº 936, que fala sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios (35). Este instrumento foi formulado com base de um indicador abrangente

permitindo a classificação dos municípios segundo a magnitude de violência (coeficientes de mortalidade por homicídios, acidentes de trânsito e lesões autoprovocadas).

No ano de 2005, o MS ainda publicou uma série de orientações relacionadas ao prejuízo devido ao abuso sexual e condutas de manejo da contracepção de emergência em caso de abuso sexual das mulheres e adolescentes; e a assistência humanitária em situações de interrupção da gravidez prevista na lei. No mesmo ano a Subsecretaria de Direitos Humanos da Presidência da República publica o Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a População Idosa (25).

A Política de Promoção da Saúde, publicada por meio da Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, inclui como ações específicas a redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito e a prevenção da violência e estímulo à cultura da paz, por meio da ampliação e fortalecimento da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; o investimento na sensibilização e capacitação dos gestores e profissionais de saúde na identificação e encaminhamento adequado de situações de violência intrafamiliar e sexual; o estímulo à articulação intersetorial que envolva a redução e o controle de situações de abuso, exploração e turismo sexual, a implementação da ficha de notificação de violência interpessoal; o incentivo ao desenvolvimento de Planos Estaduais e Municipais de Prevenção da Violência; o monitoramento e avaliação do desenvolvimento dos Planos Estaduais e Municipais de Prevenção da Violência mediante a realização de coleta, sistematização, análise e disseminação de informações; e a implantação de Serviços Sentinela, responsáveis pela notificação dos casos de violências (38).

Outras iniciativas de relevância da SVS/MS incluem os investimentos em capacitação para o enfrentamento da violência como, por exemplo, o curso a distância *Impactos da Violência na Saúde*, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública, e o fomento aos estados, municípios e DF para a estruturação de Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde (SVS, 2006). Essas medidas registram um avanço significativo na implementação de políticas de prevenção da violência no Brasil e indicam uma consonância com o que tem sido proposto pelos organismos internacionais (25).

2.4 - CLASSIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA

No Relatório Mundial sobre Violência e Saúde a violência é dividida em três categorias conforme a pessoa que comete o ato violento; e, em quatro categorias, de acordo com a natureza da violência (4). As três categorias são: 1) a violência autoprovocada (contra si próprio); 2) a interpessoal ou violência infligida por outro indivíduo ou um pequeno grupo de pessoas e 3) a violência infligida por grandes grupos, como estados, grupos políticos organizados, grupos paramilitares e organizações terroristas. Cada categoria mais ampla é subdividida em tipos específicos de violência. A violência autoprovocada inclui o comportamento suicida e o auto-abuso. A interpessoal abrange duas subcategorias: violência na família ou por um parceiro íntimo, entre os membros de uma família e parceiros íntimos, e violência na comunidade entre indivíduos que não familiares, geralmente em um local externo de casa. A violência coletiva divide-se em violência social, política e econômica.

Existem quatro categorias para classificar os atos violentos de acordo com a sua natureza: física, sexual, psicológica e que envolve carência ou negligência. Os quatro tipos ocorrem em cada uma das categorias e em suas divisões, como descrito acima, com exceção da violência autoprovocada. (1;4)

Embora a tipologia acima proposta tenha facilitado determinar, com maior clareza, a situação dos fenômenos violentos em diferentes momentos e locais, por meio do uso, pelo setor saúde, de terminologias padronizadas, dificilmente abrange a complexidade envolvida na geração ou determinantes da violência. No que diz respeito aos fatores de risco às diversas formas de violência o Relatório da OMS, propõe um modelo ecológico de explicação que envolve fatores de ordem individual, relacionais, comunitários e sociais.

As abordagens individuais encorajam atitudes saudáveis em crianças e jovens e apóiam aqueles que já praticam atos violentos.

As abordagens relacionais devem focar as interações pessoais que podem ser a causa de situações de violência e devem ser dirigidas tanto às vítimas como aos perpetradores de atos violentos, abordando assim prioritariamente os relacionamentos íntimos e familiares.

As abordagens comunitárias baseiam-se na consciência local no que se refere à violência e prover cuidado e suporte para as vítimas.

As abordagens sociais são aquelas dirigidas aos aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos.

O termo “acidente” é utilizado para designar um evento não intencional que produz ou tem potencial de produzir uma lesão. Tais eventos envolvem interações entre pessoas, veículos, equipamentos, processos, e o ambiente físico. O debate em torno de se os acidentes configuram um tipo de violência

tem como base a dificuldade de estabelecer o caráter de não intencionalidade e se baseia mais em torna de sua evitabilidade (39).

Os acidentes e violências configuram um conjunto de eventos reconhecidos na Classificação Internacional das Doenças – CID (atualmente na sua décima revisão), como causas externas. Essa categoria inclui os óbitos por homicídios (agressões), os suicídios (lesões autoprovocadas), os acidentes de todas as espécies, entre outras circunstâncias que provocam lesões e traumas. Os eventos são classificados de acordo com uma série de códigos alfanuméricos, que permitem um maior detalhamento principalmente no que diz respeito à qualificação da vítima (pedestre, ciclista, motociclista, ocupante de veículo, entre outros); a natureza e circunstâncias do evento. Para estatísticas de mortalidade, a CID-10 apresenta os agrupamentos relacionados no Capítulo XX (V01-Y98), e simplificados na Figura 1, segundo as circunstâncias do evento.

Figura 1 - Lista de Tabulação das Causas Externas segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças

Capítulo	Agrupamento	Códigos da CID-10
XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	V01-Y98
	Acidentes de transporte (inclui detalhamento da vítima – pedestre, ciclista, ocupante, etc)	V01-V99
	Outras causas externas de traumatismos acidentais	W00-X59
	Quedas	W00-W19
	Afogamentos e submersões acidentais	W65-W74
	Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	X00-X09
	Envenenamento acidental por e exposição a substâncias nocivas	X40-X49
	Lesões autoprovocadas intencionalmente	X60-X84

	Agressões	X85-Y09
	Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	Y10-Y34
	Intervenções legais e operações de guerra	Y35-Y36
	Todas as outras causas externas (complicações de assistência médica e cirúrgica; seqüelas de causas externas; fatores suplementares relacionados)	W20-W64, W75-W99, X10-X39, X50-X59, Y40-Y89

Nos traumas não letais, mas que provocam doenças e incapacidades, a CID-10 inclui as lesões físicas, envenenamentos, ferimentos, fraturas, queimaduras e intoxicações, sendo utilizado para as estatísticas de morbidade (Capítulo XIX - Lesões, Envenenamentos e Algumas Outras Conseqüências de Causas Externas – S00-T50) (40).

A principal diferença entre a indicação de códigos para mortalidade e morbidade é que para mortalidade, a causa externa é a causa básica de morte (o evento que desencadeou a uma cadeia de eventos e resultou em morte.) e, para morbidade, a causa externa da lesão é o evento que foi relatado na internação do paciente no hospital.

2.5 - MAGNITUDE DA VIOLÊNCIA

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (4) aborda a violência como um problema de saúde pública no mundo. De acordo com o mesmo, a cada ano, mais de 1,6 milhões de pessoas perdem a vida violentamente, isto sem considerar que na maior parte dessas situações não se tem dados sistematizados ou registrados oficialmente. Este documento afirma ainda que as mortes e as deficiências físicas causadas pela violência se converteram no

principal problema de saúde pública da atualidade. No campo econômico, estudos apontam para uma perda de 5% do Produto Interno Bruto (PIB) em alguns países com gastos decorrentes das conseqüências das várias formas de violência.

Em nível mundial estimou-se um coeficiente de mortalidade ajustado por violência de 28,8 por 100 mil habitantes no ano 2000. Do total dessas mortes, 49,1% corresponderam a suicídios, 31,3% a homicídios e 18,6%, resultado de guerras. Países de menor renda representaram 91,1% do total dessas mortes, concentrando os homicídios. Setenta e sete por cento (77%) dos óbitos por homicídio ocorreram em homens que apresentaram um risco de morrer por essa causa três vezes maior que o das mulheres. O risco foi maior para os jovens com idade de 15 a 29 anos (19,4 por 100 mil) e 30 a 44 anos (18,7 por 100 mil). Sessenta por cento (60%) dos suicídios também ocorreram entre homens e a probabilidade de óbito por essa causa aumentou com a idade, sendo, na faixa etária de 60 anos e mais, duas vezes maior que o das mulheres (44,9 por 100 mil frente a 22,1 por 100 mil das mulheres) (4).

O quadro de morbi-mortalidade no Brasil apresenta tendências complexas no qual se verifica uma diminuição das doenças infecciosas e parasitárias, porém, com o ressurgimento de doenças anteriormente controladas, como a dengue, o aparecimento de eventos emergentes, tais como a epidemia do HIV/AIDS e hantavirose, e a persistência de endemias, tais como a tuberculose. Paralelamente, se observa um aumento das doenças crônicas não transmissíveis, que passam a ocupar a primeiro lugar como causa de mortalidade a partir da década de 80 e das causas externas (acidentes e violências), que ocupam o segundo lugar. Tal perfil reflete a deterioração das

condições de vida e de saúde associada à precária atuação da combalida rede de serviços públicos de saúde (41). Desde o início dos anos 80 até o final da década de 90, os acidentes e a violência constituem a segunda principal causa de mortes no país, contribuindo com 15,3% dos óbitos, atrás apenas das doenças cardiovasculares (42). Durante esse período, as mortes por causas externas, afetaram desproporcionalmente os jovens na faixa etária de 15 a 24 anos, tendo sido responsáveis por 71% das mortes de homens e 34% das mortes de mulheres, nessa faixa etária (6;11;43).

A partir do ano 2000, as causas externas passaram a ocupar o terceiro lugar como causa de morte no país. No ano de 2003, 128.790 pessoas morreram por causa externas, que respondem pela terceira causa de óbito na população geral, após doenças do aparelho circulatório e neoplasias. Nesse mesmo ano, o coeficiente de mortalidade por homicídios correspondeu a 28 por 100.000 habitantes, sendo o risco maior em homens (53 x 100.000), da cor parda (35 x 100.000 ou preta 39 x 100.000) e jovens de 20 a 29 anos (125 x 100.000) (10).

O Brasil é o campeão mundial absoluto em número de homicídios, com uma pessoa morta a cada 12 minutos, ou um total de 45 mil por ano. Com 3% da população mundial, o Brasil responde por 13% dos assassinatos. Em 20 anos, o coeficiente de mortalidade por homicídios aumentou 230% em São Paulo e no Rio de Janeiro (12).

No ano de 2002, os acidentes de trânsito foram responsáveis por 24,7% dos óbitos por causa externas com um coeficiente de mortalidade de 19 x 100.000 hab. Aproximadamente 80% dos óbitos ocorridos se apresentou em homens jovens (18 a 29 anos).

O mais preocupante é a evidência de que grupos jovens, sobretudo do sexo masculino, estão sendo cada vez mais atingidos como vítimas e autores e que as causas de suas mortes por homicídio e por acidentes de trânsito (sobretudo de carro e moto) estão vinculadas ao estilo de vida moderno, a conflitos e desigualdades crescentes na sociedade; à impunidade das infrações e delinqüências; à ausência de um projeto político e de sociedade capaz de incluir e não, pelo contrário, aumentar a exclusão social; e ao comportamento arbitrário e discriminatório do Estado personificado nas ações ilegais e ilegítimas de seus próprios agentes de segurança (18).

Os danos, as lesões, os traumas e as mortes causados por acidentes e violências representam altos custos emocionais e sociais e com aparatos de segurança pública. Além disso, causam prejuízos econômicos por causa dos dias de ausência do trabalho. Prejuízos ao sistema de saúde, as conseqüências da violência, dentre outros aspectos, se evidenciam no aumento de gastos com emergência, assistência e reabilitação. Cálculos estimam que cerca de 3,3% do PIB brasileiro são gastos com custos diretos da violência, cifra que sobe para 10,5% quando se incluem custos indiretos e transferências de recursos (1;25).

As diversas formas de violências representam um problema de saúde pública de grande magnitude, com forte impacto sobre a mortalidade e a morbidade da população brasileira, que desta maneira tem exigido do Sistema Único de Saúde (SUS) a ampliação da demanda por assistência em todos os níveis de complexidade.

2.6 - VIGILÂNCIA DOS EVENTOS VIOLENTOS

Entende-se por vigilância, a observação contínua da distribuição e tendências da incidência de eventos à saúde mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de relatórios de morbimortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular divulgação dessas informações a todos os que necessitam conhecê-las (44).

Diferente do monitoramento, a noção de vigilância implica na concepção de uma estratégia que envolve o estabelecimento de algum sistema de captação de dados (que não precisa ser restrito à notificação), que seja abrangente (não necessariamente representativa do território) e que gere dados suscetíveis de informatização e posterior análise. Uma noção que também está implícita na noção de vigilância anteriormente citada é a de oportunidade e, a possibilidade de gerar respostas oportunas para o qual é necessária uma agilidade na obtenção, fluxo, sistematização e análise dos dados e na geração de relatórios de informações. Finalmente, o compromisso de difusão de informações é também parte do conceito contemporâneo da vigilância (44).

Existem varias estratégias de vigilância; os sistemas de vigilância universal ou passiva, estruturados com base na notificação compulsória de eventos. Uma segunda estratégia, em geral, mas exeqüível e econômica é constituída por sistemas de vigilância ativa que incluem estabelecimentos de centros de geração de dados sentinela, acordos ao evento sob vigilância (45).

Uma terceira estratégia é a realização de pesquisas *ad hoc*, especialmente com o objetivo de determinar as atitudes e representações prevalentes na população, as quais podem ser repetidas com intervalos

regulares. Este último tipo de vigilância constitui parte do conceito recente da Vigilância de Segunda Geração. Nesse tipo de vigilância, cujo foco se concentra nos determinantes (práticas sociais, ambiente social), que se inserem no paradigma da promoção à saúde, concepção que se ajusta muito bem a fenômenos como o da violência, cuja determinação é complexa e multifatorial e cuja resolução envolve a participação de múltiplos setores da sociedade além do setor saúde (46).

O termo sentinela pode ser usado em duas situações. A primeira delas é o “evento sentinela”, que foi adotado por Rutstein et al (1976), como um dos métodos para vigilância à saúde, constituindo-se com sistema de alerta, ou seja, evidencia situações indesejáveis e possibilita o monitoramento de serviços e sistema de saúde, portanto, pode ser considerado como um indicador da qualidade dos serviços. A ocorrência dos eventos sentinela serve de alerta aos profissionais da saúde a respeito da possível ocorrência de agravos preveníveis, incapacidades ou de óbitos possivelmente associados à má qualidade de serviços ou das intervenções, que devem ser aprimoradas.

A segunda aplicação do termo refere-se aos “**serviços sentinela**”, sendo muito utilizado em alguns países da Europa e tem o objetivo de obter informações relativas à incidência e aspectos mais importantes do comportamento de determinados eventos adversos à saúde (44). A grande limitação deste tipo de fonte de informação é não garantir a representatividade e generalização de dados. Entre as vantagens está o baixo custo operacional e a possibilidade de aumento da qualidade das informações.

Na maioria dos países do mundo, o conhecimento do impacto do problema das causas externas se dá por meio da análise dos dados de

mortalidade, sendo poucos os países que conhecem a morbidade hospitalar por estas causas. Os dados dos atendimentos realizados nas emergências hospitalares são ainda pouco estudados devido ao volume e características deste tipo de atendimento. As conseqüências dos acidentes e violências para o sistema de saúde e para a sociedade apontam para a necessidade de aperfeiçoamento do sistema de informações de mortalidade e morbidade por causas externas, com vistas a subsidiar políticas públicas para a prevenção do problema e atendimento às vítimas. (4)

No Brasil, o Sistema de Vigilância Epidemiológica dos Acidentes e Violência está baseado no acompanhamento dos dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) que pela sua qualidade permite o conhecimento fidedigno dos principais tipos de causas externas que determinam mortes. Também é realizado o monitoramento das informações das internações hospitalares por causas externas realizadas no Sistema Único de Saúde por meio do Sistema de Internações Hospitalares (SIH). / DATASUS). Essas bases de dados são de fácil acesso, disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) do Ministério da Saúde (47). Esses dados são importantes para o planejamento e gestão, porém, são limitados para a determinação da real magnitude do evento.

Em face da necessidade de um conhecimento mais preciso da situação dos acidentes e violências (lesões de menor gravidade, violência silenciada) e com o sentido de complementar o sistema de informações existente, considerou-se a estratégia de implantação da vigilância em serviços sentinela como uma opção ágil e viável, que apresenta potencial para gerar informações de qualidade. Com o propósito de conhecer a magnitude da violência, para se

ter um quadro mais completo do problema, torna-se necessário conhecer também as lesões de menor gravidade, que não determinam mortes ou internações, mas que são responsáveis por uma forte demanda nas emergências, bem como outros tipos de violências que ainda permanecem silenciadas no âmbito da esfera privada, uma vez que continua desconhecida a real magnitude e a gravidade da violência sobre a saúde da população brasileira. Isto se agrava quando se analisa a violência sexual, como os estupros e tentativas de estupro, exploração sexual, turismo sexual, ou quando se analisa a violência doméstica e outras formas de violências interpessoais, como o assédio moral.

O propósito do estabelecimento da vigilância de acidentes e violências em hospitais e serviços sentinelas é possibilitar o acesso às informações acerca das causas externas ainda pouco conhecidas, de alta prevalência e impacto na saúde das pessoas. Para a escolha da metodologia foram consideradas as dificuldades inerentes à coleta universal de informações relativas à morbimortalidade devida a esses agravos, tais como: exigir um grande número de locais de notificação, necessitar da cooperação de considerável número de pessoas, serem significativamente onerosa e requerer um grande esforço de coordenação. Estes limites levaram à opção da implantação da vigilância sentinela.

A Rede de Serviços Sentinela de Vigilância de Acidentes e Violências (VIVA) esta sendo implantada pela SVS/MS em articulação com secretarias estaduais e municipais de saúde. Parte-se da seleção de municípios e unidades referências para acidentes e violências, denominadas de “**serviços sentinelas**”, que são selecionadas mediante critérios, previamente instituídos,

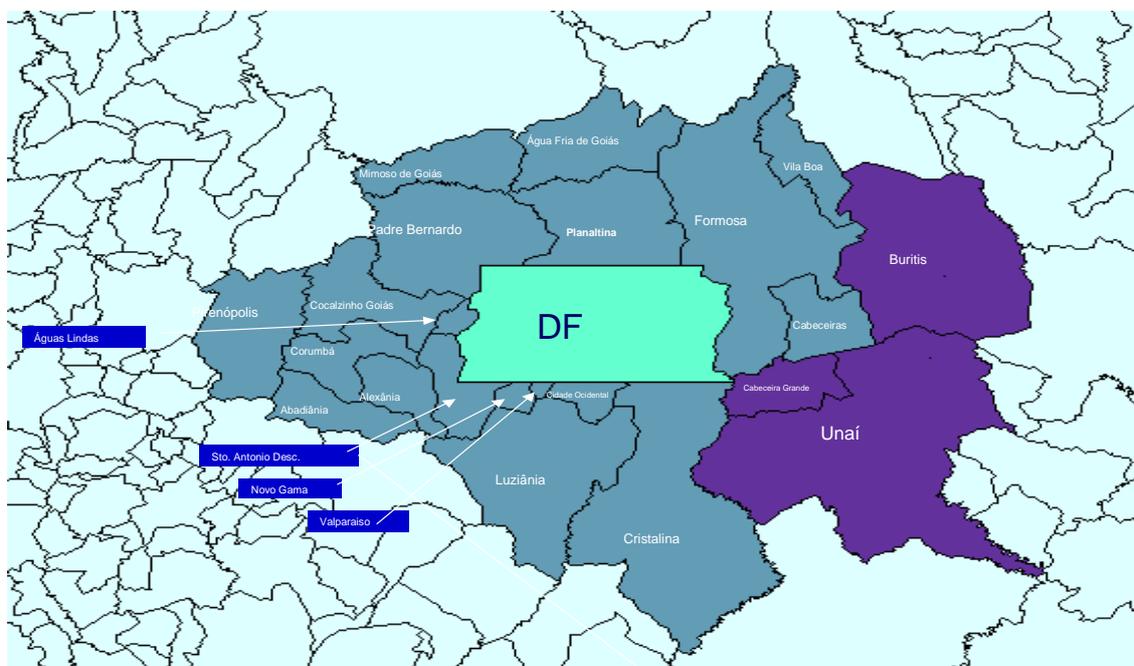
que garantem a obtenção de informações, que, além de apoiarem a vigilância de acidentes e violências, são mais facilmente coordenadas. A estratégia concentra esforços para a obtenção das informações desejadas sejam no âmbito dos serviços de saúde, da segurança pública, entre outros setores (38).

2.7- REGIÃO INTEGRADA DE DESENVOLVIMENTO DO ENTORNO E DISTRITO FEDERAL (RIDE-DF)

O rápido processo de ocupação da região do entorno do Distrito Federal foi acelerado por políticas governamentais de incentivo a migração para construção e ocupação da Capital Federal. Porém trouxe acesso restrito à infra-estrutura urbana, instâncias de proteção social e emprego, produzindo sérios desequilíbrios econômicos e sociais entre o Distrito Federal e os municípios vizinhos, que absorveram uma parte do contingente populacional que se deslocou para a região. Os investimentos em infra-estrutura e instâncias de proteção social nos municípios do Entorno não ocorreram na mesma intensidade, quantidade e necessidade, como na Capital Federal, tendo conseqüências diretas nas condições de vida da população e acarretando uma sobre carga aos serviços públicos do Distrito Federal (12).

A Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF) foi criada em 1998, pela Lei Complementar nº 94, de 19 de fevereiro de 1998 e regulamentada pelo Decreto de nº2.710, de 04 de agosto de 1998, alterado pelo Decreto nº 3.445, de 04 de maio de 2000, para efeitos de articulação da ação administrativa da União, dos Estados de Goiás e de Minas Gerais e do Distrito Federal (48).

A RIDE-DF apresenta uma área de 57.169 Km² com uma população estimada de 3.732.063 habitantes (IBGE, 2008). Compreende, além do próprio DF, vinte e dois municípios de dois Estados: Minas Gerais e Goiás (Figura 2).



Fonte: Observatório de Políticas Urbanas e Gestão Municipal, UFRJ, 2002

Figura 2 – Municípios da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno. RIDE – DF.

Os dezenove municípios do Estado de Goiás são: Abadiânia, Água Fria de Goiás, Águas Lindas de Goiás, Alexânia, Cabeceiras, Cidade Ocidental, Cocalzinho de Goiás, Corumbá de Goiás, Cristalina, Formosa, Luziânia, Mimoso de Goiás, Novo Gama, Padre Bernardo, Pirinópolis, Planaltina de Goiás, Santo Antônio do Descoberto, Valparaíso de Goiás e Vila Boa. Do Estado de Minas Gerais temos Cabeceira Grande, Buritis e Unai

Cabe ao Conselho Administrativo da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno – COARIDE (órgão colegiado integrante da estrutura básica do Ministério de Integração Nacional e instituído

pela LC nº 94/98), coordenar as atividades a serem desenvolvidas na região e aprovar programas de desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal e redução das desigualdades. É composto por representantes dos Governos Federal, do Distrito Federal, dos Estados de Minas Gerais e Goiás e dos 22 Municípios que integram a região (49;63;64).

Como estratégia para minimizar os desequilíbrios intra-regionais e reduzir a força de atração do Distrito Federal, a COARIDE-DF tem como objetivos estabelecer condições de integração econômica, social e administrativa entre os municípios que a compõem e abrir caminho para a cooperação entre os governos estaduais e destes com a União. Os serviços públicos de interesse relacionam-se com as áreas de infra-estrutura e geração de emprego, por meio de implementação de diversas ações, a saber: capacitação profissional; saneamento básico, em especial o abastecimento de água, a coleta e o tratamento de esgoto e o serviço de limpeza pública; uso, parcelamento e ocupação do solo; transporte e sistema viário; proteção ao meio ambiente e controle da poluição ambiental; aproveitamento de recursos hídricos e minerais; saúde e assistência social; educação e cultura; produção agropecuária e abastecimento alimentar; habitação popular; combate às causas de pobreza e aos fatores de marginalização; serviços de telecomunicação e incentivo ao turismo.

Os municípios do entorno é formada por uma rede de cidades que, em sua maioria, são de médio e pequeno porte, com uma população estimada de 1.128.280 habitantes (Anexo 1). A distribuição espacial da população na RIDE-DF expressa a forte polaridade exercida pelo DF, que concentrava mais de 70% da população regional, no ano 2000. A população da RIDE-DF é

eminentemente urbana, com uma taxa de urbanização de 93,3%, segundo os últimos dados censitários. (50).

A estrutura econômica da RIDE-DF está apoiada no setor terciário, responsável por grande parcela da renda e empregos gerados, o que demonstra a influência marcante da estrutura administrativa da Capital do País. A maior parte dos municípios integrantes da RIDE é altamente dependente dos repasses de recursos dos Estados e da União, o que significa que eles têm baixa capacidade de geração de renda própria (51)

Segundo Vasconcelos (2006), a falta de industrialização proporcionou a ausência de espaços periféricos que produzissem oportunidades de empregos para abrigar os aglomerados populacionais ao redor do Distrito Federal, diferentemente do que ocorreu em outras cidades e áreas metropolitanas. A formação da periferia vinculou-se à criação de novos espaços com função eminentemente residencial do tipo subúrbio dormitório, ficando na dependência, apenas, da função residencial para gerar trabalho. Na periferia, comércio e serviços, também de função local, se voltam para as demandas da população residente, tendo sua dinâmica dependente do poder aquisitivo dessa população. Em se tratando de população de baixa renda com demanda pouco elástica, a possibilidade de ampliação do leque de atividades é extremamente reduzida nesses locais (52).

Criou-se um aglomerado urbano para além dos limites administrativos, com o objetivo de tentar conter o crescimento de Brasília. Para não expandir a Capital, formou-se uma periferia extremamente dependente do centro para o trabalho e serviços, especialmente de saúde e educação. A cidade planejada

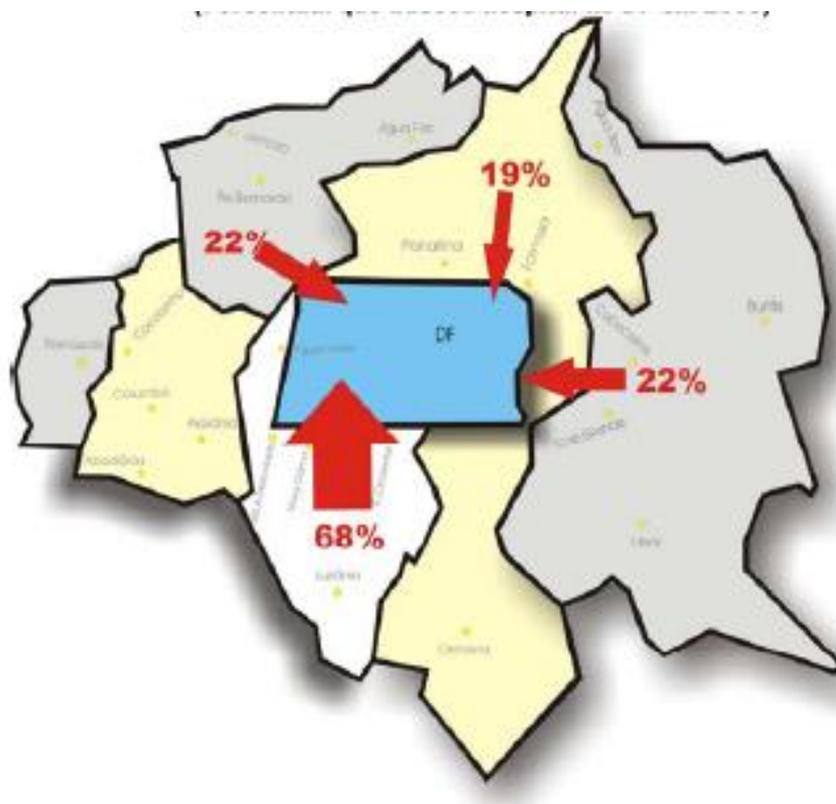
para a equidade social criou sua periferia pobre em menos de uma geração. (53).

Segundo Mello (2006) e Carvalho (2008), os municípios que fazem parte da RIDE não tem a sua disposição à mesma quantidade de recursos e serviços que o Distrito Federal. Ainda, segundo Neves (2008), os municípios do entorno sofrem sérios desequilíbrios econômicos e sociais devido às conseqüências resultantes das características do processo de ocupação desta Região, sendo a carência de infra-estrutura e equipamentos sociais para a população desses municípios, umas das principais conseqüências negativas do processo de ocupação. Os municípios do entorno do Distrito Federal ficam sem outra opção a não ser de utilizar de forma constante e permanentemente a rede pública do Distrito Federal, a qual, igualmente já se encontra sobrecarregada (54;55;56).

Pesquisa realizada na RIDE-DF no ano de 2003 pela Companhia de Desenvolvimento do Planalto Central (CODEPLAN) mostrou que quanto ao acesso a serviços, 100% da população urbana tem abastecimento de energia elétrica, entretanto, 77% tem acesso à rede geral de água e somente 31% à rede de esgotamento sanitário.

Nessa pesquisa os municípios foram classificados em três regiões (I, II e III), conforme o seu grau de dependência em relação ao DF, no que diz respeito ao trabalho, equipamentos públicos (principalmente serviços de saúde) e relações comerciais. Foi observado que a dependência, no que diz respeito à utilização dos serviços de saúde, especialmente de alta complexidade, é bem elevada. Do total de participantes que precisaram de atendimento hospitalar, 51,2% o fizeram no Distrito Federal. Os postos de saúde do Governo do Distrito

Federal foram menos utilizados (20%) (57). A utilização, entretanto foi heterogênea entre as regiões como observado na Figura 3.



Fonte: SEPLAN/CODEPLAN – Perfil sócio-econômico e demográfico da RIDE - 2003

Notas: Região I (Branco): Águas Lindas, Cidade Ocidental, Luziânia, Novo Gama, Santo Antônio do Descoberto e Valparaíso de Goiás; Região II (Amarelo): Abadiânia, Alexânia, Cocalzinho de Goiás, Cristalina, Formosa e Planaltina de Goiás; Região III (Cinza): Água Fria de Goiás, Buritis, Cabeceira Grande, Mimoso de Goiás, Padre Bernardo, Pirenópolis, Unai e Vila Boa.

Figura 3 – Percentual da população dos municípios do entorno que procura atendimento hospitalar no Distrito Federal – 2003.

Levantamento realizado no ano de 2005, referente ao número de hospitais com serviços de emergência e Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), indica que 27% da população dos municípios da RIDE não apresentam uma adequada cobertura hospitalar e 89%, pré-hospitalar (Anexo 2).

Em relação aos acidentes e violências, o Distrito Federal e os 21 municípios do Entorno são responsáveis por terço dos óbitos ocorridos na

região no ano 2000. Somados aos óbitos decorrentes de acidentes de trânsito, que constitui uma outra forma de violência, essas causas somam 56% das mortes, ultrapassando as doenças cardiovasculares e o enfarte agudo do miocárdio. Em algumas faixas etárias, a violência, também se evidencia através das causas externas, sendo a principal responsável pelos óbitos. Na faixa etária de 10 a 14 anos, cerca de 71% dos óbitos são devidos a causas externas; já na faixa de 15 a 19 anos, tal percentual sobe para 81%. Há escassez de informações relacionadas à morbimortalidade gerada por eventos violentos nos 22 municípios que integram a fração geográfica restante da RIDE-DF, cuja população é estimada em cerca de um milhão de habitantes. (12).

Nesse sentido Ferreira (2008) afirma que a espacialização do território é a expressão de uma relação entre as diferenças sociais, econômicas, culturais, entre outras, criando espaços de processos sociais responsáveis por tais diferenças. Percebe-se que grupos elitizados e dominantes têm maior poder de escolha para as oportunidades que o território apresenta devido a sua localização e condições em que esse espaço proporciona. São nos espaços de segregação e de pobreza, que a violência se manifesta em todos os seus aspectos: omissão do estado, quebra do contrato social, falta de acesso à saúde, à cidadania, à instrução, à formação profissional, ao mercado de trabalho, à segurança e às infra-estruturas urbanas (58).

Segundo estudo sobre criminalidade realizado por Durante (2004) o Distrito Federal apresenta coeficientes de registro de crimes letais intencionais acima da média brasileira, embora tenham apresentado redução no primeiro período do semestre de 2001 e o primeiro semestre de 2003. Neste mesmo

estudo, em relação à incidência de registros de crimes violentos não letais contra a pessoa, verifica-se que o Distrito Federal encontra-se entre os seis estados brasileiros que possuem coeficientes superiores à média nacional (59).

Hugues (2003) afirma que os processos de segregação socioespacial nas cidades estão estreitamente relacionados com a precarização do mercado de trabalho e o desemprego, que afetam mais que proporcionalmente as camadas mais pobres, menos escolarizadas e que tiveram menos meios de resistir àquilo que se pode denominar de diáspora da classe trabalhadora. Este processo, associado à dinâmica especulativa de valorização do solo urbano e aos sentidos do investimento do capital imobiliário, incide sobre as condições e opções de moradia da população, o que, desde os anos 80, leva à expansão demográfica crescente (60).

A evidência da expansão da violência nos contextos metropolitanos, nas últimas duas décadas, em íntima associação às questões sociais, desvela o percurso histórico de ampliação da desigualdade social, apresentando características diversas de acordo com as especificidades territoriais e urbanas. Por isso, torna-se fundamental ampliar a compreensão a respeito desses espaços urbanos e da complexidade envolvida no fenômeno da violência urbana.

As altas taxas de criminalidade e homicídios são, portanto, um fenômeno que tem se ampliado nas grandes cidades, associado tanto ao tráfico como aos fortes incrementos da pauperização social e da precariedade urbana resultante das transformações no mercado de trabalho e no processo de urbanização. A situação de periferia e de exclusão social, portanto, passa a incorporar

vulnerabilidade e riscos advindos de um conjunto complexo de causas e determinantes mais amplos, que afetam, notadamente, crianças e jovens (60).

Marilena Chauí (1986) amplia a análise para toda a sociedade, pontuando a existência de mecanismos de diferenciação social e urbanística entre classes sociais:

“Sem sombra de dúvida, o padrão de moradia reflete todo um complexo processo de segregação e discriminação presente numa sociedade plena de contrastes acirrados.”(61)

Isso posto, não deixa de ser importante ressaltar que estas são indicações de que a sociedade pode estar diante de novas formas de sociabilidade, que incluem a violência como forma de estruturação do social e de solucionar tensões e conflitos, pelo que se pode depreender das análises até aqui elaboradas (62).

3 - OBJETIVOS

3.1 - OBJETIVO GERAL

- Descrever o padrão de distribuição epidemiológica da morbimortalidade por acidentes e violências na RIDE-DF no período de 2002 a 2007.

3.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Calcular a magnitude da morbimortalidade por causas externas na RIDE-DF e descrever as diversas causas;
- Descrever a magnitude e distribuição da mortalidade e morbidade hospitalar por agressões segundo município de residência, sexo e faixa etária, bem como sua tendência temporal no período de 2002 a 2007 e algumas características específicas das agressões (tipo);
- Descrever a magnitude e distribuição da mortalidade e morbidade hospitalar por acidentes de transporte segundo município de residência, sexo e faixa etária, bem como sua tendência temporal no período de 2002 a 2007 e algumas características específicas desses acidentes (tipo);
- Descrever a magnitude e distribuição da mortalidade e morbidade hospitalar por lesões autoprovocadas segundo município de residência, sexo e faixa etária, bem como sua tendência temporal no período de 2002 a 2007 e algumas características específicas dessas lesões (tipo).

4 - MÉTODO

4.1 – ÁREA DE ESTUDO

O estudo foi realizado nos 22 municípios da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF), a qual abrange os Estados de Minas Gerais e Goiás e o Distrito Federal. Com o propósito de caracterizar o perfil de morbimortalidade por causas externas a área da RIDE-DF foi dividida em cinco regiões:

1) Entorno Norte, composta por cinco municípios do Estado de Goiás: Planaltina de Goiás, Vila Boa, Formosa, Cabeceiras e Água Fria;

2) Entorno Sul, composta por sete municípios do Estado de Goiás: Águas Lindas de Goiás, Cidade Ocidental, Cristalina, Luziânia, Novo Gama, Santo Antonio do Descoberto e Valparaíso;

3) Região dos Pirineus, com sete municípios de Goiás: Abadiânia, Alexânia, Cocalzinho, Corumbá, Mimoso, Padre Bernardo e Pirenópolis;

4) Microrregião de Unaí, composta por três municípios do Estado de Minas Gerais: Unaí, Buritis e Cabeceira Grande.

5) Distrito Federal, analisado com uma única região, não considerando nesse momento suas regiões administrativas.

4.2 - DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de estudo epidemiológico descritivo da morbimortalidade por causas externas, no período de 2002 a 2007, com base em dados secundários.

4.3 - FONTE DE DADOS

Foram utilizados os bancos de dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SUS) disponibilizados pelo DATASUS, para a obtenção dos dados referentes às internações e óbitos por causas externas de indivíduos residentes na RIDE-DF, no período de 2002 a 2007.

Os dados populacionais correspondem às estimativas municipais fornecidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e DATASUS. Vale mencionar que às estimativas do IBGE, o DATASUS aplicou a distribuição por faixa etária e por sexo dos dados do Censo de 2000 para a população estimada para 2001 a 2006. Para o ano de 2007, o DATASUS utilizou métodos diferentes para o cálculo da população segundo faixa etária e sexo, com base na Projeção da População do Brasil, Revisões de 2004, 2008 e de 2009.

4.4 – ABORDAGEM ANALÍTICA E PROCESSAMENTO DE DADOS

Os dados relacionados com os principais eventos de interesse (internações e óbitos por causas externas), de indivíduos residentes nos municípios da RIDE e o DF, segundo faixa etária e sexo, para o período de 2002 a 2007 foram obtidos dos sistemas de informação.

Foram selecionados os registros de internações e óbitos codificados segundo o Capítulo XX (Causas Externas) da CID-10: Acidentes de transporte (V01-V99); Outras causas de traumatismos acidentais, entre elas, quedas, afogamentos, exposições a corrente elétrica e fogo ou chamas e envenenamentos (W00-X59); Lesões autoprovocadas intencionalmente (X60-X84); Agressões (X85-Y09); Eventos cuja intenção é indeterminada (Y10-Y34); Intervenções legais e operações de guerra (Y35-Y36). Foram considerados como “Outras causas”, as Complicações de assistência médica e cirúrgica (Y40-Y84); Seqüelas de causas externas de morbidade e de mortalidade (Y85-Y89); e Fatores suplementares relacionados e classificados em outra parte (Y90-Y98).

Nos bancos de morbidade hospitalar foi estabelecido que o caso, para ser incluído, deveria ter sido registrado como uma causa externa (Capítulo XX) seja no diagnóstico principal ou no secundário. Optou-se por iniciar o estudo em 2002, pois apenas no final do ano de 2001 foi adicionada uma crítica (consistência dos dados) no SIH/SUS, em conformidade com a Portaria de nº 1969 da Secretaria de Atenção a Saúde/MS, apesar de já existir a Portaria de nº147/1997 onde já se previa a necessidade de incluir no capítulo XX no diagnóstico secundário. Nos bancos de mortalidade foram selecionados os registros que apresentavam com causa básica os óbitos por causas externas.

Os dados foram analisados por município de residência, com o propósito de acompanhar as diferentes realidades loco-regionais para a morbimortalidade em todo o território da RIDE-DF, e por regiões com o objetivo de comparação e identificar as suas vulnerabilidades. A sua distribuição foi também analisada segundo sexo, idade (faixas etárias: 0 a 9, 10 a 19, 20 a 29,

30 a 39, 40 a 49, 50 a 59 e 60 anos e mais) e tipo de causa (lesões acidentais, acidentes de transportes / trânsito, agressões / homicídios e lesões autoprovocadas / suicídios. Neste último tipo de causas os dados foram analisados para os indivíduos maiores de 9 anos de idade). Os dados ignorados de cada variável foram excluídos da análise.

O período de estudo foi dividido em dois triênios de 2002 a 2004 e de 2005 a 2007, com o objetivo de observar se os eventos apresentavam uma evolução crescente ou decrescente, determinada pela variação percentual da ocorrência do evento. Quando não havia diferenças importantes por triênio, os eventos foram trabalhados ano a ano.

Na morbimortalidade os dados são apresentados em sua frequência absoluta e distribuição proporcional na perspectiva de medir a participação relativa das internações e dos óbitos (Mortalidade Proporcional) na análise das variáveis. O numerador foi constituído pelo total de internações/óbitos e o denominador pelo total de internações / óbitos devidos às respectivas causas externas, segundo local e período.

Para comparação das diferenças no risco de internação e de morte foram calculados os coeficientes brutos de incidência para os eventos de interesse, morbidade hospitalar e de mortalidade, utilizando-se como constante 10 mil habitantes na morbidade e 100 mil na mortalidade. Os coeficientes médios de morbidade hospitalar e mortalidade bruta para o período todo e/ou os triênios foi calculado utilizando a média aritmética dos eventos de interesse no período estudado, como numerador e a população média para o período, como denominador. Ou seja, o numerador no caso dos triênios, corresponde à somatória dos eventos para os três anos dividido por três e no caso do período

como um todo (2002 a 2007), dividido por seis. O denominador para o triênio de 2002 a 2004 correspondeu à população estimada de 2003, para o triênio de 2005 a 2007, à população estimada de 2006 e, para o período de 2002 a 2007 à população média dos anos de 2004 e 2005.

Os coeficientes médios ajustados foram calculados pelo método direto segundo faixa etária, utilizando como padrão a população brasileira do censo de 2000, obtida também do censo do IBGE. Comparações entre as diversas categorias foram realizadas por meio do cálculo da razão de coeficientes de morbimortalidade (Risco Relativo – RR).

Os dados foram processados e analisados por meio do aplicativo Excel.

5 – ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos Éticos e as implicações legais foram respeitados de acordo com a Resolução n.º 96 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde – CSN, que aprova as diretrizes e normas reguladoras da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL,1996). Em se tratando de uma pesquisa basicamente operacional, baseada em dados secundários sem conhecimento de dados de identificação na população e sem uso de Seres Humanos, o projeto não foi submetido a nenhum Comitê de Ética em Pesquisa.

6 - RESULTADOS

6.1 - MORBIDADE HOSPITALAR POR CAUSAS EXTERNAS NA RIDE-DF, 2002 – 2007

6.1.1 – PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CAUSAS EXTERNAS

No período de 2002 a 2007 foram registradas um total de 1.228.605 internações pelo Sistema de Informação Hospitalar/SIH-SUS de indivíduos residentes na RIDE/DF. Um total de 74.613 internações correspondeu a causas externas representando 6,1% das internações para o período de estudo, ocupando o 5º lugar como causa de internação ao desconsiderar as internações por causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério (primeira causa de internação com 30,1%) (Tabela 1). Observa-se um aumento no percentual de internações por causas externas, de 5,6% para 6,6%, quando comparados os triênios de 2002 a 2004 e de 2005 a 2007.

Tabela 1 – Distribuição proporcional da morbidade hospitalar por grandes grupos de causas no SUS para os triênios, 2002 a 2004 e 2005 a 2007, RIDE-DF.

Causas (CID 10)	2002 a 2004		2005 a 2007		Total	
	n	%	n	%	n	%
XV. Gravidez parto e puerpério	188.978	31,0	181.194	29,2	370.172	30,1
X. Doenças do aparelho respiratório	69.463	11,4	69.524	11,2	138.987	11,3
IX. Doenças do aparelho circulatório	52.022	8,5	51.717	8,3	103.739	8,4
XI. Doenças do aparelho digestivo	44.226	7,3	47.798	7,7	92.024	7,5
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	36.618	6,0	39.542	6,4	76.160	6,2
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	33.909	5,6	40.704	6,6	74.613	6,1
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	36.266	6,0	34.684	5,6	70.950	5,8
II. Neoplasias (tumores)	28.127	4,6	32.243	5,2	60.370	4,9
V. Transtornos mentais e comportamentais	18.663	3,1	16.756	2,7	35.419	2,9
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	16.675	2,7	15.594	2,5	32.269	2,6
XXI. Contatos com serviços de saúde	13.824	2,3	15.518	2,5	29.342	2,4
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	12.542	2,1	13.109	2,1	25.651	2,1
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	11.664	1,9	11.667	1,9	23.331	1,9
VI. Doenças do sistema nervoso	10.230	1,7	12.330	2,0	22.560	1,8
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	9.575	1,6	9.758	1,6	19.333	1,6
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	5.717	0,9	6.215	1,0	11.932	1,0
XVII. Malf cong deformid	5.403	0,9	5.897	1,0	11.300	0,9
VII. Doenças do olho e anexos	4.547	0,7	4.189	0,7	8.736	0,7
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1.411	0,2	1.886	0,3	3.297	0,3
Total	608.658	100	619.947	100	1.228.605	100

Com relação às causas externas específicas, ocuparam os três primeiros lugares as lesões acidentais, os acidentes de transporte e as agressões com participação percentual de 61,5%, 14,6% e 9,1%, respectivamente (Tabela 2). As lesões autoprovocadas voluntariamente ocuparam o 8º lugar com 1,7%. Com exceção das lesões acidentais, as causas relacionadas com os acidentes de transporte, agressões e as lesões autoprovocadas apresentaram uma diminuição na sua fração de contribuição quando comparados os triênios de 2002 a 2004 e de 2005 a 2007.

Tabela 2 – Distribuição proporcional da morbidade hospitalar por causas externas específicas no SUS para os triênios, 2002 a 2004 e 2005 a 2007, RIDE-DF.

Tipo de Causa Externa	2002 a 2004		2005 a 2007		Total	
	n	%	n	%	n	%
W00-X59 Outras causas externas de lesões acident	20.044	59,1	25.825	63,4	45.869	61,5
V01-V99 Acidentes de transporte	5.209	15,4	5.700	14,0	10.909	14,6
X85-Y09 Agressões	3.321	9,8	3.444	8,5	6.765	9,1
Y10-Y34 Eventos cuja intenção é indeterminada	2.143	6,3	1.848	4,5	3.991	5,3
Y90-Y98 Fatores suplementar relac outras causas	1.014	3,0	1.058	2,6	2.072	2,8
Y85-Y89 Seqüelas de causas externas	744	2,2	1.157	2,8	1.901	2,5
Y40-Y84 Complic assistência médica e cirúrgica	637	1,9	1.203	3,0	1.840	2,5
X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente	788	2,3	461	1,1	1.249	1,7
Y35-Y36 Intervenções legais e operações de guerra	8	0,0	8	0,0	16	0,0
S-T Causas externas não classificadas	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Total	33.909	100,0	40.704	100,0	74.613	100,0

O Distrito Federal apresentou o maior número de internações por causas externas para todo o período, concentrando 69,9% das internações da RIDE/DF. Quando comparados os triênios observa-se um aumento na proporção de internações por causas externas no Distrito Federal e na maioria das regiões do Entorno (Tabela 3). O Entorno Norte apresentou a maior variação percentual, onde os municípios de Cabeceiras, Formosa e Planaltina de Goiás foram responsáveis. A única região com decréscimo foi a dos

Pirineus, que passou de 6,5% para 5,9%. Os municípios de Cocalzinho de Goiás e Pirenópolis foram os que apresentaram maior diminuição.

Tabela 3- Distribuição proporcional da morbidade hospitalar por causas externas no SUS, segundo municípios de residência da RIDE-DF e triênios, 2002 a 2004 e 2005 a 2007.

Região/Municípios	2002 a 2004		2005 a 2007		Variação %
	Nº total de Internações	% de internações por causas externas	Nº total de Internações	% de internações por causas externas	
M. Unai	19.776	4,8	18.882	6,9	44,7
Buritys	4.682	4,8	5.198	6,9	43,9
Cabeceira Grande	603	4,3	620	5,6	30,9
Unai	14.491	4,8	13.064	7,0	45,6
R. Pirineus	20.223	6,5	23.547	5,9	-10,3
Abadiânia	2.181	10,1	1.942	10,6	4,6
Alexânia	5.080	5,6	5.651	5,8	3,1
Cocalzinho de Goiás	2.905	6,5	2.743	4,7	-27,7
Corumbá de Goiás	2.257	6,2	2.215	7,7	23,6
Mimoso de Goiás	148	5,4	219	5,5	1,4
Padre Bernardo	2.757	3,7	5.334	3,8	1,9
Pirenópolis	4.895	7,7	5.443	6,2	-19,8
E. Norte	46.436	4,0	35.079	6,5	62,1
Água Fria de Goiás	195	16,4	360	14,4	-12,0
Cabeceiras	1.511	3,3	1.618	6,1	83,0
Formosa	24.170	4,0	18.337	6,6	65,2
Planaltina de Goiás	19.403	3,9	13.159	6,3	60,7
Vila Boa	1.157	4,8	1.605	5,8	19,7
E. Sul	99.502	5,4	105.501	6,6	20,9
Águas Lindas de	28.820	3,4	28.008	4,3	25,3
Cidade Ocidental	4.240	6,1	6.447	6,3	4,7
Cristalina	6.037	6,7	6.937	7,7	15,4
Luziânia	36.012	6,7	29.730	8,5	26,5
Novo Gama	6.055	6,9	10.190	7,8	12,1
Santo Antônio do	12.452	4,1	14.685	4,2	0,6
Valparaíso de Goiás	5.886	7,0	9.504	9,1	30,5
Distrito Federal	422.721	5,8	436.938	6,6	14,3
Total	608.658	5,6	619.947	6,6	17,9

Nas internações por causas externas no Distrito Federal e Entorno, o sexo masculino apresenta-se predominante com percentual acima de 68% em todas as regiões (Tabela 4). A participação percentual de internações para o sexo masculino variou de 61,4% a 86,9% em todo o período estudado. Apresentaram percentual de internação superior a 75% os municípios de: Água

Fria de Goiás, Mimoso de Goiás, Cristalina, Cabeceiras, Formosa e Padre Bernardo.

Tabela 4- Distribuição proporcional da morbidade hospitalar no SUS por causas externas, segundo sexo e municípios de residência da RIDE-DF, 2002 a 2007.

Região/Municípios	Masculino		Feminino		Total
	n	%	n	%	
M. Unai	1.604	71,2	649	28,8	2.253
Buritis	385	65,6	202	34,4	587
Cabeceira Grande	45	73,8	16	26,2	61
Unai	1.174	73,1	431	26,9	1.605
R. Pirineus	1.850	68,3	857	31,7	2.707
Abadiânia	261	61,4	164	38,6	425
Alexânia	440	71,9	172	28,1	612
Cocalzinho de Goiás	223	70,1	95	29,9	318
Corumbá de Goiás	200	64,1	112	35,9	312
Mimoso de Goiás	17	85,0	3	15,0	20
Padre Bernardo	232	76,6	71	23,4	303
Pirenópolis	477	66,5	240	33,5	717
E. Norte	3.130	75,6	1.012	24,4	4.142
Água Fria de Goiás	73	86,9	11	13,1	84
Cabeceiras	115	77,7	33	22,3	148
Formosa	1.673	76,8	506	23,2	2.179
Planaltina de Goiás	1.162	73,5	420	26,5	1.582
Vila Boa	107	71,8	42	28,2	149
E. Sul	9.007	72,9	3.356	27,1	12.363
Águas Lindas de Goiás	1.469	67,3	715	32,7	2.184
Cidade Ocidental	477	71,6	189	28,4	666
Cristalina	733	78,4	202	21,6	935
Luziânia	3.716	74,8	1.250	25,2	4.966
Novo Gama	876	72,3	336	27,7	1.212
Santo Antônio do Descoberto	797	70,8	329	29,2	1.126
Valparaíso de Goiás	939	73,7	335	26,3	1.274
Distrito Federal	38.194	71,9	14.954	28,1	53.148
Total	53.785	72,1	20.828	27,9	74.613

A faixa etária que apresentou maior proporção de internação por causas externas foi a de 20 a 29 anos (23,3%) para o período de 2002 a 2007 (Tabela 5). A fração de contribuição dessa faixa etária foi maior no Entorno Norte e no Entorno Sul. O segundo grupo etário com maior contribuição para as internações por causas externas foi o de 30 a 39 anos com 19,5%. Para o resto de faixas etárias o percentual de internação variou de 8,3% a 13%.

Tabela 5 - Distribuição proporcional da morbidade hospitalar no SUS por causas externas, segundo faixa etária e regiões da RIDE-DF, 2002 a 2007

Região	Faixa Etária						
	0 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 ou mais
M. Unai	11,3	14,6	20,1	17,9	12,2	10,7	13,2
R. Pirineus	16,7	15,6	17,3	15,7	13,3	9,8	11,7
E. Norte	11,6	14,2	24,4	19,1	13,6	7,7	9,5
E. Sul	12,6	14,1	24,2	19,8	13,7	7,3	8,3
Distrito Federal	10,4	12,4	23,4	19,7	13,9	8,4	11,8
Total	11,1	13,0	23,3	19,5	13,8	8,3	11,1

A distribuição proporcional das internações por causas externas específicas nas regiões do entorno segue o mesmo padrão observado para a RIDE-DF como um todo, as lesões acidentais contribuindo com a maior proporção, seguida pelos acidentes de transporte e agressões (Tabela 6). A Microrregião de Unai apresentou maior proporção de internação por lesões acidentais durante o período e a região do Distrito Federal a menor. Em relação aos acidentes de transporte e agressões, a região do Entorno Norte contribuiu com as maiores proporções (19,0% e 12,7%, respectivamente). Destaca-se que a menor contribuição de internações por causas externas por acidentes de transporte e agressões durante o período estudado correspondeu à M. Unai (11,9% e 5,6%, respectivamente).

Tabela 6 - Distribuição proporcional da morbidade hospitalar no SUS por tipos de causas externas, segundo regiões da RIDE-DF, 2002 a 2007.

Tipos de Causas Externas	M. Unai		R. Pirineus		E. Norte		E. Sul		Distrito Federal	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Lesões acidentais	1.671	74,2	1.864	68,9	2.481	59,9	8.798	71,2	31.055	58,4
Acidentes de transporte	268	11,9	453	16,7	786	19,0	1.333	10,8	8.069	15,2
Agressões	126	5,6	157	5,8	527	12,7	990	8,0	4.965	9,3
Eventos de intenção é indeterminada	95	4,2	113	4,2	109	2,6	477	3,9	3.197	6,0
Fatores suplementares relacionados a outras causas	-	0,0	11	0,4	124	3,0	311	2,5	1.626	3,1
Seqüelas de causas externas	14	0,6	53	2,0	29	0,7	130	1,1	1.675	3,2
Complic assistência médica e cirúrgica	55	2,4	39	1,4	65	1,6	220	1,8	1.461	2,7
Lesões autoprovocadas voluntariamente	23	1,0	16	0,6	19	0,5	104	0,8	1.087	2,0
Intervenções legais	1	0,0	1	0,0	2	0,0	-	0,0	12	0,0
Total	2.253	100	2.707	100	4.142	100	12.363	100	53.147	100

Na RIDE-DF foram registrados um total de 45.869 internações por lesões acidentais para o período de 2002 a 2007. A região do DF foi responsável por 67,7% das internações por estas causas, seguida do E. Sul com 19,2%. Chama a atenção que as demais regiões são responsáveis somente por 12% das internações por este tipo de causa. Em todas as regiões as quedas representam a maior proporção de internação, variando de 40 a 66% (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição proporcional da morbidade hospitalar no SUS por lesões acidentais específicas, segundo regiões da RIDE-DF, 2002 a 2007.

Lesões Acidentais	M. Unai		R. Pirineus		E. Norte		E. Sul		Distrito Federal		Total	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Quedas	1.100	65,8	865	46,4	1.000	40,3	5.210	59,2	17.631	56,8	25.806	56,3
Exposição a forças mecânicas inanimadas	75	4,5	232	12,4	325	13,1	1.700	19,3	4.866	15,7	7.198	15,7
Expos cor.elétr.,rad.,temp pressão extr	89	5,3	133	7,1	162	6,5	548	6,2	3.117	10,0	4.049	8,8
Enven/intox acid expos a subst nocivas	14	0,8	33	1,8	49	2,0	343	3,9	1.516	4,9	1.955	4,3
Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	51	3,1	139	7,5	193	7,8	332	3,8	1.062	3,4	1.777	3,9
Contato fonte de calor e subst quentes	25	1,5	361	19,4	342	13,8	205	2,3	731	2,4	1.664	3,6
Expos acid a outr fatores e não espec	48	2,9	22	1,2	316	12,7	159	1,8	949	3,1	1.494	3,3
Contato animais e plantas venenosos	244	14,6	60	3,2	47	1,9	149	1,7	281	0,9	781	1,7
Exposição a forças mecânicas animadas	14	0,8	9	0,5	26	1,0	79	0,9	353	1,1	481	1,0
Outros riscos acidentais à respiração	3	0,2	3	0,2	13	0,5	50	0,6	308	1,0	377	0,8
Afogamento e submersão acidentais	6	0,4	1	0,1	8	0,3	17	0,2	204	0,7	236	0,5
Excesso de esforços viagens e privações	2	0,1	1	0,1	0	0,0	3	0,0	20	0,1	26	0,1
Exposição às forças da natureza	0	0,0	5	0,3	0	0,0	3	0,0	17	0,1	25	0,1
Total	1.671	100	1.864	100	2.481	100	8.798	100	31.055	100	45.869	100

Na RIDE-DF ocorreram 10.909 internações por acidentes de transporte no período de estudo. O Distrito Federal concentrou 80% dessas internações, seguido do E. Sul com 12,2%, ficando apenas 7,8% das internações por esta causa distribuída para as demais regiões. A morbidade hospitalar por acidentes de trânsito apresenta-se em maior proporção para o ocupante do automóvel

(30,3%), seguida do pedestre (24,8%) e do motociclista traumatizado (20,2%) para a região como um todo (Tabela 8). Este mesmo padrão se observa para todas as regiões com exceção da Região dos Pirineus na qual a primeira causa de internação corresponde a motociclista traumatizado.

Tabela 8 - Distribuição proporcional da morbidade hospitalar no SUS por acidentes de transporte específicos, segundo regiões da RIDE-DF, 2002 a 2007.

Acidente de Transporte	M. Unai		R. Pirineus		E. Norte		E. Sul		Distrito Federal		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ocup automóvel traum acid transporte	82	30,6	74	16,3	165	21,0	406	30,5	2.577	31,9	3.304	30,3
Pedestre traumatizado acid transporte	68	25,4	51	11,3	229	29,1	312	23,4	2.046	25,4	2.706	24,8
Motociclista traumatizado acid transp	55	20,5	129	28,5	200	25,4	222	16,7	1.597	19,8	2.203	20,2
Outros acid transporte terrestre	34	12,7	33	7,3	88	11,2	158	11,9	669	8,3	982	9,0
Ciclista traumatizado acid transporte	25	9,3	84	18,5	87	11,1	110	8,3	552	6,8	858	7,9
Outros acid transporte e os não especif	1	0,4	81	17,9	13	1,7	114	8,6	578	7,2	787	7,2
Ocup veíc transp pesado traum acid tran	1	0,4	0	0,0	3	0,4	4	0,3	21	0,3	29	0,3
Ocup triciclo motor traum acid transp	0	0,0	0	0,0	1	0,1	2	0,2	9	0,1	12	0,1
Acidentes de transporte aéreo/espacial	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	0,1	9	0,1
Ocup caminhonete traum acid transporte	0	0,0	1	0,2	0	0,0	3	0,2	3	0,0	7	0,1
Ocup ônibus traumatizado acid transport	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	0,1	7	0,1
Acidentes de transporte por água	1	0,4	0	0,0	0	0,0	2	0,2	2	0,0	5	0,0
Total	268	100	453	100	786	100	1.333	100	8.069	100	10.909	100

O total de internações por agressões foi de 6.765 sendo 73,4% no DF e 14,6% no E. Sul. Ao todo 35% das internações por agressão são devidas a arma branca e 29% a armas de fogo. Esse perfil de predomínio de lesões causadas por arma branca, embora com em diferentes intensidades, se apresenta em todas as regiões com exceção da M. Unai, na qual predominaram as internações por lesões causadas por arma de fogo (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição proporcional da morbidade hospitalar no SUS por agressões específicas, segundo regiões da RIDE-DF, 2002 a 2007.

Agressões	M. Unai		R. Pirineus		E. Norte		E. Sul		Distrito Federal		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Arma branca	35	27,8	107	68,2	248	47,1	322	32,5	1.654	33,3	2.366	35,0
Arma de fogo	46	36,5	9	5,7	164	31,1	297	30,0	1.467	29,5	1.983	29,3
Outros meios	45	35,7	41	26,1	115	21,8	371	37,5	1.844	37,1	2.416	35,7
Total	126	100	157	100	527	100	990	100	4.965	100	6.765	100

No que diz respeito às lesões auto-provocadas voluntariamente, um total de 1.249 internações foram registradas no período estudado correspondendo a 1,7% do total das internações por causas externas da RIDE-DF. Oitenta e sete por cento (87%) dessas internações ocorreram no Distrito Federal e 8,3% no E. Sul, ficando apenas 4,7% para as demais regiões. A auto-intoxicação voluntária por álcool se apresenta como a principal causa de internação por esta causa na RIDE-DF como um todo, no DF e no E. Norte (Tabela 10). As internações por auto-intoxicação voluntária por medicação correspondeu à principal causa para a M. de Unai, E. sul e R. Pirineus (60,9%, 29,8% e 18,8%, respectivamente).

Tabela 10- Distribuição proporcional da morbidade hospitalar no SUS por lesões autoprovocadas voluntariamente, segundo regiões da RIDE-DF, 2002 a 2007.

Lesões autoprovocadas voluntariamente	M. Unai		R. Pirineus		E. Norte		E. Sul		Distrito Federal		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Auto-intoxicação por álcool	3	13,0	0	0,0	7	36,8	26	25,0	569	52,3	605	48,4
Auto-intoxicação por medicamentos	14	60,9	3	18,8	3	15,8	31	29,8	266	24,5	317	25,4
Auto-intoxicação por pesticidas	4	17,4	5	31,3	4	21,1	25	24,0	86	7,9	124	9,9
Outras	2	8,7	8	50,0	5	26,3	22	21,2	166	15,3	203	16,3
Total	23	100	16	100	19	100	104	100	1.087	100	1.249	100

6.1.2 – COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DE INTERNAÇÕES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE POR CAUSAS EXTERNAS

A morbidade hospitalar por causas externas na RIDE-DF apresentou coeficiente de incidência médio ajustado de 36,8 por 10 mil habitantes durante o período de 2002 a 2004 (1º triênio) e de 40,6 por 10 mil habitantes no período de 2005 a 2007 (2º triênio) (Tabela 11). No DF o coeficiente médio correspondeu a 38,3 e 42,3 / 10 mil hab. para o 1º e 2º triênios, respectivamente. Para as regiões do entorno, o coeficiente médio variou de 31,5 a 42,3 / 10 mil hab. no primeiro triênio e entre 35,0 e 43,2 / 10 mil hab. para o segundo triênio. Todas as regiões (inclusive o DF) apresentaram aumento do coeficiente de incidência com exceção da R. dos Pirineus, na qual destacam-se os municípios de Abadiânia, Cocalzinho de Goiás e Pirenópolis com diminuição importante dos coeficientes com variação percentual negativa superior a 10%. Uma diminuição do coeficiente também foi observada para os municípios de Planaltina de Goiás no E. Norte e nos municípios de Santo Antônio do Descoberto e Luziânia no E. Sul.

Tabela 11 - Coeficiente de incidência médio bruto e ajustado de internações por causas externas, segundo municípios da RIDE - DF e triênios, 2002 a 2004 e 2005 a 2007.

Região/Municípios	2002 a 2004			2005 a 2007			Variação %
	Internações n	CBI*	CAI**	Internações n	CBI	CAI	
M. Unai	315	31,6	32,5	436	41,6	43,2	32,8
Buritís	75	35,9	36,8	120	55,0	57,2	55,2
Cabeceira Grande	9	14,0	14,6	12	17,9	18,8	28,3
Unai	231	31,9	32,7	304	39,8	41,3	26,3
R. Pirineus	441	41,7	42,3	461	41,2	41,7	-1,4
Abadiânia	73	60,7	60,3	68	52,7	52,3	-13,2
Alexânia	95	44,9	45,4	109	48,0	49,1	8,1
Cocalzinho de Goiás	63	39,5	40,9	43	24,2	24,7	-39,7
Corumbá de Goiás	47	48,0	48,1	57	57,2	57,6	19,6
Mimoso de Goiás	3	10,6	10,6	4	19,1	18,4	73,6
Padre Bernardo	34	14,7	15,7	67	26,6	28,1	78,7
Pirenópolis	126	59,5	59,1	113	53,0	52,7	-10,9
E. Norte	621	33,9	36,4	760	36,8	39,8	9,3
Água Fria de Goiás	11	23,1	23,5	17	35,9	37,7	60,6
Cabeceiras	17	24,3	25,3	33	46,8	50,1	98,0
Formosa	322	38,2	39,8	404	43,8	45,3	13,8
Planaltina de Goiás	252	30,0	34,4	275	27,9	31,9	-7,3
Vila Boa	19	54,5	59,5	31	85,7	99,1	66,6
E. Sul	1.806	28,8	31,5	2.315	31,1	35,0	11,1
Águas Lindas de Goiás	328	24,9	27,4	400	23,7	27,8	1,4
Cidade Ocidental	86	19,5	21,7	136	27,9	30,5	40,4
Cristalina	134	36,3	37,8	178	43,4	45,3	20,0
Luziânia	810	50,5	54,3	846	45,2	49,8	-8,3
Novo Gama	140	16,8	18,8	264	27,4	31,0	65,4
Santo Antônio do Descoberto	172	27,2	30,0	204	25,8	29,7	-1,2
Valparaíso de Goiás	137	12,8	13,6	288	23,2	25,6	88,2
Distrito Federal	8.120	37,1	38,3	9.596	40,3	42,3	10,5
Total	11.303	35,3	36,8	13.568	38,2	40,6	10,4

*CBI: Coeficiente médio bruto de internações

** CAI: Coeficiente médio ajustado de internações

Ao analisar os coeficientes de forma desagregada por ano para o DF e entorno observa-se uma tendência à diminuição sendo mais marcada no entorno a partir do ano de 2005 (Figura 4).

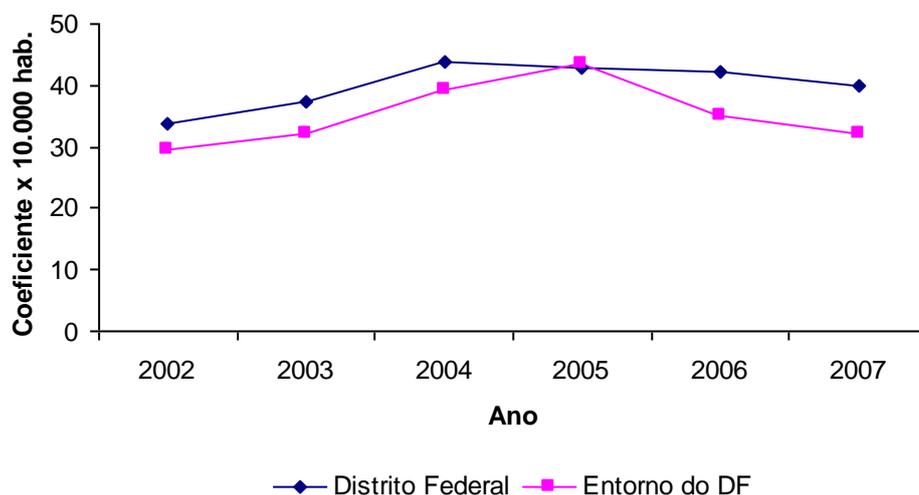


Figura 4 - Coeficiente de incidência de internações por causas externas (por 10 mil hab.), RIDE e DF, 2002 a 2007

O sexo masculino apresentou um risco de internação por causas externas entre duas a aproximadamente quatro vezes maior que o sexo feminino durante o período estudado em todas as regiões da RIDE-DF (Tabela 12). Um aumento no coeficiente de incidência médio ajustado de morbidade hospitalar por causas externas para ambos os sexos foi observado, em intensidades variadas, para a maioria das Regiões e municípios. Destaca-se o município de Vila Boa no E. Norte que apresentou para o sexo masculino um coeficiente de incidência médio ajustado acima da média para o período, passando de 80,3 para 133,3 para cada 10 mil habitantes. Apenas na R. Pirineus ocorreu uma variação percentual de - 0.5 onde o sexo masculino

apresentou uma discreta queda do coeficiente de incidência médio ajustado de 55,5 para 55,2 para cada 10 mil habitantes nos triênios estudados.

O risco de internação por causas externas para o sexo feminino também apresentou um aumento em seus coeficientes médios ajustados passando de 21,6 para 25,2 para cada 10 mil habitantes. Destacam-se os municípios de Corumbá de Goiás e Padre Bernardo que apresentaram uma variação percentual de 18,4 e 84,8, respectivamente (Tabela 12).

Os municípios que apresentaram decréscimo em seus coeficientes de incidência médio ajustado específico por sexo foram: Cocalzinho de Goiás, Abadiânia e Pirenópolis (Tabela 12).

Tabela 12- Coeficiente de incidência médio ajustado de internações por causas externas (por 10 mil hab.), segundo sexo e municípios da RIDE - DF e triênios, 2002 a 2004 e 2005 a 2007.

Região/Municípios	Masculino			Feminino			RR*	
	2002-2004	2005-2007	Variacão %	2002-2004	2005-2007	Variacão %	2002-2004	2005-2007
M. Unai	44,6	58,0	29,9	19,4	27,1	39,4	2,3	2,1
Buritis	48,0	70,4	46,8	24,8	42,5	71,4	1,9	1,7
Cabeceira Grande	20,6	24,7	19,8	8,3	12,7	53,2	2,5	1,9
Unai	45,7	57,5	25,8	18,8	23,9	27,4	2,4	2,4
R. Pirineus	55,5	55,2	-0,5	28,4	27,2	-4,1	2,0	2,0
Abadiânia	72,7	61,4	-15,6	47,5	43,8	-7,9	1,5	1,4
Alexânia	63,8	71,3	11,8	27,1	26,6	-1,7	2,4	2,7
Cocalzinho de Goiás	53,3	34,7	-34,8	27,9	13,9	-50,1	1,9	2,5
Corumbá de Goiás	59,1	71,0	20,2	36,3	43,0	18,4	1,6	1,7
Mimoso de Goiás	15,1	32,1	113,2	5,9	3,0	-49,3	2,5	10,7
Padre Bernardo	23,2	40,4	73,8	7,9	14,6	84,8	2,9	2,8
Pirenópolis	77,1	65,1	-15,6	39,6	38,8	-2,0	1,9	1,7
E. Norte	53,4	59,4	11,2	19,3	20,0	3,8	2,8	3,0
Água Fria de Goiás	35,6	58,4	64,1	8,7	9,5	8,5	4,1	6,2
Cabeceiras	38,7	70,1	81,2	10,6	26,9	154,1	3,7	2,6
Formosa	60,9	69,0	13,2	18,8	21,7	15,8	3,2	3,2
Planaltina de Goiás	47,7	46,5	-2,6	21,4	17,7	-17,3	2,2	2,6
Vila Boa	80,3	133,3	66,1	38,1	60,9	59,9	2,1	2,2
E. Sul	44,3	49,5	11,8	18,8	20,6	9,6	2,4	2,4
Águas Lindas de Goiás	32,8	36,6	11,6	22,2	19,1	-13,7	1,5	1,9
Cidade Ocidental	29,4	44,2	50,5	14,6	17,6	20,8	2,0	2,5
Cristalina	56,9	67,4	18,6	17,1	21,1	23,7	3,3	3,2
Luziânia	78,3	72,1	-7,9	30,1	27,4	-9,0	2,6	2,6
Novo Gama	26,0	43,2	65,7	11,8	19,6	65,5	2,2	2,2
Santo Antônio do Descoberto	42,7	40,1	-6,2	17,0	19,0	11,4	2,5	2,1
Valparaíso de Goiás	20,7	36,7	77,4	6,9	15,3	120,3	3,0	2,4
Distrito Federal	56,9	61,4	8,0	21,6	25,2	16,8	2,6	2,4
Total	53,7	58,4	8,7	21,0	24,1	14,4	2,6	2,4

*RR=Risco relativo: razão de coeficiente de incidência de internações por causas externas para indivíduos do sexo masculino em relação ao coeficiente de incidência para indivíduos do sexo feminino.

O risco de internação por causas externas aumentou progressivamente com a idade em todas as regiões e municípios da RIDE-DF, variando de 19,7 na faixa etária de 0 a 9 anos para 78,8 / 10 mil habitantes para indivíduos com 60 anos o mais (Tabela 13). Destaca-se o município de Vila Boa no E. Norte que apresentou os maiores coeficientes médios de internação nas faixas etárias de 20 a 49 anos e em maiores de 59 anos apresentando um risco de 1,7 a 3 vezes maior que a média da RIDE-DF. Os municípios de Cabeceira Grande e de Mimoso de Goiás apresentaram os menores coeficientes de internação para todas as faixas etárias. Chama ainda, a atenção o alto coeficiente de internação de crianças com 0 a 9 anos de idade nos municípios de Abadiânia e Pirenópolis.

Tabela 13 - Coeficiente de incidência médio de internações por causas externas (por 10 mil hab.), segundo faixa etária e municípios da RIDE-DF, 2002-2007.

Região/Municípios	Faixa Etária						
	0 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 ou mais
M. Unai	20,5	24,5	40,7	43,8	40,8	59,9	68,8
Buritis	33,2	32,3	49,1	57,6	51,9	67,3	68,4
Cabeceira Grande	7,2	13,7	9,5	24,7	24,5	40,4	12,7
Unai	17,5	23,0	40,8	41,9	39,3	59,4	74,6
R. Pirineus	32,6	30,6	39,5	46,3	54,1	56,4	59,5
Abadiânia	68,3	53,9	51,6	44,0	52,5	50,2	77,9
Alexânia	34,5	38,0	41,6	63,0	60,1	64,4	51,8
Cocalzinho de Goiás	24,6	21,3	25,9	34,6	59,4	52,4	34,2
Corumbá de Goiás	30,8	28,6	58,5	63,5	78,9	76,0	77,1
Mimoso de Goiás	10,9	16,0	21,0	15,7	7,5	18,9	7,7
Padre Bernardo	11,1	16,1	20,1	30,4	23,9	25,3	46,4
Pirenópolis	48,7	40,1	56,1	52,4	67,5	79,3	80,4
E. Norte	17,2	22,5	44,3	46,8	52,7	50,7	65,9
Água Fria de Goiás	13,6	20,5	32,9	36,4	34,0	45,2	60,8
Cabeceiras	20,0	16,9	41,2	46,1	46,5	53,0	80,6
Formosa	22,0	25,6	55,9	52,1	58,7	49,0	60,7
Planaltina de Goiás	13,0	19,3	33,3	39,6	43,3	52,6	68,4
Vila Boa	24,4	38,1	86,4	118,9	159,5	61,2	137,1
E. Sul	14,9	20,7	35,2	37,7	47,3	47,2	62,6
Águas Lindas de Goiás	12,5	18,0	28,5	32,9	37,9	39,5	48,7
Cidade Ocidental	13,8	16,2	25,6	26,2	40,8	35,7	50,5
Cristalina	18,0	24,7	51,5	53,8	59,8	48,9	66,7
Luziânia	22,4	33,3	57,4	59,0	73,5	72,2	89,7
Novo Gama	11,3	15,1	26,2	29,5	37,9	28,3	52,0
Santo Antônio do Descoberto	15,2	15,6	26,8	37,1	40,5	48,3	58,7
Valparaíso de Goiás	9,0	12,9	22,8	20,3	28,3	31,1	35,8
Distrito Federal	21,1	23,8	42,7	46,3	48,6	51,0	85,4
Total	19,7	23,3	41,1	44,6	48,5	50,9	78,8

A faixa etária de 60 anos e mais apresentou o maior coeficiente de incidência médio de internação por lesões acidentais em todos os municípios da RIDE/DF, variando entre 21 a 128,5 / 10 mil hab., exceto nos municípios de Cabeceira Grande e Mimoso de Goiás (Tabela14). Destacam-se os municípios de Abadiânia e Pirenópolis por apresentar altos coeficientes de internação por esta causa em crianças de 0 a 9 anos de idade (60,5 e 41,0 /10 mil,

respectivamente) apresentando um risco entre 2,5 e 4 vezes maior a média da RIDE-DF.

Tabela 14 - Coeficiente de incidência médio de internações por lesões acidentais (por 10 mil), segundo faixa etária e municípios da RIDE-DF, 2002-2007.

Região/Municípios	Faixa Etária						
	0 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 ou mais
M. Unai	17,5	18,5	27,3	32,2	29,1	44,7	52,8
Buritis	28,7	22,6	35,7	39,9	35,6	53,1	50,3
Cabeceira Grande	7,2	12,5	3,2	21,1	19,6	24,2	6,3
Unai	14,7	17,7	27,0	31,2	28,2	44,0	58,4
R. Pirineus	26,7	20,0	24,0	29,6	36,1	38,2	46,0
Abadiânia	60,5	38,1	30,9	36,2	37,5	34,6	64,7
Alexânia	26,3	25,4	27,3	40,3	42,6	41,9	42,7
Cocalzinho de Goiás	22,8	15,6	15,0	19,5	29,7	32,9	27,0
Corumbá de Goiás	28,1	21,7	45,8	53,5	69,4	67,6	66,3
Mimoso de Goiás	10,9	12,8	8,4	5,2	7,5	0,0	0,0
Padre Bernardo	4,9	5,8	6,8	10,8	6,7	10,5	20,7
Pirenópolis	41,0	26,9	34,1	34,0	49,7	56,5	67,3
E. Norte	14,0	13,7	20,9	26,1	31,2	32,7	46,8
Água Fria de Goiás	8,5	15,8	26,7	24,3	20,4	40,7	35,5
Cabeceiras	17,8	13,8	18,6	23,0	25,6	24,7	62,3
Formosa	17,3	13,9	24,2	26,4	29,2	28,6	37,5
Planaltina de Goiás	11,0	12,4	16,4	23,7	30,0	37,4	55,2
Vila Boa	22,6	34,3	67,5	90,1	153,8	43,7	128,5
E. Sul	12,2	15,1	23,1	25,8	31,4	34,9	49,7
Águas Lindas de Goiás	10,6	12,8	19,0	22,3	26,5	26,3	39,5
Cidade Ocidental	11,5	12,6	16,4	18,3	25,1	25,3	42,2
Cristalina	14,2	18,6	32,1	38,3	46,8	35,3	54,9
Luziânia	17,8	24,2	36,8	39,6	46,2	53,5	69,4
Novo Gama	9,4	11,2	18,0	20,1	24,6	22,3	41,6
Santo Antônio do Descoberto	13,1	12,3	19,1	28,5	29,4	42,6	47,9
Valparaíso de Goiás	7,4	9,1	15,0	13,0	18,2	21,1	28,1
Distrito Federal	15,9	14,5	22,1	24,4	26,4	29,8	58,4
Total	15,3	14,9	22,4	25,1	27,9	31,6	55,5

Durante o período de estudo houve na RIDE-DF uma tendência ao aumento do risco de internações por lesões acidentais para ambos os sexos quando comparados os triênios (Tabela 15). O risco de internação por esta

causa é duas vezes maior para o sexo masculino em comparação ao sexo feminino.

Tabela 15 - Coeficiente médio ajustado de internações por lesões acidentais (por 10 mil hab.), segundo sexo, municípios da RIDE-DF e triênios, 2002 a 2007

Região/Municípios	Masculino			Feminino			RR*	
	2002-2004	2005-2007	Variação %	2002-2004	2005-2007	Variação %	2002-2004	2005-2007
M. Unai	31,2	43,9	40,8	14,3	21,6	50,9	2,2	2,0
Buritis	30,7	51,6	68,5	18,8	36,6	94,9	1,6	1,4
Cabeceira Grande	16,6	17,5	5,6	7,1	8,3	16,9	2,3	2,1
Unai	32,6	44,1	35,1	13,5	18,4	35,9	2,4	2,4
R. Pirineus	35,6	36,5	2,5	20,5	21,9	6,7	1,7	1,7
Abadiânia	51,9	45,8	-11,8	36,1	37,2	3,1	1,4	1,2
Alexânia	41,9	47,7	14,0	19,2	22,3	16,2	2,2	2,1
Cocalzinho de Goiás	27,9	24,2	-13,3	20,8	12,3	-40,6	1,3	2,0
Corumbá de Goiás	47,8	60,6	26,8	31,5	36,9	17,0	1,5	1,6
Mimoso de Goiás	10,1	18,1	79,5	0,0	3	-	-	-
Padre Bernardo	9,9	14,1	42,5	3,3	5,5	65,9	3,0	2,6
Pirenópolis	50,4	46,5	-7,8	27,9	34,2	22,6	1,8	1,4
E. Norte	30,6	35,4	16,0	13,4	12,9	-3,6	2,3	2,8
Água Fria de Goiás	21,8	45,2	107,5	5,2	6,1	17,8	-	-
Cabeceiras	24,5	40,2	64,2	9,5	16,8	78,0	2,6	2,4
Formosa	30,7	38,6	25,8	10,9	11,9	8,9	2,8	3,2
Planaltina de Goiás	30,9	28,8	-6,6	17,0	12,9	-24,1	1,8	2,2
Vila Boa	68,8	111,4	62,0	27,0	60,9	125,7	2,5	-
E. Sul	29,2	35,8	22,6	14,3	16,2	13,7	2,0	2,2
Águas Lindas de Goiás	22,8	24,0	5,2	18,6	14,8	-20,5	1,2	1,6
Cidade Ocidental	18,4	32,3	75,1	10,5	15,1	43,3	1,7	2,1
Cristalina	38,1	52,2	37,2	12,1	16,2	33,4	3,1	3,2
Luziânia	50,7	52,4	3,4	21,4	21,2	-1,2	2,4	2,5
Novo Gama	16,4	32,1	96,3	9,3	15,6	67,3	1,8	2,1
Santo Antônio do	33,0	30,8	-6,6	14,4	15,3	5,7	2,3	2,0
Valparaíso de Goiás	11,7	26,4	126,4	4,6	12,3	167,7	2,6	2,2
Distrito Federal	31,5	36,9	17,1	13,4	16,4	21,7	2,3	2,3
Total	31,1	36,7	18,1	13,8	16,4	18,7	2,3	2,2

*RR=Risco relativo: razão de coeficiente de incidência de internações por causas externas para indivíduos do sexo masculino em relação ao coeficiente de incidência para indivíduos do sexo feminino.

Quanto aos acidentes de transporte, observa-se na Tabela 16, uma tendência à diminuição do risco de internação, em intensidades variáveis, para ambos os sexos para um número importante dos municípios da região do entorno (aproximadamente 50%).

Tabela 16 - Coeficiente médio ajustado de internações por acidente de transporte (por 10 mil hab.), segundo sexo e municípios da RIDE-DF e triênios, 2002 a 2007.

Região/Municípios	Masculino			Feminino			RR*	
	2002-2004	2005-2007	Variação %	2002-2004	2005-2007	Variação %	2002-2004	2005-2007
M. Unai	6,9	6,4	-6,3	2,1	2,0	-4,7	3,2	3,2
Buritis	8,8	10,4	18,3	3,3	1,9	-42,9	2,7	5,5
Cabeceira Grande	2,2	2,1	-5,8	1,2	3,3	173,4	1,9	0,6
Unai	6,7	5,7	-14,3	1,9	2,0	5,4	3,5	2,9
R. Pirineus	10,6	10,7	0,7	3,7	2,6	-31,1	2,8	4,2
Abadiânia	15,7	11,2	-28,5	8,4	4,3	-48,4	1,9	2,6
Alexânia	10,1	14,8	45,9	4,0	3,5	-13,6	2,5	4,3
Cocalzinho de Goiás	10,0	6,3	-36,9	4,3	0,4	-89,7	2,3	14,3
Corumbá de Goiás	5,3	7,8	46,6	1,4	4,1	198,5	3,9	1,9
Mimoso de Goiás	2,6	3,0	12,8	0,0	0,0	-	-	-
Padre Bernardo	4,3	7,8	78,2	1,0	1,6	54,3	4,2	4,9
Pirenópolis	18,7	15,5	-17,2	5,0	3,0	-40,1	3,8	5,2
E. Norte	10,4	11,4	9,2	2,6	3,7	44,7	4,0	3,0
Água Fria de Goiás	8,5	6,5	-23,5	3,6	1,8	-48,4	2,4	3,5
Cabeceiras	5,6	10,4	85,2	0,0	7,0	-	-	1,5
Formosa	14,6	14,7	0,6	3,2	5,5	72,5	4,6	2,7
Planaltina de Goiás	6,8	8,7	28,5	2,3	2,0	-10,2	3,0	4,3
Vila Boa	7,3	4,0	-45,5	2,2	0,0	-100,0	3,3	-
E. Sul	5,6	4,9	-13,8	1,7	1,5	-10,0	3,4	3,2
Águas Lindas de Goiás	3,8	5,9	54,9	1,1	2,0	88,9	3,6	2,9
Cidade Ocidental	4,3	3,2	-25,9	1,4	1,4	-1,7	3,1	2,4
Cristalina	8,4	6,4	-23,6	2,0	2,0	0,3	4,1	3,1
Luziânia	9,9	6,7	-32,8	3,8	2,0	-46,7	2,6	3,3
Novo Gama	4,1	3,0	-26,6	0,9	1,2	33,5	4,6	2,5
Santo Antônio do Descoberto	2,9	2,9	-2,5	0,6	0,9	52,6	5,0	3,2
Valparaíso de Goiás	3,6	3,6	-1,4	0,5	0,9	77,3	7,1	4,0
Distrito Federal	9,2	9,3	1,7	2,7	2,5	-5,1	3,4	3,7
Total	8,5	8,5	-0,8	2,5	2,4	-3,8	3,4	3,6

*RR=Risco relativo: razão de coeficiente de incidência de internações por causas externas para indivíduos do sexo masculino em relação ao coeficiente de incidência para indivíduos do sexo feminino.

O risco de internação é maior, entretanto, para o sexo masculino para ambos os triênios (riscos relativos), variando entre 2,2 e 18,7 / 10 mil hab. para o triênio 2002 a 2004 e entre 2,1 e 15,5 / 10 mil hab para o triênio 2005 a 2007. Houve uma variação percentual negativa no coeficiente de internação para a M. Unai (municípios de Cabeceira Grande e Unai) e o E. Sul (em todos os

municípios com exceção de Águas Lindas de Goiás). Para as demais regiões e o DF observa-se uma tendência discreta ao aumento ou de estabilidade do indicador. Um quadro similar de diminuição de risco de internação por acidentes de transporte é observado para o sexo feminino.

As internações por acidente de transporte apresentam maior coeficiente de incidência médio para as faixas etárias acima dos 20 anos em todas as regiões e o DF, porém com maior risco nos indivíduos com idade entre 20 a 29 anos (8,2 internações para cada 10 mil habitantes) (Tabela17).

Tabela 17-Coeficiente de incidência médio de internações por acidentes de transporte (por 10 mil hab.), segundo faixa etária e municípios da RIDE-DF, 2002-2007.

Região/Municípios	Faixa Etária						
	0 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 ou mais
M. Unai	1,5	2,6	6,4	5,3	5,8	6,7	6,5
Buritís	3,1	4,7	5,1	9,1	10,1	7,1	9,6
Cabeceira Grande	0,0	1,2	4,8	0,0	0,0	8,1	3,2
Unai	1,2	2,1	6,8	4,8	5,2	6,5	5,8
R. Pirineus	3,2	7,3	10,5	7,7	6,0	9,3	5,6
Abadiânia	2,6	14,4	16,9	6,0	10,0	10,4	7,4
Alexânia	6,0	10,7	8,1	7,2	6,8	16,1	3,6
Cocalzinho de Goiás	0,9	4,9	8,3	10,8	3,0	4,5	2,8
Corumbá de Goiás	1,8	2,3	8,8	7,5	3,2	6,3	5,4
Mimoso de Goiás	0,0	0,0	4,2	5,2	0,0	0,0	0,0
Padre Bernardo	2,0	3,6	5,2	3,1	2,2	4,2	8,9
Pirenópolis	4,9	10,0	18,1	12,0	10,7	12,9	6,1
E. Norte	1,7	4,2	11,1	10,5	9,0	7,7	9,2
Água Fria de Goiás	5,1	4,7	2,1	2,4	6,8	0,0	20,3
Cabeceiras	1,1	2,1	5,3	12,4	9,3	14,1	3,7
Formosa	2,6	5,9	17,3	13,5	10,9	7,8	10,6
Planaltina de Goiás	0,9	2,6	6,7	7,9	7,1	7,8	6,8
Vila Boa	1,9	1,9	2,7	7,2	5,7	0,0	8,6
E. Sul	1,2	2,2	4,9	4,2	5,3	3,8	4,0
Águas Lindas de	0,8	2,3	4,2	4,2	5,1	5,4	3,5
Cidade Ocidental	0,9	1,0	3,0	2,7	7,0	1,5	3,7
Cristalina	1,5	3,3	8,9	6,0	6,3	3,8	4,4
Luziânia	2,1	3,3	8,2	6,4	9,6	5,6	6,3
Novo Gama	0,8	1,8	2,9	3,7	2,8	1,6	2,6
Santo Antônio do	0,9	1,3	2,6	2,8	2,8	0,9	1,5
Valparaíso de Goiás	0,7	1,3	3,7	2,5	1,7	3,8	2,7
Distrito Federal	2,1	3,7	8,9	7,9	7,0	6,3	6,5
Total	1,9	3,5	8,2	7,2	6,7	6,1	6,2

O risco de internação por agressões é maior para os indivíduos do sexo masculino em ambos os triênios estudados (Tabela 18), entretanto, observa-se

uma diminuição variável nos coeficientes de internação para esse sexo para alguns municípios do entorno e DF quando comparados os triênios de 2002-2004 e 2005-2007 (variação percentual negativa entre 4,5 e 85,3). Apresentaram diminuição importante os municípios de Unaí, Abadiânia, Alexânia, Cocalzinho de Goiás, Pirenópolis e Planaltina de Goiás com variações percentuais negativas superiores a 20%. Dentre os municípios que apresentaram aumento destacam-se Mimoso de Goiás, Padre Bernardo, Vila Boa, Cidade Ocidental e Novo Gama.

Tabela 18 - Coeficiente médio ajustado de internações por agressão (por 10 mil hab.), segundo sexo e municípios da RIDE-DF e triênios, 2002 a 2007.

Região/Municípios	Masculino			Feminino			RR*	
	2002-2004	2005-2007	Variação %	2002-2004	2005-2007	Variação %	2002-2004	2005-2007
M. Unai	3,5	3,2	-8,5	0,8	0,6	-29,4	4,2	5,5
Buritis	3,0	5,3	73,9	1,0	1,3	27,0	2,9	4,0
Cabeceira Grande	1,0	3,0	214,1	0,0	0,0	-	-	-
Unai	3,8	2,6	-30,5	0,8	0,4	-47,7	4,6	6,1
R. Pirineus	3,2	4,0	23,5	1,0	1,4	31,7	3,2	3,0
Abadiânia	2,1	1,0	-53,7	0,0	0,0	-	-	-
Alexânia	4,1	0,6	-85,3	0,4	0,0	-100,0	11,5	-
Cocalzinho de Goiás	1,6	0,7	-54,3	0,4	0,3	-10,5	4,5	2,3
Corumbá de Goiás	0,0	1,3	-	0,7	0,0	-100,0	-	-
Mimoso de Goiás	2,4	11,1	367,8	5,9	0,0	-100,0	0,4	-
Padre Bernardo	7,0	14,5	107,0	2,9	5,9	102,3	2,4	2,4
Pirenópolis	2,1	0,9	-57,8	0,6	0,0	-100,0	3,3	-
E. Norte	7,5	7,8	4,4	1,8	1,3	-23,4	4,3	5,8
Água Fria de Goiás	5,4	5,1	-5,6	0,0	0,0	-	-	-
Cabeceiras	6,8	12,7	87,7	1,1	1,0	-12,5	6,0	12,9
Formosa	7,1	8,9	26,0	2,1	1,5	-28,9	3,4	6,1
Planaltina de Goiás	8,2	6,3	-23,4	1,5	1,4	-11,3	5,4	4,7
Vila Boa	4,2	12,1	188,5	2,2	0,0	-100,0	1,9	-
E. Sul	3,8	4,4	15,2	0,8	0,8	5,5	5,0	5,5
Águas Lindas de Goiás	3,7	3,7	0,3	0,5	0,7	41,1	7,5	5,3
Cidade Ocidental	1,3	3,3	164,8	0,5	0,2	-52,0	2,5	14,0
Cristalina	3,8	5,7	51,7	0,2	1,1	485,7	20,6	5,3
Luziânia	7,4	7,1	-4,5	1,6	1,4	-10,2	4,6	4,9
Novo Gama	1,1	3,1	185,6	0,7	0,5	-31,5	1,6	6,6
Santo Antônio do	3,3	3,6	11,2	0,6	0,8	36,6	5,6	4,5
Valparaíso de Goiás	2,0	2,7	32,6	0,3	0,3	2,2	5,9	7,7
Distrito Federal	6,4	5,7	-11,1	1,2	1,0	-16,6	5,4	5,7
Total	5,8	5,4	-6,0	1,1	1,0	-13,5	5,1	5,6

*RR=Risco relativo: razão de coeficiente de incidência de internações por causas externas para indivíduos do sexo masculino em relação ao coeficiente de incidência para indivíduos do sexo feminino.

As faixas etárias de 20 a 29 e 30 a 39 anos apresentam os maiores coeficientes de incidência de internação por agressões na RIDE-DF para o período de 2002 a 2007, com 5,7 e 4,7 internações para cada 10 mil habitantes, respectivamente (Tabela19). Valores superiores a média da região como um todo para essas faixas etárias são observadas para alguns

municípios entre os quais se destacam: Mimoso de Goiás e Padre Bernardo, na R.Pirineus; Cabeceiras e Formosa no E. Norte; e, Cristalina e Luziânia, no E. Sul. Vale destacar que o município de Padre Bernardo apresenta riscos de internação três vezes maiores ao risco médio para a região para os menores de 19 anos e maiores de 30.

Tabela 19 - Coeficiente de incidência médio de internações por agressões (por 10 mil hab.) segundo faixa etária, RIDE-DF, 2002-2007

Região/Municípios	Faixa Etária						
	0 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 ou mais
M. Unai	0,5	1,4	3,6	3,3	2,2	3,0	0,9
Buritis	1,0	2,0	3,7	4,0	3,1	4,7	2,1
Cabeceira Grande	0,0	0,0	1,6	3,5	0,0	4,0	0,0
Unai	0,3	1,3	3,7	3,0	2,2	2,4	0,6
R. Pirineus	0,9	1,6	2,8	4,5	3,5	2,5	2,6
Abadiânia	0,0	0,0	2,9	1,7	0,0	0,0	0,0
Alexânia	0,4	0,7	2,9	2,8	0,8	0,0	0,0
Cocalzinho de Goiás	0,9	0,0	1,6	1,4	0,0	1,5	0,0
Corumbá de Goiás	0,0	1,5	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Mimoso de Goiás	0,0	3,2	8,4	5,2	0,0	18,9	7,7
Padre Bernardo	2,6	4,9	5,2	13,4	14,2	9,5	12,8
Pirenópolis	0,0	0,4	1,3	2,6	2,1	0,0	0,0
E. Norte	0,5	3,3	9,4	6,4	5,5	4,5	2,7
Água Fria de Goiás	0,0	0,0	4,1	9,7	6,8	0,0	0,0
Cabeceiras	0,0	0,0	14,6	8,9	4,7	10,6	7,3
Formosa	0,9	3,9	10,2	5,3	6,5	4,5	2,8
Planaltina de Goiás	0,3	3,2	8,8	6,7	4,6	3,9	2,3
Vila Boa	0,0	1,9	5,4	18,0	0,0	8,7	0,0
E. Sul	0,4	1,9	4,4	3,4	3,2	2,4	1,8
Águas Lindas de Goiás	0,4	1,9	3,0	3,3	2,5	3,6	1,3
Cidade Ocidental	0,3	0,5	3,0	1,3	1,7	0,7	1,8
Cristalina	0,7	1,2	6,2	4,9	2,5	2,3	1,5
Luziânia	0,7	3,6	8,7	5,3	5,9	3,7	2,8
Novo Gama	0,2	1,1	2,0	2,3	2,0	0,4	1,6
Santo Antônio do Descoberto	0,1	1,3	4,0	2,8	3,1	2,4	2,1
Valparaíso de Goiás	0,2	1,2	2,1	2,1	2,1	1,0	0,4
Distrito Federal	0,8	2,7	6,0	5,0	4,3	3,1	2,7
Total	0,7	2,5	5,7	4,7	4,1	3,0	2,5

Um total de 1.200 internações por lesões autoprovocadas foram registradas para a RIDE-DF no período de 2002 a 2007, o que corresponde a um coeficiente de internação médio de 2,1 por 10mil hab. O baixo número de internações por esta causa dificulta a interpretação do risco de forma desagregada segundo o sexo e triênio, entretanto os dados sugerem um predomínio do sexo masculino. (Tabela 20).

Tabela 20 - Coeficiente médio ajustado de internações por lesões autoprovocadas (por 10 mil hab.), segundo sexo e municípios da RIDE-DF e triênios, 2002 a 2007.

Região/Municípios	Masculino			Feminino			RR*	
	2002-2004	2005-2007	Variação %	2002-2004	2005-2007	Variação %	2002-2004	2005-2007
M. Unai	0,6	0,0	-100,0	0,5	0,5	8,7	1,2	0,0
Buritis	2,0	0,4	-79,8	1,6	1,3	-15,8	1,3	0,3
Cabeceira Grande	0,0	1,3	-	0,0	0,0	-	-	-
Unai	0,2	0,1	-46,2	0,2	0,3	45,8	1,0	0,4
R. Pirineus	0,5	0,0	-100,0	0,4	0,2	-62,1	1,3	0,0
Abadiânia	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	-	-
Alexânia	1,2	0,3	-72,6	1,2	0,0	-100,0	1,0	-
Cocalzinho de Goiás	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	-	-
Corumbá de Goiás	1,7	0,0	-100,0	0,0	0,0	-	-	-
Mimoso de Goiás	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	-	-
Padre Bernardo	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	-	-
Pirenópolis	0,7	0,0	-100,0	0,8	0,9	8,5	0,9	0,0
E. Norte	0,3	0,0	-100,0	0,1	0,0	-55,3	3,9	0,0
Água Fria de Goiás	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	-	-
Cabeceiras	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	-	-
Formosa	0,2	0,2	1,0	0,2	0,0	-100,0	1,2	-
Planaltina de Goiás	0,5	0,3	-38,0	0,0	0,1	-	-	4,2
Vila Boa	0,0	5,0	-	0,0	0,0	-	-	-
E. Sul	0,7	0,0	-100,0	0,3	0,1	-59,0	2,0	0,0
Águas Lindas de Goiás	0,5	0,5	-10,1	0,3	0,2	-36,7	1,6	2,3
Cidade Ocidental	1,3	0,0	-100,0	0,7	0,0	-100,0	1,9	-
Cristalina	1,8	0,0	-100,0	0,5	0,2	-61,8	3,6	0,0
Luziânia	1,1	0,1	-94,8	0,6	0,2	-63,0	1,9	0,3
Novo Gama	0,1	0,0	-100,0	0,2	0,0	-100,0	0,4	-
Santo Antônio do Descoberto	0,4	0,0	-100,0	0,1	0,2	44,0	2,9	0,0
Valparaíso de Goiás	0,2	0,0	-100,0	0,1	0,1	-60,1	1,6	0,0
Distrito Federal	2,0	0,8	-58,7	0,5	0,5	1,4	3,6	1,5
Total	1,5	0,5	-64,3	0,5	0,4	-9,0	3,2	1,3

*RR=Risco relativo: razão de coeficiente de incidência de internações por causas externas para indivíduos do sexo masculino em relação ao coeficiente de incidência para indivíduos do sexo feminino

As internações hospitalares por lesões autoprovocadas mostram-se mais incidentes nas faixas etárias de 30 a 39 anos e 40 a 49 anos, com 1,2 internações para cada 10 mil habitantes. A região de Brasília apresenta os maiores coeficientes médios ajustados regiões para todas as faixas etárias, mostrando-se sempre acima da média da RIDE/DF, durante todo o período (Tabela 21).

Tabela 21 - Coeficiente de incidência médio de morbidade hospitalar por lesões autoprovocadas, segundo faixa etária e municípios da RIDE-DF, 2002 a 2007.

Região/Municípios	Faixa Etária					
	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 ou mais
M. Unai	0,4	0,8	0,3	0,4	0,0	0,5
Buritis	1,0	2,8	1,1	0,8	0,0	1,1
Cabeceira Grande	0,0	0,0	0,0	2,4	0,0	0,0
Unai	0,2	0,4	0,1	0,2	0,0	0,3
R. Pirineus	0,4	0,2	0,2	0,5	0,4	0,2
Abadiânia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Alexânia	0,7	0,8	0,6	0,8	0,0	0,9
Cocalzinho de Goiás	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Corumbá de Goiás	0,8	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0
Mimoso de Goiás	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Padre Bernardo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pirenópolis	0,8	0,0	0,0	1,4	2,0	0,0
E. Norte	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2
Água Fria de Goiás	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cabeceiras	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Formosa	0,2	0,1	0,1	0,2	0,0	0,3
Planaltina de Goiás	0,2	0,2	0,3	0,4	0,4	0,0
Vila Boa	0,0	2,7	3,6	0,0	0,0	0,0
E. Sul	0,2	0,4	0,5	0,4	0,4	0,2
Águas Lindas de Goiás	0,1	0,6	0,5	0,8	0,3	0,0
Cidade Ocidental	0,5	0,2	0,2	0,7	0,7	0,9
Cristalina	0,0	0,4	0,3	0,8	2,3	1,5
Luziânia	0,3	0,5	0,9	0,4	0,4	0,0
Novo Gama	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0
Santo Antônio do Descoberto	0,2	0,1	0,5	0,0	0,0	0,0
Valparaíso de Goiás	0,1	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0
Distrito Federal	0,3	0,8	1,5	1,5	1,2	0,8
Total	0,3	0,7	1,2	1,2	1,0	0,6

6.2 – MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS NA RIDE-DF, 2002 - 2007

6.2.1 – MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSAS EXTERNAS

Um total de 80.530 óbitos de indivíduos residentes na RIDE-DF foram registrados no SIM/SUS durante o período de 2002 a 2007. As doenças do aparelho circulatório encontram-se como a primeira causa de óbito, seguida pelas as causas externas (18,9%) e em terceiro lugar as neoplasias. As causas externas apresentaram uma discreta redução, quando comparados os triênios de 2002 a 2004 e de 2005 a 2007, de 12,7% para 12,5% (Tabela 22).

Tabela 22- Mortalidade proporcional por grandes causas na RIDE-DF, 2002 a 2004 e 2005 a 2007.

Causas (CID 10)	2002-04		2005-07		Total	
	n	%	n	%	n	%
IX. Doenças do aparelho circulatório	10.503	26,6	11.037	26,9	21.540	26,9
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	7.535	19,1	7.746	18,9	15.281	18,9
II. Neoplasias (tumores)	5.741	14,5	6.581	16,0	12.322	16,0
X. Doenças do aparelho respiratório	2.744	7,0	3.126	7,6	5.870	7,6
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2.369	6,0	2.195	5,3	4.564	5,3
XI. Doenças do aparelho digestivo	1.864	4,7	2.009	4,9	3.873	4,9
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1.798	4,6	1.976	4,8	3.774	4,8
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	2.485	6,3	1.837	4,5	4.322	4,5
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	1.517	3,8	1.339	3,3	2.856	3,3
VI. Doenças do sistema nervoso	663	1,7	833	2,0	1.496	2,0
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	848	2,1	744	1,8	1.592	1,8
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	517	1,3	614	1,5	1.131	1,5
V. Transtornos mentais e comportamentais	485	1,2	564	1,4	1.049	1,4
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	151	0,4	171	0,4	322	0,4
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	146	0,4	151	0,4	297	0,4
XV. Gravidez parto e puerpério	81	0,2	80	0,2	161	0,2
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	28	0,1	41	0,1	69	0,1
VII. Doenças do olho e anexos	0	0,0	5	0,0	5	0,0
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	4	0,0	2	0,0	6	0,0
Total	39.479	100	41.051	100	80.530	100

Na RIDE-DF ocorreram 15.281 óbitos por causas externas durante o período de 2002 a 2007, dos quais 9.932 (65%) ocorreram em pessoas residentes no Distrito Federal e o restante em residentes no entorno. Observa-se na Tabela 23 que no E. Sul e no E. Norte as causas externas ocupam o primeiro lugar como causa de óbito proporcional (24,9% e 24,0%, respectivamente), segundo a classificação de mortalidade geral.

Tabela 23 - Mortalidade proporcional por grandes causas segundo regiões da RIDE-DF, 2002 a 2007.

Causas (CID 10)	M. Unai		R. Pirineus		E. Norte		E. Sul		Distrito Federal	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
IX. Doenças do aparelho circulatório	617	22,1	889	29,8	995	22,0	3.084	22,6	15.955	28,2
XX. Causas externas	401	14,3	466	15,6	1.085	24,0	3.397	24,9	9.932	17,6
II. Neoplasias (tumores)	326	11,7	303	10,2	457	10,1	1.597	11,7	9.639	17,0
X. Doenças do aparelho respiratório	212	7,6	280	9,4	286	6,3	896	6,6	4.196	7,4
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	328	11,7	205	6,9	379	8,4	715	5,2	2.937	5,2
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	469	16,8	298	10,0	516	11,4	1.235	9,0	1.804	3,2
XI. Doenças do aparelho digestivo	113	4,0	149	5,0	191	4,2	574	4,2	2.846	5,0

IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	88	3,1	117	3,9	162	3,6	558	4,1	2.849	5,0
XVI. Algumas afec originadas no período	74	2,6	87	2,9	175	3,9	571	4,2	1.949	3,4
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	27	1,0	33	1,1	88	1,9	295	2,2	1.149	2,0
VI. Doenças do sistema nervoso	42	1,5	39	1,3	42	0,9	196	1,4	1.177	2,1
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	47	1,7	48	1,6	59	1,3	141	1,0	836	1,5
V. Transtornos mentais e comportamentais	23	0,8	37	1,2	45	1,0	271	2,0	673	1,2
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec	6	0,2	7	0,2	10	0,2	35	0,3	264	0,5
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	15	0,5	15	0,5	18	0,4	50	0,4	199	0,4
XV. Gravidez parto e puerpério	6	0,2	5	0,2	11	0,2	36	0,3	103	0,2
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	4	0,1	3	0,1	2	0,0	10	0,1	50	0,1
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0,0	0	0,0	2	0,0	0	0,0	4	0,0
VII. Doenças do olho e anexos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,0
Total	2.798	100,0	2.981	100,0	4.523	100,0	13.661	100,0	56.567	100,0

Quando comparados os triênios observa-se uma tendência à diminuição da mortalidade proporcional no DF e na R. dos Pirineus e E. Sul (Tabela 24). Na M. de Unai e no E. Sul houve um aumento proporcional de 14% para 14,6% e 24,1% para 25,6%, respectivamente, durante os triênios estudados. A Região dos Pirineus apresentou maior redução percentual entre as regiões (26% de redução). Os municípios de Água Fria de Goiás, Cidade Ocidental e Buritis apresentaram um aumento percentual de mortalidade de 76,5 %, 42,8% e 31,4% para os triênios estudados (Tabela 24).

Tabela 24 - Mortalidade proporcional por causas externas, segundo municípios de residência da RIDE-DF e triênios, 2002 – 2004 e 2005 - 2007.

Região/Municípios	2002 a 2004		2005 a 2007		Variação %
	Nº total de óbitos	% de óbitos por causas externas	Nº total de óbitos	% de óbitos por causas externas	
M. Unai	183	14,0	218	14,6	4,7
Buritis	22	8,7	36	11,4	31,4
Cabeceira Grande	3	10,0	7	11,3	12,9
Unai	158	15,4	175	15,7	2,2
R. Pirineus	271	17,9	195	13,3	-26,0
Abadiânia	23	17,8	18	13,5	-24,1
Alexânia	67	18,5	35	10,2	-44,6

Cocalzinho de Goiás	36	20,3	29	16,0	-21,2
Corumbá de Goiás	20	13,0	16	9,6	-26,2
Mimoso de Goiás	5	18,5	4	16,7	-10,0
Padre Bernardo	74	23,9	57	17,9	-25,2
Pirenópolis	46	13,1	36	11,8	-9,7
E. Norte	558	24,2	527	23,7	-2,1
Água Fria de Goiás	9	20,0	12	35,3	76,5
Cabeceiras	20	18,2	11	12,6	-30,5
Formosa	285	21,2	311	23,8	12,6
Planaltina de Goiás	229	30,7	182	24,4	-20,5
Vila Boa	15	27,3	11	22,4	-17,7
E. Sul	1.589	24,1	1.808	25,6	6,0
Águas Lindas de Goiás	254	28,4	266	26,7	-6,1
Cidade Ocidental	77	18,5	129	26,4	42,8
Cristalina	133	24,5	128	22,9	-6,3
Luziânia	483	23,3	577	26,0	11,6
Novo Gama	220	24,5	252	27,1	10,7
Santo Antônio do Descoberto	149	21,5	148	21,9	2,1
Valparaíso de Goiás	273	25,6	308	25,6	0,3
Distrito Federal	4.934	17,8	4.998	17,4	-2,3
Total	7.535	19,1	7.746	18,9	-1,1

Com relação às causas externas específicas, ocuparam os quatro primeiros lugares as agressões, os acidentes de transporte, as quedas e as lesões autoprovocadas voluntariamente com participação percentual de 44,5%, 30,7%, 7,2% e 5,7%, respectivamente (Tabela 25). Não houve alterações importantes na fração de contribuição das causas específicas quando comparados os triênios de 2002 a 2004 e de 2005 a 2007.

Tabela 25 - Distribuição proporcional da mortalidade por causas externas específicas para os triênios, 2002 a 2004 e 2005 a 2007, RIDE-DF.

Tipo de Causa Externa	2002 a 2004		2005 a 2007		Total	
	n	%	n	%	n	%
Agressões	3.361	44,6	3.446	44,5	6.807	44,5
Acidentes de transporte	2.375	31,5	2.311	29,8	4.686	30,7
Quedas	516	6,8	586	7,6	1.102	7,2
Lesões autoprovocadas voluntariamente	414	5,5	454	5,9	868	5,7
Demais causas externas	444	5,9	450	5,8	894	5,9
Afogamento e submersões acidentais	304	4,0	304	3,9	608	4,0
Eventos(fatos) de intenção indeterminada	50	0,7	93	1,2	143	0,9
Envenen, intoxic por ou expos a subst neciv	37	0,5	68	0,9	105	0,7

Exposição a fumaça, ao fogo e as chamas	34	0,5	33	0,4	67	0,4
Intervenções legais e operações de guerra	-	-	1	0,0	1	0,0
Total	7.535	100	7.746	100	15.281	100

As regiões do E. Sul, E. Norte e o Distrito Federal têm como a primeira causa de óbito proporcional para causas externas as agressões, com 56,3%, 50,1% e 41,3% dos óbitos, durante o período de 2002 a 2007. Já os acidentes de transportes são a primeira causa de mortalidade na região dos Pirineus e na M. Unai, participando com 40,4% e 39,4% dos óbitos por causas externas.(Tabela 26).

Tabela 26 - Mortalidade proporcional por causas externas específicas, segundo região de residência e triênios, 2002 – 2004 e 2005 – 2007, RIDE-DF.

Tipo de Causa Externa	M. Unai		R. Pirineus		E. Norte		E. Sul		Distrito Federal		Total	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Agressões	106	26,4	138	29,6	544	50,1	1.914	56,3	4.105	41,3	6.807	44,5
Acidentes de transporte	158	39,4	188	40,3	290	26,7	830	24,4	3.220	32,4	4.686	30,7
Quedas	21	5,2	21	4,5	50	4,6	141	4,2	869	8,7	1.102	7,2
Demais causas externas	23	5,7	39	8,4	59	5,4	158	4,7	615	6,2	894	5,9
Lesões autoprovocadas voluntariamente	31	7,7	33	7,1	73	6,7	156	4,6	575	5,8	868	5,7
Afogamento e submersões acidentais	26	6,5	31	6,7	48	4,4	144	4,2	359	3,6	608	4,0
Eventos intencional	34	8,5	10	2,1	10	0,9	40	1,2	49	0,5	143	0,9
Envenen, intoxic por ou avens a subet nociv	1	0,2	1	0,2	8	0,7	7	0,2	88	0,9	105	0,7
Exposição a fumaça, ao fogo e as chamas	1	0,2	5	1,1	3	0,3	7	0,2	51	0,5	67	0,4
Intervenções legais e operações de guerra	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
Total	401	100	466	100	1.085	100	3.397	100	9.932	100	15.281	100

Dentre os óbitos por causas por causa externas registrados na RIDE-DF no período de 2002 a 2007, 12.775 (83,6%) ocorreram em homens. A mortalidade proporcional no sexo masculino variou de 70% (Cabeceira Grande) a 88,2% (Águas Lindas de Goiás) (Tabela 27).

Tabela 27 - Mortalidade proporcional por causas externas, segundo sexo e regiões, RIDE-DF, 2002 a 2007.

Região/Municípios	Masculino		Feminino		Total de óbitos
	Óbitos n	MP %	Óbitos n	MP %	
M. Unai	328	81,8	73	18,2	401
Buritiz	42	72,4	16	27,6	58
Cabeceira Grande	7	70,0	3	30,0	10
Unai	279	83,8	54	16,2	333
R. Pirineus	391	84,1	74	15,9	465
Abadiânia	36	87,8	5	12,2	41
Alexânia	89	88,1	12	11,9	101
Cocalzinho de Goiás	52	80,0	13	20,0	65
Corumbá de Goiás	31	86,1	5	13,9	36
Mimoso de Goiás	7	77,8	2	22,2	9
Padre Bernardo	111	84,7	20	15,3	131
Pirenópolis	65	79,3	17	20,7	82
E. Norte	913	84,2	171	15,8	1.084
Água Fria de Goiás	18	85,7	3	14,3	21

	Cabeceiras	26	83,9	5	16,1	31
	Formosa	503	84,5	92	15,5	595
	Planaltina de Goiás	346	84,2	65	15,8	411
	Vila Boa	20	76,9	6	23,1	26
E. Sul		2.960	87,2	436	12,8	3.396
	Águas Lindas de Goiás	458	88,2	61	11,8	519
	Cidade Ocidental	173	84,0	33	16,0	206
	Cristalina	226	86,6	35	13,4	261
	Luziânia	930	87,7	130	12,3	1.060
	Novo Gama	415	87,9	57	12,1	472
	Santo Antônio do Descoberto	258	86,9	39	13,1	297
	Valparaíso de Goiás	500	86,1	81	13,9	581
Distrito Federal		8.183	82,4	1.744	17,6	9.927
Total		12.775	83,6	2.498	16,4	15.273

MP= Mortalidade Proporcional

A disparidade na mortalidade proporcional entre os sexos é maior para algumas causas, como a agressão, na qual a proporção de homens vitimas fatais é 11,8 vezes maior do que as das mulheres. Já a mortalidade proporcional por quedas é apenas 2,05 vezes maior em homens em relação às mulheres (Tabela 28).

Tabela 28 - Distribuição proporcional dos óbitos por causas externas específicas segundo sexo, RIDE-DF, 2002 a 2007.

Tipo de causas externa	Masculino		Feminino		Total de óbitos
	Óbitos n	MP %	Óbitos n	MP %	
Agressões	6.273	92,2	528	7,8	6.801
Acidentes de transporte	3.718	79,4	967	20,6	4.685
Quedas	742	67,3	360	32,7	1.102
Demais causas externas	644	72,0	250	28,0	894
Lesões autoprovocadas voluntariamente	660	76,0	208	24,0	868
Afogamento e submersões acidentais	512	84,2	96	15,8	608
Eventos(fatos) cuja intenção e indetermin	108	76,1	34	23,9	142
Envenen, intoxic por ou expos a subst nociv	71	67,6	34	32,4	105
Exposição a fumaça, ao fogo e as chamas	46	68,7	21	31,3	67
Intervenções legais e operações de guerra	1	100	0	0,0	1
Total	12.775	83,6	2.498	16,4	15.273

MP= Mortalidade Proporcional

Quanto a distribuição proporcional por faixa etária, observa-se que 43,1% dos óbitos por agressões, 29,1% dos óbitos por lesões autoprovocadas e cerca de 28% dos óbitos por acidentes de transportes encontram-se na faixa etária de 20 a 29 anos. A seguinte faixa etária mais representada nessas três causas externas de óbito foi a de 30 a 39 anos. Na faixa etária de 0 a 9 anos a mortalidade proporcional é cerca de 35% para exposição a fumaça e fogo e de 25,2% para afogamento. E na faixa etária de 80 anos acima as quedas são a primeira causa de óbito proporcional, representando 29% (Tabela 29).

Tabela 29 - Distribuição proporcional de óbitos por causas externas, segundo causas específicas e faixa etária, RIDE-DF, 2002 a 2007.

Tipo de Causa Externa	Faixa Etária								
	0 a 9	10 a 19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	≥80
Acidentes de transporte	5,1	9,6	27,6	20,4	16,1	9,0	6,8	4,1	1,3
Quedas	2,9	2,3	5,2	11,8	13,4	9,8	12,0	13,7	29,0
Afogamento e submersões acidentais	25,2	24,5	20,5	13,0	9,8	3,7	2,0	0,8	0,5
Exposição a fumaça, ao fogo e as chamas	34,9	0,0	6,3	15,9	7,9	11,1	9,5	7,9	6,3
Envenen, intoxic por ou expos a subst nociv	14,6	19,4	19,4	21,4	9,7	7,8	5,8	1,9	0,0
Lesões autoprovocadas voluntariamente	0,0	10,7	29,1	26,5	15,3	8,5	6,1	2,5	1,3
Agressões	0,8	21,0	43,1	19,3	8,7	4,0	2,1	0,7	0,2
Demais causas externas	30,3	6,2	13,8	15,1	10,4	6,6	5,4	4,6	7,5
Total	5,2	14,6	31,6	19,0	11,9	6,5	4,8	3,1	3,2

6.2.2 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS

O coeficiente de mortalidade bruto por causas externas na RIDE-DF apresentou uma redução de 7,2%, nos triênios estudados, passando de 78,4 óbitos para 72,7 óbitos por causa externas para cada 100 mil habitantes, de 2002 a 2004 e 2005 a 2007, respectivamente (Tabela 30).

A tendência de diminuição dos coeficientes médios de mortalidade por causas externas se observa em todas as regiões do entorno, com variações percentuais negativas entre 5 a 32%, com exceção da M. Unai onde os coeficientes médios ajustados passaram de 60,8 para 69,1 óbitos para cada 100 mil habitantes, quando comparados os triênios.

Tabela 30 – Coeficiente médio bruto e ajustado de mortalidade (por 100 mil hab) por causas externas, segundo municípios da RIDE-DF e triênios, 2002 a 2007.

Região/Municípios	2002 a 2004			2005 a 2007			
	Óbitos n	CBM*	CAM**	Óbitos n	CBI	CAI	Variação %
M. Unai	61	61,1	60,8	73	69,5	69,1	13,7
Buritis	7	34,9	37,8	12	54,9	56,2	48,8
Cabeceira Grande	1	16,2	16,0	2	35,8	41,7	160,2
Unai	53	72,5	73,3	58	76,5	79,6	8,6
R. Pirineus	90	85,4	84,5	65	58,1	57,5	-32,0
Abadiânia	8	63,5	64,0	6	46,3	45,6	-28,8
Alexânia	22	105,6	107,0	12	51,4	52,1	-51,3
Cocalzinho de Goiás	12	75,3	78,4	10	54,4	56,1	-28,5
Corumbá de Goiás	7	68,1	69,2	5	53,5	52,9	-23,5
Mimoso de Goiás	2	66,4	72,8	1	63,6	69,3	-4,8
Padre Bernardo	25	107,0	111,6	19	75,3	80,4	-27,9
Pirenópolis	15	72,2	71,8	12	56,5	56,0	-22,0
E. Norte	186	101,5	99,8	176	85,2	84,8	-15,0
Água Fria de Goiás	3	64,9	66,9	4	82,8	84,6	26,3
Cabeceiras	7	97,3	100,9	4	52,6	59,4	-41,1
Formosa	95	112,6	112,9	104	112,3	116,6	3,3
Planaltina de Goiás	76	90,8	98,0	61	61,6	72,2	-26,3
Vila Boa	5	145,9	136,2	4	101,4	101,4	-25,6
E. Sul	530	84,5	83,9	603	80,9	79,5	-5,2
Águas Lindas de Goiás	85	64,1	72,1	89	52,5	61,5	-14,7
Cidade Ocidental	26	58,5	60,2	43	88,2	93,3	54,9
Cristalina	44	120,0	122,8	43	104,3	107,9	-12,2
Luziânia	161	100,4	104,9	192	102,7	107,3	2,3
Novo Gama	73	87,7	88,2	84	87,1	91,0	3,2
Santo Antônio do Descoberto	50	78,6	85,0	49	62,5	65,8	-22,5
Valparaíso de Goiás	91	85,1	84,9	103	82,8	86,3	1,6
Distrito Federal	1.645	75,1	75,4	1.666	69,9	70,9	-5,9
Total	2.512	78,4	77,0	2.582	72,7	71,2	-7,5

*CBI: Coeficiente médio bruto de mortalidade

** CAI: Coeficiente médio ajustado de mortalidade

Observação: O número de óbitos corresponde à média aritmética no período.

A mortalidade por agressão apresenta maior distribuição proporcional e maior coeficiente médio ajustado em relação aos outros óbitos por causas externas específicas, para os dois triênios. Observou-se que no segundo triênio de 2005 a 2007, uma variação percentual negativa de 5,8 para o coeficiente

médio ajustado. Os acidentes de transporte encontram-se como a segunda causa de óbitos entre as causas externas, tanto na distribuição proporcional quanto no coeficiente médio ajustado de mortalidade por causas externas específicas. As quedas se apresentam com terceira causa de óbito por causas externas e apresentaram um aumento de 12 % para os triênios estudados (Tabela 31).

Tabela 31- Distribuição proporcional e coeficiente médio ajustado de mortalidade por causas externas específicas, na RIDE-DF, por triênios - 2002 a 2004 e 2005 a 2007

Tipo de Causa Externa	2002-2004				2005-2007				Variação % CAM
	Óbitos n	MP* %	CAM**	CBM***	Óbitos n	MP %	CAM**	CBM*	
Agressões	3.361	44,6	32,5	35,8	3.446	44,5	30,6	32,3	-5,8
Acidentes de transporte	2.375	31,5	25,5	24,0	2.311	29,8	23,3	21,7	-8,6
Quedas	516	6,8	7,7	6,1	586	7,6	8,7	5,5	12,1
Demais causas externas	444	5,9	4,9	4,7	454	5,9	4,9	4,3	-0,3
Lesões autoprovocadas voluntariamente	414	5,5	4,4	4,7	450	5,8	4,5	4,2	2,0
Afogamento e submersões acidentais	304	4,0	3,0	3,2	304	3,9	2,9	2,9	-5,8
Eventos intencional e indeterminada	50	0,7	0,5	1,0	93	1,2	0,9	0,9	85,6
Envenen, intoxic por ou expos a subst nociv	37	0,5	0,4	0,7	68	0,9	0,6	0,6	69,9
Exposição a fumaça, ao fogo e as chamas	34	0,5	0,4	0,3	33	0,4	0,4	0,3	-0,3
Intervenções legais e operações de guerra	0	0,0	0,0	0,0	1	0,0	0,0	0,0	-
Total	7.535	100	79,3	80,5	7.746	100	76,7	72,7	-3,2

*MP- Mortalidade Proporcional

**CAM – Coeficiente médio ajustado de mortalidade

***CBM – Coeficiente médio bruto de mortalidade

O coeficiente médio ajustado de mortalidade por causas externas na RIDE-DF foi maior para o sexo masculino do que o feminino em todas as regiões estudadas. Entre a população masculina houve uma diminuição que variou entre 0.4% a 36%, em todas as regiões, exceto na M. Unai, onde foi registrado um aumento de 8.6% entre os dois triênios (Tabela 32).

Tabela 32 - Coeficiente médio ajustado de mortalidade (por 100 mil hab.) por causas externas, segundo sexo, na RIDE-DF e triênios, 2002 a 2007.

Região/Municípios	Masculino			Feminino			RR*	
	2002-2004	2005-2007	Variação %	2002-2004	2005-2007	Variação %	2002-2004	2005-2007
M. Unai	100,5	109,2	8,6	21,2	32,3	52,2	4,7	3,4
Buritis	53,9	73,5	36,4	19,5	35,8	83,1	2,8	2,1
Cabeceira Grande	20,4	50,9	149,2	12,3	38,8	215,3	1,7	1,3
Unai	120,5	124,4	3,3	22,4	30,7	37,5	5,4	4,0
R. Pirineus	143,4	91,8	-36,0	25,3	23,8	-5,9	5,7	3,9
Abadiânia	113,7	66,4	-41,6	5,6	23,3	318,2	20,4	2,9
Alexânia	182,1	95,4	-47,6	28,5	8,3	-71,0	6,4	11,5
Cocalzinho de Goiás	127,2	78,3	-38,4	25,4	29,7	16,7	5,0	2,6
Corumbá de Goiás	112,2	87,4	-22,1	21,3	12,9	-39,4	5,3	6,8
Mimoso de Goiás	108,3	94,0	-13,2	34,6	40,9	18,1	3,1	2,3
Padre Bernardo	188,2	123,4	-34,4	30,2	33,9	12,1	6,2	3,6
Pirenópolis	110,2	82,2	-25,4	29,4	26,8	-8,8	3,7	3,1
E. Norte	173,7	152,2	-12,4	34,7	31,9	-7,9	5,0	4,8
Água Fria de Goiás	107,9	127,5	18,1	12,6	34,9	176,4	8,5	3,7
Cabeceiras	167,8	76,3	-54,6	22,7	43,1	89,9	7,4	1,8
Formosa	191,3	194,3	1,6	35,2	39,9	13,2	5,4	4,9
Planaltina de Goiás	161,5	121,4	-24,8	34,9	21,7	-37,8	4,6	5,6
Vila Boa	212,8	168,7	-20,7	93,3	41,4	-55,6	2,3	4,1
E. Sul	151,1	150,6	-0,4	26,5	22,8	-14,2	5,7	6,6
Águas Lindas de Goiás	120,5	105,9	-12,1	22,4	16,2	-27,9	5,4	6,6
Cidade Ocidental	105,7	152,0	43,9	16,7	37,4	123,7	6,3	4,1
Cristalina	202,2	180,2	-10,9	36,9	27,6	-25,1	5,5	6,5
Luziânia	178,3	187,4	5,1	30,4	26,5	-13,0	5,9	7,1
Novo Gama	157,0	161,7	3,0	23,3	22,8	-2,2	6,7	7,1
Santo Antônio do Descoberto	142,1	114,8	-19,2	28,3	16,7	-40,9	5,0	6,9
Valparaíso de Goiás	147,4	154,4	4,8	26,7	22,1	-17,1	5,5	7,0
Distrito Federal	128,8	116,9	-9,2	27,6	29,9	8,3	4,7	3,9
Total	134,9	124,4	-7,8	27,6	28,8	4,5	4,9	4,3

*RR=Risco relativo: razão de coeficiente de mortalidade por causas externas para indivíduos do sexo masculino em relação ao coeficiente de mortalidade para indivíduos do sexo feminino.

Observa-se que a faixa etária com maior coeficiente médio de mortalidade ajustada por causas externas é a faixa etária de 60 anos e mais para todas as regiões da RIDE-DF, durante o período de 2002 a 2007. As regiões apresentaram variação dos coeficientes nessa faixa etária, oscilando entre 131,4 e 165,6 óbitos para cada 100 mil habitantes (Tabela 33). Já na

faixa etária de 20 a 29 anos, as variações foram de 82 a 146,3, se apresentando maior no E. Norte e E. Sul. A M. Unai e R. dos Pirineus apresentaram o segundo maior risco de morte por causas externas na faixa etária de 40 a 49 anos (90,6 e 117,5 óbitos para cada 100 mil habitantes, respectivamente).

Tabela 33 - Coeficiente de mortalidade por causas externas (por 100 mil), segundo faixa etária, na RIDE-DF, 2002-2007.

Região/Municípios	Faixa Etária						
	0 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 ou
M. Unai	14,5	43,9	81,8	75,9	90,6	91,9	145,4
Buritis	13,8	37,0	37,1	57,1	61,9	70,8	106,9
Cabeceira Grande	12,1	12,5	31,7	35,2	0,0	80,8	63,3
Unai	15,0	48,7	97,3	84,1	105,3	98,9	165,5
R. Pirineus	22,4	35,6	90,6	100,0	117,5	72,1	131,4
Abadiânia	13,0	14,4	73,6	34,5	125,0	69,2	132,3
Alexânia	21,3	47,9	97,8	105,0	121,6	118,1	109,1
Cocalzinho de Goiás	0,0	31,1	103,8	101,0	59,4	89,8	156,6
Corumbá de Goiás	26,4	30,9	58,5	99,6	78,9	63,4	125,4
Mimoso de Goiás	0,0	64,0	42,1	52,3	373,7	0,0	0,0
Padre Bernardo	40,7	42,6	112,5	144,1	164,1	73,8	148,0
Pirenópolis	24,3	28,1	77,7	94,3	99,4	29,7	139,8
E. Norte	24,0	62,6	146,3	133,8	114,3	114,9	150,5
Água Fria de Goiás	34,0	15,8	205,4	48,6	170,2	45,2	0,0
Cabeceiras	11,1	31,7	146,1	70,8	93,0	105,9	183,2
Formosa	28,8	80,3	183,7	156,0	135,3	116,9	150,1
Planaltina de Goiás	21,6	48,8	109,0	113,0	86,1	120,7	168,6
Vila Boa	0,0	76,3	189,1	360,4	170,9	87,5	0,0
E. Sul	16,2	67,7	135,6	105,1	104,4	95,3	135,7
Águas Lindas de Goiás	7,7	49,1	89,0	78,1	76,9	104,6	126,0
Cidade Ocidental	15,7	57,2	134,3	76,0	83,7	89,4	128,5
Cristalina	22,4	73,5	162,9	151,6	171,5	90,2	205,1
Luziânia	22,3	88,0	161,5	125,4	129,3	93,5	173,5
Novo Gama	17,2	85,8	148,5	130,9	85,0	67,8	98,8
Santo Antônio do	20,9	50,7	109,4	89,0	109,1	104,2	82,4
Valparaíso de Goiás	14,1	57,4	159,1	100,4	92,0	108,9	103,9
Distrito Federal	19,0	48,7	104,9	79,0	76,1	73,7	165,6
Total	18,6	52,8	112,3	87,6	84,6	79,7	157,6

Os indivíduos na faixa etária de 60 anos e mais apresentaram o maior risco de morrer em todas as regiões da RIDE/DF durante todo o período estudado, variando de 41,7 a 85,3 óbitos para cada 100 mil habitantes. A partir

da faixa etária de 10 anos houve um incremento progressivo no risco de óbito por lesões acidentais com a idade. A faixa etária de 0 a 9 anos apresenta um risco moderadamente alto para óbitos por lesões acidentais (Tabela 34).

Tabela 34 - Coeficiente específico de mortalidade por lesões acidentais (por 100 mil), segundo faixa etária, na RIDE-DF, 2002-2007.

Região/Municípios	Faixa Etária						
	0 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 ou mais
M. Unai	5,6	5,2	9,0	4,3	17,8	24,8	43,8
Buritis	3,5	3,4	0,0	0,0	23,2	35,4	53,5
Cabeceira Grande	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	31,7
Unai	6,9	6,2	12,0	5,8	17,9	23,9	42,2
R. Pirineus	11,6	5,8	8,5	15,2	24,1	6,4	46,9
Abadiânia	6,5	0,0	0,0	0,0	25,0	0,0	44,1
Alexânia	7,1	3,7	16,3	11,1	30,4	10,7	18,2
Cocalzinho de Goiás	0,0	0,0	10,4	0,0	9,9	0,0	56,9
Corumbá de Goiás	8,8	0,0	0,0	24,9	0,0	0,0	71,7
Mimoso de Goiás	0,0	64,0	0,0	52,3	149,5	0,0	0,0
Padre Bernardo	26,2	9,1	16,1	25,7	37,3	21,1	49,3
Pirenópolis	12,2	8,0	0,0	21,0	14,2	0,0	61,2
E. Norte	15,8	9,5	10,1	13,6	14,1	17,6	41,8
Água Fria de Goiás	34,0	0,0	0,0	0,0	68,1	0,0	0,0
Cabeceiras	11,1	0,0	0,0	17,7	0,0	35,3	73,3
Formosa	18,3	13,1	16,1	15,5	19,1	22,7	34,4
Planaltina de Goiás	13,9	5,9	6,3	11,4	6,6	11,7	54,7
Vila Boa	0,0	38,1	0,0	36,0	0,0	0,0	0,0
E. Sul	10,1	6,2	6,1	11,2	16,2	16,2	41,7
Águas Lindas de Goiás	4,6	4,8	6,1	9,8	9,2	17,9	30,4
Cidade Ocidental	12,6	6,7	5,3	2,2	27,9	7,4	73,4
Cristalina	13,1	12,2	11,2	17,2	25,1	15,0	22,0
Luziânia	13,7	7,8	7,6	14,4	16,2	16,8	53,2
Novo Gama	10,8	6,1	6,2	17,1	17,4	8,0	36,4
Santo Antônio do Descoberto	13,6	5,4	7,1	8,2	22,4	23,7	25,7
Valparaíso de Goiás	8,6	3,5	2,1	7,9	10,6	19,2	42,3
Distrito Federal	11,9	5,5	7,5	10,8	13,1	15,4	85,3
Total	11,5	5,9	7,4	11,0	14,2	15,6	72,5

Na RIDE-DF, o risco de morrer por acidente de transporte diminuiu 9,4% para os homens e cerca de 16% para as mulheres, nos triênios estudados. O sexo masculino tem cerca de quatro vezes maior risco de ir a óbito por acidente de trânsito do que as mulheres (Tabela 35).

Tabela 35 - Coeficiente médio ajustado de mortalidade por acidente de transporte (por 100 mil), segundo sexo, na RIDE-DF, 2002-2007.

Região/Municípios	Masculino			Feminino			RR*	
	2002-2004	2005-2007	Variação %	2002-2004	2005-2007	Variação %	2002-2004	2005-2007
M. Unai	40,5	37,0	-8,6	14,9	11,3	-24,3	2,7	3,3
Buritís	31,7	26,1	-17,7	7,7	12,9	67,7	4,1	2,0
Cabeceira Grande	20,4	31,4	54,0	12,3	19,4	57,6	1,7	1,6
Unai	44,7	40,7	-9,0	17,1	10,2	-40,5	2,6	4,0
R. Pirineus	52,4	40,6	-22,5	10,0	12,0	20,3	5,2	3,4
Abadiânia	56,3	38,9	-31,0	5,6	5,1	-8,8	10,1	7,7
Alexânia	48,3	51,3	6,0	6,8	8,3	21,0	7,1	6,2
Cocalzinho de Goiás	63,7	33,4	-47,6	3,9	21,3	439,6	16,2	1,6
Corumbá de Goiás	44,6	44,7	0,4	14,9	7,3	-51,0	3,0	6,1
Mimoso de Goiás	0,0	0,0	-	34,6	0,0	-100,0	0,0	-
Padre Bernardo	62,8	37,0	-41,0	8,4	19,9	136,4	7,5	1,9
Pirenópolis	45,7	44,5	-2,6	19,2	9,5	-50,6	2,4	4,7
E. Norte	44,7	41,1	-8,1	15,2	10,7	-29,7	2,9	3,8
Água Fria de Goiás	39,2	89,0	127,0	0,0	34,9	-	-	2,5
Cabeceiras	27,7	21,4	-22,7	22,7	17,3	-23,6	1,2	1,2
Formosa	62,6	52,1	-16,9	18,6	14,4	-22,8	3,4	3,6
Planaltina de Goiás	30,4	29,1	-4,3	12,5	4,6	-62,9	2,4	6,3
Vila Boa	0,0	54,9	-	19,6	0,0	-100,0	0,0	-
E. Sul	37,9	34,8	-8,3	12,0	6,6	-44,8	3,2	5,3
Águas Lindas de Goiás	38,5	25,8	-32,9	10,4	6,3	-39,8	3,7	4,1
Cidade Ocidental	21,7	26,1	20,5	7,9	13,7	73,3	2,7	1,9
Cristalina	77,1	65,5	-15,1	15,0	5,2	-65,2	5,2	12,6
Luziânia	48,6	44,7	-8,1	16,0	7,6	-52,7	3,0	5,9
Novo Gama	19,7	19,6	-0,5	4,7	3,5	-26,2	4,2	5,7
Santo Antônio do Descoberto	24,6	19,4	-21,1	12,3	6,3	-49,2	2,0	3,1
Valparaíso de Goiás	34,1	43,2	26,8	12,0	6,9	-42,6	2,8	6,3
Distrito Federal	40,8	37,2	-8,7	10,7	9,8	-8,4	3,8	3,8
Total	40,7	36,9	-9,4	11,2	9,4	-15,8	3,7	3,9

*RR=Risco relativo: razão de coeficiente de mortalidade por causas externas para indivíduos do sexo masculino em relação ao coeficiente de mortalidade para indivíduos do sexo feminino.

A mortalidade por acidente de transporte na faixa etária de 60 anos e mais é maior, variando de 43,2 a 65,2 óbitos para cada 100 mil habitantes no período. Observa-se um incremento progressivo do coeficiente específico de mortalidade por faixa etária na RIDE-DF para todas as regiões. As regiões do E. Norte, Distrito Federal e E. Sul apresentam coeficiente específico de 65,2

óbitos, 54,3 óbitos e 49,1 óbitos para cada 100 mil habitantes, respectivamente durante o período de 2002 a 2007, para a faixa etária de 60 anos e mais. Na R. Pirineus a faixa etária que apresenta maior risco é a de 30 a 39 anos apresentando um coeficiente médio ajustado de 46,7 para cada 100 mil habitantes. Na M. Unai a faixa etária de 20 a 29 anos apresentou coeficiente de mortalidade de 28,8 óbitos para cada 100 mil habitantes. (Tabela 36).

Tabela 36 - Coeficiente médio de mortalidade por acidente de transporte (por 100 mil), segundo faixa etária, na RIDE-DF, 2002-2007.

Região/Municípios	Faixa Etária						
	0 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 ou mais
M. Unai	7,2	21,6	28,8	23,9	41,6	39,7	50,8
Buritis	6,9	26,9	9,3	22,8	23,2	35,4	32,1
Cabeceira Grande	12,1	12,5	31,7	17,6	0,0	40,4	31,7
Unai	6,9	20,7	33,6	24,6	49,7	40,9	58,4
R. Pirineus	6,5	17,5	37,3	46,7	42,2	33,9	43,2
Abadiânia	6,5	7,2	44,2	34,5	62,5	34,6	29,4
Alexânia	3,6	25,8	20,4	49,7	30,4	75,1	36,4
Cocalzinho de Goiás	0,0	26,7	51,9	57,7	19,8	29,9	42,7
Corumbá de Goiás	17,6	23,2	39,0	24,9	47,3	42,2	17,9
Mimoso de Goiás	0,0	0,0	0,0	0,0	74,7	0,0	0,0
Padre Bernardo	5,8	6,1	28,1	61,8	52,2	21,1	88,8
Pirenópolis	12,2	20,0	51,8	41,9	42,6	9,9	35,0
E. Norte	6,1	12,2	28,6	36,1	44,0	44,7	65,2
Água Fria de Goiás	0,0	15,8	102,7	48,6	102,1	45,2	0,0
Cabeceiras	0,0	10,6	0,0	35,4	46,5	35,3	73,3
Formosa	9,6	18,8	46,2	50,3	51,5	42,2	75,1
Planaltina de Goiás	4,2	4,2	11,6	22,9	33,1	46,7	59,3
Vila Boa	0,0	38,1	27,0	0,0	0,0	87,5	0,0
E. Sul	4,5	9,6	27,9	26,3	36,0	38,7	49,1
Águas Lindas de Goiás	2,3	10,8	17,7	26,7	29,2	50,8	43,4
Cidade Ocidental	1,6	10,1	23,0	15,7	27,9	37,2	27,5
Cristalina	7,5	28,6	33,5	42,9	87,8	37,6	109,9
Luziânia	7,8	11,9	40,1	33,9	48,5	33,7	61,1
Novo Gama	2,9	5,3	17,7	19,6	4,4	31,9	15,6
Santo Antônio do Descoberto	6,4	4,3	25,9	16,5	22,4	23,7	25,7
Valparaíso de Goiás	3,1	4,8	33,7	24,4	39,2	51,2	50,0
Distrito Federal	5,9	10,0	30,6	28,6	33,8	32,0	54,3
Total	5,6	10,7	30,1	28,9	35,2	34,1	53,4

O risco de morrer por agressão na RIDE-DF é cerca de 13 vezes maior para os homens do que para as mulheres, durante o período estudado, destacando-se o E. Norte e Sul com os maiores riscos para os homens do que para as mulheres (Tabela 37). É importante ressaltar que tanto o sexo masculino quanto o sexo feminino apresentaram uma redução de cerca de 8% dos óbitos para os triênios estudados.

Tabela 37 - Coeficiente médio ajustado de mortalidade (por 100 mil hab.) por agressão, segundo sexo, na RIDE-DF e triênios, 2002 a 2007.

Região/Municípios	Masculino			Feminino			RR*	
	2002-2004	2005-2007	Variação %	2002-2004	2005-2007	Variação %	2002-2004	2005-2007
M. Unai	30,9	30,4	-1,5	1,3	4,6	243,8	23,0	6,6
Buritis	15,4	12,4	-19,8	3,4	3,4	0,6	4,6	3,6
Cabeceira Grande	0,0	19,4	-	0,0	0,0	-	-	-
Unai	37,6	36,3	-3,5	0,9	5,3	485,1	41,4	6,8
R. Pirineus	47,3	26,4	-44,2	6,6	3,4	-49,0	7,1	7,8
Abadiânia	25,3	3,8	-84,9	0,0	0,0	-	-	-
Alexânia	84,6	26,4	-68,8	9,5	0,0	-100,0	8,9	-
Cocalzinho de Goiás	51,0	30,4	-40,4	11,1	3,6	-67,5	4,6	8,5
Corumbá de Goiás	27,2	13,2	-51,5	0,0	0,0	-	-	-
Mimoso de Goiás	0,0	34,1	-	0,0	40,9	-	-	0,8
Padre Bernardo	60,6	54,8	-9,5	10,8	3,4	-68,7	5,6	16,2
Pirenópolis	23,7	11,3	-52,1	3,2	7,0	116,0	7,4	1,6
E. Norte	93,8	76,4	-18,6	9,7	6,6	-31,2	9,7	11,5
Água Fria de Goiás	41,3	13,1	-68,2	0,0	0,0	-	-	-
Cabeceiras	101,8	46,1	-54,8	0,0	0,0	-	-	-
Formosa	79,0	101,4	28,4	7,6	6,9	-9,4	10,4	14,7
Planaltina de Goiás	110,0	59,9	-45,5	10,8	7,3	-32,5	10,2	8,2
Vila Boa	173,2	60,9	-64,9	73,7	0,0	-100,0	2,4	-
E. Sul	84,3	87,8	4,2	6,7	7,1	6,4	12,6	12,4
Águas Lindas de Goiás	60,6	62,9	3,8	3,3	6,4	92,0	18,3	9,9
Cidade Ocidental	51,4	91,9	78,6	3,8	7,3	89,9	13,4	12,6
Cristalina	83,8	68,7	-18,0	10,4	8,4	-19,0	8,0	8,1
Luziânia	95,5	109,9	15,2	5,8	7,9	35,8	16,4	13,9
Novo Gama	105,4	118,0	11,9	9,9	11,3	14,7	10,7	10,4
Santo Antônio do Descoberto	90,0	63,9	-29,0	7,8	4,2	-46,0	11,5	15,1
Valparaíso de Goiás	89,9	86,9	-3,3	8,4	5,5	-34,3	10,6	15,7
Distrito Federal	55,8	49,2	-11,8	4,3	3,8	-11,6	12,9	12,9
Total	62,3	57,2	-8,2	5,0	4,6	-8,2	12,4	12,4

*RR=Risco relativo: razão de coeficiente de mortalidade por causas externas para indivíduos do sexo masculino em relação ao coeficiente de mortalidade para indivíduos do sexo feminino.

Os indivíduos na faixa etária de 20 a 29 apresentaram maior risco de morrer por agressão em todas as regiões da RIDE-DF durante o período de 2002 a 2007, com um coeficiente específico de 67,9 para cada 100 mil habitantes. Todos os municípios do E. Norte e E. Sul, com exceção de Águas Lindas de Goiás, apresentaram coeficientes médios ajustados acima da média da RIDE-DF para essa faixa etária. A segunda faixa etária com maior coeficiente de mortalidade por agressão é a de 30 a 39 anos (39,4 para cada 100 mil habitantes) (Tabela 38).

Tabela 38 - Coeficiente médio de mortalidade por agressões (por 100 mil), segundo faixa etária, na RIDE-DF, 2002-2007.

Região/Municípios	Faixa Etária						
	0 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 ou mais
M. Itanai	0,8	11,9	34,2	28,2	17,8	12,4	18,5
Buritis	0,0	6,7	13,9	22,8	0,0	0,0	21,4
Cabeceira Grande	0,0	0,0	0,0	17,6	0,0	40,4	0,0
Unai	1,2	14,5	42,0	30,4	23,8	13,6	19,5
R. Pirineus	2,9	10,2	36,4	29,3	37,6	17,0	28,1
Abadiânia	0,0	0,0	14,7	0,0	12,5	17,3	29,4
Alexânia	7,1	14,7	61,1	38,7	38,0	10,7	45,5
Cocalzinho de Goiás	0,0	4,4	36,3	36,1	29,7	44,9	56,9
Corumbá de Goiás	0,0	7,7	0,0	37,4	15,8	0,0	17,9
Mimoso de Goiás	0,0	0,0	0,0	0,0	149,5	0,0	0,0
Padre Bernardo	5,8	24,3	60,2	41,2	67,1	31,6	0,0
Pirenópolis	0,0	0,0	17,3	21,0	28,4	0,0	26,2
E. Norte	2,2	38,6	98,0	69,3	44,0	38,3	26,8
Água Fria de Goiás	0,0	0,0	82,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Cabeceiras	0,0	21,2	119,5	17,7	46,5	35,3	36,6
Formosa	0,9	45,1	108,4	72,2	47,7	29,2	18,8
Planaltina de Goiás	3,5	37,0	87,6	67,3	37,5	54,5	41,0
Vila Boa	0,0	0,0	108,0	252,3	170,9	0,0	0,0
E. Sul	1,1	48,4	95,2	57,1	46,6	32,4	35,0
Águas Lindas de Goiás	0,4	32,3	63,2	34,5	36,9	29,9	43,4
Cidade Ocidental	1,6	35,3	100,7	42,5	20,9	37,2	18,4
Cristalina	0,0	24,5	102,6	62,9	41,8	22,6	58,6
Luziânia	0,8	63,2	107,1	67,1	57,1	37,4	47,3
Novo Gama	2,2	70,9	117,5	83,2	56,7	23,9	41,6
Santo Antônio do Rio Preto	0,9	38,8	72,9	54,4	55,9	52,1	15,4
Valparaíso de Goiás	1,8	46,4	112,9	60,2	42,2	22,4	7,7
Distrito Federal	1,1	30,8	60,1	32,9	21,6	19,3	14,5
Total	1,2	33,6	67,9	39,4	27,3	22,1	19,2

O risco de óbito por lesões autoprovocadas no sexo masculino apresentou uma redução de 7,1% para os triênios estudados, enquanto que para as mulheres registrou-se um aumento de 6,8%, em toda a RIDE-DF

(Tabela 39). O risco de homens morrerem por lesões autoprovocadas é cerca de 3 vezes maior do que as mulheres para todo o período estudado.

Tabela 39 - Coeficiente médio ajustado de mortalidade (por 100 mil hab.) por lesões autoprovocadas, segundo sexo, na RIDE-DF e triênios, 2002 a 2007.

Região/Municípios	Masculino			Feminino			RR*	
	2002-2004	2005-2007	Variação %	2002-2004	2005-2007	Variação %	2002-2004	2005-2007
M. Unai	4,1	15,8	283,8	1,7	1,5	-8,6	2,4	10,3
Buritis	4,2	11,4	170,7	4,4	4,0	-8,3	1,0	2,8
Cabeceira Grande	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	-	-
Unai	4,5	18,7	311,8	1,1	1,0	-7,3	4,1	18,1
R. Pirineus	16,4	5,7	-65,1	3,3	0,0	-100,0	5,0	-
Abadiânia	26,5	5,6	-78,8	0,0	0,0	-	-	-
Alexânia	16,5	4,0	-75,9	8,4	0,0	-100,0	2,0	-
Cocalzinho de Goiás	10,8	0,0	-100,0	4,9	0,0	-100,0	2,2	-
Corumbá de Goiás	8,9	15,8	76,4	7,9	0,0	-100,0	1,1	-
Mimoso de Goiás	0,0	35,4	-	0,0	0,0	-	-	-
Padre Bernardo	22,7	0,0	-100,0	0,0	0,0	-	-	-
Pirenópolis	14,2	10,8	-24,3	0,0	0,0	-	-	-
E. Norte	11,4	14,3	25,1	2,4	5,4	125,0	4,7	2,6
Água Fria de Goiás	0,0	15,7	-	0,0	0,0	-	-	-
Cabeceiras	11,2	10,5	-6,3	0,0	0,0	-	-	-
Formosa	15,3	17,5	14,3	3,2	7,7	139,8	4,7	2,3
Planaltina de Goiás	8,3	10,7	28,8	1,8	2,8	52,5	4,6	3,9
Vila Boa	27,9	44,2	58,3	0,0	25,5	-	-	1,7
E. Sul	9,0	7,4	-18,5	2,1	1,6	-20,4	4,4	4,5
Águas Lindas de Goiás	3,8	6,5	69,2	1,3	0,0	-100,0	3,0	-
Cidade Ocidental	7,4	9,8	33,0	6,1	2,9	-52,9	1,2	3,4
Cristalina	11,4	11,3	-0,8	4,3	3,9	-9,9	2,6	2,9
Luziânia	13,9	8,2	-41,0	1,7	1,2	-25,5	8,4	6,6
Novo Gama	7,4	5,1	-31,4	2,9	3,5	22,4	2,6	1,4
Santo Antônio do Descoberto	9,5	4,2	-56,2	0,0	0,0	-	-	-
Valparaíso de Goiás	8,3	8,1	-2,8	2,0	2,8	38,5	4,1	2,9
Distrito Federal	8,3	7,6	-8,2	2,5	2,8	10,3	3,3	2,8
Total	8,7	8,1	-7,1	2,4	2,6	6,8	3,6	3,1

*RR=Risco relativo: razão de coeficiente de mortalidade por causas externas para indivíduos do sexo masculino em relação ao coeficiente de mortalidade para indivíduos do sexo feminino.

A mortalidade por suicídio apresenta distribuição bastante diferenciada na RIDE-DF. Nos entornos Norte e Sul a faixa etária mais acometida é a de 30 a 39 anos, apresentando coeficiente específico de 13,6 óbitos e 7,8 óbitos para

cada 100 mil habitantes. Na M. Unai a faixa etária de 60 anos e mais é a que mais se suicida com coeficiente específico de 13,8 óbitos para cada 100 mil habitantes. No Distrito Federal o coeficiente específico é de 6,2 óbitos para cada 100 mil habitantes para as faixas etárias de 30 a 39 anos e de 40 a 49 anos (Tabela 40).

Tabela 40 - Coeficiente específico de mortalidade por lesões autoprovocadas (por 100 mil) segundo faixa etária, na RIDE-DF, 2002 a 2007.

Região/Municípios	Faixa Etária					
	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 ou mais
M. Unai	1,5	4,5	9,8	5,9	9,9	13,8
Buritís	0,0	13,9	11,4	7,7	0,0	0,0
Cabeceira Grande	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Unai	2,1	2,4	10,1	6,0	13,6	19,5
R. Pirineus	2,2	6,8	6,5	12,0	8,5	7,5
Abadiânia	7,2	0,0	0,0	25,0	17,3	14,7
Alexânia	3,7	0,0	5,5	22,8	10,7	9,1
Cocalzinho de Goiás	0,0	5,2	7,2	0,0	15,0	0,0
Corumbá de Goiás	0,0	19,5	12,5	0,0	0,0	17,9
Mimoso de Goiás	0,0	42,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Padre Bernardo	3,0	8,0	10,3	7,5	0,0	0,0
Pirenópolis	0,0	8,6	5,2	14,2	9,9	8,7
E. Norte	1,5	9,2	13,6	10,3	9,6	13,4
Água Fria de Goiás	0,0	20,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Cabeceiras	0,0	26,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Formosa	1,6	12,0	15,5	15,2	16,2	15,6
Planaltina de Goiás	1,7	3,6	11,4	6,6	3,9	13,7
Vila Boa	0,0	54,0	72,1	0,0	0,0	0,0
E. Sul	2,7	5,4	7,8	4,2	6,3	5,5
Águas Lindas de Goiás	1,2	2,0	6,5	1,5	6,0	4,3
Cidade Ocidental	3,4	5,3	11,2	7,0	7,4	9,2
Cristalina	4,1	11,2	14,3	8,4	7,5	0,0
Luziânia	4,6	5,7	8,8	4,3	5,6	9,9
Novo Gama	3,5	5,3	7,3	6,5	4,0	0,0
Santo Antônio do	1,1	2,4	4,9	8,4	0,0	5,1
Valparaíso de Goiás	1,4	9,6	7,0	0,0	12,8	3,8
Distrito Federal	2,2	5,9	6,2	6,2	5,4	8,1
Total	2,2	5,9	7,0	6,2	6,0	8,2

7. - DISCUSSÃO

7.1 - MORBIDADE HOSPITALAR POR CAUSAS EXTERNAS NA RIDE-DF, 2002 – 2007

É reconhecido que a utilização dos dados gerados pelo SIH/SUS com propósito de análise epidemiológica de agravos e eventos em saúde apresenta algumas limitações. Entre as limitações destacam-se:

- Não registram eventos das vítimas que não apresentam dano emergencial e que não procuram os serviços de saúde, como é o caso das violências intradomiciliares, ficando assim no âmbito da esfera privada. Captam apenas os casos graves;
- A oferta de serviços de saúde disponíveis no SUS não reflete a necessidade da demanda populacional para atendimento;
- Os dados gerados pelos serviços de saúde não conveniados ao SUS não são registrados;
- As Autorização de Internação Hospitalar (AIH) excluem os registros de atendimentos realizados nas emergências;
- Falhas de qualidade na informação gerada no que diz respeito ao diagnóstico devido à falta de padronização no preenchimento;
- As notificações podem apresentar registros inconsistentes para a classificação da causa informada ou omissão, gerando sub-notificação.

É importante destacar que todas as taxas de internações dependem de alguns fatores, dentre os quais a gravidade da lesão e a disponibilidade de leitos hospitalares, dos quais a região do Distrito Federal apresenta maior número de leitos (65; 66).

Mas, apesar das limitações apresentada acima, o SIH/SUS como fonte de dados para causas externas desvela uma realidade desconhecida e reflete uma consonância com o conhecimento epidemiológico disponível (66)

No presente estudo, as causas externas ocupam o sexto lugar na internação proporcional, diferente do que mostra o estudo realizado na população brasileira para o ano de 2000, onde essas causas se apresentam como a sétima de internação proporcional (65).

A proporção de internação para causas externas na RIDE-DF segue o mesmo padrão da população brasileira (66;67;68). Em estudo realizado para a população brasileira no ano de 2000, as internações proporcionais por causas externas foram de 5,8% e no presente estudo da RIDE-DF representou 6,1% das internações (65). Em 2004 em estudo com cinco capitais brasileiras as internações por causas externas representaram 6,8% do total de internações (69). No ano de 2005, a proporção de internações por essas causas correspondeu a 7,9% para a Região Sudeste, 7,1% para a Região Centro Oeste, 6,9% para as Regiões Sul e Norte, e a 5,5% para a Região Nordeste (66). No Brasil em 2006 essas internações representaram 7% (70). O discreto aumento no ranking para internação por causas externas (foi de 5,6% para 6,6%) observado entre os dois triênios comparados no presente estudo pode ser devido a uma redução de outros tipos de internação (atenção ao parto, doenças do aparelho circulatório). Houve, de fato, um aumento no número de internações por causas externas (de 33.909 para 40.704).

No presente estudo houve predominância na internação proporcional para causas externas para o sexo masculino com cerca de 72% das internações para todo o período enquanto as mulheres apresentaram cerca de

28%. Esses dados apresentam-se em consonância com estudo realizado para a população brasileira no ano de 2000 onde 70% das internações foram para os homens (14; 65) e apenas 30% para as mulheres e na região Centro-Oeste onde os homens foram responsáveis por 71,4% das internações e as mulheres por 28,6% (65).

Em estudo realizado na Brasil no ano de 2000, o coeficiente de incidência de internação por causas externas foi de 41 internações para cada 10 mil habitantes (65) e no presente estudo, apresentou 40,6 internações para cada 10 mil habitantes, apresentando semelhança nos dados.

Na distribuição proporcional por tipo de causa externa, as lesões acidentais apresentam-se como a principal causa de internação em algumas cidades de grande e médio porte do interior do Brasil (68), mostrando similaridade com o Distrito Federal e Entorno no presente estudo, onde representava 61,5% das internações por causas externas. Em um estudo realizado no ano de 2000 para a população brasileira, as lesões acidentais representaram a primeira causa de internação proporcional com 71,2% das internações. (14)

A análise da evolução da proporção de internações hospitalares por grupos de causas externas para o Brasil no período de 1998 a 2005 revela que as quedas constituem a principal causa de internação com uma média anual de 42% permanecendo estável durante o período avaliado (66). A segunda causa de internação corresponde às classificadas como “demais causas externas“, com média anual de 31% e tendência ao aumento durante o período. Os acidentes de transporte constituem a terceira causa de internação representando 17% das internações por causas externas durante o período.

Verifica-se uma tendência discreta de redução da sua contribuição durante o período avaliado (de 19,7% em 1998 para 15,7% em 2005). As agressões representam a quarta causa de internação com média anual de 5,8% e uma tendência estável. Já as intoxicações e lesões autoprovocadas ocupam o quinto e sexto lugar segundo essa análise (66).

No presente estudo, a região da RIDE-DF mostra um ranking de proporção de internação por causas externas diferente, onde lesões acidentais, representadas pelas quedas, ocupam a primeira causa de internação, seguida pelos acidentes de transporte e logo após as agressões; as lesões autoprovocadas se encontram em oitavo lugar nesse ranking. Porém o presente estudo apresenta semelhança no ranking de internação proporcional por causa externas com o estudo já mencionado, realizado na população brasileira para o ano de 2000, onde as lesões acidentais (71,2%), seguidas dos acidentes de transportes (18,2%) e agressões (5,4%) (14). Um estudo realizado para o estado de São Paulo no ano de 2005 mostrou que as quedas são responsáveis por 48% das internações por causas externas, os acidentes de transporte representam 17,1% desse total, as agressões 6,9% e as lesões autotprovocadas 1,3% (64).

Nas internações por causas externas segundo sexo, o presente estudo apresenta valores do coeficiente de incidência médio ajustado de cerca do dobro em relação ao estudo das capitais brasileiras no ano de 2000. (71). Ainda segundo dados do presente estudo, a faixa etária que mais se internou por causas externas foi a de 60 anos e mais, apresentando coeficiente de incidência de 78,8 internações para cada 10 mil habitantes, durante todo o período estudado. Esse risco apresentou-se maior do que o estudo realizado

no ano de 2004 para cinco capitais brasileiras onde a cidade e Recife têm a faixa etária de 60 anos e mais como a primeira causa de internação, com coeficiente de incidência de 64,6 internações para cada 10 mil habitantes (69).

O Distrito Federal apresentou os maiores coeficientes de internação para acidente de trânsito e agressões, se comparados com um estudo entre as capitais brasileiras pesquisadas no ano de 2004 (69), mostrando dados similares ao presente estudo.

No presente estudo observou-se um aumento no risco de internações por causa externas na RIDE-DF após o ano de 2004 para todo o período. Esse fato pode estar relacionado à melhora nos registros a partir dessa data, a gravidade das lesões que necessitaram de internações ou a maior procura da população da RIDE-DF ao SUS.

Os acidentes de transportes no ano de 2006 foram responsáveis por 15% das internações por causas externas no Brasil (70), proporção muito próxima da obtida (14,6%).

Tanto no presente estudo quanto as informações para o Brasil como um todo, os homens se internaram três vezes mais que as mulheres por acidentes de transporte (70). Segundo estudo realizado no ano de 2000 sobre internações por acidente de transporte, os homens estão representados três vezes mais que as mulheres para esse tipo de causa externa e com a predominância as faixas etárias de 20 a 29 anos, acompanhado da faixa etária de 60 anos e mais (71). No presente estudo, as faixas etárias mais acometidas na ordem são: adultos jovens e adultos em geral, seguidos de idosos, da faixa de 50 a 59 anos, e finalmente, crianças.

Segundo o Saúde Brasil (2008), a ordem de internação proporcional por acidente de transporte revela que os mais internados são os pedestre (33,7%), seguidos dos ocupantes de motos (28,2%), os registros de vítima cujo o evento é indeterminado (18%) e ocupante do automóvel (10%). No presente estudo, na internação proporcional predominam os ocupante do automóvel (30%), seguidos de pedestres (24%), ocupante moto (20,2%) e outros (9%).

Quando comparamos o risco de internação por acidente de transporte, em relação ao sexo, observa-se que os homens apresentaram 8,5 internações para cada 10 mil habitantes e as mulheres 2,4 internações para cada 10 mil habitantes, no segundo triênio para o presente estudo. Já o risco nacional no ano de 2006 foi de 10,2 internações para cada 10 mil habitantes nos homens e 3 internações para cada 10 mil habitantes nas mulheres sendo um pouco mais alta (70).

Quanto às faixas etárias com maior risco de internações por acidentes de transportes as mesmas são em ordem: 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 60 anos e mais, 50 a 59 anos, 10 a 19 anos e 0 a 9 anos, respectivamente, durante todo o período no presente estudo. Em 2006 o Brasil apresentou a mesma magnitude em relação às faixas etárias (70).

Dessa forma, tomando a magnitude dos acidentes de transportes, é importante avaliar o problema e chamar a atenção dos gestores públicos em um movimento que priorize: o aprofundamento do processo educativo de condutores, a adoção de medidas de prevenção (uso de cinto de segurança e de capacete, respeito aos limites de velocidade e sinalização de trânsito), respeito ao Código Brasileiro de Trânsito, além da melhoria na articulação entre atendimento pré-hospitalar, serviços de emergência e suporte hospitalar.

As agressões são responsáveis pela terceira causa de internação na RIDE-DF em todo o período estudado. Em estudo realizado no ano de 2000 para as capitais brasileiras, as internações por agressão representaram 5,4% do total devido a causas externas (71) para o Brasil como um todo, no ano de 2006, essa proporção representa 5,9% das internações (70). Enquanto que no presente estudo, na RIDE-DF, tal proporção mostra-se bem superior as médias nacionais nos anos acima representados chega a quase 10% das internações, durante todo o período estudado. Destaca-se ainda o Entorno Norte com cerca de 13% das internações por causas externas por tentativa de agressão.

No presente estudo, os homens estão representados cinco vezes mais por agressão do que as mulheres, para todo o período. Enquanto que, na população brasileira, para o ano de 2006, a proporção de homens que se internaram cerca de quatro vezes mais que as mulheres (70).

A arma de fogo foi responsável por 29,3% das internações por agressões, enquanto a arma branca representou 35%, presente estudo. Essa informação suscita algumas hipóteses, dentre as quais a mais óbvia seria de que, na maior parte das agressões que resultam em óbito, incluindo as agressões por arma de fogo, a vítima falece antes de ser internada e de gerar um registro da AIH. Já na população brasileira para o ano de 2006 a arma de fogo representou 25,6% das internações por agressões.

Para os dois triênios estudados, os coeficientes de incidência para internações por agressão foram mais elevados para ambos os sexos do que observado para a população brasileira no ano de 2006 (70). Os homens na RIDE-DF, tiveram um risco que passou de 5,8 para 5,4 internações para cada 10 mil habitantes e as mulheres apresentaram um risco de 1,1 que passou para

uma internação para cada 10 mil habitantes, enquanto que a média nacional foi de 4,2 internações para cada 10 mil habitantes nos homens e 0,95 internações para cada 10 mil habitantes nas mulheres.

O maior risco de internação por agressão por faixa etária se apresenta na de 29 anos e mais, tanto no presente estudo quanto na população brasileira para o ano de 2006. Já os menores risco na população brasileira foram das faixas etárias de 0 a 9 anos e 10 a 14 anos, enquanto que no presente estudo foram de 0 a 9 anos, de 10 a 19 anos e 60 anos e mais. (70).

Quanto às lesões autoprovocadas no estudo realizado no ano de 2000 para a população brasileira observou-se que os indivíduos do sexo masculino apresentam um risco de internação por lesões cerca de duas vezes maior que o sexo feminino. (14). No presente estudo, percebeu-se que para o primeiro triênio estudado o risco era três vezes maior para os homens em relação às mulheres e no segundo triênio esse risco passou a ser igual.

No estudo realizado na população brasileira para o não de 2000, o coeficiente médio de internação para o sexo masculino foi de 0,68 internações para cada 10 mil habitantes e para o sexo feminino foi de 0,42 internações para cada 10 mil habitantes. As faixas etárias que mais apresentaram risco de internação por lesões autoprovocadas foram as de 30 a 39 anos (0,83), 25 a 29 anos (0,76), 40 a 49 anos (0,74), 20 a 29 anos (0,71) e 15 a 19 anos (6,2) (72). Já no presente estudo, os homens apresentaram um risco de internações por lesões autoprovocadas de 1,5/10 mil habitantes no primeiro triênio para 0,5 no segundo triênio e as mulheres de 0,5 para 0,4. Quanto a idade, as internações se apresentaram com risco diferente do estudo acima sendo a

primeira faixa acometida de 30 a 49 anos (1,2), seguida de 50 a 59 anos (1,0) e 20 a 29 anos (0,7).

Enfim, considerando as lesões autoprovocadas como evento complexo, deve-se ressaltar que o acompanhamento e a descrição do evento são ferramentas fundamentais para a diminuição desse agravo na população. Compromisso, sensibilidade, conhecimento, preocupação com outro ser humano e a crença de que a vida é um aprendizado que vale a pena - são os principais recursos que os profissionais de saúde têm para apoiar os potenciais suicidas e ajudá-los a prevenir o ato final contra suas próprias vidas.

Com respeito a lesões acidentais, os idosos são os que mais se internam por causas externas, tanto em termos de proporção de internações como em termos de coeficiente (69). O presente estudo mostrou que a população com maior risco encontra-se na faixa etária de 60 anos e mais, onde os homens internam-se cerca de duas vezes mais que as mulheres. Esse fato deve-se às quedas que, dentre as lesões acidentais, encontram-se como a primeira causa de internação.

Dessa forma as informações trazidas pelas hospitalizações mostram um vasto campo potencial de investimento em relação às quedas, esse evento de maior magnitude, o que justifica que seja abordado no âmbito da promoção, da prevenção, dos cuidados hospitalares e da reabilitação. Esse panorama constitui uma pista para o planejamento de ações e um alerta à sociedade e autoridades.

7.2 – MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS NA RIDE-DF, 2002 – 2007

Os dados de mortalidade costumam ser mais fidedignos do que os de internação hospitalar. A sua qualidade vem melhorando tendo sido constatada uma diminuição progressiva da proporção de causas mal definidas. No ano de 2006, no Brasil, a cobertura do SIM/SUS foi de 87,5% (70). Os dados de mortalidade, mesmo com toda a sua magnitude representam somente a porção mais visível dos contextos violentos (69).

No presente estudo, a mortalidade proporcional por causas externas na RIDE-DF aparece em segundo lugar (19%). Em contraste, dados do Brasil para o ano de 2006 mostram que tais causas representaram 26% da mortalidade sendo a terceira causa de óbito (70). Já em estudo realizado com cinco capitais brasileiras no ano de 2004, as causas externas aparecem como segunda causa de óbito, com 17%. As cidades de Recife e Rio de Janeiro, por exemplo, tiveram no ano de 2004, as causas externas como terceira causa de óbito (69).

Na mortalidade proporcional a RIDE-DF, as causas externas constituem a segunda causa de óbito mais representada. Porém, nas regiões do Entorno Norte e Sul, tais causas representam a primeira causa de óbito superando as doenças do aparelho circulatório. Segundo o estudo realizado no ano de 2004 para cinco capitais brasileiras, as causas externas constituem a quarta causa de óbito e entre essas capitais, o Distrito Federal apresenta as essas causas como segunda causa de óbito (69). No Saúde Brasil (70), no ano de 2005 as causas externas encontram-se no terceiro lugar como causa de óbito, e a região Centro-Oeste apresenta tais eventos como a segunda causa de óbito.

As causas externas encontram-se como segunda causa de óbito para o sexo masculino, enquanto que para as mulheres encontram-se no sexto lugar (70). Para os óbitos ocorridos em indivíduos do sexo masculino, as causas externas representaram 83,6% do total da mortalidade na RIDE-DF durante todo o período estudado. Esse valor se aproxima do obtido para o Brasil no ano de 2006 (84% dos óbitos) (70).

O grupo mais afetado é o dos jovens 20 a 29 anos e 60 anos e mais para o ano de 2000 (69). Porém segundo o Saúde Brasil 2008, que verificou as principais causa de óbito por faixa etária na população brasileira no ano de 2005, percebeu-se que de 1 ano até os 39 anos de idade, as causa externas como primeira causa de óbito, já a faixa etária de 40 a 49 anos apresenta as causas externas como a segunda causa de óbito, e a faixa etária de 50 a 59 anos como terceira e, na faixa etária de 60 anos e mais, encontram-se no sexto lugar. O que foi observado no presente estudo é que a faixa etária com maior risco de ir a óbito por causas externas é a de 60 anos e mais, seguida da de 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 10 a 19 anos e por fim de 0 a 9 anos. Dessa forma a RIDE-DF não segue o padrão nacional neste aspecto.

Em um estudo realizado no ano de 2003 para as capitais brasileiras, o risco de morrer por causas externas foi de 69,7 óbitos para cada 100 mil habitantes. Para o sexo masculino esse risco foi de 119,7 e entre as mulheres de 21,3. A faixa etária com maior risco foi a de 20 a 24 anos (121,4 óbitos para cada 100 mil habitantes), 25 a 30 anos (111,9 óbitos para cada 100 mil habitantes), 60 anos e mais (104,7 óbitos para cada 100 mil habitantes) e 30 a 39 anos (90 óbitos para cada 100 mil habitantes)(SOUZA,2006). No presente

estudo, para todo o período as causas externas apresentaram um risco de 76,6 óbitos para cada 100 mil habitantes, no segundo triênio. As faixas etárias com maior risco foram as de 60 anos e mais (157,6), 20 a 29 anos (112,3), 30 a 39 anos (87,6), 40 a 49 anos (84,7).

No presente estudo a mortalidade proporcional por acidente de trânsito total foi de 30,5%, se apresentando com de 79,4% para os homens e 20,6% para as mulheres, durante todo o período estudado. No estudo realizado no Brasil para o ano de 2000, a mortalidade proporcional por acidente de transporte foi de 25% dos óbitos (14). Em 2006, a população brasileira apresentou uma mortalidade proporcional de 82% para os homens e 18% para as mulheres (70).

No presente estudo, as faixas etárias com maior ocorrência proporcional de óbitos por acidente de transporte foram de 20 a 49 anos (cerca de 64% dos acidentes), para todo o período. No ano de 2006, a população brasileira também teve essa faixa etária com maior mortalidade proporcional (cerca de 44,5% dos acidentes) (70).

No ano de 2000, o coeficiente de mortalidade por acidentes de transporte foi de 17,5 óbitos para cada 100 mil habitantes da população brasileira (71). No presente estudo, apesar de ter acontecido uma redução desse coeficiente de cerca de 9%, ele ainda se apresentou com risco maior para os dois triênios estudados (25,5 óbitos para cada 100 mil habitantes e 23,3 óbitos para cada 100 mil habitantes, respectivamente). Na população brasileira, no ano de 2006, o coeficiente de mortalidade para acidente de trânsito foi de 18,7 óbitos para cada 100 mil habitantes. Os estados brasileiros que no ano de 2006 apresentaram maior risco em relação a RIDE-DF no

presente estudo, para o segundo triênio foram: Santa Catarina 31,7 óbitos para cada 100 mil habitantes, Mato Grosso do Sul 29,8% óbitos para cada 100 mil habitantes, Paraná 28,1 óbitos para cada 100 mil habitantes, Rondônia 28,1 óbitos para cada 100 mil habitantes, Mato Grosso 27,9 óbitos para cada 100 mil habitantes, Espírito Santo 25,8 óbitos para cada 100 mil habitantes, Tocantins 24,3 óbitos para cada 100 mil habitantes, Piauí 24 óbitos para cada 100 mil habitantes e Goiás 23,7 óbitos para cada 100 mil habitantes (70).

No já referido estudo realizado no ano de 2000 para o Brasil, o coeficiente de mortalidade por acidente de transporte para o sexo masculino era de 28,6 óbitos para cada 100 mil habitantes e no feminino de 6,6 óbitos para cada 100 mil habitantes. (71). No presente estudo, para toda a RIDE-DF, esse risco se apresentou maior, apesar de para ambos os sexo ter ocorrido uma redução. Os homens passaram de 40,7 para 36,2 óbitos para cada 100 mil habitantes e as mulheres de 11,2 para 9,4 óbitos para cada 100 mil habitantes, respectivamente. Naquele mesmo estudo, em relação ao sexo, os homens tem 3 vezes maior risco de ir a óbito por acidentes de transportes do que as mulheres (71). Já na RIDE-DF esse risco chega a ser 4 vezes maior.

Quando comparamos as faixas que vão a óbito na RIDE-DF por acidente de trânsito, percebe-se um aumento progressivo a partir da faixa etária de 20 a 29 anos até a de 60 anos e mais, sendo notável apenas uma discreta redução na faixa etária de 30 a 39 anos em relação à anterior. Esses dados mostram-se diferentes do estudo realizado em 2000 com as capitais brasileiras, onde a faixa etária mais acometida é a de 25 a 29 anos, seguida da faixa etária de 60 anos e mais (71).

Apesar de já ter se passados 10 anos da implantação do Código Brasileiro de Transito (CTB) ainda são registradas coeficientes elevados de mortes na RIDE-DF.

A violência no trânsito está longe de ser controlada e está inserida no contexto mais amplo da violência urbana. Os esforços da sociedade no estabelecimento de uma legislação eficiente serão necessários, porém não suficientes, para se atingir níveis adequados de convivência com o problema. Desenvolver nos atuais e futuros motoristas, ocupantes de veículos, usuários de bicicletas e pedestres brasileiros uma consciência de valorização da própria vida e do respeito à vida dos outros é um desafio que deve ser enfrentado com prioridade, tanto pela administração pública como pela sociedade.

No Distrito Federal e entorno, as agressões representam a primeira causa de óbito por causa externa, acompanhando a evolução da população brasileira, que durante o período de 1991 a 2000, também predominavam as agressões (71;73).

Em 2000, a população brasileira apresentou 38,3% dos seus óbitos por agressão entre as causas externas (14). No ano de 2004, na cidade de Recife as agressões representaram 64% dos óbitos por causas externas e no Rio de Janeiro 47,1% dos óbitos (69). No presente estudo representaram 44,5% dos óbitos para todo o período.

Na população brasileira em 2000, o coeficiente médio ajustado de mortalidade por agressão foi de 26,7 óbitos para cada 100 mil habitantes. (14). O coeficiente médio ajustado de mortalidade por agressão no presente estudo apresentou foi de 32,5 para 30,6 óbitos para cada 100 mil habitantes e apesar de ter apresentado uma redução de 5,8% ainda encontra-se acima da média

nacional para o ano de 2006, com 25,4 óbitos para cada 100 mil habitantes.

Apenas seis estados brasileiros, no ano de 2006, apresentaram maior risco que o mostrado no presente estudo no último triênio: Alagoas (56 óbitos para cada 100 mil habitantes), Pernambuco (53,6 óbitos para cada 100 mil habitantes), Espírito Santo (48,6 óbitos para cada 100 mil habitantes), Rio de Janeiro (42,6 óbitos para cada 100 mil habitantes), Rondônia (36 óbitos para cada 100 mil habitantes) e Amapá (33,7 óbitos para cada 100 mil habitantes) (70).

Os homens no presente estudo apresentaram coeficiente médio ajustado de mortalidade por agressão de 62,3 óbitos para cada 100 mil habitantes no primeiro triênio estudado e 57,2 óbitos para cada 100 mil habitantes no segundo triênio estudados, porém, apesar de ter reduzido em 8,2% no seu risco ainda encontra-se com coeficientes mais altos do que o risco da população brasileira para o mesmo sexo no período de 2006 onde se apresentou com coeficiente médio ajustado de mortalidade por agressão de 47,5 para cada 100 mil habitantes. É importante ressaltar que só seis estados brasileiros, no ano de 2006, apresentaram maior risco que o presente estudo no último triênio: Alagoas (106,5 óbitos para cada 100 mil habitantes), Pernambuco (101,7 óbitos para cada 100 mil habitantes), Espírito Santo (85,5 óbitos para cada 100 mil habitantes), Rio de Janeiro (80,9 óbitos para cada 100 mil habitantes), Rondônia (66,4 óbitos para cada 100 mil habitantes) e Amapá (63,5 óbitos para cada 100 mil habitantes) (70).

Já a população do sexo feminino no presente estudo apresentou coeficiente médio ajustado de mortalidade por agressão de 5 óbitos para cada 100 mil habitantes no primeiro triênio estudado e 4,6 óbitos para cada 100 mil habitantes no segundo triênio estudado. Mesmo apresentando uma redução de

8,2% em seu risco, ainda encontra-se com coeficientes mais altos do que o risco da população brasileira para o mesmo sexo no período de 2006 onde se apresentou com coeficiente médio ajustado de mortalidade por agressão de 4,1 para cada 100 mil habitantes.(70).

A faixa etária que mais foi afetada pela mortalidade por agressão no presente estudo foi a de 20 a 29 anos (43,1% dos óbitos e 67,9 óbitos para cada 100 mil habitantes) seguida da faixa etária de 30 a 39 anos (19% dos óbitos e 39,4 óbitos para cada 100 mil habitantes). Há diferenças com a população brasileira no ano de 2006, onde a faixa etária mais atingida foi a de 20 a 29 (57,8 óbitos para cada 100 mil habitantes), porém a segunda faixa etária mas acometida é a de 15 a 19 anos (38,2 óbitos para cada 100 mil habitantes), seguida da faixa etária de 30 a 39 anos (36,7 óbitos para cada 100 mil habitantes) (70).

Na RIDE-DF o risco dos homens morrerem de agressão é cerca de 12 vezes maior do que para as mulheres e está em consonância com o estudo realizado no ano de 2000 para a população brasileira (43;71). E em relação à faixa etária, o risco maior de óbito por agressão se apresentou de 10 a 39 anos, constituindo provavelmente assim um indicador sensível dos níveis de violência e mesmo de qualidade de vida no Distrito federal e entorno. A concentração dos óbitos por agressão entre adolescentes e adultos jovens, no Brasil, faz com que seja a principal causa de anos potenciais de vida perdidos (APVP), o que corresponde a uma média de 30 a 40 anos em relação à expectativa de vida (74)

Percebe-se que a redução da morbimortalidade por agressão não é tarefa simples, visto tratar-se de um problema relacionado com diversos

fatores, que podem ser individuais, sociais, econômicos, culturais, entre outros. Apresenta-se como um inadiável desafio, devendo ser reunidos os vários setores da sociedade, saúde pública, segurança, universidades, organizações não governamentais e comunidades (14).

As lesões autoprovocadas apresentaram-se com 5,6% dos óbitos em relação às outras causas externas e com um coeficiente de 4 óbitos para cada 100 mil habitantes no ano de 2000, para a população brasileira, com aumento de 7,8% na última década (72). Já no ano de 2005, as lesões autoprovocadas corresponderam a 6,7% dos óbitos (14). No presente estudo também ocorreu um aumento dos óbitos por lesões autoprovocadas, porém inferior à média nacional dos estudos acima, chegando a 2% para os triênios estudados. Proporcionalmente representou 5,8% dos óbitos no último triênio e com coeficiente de mortalidade de 4,5 óbitos para cada 100 mil habitantes. No ano de 2000 as cidades brasileiras de Recife (4 óbitos para cada 100 mil habitantes), Vitória (4,2 óbitos para cada 100 mil habitantes), Manaus (4,5 óbitos para cada 100 mil habitantes) e Macapá (4,6 óbitos para cada 100 mil habitantes) apresentavam risco de óbito por lesões autoprovocadas semelhantes ao do presente estudo (72).

Já no Brasil, em 2005 o risco de óbito por lesões autoprovocadas era de 4,6 óbitos para cada 100 mil habitantes. Os estados Brasileiros que em 2005 apresentaram maior risco de óbito por lesões autoprovocadas, em relação ao presente estudo, foram: Rio Grande do Sul (9,9 óbitos para cada 100 mil habitantes), Mato Grosso do Sul (8,6 óbitos para cada 100 mil habitantes), Santa Catarina (7,7 óbitos para cada 100 mil habitantes), Roraima e Amapá (6,9 óbitos para cada 100 mil habitantes), Ceará (6,6 óbitos para cada 100 mil

habitantes), Paraná (6,5 óbitos para cada 100 mil habitantes), Goiás (5,9 óbitos para cada 100 mil habitantes), Mato Grosso (5,5 óbitos para cada 100 mil habitantes), Rio Grande do Norte (5,3 óbitos para cada 100 mil habitantes), Piauí e Espírito Santo (4,9 óbitos para cada 100 mil habitantes) (70).

Os homens apresentam uma mortalidade proporcional de 76% nas lesões autoprovocadas, enquanto as mulheres apenas 24%, no presente estudo para todo o período. Nos dados referente a população do Brasil no ano de 2000, a mortalidade proporcional nos homens representava 79,6% e as mulheres 20,4% dos óbitos (72). Ainda nesse mesmo estudo, o risco de ir a óbito nos homens é de 6,5 óbitos para cada 100 mil habitantes e nas mulheres é de 1,6 óbitos para cada 100 mil habitantes. Porém no presente estudo, esse risco se apresenta maior, para os dois triênios estudados, onde os homens passaram de 8,7 para 8,1 óbitos para cada 100 mil habitantes e as mulheres passaram de 2,4 para 2,6 óbitos para cada 100 mil habitantes. As cidades brasileiras que apresentaram maior risco, para ambos os sexos, no ano de 2000, se comparados com o presente estudo foram: Florianópolis (10,3 óbitos para homens e 2,8 óbitos para cada 100 mil habitantes), Goiânia (10,7 óbitos para homens e 3 óbitos para cada 100 mil habitantes), Porto Alegre (12,1 óbitos para homens e 2,8 óbitos para cada 100 mil habitantes) e Boa Vista (13 óbitos para homens e 3 óbitos para cada 100 mil habitantes) (72).

No ano de 2005, para a população brasileira, o sexo masculino foi representado com 79% dos óbitos por lesões autoprovocadas, Nesse mesmo ano, o risco para o sexo masculino na população brasileira foi de 7,4 óbitos para cada 100 mil habitantes e para as mulheres foi de 1,9 óbitos para cada

100 mil habitantes, apresentando-se com maior risco do que o presente estudo para todo o período (70).

No presente estudo, a faixa etária que mais apresenta risco de ir a óbito por lesão autoprovocada é a de 60 anos e mais (8,2 óbitos para cada 100 mil habitantes), seguida da faixa etária de 30 a 39 anos (7 óbitos para cada 100 mil habitantes), 40 a 49 anos (6,2 óbitos para cada 100 mil habitantes), 50 a 59 anos (6 óbitos para cada 100 mil habitantes), 20 a 29 anos (5,9 óbitos para cada 100 mil habitantes) e 10 a 19 anos (2,2 óbitos para cada 100 mil habitantes), para todo o período. Diferente do estudo realizado no ano de 2000 no Brasil, onde esse risco apresenta incremento progressivo de acordo com a elevação da faixa etária: de 10 a 14 anos (0,5 óbitos para cada 100 mil habitantes), de 15 a 19 anos (2,9 óbitos para cada 100 mil habitantes), de 20 a 24 anos (5,3 óbitos para cada 100 mil habitantes), de 30 a 39 anos (5,8 óbitos para cada 100 mil habitantes), de 40 a 49 anos (6,5 óbitos para cada 100 mil habitantes), de 50 a 59 anos (6,7 óbitos para cada 100 mil habitantes), de 60 anos e mais (6,9 óbitos para cada 100 mil habitantes) (72).

Diversos fatores já foram associados às lesões autoprovocadas, principalmente fatores socioeconômicos como baixa escolaridade e pobreza, normalmente associadas entre si. Além de viuvez, fatores como separação, divórcio e morar sozinho estão também associados aos grupos de maior risco para cometer suicídio, inclusive entre jovens e pessoas do sexo masculino. Outros fatores incluem religião, pobreza e culturas agrícolas (75).

As lesões autoprovocadas não podem ser compreendidas apenas na perspectiva positivista, no sentido de ser apenas um indicador funcional da realidade. É importante estar atento aos sinais deixados por quem foi a óbito ou

se internou por lesões autoprovocadas, dando ênfase a quatro pontos chaves: fatores estressores e precipitadores, motivação, identidade e intencionalidade (72)

A mortalidade por quedas, no presente estudo representou 7,2% dos óbitos por causas externas. Os homens foram responsáveis por 67,3% dos óbitos para essa causa e as mulheres por 32,7%. O risco de morte por quedas teve um aumento de 12% nos triênios estudados (passou de 7,7 para 8,7 óbitos para cada 100 mil habitantes). Já em estudo realizado no ano de 2000 para a população brasileira, as quedas representaram 6,8% dos óbitos proporcionalmente, sendo que no sexo masculino foram 70,3% dos óbitos proporcionalmente e no sexo feminino 29,7%. Nesse estudo, o risco de ir a óbito por queda foi de 2,5 óbitos para cada 100 mil habitantes.

No presente estudo, a faixa etária que mais foi a óbito por lesões acidentais foi a de 60 anos e mais com um risco quatro vezes maior do que a segunda faixa etária que é a de 50 a 59 anos. Tais dados são concistentes com as afirmações de SOUSA (2007) para que as lesões acidentais incidem principalmente nos idosos (69).

8. CONCLUSÕES

As informações em saúde são cada vez mais essenciais para o planejamento, programação, monitoramento e gestão das intervenções na saúde individual e coletiva. As informações oriundas das fontes de dados secundários dos sistemas de informação em saúde são fundamentais, mas insuficientes para responder às necessidades da gestão. (76).

Os acidentes e a violência configuram-se como um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, com forte impacto na morbidade e mortalidade da população. Diminuir esse impacto é um desafio.

A vigilância epidemiológica de acidentes e violências é uma ação relevante para a sociedade, pois, além de permitir o monitoramento e a análise de possíveis mudanças no perfil desses agravos, contribui para a educação e o planejamento de ações intersetoriais de prevenção de violências e acidentes (77).

Percebe-se que, embora ainda apresente algumas limitações, o SIH/SUS constitui em importante ferramenta para analisar o perfil de morbidade por acidentes e violências, servindo para apoiar a vigilância epidemiológica desses agravos.

A mortalidade e a morbidade no Distrito Federal e Entorno, apresenta-se de forma desigual, diferenciada e díspar, variando segundo sexo, a idade, a área geográfica e o tipo de causa externa que provocou a lesão.

Quanto à morbidade hospitalar, as causas externas se apresentam como a sexta causa de internação no Distrito Federal e Entorno. Representada pelas lesões acidentadas como primeira causa de internação, onde as quedas

representam mais de 50% dessas lesões e onde os homens se internam duas vezes mais que as mulheres, tendo a representação da faixa etária de 60 anos e mais.

A segunda causa externa de internação hospitalar são os acidentes de transportes, onde proporcionalmente o ocupante do veículo é o que apresenta maior distribuição para as internações, seguida dos pedestres, divergindo do padrão nacional. Os homens também apresentam maior risco e a faixa etária de 20 a 39 anos.

As agressões encontram-se na terceira causa de internação por causas externas, representada proporcionalmente pela arma branca, diferente da realidade nacional onde a arma de fogo é a principal causa de internação. O sexo masculino se interna cinco vezes mais que as mulheres, representado pelos jovens, adultos jovens e adultos.

As lesões autoprovocadas não se apresentam com características semelhantes ao padrão nacional, onde no ranking de internações por causa externas, ocupam uma posição mais baixa, sendo a oitava causa. Proporcionalmente a auto-intoxicação por álcool é a primeira causa de internação por essas causas, sendo o risco entre os sexos semelhantes. Os adultos jovens e adultos são os que apresentam maior risco.

A mortalidade por causas externas na RIDE-DF apresenta-se como segunda causa na mortalidade proporcional, e no Entorno Norte e Entorno Sul encontra-se como primeira causa de óbito ao tempo que no Brasil essa causa se apresenta como terceira. As faixas etárias de maior risco são os jovens e idosos, divergindo dos estudos nacionais.

Os coeficientes de mortalidade ajustados para causas externas, agressões e acidentes de transportes na RIDE-DF se apresentaram com valores superiores em relação aos estudos comparados.

A sobre mortalidade masculina por causas externas se expressa em coeficientes muito maiores que os femininos, mostrando-se como grupo mais vitimizado. Evidenciando assim um nítido predomínio de coeficientes masculinos sobre os femininos e um predomínio das mortes para as faixas etárias de idosos e dos jovens.

O elevado risco de morrer por acidentes e violências se deve em maior medida as agressões e aos acidentes de transportes. Os acidentes de transporte terrestre ocorreram com maior risco nos homens e nas faixas etárias de 20 e 49 anos de idade. A morte por agressões caracteriza-se pela maior risco no sexo masculino e nas faixas etárias de 10 a 39 anos. Já as lesões acidentais apresentam maior risco nos idosos. Finalmente as lesões autoprovocadas apresentaram maior risco no sexo masculino e nos idosos e jovens.

Diante do que foi exposto acima percebe-se necessária uma intervenção social, capaz de prevenir as violências e acidentes, onde se deve ter metas a curto e longo prazos, tais como a implantação de políticas, programas e ações que objetivem mudanças estruturais, socioculturais, econômicas e subjetivas capazes de alterar as condições que favoreçam esse fenômeno. E em se tratando da violência como um fato histórico, a solução também depende da ação humana que questione sua importância numa sociedade, estimulando e incentivando processos de mediação de conflitos e que revele o papel da

consciência cidadã sob a perspectiva da construção de ambientes saudáveis e de uma nova cultura de paz.

9. RECOMENDAÇÕES

Por se tratar de um estudo epidemiológico descritivo da morbimortalidade por causas violentas e acidentes, as únicas pretensões deste trabalho foram de realizar uma síntese sobre os dados de morbimortalidade por causas externas na região do Distrito Federal e Entorno. O presente estudo propõe também alguns caminhos possíveis em forma de perguntas e hipóteses, capazes de orientar aprofundamentos em estudos futuros.

Propõe-se também estimular a execução de estudos locais mais aprofundados ou de cunho operacional, visando um planejamento dos serviços de saúde e da atuação setorial e intersetorial referenciados no perfil epidemiológico aqui apresentado, que evidenciou as formas mais cruéis, agressivas e visíveis da morbimortalidade por acidentes e violências. É também importante buscar nos estudos locais os processos sociais e institucionais envolvidos na gênese desse tipo de evento, pois afetam a integridade do corpo e do espírito dos indivíduos, bem como a qualidade de vida social.

Seria de grande relevância um estudo que comparasse a mortalidade no ambiente pré-hospitalar com a mortalidade das vítimas que ocorreram durante o atendimento hospitalar, pois o atendimento pré-hospitalar não gera AIH e os pacientes atendidos nas emergências que têm alta ou que venham a falecer nesses serviços não fazem parte do banco de dados do SIH/SUS. Propõe-se também a qualificação de pessoal/profissional para registro dos dados de morbidade, pois o SIH/SUS não foi concebido com finalidade de notificação e nem de vigilância epidemiológica e sim de contabilizar procedimentos visando ao ressarcimento dos gastos hospitalares segundo tabela do Ministério da Saúde. Dessa forma, a causa externa que motivou a internação não interfere

no custo da internação e, em consequência, no valor pago por ela, não há nenhuma garantia da validade das informações registradas nesse campo específico. A única garantia que se tem quanto à fidedignidade dos dados são decorrentes do treinamento dos profissionais responsáveis pela notificação.

A estruturação de um diagnóstico situacional em um Banco de Dados sobre Acidentes e Violências no âmbito da RIDE e do Distrito Federal, utilizando os Sistemas de Informação já existentes nas diversas áreas de atuação (saúde, segurança, justiça, trânsito) seria de grande relevância. Objetiva-se sistematizar e utilizar os dados e informações produzidos por esse banco como o propósito de vigilância e intervenção analisando criticamente os dados coletados e propor alternativas de integração, alimentação contínua, padronizada e adequada, por parte de todas as áreas envolvidas. Dessa forma, tal banco seria utilizado como um instrumento para formulação de políticas e para desenvolvimento de ações de enfrentamento à morbimortalidade por acidentes e violências nos locais onde ocorram.

Estimular a criação de Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz, será uma maneira de implementar uma estratégia para ampliar e fortalecer a Rede de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde no âmbito da RIDE-DF. Objetivando-se compatibilizar, consolidar, analisar e difundir informações sobre a situação de violência, visando contribuir para um melhor entendimento dos vários fenômenos que envolvem situações de violência e subsidiar os municípios com estudos, ações e estratégias para a promoção da paz e promoção da saúde, com já vem sendo realizado pelo

Observatório das Violências do Núcleo de Estudos em Saúde Pública/NESP da Universidade de Brasília/UnB.

Subsidiar tecnicamente os municípios do entorno do DF na implantação do componente contínuo da Vigilância da Violência e Acidentes (VIVA) em acordo às diretrizes da SVS/MS, visando fortalecer a qualidade dos dados, a capacidade de análise e para uma melhor caracterização da magnitude e tipos de violências que atingem a população na morbidade hospitalar. Essa atividade também já vem sendo realizada pelo Observatório das Violências/NESP/UnB.

Assim como algumas regiões dentro do Distrito Federal apresentam um quadro de violência próprio das grandes conurbações (52), o presente estudo revela situações críticas no Entorno, particularmente nas cidades da região do Entorno Norte e Entorno Sul. Devido à profunda ligação com o Distrito Federal, não é possível pensar em soluções, tanto na esfera da vigilância quanto no campo da ação preventiva, que não apontem para uma atuação intersetorial e interestadual.

10. REFERÊNCIAS

1. MINAYO, M. C. S. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Violência – um problema para a saúde dos brasileiros. Ministério da Saúde, 2005. pp.9-42.
2. GUARINELLO, N. L. Violência como espetáculo: o pão, o sangue e o circo. História [online]. 2007, vol.26, n.1, pp. 125-132.
3. XAVIER, Marlon. Arendt, Jung e Humanismo: um olhar interdisciplinar sobre a violência. Saude soc. [online]. 2008, vol.17, n.3, pp. 19-32.
4. KRUG, E. G. (Org.). Relatório mundial sobre violência e saúde. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.
5. ARENDT, H. Sobre a Violência Rio de Janeiro: Relume Dumará,1994.
- BOULDING, E., 1981. Las mujeres y la violencia social. In: La Violencia y sus Causas (Unesco, ed.), p. 265-279, Paris: Unesco.
6. MINAYO, M. C. S. Violência e Saúde: Rio de Janeiro, Fiocruz, 2006.
7. SZWARCOWALD, C. L., 1987. Mortalidade por Causas Externas nas Capitais das Grandes Regiões Metropolitanas Brasileiras, 1977-1985. Trabalho apresentado no II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. São Paulo, out., 1989.
8. JUNIOR, J. B. S. Vigilância das DANT no contexto da Vigilância da Saúde no Brasil. Anais do Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília, 2006. p. 11 a 15.
9. MINAYO, M. C. S.; Souza E R. Violência para todos Cad. Saúde Pública, 9 (1) Rio de Janeiro.1993.

10. FILHO, A.M.S.; SOUZA, M.F.M.; CARVALHO, C.G.; ALENCAR, A.P.; SILVA, M.M.A.; NETO, O.L.M.. Análise da Mortalidade por homicídio no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. Brasília. Vol 16, nº 1. 2007.
11. ESCÓSSIA, F. Violência atinge mais as mulheres jovens. Folha de S. Paulo, São Paulo, 2003.
12. BRASIL. Ministério da Integração Nacional (MIN) & Ministério da Saúde. 2003. RIDE – Diagnóstico de Saúde. Brasília: Conselho Administrativo da RIDE (COARIDE). Mimeo.
13. LOPES, C. Soberania nacional e execuções sumárias. Folha de S. Paulo, São Paulo, 2003.
14. GAWRYSZEWSKI, V. P., KOIZUMI, M. S., MELLO-JORGE, M. H. P. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. *Cad. Saúde Pública*, Ago 2004, vol.20, no.4, p.995-1003.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília: MS; 2001.
16. MALTA, D. C., LEMOS, M.S. A., SILVA, M. M. A. et al. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). *Epidemiol. Serv. Saúde*, mar. 2007, vol.16, no.1, p.45-55.
17. ZALUAR, A. Violência e crime. In: MICELI, S. (Org.). *O que ler nas ciências sociais brasileiras*. São Paulo: Sumaré, 1999. v. 1, p. 13-107.
18. MINAYO, M. C. S., SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 1999, vol.4, n.1, pp. 7-23
19. DOMENACH, J. M., 1981. La violencia. In: *La Violencia y sus Causas* (Unesco, ed.), pp. 33-45, Paris: Unesco.

20. ENGELS, F., 1981. Teoria da violência, p. 146-188. In Engels. Ática, São Paulo.
21. FREUD, S. (1930/1976). Mal estar na civilização. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas (Vol. XXI, pp. 75-171) Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1930).
22. FRANKL, V. (1978/1989, 3ª ed.). Psicoterapia e Sentido da vida: fundamentos da Logoterapia e análise existencial. São Paulo: Quadrante.
23. MOREIRA, J. O. ; ABREU, A. K. C. ; OLIVEIRA, M. C. Moralidade e Sociabilidade em Frankl: um norte para superação da violência. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 3, p. 627-635, 2006.
24. DAHLBERG, L. L., KRUG, E.G. Violence a global public health problem. Ciênc. saúde coletiva, 2006, vol.11, no.2, p.277-292.
25. MINAYO, M. C. S. The inclusion of violence in the health agenda: historical trajectory. Ciênc. saúde coletiva, 2006, vol.11, no.2, p.375-383.
26. GALHEIGO, S. M. Apontamentos para se pensar ações de prevenção à violência pelo setor saúde. Saude soc. [online]. 2008, vol.17, n.3, pp. 181-189.
27. SCHRAIBER, L. B., D'OLIVEIRA, A. F. P L., COUTO, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. Rev. Saúde Pública, 2006, vol.40, p.112-120.
28. WIEVIORKA, M. Violência hoje. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2006, vol.11, suppl., pp. 1147-1153.
29. GURR, RT. Handbook of Political Conflict. New York: The Free Press, 1980
30. BOULDING, E., 1981. Las mujeres y la violencia social. In: La Violencia y sus Causas (Unesco, ed.), p. 265-279, Paris: Unesco.

31. MINAYO, M.C.S, organizador. Bibliografia comentada da produção científica brasileira sobre violência e Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1990
32. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Brasília: MS; 1983
33. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos. Brasília: MS; 2004.
34. CONASEMS. Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde. Plano de Ação de Redução da Violência contra Crianças e Adolescentes. Brasília: Conasems; 1998.
35. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 936, de 18 de maio de 2004. Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.96, Seção 1, 20 mai. 2004.
36. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.968/2001. Dispõe sobre a obrigatoriedade de notificação obrigatória de suspeita ou confirmação de maus-tratos cometidos contra crianças e adolescentes aos Conselhos Tutelares. Brasília: MS; 2001.
37. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.969/2001. Dispõe sobre o preenchimento de campos obrigatórios na Autorização de Internação Hospitalar em casos de causas externas, acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Brasília: MS; 2001.

38. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Política de Promoção da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.63, Seção 1, 31mar, 2006.
39. SETHI D, KRUG E. Guidelines for surveillance of injuries due to landmines and unexploded ordnance. Geneva, World Health Organization, 2001.
40. LAURENTI R. Acidentes e violências/lesões e envenenamentos e a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças. Ver. Saúde Pública, 31 (4 Suplemento): 55-58, 1997.
41. CARMO, E. H.; Barreto, M. L.; Borbosa, J. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2003; Brasília, 12(2): 63-75.
42. LESSA, A. 'The archeology of human aggressiveness: violence from a paleo-epidemiological perspective'. História, Ciências, Saúde — Manguinhos, vol. 11(2): 279-96, 2004.
43. SOUZA, E. et al. O impacto da violência social na saúde pública do Brasil: década de 80'. 1995 Em M. C. S. Minayo (org.). Os muitos Brasis: saúde e população. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucite-Abrasco, pp. 87-116.
44. WALDMAN, E. A. Vigilância em Saúde Pública, volume 7. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998 (Série Saúde & Cidadania).
45. HAMANN, E.M.; LAGUARDIA, J. Reflexões sobre a Vigilância Epidemiológica: mais além da notificação compulsória. Informe Epidemiológico do SUS 2000; Brasília, 9(3): 211-219.
46. LAURENTI, R; SANTOS, N. J. S.; TAYRA, A.; SILVA, S. R; BUCHALLA, C. M. A aids no Estado de São Paulo. As mudanças no perfil da epidemia e

perspectivas da vigilância epidemiológica. Revista Brasileira de Epidemiologia: São Paulo. Vol 5, nº 2. 2002.

47. MALTA, D. C. et al. Inquéritos nacionais de saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. Rev. Bras. Epidemiol., [S.l.], v. 11, p. 159-167, 2008. Suplemento 1.

48. Distrito Federal (Brasil). Câmara Legislativa. A Força do Entorno. – Brasília: CLDF, 1999.

49. MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL. Decreto nº 2.710, de 04 de agosto de 1998, alterado pelo Decreto nº 3.445, de 04 de maio de 2000 - Conselho Administrativo da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno – COARIDE.

50. CAIADO, M. C. S.. Deslocamentos intra-urbanos e estruturação socioespacial na metrópole brasiliense . São Paulo Perspec. [online]. 2005, vol.19, n.4, pp. 64-77. ISSN 0102-8839.

51. SEPRE - Secretaria Especial de Políticas Regionais. Ministério do Planejamento e Orçamento. Região integrada de desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno. Brasília-DF, novembro/1998. 119 p

52. VASCONCELOS, A. M. N.; COSTA, A. Demografia da violência no Distrito Federal: evolução e características. In: Aldo Paviani; Ignez Costa Barbosa Ferreira; Frederico Flósculo Pinheiro Barreto. (Org.). Brasília: Dimensões da Violência Urbana. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2005, p. 33-56.

53. VASCONCELOS, A. M. N.; FERREIRA, I. C. B., CATALÃO, I. F.; GOMES, M. M. F.; MACIEL, S. M. B.. Da utopia à realidade: uma análise dos fluxos migratórios para o Aglomerado Urbano de Brasília. In: XV Encontro Nacional de

Estudos Populacionais, 2006, Caxambu. Anais do XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caxambu : ABEP, 2006.

54. MELLO, M. T. F. N.. Entorno que transborda: patrimônio imaterial da RIDE. Brasília: Petrobrás, 2006. 208 p.

55. CARVALHO, D. L.. Mobilidade urbana e cidadania no Distrito Federal: um estudo do programa Brasília Integrada. 2008.

56. NEVES, L.C.R.; SOUSA, L.G.C. Impacto do Crescimento Populacional dos Municípios da RIDE nas internações do Sistema Único de Saúde do DF, Em 2006 e 2007 (Monografia de Especialização). Brasília (DF): Universidade DE BRASÍLIA; 2008

57. CODEPLAN. “Brasília e sua Região Polarizada – O Perfil Sócio-econômico e Demográfico da População e suas Relações com o Entorno”. Brasília-DF, 2003. 35 p.

58. FERREIRA, I. C. B.; NOGALES, A. M.; PENNA, N. A. Violência Urbana: a vulnerabilidade dos jovens da periferia das cidades. In: XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 2008, Caxambu -MG. As desigualdades Sócio-demográficas e os Direitos Humanos no Brasil. Caxambu - MG : Associação Brasileira de Estudos Populacionais - Abep, 2008. v. 1.

59. DURANTE, M. O.; PEIXOTO B. T.; LIMA, R. S. Metodologias e Criminalidade Violenta no Brasil São Paulo em Perspectiva: São Paulo.18(1): 13-21, 2004

60. HUGHES, P. J. A. Segregação Socioespacial e Violência na Cidade de São Paulo referências para a formulação de políticas públicas. São Paulo em Perspectiva: São Paulo, 18(4): 93-102, 2004.

61. CHAUI, M. Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1986.
62. PORTO, M. S. G. A Violência Urbana e suas Representações Sociais o Caso do Distrito Federal. São Paulo em Perspectiva: São Paulo, 13(4) 1999.
63. BRASIL. Ministério da Integração Nacional; BRASIL. Ministério da Saúde. A saúde na Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno: desafios e propostas para a constituição de um sistema integrado de saúde. [S.l.: s.n.], 2003. Mimeografado.
64. BRASIL. Ministério da Integração Nacional (MIN) / Secretaria Extraordinária de Desenvolvimento do Centro-Oeste. 2003. PRORIDE – Programa Especial de Desenvolvimento do Entorno do DF. Rio de Janeiro: Laboratório de Gestão Territorial –LAGET / UFRJ.
65. MINAYO M.C.S, et al. Violência sob o Olhar da Saúde a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Análise da Morbidade Hospitalar por Lesões e Envenenamento no Brasil em 2006c. FIOCRUZ, 2006. pp109-130.
66. HAMANN, E. M., URDANETA, M. Análise de Consistência de Indicadores de Morbidade e Fatores de Risco: Indicadores e Dados Básicos – Brasil – 2006. Relatório Técnico OPAS, BR/CNT/0700795.001. Brasília, 2008.
- 67. SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE DE SAO PAULO. Grupo Técnico de Prevenção de Acidentes e Violências. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Coordenadoria de Controle de Doenças. Internações hospitalares por causas externas no Estado de São Paulo em 2005. Rev. Saúde Pública [online]. 2007, vol. 41, no. 1, pp. 163-166.**

68. MESQUITA FILHO, M., MELLO-JORGE, M. H. P. Características da morbidade por causas externas em serviço de urgência. Rev. bras. epidemiol., Dez 2007, vol.10, no.4, p.579-591.
69. SOUZA E.R et al. Análise Diagnóstica da Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violência. Magnitude dos Acidentes e Violências nas Cinco Capitais.FIOCRUZ,2007.P87-108.
70. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde. Brasília, 2008
71. SOUSA E.R. et al. Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros. Violência no Transito: expressão da violência social. Ministério da Saúde, 2005. P 279-312.
72. MINAYO M.C.S. Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros. Suicídios: Violência auto-infligida . Ministério da Saúde,2005. pp 205-240.
73. SOUZA, E. R., LIMA, M. L. C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. Ciênc. saúde coletiva, 2006, vol.11, p.1211-1222.
74. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS);ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). A saúde no Brasil. Brasília,1998.
75. FARIA, N. M. et al. Taxas de suicídio no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil: associação com fatores socioeconômicos, culturais e agrários. Cadernos de Saúde Pública, [S.l.], v. 22, n. 12, p. 2611-2621, 2006.
76. MALTA, D.C.; SOUZA, M.F.M.; CONCEIÇÃO, G.M.S.; SILVA, M.M.A.; CARVALHO, C.G. A análise descritiva e de tendência de acidentes de transporte terrestre para políticas sociais no Brasil. Epidemiologia e Serviços de Saúde: Brasília. Vol 16, nº 1. 2007.

77. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Guidelines for conducting community surveys on injuries and violence. Geneva, 2004.