LETÍCIA LEGAY VERMELHO

MORTALIDADE DE JOVENS: ANÁLISE DO PERÍODO DE 1930 A 1991

(A transição epidemiológica para a violência)

**Tese de doutoramento
apresentada ao Departamento
de Epidemiologia da Faculdade
de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo, sob
a orientação da Prof^a Dr^a
Maria Helena Prado de Mello
Jorge**

São Paulo, 1994

Agradecimentos

A realização desta tese não teria sido possível sem a colaboração das equipes do Arquivo Nacional, Fundação IBGE, Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva (NESC) da Universidade Federal do Rio de Janeiro e Departamento de Dados Vitais da Secretaria de Estado de Saúde e Higiene, na cidade do Rio de Janeiro. Além destes, contribuíram, o Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, o Centro da OMS para a Classificação de Doenças em Português, o Arquivo Demográfico da Fundação SEADE, na cidade de São Paulo, e o Ministério da Saúde, em Brasília.

Meus agradecimentos especiais a Marcos Antonio Cordioli, Cristina Vermelho, Willer Baumgarten, Antonio Eduardo Fernandes Monteiro, Monica Magnanini, Geraldo S. de Oliveira Filho, Mário Monteiro, Ricardo W.A. Tavares, Márcia de Stefano Rossi, Joir Dias Barbosa Lima, que participaram diretamente desta pesquisa.

Aos colegas do NESC/UFRJ que no trabalho cotidiano compartilharam comigo de mais esta etapa de formação acadêmica e, em particular aos amigos Regina Helena Simões Barbosa e Luis Fernando Rangel Tura, em cujos ombros me apoiei.

Aos docentes e funcionários da Faculdade de Saúde Pública da USP que me acolheram solidariamente, amenizando assim a árdua trajetória de um doutoramento.

À minha orientadora, Profa. Maria Helena Prado de Mello Jorge, toda minha gratidão e afeto pela transmissão de conhecimento e compromisso.

E finalmente, aos meus pais, que me despertaram para a importância e o prazer do conhecimento e ao Américo, Ian, Renan e Caio, companheiros para o que der e vier, nos quais o nível de tolerância, neste período, foi por diversas vezes testado.

Resumo

Este é um estudo epidemiológico da mortalidade dos jovens (15 a 24 anos), nos municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, no período de 1930 a 1991. Foram resgatados dados para referência histórica de interesse da saúde pública e para a construção de indicadores de saúde. Comparou-se a magnitude da mortalidade do grupo jovem, segundo sexo e causas, no tempo e entre as capitais.

O coeficiente de mortalidade específico para a faixa etária de jovens declinou até 1970, em São Paulo e 1980, no Rio de Janeiro, sendo que este último município sempre apresentou níveis de mortalidade mais elevados do que o primeiro. Entretanto, São Paulo, de 1980 a 1991, sofreu um aumento relativo da mortalidade duas vezes maior do que o do Rio de Janeiro, aproximando os indicadores.

A mortalidade dos jovens, embora baixa, em relação ao observado para as demais faixas etárias, não vem mais decrescendo. A elevação observada nas últimas décadas se dá às custas da mortalidade do sexo masculino.

As doenças infecciosas e parasitárias apresentaram os coeficientes mais elevados nos dois municípios até 1950, sendo que os do Rio de Janeiro foram sempre maiores do que os de São Paulo. Dentre as doenças infecciosas destacou-se a importância da tuberculose como produtora de mortes, principalmente até 1950. A partir de 1960, as causas externas passaram a ocupar a primeira posição, com coeficientes elevados e crescentes. Dentre estas causas, os acidentes de trânsito e os homicídios se destacaram.

Além das doenças infecciosas e parasitárias, outros grupos tais como o das doenças do aparelho circulatório e respiratório, e mais recentemente as doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários,

principalmente pela AIDS, sempre estiveram entre os cinco primeiros grupos de causas de morte.

As epidemias de doenças infecciosas e parasitárias, no caso dos jovens, principalmente do sexo masculino, foram sendo substituídas pelas violências, o que determinou um novo padrão de mortalidade, que deve ser abordado segundo a multiplicidade de elementos que o determinam.

Abstract

This is an epidemiologic study of the youth (15 to 24 years old) mortality in Rio de Janeiro and São Paulo cities from the year 1930 to 1991. The main objective is to evaluate mortality related to sex and causes at the target population and to compare It between both cities and with other indicators.

São Paulo city showed a rapid death rate decline to the group, up to 1970, as well as Rio de Janeiro city, up to 1980. The last city has always showed higher mortality rates. However, during the past decade a higher proportion of deaths happened in São Paulo, which means that their mortality slopes are closer.

Young people mortality rates are not high when compared with other age groups, but they are not decreasing anymore. The rising tendency is caused by male mortality.

Infectious diseases were responsible by the higher mortality during the first years studied, mainly up to 1950, in both ciites, and Rio de Janeiro has exhibited the higher levels. Among the diseases of the group, tuberculosis was distinguished. After 1960, violent deaths increased and occupied the main position. Traffic accidents and homicide are the most important death causes. Besides them cardiovascular diseases, respiratory affections and latter on, in 1991, the endocrinologic and metabolic diseases group became to a prominent position, because of AIDS.

Infectious diseases epidemics in the early years of the century, mainly to the young male, were replaced by violence and this transition showed a new mortality pattern which must be approached according to Its multiple implications.

Índice

1. PRELIMINARES	2
1.1 O adolescente e o jovem	
1.1.1 Dinâmica demográfica	7
1.1.2 Urbanização, metropolização e saúde	11
1.2 Magnitude do problema da mortalidade do grupo	19
1.3 A transição epidemiológica	22
2. OBJETIVOS	34
3. MATERIAL E MÉTODOS	35
3.1 Óbitos	35
3.1.1 No Município do Rio de Janeiro	36
3.1.2 No Município de São Paulo	40
3.1.3 Compatibilização entre revisões da CID	40
3.2 População	44
3.3 Construção de indicadores de saúde	49
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
4.1 A evolução da mortalidade dos jovens no tempo	53
4.2 A mortalidade segundo sexo e idade	56
4.3 A mortalidade segundo causas	59
4.3.1 Doenças infecciosas e parasitárias	73
4.3.2 Neoplasmas	96
4.3.3 Doenças do aparelho circulatório	102
4.3.4 Doenças do aparelho respiratório	109
4.3.5 Causas externas	114
4.3.6 Causas maternas	137
4.3.7 As demais causas	144
4.4 Anos potenciais de vida perdidos	146
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	157
6. CONCLUSÕES	165
BIBLIOGRAFIA	170
ANEXO	186

1. PRELIMINARES

1.1 O ADOLESCENTE E O JOVEM

O conceito de juventude é função da época e do modo de inserção dos indivíduos em um determinado contexto social, assim como do seu processo de aprendizagem.

Como cita Ariès (1981),

“não nos estariamos deixando enganar pela ambigüidade da palavra juventude? Mesmo o latim, ainda tão próximo, não facilitava a discriminação. Nero tinha 25 anos quando Tácito disse a seu respeito: *certe finitam Neronis pueritiam et robur juventutis adesse*. *Robur juventutis*: era a força do homem jovem e não a adolescência. Qual era a idade dos chefes das confrarias de jovens e de seus companheiros? A idade de Nero na época da morte de Burro, a idade de Condé em Rocroy, a idade da guerra ou da simulação - a idade da bravata.”

A citação se refere às experiências deste ritual de passagem, para o sexo masculino, na época da glória bélica romana, onde a transição da adolescência para a juventude se dava na perspectiva da arregimentação rumo às possíveis conquistas. Eram também, segundo o autor, sociedades de solteiros, em que nas classes populares os casamentos ocorriam em épocas mais tardias. A oposição entre as duas fases se configurava como o casado e o não casado, o que tinha casa própria e aquele que não tinha, os mais e menos estáveis.

“Portanto é preciso sem dúvida admitir a existência de sociedades de jovens, mas no sentido de celibatários. A “juventude” dos celibatários, do “Ancien Régime”, não implicava nem as características que, tanto na Antiguidade como nas sociedades etnográficas, distinguem o corpo do homem maduro, nem as que hoje opõem os adolescentes aos adultos”.

Duby (1964) sugere uma outra aproximação num artigo fundamental. Ele põe também em evidência a existência e o papel, na sociedade aristocrática do século XII, de uma categoria social particular, a dos jovens.

“<O jovem> é um homem feito, um adulto. É introduzido no grupo dos guerreiros; recebeu as armas, é vestido. É um cavaleiro. A juventude pode pois ser definida, conseqüentemente, como a parte da existência compreendida entre <a vestidura e a paternidade>, um segmento temporal, que pode ser muito longo. E esta juventude é errante, vagabunda e violenta; ela é o elemento da <ponta da agressividade feudal>, a busca aventurosa”.

Em outra perspectiva, na passagem da infância para a adolescência e juventude, interessam também certos elementos da constituição familiar que predominaram do século XI ao século XIX.

“a solidariedade da linhagem e a indivisão do patrimônio se desenvolveram em conseqüência da dissolução do Estado, pois depois do ano mil, a nova distribuição dos poderes de comando obrigou os homens a se agruparem mais estreitamente, daí em diante, através dos laços de sangue, isto é passaram a procurar refúgio na solidariedade de linhagem.”
Duby (1953)

É dos séculos XI e XII que data a indivisão dos bens dos dois cônjuges, que quase sempre foi estendida aos filhos, aos quais era negada a possibilidade da obtenção de qualquer adiantamento sobre sua herança. Eram portanto obrigados a permanecer na casa paterna e se submeterem pessoal e economicamente.

O antigo costume de beneficiar o filho mais velho se difundiu no século XIII, para evitar o esfacelamento de um patrimônio cuja unidade não estava mais protegida pelas práticas de propriedade conjunta e solidariedade de linhagem, mas, ao contrário, era ameaçada por uma maior mobilidade de riqueza. O privilégio do filho, beneficiado por sua progeneritura ou pela escolha dos pais, foi a base da sociedade familiar do fim da Idade Média, até o século XVII.

Esta referência se aplica à família dos cavaleiros, à família nobre. Entre os camponeses com a dissolução do estado Franco, a tutela do senhor substituiu imediatamente a proteção dos poderes públicos. Assim, a comunidade aldeã significou para os camponeses aquilo que a linhagem foi para os nobres.

Entre os nobres do meio rural, o filho primogênito era herdeiro das propriedades dos pais e portanto, da transmissão destas propriedades para seus próprios descendentes, na mesma linhagem. Os outros filhos eram obrigados a partir em busca de um novo pedaço de terra, que pudesse também garantir o sustento de uma família. Isto significava um processo de ruptura drástica. Esta prática se estendeu até o século XIX em diversas regiões rurais da Europa e acontece até hoje em regiões de minifúndios de diversas partes do mundo, inclusive no Brasil. (Duby, 1953 e LeGoff, 1985).

Já para a juventude aristocrática e urbana da idade Média, o sentido de “juventude” era principalmente romântico, ligado aos estudos, atividades artísticas e às paixões que, muitas vezes, terminavam tragicamente. As rendas da nobreza garantiam os bens da família e o casamento era portanto, o principal objetivo. Para o ocidente judaico-cristão (Ariés, 1981), a juventude significa missão, a necessidade de buscar o sustento próprio para realizar o casamento, constituir família e então procriar.

O surgimento da sociedade do trabalho, no século XVI, impõe uma condição nova: o jovem para possuir condições materiais para manter uma família deve ter um emprego. Esta idéia se dissemina ao longo do século XVII, com a expansão industrial. A relação com o mundo se faz a partir das relações de trabalho, que irão definir a situação social do indivíduo e a identidade da juventude.

A emergência da sociedade do trabalho, as revoluções e as mudanças sociais deixam de ser privilégio e a juventude passa a ter um espaço próprio, com peso importante em quase todos os movimentos sociais. Também a urbanização do final do século XIX cria espaços de convivência e a juventude desempenha papel ativo tanto no cenário artístico quanto político.

É no século XX do pós-guerra que a juventude passa a constituir um território próprio, paralelo ao mundo dos adultos, nas escolas, nas comunidades, nos bares, nas discotecas e nas praças. A juventude, com as características atuais, se põe a forjar uma “subcultura juvenil”, demarcando com vestimentas próprias e distintas, com ritmos musicais e culturais diferenciados, a criticar e a reagir contra o estabelecido (Cordioli, 1993). As formas e as consequências deste processo vão se manifestar diferentemente de acordo com os diversos contextos sociais nos quais estes grupos estão inseridos, ao longo de todo o século.

No contexto atual de violência das grandes cidades das Américas e em particular do Brasil, aspectos culturais que atuam na construção da personalidade do jovem, tais como, *“a imagem do sujeito autodeterminado”*, são elementos fundamentais na construção da pessoa masculina (Zaluar, 1990). Como cita a autora,

“A posse de objetos tais como arma e fumo, o dinheiro no bolso, as roupas bonitas e a disposição para matar são como símbolo da masculinidade que se quer atingir nessa difícil passagem para o mundo dos adultos, que implica a atração exercida sobre as mulheres. Como num ritual de passagem perverso, a adesão a tais valores e a exibição do bom desempenho no seu uso marcam a saída da infância e a aceitação no mundo adulto do crime”.

(Zaluar, 1990)

O Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990) considera criança, para os efeitos da lei, a pessoa até 12 anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade. Estas faixas etárias se diferenciam das propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1990), o que pode acarretar dificuldades em sua comparabilidade. A OMS também situou os limites e conceituou as diferenças entre adolescência e juventude. A adolescência

transcorre na segunda década de vida (10 a 19 anos) e a juventude, entre os 15 e os 24 anos de idade. A pré-adolescência (10 a 14 anos), adolescência propriamente dita (15 a 19 anos) e o período de 20 a 24 anos de idade, que completa o ciclo da juventude são períodos distintos por suas especificidades fisiológicas, psicológicas e sociológicas.

A transformação vivida pelo ser humano, em sua passagem da infância à idade adulta, através dos períodos denominados de adolescência e juventude, representa um período crucial para sua evolução. Durante este período o indivíduo adquire comportamentos que irão determinar sua integração psicossocial, sua saúde e sua capacidade de produzir economicamente no futuro (OPAS, 1985).

O termo adolescência se utiliza para denominar um processo primariamente biológico que transcende a área psicossocial e que constitui um período durante o qual se acelera o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade. A juventude, por outro lado, é uma categoria fundamentalmente sociológica e se refere ao processo de preparação para que os indivíduos passem a assumir o papel social do adulto, tanto do ponto de vista familiar e de procriação, quanto profissional, com plenos direitos e responsabilidades (OPAS, 1986).

A delimitação destes períodos e seu pleno desenvolvimento variam conforme as oportunidades, tanto de educação quanto de incorporação efetiva à força de trabalho oferecidas e relacionadas às questões de classe, já que os níveis de integração biológicos, psicológicos e sociais são interdependentes e se desenvolvem interagindo (Linares, 1986)

A crescente importância dos adolescentes e jovens, como grupos, se relaciona com as mudanças cada vez mais rápidas que se processam nos contextos social, econômico e cultural. Assim, o provimento de suportes adequados para que estas etapas da vida sejam de plena capacitação é pressuposto essencial ao desenvolvimento potencial da sociedade.

Do ponto de vista da saúde e de todas as consequências sociais que lhe são inerentes, observa-se hoje que, na realidade, estes grupos vem se caracterizando pelo alto risco a que estão expostos. Estes se relacionam a comportamentos ou hábitos individuais/sociais, tais

como fumar, beber, drogar-se, armar-se assim como pelos contextos de miséria e violência a que os jovens estão submetidos.

Além disto, é o período de vida que se caracteriza pelo despertar da sexualidade que, sem a necessária orientação, apresenta-se muitas vezes para os jovens como sinônimo de doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada e aborto, que podem conduzir a situações extremamente graves tanto do ponto de vista da saúde, quanto de sua inserção social, relatados em diversas partes do mundo (Aras, 1986; Siqueira e Tanaka, 1986; Mc Anarney, 1987; Geronimus, 1987; Levine e Mc Anarney, 1988; OPAS, 1988; Laurenti, Buchalla, Lolio e col., 1990).

Diferentes perfis epidemiológicos são observados para os grupos de adolescentes e jovens em decorrência das variações individuais com que se manifestam as mudanças puberais (Korin e Cusminky, 1986) e pela disparidade quanto aos riscos sociais que atingem estes grupos.

1.1.1 DINÂMICA DEMOGRÁFICA

Na atualidade os adolescentes representam aproximadamente 25% da população total da região das Américas e estima-se que no ano 2000 atingirão cerca de 224,4 milhões de habitantes, dos quais cerca de 70% viverão na América Latina e Caribe (OPAS, 1990). O número de jovens (grupo do estudo), na América Latina, era de cerca de 37,5 milhões, em 1960, passando a 79,6 milhões em 1985, de modo que duplicou em 25 anos. Estima-se que no ano 2.000 este número seja de 101,5 milhões, respectivamente 17,9%, 20,2% e 19,0% da população total (UNITED NATIONS, 1985), cifra comparável somente com o sul da Ásia (UNITED NATIONS, 1986). Portanto, o crescimento proporcional deste grupo deverá se manter em torno dos 20%.

As proporções das populações urbanas masculina e feminina de 15 a 24 anos, na sub-região, eram respectivamente: 57,4 e 61,4 em 1970, 68,4 e 71,5 em 1985 e, estima-se 75,1 e 77,7 no ano 2000. No período 1980-1985, a população urbana total e de jovens crescia a taxas de 29,3 e 29,5 por mil habitantes, enquanto a população rural total e de jovens crescia a taxas de 5,1 e 5,5 por mil habitantes. Em 1985, havia cerca de 40 milhões de pessoas economicamente ativas nas idades entre 15 e 24 anos, sendo as taxas de atividade daqueles, na faixa de 15 a 19 anos, de 40,5% e de 60,8% entre 20 e 24 anos. A relação entre homens e mulheres economicamente ativos era de 2,3 (UNITED NATIONS, 1986).

No Brasil, para o grupo de adolescentes e jovens no Brasil, as projeções indicam que até o final do século haverá 52 milhões e 237 mil pessoas nestes grupos de idades (FIBGE, 1985). Embora a participação da população com menos de 20 anos no total populacional do Brasil tenha passado de 52,84% em 1960 para 46,98% em 1985 (FIBGE, 1985) e 44,92% em 1991 e estimativas prevejam que deva estar em torno de 41,54% no ano 2000 (FIBGE, 1989), a faixa de 15 a 19 anos foi sempre crescente nesses períodos.

O crescimento da participação percentual deste grupo, provavelmente, resultou da maior propensão a ter filhos no período 50-55 do que no de 40-45, assim como também da mortalidade infantil decrescente e a migração na década de 60 (dados para a Grande São Paulo) (FIBGE, 1988). A fecundidade entre 1945 e 1965 é constante. (Arretx, 1982).

Mesmo para o grupo de 10 a 14 anos, entre 1960 e 1970 houve crescimento relativo. É importante registrar que 44,9% da população brasileira está na faixa de 0 a 19 anos, o que coloca o país, ainda como uma das maiores nações constituídas por crianças e adolescentes. (FIBGE, 1991).

As mudanças de perfil demográfico são recentes sendo, somente na década 1970 a 80, que a proporção dessas crianças começou a decrescer, provavelmente, devido a forte queda da fecundidade entre 1965 e 70 (FSEADE, 1988 e Carvalho, 1980). Na realidade, a partir de 1965, a acentuada queda da fecundidade pôde ser observada em todo o país. O período 70-76,

segundo Merrick (1983), evidenciou melhor o nítido declínio, inclusive nas mulheres de baixa renda.

Bercovich (1985) faz observações sobre as aparentes contradições na estrutura por idade e sexo no censo demográfico de 1980 e conclui que a configuração etária de 1980 é *“resultante dos efeitos combinados do crescimento populacional na década de 50 e da queda de fecundidade iniciada na década seguinte”*. Cita ainda que a queda da mortalidade e o controle da natalidade são mais acentuados nos estados economicamente mais desenvolvidos e mais urbanizados.

Sobre as razões das mudanças, observa Coale (1973)

“diferentemente da sociedade agrária, pré-industrial, em que a família era a unidade econômica básica, e os filhos um meio de segurança econômica. em uma sociedade industrial e urbana, a família não é mais o locus mais importante da atividade econômica, nem são as crianças os meios de apoio esperados para os idosos”.

Estas condições desencorajaram os casais, nos países mais desenvolvidos, a terem famílias numerosas, enquanto nas sociedades agrárias longamente estabelecidas, ainda se perpetuam os nascimentos. Ainda, cita Coale, nos países menos desenvolvidos, as taxas de crescimento populacional estimada era virtualmente zero, até cerca de duzentos anos atrás, quando uma taxa de crescimento moderada, cerca de 4 por mil, foi aparentemente induzida por uma redução da mortalidade, causada pelas mais diversas condições aventadas, tais como *“a introdução de alimentos, como, por exemplo, a batata na Europa, até então isolada, e do milho e batata doce na China”*.

Os elevados coeficientes de mortalidade e natalidade são características das economias agrícolas pré-industriais (Yunes,1971). Nos países hoje desenvolvidos, foram as revoluções agrária e industrial que determinaram as grandes mudanças na estrutura demográfica. Entretanto, como é aventado por Sawyer (1980), a escassez de alimentos e sua má distribuição são fatores considerados dos mais importantes quanto à predisposição à morte, mais quando

estão associados às doenças do que às grandes crises de fome conhecidas no período pré-industrial.

As profundas mudanças sociais e a mortalidade declinante, em países desenvolvidos, se acompanharam de elevadas quedas das taxas de natalidade.

“A primeira transição demográfica iniciou-se no século 17, na Europa, com o processo de revolução industrial enquanto que, nos países subdesenvolvidos isto ocorreu a partir do ano de 1940, porém com uma diferença fundamental, pois a queda da mortalidade verificada não foi acompanhada por um declínio significativo da natalidade e da modernização de suas economias”.

(Yunes, 1971)

No Brasil, as quedas da natalidade não foram decorrentes de mudanças da estrutura social, mesmo porque não houve a elevação do padrão de vida da população através da distribuição da renda, observada naqueles países. Pelo contrário, dados recentes (FIBGE, 1985) demonstram que a concentração da renda aumentou ainda mais na década de 80. Só em 1981, 1% dos mais ricos (650 mil pessoas) detinham 13% da renda do país. Em 1989 este mesmo grupo passou a deter 17,3% da renda nacional. O perfil de 1990 é de que quase a metade do total dos rendimentos do trabalho da população ocupada (48,1%), está concentrada nas mãos de apenas 10% da população de cerca de 157 milhões de habitantes (FIBGE, 1990).

No Brasil, a queda da natalidade, inicialmente um fenômeno urbano de classe média, se espalhou igualmente por todas as regiões e camadas sociais. Observações a respeito das quedas da natalidade entre os ricos serem acompanhadas por declínios da natalidade também entre os pobres, particularmente nas grandes cidades, a nível mundial, já haviam sido feitas anteriormente (Yunes, 1971).

Na Região Sudeste, em estudo, o declínio da taxa de fecundidade total foi de 6,3 entre 1950 e 1960 para 2,4 entre 1980 e 1991 (FIBGE, 1990; Oliveira, 1993). Atribuem-se, como causas, inúmeros fatores tais como: a mudança do papel da mulher na sociedade, o acesso e a

utilização dos métodos contraceptivos, as dificuldades econômicas e a esterilização em massa praticada no país a partir de 1970 (Berquó, 1986).

A queda elevada das taxas de natalidade no Brasil, é um fato comprovado. Entretanto, isto não significa que ela se reflita, de forma homogênea, ou adequada para toda a população em idade fértil. A gravidez na adolescência, período reconhecidamente menos indicado para a gestação, assim como a realização de abortos em situações adversas à saúde da mulher, são hoje problemas que fazem parte das preocupações dos serviços de saúde e de qualquer programa materno-infantil, em nível mundial, assim como no Brasil e entre as jovens das capitais estudadas.

Em resumo, o fenômeno do crescimento relativo da população juvenil relacionado ao alto ritmo de urbanização, que é descrito abaixo, um elevado processo de migração interna de jovens, desenvolvendo cinturões de miséria e marginalidade na periferia das grandes cidades, associaram-se à baixa qualidade de vida, aquisição de doenças e produção de mortes.

1.1.2 URBANIZAÇÃO, METROPOLIZAÇÃO E SAÚDE

A Revolução Industrial, que ocorreu na segunda metade do século XVII, na Europa, influenciou decisivamente na estrutura social da humanidade e sobre a saúde coletiva. Ela rompeu com a organização profissional e comercial, vigentes sob a forma de negociação direta da produção, até então artesanal. A Revolução Industrial concentrou, multiplicou e padronizou a produção, iniciando um processo de crescimento das cidades (Bichat, 1979).

Neste século, o capitalismo industrial consolidou-se em nível internacional. A industrialização crescente gerou grandes concentrações de trabalhadores principalmente jovens, saídos do campo para as cidades e até de um país para outro, submetidos ao regime de livre oferta de mão de obra, competindo pelo emprego. O operariado moderno foi-se tornando cada vez mais massivo, explorado e marginalizado (Juventude Operária Católica, 1985).

Como cita Kowarick (1985),

“É conhecido que o modo de produção capitalista, malgrado as diferenças existentes de país para país, traz dentro de sua própria lógica um conjunto de mecanismos que originam marginalidade - mecanismos que se exprimem, de modo particular, na criação de desempregados e subempregados e em última instância na formação do exército industrial de reserva”.

Esse exército industrial de reserva, mencionado por Marx (1971), arregimenta também mulheres e crianças em substituição ou complementação da mão-de-obra masculina, organizando a produção segundo suas necessidades, e não em função das necessidades da população. O operariado moderno massivo e explorado era composto de contingentes cada vez maiores de crianças e jovens, que sacrificavam sua infância e juventude para se incorporarem ao mercado de trabalho, em função da sobrevivência.

Para compreender os processos econômicos e sociais que contribuíram decisivamente para a construção do perfil epidemiológico do jovem que é aqui considerado, é necessário resgatar, pelo menos parcialmente, a dinâmica e as características do processo de industrialização e metropolização, de amplitude internacional como é referido acima, em dois dos principais espaços urbanos brasileiros, as cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, local de ocorrência do estudo e, em períodos contemporâneos a este. Algumas informações sobre os períodos anteriores foram também necessárias, por fornecerem subsídios importantes.

Em relação ao Rio de Janeiro, por ter sido a maior cidade e a capital econômica, política e cultural do país, esta sofreu um processo de ampliação de consciência de sua população, à medida que se viu envolvida nas mudanças que ocorreram nos últimos anos do Império (Carvalho, 1980), quando da abolição da escravatura e proclamação da República. Também ocorreram grandes alterações da população da Capital em termos de números de habitantes, composição étnica e estrutura ocupacional.

Além da mão de obra, antes escrava, a cidade recebeu o contingente proveniente da região cafeeira do Estado do Rio de Janeiro e aumentou a imigração estrangeira especialmente de portugueses. A população quase dobrou de 1872 a 1890 e, em 1890, a predominância masculina estava em torno de 56%, mostrando um acentuado desequilíbrio entre os sexos.

“Já se acumulavam aí as pessoas em ocupações mal remuneradas ou sem ocupação. Estas populações já eram comparadas às classes perigosas ou potencialmente perigosas de que se falava na primeira metade do século XIX, e eram as que mais comparciavam às estatísticas criminais da época, especialmente as referentes às contravenções do tipo desordem, vadiagem, embriaguez, jogo”.

(Camargo, 1988)

Observa-se, portanto, que o crescimento urbano que ocorreu a partir do final do século passado, na cidade do Rio de Janeiro, apresentava características de má qualidade de vida que, coerentemente, eram condições propícias ao desenvolvimento dos violentos surtos epidêmicos, que rapidamente atingiram estas populações, como é mencionado adiante, e foi semelhante ao que ocorrera no período anterior à Revolução Industrial na Europa.

A respeito dos processos mórbidos que se desenvolvem a partir da marginalização destes contingentes populacionais que passavam a habitar os espaços urbanos, cita Laurell (1983),

“a melhor forma de comprovar empiricamente o caráter histórico da doença não é conferida pelo seu estudo nos indivíduos, mas sim quanto ao processo que ocorre na coletividade humana. Ainda que provavelmente a “história natural” da tuberculose, por exemplo, seja diferente hoje, do que era há cem anos, não é nos estudos dos tuberculosos que vamos apreender melhor o caráter social da doença, porém nos perfis patológicos que os grupos sociais apresentem e suas diferenças ao longo do tempo, como resultantes das transformações da sociedade”.

Em relação ao período abrangido por este estudo, é de interesse, em primeiro lugar, a análise do período que vai da crise de 29 até a industrialização, a partir de 1940, para ambos os municípios. Tendo como referência o interior do Estado de São Paulo, cita Bilac (1978),

“aos sucessivos reveses por que passou o setor exportador da economia brasileira em seu conjunto, com a crise financeira que se sucedeu ao encilhamento, a queda de 18, a 1ª guerra mundial, somaram-se, em Rio Claro, às características particulares da região, onde, nas vésperas de 1929, alguns municípios já apresentavam sinais de recessão, percebia-se o progresso do café entre o Rio Tietê e o Piracicaba, mas evidenciava uma ligeira diminuição nos municípios de Limeira, Araras, Rio Claro, Limeira e Piracicaba”.

Com a crise de 29, fecha-se um ciclo econômico tradicional da região, e a cafeicultura necessita ser substituída por outra atividade. Blane (1990), ao analisar as relações inversas entre as taxas de mortalidade dos diversos grupos etários na população da Grã-Bretanha, no período de 1870-1914, com padrão de vida, também acentua a importância dos ciclos econômicos.

O ano de 1930 é decisivo porque ocorrem transformações políticas da maior importância e, ao mesmo tempo, mudanças fundamentais e profundas na estrutura econômica do país. A concentração de atividades industriais em torno do eixo São Paulo-Rio coincidiu com a redução abrupta da entrada de imigrantes europeus após 1930. Aí se observa o intensivo processo de migração interna para São Paulo (Martine, 1990).

Como explica Patarra (1988),

“O período de meados do século XIX até 1930 corresponde à transição do trabalho escravo para o trabalho assalariado, sob o ciclo cafeeiro e, são lançadas as bases da urbanização do Estado. O despontar da década de 30 foi marcado por uma atmosfera de luta e transformações iniciadas no período anterior. Os movimentos operários por melhores condições de vida do trabalhador intensificaram-se”.

Citam-se também as melhorias do saneamento básico e, a partir daí, os progressos da medicina internacional, o desenvolvimento de inseticidas e o avanço das políticas de saúde, como é citado mais adiante ao relatar seus impactos principalmente sobre as doenças mais prevalentes neste período, as doenças infecciosas e parasitárias.

Segundo Sawyer (1980), o crescimento urbano, a exemplo de São Paulo na fase agrário-exportadora (1850 a 1929), envolveu aparentemente declínio significativo dos níveis de mortalidade nos adultos e também de crianças em relação aos níveis observados para o período anterior, denominado de escravocrata-colonial, embora a mortalidade fosse elevada, quando comparada à fase de substituição de importação (1930 a 1956).

Expandem-se então a industrialização e, principalmente em São Paulo ocorrem a metropolização e um decréscimo muito rápido da mortalidade infantil. Melhorias na alimentação, saneamento e avanços na medicina (Ramos, 1962) levaram a quedas na mortalidade infantil, quedas estas que iriam se expressar melhor no período urbano-industrial, fato que coincide com a ascensão econômica dos trabalhadores urbanos.

Surgem neste período as idéias sobre a relação entre desenvolvimento econômico e saúde. Seria possível, para os países subdesenvolvidos, elevar seu padrão de saúde e se desenvolverem, a partir da importação das novas técnicas científicas, o que veio, em parte, acontecer com a saúde, no que diz respeito às quedas da mortalidade, como descrito mais adiante, porém não com a saúde, quando se considera a qualidade de vida global de uma sociedade.

Durante a década de 40, cerca de 3 milhões de pessoas se evadiram do campo; de 1950 a 1960, 7 milhões; de 60 a 70, 12,8 milhões; de 70 a 80, 15,6 milhões (Martine e Garcia, 1987). A grande migração urbana, atesta a perda de importância das atividades agrícolas e provoca o êxodo da população rural. Bilac (1978) ao descrever a grande expansão populacional nas capitais, durante o decênio 40-50 em São Paulo, relata que *“é somente a partir de 40 que as taxas de crescimento populacional se elevaram novamente, mas já apoiadas num surto industrial acompanhado de índices elevados de urbanização”*.

O período juscelinista (1956-1960), período de transição da fase de substituição de importações para a industrialização pesada, que prometia construir cinquenta anos em cinco, expandiu o parque industrial, principalmente em São Paulo, em função do ciclo de investimento nos países do Terceiro Mundo (Martine, 1990).

A partir da internacionalização da economia definem-se novos padrões de acumulação, a industrialização determina um novo modelo de estado essencialmente urbano, subordinando outros setores da economia. A força de trabalho técnica de indústria, serviços e burocrática em expansão, obteve salários que permitiram um padrão de vida relativamente elevado, como já foi citado (Decca, 1991).

Na realidade, ao final da fase agrário-exportadora, a taxa de mortalidade infantil, mesmo em São Paulo, apresentava níveis tão elevados quanto os da Inglaterra no começo do século XVIII, embora já houvesse, no mundo, alta tecnologia para evitá-la (Mc Keown e Lowe, 1984).

Depois de uma expansão violenta, o capitalismo diminuiu sua produção (período de 1960 a 1961) e consequentemente, aumentou o desemprego, que cada vez mais atingiu populações mais jovens. A partir de 1964, no período denominado “capitalismo dependente-associado”, passa a predominar uma ideologia modernizadora, porém extremamente conservadora e autoritária com elevada contenção de salários e concentração de renda. No panorama social ocorre limitação da liberdade dos cidadãos e desrespeito aos direitos humanos.

A modernização agrícola com o favorecimento dos médios e grandes produtores, assim como a especulação fundiária contribuíram decisivamente para a expulsão do pequeno produtor e estão no cerne do grande exôdo rural da década de 60 (Martine, 1990).

Neste período, a taxa de mortalidade infantil volta a se elevar grandemente, cerca de 46,5% nos anos de 1960 a 1964 e 1970 a 73, com aumento dos casos de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias. Yunes (1970), estudando os níveis de saúde na região da Grande São Paulo, relata acréscimos nas taxas de mortalidade infantil no período de 1961 e 1967, tanto para o município, quanto para o estado de São Paulo.

De 1968 a 1973 ocorre o denominado “milagre econômico” e uma retomada do crescimento. A partir de meados da década de 70, a crise econômica se instala no país, se intensifica e se estende por toda a década de 80.

Yazaki (1988), associa o acréscimo das taxas de mortalidade na faixa etária de 1 a 4 anos, no início da década de 70, na Região Metropolitana de São Paulo, com a redução do salário mínimo real e o rápido processo de metropolização e urbanização com o elevado número de migrantes chegados à Capital. Este processo, cita a autora, irá se reverter a partir de 1975, com a expansão da estrutura da rede de saúde e saneamento. Entretanto, a também ascendente mortalidade dos jovens do sexo masculino, não irá mais declinar, efeito da crise econômica e de seus efeitos recessivos.

A partir de 70, também se observa que é o setor terciário que passa a absorver a maioria da população economicamente ativa, principalmente, atividades de comércio, transporte e também prestação de serviços (Bilac, 1978). Minayo e Souza (1993), mostram o aprofundamento da crise econômica na década de 80, para a cidade do Rio de Janeiro, com o mercado de trabalho formal recessivo e a ampliação do mercado paralelo, que principalmente para os jovens, significou o mercado das drogas.

Até hoje, embora se tenha reduzido em mais de 1/3, passando de 75,0 em 1980, para 45,0 óbitos em menores de 1 ano por mil nascidos vivos, em 1989 (Simões, 1992), o Brasil ainda apresenta taxas elevadas quando comparadas com outros países tais como os Estados Unidos (11,0) e Cuba (14,0). As diferenças regionais são ainda mais constrangedoras, por exemplo, no Nordeste, a taxa de mortalidade infantil era de 75,0 por mil nascidos vivos em 1989.

O perfil epidemiológico mostrado pelas causas de morte é de importância incontável, sendo também, como cita Breilh (1991), “*expressão do perfil reprodutivo social da classe*”. Tal perfil não se configura para um determinado país, estado ou cidade, mas sim para qualquer sociedade em que haja indivíduos vivendo sob condições semelhantes, favoráveis ou adversas, em qualquer período histórico.

Possas (1989), propõe que a construção do conceito de perfil epidemiológico seja fundamentado nas *“formas concretas de absorção, repulsão e mobilidade da população pela dinâmica impressa na sociedade pela acumulação capitalista”*, considerando este caminho mais abrangente que aquele fundamentado apenas na categoria classe social.

Assim haveria um “padrão” e não um “perfil” epidemiológico, característico de grupos distintos submetidos a condições de vida e trabalho comuns (condições de risco) e, vinculado à uma estrutura de causalidade que determinaria formas específicas de morbidade e mortalidade. A distribuição da população pelas diversas condições de risco, iria caracterizar o perfil epidemiológico.

“Os efeitos da mobilidade demográfica e da mobilidade ocupacional sob diferentes níveis de integração do sistema produtivo, propiciada pela urbanização, pela penetração dos meios de transporte e comunicação de massa e pelo surgimento de novas formas tecnológicas com impacto diversificado na saúde dos trabalhadores e do conjunto da população, exige o abandono dos modelos persistentes de abordagem e determinantes da assistência à saúde da população”.

(Possas, 1989)

A ampliação do marco teórico é relevante. Entretanto, há que se considerar outros aspectos. Por um lado, o desenvolvimento tecnológico acelerado permitiu o acesso a bens de consumo por uma parcela maior da população e, por outro, produziu bolsões de miséria, em que o desemprego e o subemprego são constantes, afetando principalmente os jovens. Estes já se constituem em população, até mesmo considerada, “desnecessária ou supérflua”, excluída de qualquer projeto nacional ou do acesso aos bens produzidos. Portanto, é necessário também atualizar e redimensionar o conceito e os limites de classe social.

Como cita Zaluar (1990),

“ O desemprego e o subemprego que mais afetam os jovens dessa classe social*, não seriam suficientes para explicar a adesão aos valores da subcultura criminosa. É que a saída criminosa é a entrada possível para a sociedade de consumo já instalada no país. Nela, o jovem é estimulado a consumir e a construir sua pessoa pelo que veste, pelo que tem, o que torna a pobreza ainda mais humilhante”.

* A autora se refere a habitantes de um conjunto habitacional com níveis de renda e situação sócio-econômica similar à população favelada

Quanto o óbito é o referencial do estudo mais contundentes ficam esses perfis demográficos, históricos e sociais, pois a morte é o marco extremado da ruptura do ser humano com a sua experiência vivencial elementar que é a busca da sobrevivência, e isto é um fenômeno coletivo e um fato social.

1.2 MAGNITUDE DO PROBLEMA DA MORTALIDADE DO GRUPO

É neste contexto histórico e social que, ao analisar na atualidade a mortalidade dos adolescentes e jovens, se verifica que esta é, em geral e a nível mundial, baixa (OPAS, 1986). Entretanto, a mortalidade proporcional da faixa de 15 a 24, nas Américas, cresceu para 11%, como resultado das mortes por acidentes, suicídios e homicídios (PAHO, 1985). Da mesma forma, as complicações maternas, na mesma faixa etária, em grande parte causadas pelo aborto clandestino, também contribuíram.

Os estudos de mortalidade, tanto em nível mundial quanto nas Américas em geral, mostram algumas diferenças entre os grupos de 10 a 14 anos e 15 a 24 anos, o que faz com seja melhor estudá-los em separado. O grupo de 10 a 19 anos, evidentemente, mescla situações observadas nos primeiros anos da faixa etária, e que são muito semelhantes aos do grupo de 5 a 9 anos (OPAS, 1985), com as do grupo de 15 a 24 que apresentam taxas em

geral duas a tres vezes maiores que aquelas referentes ao grupo de 10 a 14 anos (OPAS, 1990).

Quanto às causas de morte, nelas também ocorrem diferenças entre o grupo de 10 a 14 anos e o de 15 a 24 anos, além de diferenças regionais dentro dos próprios grupos. Assim, em países das Américas, tais como Canadá, Estados Unidos e Cuba (OPAS, 1990) os acidentes ocupam a primeira posição e em países com altas taxas de mortalidade, tais como Equador e Guatemala, as doenças diarreicas e as pneumonias se destacam.

Para os jovens de 15 a 24 anos, na maioria dos países das Américas, os acidentes, homicídios e suicídios, além das doenças do aparelho circulatório, ocupam as primeiras posições. Entretanto, em países menos desenvolvidos, as doenças diarreicas ainda persistem entre as cinco primeiras causas de morte. As diferenças por sexo na faixa dos jovens são mais notáveis do que em adolescentes, sendo de duas a tres vezes maiores para o sexo masculino.

No Brasil, em estudo realizado por Yunes e Primo (1985), a taxa de mortalidade de adolescentes por 100 mil habitantes era de 73,9, em 1977, sendo comparativamente menos elevada que a de outros países, para anos próximos a 1977, como os Estados Unidos (75,9); Chile (100,2); México (131,1) e, mais elevada do que países como a Suécia (46,0) e o Japão (49,3). Em 1986, esta taxa já era de 81,0 por cem mil habitantes (Lolio, 1989), sendo uma das mais elevadas das Américas, somente superada pelo Equador, com uma taxa de 89,8 por cem mil (Mello Jorge, 1990).

Na análise da mortalidade por causas, as violências representavam 47,2% dos óbitos, sendo o coeficiente de 36,6 por cem mil habitantes em 1980 e 55,2% dos óbitos, com um coeficiente de 44,7 por cem mil habitantes em 1986 (Mello Jorge, 1990).

A análise por regiões brasileiras, segundo sexo e causas de morte, em 1985, mostra que na cidade do Rio de Janeiro, para o grupo de 15 a 19 anos, a taxa de mortalidade nos homens era de 226,2, enquanto nas mulheres era de 64,1, ambos por cem mil habitantes. Para a cidade de São Paulo, estes valores eram de 332,5 e 69,5 por cem mil, respectivamente. (Lolio, 1989).

Os valores das taxas para o grupo de 15 a 24 anos, nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, são objeto deste estudo.

Entre os adolescentes e jovens, em ambas as capitais mencionadas, as causas externas aparecem em primeiro lugar nos dois sexos, com destaque para os acidentes de trânsito de veículos a motor, principalmente atropelamentos, nos pré-adolescentes (10 a 14 anos) do sexo masculino e em todos os grupos etários do sexo feminino. É importante ressaltar que, para cada uma destas mortes por acidentes, dez indivíduos em média ficam gravemente lesados (OPAS, 1990).

Os homicídios predominam nos grupos de 15 a 19 anos e 20 a 24 anos do sexo masculino (Szwarcwald e Castilho 1986; Ministério da Saúde, 1988; Mello Jorge, 1990). Diferentemente do Brasil e de alguns países como a Colômbia, na maioria dos países das Américas, os acidentes são os principais responsáveis pelas mortes, também no grupo de 15 a 24 anos.

No caso do Rio de Janeiro, as violências não especificadas se destacam, além das já mencionadas. Nota-se que as diferenças entre os sexos são muito acentuadas, ocorrendo grande predominância para o sexo masculino, que apresenta maior risco de morrer. Entretanto, não podemos deixar de citar a importância da mortalidade por complicações da gravidez, do parto e puerpério, para o sexo feminino.

A probabilidade de morrer por causas maternas tem demonstrado ser sempre maior quanto menor é a idade dentro dos grupos mencionados. As mais diversas causas são responsáveis por tal fato, destacando-se a precariedade, ou mesmo ausência, da assistência à saúde prestada a estas mulheres (OPAS, 1990).

Desta forma, para o país, e em especial para os grupos de jovens, as mudanças demográficas associadas aos processos de industrialização e urbanização, o desenvolvimento tecnológico, as mudanças na estrutura produtiva, a crise econômica que se estende ao longo das décadas e se intensifica nos anos oitenta, assim como os novos estilos de vida ou formas de

comportamento, configuram os padrões epidemiológicos de morbidade e mortalidade que aqui estão sendo analisados.

Corroborando Paula (1989),

“uma história das mortes é uma história das sociedades. História difícil de ser feita, a começar pelo fato de que este momento privilegiado da existência está cercado por toda uma rede de mascaramentos, tabus, fantasias e medos que fazem com que sua percepção seja difícil, assim, ela é negada como um evento que, de certo modo faz parte da vida “.

1.3 A TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Várias análises sugerem que a sociedade contemporânea tem sido caracterizada pela incorporação crescente de novos direitos de cidadania, dentre os quais o direito à assistência à saúde, que vem desempenhando papel decisivo ao longo da história, aumentando a esperança de vida, diminuindo as doenças transmissíveis e a mortalidade infantil (Medici, 1989)

A transição demográfica, um conceito descrito pela primeira vez por volta dos anos 40, se refere aos efeitos das mudanças dos padrões de natalidade e mortalidade nos tamanhos e distribuição das populações. São citados três estágios para a transição demográfica:

Equilíbrio populacional, onde as taxas de natalidade (fertilidade) e mortalidade, principalmente infantil, são elevadas; **explosão populacional**, onde as taxas de natalidade permanecem altas enquanto decrescem as taxas de mortalidade; **retorno ao equilíbrio populacional** onde, em resposta à um complexo de fatores que surgem com o declínio da mortalidade, as taxas de natalidade também decrescem. (Teitelbaum, 1975; Kjellström e Rosenstock, 1990).

A importância entre estas relações é citada por Coale (1974),

“elas expressam as combinações possíveis entre fertilidade e mortalidade que devem ter caracterizado a população humana durante cada era de sua história. Se qualquer outra combinação entre fertilidade e mortalidade tivesse sido mantida por mais de umas poucas gerações (como aconteceu durante os dois últimos séculos), a população poderia ter se expandido ou contraído dramaticamente. Quando a esperança de vida média é de 75 anos, 97,3% de todas as mulheres sobrevivem até a média de idades para a reprodução, e é necessário para elas ter apenas 2,1 filhos para manter a população”.

Frederiksen (1969) sugere a existência de estágios (grau de modernização) para os padrões de doença e reprodução, aos quais corresponderiam problemas ambientais, doenças de maior prevalência, níveis de mortalidade, fertilidade, oferta de serviços de saúde e etc.

O conceito de **transição epidemiológica** surgiu a partir da teoria da transição demográfica e foi descrita pela primeira vez por Omran (1971). Ela se refere às mudanças seculares dos padrões de saúde e doença relacionando-os aos fatores sociais, econômicos e demográficos. Segundo o autor, à medida que os países atingem níveis de desenvolvimento mais elevados, as melhorias das condições sociais, econômicas e de saúde causam uma transição de expectativa de vida baixa, com altas taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias em faixas de idade precoces, para um aumento da sobrevivência em direção às idades mais avançadas e consequentemente um aumento relativo (proporção) de mortes por doenças não transmissíveis, degenerativas ou causadas pelo homem. Nos países desenvolvidos, esta transição ocorreu antes mesmo das grandes descobertas da medicina.

Como complementa Laurenti (1990), com o progressivo declínio das doenças infecciosas e parasitárias e ascensão das doenças crônico-degenerativas, ocorrem também os declínios da mortalidade infantil e da mortalidade materna, que poderão, assim como a mortalidade por causas, servir de indicador da transição.

O declínio histórico da mortalidade é citado como sinônimo de transição epidemiológica (Patarra, 1988).

Este conceito é enfocado sob outro ponto de vista por Laurell (1983),

“essa explicação baseia-se numa concepção linear e “desenvolvimentista”, da doença na sociedade, já que, no fundo, vê a história da doença como simples resultado das forças produtivas, do grau de domínio do homem sobre a natureza”.

Patologias tais como as doenças cardiovasculares e os tumores emergiriam simplesmente como novas ocupantes do espaço que antes estava preenchido pelas doenças infecciosas. A autora conclui que esse conceito elimina o caráter histórico e social do processo, não pressupondo que cada sociedade possa criar seu próprio perfil patológico. Para que tal teoria desenvolvimentista fosse verdadeira, era necessário observar-se valores semelhantes para as taxas de mortalidade por causa, entre os países que conseguissem acabar com as doenças infecciosas.

Apoiando estas conclusões, observa-se que as taxas de mortalidade entre países desenvolvidos das Américas, tais como Estados Unidos e Cuba, diferem entre si, tanto nas outras causas, que não as infecciosas, quanto ao sexo.

O Brasil, assim como os outros países da América Latina, apresenta um modelo, em princípio de transição, denominado Contemporâneo ou Retardado. Diferentemente dos países desenvolvidos, como Europa e América do Norte (evolução gradual), ou como no Japão (rapidamente, em cerca de duas décadas), cuja transição epidemiológica foi determinada predominantemente por fatores ecobiológicos e socioeconômicos, o nosso modelo mostra uma transição influenciada pela introdução massiva de tecnologia e assistência médica (Omran, 1971; Mc Kinlay e Mc Kinlay, 1977).

Na análise da transição, verifica-se que uma variação do modelo tipo retardado é proposto por Omran (1971), para alguns países em desenvolvimento (modelo transacional ou quarto modelo). Nele, ocorre o declínio contínuo e regular das taxas de mortalidade, que são acompanhadas ao longo das décadas pelo declínio das taxas de fertilidade devido, no mínimo,

parcialmente ao planejamento familiar organizado, educação e esforços para o desenvolvimento social.

São sugeridos ainda outros estágios na transição epidemiológica, entre os quais o denominado estágio híbrido, que deriva da observação de que muitas sociedades, à medida que se tornam mais desenvolvidas, apresentam uma grande proporção de mortes atribuíveis a comportamentos individuais e estilo de vida de uma determinada sociedade (Rogers e Hackenberg, 1987). Aqui, patologias sociais tais como os hábitos de fumar, violência, doenças e acidentes atribuídos ao abuso de álcool e drogas ou comportamentos sexuais, como a AIDS, influenciam decisivamente os padrões de mortalidade, elevando-os por estas causas muito mais rapidamente do que o aumento proporcional por doenças degenerativas.

Analisando o quadro da evolução da mortalidade na América Latina, é citado (Arriaga, 1988) que, anteriormente a 1890, a vida média estava em torno de 25 anos. A partir de 1930 a mortalidade declina, o que se acentua cada vez mais com a introdução dos antibióticos e da quimioterapia (de 1930 a 1960 a vida média aumentou em 22 anos).

No Brasil, a mortalidade, no período de 1940 a 1961, reduziu-se em 50% (Moreira, 1978). Mesmo para os estratos urbanos mais pobres a mortalidade declina continuamente (Hakkert, 1984). Dados de outros países latino-americanos, como o Chile por exemplo, mostram que a mortalidade por todas as causas teve um decréscimo de 50% de 1960 a 1982 havendo, a mediana de idades para morrer, aumentado de 28 para 66 anos de idade. A maior redução da mortalidade ocorreu em menores de 15 anos em contraste com o de 65 anos e mais, em que a redução foi de apenas 16%, devido provavelmente ao aumento das mortes por doenças cardiovasculares (Mardones, Castillo e Solis, 1989).

Entretanto, a queda da mortalidade no Brasil, como no restante da América Latina não foi acompanhada, de imediato, por uma queda da natalidade. Esta teve início no final da década de 60 e se intensificou na década de 1970 embora tenha apresentado formas e ritmos diferentes, como citam Martine e Carvalho (1989), nos diferentes grupos sociais e regionais, dependendo dos níveis sócio-econômico apresentado por eles.

Como cita Marx (1971), ao se referir à teoria da miséria decorrente da superpopulação, cuja solução proposta seria restabelecer o equilíbrio através do despovoamento, impedindo-se o acasalamento,

“era naturalmente muito mais cômodo e muito mais conveniente aos interesses das classes dominantes, incensadas pelo sacerdote Malthus, atribuir a causa dessa população supérflua, às leis eternas da natureza, e não às leis históricas da produção capitalista”

Com este tipo de abordagem, transcorreu grande parte do processo do controle da natalidade no país. As elevadas quedas não significaram desenvolvimento e independência econômica, pelo contrário, manutenção da submissão às mesmas regras do controle do capital, altamente concentrador. Ontem as famílias numerosas não tinham condições de sustento e assim as perdas da prole eram tão habituais, como cita o poeta,

*“Essa cova em que estás,
com palmos medida,
é a conta menor
que tiraste em vida.
É de bom tamanho,
nem largo nem fundo,
é a parte que te cabe
deste latifúndio.
Não é cova grande,
é cova medida,
é a terra que querias
ver dividida”.*

João Cabral de Melo Neto (1967)

Vovelle (1987), como já comentado por Paula (1989), diz que os números de mortos são a melhor representação da “*morte consumada*”, sendo aí que a demografia se insere, com os números estatísticos e classificações. Já “*a morte vivida*”, tem a sua melhor expressão nos rituais, tais como funerais, sepultamentos, e o “discurso sobre a morte”, leigo, filosófico, científico.

Hoje, com toda a tecnologia médica, as mortes declinaram; porém, em seu lugar, surgem alternativas de sobrevivência em que a qualidade de vida de nossos jovens cidadãos é altamente questionável como padrão de saúde.

Diferenças regionais importantes, originadas através dos efeitos econômicos e sociais vividos por aquela comunidade, mostram também os diferentes graus de possibilidades de uma opção consciente de cada povo em relação aos seus critérios demográficos.

Assim, o Rio de Janeiro, por exemplo, citam Martine e Carvalho (1989), já apresentava, na década de 30, níveis de fecundidade mais baixos que a maioria dos estados, embora como é descrito ao longo deste trabalho, exibisse elevados níveis de mortalidade. Este elemento demonstra que, pelo menos para os grupos aqui analisados, as quedas de fecundidade, por si só, não se acompanhavam de quedas da mortalidade compatíveis, e também melhorias das condições de saúde.

A razão para isto vem do fato de que não tenha sido determinada da mesma maneira, como é descrito acima para algumas sociedades, (modelo transacional) por planejamento familiar organizado, educação e melhorias sociais e sim, em grande parte, por um controle da natalidade baseado na esterilização em massa e nas dificuldades econômicas da população, como já foi mencionado anteriormente.

Assim, o número absoluto de velhos vem aumentando bastante devido à queda da mortalidade. Entretanto, o “envelhecimento” da população se deve na realidade a diminuição dos níveis de fecundidade já que, por si só, a mortalidade não é capaz de alterar a estrutura por idades de uma população (Berquó, 1980).

Como o declínio da natalidade, embora já esteja afetando o ritmo de crescimento e a estrutura da população, é recente e não homogêneo, (Laurenti, 1990), a proporção de jovens continua sendo muito importante. A queda da mortalidade, “rejuvenece” a população, agindo principalmente sobre a base da pirâmide etária. Assim, a distribuição da população nas diversas faixas jovens manteve-se constante entre 1940 e 1970, sendo que cerca de 52% da população encontrava-se abaixo dos 20 anos de idade.

Quanto às causas de morte, apesar do Brasil vir acompanhando, de alguma maneira, a mudança de perfil nosológico com o aumento proporcional da mortalidade por doenças crônico-degenerativas, o quarto estágio (denominado híbrido) se ajusta à nossa situação de substituição do padrão de doenças infecciosas e parasitárias, fundamentalmente, pelo de violências.

Também, mais recentemente, a inclusão das mortes consequentes à epidemia de AIDS vem acentuar, ainda mais, as perdas expressivas especialmente de jovens do sexo masculino. Estudo realizado por Curtis (1989), em populações de adolescentes americanos, considerados sob alto risco, constatou uma soropositividade ao vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) de 0 a 4,6%, com uma média de 0,5%. Entre recrutas das forças armadas, aproximadamente 1 em cada 2.500 indivíduos entre 17 e 19 anos estavam infectados. Com a inclusão, no ciclo da epidemia, de cada vez mais mulheres jovens, o impacto determinado pelas violências na estrutura por sexo, que poderia ter se acentuado ainda mais com a AIDS, parece que deixou de ganhar um possível reforço.

O termo transição de risco (Smith, 1988; Kjellström e Rosenstock, 1990), se refere às mudanças dos padrões de determinação das doenças que acompanham o desenvolvimento econômico. Ocorre uma mudança das exposições ambientais tradicionais e seu risco associado, por aqueles da modernização da agricultura e da industrialização. Muitos países em desenvolvimento convivem, simultaneamente, com os antigos e modernos riscos (exemplo, água contaminada, pesticidas, acidentes de trânsito de veículos a motor e todo tipo de violência urbana).

A partir destes elementos, os ganhos relacionados à sobrevivência e a saúde que ocorrem ao longo da transição passam a não estar, equitativamente, distribuídos pelas idades e sexos. O que vem sendo observado é que o risco de morrer para os homens, jovens e adultos, permanece elevado, enquanto o risco, para as mulheres, se aproximou daqueles observados nos países desenvolvidos.

Aqui o aumento da mortalidade por determinadas causas não é apenas relativo, como no caso das doenças crônico-degenerativas nas populações de idosos, mas uma elevação real nas taxas de mortalidade das populações mais jovens.

Associam-se a estes elementos e são consequentes a eles, em nosso meio, as migrações, determinando um intenso processo de urbanização, que foram elementos decisivos para as mudanças de padrão da mortalidade em nosso país em grupo específicos. As causas violentas se associam à ausência de condições adequadas de vida, enorme concentração de renda, restrições do mercado de trabalho, ruptura e transgressão dos direitos de cidadania, e mudanças nos padrões culturais e comportamentais, entre outros.

Afinal, o que é hoje o grupo jovem urbano brasileiro? Em sua maioria é formado por indivíduos que dependem do trabalho para sobreviver, muitas vezes desde crianças. Não contam com a ajuda financeira das famílias para sobreviverem, pelo contrário, são seu arrimo.

No Brasil, em 1990, trabalhavam cerca de 7.299.345 crianças de 10 a 17 anos, com uma carga de trabalho equivalente ou superior a 40 horas semanais (quase 70%), exercendo tarefas pouco qualificadas, árduas e perigosas, expondo-os a maiores riscos (FIBGE, 1987). Destes cerca de 2,1 milhões não recebiam qualquer remuneração. Outros 1,7 milhões recebiam até 1/2 salário mínimo e 2,6 milhões ganhavam de 1/2 a 2 salários mínimos. Embora, a participação deste grupo dentre as pessoas ocupadas tenha decrescido de 14,2% para 11,6% na década de 80, o número de crianças que trabalham é ainda muito elevado.

Os dados da OIT, sobre o trabalho infanto-juvenil no Brasil, citado por Oliveira (1993), indicam que a participação percentual deste grupo era da ordem de 18% em 1980 e 17,2% em

1990. Quando comparados a outros países, superavam mesmo os países mais pobres tais como a República Dominicana (15,5%), Indonésia (11,1%), estando próxima à do Paraguai (19,9%) e sendo superada pelo Haiti (24,4%).

Outra questão que surge é que a diminuição da participação das crianças e adolescentes no mercado de trabalho, não significa uma mudança positiva para uma melhoria da qualidade de vida e escolarização. Se, em 1990, do grupo de 10 a 17 anos só estudavam 35,4%, só trabalhavam 31,7%, estudavam e trabalhavam 19,5% e 13,4% não exerciam nenhuma destas atividades, provavelmente este último grupo vem sendo incrementado nos anos subseqüentes. Além disto, dados do Ministério da Educação e Cultura (MEC) mostram que, embora, no geral, as taxas de escolarização nesta faixa venham aumentando, e a escolarização da faixa de 10 a 14 seja de 84,2%, a de 15 a 17 cai abruptamente para 56,8%.

É importante ressaltar que o Brasil é hoje ainda um país de 20,2 milhões de analfabetos, com dez anos ou mais de idade, sendo que a frequência relativa de analfabetismo no Brasil (18,7%) é mais de três vezes superior à da Argentina (4,5%) a de Cuba (5,7%), a do Chile (6,5%) e 1,5 vezes maior que a do México (12,6%) (FIBGE, 1992).

A Região Sudeste do país, escolhida para este estudo, emprega 28,7% de seus menores de 10 a 17 anos, sendo a média nacional de 30%. Na Região Nordeste está o maior número de menores que trabalham e não recebem remuneração alguma (42,9%); São Paulo registra 9,8% de menores que trabalham sem qualquer remuneração.

No Brasil, apenas uma pequena parcela de crianças e adolescentes que trabalham está protegida pela Legislação Trabalhista e pela Previdência Social (25,6% possuem carteira assinada). Na região em estudo, a frequência relativa de analfabetos entre as pessoas de 10 anos e mais é de 10,9%, três vezes menor que a da região Nordeste (FIBGE, 1991).

Muitos desses menores sofrem violências desde crianças dentro da própria família. Pela falta de escolas ou abandono escolar é, praticamente, impossível chegarem ao curso superior e apesar de serem o principal grupo de renovação da força de trabalho, oferecendo ótimas

condições de adaptação às novas técnicas de automação e processos técnicos que exigem um certo nível de capacitação, se acham marginalizados da participação em qualquer projeto de desenvolvimento ou planejamento nacional.

Não bastasse tudo isto, dados de 1982 mostram que 73,1% das casas nas cidades possuíam televisão e que um adolescente até 14 anos já passara 22 mil horas diante da mesma, assistindo 250 mil apelos publicitários e 13 mil mortes violentas. Isto porque, 8 em cada 10 destes programas apresentam violência física no conteúdo, dois em cada 10 autores trabalham com dramas em torno de assassinatos e 9 em cada 10 programas infantis apresentam cenas violentas. (JOC, 1985). Na escola, na mesma idade ele ocupara apenas 11 mil horas, mesmo assim, caso fosse freqüente. Não é o que indicam os dados de 1990, mesmo para a Região Sudeste, considerada em condições de escolarização melhores que as outras regiões (FIBGE, 1990a; FIBGE, 1992).

Assim, na região, apesar da escolarização das crianças de 7 a 14 anos ser de 89,2%, a repetência escolar é de 28% e a taxa de evasão a partir da 5ª série é mais elevada que a do Nordeste, nesta etapa, devido à incorporação ao mercado de trabalho. A proporção de pessoas de 17 anos com o ensino fundamental (oito séries) completo é de apenas 31% e a taxa de analfabetismo para pessoas de 15 anos ou mais ainda é de 11,2%, embora seja a menor do país (FIBGE, 1990).

Integrando este contexto adverso, as estratégias de sobrevivência assumidas pelos jovens tomam formas cada vez mais agressivas, como se esperaria, de acordo com as peculiaridades próprias da idade, o que irá contribuir decisivamente para o padrão mórbido que é observado neste estudo.

Para a superação de nossos padrões de saúde atuais é preciso desenvolver um modelo próprio em que atuem categorias tais como condições de vida e de trabalho, com todas suas variáveis, e além de tudo avançar no conceito de “modo de vida do jovem brasileiro da atualidade”, construído a partir dos revéses sociais e econômicos e conseqüente degradação dos padrões familiares e, a partir daí, reformular inteiramente as propostas sanitárias existentes.

Às condições gerais que interferem na saúde de uma sociedade subdesenvolvida, como um todo, temos que adicionar para os jovens, hábitos e circunstâncias geradas a partir das necessidades próprias da idade, considerando-se sua localização geográfica, inserção social e cultural. Este somatório constitui um padrão próprio de saúde, que deverá ser sempre respeitado à medida que se busquem, seriamente, soluções.

Neste sentido, Barreto (1993), contribui de forma importante, analisando que boa parte dos modelos explicativos da transição epidemiológica repousa em uma perspectiva eminentemente estrutural, com proposições altamente generalizadas e deterministas sobre estas mudanças. Sugere o autor, que desta forma, elas não são capazes de tratar de forma adequada a variabilidade e flexibilidade dos sistemas sociais, as questões das reações diferenciais às mudanças, evidenciadas pelos diferentes grupos e categorias sociais de uma dada população.

Deste modo, a análise da transição epidemiológica necessita do conhecimento dos padrões de saúde e doenças dos jovens por períodos, do momento da transição no tempo e dos processos que possam ter determinado tais mudanças. A perda real de tempo de vida para os jovens significa grave retrocesso, tanto do ponto de vista dos ganhos obtidos com as quedas acentuadas da mortalidade na infância, quanto da perspectiva social que a juventude expressa.

Como cita Possas (1989),

“além da absoluta prioridade na política governamental para investimentos crescentes neste campo, soluções ainda mais ousadas e criativas que as dos países centrais, onde a persistência dos padrões característicos do atraso já não constitui problema significativo. Para tanto faz-se necessária ampla reforma do Estado, que abra espaço efetivo para a redefinição de prioridades”.

No momento em que visivelmente a sociedade brasileira sofre cada vez mais freqüentemente perdas de vidas de jovens, este trabalho se propõe a resgatar o impacto destas perdas e buscar elementos que possam sugerir as razões dessa fatalidade e de tal retrocesso ao longo do tempo. As mortes de jovens devem ser consideradas, antes de tudo, perdas injustificadas, principalmente a partir da transição, que fez com que as sociedades modernas caminhassem rumo à longevidade tanto almejada.

2. OBJETIVOS

- **OBJETIVO GERAL**

O objetivo geral da pesquisa é estudar o perfil da mortalidade dos jovens (15 a 24 anos), nos municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, a partir dos registros de óbitos e recenseamentos realizados nas décadas referentes ao período 1930 a 1991, sob a perspectiva epidemiológica.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- resgatar dados sobre mortalidade em jovens, das duas principais capitais brasileiras para referência histórica de interesse da saúde pública;
- comparar a magnitude da mortalidade do grupo jovem, segundo sexo e causas, no tempo e entre as capitais;
- avaliar os anos potenciais de vida perdidos, em cada período.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Para atender os objetivos propostos foi necessária a coleta de dados de óbitos e populações dos Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo das idades de 15 a 24 anos, nos anos de 1930, 40, 50, 60, 70, 80 e 91. O grupo de 15 a 24 anos foi escolhido para análise por mesclar causas de morte com características diferentes, isto é, de adolescentes e de adultos jovens. O período analisado correspondeu àquele em que foi possível obter informações mais detalhadas nas faixas etárias exigidas. As cidades foram escolhidas por sua importância demográfica, econômica e social, além de oferecerem disponibilidade de dados. Foram respeitados os limites geográficos vigentes em ambas as cidades, em cada um dos períodos analisados.

3.1 ÓBITOS

Para o período de 1930 a 1991, foram coletados dados primários e secundários sobre óbitos geograficamente inseridos e oficialmente considerados como originários do Município do Rio de Janeiro e dados secundários no Município de São Paulo. Esses dados estavam arquivados na Biblioteca do Arquivo Nacional e em relatórios publicados pela Secretaria de Estado de Saúde (Município do Rio de Janeiro) e em mapas, microfichas e relatórios no Arquivo Demográfico da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - FSEADE (Município de São Paulo), para o grupo etário de 15 a 24 anos, por sexo e segundo causa básica de morte.

Os dados de óbitos eram registrados e tabulados por local de ocorrência (no período de 1930 a 1970, no Rio de Janeiro, e de 1930 a 1960 em São Paulo) e por local de residência nos outros anos analisados¹. A utilização de dados com características diferentes (óbitos por local de ocorrência e por local de residência) justifica-se em razão dos registros existentes não permitirem que fossem vistos sob outra ótica.

Em cada década, foram analisados os óbitos correspondentes ao ano em que houve a realização de um censo demográfico, de forma a permitir a construção de indicadores de saúde mais acurados. Embora as informações obtidas através das declarações de óbitos não sejam de total cobertura, pela não obediência à legislação específica (Laurenti, Lebrão, Mello Jorge e col, 1985), elas são relevantes inclusive para avaliação histórica de tendências.

O período analisado correspondeu àquele cujos dados puderam ser obtidos. O rastreamento inicial contemplou também os anos de 1900, 1910 e 1920; porém, os dados de mortalidade por causa, associado a grupos etários não estavam disponíveis, como no caso do Rio de Janeiro, ou os grupamentos por idades não correspondiam àqueles propostos neste estudo, o que não permitiu comparabilidade, como no caso de São Paulo.

3.1.1 NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

No caso do Rio de Janeiro, as poucas publicações contendo dados organizados, datam de 1959, e vem do Registro Civil. Estas publicações foram feitas pelo Ministério da Justiça e Negócios Interiores (Serviço de Estatística, Demográfica, Moral e Política) e discriminam os

¹ A Legislação Brasileira determina que os óbitos sejam registrados segundo local de ocorrência (Lei dos Registros Públicos). No período estudado, esta era a metodologia segundo a qual os óbitos eram registrados e suas análises subsequentes seguiam este critério. Somente a partir da década de 1970 é que as tabulações passaram a ser feitas também por local de residência do falecido. Sendo estas últimas de maior interesse de Saúde Pública.

dados segundo sexo, idade, causa básica de morte, nacionalidade, estado civil, Unidade da Federação e, por vezes, o município da ocorrência.

Anteriormente, o Serviço Federal de Bioestatística do Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Educação e Saúde, publicou o Anuário bioestatístico (Ministério da Educação e Saúde, 1944), com dados de óbitos segundo causa, ocorridos em capitais brasileiras de 1929-1932, porém sem distribuição etária e por grupos de causas, necessárias a este trabalho.

Outra fonte de informação são as Estatísticas do Registro Civil, publicadas pela Fundação IBGE a partir de 1974, referentes a dados por sexo, idade, mês, natureza do óbito, estado civil, lugar de registro e unidade da federação (área metropolitana e município da capital).

Dados com informações detalhadas sobre mortalidade no Município do Rio de Janeiro, somente aqueles publicados pela Secretaria de Estado e Saúde que apresentam óbitos por local de ocorrência, por faixas etárias, sexo e causas básicas de morte classificadas pelas 7ª e 8ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID) (OPAS, 1964; OPAS, 1969, 1971), listas de 63 categorias (causas de morte), referentes aos anos de 1960 e 1970 (descritos abaixo) e os publicados pelo Ministério da Saúde para os anos de 1977 em diante.

As Estatísticas de Mortalidade - Brasil (Ministério da Saúde), mostram a distribuição dos óbitos de residentes no Brasil, Unidades da Federação e capitais por causa básica de morte, sexo e idade, pelas 17 Seções ou Capítulos da Classificação Internacional de Doenças, sendo o último referente à Classificação Suplementar de Causas Externas de Lesões e Envenenamentos e ainda pela Lista brasileira de Mortalidade (Ministério da Saúde, 1987)

Além das fontes de informações mencionadas por último, referentes aos anos de 1960 em diante, outras fontes sobre mortalidade eram necessárias para este estudo, já que as estatísticas existentes se referiam a períodos diferentes dos aqui abordados.

Depois de levantamentos exaustivos, foram obtidas informações sobre a existência de dados primários de óbitos, esparsos e não publicados, do século XIX (registros de paróquias).

Além deles, existiam também talonários de óbitos do período de 1929 a 1954 que constavam dos acervos da biblioteca do Arquivo Nacional, oriundos das pretorias e circunscrições das diversas “Freguezias” da cidade do Rio de Janeiro.

Desta maneira, as fontes de dados dos casos de óbitos deste estudo foram:

- Ano de 1930

Declarações de óbitos do período de 1 de Janeiro de 1930, a 31 de Dezembro de 1930 armazenadas em talonários na biblioteca do Arquivo Nacional, localizado nessa cidade, oriundos das oito Pretorias Cíveis criadas a partir do Decreto Lei número 1030, de onze de novembro de 1890 (até então os registros eram feitos nas igrejas) e responsáveis pelos registros civis dos 25 Distritos nos quais o Distrito Federal fora dividido primeiramente em 1903 e geograficamente ratificado em 1912, com alterações de alguns poucos limites.

Observação: a partir de levantamentos sobre a cobertura dos registros para cada “Freguezia” (subdivisão dos distritos) no ano de 1930, realizados pelo próprio Arquivo Nacional, observa-se perda de parte dos talonários de óbitos de duas delas: “Freguezias” de São José e Santana, o que correspondia a 10,2% dos óbitos, estimado através da correspondência de registros dos anos de 1940 e 1950. Estes dados foram corrigidos, posteriormente, tanto em sua totalidade, quanto por Capítulos da CID e grupos de categorias, proporcionalmente. Além do mais, em se tratando de dados colhidos em períodos tão remotos, ainda sem controle legal e sem fiscalização governamental, imagina-se um sub-registro importante. Os indicadores obtidos através de tais dados, deverão ser olhados mais pelo seu valor histórico e com poder menor de mensurar a real magnitude da mortalidade e maior de delinear o perfil de mortalidade por causas.

- Ano de 1940

Embora a proposta inicial fosse utilizar dados anuais de janeiro a dezembro de 1940, não foi possível obter dados completos por perda de talonários. Optou-se então pela utilização das declarações de óbitos de 1º de julho de 1940 a 30 de Junho de 1941. Pelo fato destes períodos serem considerados semelhantes, na medida em que os meses analisados eram os mesmos, considerou-se que não haveria o risco da influência da sazonalidade da mortalidade.

- Ano de 1950

Declarações de óbitos de 1º de Janeiro a 31 de Dezembro de 1950, que foram obtidos no mesmo local que os anteriores, totalizando cerca de 400 livros pesquisados. Os registros do Arquivo Nacional indicam que todos os talonários correspondentes ao período 1940/1941 e 1950 foram recuperados.

- Anos de 1960 e 1970

Relatórios publicados pela Secretaria de Estado de Saúde para estes anos, que trazem dados agrupados por sexo, grupos etários e causas de morte resumidas classificadas pelas sétima e oitava revisões da CID.

- Anos de 1980 e 1991

Dados para 1980 e 1991 foram fornecidos através de relatórios do Ministério da Saúde, organizados por sexo, grupos etários e por causas de morte segundo os 17 Capítulos (Nona Revisão) e Lista Brasileira de Mortalidade (CID-Br), da população de residentes no município do Rio de Janeiro.

Correspondência Geográfica - O Estado da Guanabara foi criado pela Lei nº3572 de quatorze de abril de 1960, com a área do antigo Distrito Federal (DF). O Estado da Guanabara se funde com o Estado do Rio de Janeiro, em 1974, com a capital na cidade do Rio de Janeiro. A partir daí, a área da Guanabara é considerada oficialmente como o atual Município do Rio de Janeiro. Portanto, a

Neste estudo, as causas de morte foram agrupadas e apresentadas segundo a 9ª revisão de 1975 (OMS, 1979), considerando-se os Capítulos para as mortes naturais e Classificação Suplementar De Causas Externas para as mortes violentas, bem como segundo a CID-Br. Foram feitas as adaptações necessárias quando no ano estudado, outra revisão estava em vigor.

No caso do Rio de Janeiro, como os dados utilizados nos anos de 1930, 1940 e 1950 eram brutos, isto é, as próprias declarações de óbitos, as causas de morte foram classificadas diretamente pela 9ª revisão, segundo a nosologia (agrupamentos de categorias de três algarismos da CID por seções ou capítulos e rubricas) e a nosografia (atualização dos nomes dados naquela época às entidades mórbidas, e que foram substituídos por outros, ao longo do tempo). Para tal, utilizou-se o Índice Alfabético de Doenças e Causas Externas da CID (OMS, 1980) e dicionário de termos médicos (Pinto, 1962). O mesmo foi feito para os anos de 1940 e 1950. Os dados dos relatórios sobre mortalidade para os anos de 1960 e 1970 da Secretaria de Estado e Saúde utilizavam a 7ª e 8ª revisões, que necessitaram ser adaptadas para a atual. Os dados dos anos de 1980 e 1991 já haviam sido classificados segundo a 9ª revisão, que está sendo utilizada até o momento.

Em 1930, no Estado de São Paulo era utilizada a 3ª revisão (adotada em 1920) com 15 Capítulos. Foram necessárias também adaptações nosológicas. O mesmo ocorreu com os dados dos períodos seguintes classificados segundo as 4ª, 5ª, 6ª, 7ª e 8ª revisões.

Para os dados do ano de 1970 em diante, poucas adaptações foram necessárias já que elas já haviam sido feitas pelos próprios serviços de estatística. Através do Índice Alfabético de Doenças e Causas Externas da CID (OMS, 1980), foi possível atualizar a nosografia utilizada.

As adaptações feitas dizem respeito, em primeiro lugar aos Capítulos, que nem sempre se apresentaram em número igual ao longo de todas as revisões.

Exemplos de adaptações nosográficas realizadas para as doenças:

- Abcesso urinoso - outras afecções da uretra
- Alienação mental - outras psicoses não orgânicas
- Apoplexia - doença cerebrovascular aguda mal definida
- Athaxia locomotora progressiva - neurosífilis
- Bócio exophtalmico - Tireotoxicose
- Chlorose - outras anemias e as não especificadas
- Doenças do orifícios e válvulas cardíacas - doenças do endocárdio
- Dysenteria bacillar - shigelose
- Dysenteria amebiana - amebíase
- Dysenteria sem epitheto ou devida a outras causas - infecção intestinal mal definida
- Dyspepsia aguda - infecção intestinal mal definida
- Encephalite letargica - outras viroses do SNC não transmitidas por artrópodes
- Envenenamentos chronicos por substancias minerais - alcoolismo crônico
- Espirochetose ictero-hemorrágica - leptospirose
- Febre ou cachexia palustre, impaludismo, paludismo, terçã maligna tropical, febre biliar hemoglobinúrica - malária
- Heredosyphilis, heredolues - sífilis congênita
- Infecção purulenta, piemia, pioemia - septicemia
- Lepra - hanseníase
- Meningite cérebro-espinhal epidêmica - infecção meningocócica
- Paralysis Geral - neurosífilis
- Phlegmão, abcesso quente, anthraz - outras celulites e abcessos
- Phymatose do pulmão, bacillose pulmonar aguda, tísica - tuberculose pulmonar
- Psychose infecciosa decorrente de phymatose pulmonar - tuberculose pulmonar
- Rheumatismo articular agudo febril - febre reumática sem menção de complicação cardíaca
- Tuberculose granúlica - tuberculose de outros órgãos
- Typhillite - apendicite
- Typho abdominal - febre tifóide
- Typho exantemático - tifo transmitido por piolho

As adaptações relacionadas às causas externas, que não haviam sido classificadas anteriormente pelos serviços de estatística, como é o caso dos dados de alguns períodos do Rio de Janeiro, seguiram os mesmos princípios acima citados para as doenças e além disto, quando necessário, receberam um tratamento especial segundo o argumento do “sumamente improvável”, ao serem codificadas pela lista de categorias de três algarismos no Capítulo dos acidentes, suicídios ou homicídios.

Nos casos em que não foi possível utilizar este recurso com segurança, optou-se por classificar estas categorias em outras violências. Exemplificando, a codificação de uma declaração de óbito na qual a causa de morte assinalada foi um ferimento por projétil de arma de fogo que determinou secção medular, correspondeu a homicídio. Na realidade, como o diagnóstico dado não corresponde à causa externa de morte, isto é, um acidente ou violência, e sim, a natureza da lesão decorrente, foi necessário determinar qual seria realmente a causa básica da morte. Seria sumamente improvável que a citada lesão fosse decorrente de suicídio ou acidente, portanto, a classificação escolhida foi a de homicídio.

Segundo Mello Jorge (1981), as mortes por ingestão de substâncias corrosivas ou cáusticas, nesta faixa de idade, não devem ser consideradas acidentais. Aspectos geográficos das cidades também foram analisados, ao se classificar, por exemplo, as mortes por submersão como acidentais, isto é, afogamentos.

Exemplos de adaptações nosográficas realizadas nas causas externas:

- Absorção voluntária de substâncias corrosivas - Suicídio e envenenamento auto-infligidos por substâncias sólidas ou líquidas
- Absorção de gases irrespiráveis ou tóxicos - Envenenamento por gases em que se ignora se foram acidentalmente ou intencionalmente infligidos.
- Acidentes de caminhos de ferro e tramways - Acidentes de estrada de ferro de natureza não especificada.
- Acidentes agrícolas e na mata - Acidentes causados por máquinas
- Asphyxia por submersão - Afogamento e submersão acidentais
- Asphyxia por enforcamento em casa de detenção - Suicídio e lesão auto-infligida por enforcamento, estrangulamento e sufocação
- Electroplessão - Acidente causado pela corrente elétrica
- Ferimentos por projétil de arma de fogo determinando secção medular - Homicídio por agressão com arma de fogo ou explosivos
- Intoxicação por ingestão de substância cáustica - Suicídio e envenenamento auto-infligidos por substâncias sólidas ou líquidas
- Morte acidental por ataque de animais venenosos - Outros acidentes causados por intoxicação e reações tóxicas por animais e plantas venenosas
- Traumatismos por armas de fogo (excepto ferimentos de guerra) - Lesão por arma de fogo e explosivos da qual se ignora se foi acidental ou intencionalmente infligida

3.2 POPULAÇÃO

Os dados sobre as populações recenseadas, necessários para a construção dos Indicadores de Saúde, foram obtidos através das publicações da Diretoria Geral de Estatística do Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio (Recenseamento de 1920), para ambos os municípios e através dos Anuários Estatísticos da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - FIBGE, os demais recenseamentos dos municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, realizados nos anos de 1940, 1950, 1960, 1970 e 1991²

É importante assinalar que os censos iniciais, principalmente aqueles realizados de 1872 a 1920, são, na voz geral dos demógrafos, considerados bastante precários, principalmente pelas técnicas utilizadas. Desta forma, ao se utilizar aqui os dados de 1920 para a estimativa da população de 1930, necessária à construção do indicador de mortalidade daquele ano, é evidente que se tem clareza da pouca fidedignidade do produto obtido. Entretanto, na perspectiva histórica de um perfil de mudanças em grande escala, que é considerada neste estudo, avalia-se que estes dados, mesmo que não possam quantificar adequadamente a mortalidade, permitem que sua magnitude seja apreciada, assim como a importância de suas causas, naqueles períodos.

A população de 1930 foi projetada a partir das populações de 1920 e 1940, pela não ocorrência de recenseamento naquele ano (ver metodologia). Os recenseamentos do período estudado, de maneira geral, foram realizados em 1º de Setembro do respectivo ano, exceto o de 1950 que ocorreu em Julho. Adaptações para 1º de Julho (meio do período considerado), foram necessárias à construção das taxas, para todos os outros anos, exceto 1950, que não

² Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio - Diretoria Geral de Estatística, Recenseamento do Brasil (1º de Setembro de 1920), Vol. IV, Tomos I e II, Rio de Janeiro, 1926 e 1928.

FIBGE, Anuários Estatísticos, Censos Demográficos de 1940 a 1991.

necessitou de adaptações e 1940/1941, cuja população teve de ser adaptada para 31 de Dezembro, já que o período estudado se estendeu de 1º de julho de 1940 a 31 de junho de 1941.

Os dados populacionais foram obtidos a partir das publicações sobre os resultados dos censos demográficos realizados no período 1920-1991, além de estimativas para o ano de 1930. O ano de 1930, apesar de não ser censitário, foi escolhido para que os intervalos de tempo analisados fossem iguais.

Populações recenseadas utilizando mais de um tipo de critério de coleta, como a de 1940 (população de fato e de direito), só estavam disponíveis em publicações para os estados. (Unidades da Federação) Assim, apesar de acessíveis para a antiga Capital Federal (atual Município do Rio de Janeiro), no censo daquele ano, não o estava para o Município de São Paulo. Foram utilizados portanto, os dados sobre a população presente na data do censo para o período de 1930 a 1960, nos Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, de residentes para São Paulo em 1970 e para ambas as capitais, em 1980 e 1991.

É importante ressaltar que os critérios de coleta de dados por população presente ou de fato (conjunto de presentes residentes e hóspedes, excluídos os residentes ausentes) e de residentes ou de direito (conjunto de residentes presentes e ausentes, excluídos os hóspedes), não determinam diferenças sensíveis. Tanto para as pessoas presentes na data do censo quanto para os moradores, a referência é o domicílio, não importando se moram ou se encontram no mesmo município, outro município ou estado.

No que diz respeito às faixas etárias utilizadas, ao serem comparadas, as diferenças foram muito pequenas, pela ordem de grandeza da população. Assim, as populações de fato e de direito, em 1940, na faixa de idades de 15 a 24 anos, diferem em 2.669 homens (1,5%) e 1.239 mulheres (0,7%) o que acarreta diferenças em nível de décimos entre os coeficientes construídos.

População utilizada: estimativas e correções

Os dados populacionais constantes dos recenseamentos realizados foram utilizados para o estudo. Foi necessário estimar a população de 1930 e adaptar-se as populações dos censos realizados em 1º de setembro para 1º de julho, isto é, metade do período considerado, indicado à construção das taxas. Os dados do censo de 1940 foram corrigidos para 31 de Dezembro, já que os óbitos correspondiam ao período de julho de 1940 a junho de 1941.

Para as estimativas e correções dos dados populacionais relacionados, foi utilizado o método geométrico.

Tabela 1 - População segundo faixa etária e sexo, Município do Rio de Janeiro, 1930-1991

Ano/ Sexo	Faixa Etária		
	15 a 19	20 a 24	15 a 24
Total			
1930*	152.766	157.366	310.132
1940	175.240	180.157	355.397
1950	241.561	267.268	508.829
1960	274.049	308.381	582.430
1970	431.402	403.627	835.029
1980	504.059	533.922	1.037.981
1991	455.610	464.200	919.810
Homens			
1930*	74.234	83.536	157.770
1940	83.424	89.218	172.642
1950	115.322	131.466	246.788
1960	128.155	148.712	276.867
1970	200.595	193.880	394.475
1980	245.550	262.938	508.488
1991	223.215	227.067	450.282
Mulheres			
1930*	78.532	73.830	152.362
1940	91.816	90.939	182.755
1950	126.239	135.802	262.041
1960	145.894	159.669	305.563
1970	230.807	209.747	440.554
1980	258.509	270.984	529.493
1991	232.395	237.133	469.528

Fontes: Dados Brutos: Fundação IBGE, Censos Demográficos.

* Dados Estimados : Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio. Directoria Geral de Estatística. Recenseamento do Brasil, 1920; FIBGE, Censo Demográfico de 1940.

Tabela 2 - População segundo faixa etária e sexo, Município de São Paulo, 1930-1991

Ano/ Sexo	Faixa Etária		
	15 a 19	20 a 24	15 a 24
Total			
1930*	104.393	98.461	202.854
1940	141.317	137.472	278.789
1950	216.634	258.633	475.267
1960	310.270	362.732	673.002
1970	581.820	603.104	1.184.924
1980	849.856	970.310	1.820.166
1991	851.552	918.029	1.769.581
Homens			
1930*	48.786	49.900	98.686
1940	67.768	67.864	135.632
1950	102.690	126.398	229.088
1960	144.896	174.120	319.016
1970	274.751	296.954	571.705
1980	409.898	482.899	892.797
1991	413.205	455.220	868.425
Mulheres			
1930*	55.607	48.561	104.168
1940	73.549	69.608	143.157
1950	113.944	132.235	246.179
1960	165.374	188.612	353.986
1970	307.069	306.150	613.219
1980	439.958	487.411	927.369
1991	438.347	462.809	901.156

Fontes: Dados Brutos: Fundação IBGE, Censos Demográficos.

* Dados Estimados: Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio. Directoria Geral de Estatística. Recenseamento do Brasil, 1920; FIBGE, Censo Demográfico de 1940.

Obs: As populações das duas cidades, nos diversos anos estão dispostas na Tabela 1 e Tabela 2. É interessante citar que após o período de intensa urbanização, de 1950 em diante, em direção às grandes cidades, os anos 80 indicam um processo de desconcentração em direção aos municípios de porte médio, a curta distância, ou melhor para aquelas de maior dinamismo urbano-industrial, intra-regionalmente (Cunha, 1987). As taxas média geométrica de incremento anual de população para as regiões metropolitanas, período 1980-1991 (2,0%) é bem inferior às taxas das áreas não metropolitanas das cidades (3,6%). (Bercovich e Vellozo, 1985).

3.3 CONSTRUÇÃO DE INDICADORES DE SAÚDE

Foram construídos os indicadores citados abaixo, segundo sexo e causas básicas de morte pela 9ª revisão da CID, para os Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, no período de 1930 a 1991:

- Coeficientes de mortalidade
- Mortalidade proporcional
- Anos potenciais de vida perdidos

Esses indicadores, referentes às duas áreas, foram comparados entre si e com outros de áreas diferentes.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados a seguir referem-se às mortes de indivíduos de 15 a 24 anos ocorridas nos Municípios do Rio de Janeiro (RJ) e São Paulo (SP), no período de 1930 a 1991. As tabelas 3 e 4 apresentam estes dados em números absolutos, mortalidade proporcional dessas idades em relação a todas as outras e coeficientes de mortalidade por 1000 habitantes, segundo sexo, nas duas áreas.

Tabela 3 - Números de óbitos, mortalidade proporcional* e coeficientes de mortalidade, segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Município do Rio de Janeiro, 1930-1991**

Anos/ Sexo	Número de Óbitos	Mortalidade Proporcional*	Coeficiente de Mortalidade**
Total			
1930	1.971	...	6,36
1940	2.539	...	7,14
1950	2.237	...	4,40
1960	1.446	...	2,48
1970	1.570	4,48	1,88
1980	1.846	4,39	1,78
1991	2.250	4,76	2,45
Masculino			
1930	1.019	...	6,46
1940	1.279	...	7,41
1950	1.136	...	4,60
1960	813	...	2,94
1970	1.010	4,83	2,56
1980	1.423	6,09	2,80
1991	1.871	6,94	4,16
Feminino			
1930	952	...	6,25
1940	1.260	...	6,89
1950	1.101	...	4,20
1960	633	...	2,07
1970	560	3,98	1,27
1980	423	2,27	0,80
1991	379	1,87	0,81

* Em relação aos óbitos de todas as idades.

** Por mil habitantes.

Tabela 4 - Números de óbitos, mortalidade proporcional* e coeficientes de mortalidade, segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Município de São Paulo, 1930-1991**

Ano/Sexo	Número de Óbitos	Mortalidade Proporcional*	Coeficiente de mortalidade**
Total			
1930	1.016	7,48	5,01
1940	1.149	6,82	4,12
1950	1.207	5,19	2,54
1960	1.002	3,26	1,49
1970	1.580	3,32	1,33
1980	2.633	4,58	1,45
1991	4.119	6,58	2,33
Masculino			
1930	512	6,97	5,19
1940	588	6,43	4,34
1950	660	5,01	2,88
1960	599	3,36	1,88
1970	1.029	3,82	1,80
1980	1.868	5,65	2,09
1991	3.405	9,14	3,92
Feminino			
1930	504	8,08	4,84
1940	561	7,25	3,92
1950	547	5,42	2,22
1960	403	2,97	1,14
1970	551	2,63	0,90
1980	765	3,13	0,82
1991	714	2,82	0,79

* Em relação aos óbitos de todas as idades.

** Por mil habitantes.

4.1 A EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE DOS JOVENS NO TEMPO

A mortalidade proporcional para os jovens de São Paulo decresceu até 1960, permanecendo praticamente a mesma em 1970 quando, então, passou a se elevar, embora em níveis não muito acentuados, em relação aos óbitos de todas as idades. No Município do Rio de Janeiro, os dados só permitiram observar que essas frequências foram de 4,48 em 1970, 4,39 em 1980 e 4,76 em 1991 demonstrando, como já foi dito anteriormente, que a mortalidade na faixa de 15 a 24 anos é baixa em relação às demais faixas etárias. Entretanto, nos últimos períodos ela já não vem declinando, o que se observava até 1950 pelos dados de São Paulo.

O coeficiente de mortalidade no Município do Rio de Janeiro variou de 6,36 por mil habitantes, em 1930 a 2,45 por mil habitantes em 1991. Observa-se, pela Tabela 3 e Gráfico 1, que de 1930 a 1940 a mortalidade é crescente, porém a partir daí ela decresce contínua e abruptamente até 1980 quando, então, volta a elevar-se. O coeficiente de mortalidade calculado para 1991 é 61,5% menor do que o observado para 1930 e 65,7% menor que o de 1940. Entretanto, já entre 1980 a 1991, o aumento do coeficiente é de 37,6%, muito mais acelerado do que qualquer valor observado para as décadas anteriores.

GRÁFICO 1 - Coeficientes de mortalidade segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Município do Rio de Janeiro, 1930-1991

* Por mil habitantes

GRÁFICO 2 - Coeficientes de mortalidade segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Município de São Paulo, 1930-1991

* Por mil habitantes

Os coeficientes observados para São Paulo (Tabela 4 e Gráfico 2) são sempre menores que os observados para o Rio de Janeiro, variando de 5,24 por mil habitantes para 1930 a 2,33 por mil habitantes para 1991, e a mortalidade é sempre decrescente até 1980, com velocidade de queda maior até a metade do período, isto é até 1960. Mais precocemente que o Rio de Janeiro, cujo sentido do coeficiente se inverte somente a partir de 1980, já em 1970, São Paulo, apresenta leve aumento. Ao final do período estudado, observa-se que a cidade de São Paulo apresenta níveis 53,5% menores do que em 1930. A mortalidade no último ano analisado é praticamente igual nas duas áreas. Considerando-se que estes dados dizem respeito à uma população cuja expectativa é de que nela ocorram poucos óbitos, a análise da mortalidade por sexo e causas de morte pode mostrar os determinantes desta tendência a qual contraria as expectativas.

Os valores das taxas para ambas as capitais, em 1991, são maiores que os observados para outros países das Américas, tais como Argentina (1986) de 0,9 por mil; Chile (1987) de 0,8 por mil; Costa Rica (1988) de 0,6 por mil e Estados Unidos (1987) de 1,0 por mil; semelhantes à Guatemala (1984) de 2,1 por mil e menores que as Ilhas Malvinas (1983), ano da guerra, de 4,9 por mil (OPAS, 1990).

Ao lado das transformações sociais, avanços tecnológicos na área da medicina, descobertas farmacêuticas, surgimento dos sofisticados equipamentos hospitalares, que estão relacionados às quedas da mortalidade em geral, é necessário buscar outros elementos que têm relação mais direta com a mortalidade nesta faixa, como qualidade de vida e aspectos da cultura e do comportamento, entre outros, que serão discutidos ao longo deste estudo.

4.2 A MORTALIDADE SEGUNDO SEXO E IDADE

Em torno dos 15 anos de idade, o diferencial por sexo da mortalidade começa a se apresentar com maior intensidade, assim o estudo das variações da mortalidade separadamente para cada sexo é necessário, como já era observado por Graunt desde 1662 (Laurenti, 1985). O coeficiente por todas as causas, para o sexo masculino, no Rio de Janeiro, acompanha o declínio da mortalidade para ambos os sexos, de 1940 a 1970, porém a partir daí passa a se elevar, principalmente na década 1980-90 (48,6%) (Tabela 3 e Gráfico 1).

Aqui, os ganhos com as quedas de mortalidade ao longo do tempo, de 1940 (coeficiente mais elevado) a 1991, são menores (43,9%) enquanto que para ambos os sexos ele chega a 65,7%.

Para o sexo feminino, a mortalidade declinou de forma constante e chega a um valor, em 1991, 88,2% menor do que o de 1940 e os níveis de 1991 se mantêm os mesmos de 1980. A relação dos coeficientes entre homens e mulheres é de 5,1:1 em 1991. De 1930 a 1960 esta relação foi de praticamente 1:1 (Tabela 5). Isto significa que, se na terceira década do século

homens e mulheres se achavam em condições semelhantes quanto à mortalidade nesta faixa etária; hoje estão em situação oposta e os ganhos, com as quedas da mortalidade, não se distribuíram uniformemente entre os sexos.

Tabela 5 - Relação entre os coeficientes de mortalidade masculinos e femininos, faixa etária de 15 a 24 anos, Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, 1930-1991

Local/Ano	Rio de Janeiro	São Paulo
1930	1,0:1	1,1:1
1940	1,1:1	1,1:1
1950	1,1:1	1,3:1
1960	1,2:1	1,6:1
1970	2,0:1	2,0:1
1980	3,5:1	2,5:1
1991	5,1:1	4,9:1

Em São Paulo, os coeficientes para o sexo masculino declinam de 1930 a 1970 (65,3%), elevando-se a seguir. De 1980 a 1991 esta elevação é de 99,0%. A mortalidade é ascendente em ambos os municípios, e, embora os valores das taxas sejam maiores para o Rio de Janeiro, a mudança do perfil ocorreu mais precocemente em São Paulo, assim como o aumento proporcional da última década é praticamente o dobro para a última capital. Se esta tendência se mantiver, São Paulo poderá vir a atingir os valores observados para o Rio de Janeiro, e superar os valores observados para 1930.

O jovem do sexo masculino de São Paulo, vem perdendo mais rapidamente os ganhos obtidos ao longo do período. De 1930 a 1991, a mortalidade declinou, na realidade, somente 24,5%, graças em parte, a subida vertiginosa na última década. No Rio de Janeiro, o declínio foi de 43,9% do ano 1940 (maior coeficiente) até 1991.

Para a mulher jovem de São Paulo ocorreu uma profunda mudança positiva no perfil de sua mortalidade, assim como para a mulher jovem do Rio de Janeiro. Observa-se um declínio das taxas em 83,7% no período de 1930-1991, sendo portanto sete vezes menor em 1991 do

que em 1930. Nos dois últimos anos analisados, os valores das taxas para as mulheres dos dois municípios são semelhantes.

Entretanto, como citado em estudo sobre as mulheres em idade fértil (15 a 44 anos), 1985, as jovens de 15 a 24 anos de São Paulo, apresentaram os maiores coeficientes de mortalidade por todas as causas (Laurenti, Buchalla, Lolio e col., 1990).

A relação entre os coeficientes para o sexo masculino e feminino é praticamente igual a 5:1, muito semelhante à do Rio de Janeiro.

Estes valores e as variações entre os sexos, podem ser comparadas com os coeficientes por todas as causas, e por mil habitantes, de outros países da América Latina e Caribe (OPAS, 1990). O Rio de Janeiro, nos anos de 1980 e 1991, apresenta valores para o sexo masculino dos mais elevados (2,8 e 4,2), dentre os países de maior coeficiente registrado, tais como a Argentina (1986), 1,2; Venezuela (1987), 1,6; o México (1986), 1,8; o Equador (1987), 1,6; Guatemala (1984), 2,5; Colômbia (1984), 2,1. Os valores dos coeficientes para o Rio de Janeiro são menores, somente, do que El Salvador (1984) 5,1 e as Ilhas Malvinas (1983) 9,6, em situações de guerra.

Considerando além das faixas etárias do grupo de jovens, as de adolescentes, também de países das Américas, como a Venezuela por exemplo, as taxas são muito menos elevadas do que as do Rio de Janeiro, para os jovens, em 1980 (1,2 em 1982 para a faixa de 15 a 19 anos e de 2,0 para a faixa de 20 a 24 anos). Estas, entretanto, também não vem declinando nos últimos períodos, mantendo aproximadamente os mesmos níveis para a primeira faixa e se elevando na segunda, sendo que esta elevação ocorreu às custas da mortalidade no sexo masculino (de 2,3 por mil em 1980 a 3,1 em 1982) (Linares, Vries, Sanches e col., 1986).

São Paulo, por outro lado, apresenta coeficientes para os jovens do sexo masculino, por mil habitantes, em 1980, de 2,0 e em 1991, de 3,9, superiores ao da Argentina (1986) e do Chile (1987), ambos com valores de 1,2, Estados Unidos (1987), de 1,4, entre outros (OPAS, 1990).

No sexo feminino, os dois municípios, apresentaram valores para a mortalidade por mil habitantes, em 1980 e 1991, de 0,8, tanto no Rio de Janeiro quanto em São Paulo, valores inferiores aos de El Salvador (1984), 1,2 e Equador (1987), 1,0; semelhantes aos da Colômbia (1984), 0,8 e superiores aos da Argentina (1986), 0,6; México (1986), 0,7; Chile (1987), 0,5 e Estados Unidos (1987), 0,5, entre outros (OPAS, 1990). Conclui-se que também para o sexo feminino, as duas capitais não demonstraram situação vantajosa.

Quanto às variações entre os sexos, elas são bastantes semelhantes às observadas naqueles países, chegando neles a ser duas a três vezes maiores. Mesmo assim, o Rio de Janeiro superou estes valores, apresentando, em 1980, uma relação masculino/feminino de 3,5:1, que em 1991 se eleva ainda mais (Tabela 5).

Somente Cuba, dentre os países que fornecem tais informações, exibe valores de 1,2:1, bastante próximos para os sexos, observando-se até uma pequena tendência de aumento entre as mulheres a partir de 1972 (Paneque, 1986).

4.3 A MORTALIDADE SEGUNDO CAUSAS

As Tabelas 6 e 7 mostram, respectivamente, para Rio de Janeiro e São Paulo, os números de óbitos segundo causas de morte, as Tabelas 8 e 9, os coeficientes segundo causas de morte e as Tabelas 10 e 11, a distribuição da mortalidade proporcional, segundo causas, nessas áreas. Conforme já salientado, as causas estão descritas segundo os Capítulos da CID-9.

- I. Doenças Infecciosas e Parasitárias (D.I.P.)
- II. Neoplasmas
- III. Doenças das Glândulas Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos Imunitários
- IV. Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoéticos
- V. Transtornos Mentais
- VI. Doenças do Sistema Nervoso e dos Órgãos dos Sentidos
- VII. Doenças do Aparelho Circulatório
- VIII. Doenças do Aparelho Respiratório
- IX. Doenças do Aparelho Digestivo
- X. Doenças do Aparelho Geniturinário
- XI. Complicações da Gravidez, do Parto e do Puerpério
- XII. Doenças da Pele e do Tecido Celular Subcutâneo
- XIII. Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo
- XIV. Anomalias Congênitas
- XV. Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal
- XVI. Sintomas, Sinais e Afecções Mal Definidas
- XVII. Lesões e Envenenamentos

Tabela 6- Número de óbitos por causa*, segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Município do Rio de Janeiro, 1930-1991

Ano/ Sexo	Total	Óbitos *																
Total		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII
1930	1.971	1.313	9	2	3	6	29	77	160	50	78	76	13	4	-	-	27	124
1940	2.539	1.456	26	8	13	9	36	154	230	90	57	66	11	12	3	-	85	283
1950	2.237	1.219	34	9	13	4	39	185	121	48	42	58	2	-	5	-	112	346
1960	1.446	332	69	4	10	10	11	178	52	44	13	39	-	-	8	-	131	545
1970	1.570	129	102	15	3	-	23	170	72	26	20	27	-	-	9	-	126	848
1980	1.846	48	85	20	4	3	48	123	63	38	18	18	-	9	11	-	106	1.252
1991	2.250	65	61	72	6	2	21	65	65	18	10	15	4	6	3	-	134	1.703
Masculino																		
1930	1.019	669	4	-	-	2	24	41	90	34	29	-	10	1	-	-	12	103
1940	1.279	690	13	4	5	2	24	82	126	61	24	-	4	8	2	-	41	193
1950	1.136	607	17	7	2	2	30	83	55	24	15	-	2	-	2	-	58	232
1960	813	159	28	2	5	10	9	55	28	29	9	-	-	-	6	-	65	408
1970	1.010	59	53	6	1	-	13	89	34	14	11	-	-	-	4	-	56	670
1980	1.423	26	52	8	2	1	29	70	31	22	8	-	-	2	4	-	58	1.110
1991	1.871	41	33	56	4	2	14	30	33	12	3	-	3	2	2	-	98	1.538
Feminino																		
1930	952	644	5	2	3	4	5	36	70	16	49	76	3	3	-	-	15	21
1940	1.260	766	13	4	8	7	12	72	104	29	33	66	7	4	1	-	44	90
1950	1.101	612	17	2	11	2	9	102	66	24	27	58	-	-	3	-	54	114
1960	633	173	41	2	5	-	2	123	24	15	4	39	-	-	2	-	66	137
1970	560	70	49	9	2	-	10	81	38	12	9	27	-	-	5	-	70	178
1980	423	22	33	12	2	2	19	53	32	16	10	18	-	7	7	-	48	142
1991	379	24	28	16	2	-	7	35	32	6	7	15	1	4	1	-	36	165

*Capítulos da CID-9

Fonte: Arquivo Nacional/ Ministério da Justiça

Secretaria de Estado de Saúde e Higiene do Rio de Janeiro

Tabela 7- Número de óbitos por causa*, segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Município de São Paulo, 1930-1991

Anos/ Sexo	Total	Óbitos																
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII
1930	1.016	476	12	1	5	1	35	62	101	54	46	42	8	3	1	-	51	118
1940	1.149	590	25	6	17	2	28	87	102	49	35	39	6	5	2	-	4	152
1950	1.207	434	56	9	7	-	30	164	46	43	36	29	-	-	4	-	95	254
1960	1.002	161	88	12	9	4	29	137	64	50	41	33	4	1	12	-	17	340
1970	1.580	108	91	3	8	-	55	141	82	37	41	31	-	-	20	-	139	824
1980	2.633	97	132	27	27	7	66	183	174	70	44	38	1	20	16	-	51	1.680
1991	4.119	106	135	300	11	14	72	146	154	56	14	36	2	5	11	-	37	3.020
Masculino																		
1930	512	227	3	-	1	-	21	30	59	26	19	-	7	3	-	-	27	89
1940	588	287	14	4	7	2	16	42	59	27	12	-	2	4	-	-	1	111
1950	660	224	34	3	2	-	17	92	21	21	19	-	-	-	2	-	50	175
1960	599	91	45	8	3	3	20	68	37	27	18	-	1	1	6	-	8	263
1970	1.029	65	53	1	4	-	32	80	46	15	19	-	-	-	10	-	64	640
1980	1.868	59	70	9	10	5	39	83	91	36	18	-	1	4	8	-	27	1.408
1991	3.405	60	83	228	7	7	43	86	98	30	4	-	1	3	8	-	26	2.721
Feminino																		
1930	504	249	9	1	4	1	14	32	42	28	27	42	1	-	1	-	24	29
1940	561	303	11	2	10	-	12	45	43	22	23	39	4	1	2	-	3	41
1950	547	210	22	6	5	-	13	72	25	22	17	29	-	-	2	-	45	79
1960	403	70	43	4	6	1	9	69	27	23	23	33	3	-	6	-	9	77
1970	551	43	38	2	4	-	23	61	36	22	22	31	-	-	10	-	75	184
1980	765	38	62	18	17	2	27	100	83	34	26	38	-	16	8	-	24	272
1991	714	46	52	72	4	7	29	60	56	26	10	36	1	2	3	-	11	299

* Capítulos da CID-9

Fonte: Arquivo Demográfico da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - FSEADE, São Paulo

Tabela 8 - Coeficientes de mortalidade*, segundo causa** e sexo, na faixa etária de 15 a 24 anos, Município do Rio de Janeiro, 1930 -1991

Ano/Sexo	Causas **																
Total	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII
1930	423,4	2,9	0,6	1,0	1,9	9,4	24,8	51,6	16,1	25,2	24,5	4,2	1,3	-	-	8,7	40,0
1940	409,7	7,3	2,3	3,7	2,5	10,1	43,3	64,7	25,3	16,0	18,6	3,1	3,4	0,8	-	23,9	79,6
1950	239,6	6,7	1,8	2,6	0,8	7,7	36,4	23,8	9,4	8,3	11,4	0,4	-	1,0	-	22,0	68,0
1960	57,0	11,8	0,7	1,7	1,7	1,9	30,6	8,9	7,6	2,2	6,7	-	-	1,4	-	22,5	93,6
1970	15,4	12,2	1,8	0,4	-	2,8	20,4	8,6	3,1	2,4	3,2	-	-	1,1	-	15,1	101,6
1980	4,6	8,2	1,9	0,4	0,3	4,6	11,8	6,1	3,7	1,7	1,7	-	0,9	1,1	-	10,2	120,6
1991	7,1	6,6	7,8	0,7	0,2	2,3	7,1	7,1	2,0	1,1	1,6	0,4	0,7	0,3	-	14,6	185,1
Masculino																	
1930	424,0	2,5	-	-	1,3	15,2	26,0	57,0	21,6	18,4	-	6,3	0,6	-	-	7,6	65,3
1940	399,7	7,5	2,3	2,9	1,2	13,9	47,5	73,0	35,3	13,9	-	2,3	4,6	1,2	-	23,7	111,8
1950	246,0	6,9	2,8	0,8	0,8	12,2	33,6	22,3	9,7	6,1	-	0,8	-	0,8	-	23,5	94,0
1960	57,4	10,1	0,7	1,8	3,6	3,3	19,9	10,1	10,5	3,3	-	-	-	2,2	-	23,5	147,4
1970	15,0	13,4	1,5	0,3	-	3,3	22,6	8,6	3,5	2,8	-	-	-	1,0	-	14,2	169,8
1980	5,1	10,2	1,6	0,4	0,2	5,7	13,8	6,1	4,3	1,6	-	-	0,4	0,8	-	11,4	218,3
1991	9,1	7,3	12,4	0,9	0,4	3,1	6,7	7,3	2,7	0,7	-	0,7	0,4	0,4	-	21,8	341,6
Feminino																	
1930	422,7	3,3	1,3	2,0	2,6	3,3	23,6	45,9	10,5	32,2	49,9	2,0	2,0	-	-	9,8	13,8
1940	419,1	7,1	2,2	4,4	3,8	6,6	39,4	56,9	15,9	18,1	36,1	3,8	2,2	0,5	-	24,1	49,2
1950	233,6	6,5	0,8	4,2	0,8	3,4	38,9	25,2	9,2	10,3	22,1	-	-	1,1	-	20,6	43,5
1960	56,6	13,4	0,7	1,6	-	0,7	40,3	7,9	4,9	1,3	12,8	-	-	0,7	-	21,6	44,8
1970	15,9	11,1	2,0	0,5	-	2,3	18,4	8,6	2,7	2,0	6,1	-	-	1,1	-	15,9	40,4
1980	4,2	6,2	2,3	0,4	0,4	3,6	10,0	6,0	3,0	1,9	3,4	-	1,3	1,3	-	9,1	26,8
1991	5,1	6,0	3,4	0,4	-	1,5	7,5	6,8	1,3	1,5	3,2	0,2	0,9	0,2	-	7,7	35,1

* por cem mil habitantes

** Capítulos da CID-9

Tabela 9 - Coeficientes de mortalidade*, segundo causa e sexo, na faixa etária de 15 a 24 anos, Município de São Paulo, 1930-1991**

Ano/Sexo	Causas**																
Total	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII
1930	234,7	5,9	0,5	2,5	0,5	17,3	30,6	49,8	26,6	22,7	20,7	3,9	1,5	0,5	-	25,1	58,2
1940	211,6	9,0	2,2	6,1	0,7	10,0	31,2	36,6	17,6	12,6	14,0	2,2	1,8	0,7	-	1,4	54,5
1950	91,3	11,8	1,9	1,5	-	6,3	34,5	9,7	9,0	7,6	6,1	-	-	0,8	-	20,0	53,4
1960	23,9	13,1	1,8	1,3	0,6	4,3	20,4	9,5	7,4	6,1	4,9	0,6	0,1	1,8	-	2,5	50,5
1970	9,1	7,7	0,3	0,7	-	4,6	11,9	6,9	3,1	3,5	2,6	-	-	1,7	-	11,7	69,5
1980	5,3	7,3	1,5	1,5	0,4	3,6	10,1	9,6	3,8	2,4	2,1	0,1	1,1	0,9	-	2,8	92,3
1991	6,0	7,6	17,0	0,6	0,8	4,1	8,3	8,7	3,2	0,8	2,0	0,1	0,3	0,6	-	2,1	170,7
Masculino																	
1930	230,0	3,0	-	1,0	-	21,3	30,4	59,8	26,3	19,3	-	7,1	3,0	-	-	27,4	90,2
1940	211,6	10,3	2,9	5,2	1,5	11,8	31,0	43,5	19,9	8,8	-	1,5	2,9	-	-	0,7	81,8
1950	97,8	14,8	1,3	0,9	-	7,4	40,2	9,2	9,2	8,3	-	-	-	0,9	-	21,8	76,4
1960	28,5	14,1	2,5	0,9	0,9	6,3	21,3	11,6	8,5	5,6	-	0,3	0,3	1,9	-	2,5	82,4
1970	11,4	9,3	0,2	0,7	-	5,6	14,0	8,0	2,6	3,3	-	-	-	1,7	-	11,2	111,9
1980	6,6	7,8	1,0	1,1	0,6	4,4	9,3	10,2	4,0	2,0	-	0,1	0,4	0,9	-	3,0	157,7
1991	6,9	9,6	26,3	0,8	0,8	5,0	9,9	11,3	3,5	0,5	-	0,1	0,3	0,9	-	3,0	313,3
Feminino																	
1930	239,0	8,6	1,0	3,8	1,0	13,4	30,7	40,3	26,9	25,9	40,3	1,0	-	1,0	-	23,0	27,8
1940	211,7	7,7	1,4	7,0	-	8,4	31,4	30,0	15,4	16,1	27,2	2,8	0,7	1,4	-	2,1	28,6
1950	85,3	8,9	2,4	2,0	-	5,3	29,2	10,2	8,9	6,9	11,8	-	-	0,8	-	18,3	32,1
1960	19,8	12,1	1,1	1,7	0,3	2,5	19,5	7,6	6,5	6,5	9,3	0,8	-	1,7	-	2,5	21,8
1970	7,0	6,2	0,3	0,7	-	3,8	9,9	5,9	3,6	3,6	5,1	-	-	1,6	-	12,2	30,0
1980	4,1	6,7	1,9	1,8	0,2	2,9	10,8	9,0	3,7	2,8	4,1	-	1,7	0,9	-	2,6	29,3
1991	5,1	5,8	8,0	0,4	0,8	3,2	6,7	6,2	2,9	1,1	4,0	0,1	0,2	0,3	-	1,2	33,2

* por cem mil habitantes

** Capítulos da CID-9

Tabela 10 - Mortalidade proporcional segundo causa* e sexo, na faixa etária de 15 a 24 anos, Município do Rio de Janeiro, 1930-1991

Ano/ Sexo	Total	Causas **																
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII
Total																		
1930	100	66,6	0,5	0,1	0,2	0,3	1,5	3,9	8,1	2,5	4,0	3,9	0,7	0,2	-	-	1,4	6,3
1940	100	57,3	1,0	0,3	0,5	0,4	1,4	6,1	9,1	3,5	2,2	2,6	0,4	0,5	0,1	-	3,3	11,1
1950	100	54,5	1,5	0,4	0,6	0,2	1,7	8,3	5,4	2,1	1,9	2,6	0,1	-	0,2	-	5,0	15,5
1960	100	13,8	5,3	0,3	0,8	0,8	0,9	13,8	4,0	3,4	1,0	3,0	-	-	0,6	-	10,1	42,2
1970	100	8,2	6,5	1,0	0,2	-	1,5	10,8	4,6	1,7	1,3	1,7	-	-	0,6	-	8,0	54,0
1980	100	2,6	4,6	1,1	0,2	0,2	2,6	6,7	3,4	2,1	1,0	1,0	-	0,5	0,6	-	5,7	67,8
1991	100	2,9	2,7	3,2	0,3	0,1	0,9	2,9	2,9	0,8	0,4	0,7	0,2	0,3	0,1	-	6,0	75,7
Masculino																		
1930	100	65,7	0,4	-	-	0,2	2,4	4,0	8,8	3,3	2,8	-	1,0	0,1	-	-	1,2	10,1
1940	100	53,9	1,0	0,3	0,4	0,2	1,9	6,4	9,9	4,8	1,9	-	0,3	0,6	0,2	-	3,2	15,1
1950	100	53,4	1,5	0,6	0,2	0,2	2,6	7,3	4,8	2,1	1,3	-	0,2	-	0,2	-	5,1	20,4
1960	100	4,4	4,1	0,3	0,7	1,5	1,3	8,0	4,1	4,2	1,3	-	-	-	0,9	-	9,5	59,6
1970	100	5,8	5,2	0,6	0,1	-	1,3	8,8	3,4	1,4	1,1	-	-	-	0,4	-	5,5	66,3
1980	100	1,8	3,7	0,6	0,1	0,1	2,0	4,9	2,2	1,5	0,6	-	-	0,1	0,3	-	4,1	78,0
1991	100	2,2	1,8	3,0	0,2	0,1	0,7	1,6	1,8	0,6	0,2	-	0,2	0,1	0,1	-	5,2	82,2
Feminino																		
1930	100	67,6	0,5	0,2	0,3	0,4	0,5	3,8	7,4	1,7	5,1	8,0	0,3	0,3	-	-	1,6	2,2
1940	100	60,8	1,0	0,3	0,6	0,6	1,0	5,7	8,3	2,3	2,6	5,2	0,6	0,3	0,1	-	3,5	7,1
1950	100	55,6	1,5	0,2	1,0	0,2	0,8	9,3	6,0	2,2	2,5	5,3	-	-	0,3	-	4,9	10,4
1960	100	24,5	6,7	0,3	0,8	-	0,3	20,2	3,9	2,5	0,7	6,4	-	-	0,3	-	10,8	22,5
1970	100	12,5	8,8	1,6	0,4	-	1,8	14,5	6,8	2,1	1,6	4,8	-	-	0,9	-	12,5	31,8
1980	100	5,2	7,8	2,8	0,5	0,5	4,5	12,5	7,6	3,8	2,4	4,3	-	1,7	1,7	-	11,3	33,6
1991	100	6,3	7,4	4,2	0,5	-	1,8	9,2	8,4	1,6	1,8	4,0	0,3	1,1	0,3	-	9,5	43,5

* Capítulos da CID-9

Tabela 11 - Mortalidade proporcional segundo causa* e sexo, na faixa etária de 15 a 24 anos, Município de São Paulo, 1930-1991

Ano/ Sexo	Total	Causas **																
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII
Total																		
1930	100	46,9	1,2	0,1	0,5	0,1	3,4	6,1	9,9	5,3	4,5	4,1	0,8	0,3	0,1	-	5,0	11,6
1940	100	51,3	2,2	0,5	1,5	0,2	2,4	7,6	8,9	4,3	3,0	3,4	0,5	0,4	0,2	-	0,3	13,2
1950	100	36,0	4,6	0,7	0,6	-	2,5	13,6	3,8	3,6	3,0	2,4	-	-	0,3	-	7,9	21,0
1960	100	16,1	8,8	1,2	0,9	0,4	2,9	13,7	6,4	5,0	4,1	3,3	0,4	0,1	1,2	-	1,7	33,9
1970	100	6,8	5,8	0,2	0,5	-	3,5	8,9	5,2	2,3	2,6	2,0	-	-	1,3	-	8,8	52,2
1980	100	3,7	5,0	1,0	1,0	0,3	2,5	7,0	6,6	2,7	1,7	1,4	0,0	0,8	0,6	-	1,9	63,8
1991	100	2,6	3,3	7,3	0,3	0,3	1,7	3,5	3,7	1,4	0,3	0,9	0,0	0,1	0,3	-	0,9	73,3
Masculino																		
1930	100	44,3	0,6	-	0,2	-	4,1	5,9	11,5	5,1	3,7	-	1,4	0,6	-	-	5,3	17,4
1940	100	48,8	2,4	0,7	1,2	0,3	2,7	7,1	10,0	4,6	2,0	-	0,3	0,7	-	-	0,2	18,9
1950	100	33,9	5,2	0,5	0,3	-	2,6	13,9	3,2	3,2	2,9	-	-	-	0,3	-	7,6	26,5
1960	100	15,2	7,5	1,3	0,5	0,5	3,3	11,4	6,2	4,5	3,0	-	0,2	0,2	1,0	-	1,3	43,9
1970	100	6,3	5,2	0,1	0,4	-	3,1	7,8	4,5	1,5	1,8	-	-	-	1,0	-	6,2	62,2
1980	100	3,2	3,7	0,5	0,5	0,3	2,1	4,4	4,9	1,9	1,0	-	0,1	0,2	0,4	-	1,4	75,4
1991	100	1,8	2,4	6,7	0,2	0,2	1,3	2,5	2,9	0,9	0,1	-	0,0	0,1	0,2	-	0,8	79,9
Feminino																		
1930	100	49,4	1,8	0,2	0,8	0,2	2,8	6,3	8,3	5,6	5,4	8,3	0,2	-	0,2	-	4,8	5,8
1940	100	54,0	2,0	0,4	1,8	-	2,1	8,0	7,7	3,9	4,1	7,0	0,7	0,2	0,4	-	0,5	7,3
1950	100	38,4	4,0	1,1	0,9	-	2,4	13,2	4,6	4,0	3,1	5,3	-	-	0,4	-	8,2	14,4
1960	100	17,4	10,7	1,0	1,5	0,2	2,2	17,1	6,7	5,7	5,7	8,2	0,7	-	1,5	-	2,2	19,1
1970	100	7,8	6,9	0,4	0,7	-	4,2	11,1	6,5	4,0	4,0	5,6	-	-	1,8	-	13,6	33,4
1980	100	5,0	8,1	2,4	2,2	0,3	3,5	13,1	10,8	4,4	3,4	5,0	-	2,1	1,0	-	3,1	35,6
1991	100	6,4	7,3	10,1	0,6	1,0	4,1	8,4	7,8	3,6	1,4	5,0	0,1	0,3	0,4	-	1,5	41,9

* Capítulos da CID-9

O Capítulo XVI referente aos Sintomas, Sinais e Afecções Mal Definidas ocupou, de fato, a partir de 1950 a 5^a, 4^a, 3^a e em 1991, a 2^a posição entre as causas de morte de jovens no Rio de Janeiro. Não foram porém consideradas na análise em conjunto, para que não fosse minimizada a posição que outros agrupamentos de causas, devidamente diagnosticadas, registradas e classificadas, assumiram ao longo do período considerado. As taxas de mortalidade por estas causas, no Rio de Janeiro, demonstraram a importância da ausência de

diagnósticos, ao longo do estudo, o que ainda persiste, embora, atualmente, as taxas por estas causas, cheguem a ser quase a metade do que foram durante os anos de 1940, 1950 e 1960 (Tabela 8), e este grupo represente apenas 6% de todas as causas de morte (Tabela 10), enquanto que nas estatísticas de mortalidade brasileiras, ele representa quase 20% das mortes (Ministério da Saúde, 1988).

As razões são as mais diversas e vão desde dificuldades de acesso aos meios diagnósticos necessários, carência de um fluxo adequado de informação entre as diversas instituições de saúde envolvidas, assim como desconhecimento, desinteresse e omissão do pessoal responsável nas diversas etapas da informação.

As causas de mortalidade maternas, Capítulo XI da CID, são analisadas à parte, na medida em que tais indicadores utilizam denominadores diferentes das outras causas, isto é, os nascidos vivos no ano.

Para os períodos considerados, o ordenamento dos grupos de causas está apresentado nas Tabelas 12 e 13, respectivamente para RJ e SP.

Tabela 12 - Posição dos coeficientes de mortalidade*, Município do Rio de Janeiro, 1930-1991

Posições/ Ano	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1991
1ª	D. I. P. 423,4	D. I. P. 409,7	D. I. P. 239,6	Causas Ext. 93,6	Causas Ext. 101,6	Causas Ext. 120,6	Causas Ext. 185,1
2ª	D. Ap. Resp. 51,6	Causas Ext. 79,6	Causas Ext. 68,0	D. I. P. 57,0	D. Ap. Circ. 20,4	D. Ap. Circ. 11,8	D. Glând. 7,8
3ª	Causas Ext. 40,0	D. Ap. Resp. 64,7	D. Ap. Circ. 36,4	D. Ap. Circ. 30,6	D. I. P. 15,4	Neoplasm 8,2	D. I. P. * 7,1
4ª	D. Ap. Genit. 25,2	D. Ap. Circ. 43,3	D. Ap. Resp. 23,8	Neoplasm 11,8	Neoplasm 12,2	D. Ap. Resp. 6,1	D. Ap. Circ. * 7,1
5ª	D. Ap. Circ. 24,8	D. Ap. Dig. 25,3	D. Ap. Dig. 9,4	D. Ap. Resp. 8,9	D. Ap. Resp. 8,6	DI P/ D.Ap.C. 4,6	D. Ap. Resp* 7,1

* por cem mil habitantes

Obs: Não foram considerados os capítulos dos Sintomas, Sinais e Afecções mal definidas e das Complicações da Gravidez, do Parto e do Puerpério.

Para São Paulo, ocorreram diferenças importantes quanto ao observado para as causas de morte não diagnosticadas no Rio de Janeiro. Apesar das oscilações apresentadas em determinados anos (Tabela 11), a mortalidade proporcional declina e representa, em 1991, apenas 0,9% de todas as mortes, o que indica melhor diagnóstico e melhor fluxo de informações sobre mortalidade, ou ambos.

Quanto ao posicionamento das causas, as Tabelas 12 e 13 mostram que, tanto em SP quanto no RJ, as DIP ocuparam o primeiro lugar até 1960, quando cederam lugar as causas externas.

Tabela 13 - Posição dos coeficientes de mortalidade, Município de São Paulo, 1930-1991

Posições/ Ano	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1991
1ª	D. I. P. 234,7	D. I. P. 211,6	D. I. P. 91,3	Causas Ext. 50,5	Causas Ext. 69,5	Causas Ext. 92,3	Causas Ext. 170,7
2ª	Causas Ext. 58,2	Causas Ext. 54,5	Causas Ext. 53,4	D. I. P. 23,9	D. Ap. Circ. 11,9	D. Ap. Circ. 10,1	D. Glând. 17,0
3ª	D. Ap. Resp. 49,8	D. Ap. Resp. 36,6	D. Ap. Circ. 34,5	D. Ap. Circ. 20,4	D. I. P. 9,1	D. Ap. Resp. 9,6	D. Ap. Resp. 8,7
4ª	D. Ap. Circ. 30,6	D. Ap. Circ. 31,2	Neoplasm 11,8	Neoplasm 13,1	Neoplasm 7,7	Neoplasm 7,3	D. Ap. Circ. 8,3
5ª	D. Ap. Dig. 26,6	D. Ap. Dig. 17,6	D. Ap. Resp. 9,7	D. Ap. Resp. 9,5	D. Ap. Resp. 6,9	D. I. P. 5,3	Neoplasm 7,6

*por cem mil habitant

Obs: Não foi considerado o capítulo dos Sintomas, Sinais e Afecções mal definidas.

Magalhães da Silveira (Mortalidade nas capitais brasileiras 1930-1980, 1984) estudando a mortalidade por todas as causas e faixas de idades, para os mesmos anos, mostrou que no Rio de Janeiro, as DIP foram, de 1930 a 1950, responsáveis pela maior proporção de óbitos, respectivamente, 44,0%, 41,5%, 32,9%. Aqui, estas proporções se mostraram ainda mais elevadas, respectivamente 66,6%, 57,3% e 54,5%. O que era de se esperar, pois as DIP sempre tiveram maior impacto sobre as faixas mais jovens, em períodos de mortalidade elevada. As maiores diferenças entre os dados para todas as idades, e os aqui levantados, são os momentos relativos às mudanças de perfil.

Enquanto para todas as idades as quedas se deram de forma mais lenta e o impacto sobre as DIP foi mais homogêneo, na faixa mais jovem, na década de 60, a velocidade de declínio foi acelerada (de 54,5% em 1950 passou a 13,8% em 1960) (Tabela 10). Para todas as idades, no estudo citado, as doenças do aparelho circulatório, já em 1960, superaram as DIP, ocupando a primeira posição entre as causas de morte. Na faixa de 15 a 24 anos, esta posição passou a ser das violências, seguindo o mesmo padrão observado neste trabalho, para os coeficientes.

Para São Paulo, a análise feita por Magalhães da Silveira, conduz a conclusões semelhantes, embora as taxas sejam menos elevadas que as do Rio de Janeiro e os declínios menos abruptos.

GRÁFICO 3 - Mortalidade proporcional por causa* no sexo masculino, faixa etária de 15 a 24 anos, Município do Rio de Janeiro, 1930-1991

*Capítulos da CID-9

Obs: Capítulo I = Doenças Infecciosas e Parasitárias

II = Neoplasmas

III = Doenças das Glândulas Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos Imunitários

VII = Doenças do Aparelho Circulatório

VIII = Doenças do Aparelho Respiratório

XVII = Class. Suplementar de Causas Externas

Naquele estudo, as causas externas representaram em 1980 uma proporção das mortes em todas as idades, nas duas capitais, menores do que as apresentadas para os jovens em 1930, enquanto as doenças do aparelho circulatório representam uma proporção de óbitos em todas as idades naquele ano semelhante aos causados pelas DIP em 1930.

GRÁFICO 3 - Mortalidade proporcional por causas* no sexo masculino, faixa etária de 15 a 24 anos, Município do Rio de Janeiro, 1930-1991

GRÁFICO 4 - Mortalidade proporcional por causa* no sexo feminino, faixa etária de 15 a 24 anos, Município do Rio de Janeiro, 1930-1991

*Capítulos da CID-9

Além das DIP e das causas externas, outros grupos que permaneceram entre os cinco primeiros, por todo o período, foram as doenças do aparelho circulatório e as doenças do aparelho respiratório. Também entre os principais, as doenças do aparelho digestivo e aparelho geniturinário não apareceram todos os anos, como pode ser visto através das Tabelas 12 e 13.

Tal fato se deu porque eles foram cedendo lugar aos neoplasmas. Estes por sua vez, no Rio de Janeiro, foram superados pelas doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários, o que em São Paulo ocorreu com as DIP.

GRÁFICO 5 - Mortalidade proporcional por causas* no sexo masculino, faixa etária de 15 a 24 anos, Município de São Paulo, 1930-1991

* Capítulos da CID-9

Quanto ao posicionamento destes outros grupos, que não as DIP e as causas externas, para o sexo masculino, no Rio de Janeiro (Gráfico 3), enquanto as DIP ocuparam a primeira posição, as outras causas eram mais evidentes; a medida que este lugar foi ocupado pelas causas externas, a proporção de óbitos atribuída a elas ficou cada vez menor. Tal não ocorreu com o sexo feminino (Gráfico 4), no qual as outras causas ampliaram sua participação.

Para São Paulo, no sexo masculino (Gráfico 5), observou-se padrão semelhante ao Rio de Janeiro, cabendo destacar a contribuição evidente do grupo das doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários, na mortalidade dos jovens em 1991. No sexo feminino (Gráfico 6), apesar da semelhança com o padrão exibido pela mortalidade proporcional no Rio de Janeiro, para o mesmo sexo, o posicionamento do último grupo mencionado, em 1991, foi ainda mais importante do que no sexo masculino, provavelmente porque nele as causas externas sejam por demais “competitivas”.

GRÁFICO 6 - Mortalidade proporcional por causa* no sexo feminino, faixa etária de 15 a 24 anos, Município de São Paulo, 1930-1991

*Capítulos da CID-9

Atualmente, das causas de morte de jovens em outros países das Américas, os acidentes e violências aparecem como primeira causa em ambos os sexos, sendo que em alguns destes causam mais de 50% destas mortes. Além destas, as doenças do aparelho circulatório, as causas maternas e as neoplasias estão entre os grupos de causas de morte mais freqüentes (OPAS, 1986).

4.3.1. DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

As doenças infecciosas e parasitárias no Rio de Janeiro ocuparam a primeira posição dentre as causas de morte até 1950, quando foram substituídas pelas causas externas. A taxa de mortalidade por esta causa decresceu ao longo do período 1930-91, em 98,3% (Tabela 8). Em São Paulo, as taxas decresceram em cerca de 97,4% (Tabela 9), assemelhando-se ao que ocorreu no Rio de Janeiro. Entretanto, em lugar da queda acentuada observada de 1930 a 1950 para o primeiro Município, ela é mais lenta e homogênea, provavelmente, pelo fato de os níveis iniciais observados em São Paulo, serem bem menos elevados, o que causou um menor impacto dos fatores determinantes da queda da mortalidade (Gráfico 7).

Estudo sobre a mortalidade em Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, no período 1953-78, por exemplo, já indicava a queda acentuada das mortes por doenças infecciosas, desde o início do período de observação, sendo que as doenças preveníveis por vacinas deixaram de aparecer como causa de morte, a partir de 1973 (Manço e Carvalheiro, 1982).

Quanto à mortalidade proporcional, as doenças infecciosas e parasitárias foram responsáveis por 66,6% das mortes no Rio de Janeiro em 1930, 57,3% em 1940 e 54,5% em 1950. Pela Tabela 10, vê-se que, até 1950, este grupo de doenças determinaram grande parte das mortes, sendo que no Rio de Janeiro, esta proporção foi bem maior que em São Paulo (Tabela 11). A partir daí até os últimos anos analisados, a proporção de óbitos por DIP, chegou a níveis muito baixos, inferiores aos observados por Mello Jorge para os adolescentes

do Brasil e de Cuba, em 1980 e 1986, que foram respectivamente, 8,7%, 8,0% , 4,5% e 3,9% (Mello Jorge, 1990).

Como citado acima, as taxas elevadas de doenças infecciosas e parasitárias observadas para o Rio de Janeiro, em 1930 (Tabela 8 e Gráfico 7) declinaram em todo o período, sendo que de 1930 a 1950 a queda foi de 43,4%, e de 1950 a 1980, de 97,0%. Apesar da queda da mortalidade por doenças infecciosas já vir sendo registrada anteriormente (Mortalidade nas capitais brasileiras/Radis, 1984), e em geral depender das melhorias das condições gerais de vida dos indivíduos, o impacto das tecnologias médicas curativas com o advento dos antibióticos e, preventivas, principalmente vacinas e quimioprolíficos, principalmente a partir de 1940, sobre este grupo de doenças, é acelerado e evidente em todo o período.

Entretanto, como descrito na parte introdutória deste estudo e rediscutido mais adiante, fatores relacionados ao processo de industrialização do país, urbanização, mudanças culturais, organização dos trabalhadores, exigência de reformas sociais e programas de saúde, entre outros, fazem parte do mesmo processo de mudanças dos padrões epidemiológicos aqui observados. A introdução de tecnologias na área da saúde, se deu neste contexto, e sob esta ótica deve ser descrito.

Na última década, ocorreu elevação de 54,3% da mortalidade por DIP, acompanhando o que foi observado para a mortalidade por todas as causas da última década (Tabela 3). A contribuição deste grupo de causas parece, entretanto, ter pouco reflexo neste novo padrão geral de mortalidade, embora possa indicar um retorno a determinadas situações adversas à saúde dos jovens, anteriormente sob controle. A investigação sobre a ocorrência de padrão semelhante nas faixas etárias mais baixas seria interessante.

GRÁFICO 7 - Coeficientes* de Mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, 1930 a 1991**

*por cem mil habitantes

** CID-9

Ainda para o Rio de Janeiro, quanto ao sexo (Tabela 8 e Gráfico 7), ao longo de todo o período não se observaram diferenças, quando os grandes grupos foram analisados. Viu-se apenas que de 1950 a 1960 o declínio da mortalidade por DIP foi mais lento entre as mulheres, possivelmente pela menor atenção dada à sua saúde, ou melhor pela discriminação, como cita Cortes-Majo (1990), ao estudar o padrão de mortalidade das mulheres em idade fértil, na Espanha, nas primeiras décadas do século XX. A autora excluiu do estudo, sucessivamente, a mortalidade materna e a mortalidade por tuberculose, consideradas “riscos competitivos” e

constatou que a mortalidade materna, por si só, não poderia ser responsabilizada pelo excesso de mortalidade da mulher nas décadas de 10 e 20, ou pelo padrão de mortalidade das mulheres em idade fértil durante a primeira metade do século. Assim, a discriminação, desde a infância, justificaria tal padrão.

Em nosso estudo observou-se que o padrão é exatamente o mesmo quando os casos de tuberculose pulmonar são enfocados ou então, pela existência de condições relacionadas à gravidez e ao parto associado às infecções cujas necessidades provavelmente foram muito mais lentamente atendidas.

Em São Paulo, a proporção de óbitos por DIP (Tabela 11) foi de 46,9%, em 1930, 51,3% em 1940 e 36,0% em 1950, declinando vertiginosamente a partir daí. As diferenças com o Rio de Janeiro (Tabela 10), neste período, se devem, principalmente, a uma proporção maior de mortes por doenças do aparelho circulatório e causas externas em São Paulo.

A partir de 1960, em ambas as capitais, as DIP cederam a posição que ocupavam até então, às causas externas, sendo que, a partir de 1970, São Paulo, apresentou uma proporção de óbitos por causas externa maior do que os elevados índices de DIP em 1930.

Embora quase sempre menores para o sexo feminino (Tabela 9 e Gráfico 7), a relação destas doenças, entre os sexos, na segunda capital analisada foi sempre muito próxima a 1. As observações feitas para o Rio de Janeiro, quanto as diferenças no declínio das doenças infecciosas, de 1950 e 1960, para os sexos, aqui não foram observadas, embora os óbitos por tuberculose fossem mais numerosos entre as mulheres até 1940. Tal fato sugere a existência de elementos mais favoráveis para a saúde destas em São Paulo, no período considerado.

Na observação dos grupos de causas ou rubricas das doenças infecciosas e parasitárias pela CID-Br, para os dois municípios, verifica-se que se destacaram as tuberculoses e as doenças infecciosas intestinais (Tabelas A-I, A-II, A-III e A-IV).

• TUBERCULOSE

No Rio de Janeiro, o grupo das tuberculosas, foi responsável por 83,6% das mortes por doenças infecciosas em 1930, 87,9% em 1940, 78,1% em 1950, 83,1% em 1960, e apesar do número de óbitos ser muito pequeno, a partir daí, ela ainda causou 71,3% deles em 1970, 45,8% em 1980 e 46,2%, em 1991, considerando-se a totalidade das mortes dos jovens.

A taxa de mortalidade por tuberculosas (Tabela 14) declinou em 99,1% no Rio de Janeiro, de 1930 a 1991. Em São Paulo, a queda foi de 98,6%, no mesmo período. A partir de 1950, principalmente, as quedas dos coeficientes foram acentuadas, em todos os períodos até 1980. Sua elevação em 1991 se deu em ambas as capitais, não sendo possível, entretanto, só através destes dados, dimensionar sua real importância.

Tabela 14 - Coeficientes* de mortalidade por tuberculosas, na faixa etária de 15 a 24 anos, Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, 1930-1991

<i>Local/Ano</i>	<i>Rio de Janeiro</i>	<i>São Paulo</i>
1930	354,0	178,0
1940	360,2	180,4
1950	187,1	82,5
1960	47,4	13,2
1970	11,0	4,1
1980	2,1	1,6
1991	3,3	2,5

*por cem mil habitantes.

A tuberculose pulmonar foi responsável por quase a totalidade destes casos (Tabela A-I e Gráfico 10). O sexo feminino sempre apresentou um percentual discretamente mais elevado, embora a relação entre os sexos fosse próximo a 1:1. Em São Paulo, as tuberculosas foram responsáveis por 75,8% das mortes por doenças infecciosas e parasitárias em 1930, 85,3% em 1940, 90,3% em 1950, 55,3% em 1960, 44,4% em 1970, 29,9% em 1980 e 41,51% em 1991 (Tabela A-II). Chama a atenção não só a importância da tuberculose, entre todas as outras infecciosas, ao longo de todo o período, como também, principalmente, mas não exclusivamente, para o Município de São Paulo, sua ascensão entre aquelas causas, no último ano considerado.

Sobre os possíveis motivos para tal fato, pode-se citar a importância atual da tuberculose em nosso meio, entre as doenças associadas à síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA/AIDS). Dalcomo e col. (1992) mostraram a associação entre tuberculose e AIDS no Rio de Janeiro, o que configura o impacto que a epidemia do vírus da imunodeficiência adquirida causa, e poderá vir a causar sobre as doenças infecciosas prevalentes em nosso meio, e em destaque a tuberculose.

Retornando à década de 30, período de início deste estudo, a tuberculose era assim apresenta nos jornais da época:

“A tuberculose é o maior flagelo do Rio”.

“Diz a Saúde Pública no seu boletim sanitário que esta é a moléstia que maior número de vítimas faz : 25. 699 pessoas morreram, nesta cidade, o ano passado, victimadas pela tuberculose”.

(*A tuberculose é o maior flagelo do Rio*, Diário de Notícias, 12.06.1930).

Comparativamente com as violências, que determinaram a magnitude da mortalidade dos jovens, na atualidade, o número de mortes atribuídas à tuberculose no ano de 1929, é muito semelhante, por exemplo, às mortes por homicídios atribuídas à guerrilha do sendero luminoso, na América Latina (Cidade maravilhosa, Veja, 1994). Ainda hoje, se aponta para a gravidade

da tuberculose, em nosso meio. “No Brasil ocorrem, a cada hora, aproximadamente dez casos novos de tuberculose e morrem quatorze doentes por dia” (Hijjar, 1992).

O impacto da quimioterapia determinou mudanças decisivas no perfil de mortalidade por tuberculose. Entretanto, este indicador é capaz de apontar as diferenças de contexto social entre as diversas regiões e localidades brasileiras, já que, a ocorrência desta morbidade, está fortemente associado a estas condições.

GRÁFICO 8 - Coeficientes* de mortalidade por tuberculose pulmonar, segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, 1930-1991

*por cem mil habitantes

Ao se trabalhar com o atestado de óbito dos três primeiros anos deste estudo, no Município do Rio de Janeiro, observou-se que grande parte das mortes por tuberculose era de indivíduos com profissões subalternas, principalmente operários, comerciários e militares, associadas à classe social de baixo poder aquisitivo, moradias e locais de trabalho insalubres, e

condições de nutrição insuficiente e inadequada. Estes dados sobre ocupação se referem aos indivíduos do sexo masculino. Nas mulheres só havia poucos registros de profissões, tais como de costureiras, arrumadeiras e de serviço doméstico em geral. Tais elementos reforçam a relação entre a gravidade da tuberculose e a estrutura social a que estavam submetidos aqueles indivíduos acometidos.

Um número importante de mortes, em 1930, por tuberculose pulmonar, entre outras infecções, além de mortes por afecções da gravidez, parto ou puerpério, como a eclâmpsia ou também associadas às infecções, era de pessoas internadas no Hospício Nacional dos Alienados (HNA), sendo algumas destas mortes atestadas por profissionais renomados da psiquiatria. Alguns poucos atestados, traziam uma outra patologia associada, do grupo dos transtornos mentais, como por exemplo, *psychose infecciosa*.

As causas infecciosas são, quase sempre, consideradas básicas e devem estar de tal forma registradas nos atestados de óbitos. Entretanto, os transtornos mentais deveriam constar como causas associadas porque são importantes como patologias que fazem parte da rede de causalidade que conduz ao óbito, mesmo que indiretamente. No caso destes pacientes internados, as condições eram tão adversas que, dificilmente, poderiam resistir às infecções prevalentes na época.

Corroboram para tal afirmativa os relatos sobre o Hospício Nacional dos Alienados (HNA). Este é originário do antigo Hospital Pedro II situado à Praia Vermelha, no Rio de Janeiro, fundado em 1852, e que por sua vez foi construído no terreno do Asilo Provisório, criado em 1841, para receber doentes mentais. O local onde estava situado o HNA veio a sediar a Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, posteriormente Federal do Rio de Janeiro. Já naquela época se denunciava a assistência desumana prestada aos doentes e os atos praticados contra “*os pobres alienados que saíam das casas fortes para as valas dos cemitérios, como se fossem vítimas de um ataque*” (Resende, 1987),

O autor cita os maus tratos, a falta de assistência médica, o abandono e a alta mortalidade dos doentes nos asilos psiquiátricos brasileiros.

"Pelos mesmos corredores por onde hoje transitam jovens estudantes, no passado, circulavam não só pacientes com reais problemas mentais, mas também a chamada "intelectualidade marginal". Não foi por outra razão que, como hospício, o prédio abrigou intelectuais famosos como o teatrólogo Qorpo Santo - introdutor do teatro do absurdo no Brasil -, o poeta Raul Leão, Ernesto Nazareth e João do Rio, e, na década de 20, Lima Barreto, alcohólatra, que sofria de alucinações mas sempre lúcido o bastante para escrever duas obras em sua passagem pelo manicômio".

Entretanto, o primeiro hospício da América Latina, representou também uma preocupação humanitária, qual seja, a de recolher os desvalidos que perambulavam pelas ruas e que a sociedade não tolerava mais ver jogados nos porões da Santa Casa, quando loucos mansos e maltratados nas prisões, quando loucos furiosos (*Hospício Pedro II*, O Globo, 1994).

- OUTRAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

O segundo grupo mais frequente entre as infecciosas e parasitárias foi o das doenças infecciosas intestinais, destacando-se dentro do grupo, as infecções intestinais mal definidas e a febre tifóide, que só apareceram nos primeiros períodos, até 1950, e ainda assim com frequências muito pequenas, quando comparadas às da tuberculose. Os maiores coeficientes foram observados em 1930 (Tabela 15).

Tabela 15 - Coeficientes* de mortalidade por doenças infecciosas intestinais, na faixa etária de 15 a 24 anos, Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, 1930-1991

<i>Local/Ano</i>	<i>Rio de Janeiro</i>	<i>São Paulo</i>
1930	39,7	26,1
1940	20,3	12,9
1950	10,6	1,9
1960	1,9	1,2
1970	0,6	0,8
1980	0,4	0,3
1991	0,1	0,3

*por cem mil habitantes.

Outros óbitos por doenças infecciosas registrados (Tabelas A-I e A-II), foram os de malária até 1940, varíola até 1960 e poliomielite aguda até 1970, no Rio de Janeiro. Em São Paulo, ocorreram casos de óbitos por poliomielite e varíola em 1960. Nos dois municípios os coeficientes foram muito baixos (Tabelas A-III e A-IV), embora seja importante lembrar que as faixas etárias estudadas não são aquelas em que se observa maior frequência das doenças imunopreviníveis. Cabe lembrar também que foi no Rio de Janeiro o aparecimento do último caso de varíola registrado no Brasil, em abril de 1971 (Ogden, 1987). Assim, não é de se espantar que fossem registrados óbitos na década de 60.

Ainda no mesmo grupo, destacou-se a sífilis entre os óbitos por doenças venéreas (89,47% em 1930 e 100% em 1940 e 1950), embora as taxas fossem também muito baixas. Da mesma forma, a septicemia, que no Rio, em 1930, se apresentava com coeficientes bem menores que os de São Paulo (4,2 e 10,8 por cem mil habitantes), em 1991, exibiu um

coeficiente ascendente em relação aos anos anteriores, embora baixo (2,3 por cem mil habitantes) e maior que o de São Paulo (0,9 por cem mil habitantes).

Doenças de comportamento epidêmico, que surgiram em períodos intercensitários, como a meningite meningocócica, no período de 1971 a 1974 a nível nacional, não puderam ser detectadas aqui, já que este estudo só utilizou dados dos anos de final zero, exceto o ano 1991, como já exposto.

Neste estudo, a infecção meningocócica em São Paulo, apresentou valores mais elevados nos anos de 1930 e 1950 (1,5 e 1,3 por cem mil habitantes respectivamente) (Gráfico 9). Em 1945 ocorreu uma epidemia da moléstia que perdurou até 1951. Existem relatos de registros dos casos na Seção de Epidemiologia e Profilaxia Gerais do Departamento de Saúde da Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social de São Paulo (Iversson, 1976).

GRÁFICO 9 - Coeficientes* de mortalidade por infecção meningocócica, faixa etária de 15 a 24 anos, Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, 1930-1991

*por cem mil habitantes

Para entender o perfil de doenças infecciosas observado na década de 30 e nas seguintes, é necessário voltar no tempo e ao contexto em que elas se deram, assim como às políticas sanitárias vigentes na época, durante os períodos antecedentes e nos que se seguiram.

As grandes epidemias de DIP já estavam em grande parte controladas nas cidades, no ano de 1930, período inicial abordado neste estudo. Eram doenças evitáveis por imunização e controle do meio ambiente em sua maioria, que não exigiam grandes mudanças de estrutura social e econômica para seu combate.

Os determinantes destas mudanças de perfil nas primeiras décadas deste século, e o possível ressurgimento de algumas dessas doenças, se encontram na história econômica e social dos períodos anteriores e simultâneos a este trabalho. Interessante também é verificar que, mesmo vivenciando o declínio cada vez acentuado das doenças infecciosas e parasitárias, algumas destas persistiram, por exigir medidas muito mais abrangentes, que nunca foram cogitadas em quaisquer políticas em vigor naquele momento.

No mundo, a queda das doenças infecciosas e do padrão de mortalidade causado por elas foram, não só conseqüentes às mudanças estruturais das sociedades, quanto resultantes de medidas concretas de controle do meio.

Como cita Bichat (1979),

“A luta contra as doenças epidêmicas no início da Revolução Industrial na Inglaterra; o abastecimento higiênico de água às comunidades, facilitado pela produção dos tubos de ferro; o destino adequado dos dejetos e do lixo; a atenção dispensada à maternidade e à criança, resultaram nesses países níveis de saúde satisfatórios”.

Conclui o autor que os êxitos obtidos nem sempre foram bem apreendidos pelos países em desenvolvimento, que não souberam definir ou implementar suas necessidades. Na realidade, o empenho em solucionar os problemas de saúde, que não fossem aqueles que

atingiam os interesses dos que detinham o poder de formular as políticas públicas, e em particular as de saúde, foi sempre postergado em nosso país.

Assim, até a metade do século passado, se destacam principalmente três momentos: primeiro, o da primeira organização nacional de saúde pública no Brasil, propriamente, que surgiu em 1808, no contexto da vinda da Corte para o Brasil, no reinado de D. João VI; segundo, a promulgação, em 1828, da lei de municipalização dos serviços de saúde, entre eles a inspeção de saúde pública dos portos e terceiro, a criação em 1846 do Instituto Vaccínico do Império. Pode-se resumir as atividades de saúde pública até 1850 em: delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais, controle de embarcações e saúde dos portos, autoridades vacinadoras contra a varíola (Bichat, 1979).

Em 1851, se regulamentou a lei de criação da Junta de Higiene Pública, com as atribuições de executar a política médica das embarcações, boticas, mercados, entre outras e o autor comenta que, embora o interesse primordial da instituição deste programa pudesse ser o atendimento do estado sanitário da capital do Império, após a proclamação da República, o Rio de Janeiro continuava a ser *“um local onde campeavam as doenças pestilenciais”*. Variola, malária, febre amarela e posteriormente a peste, que entrava pelo porto de Santos, assim como a alta mortalidade de tuberculose, traziam conseqüências funestas sobre o intercâmbio comercial do Brasil, país fornecedor de matéria prima.

Engel (1989), ao comentar a produção científica dos médicos do período de 1845 a 1890, faz as seguintes referências sobre o Rio de Janeiro,

“uma cidade doente, que, a medida que crescia social, econômica e espacialmente, mais sofria com a precariedade das condições de higiene pública. Eram agravantes, a teoria dos miasmas, sendo a cidade considerada “matadouro”, segundo o ponto de vista médico, o sistema de água e de esgotos precário, lixo acumulado nas ruas, os mangues, os pântanos, os cortiços, os casebres nos morros de Santo Antonio e Castelo, os casarões coloniais, entre outros.”

Neste contexto de cidade doente, a prostituição era também identificada como problema de saúde pública ao ser apontada como causadora da sífilis. O mesmo autor, citando Macedo (1869), descreve,

“é a contagiosidade que tem tornado a sífilis o mais pertinaz e cruel flagelo das grandes cidades, flagelo mais terrível que o da peste, pois esta, rodeada por todo o aparato da morte, com suas rápidas devastações, difunde pânico e terror por entre a humanidade, e aquela, folgando entre prazeres, e disfarçada com os atrativos do amor, vaga pelo meio das cidades, se entende com o coração do homem, a quem afaga e seduz para lançá-lo depois nos braços da morte ou da miséria”.

O clima passional, pecaminoso e preconceituoso que cercava a sífilis, e que ainda hoje cerca as doenças sexualmente transmissíveis, em geral, foi uma séria barreira para que se pudesse tentar deter aquele grave problema de Saúde Pública, que atingia com maior frequência os jovens. Também em São Paulo, no período de 1885-1889, com a intensificação do processo migratório, surgiram as epidemias de febre amarela e as doenças trazidas pelos imigrantes, atraídos para o mercado brasileiro pela escassez de mão-de-obra local, tais como cólera, escarlatina e tifo (Costa, 1986).

Na economia capitalista exportadora cafeeira, que é dominante no final do século XIX e primeiras décadas do século XX, é que *“a saúde surge como questão social”*, como descreve Souza Braga (1986), sendo abordada pelas suas determinações urbanas ou rurais, as condições próprias do mercado e do processo de trabalho, assim como pelo papel que o Estado deveria desempenhar. Estas condições, apesar de serem adversas a toda população, e não somente aos jovens, é sobre esses que espelham seu maior reflexo.

Com isto surgiram as políticas públicas do início do século XX com seu caráter higienista. Eram prioridades, o saneamento dos portos e núcleos urbanos, como Rio de Janeiro, São Paulo e Santos, eixo comercial-financeiro exportador e do capital industrial emergente. Como cita o mesmo autor, eram necessárias, portanto, condições sanitárias

mínimas indispensáveis não só às relações de comércio exterior, como também o sucesso da política de imigração, para concretização de um programa capitalista.

No período de combate intensivo às epidemias e doenças endêmicas, promovido entre 1897 e 1918, Emílio Ribas, nomeado inspetor sanitário, pretendeu sanear as cidades do Estado de São Paulo ligadas à expansão cafeeira, combatendo a febre amarela nas áreas dos trabalhadores italianos recém-chegados (Costa, 1986). É interessante ressaltar, como diz o autor, que certas doenças foram prontamente concebidas como prioridade, como é o caso da febre amarela, da peste e da varíola e em certas regiões, a malária. Data do final do século o surgimento dos Institutos de Pesquisa em Microbiologia, como por exemplo, o Instituto Bacteriológico de São Paulo, criado em 1892 e dirigido por Adolfo Lutz e, em 1900, o Instituto de Manguinhos, sob a direção de Oswaldo Cruz.

No governo Rodrigues Alves (1902-1906), (Silva, 1988), a saúde pública foi entregue à orientação deste último pesquisador, que reformulou a organização sanitária brasileira, ao mesmo tempo que, em São Paulo, surgiam também os trabalhos desenvolvidos pela equipe de Emílio Ribas e Vital Brasil.

Com a reforma de Oswaldo Cruz, serviços como o de profilaxia da Febre Amarela iriam revolucionar os métodos de ação sanitária (Bichat, 1979). Além da febre amarela, foram empreendidas lutas também contra a peste bubônica e a varíola, doenças que matavam aos milhares. Estas iniciativas não ocorreram sem reação popular. A lei da vacinação obrigatória contra a varíola (1904) foi considerada “violação do lar” pela opinião pública.

Na realidade, afluía o descontentamento da população com o processo de urbanização, com o quadro de desemprego, falta de moradia, miséria, violência e o autoritarismo com que o governo brasileiro atuava (Merhy, 1992). Após a “Revolta das Vacinas”, (Sevcenko, 1984), o regulamento foi modificado, tornando-a não obrigatória.

Entretanto, a tuberculose é um exemplo de doença que apresentava mortalidade bastante elevada, durante as primeiras décadas do século XX, e não era devidamente considerada. Isto

ocorria por ela não ser identificada como séria ameaça às relações de produção vigentes e não ser caracterizada como transmissível, isto é, aquela que poderia atingir indiscriminadamente qualquer classe.

O perfil de mortalidade que é observado em 1930 mostra exatamente a magnitude que a tuberculose toma como produtora de mortes, em comparação com todas as outras do mesmo grupo que já não se destacavam, embora exibissem habitualmente maior mortalidade.

Antes das campanhas sanitárias, para atender os interesses de saneamento do setor agro-exportador, já aparecia como prioridade a remodelação da estrutura colonial do Rio de Janeiro (Costa, 1986). O governo de Rodrigues Alves se caracterizou, segundo Silva (1988), pela preocupação com um “processo de modernização e urbanização da cidade do Rio de Janeiro, então Capital Federal. Este processo foi conduzido pelo prefeito Pereira Passos através de desapropriações e demolições, atingindo diretamente a população pobre da cidade, repelida então para a periferia”.

Na realidade, o Rio de Janeiro, diferentemente de São Paulo, não aproveitou as oportunidades de industrialização, preocupada com serviços de obras para a cidade, priorizando atividades especulativas. São Paulo, aproveitou a farta mão de obra barata, depois da escravidão, ajudando o setor privado para movimentar a máquina da economia a favor de suas elites. A divisão entre as zonas sul “rica” e norte “pobre” do Rio de Janeiro, também se deu no final do século passado. As reformas da cidade expulsaram milhares de trabalhadores para terrenos baldios em morros vizinhos, originando as favelas. Já São Paulo, espalhou a população trabalhadora para loteamentos nas regiões periféricas, embora também desprovidos de infra-estrutura (*Estratégia da elite*, O Estado de São Paulo, 31.08.1993).

Tais fatos influíram fortemente sobre os graves problemas de Saúde Pública que atingiram sobremaneira as populações jovens, objeto de nosso estudo, não só quanto ao perfil das DIP, quanto, mais tarde, de outros agravos à saúde, como as violências.

Verifica-se que as doenças infecciosas apresentaram declínio mais abrupto e mais homogêneo, como mostram os dados deste trabalho, na cidade de São Paulo. A tuberculose, particularmente, apresentou níveis mais elevados e ainda crescentes, nos primeiros dois anos estudados, no Rio de Janeiro, enquanto o declínio é constante e homogêneo em São Paulo, desde 1930. O impacto da mortalidade por esta doença, é particularmente importante entre os jovens, submetidos não só a condições precárias de moradia, como também, desemprego e marginalidade. As outras doenças infecciosas como as infecções intestinais, até 1950, se destacaram também no Rio de Janeiro.

Este quadro parece indicar, em resumo, que as condições sanitárias eram piores para a população do Rio de Janeiro, e que mesmo as medidas de controle aplicadas à capital do Império, no começo do século, não tiveram impacto tão rápido e bem sucedido, a não ser as de controle vacinal obrigatório. O processo de modernização que a cidade sofreu, para também fazer frente à insalubridade já detectada, empurrou as populações menos privilegiadas, para um processo de “favelização”, que propiciou e intensificou ainda mais os processos mórbidos anteriormente existentes.

Não se quer dizer com isto que a situação sanitária de São Paulo fosse adequada, só é possível afirmar que era menos inóspita, pois a mortalidade pelas doenças infecciosas nestes primeiros períodos do século XX era também muito elevada nessa capital. O agravamento da crise econômica do pós primeira guerra mundial, com recessão e degradação das condições de vida principalmente das classes populares, havia determinado, a partir da segunda década do século, o aumento da mortalidade infantil, detectada nos subúrbios de São Paulo (Costa, 1986), além do crescimento das mortes por tuberculose.

Ao longo do estudo, verificou-se a persistência de casos, embora em níveis muito baixos, mesmo de doenças controláveis através de imunização, como a varíola e o tétano, assim como de outras como a malária e meningites, o que significa que as medidas sanitárias não mantiveram a rotina necessária ao seu controle ou mesmo erradicação, como no caso da

variola, o que poderia ter ocorrido a partir dos empreendimentos dos sanitaristas do começo do século.

A partir de 1918, a epidemia de gripe que assolou a Europa, veio a agravar a situação vigente, demonstrando a incapacidade dos serviços de saúde pública de fazer frente a tal catástrofe, que dizimou milhares de pessoas no Rio de Janeiro e em São Paulo. Ocorreu então a ascensão de Carlos Chagas.

Na realidade, (Braga e Paula, 1986), os limites das ações de saúde pública eram, em todo este período, o baixo patamar de conhecimento científico e tecnológico na área da saúde, um baixo poder de pressão dos setores assalariados, naquela primeira fase capitalista, e estreitas bases sociais e financeiras do estado, incapaz de responder as demandas sociais.

A expansão da acumulação cafeeira mais acelerada, a partir de 1918, recolocou uma nova demanda de mão-de-obra e um novo fluxo migratório interno e externo. São destas épocas algumas medidas oficiais de controle e regulamentação do mercado de trabalho, embrião de um esquema previdenciário.

É este outro importante marco para a saúde pública, “A Reforma Carlos Chagas” que, em 1920, reorganizou os serviços de saúde pública, criando o Departamento Nacional de Saúde Pública. Este é um momento de grave crise do Estado e da sociedade brasileira, através da deterioração do padrão exportador capitalista. A saúde pública cresce como questão social no Brasil (Braga e Paula, 1986), e se expande para o país e começa a ser considerada responsabilidade do Estado. Neste momento (Costa, 1986), surgem as diretorias grupando atividades específicas, propaganda e educação sanitária na técnica rotineira de ação.

No lugar dos critérios fiscais e policiais até então utilizados, surgiram órgãos especializados de luta contra a tuberculose, doença relevante neste estudo por ter impacto acentuado sobre a mortalidade dos jovens, assim como relacionados a outras doenças prevalentes tais como a hanseníase e doenças venéreas.

A partir de 1930, a questão saúde se tornou parte da problemática do poder pela necessidade de ampliação das bases sociais, ganhando, um pouco mais tarde, respaldo econômico (Braga e Paula, 1986). Assim, o período inicial abordado neste estudo foi aquele em que uma política nacional de saúde acompanhava o processo de industrialização, que passava a tomar corpo, movido pelo capital industrial. Um Estado mais autônomo, não mais dominado pela burguesia cafeeira, avançando nas políticas sociais nacionais em relação à classe trabalhadora; embora contraditório, cerceado pela limitação de suas bases financeiras e enfrentando a disputa das oligarquias pelo seu controle, é o quadro do período.

Em 1930, foi criado o Ministério de Educação e Saúde; a centralização característica da Revolução de 30, assim também se expressou no campo da saúde. Em 1934, Getúlio Vargas foi nomeado Presidente da República, promulgou-se a nova Constituição e em 35, retornou-se à prática das campanhas sanitárias.

“A transição que marcou a passagem das ações políticas da oligarquia até a constituição das práticas políticas do populismo- sob sua versão paulista do ademarismo, na direção da formação de uma sociedade urbano-industrial - fez-se através da organização de uma ação estatal, que centrada no papel decisivo, e decisório, do poder executivo - particularmente ao nível federal - acabou por construir uma nova forma de relação entre o poder político e os setores populares urbanos” (Merhy, 1992)

No campo da saúde pública, como cita o autor, construiu-se uma forma de intervenção que permitiu a incorporação de massas urbanas a um evidente processo de ampliação da presença do Estado em suas vidas, como a extensão da rede de serviços públicos.

A partir daí, não só com os programas específicos de saúde pública, mas também com as mudanças sociais do período é que se iniciou concretamente a transição epidemiológica, que teve novo impulso a partir da década de 50 (momento de inflexão da economia e do reaparelhamento do Estado), como é evidenciado pelo perfil das doenças infecciosas neste estudo, para os jovens.

A saúde atingiu e consolidou a sua estrutura definitiva. Em 1953, o Departamento Nacional de Saúde (estrutura básica do Ministério da Saúde), passou a ser composto pelos Serviços Nacionais de Tuberculose, de Peste, de Malária, de Lepra, de Câncer e de Doenças Mentais, entre outros.

Apesar de todos estes avanços, havia um pano de fundo, em grande parte das propostas de saúde no período da Segunda Guerra Mundial: a premissa de que, eliminando-se a doença, eliminava-se a pobreza (pensamento predominante entre os sanitaristas da época) (Braga, 1986). Um bom exemplo disto é, como cita o autor, a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) para combater estrategicamente a malária e a febre amarela entre os trabalhadores da produção de borracha na Amazônia e do manganês no Vale do Rio Doce, que irá se mostrar inadequado aos objetivos propostos.

Estes programas específicos, ao serem implementados, podem ter sido decisivos para as mudanças observadas neste estudo, do perfil das doenças infecciosas intestinais, destacando-se as diarreias não especificadas e a febre tifóide. Em São Paulo, desde a década de 40, as quedas nas taxas já evidenciavam mudanças, que só foram visíveis para o Rio de Janeiro na década de 50.

É de conhecimento geral que as melhores condições de saneamento básico, em expansão no país nas últimas décadas, determinaram grandes mudanças no padrão das doenças cuja veiculação se dá através da água e dejetos. Os reflexos das políticas de Saúde Pública entre 1940 e 1960 são também evidenciados nas quedas da mortalidade por doenças do aparelho digestivo, que correspondem, em grande parte, às doenças infecciosas que eram anteriormente classificadas como pertencentes ao grupo das primeiras mencionadas, como também na mortalidade em geral.

Quanto ao impacto destes programas, nesse período, e nos subsequentes, é importante ressaltar que se refletem particularmente na periferia e favelas das grandes cidades tais como Rio de Janeiro e São Paulo. Esta distribuição, entretanto, nunca foi e não é homogênea, em termos de regiões e dos domicílios dos mais ricos e mais pobres. Dados mais recentes, de que

podemos lançar mão, indicam que, enquanto o abastecimento de água estava praticamente generalizado pela população urbana, alcançando 90% do total, nas áreas rurais não chegava a atingir 16% (IBGE, 1990). Dos domicílios urbanos, das pessoas cuja faixa de rendimentos era de até 1 salário mínimo mensal, só 33,7% tinha destino adequado para os dejetos e 52,4% eram ligados à rede geral de água, com canalização interna. Para os domicílios de pessoas na faixa de renda mais elevada (mais de 10 salários mínimos), a proporção era de 90% e 95% respectivamente.

Os pontos fundamentais da Política Sanitária, da época, foram definidos em 1954, ao se aprovar as "Normas Gerais sobre Defesa e Proteção à Saúde", regulamentada mais tarde, em 1961, quando se instituiu então o Código Nacional de Saúde, a primeira tentativa de organização de um Sistema Nacional de Saúde. Entretanto, as conveniências políticas de interesses pessoais, como ainda destaca Braga (1986), foram sempre norteadores de tal estruturação.

Entre 1956 e 1964, os gastos com o setor saúde, em especial com as medidas de saúde coletiva foram promissoras, embora já houvesse a indicação de declínio de despesas. Entre 1961 e 1964, o Ministério da Saúde teve a sua melhor participação no Orçamento Global da União (Braga, 1986) com restrição subsequente.

"Quando se dá a entrada do Brasil na etapa de acumulação industrial, ou seja, a formação no interior da economia de um setor de produção de bens de capital inter-relacionado com a diversificação do consumo, dá-se também a constituição capitalista de um setor de atenção à saúde, em que a produção privada de bens e serviços é crescente e aceleradamente financiada pelo Estado, via arrecadação previdenciária".

Graves problemas surgiram deste sistema de capitalização, na relação entre despesa e receita, pela escassez de capital e a insuficiência dos rendimentos das aplicações, tornando inviável qualquer investimento, a partir da década de 60. A pressão para elevar os gastos com

assistência médica era crescente e dependente das pressões das categorias de trabalhadores, o sistema já não mais responde a estas demandas.

Gerou-se, a partir daí, crise geral da estrutura do setor saúde, originando uma reforma previdenciária que, em sentido geral, teve como consequência ampla predominância da empresa privada no setor (expansão da rede hospitalar privado-lucrativa, e das indústrias farmacêuticas multinacionais), tecnificação e assalariamento médico, aumento da contribuição da previdência e expansão da cobertura, unificação dos institutos previdenciários. As medidas de saúde coletiva foram cada vez mais desconsideradas, tal situação se perpetuando pelas décadas seguintes.

A grande maioria da população brasileira só poderia ter acesso à assistência hospitalar privatizada, que utilizava, cada vez mais, tecnologia sofisticada e cara, através das unidades estatais previdenciárias de saúde.

Na realidade, como reflete Merhy (1992), em sua análise sobre o processo histórico-social da Saúde Pública em São Paulo,

“ao penetrar este processo, deve-se buscar a compreensão do porquê as opções políticas permitiram, em dados momentos, compor um tipo de gasto público onde antes não havia nem orçamentação para isto, como ocorreu, por exemplo, no caso da emergência das ações sanitárias, no começo da República, em São Paulo e por que, em outros casos, restringiram este gasto até o “sucateamento” das instituições do setor”

Esta reflexão conduz à hipótese de que, mesmo que haja sido superada uma situação sanitária típica de regiões subdesenvolvidas, nas capitais estudadas, e que nada indique um retorno de padrões observados nos primeiros anos estudados, já que existem hoje mecanismos de controle destas doenças que se mantém eficazes, a expectativa de um retrocesso, mesmo que pequeno, nos padrões de mortalidade pode vir a se concretizar.

As causas mais evidentes seriam tanto as crises econômico-sociais vividas durante todos os períodos posteriores aos momentos mais importantes de implementação dos programas de Saúde Pública ou, diretamente à assistência médica-hospitalar insuficiente e ineficaz, ou ambas.

Para que tal raciocínio se traduza em hipótese são necessários mais elementos que possam fortalecê-lo, tais como dados sobre letalidade, assim como a análise de outros grupos de causas que vieram a ocupar o espaço das tão comumente denominadas “doenças da pobreza e do subdesenvolvimento”, como é comentado mais adiante.

Em suma, as DIP, problema de saúde pública, que durante os anos deste estudo atingiam não só as populações jovens, mas que se tornavam extremamente graves neste grupo, eram conseqüentes às carências sociais, que dizem respeito à qualidade de vida, como também àquelas relacionadas estritamente ao setor saúde. Entre elas o acesso à assistência médica em geral, e em especial às tecnologias médicas, como os tratamentos pela antibioticoterapia e à quimioterapia, que eram, naqueles períodos, ausentes ou parciais. A contribuição deste setor foi inegavelmente decisiva ao combate das DIP. Cabe, entretanto, apontar os elementos decisivos para que tal processo fosse factível.

Atualmente, apesar dos grandes avanços do conhecimento na área da saúde e das novas e sofisticadas tecnologias emergentes, uma grave crise no setor da saúde pública, de proporções ainda não adequadamente mensuradas, pode colocar em risco os avanços obtidos.

Os agravos atuais à saúde dos jovens, as violências, na maioria das vezes nem requerem assistência médica, é bem verdade, já que os indivíduos não sobrevivem para recebê-la. Entretanto, existe uma parcela importante que só sobrevive às custas do funcionamento adequado dos serviços de emergência do setor público. Além disto, estimativas indicam, como já citado, que para cada pessoa que morre por acidentes, dez outras, em média, apresentam ferimentos graves (OPAS, 1990). De qualquer forma, a freqüência cada vez maior de casos de DIP, associados à AIDS e, um pequeno recrudescimento das doenças infecciosas no grupo estudado, já são por si só preocupantes.

4.3.2 NEOPLASMAS

A etiologia das neoplasias é ainda em parte desconhecida. Atualmente, entretanto, a maioria dos casos é prevenível ou controlável por medidas de diagnóstico precoce e terapêutica eficaz, que dependem de programas de educação para a saúde e serviços de assistência nos diversos níveis de atenção. Os neoplasmas são a segunda causa de morte nos países desenvolvidos, por todas as idades, superados apenas pelas Doenças do Aparelho Circulatório. Na faixa etária em estudo, as taxas de mortalidade por estas causas são pouco elevadas, embora sua importância deva ser considerada..

Neste trabalho os neoplasmas passaram a ocupar posição mais destacada como causas de morte, à medida que as DIP declinaram. Nos primeiros anos abordados, a falta de conhecimento científico geral, e em especial sobre diagnóstico e terapêutica para este grupo de patologias era muito grande. No Rio de Janeiro, óbitos por Neoplasmas, ocupando posição entre as cinco primeiras causas de morte, são observados pela primeira vez em 1960 (Tabela 12).

Naquele ano e em 1970, eles ocuparam a quarta posição entre os grupos de causas. Em 1980, subiram para a terceira posição e, em 1991, já não eram encontrados entre os cinco principais grupos, cedendo lugar às doenças infecciosas e parasitárias e às doenças das glândulas endócrinas, nutrição, metabolismo e transtornos imunitários, principalmente às causas das tuberculoses, da septicemia e, provavelmente³ da AIDS. Os maiores coeficientes

³ A Lista Brasileira não discrimina os óbitos pela síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA/AIDS), que até o presente momento se acham incluídos entre as categorias da rubrica das Doenças das Glândulas Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos Imunitários.

foram observados nos anos de 1960 a 1970 e, com exceção das leucemias, que se destacaram, as frequências observadas estavam igualmente distribuídas em um amplo espectro de tumores malignos. Os coeficientes foram mais elevados para o sexo feminino apenas em 1930 e 1960, com uma relação entre os óbitos masculinos e femininos de apenas 1:1,3 em ambos os períodos (Tabela 8).

Em São Paulo, de 1950, quando apareceram pela primeira vez, entre os cinco principais grupos de morte até 1980, os neoplasmas ocuparam a quarta posição (Tabela 13). Em 1991, eles foram observados no quinto posto, quando o Capítulo III ascendeu à segunda posição, provavelmente, às custas da AIDS, como no Rio de Janeiro. Os maiores coeficientes foram observados no período 1950-1960 (Tabela 9). Os neoplasmas mais frequentes foram também as leucemias.

GRÁFICO 10 - Coeficientes* de mortalidade por neoplasmas, segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, 1930-1991**

*por cem mil habitantes

** CID-9

Os valores dos coeficientes para ambos os sexos foram maiores em São Paulo de 1940 a 1960 do que no Rio de Janeiro, provavelmente, em razão de melhores condições de diagnóstico. Em 1970, as taxas mais elevadas para o Rio de Janeiro, falam a favor de um melhor diagnóstico e/ou maior frequência para esta capital (Gráfico 10).

A primeira hipótese se coloca para ambos os municípios. O diagnóstico precoce e correto, assim como a assistência médica, se aprimoraram através dos programas que foram implementados a partir desse período. O acesso aos quimioterápicos e à radioterapia, principalmente a partir da década de 60, foram decisivos.

Entretanto, a última hipótese também é possível. Ao se observar o grupo dos sinais, sintomas e afecções mal definidas, onde se incluem todos aqueles casos de óbitos com diagnóstico inconclusivo ou sem diagnóstico, nos quais as neoplasias tem grande probabilidade de estarem incluídas, já que são patologias que exigem exames mais especializados para sua avaliação, as taxas do Rio de Janeiro, principalmente a partir de 1970, são muito mais elevadas (Tabela 8). As freqüências para os neoplasmas poderiam, portanto, ser ainda maiores, caso estes diagnósticos fossem adequadamente esclarecidos.

A elevação dos coeficientes por neoplasmas observada para o sexo masculino em 1991, para São Paulo, pode tanto ser devida às flutuações decorrentes das condições de diagnóstico e assistência médica, como também à ocorrência dos casos de sarcoma de Kaposi, associado aos casos de AIDS, que ocorrem com grande predominância para o sexo masculino no Brasil e na maioria dos outros países, à exceção daqueles localizados no continente africano (Cecil, 1985).

Em 1930, São Paulo apresentava taxas para o sexo feminino bem mais elevadas que para o sexo masculino, com uma relação entre os óbitos masculinos e femininos de 1:2,8, ocorrendo porém o inverso no resto do período (Tabela 9). Estas diferenças porém não se repetem na análise das diversas categorias de tumores.

As taxas dos neoplasmas nas duas cidades, na faixa etária abordada e nos anos de 1980 e 1991, foram, como era de se esperar, mais elevadas do que as observadas para os adolescentes brasileiros (1980 e 1986), respectivamente de 4,6 e 4,2 por cem mil habitantes e também maiores que os de Cuba (1980 e 1986) respectivamente de 6,5 e 6,5 por cem mil habitantes (Mello Jorge, 1990).

Embora os dados do Rio de Janeiro, em 1991, sejam praticamente idênticos aos de Cuba em 1986, o grupo das doenças sem diagnóstico ou com diagnóstico inconclusivo (Capítulo XVI), que podem incluir parte das neoplasias, é expressivo, podendo causar subestimação das taxas (Tabela 8).

Ao se comparar os dados de 1980, deste estudo, para São Paulo, com os de jovens de ambos os sexos, de outros países das Américas, para o ano de 1983, tais como Argentina (10,0 e 7,0 por cem mil habitantes), Costa Rica (11,6 e 7,8 por cem mil habitantes), Chile (9,3 e 6,0 por cem mil habitantes) e Cuba (8,4 e 5,3 por cem mil habitantes), eles são menos elevados do que os de todos estes países para o sexo masculino (Tabela 9). Os do Rio de Janeiro (Tabela 8) são mais elevados do que os da Argentina, Chile e Cuba, para o mesmo sexo. Quanto ao sexo feminino, os dados tanto de São Paulo quanto do Rio de Janeiro são maiores do que os do Chile e Cuba.

Coeficientes menos elevados do que nas duas capitais, para ambos os sexos, são os registrados para o Peru (3,9 e 5,3 por cem mil habitantes) e a Guatemala (5,1 e 3,3 por cem mil habitantes), devido provavelmente a fatores mais diretamente relacionados à qualidade das estatísticas vitais do que a menor frequência de tumores nestas regiões (OPAS, 1986).

Dados mais atualizados como os da Venezuela (1987) mostrando coeficientes de 8,3 e 5,9 por cem mil habitantes se aproximam mais daqueles observados para as duas capitais em estudo, do que os do México (1986), de 6,6 e 5,2 por cem mil habitantes (OPAS, 1990). Entretanto, como já foi comentado acima, os coeficientes de São Paulo em 1991 para o sexo masculino indicam uma elevação de 23,1% (entre 1980 e 1991), que não se observa para o Rio de Janeiro (diminuição de 28,4%). Essa queda, aliás, na última cidade, já vinha ocorrendo desde 1970.

Como já citado, as neoplasias mais frequentes no estudo foram as leucemias, cujas taxas permanecem estáveis nos países desenvolvidos. A incidência das leucemias agudas aumenta rapidamente após o nascimento, tem seu pico máximo antes dos cinco anos de idade, e então declina. A única que não obedece o padrão é a leucemia aguda mielogênica, que apresenta leve

aumento no final da adolescência, não excedendo entretanto a 15 casos por milhão. A relação das incidências entre homens e mulheres é de 1,3:1 (Cecil, 1985). O prolongamento e a melhoria da qualidade de vida dos doentes se tornou cada vez mais freqüente, através das trocas e associações de agentes anti-neoplásicos, com menos efeitos colaterais.

Os neoplasmas de outras localizações são também hoje, em grande parte, preveníveis e curáveis quando detectados precocemente, como os dos aparelhos genitais masculino e feminino, mama e pulmão. Os dados coletados somente para o grupo etário abordado, e em períodos em que o diagnóstico era precário ou inexistente, não permitem melhor avaliação tanto de programas de prevenção, quanto da qualidade da assistência prestada a pacientes portadores de tais tumores.

Além disto, como já foi mencionado, as taxas muito baixas, assim como diferenças muito pequenas entre grupos etários diversos e entre diferentes regiões impossibilitaram delinear um perfil muito claro sobre a importância destas diferenças e das tendências destes tumores ao longo do tempo.

Apesar da leucemia ser a categorias dos neoplasmas malignos mais freqüentemente observados, e todos os demais se apresentarem em número muito pequeno, optou-se por registrar tôdas as outras localizações (Tabelas A-I e A-II) por se tratar de faixa etária jovem, de esperada baixa mortalidade, especialmente por doenças crônico-degenerativas.

No Rio de Janeiro ocorreram mortes por carcinoma de colo, reto, sigmóide e ânus, pulmão, mama, e ainda estômago, pâncreas, colo do útero e outras localizações do útero e próstata, registradas, principalmente, partir de 1980. Entretanto, já em 1930, observaram-se mortes por neoplasmas da traquéia, brônquios e pulmão e, em 1940, do estômago e do útero. Não foram observadas diferenças entre os sexos, naturalmente em tumores que acometem tanto o sexo masculino quanto o feminino.

Em São Paulo, as outras localizações observadas foram, esôfago, estômago, colo, reto, junção sigmóide e ânus, traquéia, brônquios e pulmão, mama feminina, útero e próstata. Os

neoplasmas do reto, sigmóide e ânus são os mais precocemente registrados, já a partir de 1940. Os neoplasmas do útero aparecem a partir de 1960.

Cabe assinalar que estes registros, provavelmente, só puderam ser feitos a partir do momento em que se aperfeiçoaram as técnicas diagnósticas que anteriormente eram inexistentes ou muito precárias.

Analisando-se as localizações anatômicas dos diversos tumores nas faixas etárias de menores de 20 anos, os dados do Brasil, em 1985, também mostram as leucemias na primeira posição, com taxa de 1,7 por cem mil habitantes para o sexo masculino e 1,2 para o sexo feminino, enquanto SP apresentou, em 1980, taxas de 4,6 e 3,3 por cem mil habitantes (Tabela A-IV) e, o RJ, taxas de 2,4 e 1,5 por cem mil habitantes (Tabela A-III), respectivamente para os sexos masculino e feminino, o que fala a favor de melhor diagnóstico, e possível melhor tratamento, principalmente para o primeiro município. Em segundo lugar, para o sexo masculino, apareceu o câncer de pulmão, com taxas de 0,1 por cem mil habitantes, que nem foi observado no sexo feminino (Fundação Oswaldo Cruz, 1991), e que não diferiram daqueles observados para os jovens neste estudo.

É importante destacar que os tipos de tumores observados nas faixas etárias jovens, também são observados nas faixas etárias mais avançadas, e em maior frequência, embora nestas idades eles não sejam os mais frequentes. No sexo masculino por exemplo, no Brasil, em 1985, os tumores de estômago e pulmão ocuparam a primeira posição, e no sexo feminino, a mama é a localização mais frequente, seguida do estômago e cérvix uterino.

4.3.3 DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO

As doenças do aparelho circulatório são o principal grupo de causas de mortalidade para todas as idades, no mundo. Estudos americanos indicam, por exemplo, que 15% da população dos Estados Unidos apresenta hipertensão e cerca de 50% das mortes por tôdas as causas se

devem às doenças do aparelho circulatório, nele se destacando as doenças das artérias coronarianas e cerebrovasculares. A taxa de mortalidade ajustada por idade para as doenças cardiovasculares declinou, naquele país, gradualmente a partir de 1950 e, mais abruptamente, a partir da década de 60 (Cecil, 1985). É interessante ressaltar que a transição que se deu naquele país, que em 1900 tinha entre seus maiores problemas de saúde as infecções, tais como as pneumonias, a influenza e a tuberculose, entre outras, apresentou, em finais de 1940 e durante 1950, o que foi denominado “epidemia de doenças cardiovasculares”. No total, de 1950 em diante, a taxa de mortalidade declinou em cerca de 40%. Os fatores citados como contribuintes para esta mudança são claramente as mudanças de estilo de vida e hábito.

Estas quedas, para o grupo de doenças cardiovasculares como um todo, foram observadas em ambos os sexos e para todas as idades, o que veio a se expressar em números absolutos cada vez menores, embora a população tenha envelhecido. Tais quedas não foram verificadas em diversos outros países desenvolvidos, tais como a Suécia, a Suíça e a Polônia, em que a mortalidade por doenças coronarianas se elevou de forma acentuada principalmente a partir de 1970 em homens de meia idade. Em termos de mortalidade, são as doenças coronarianas que apresentam os maiores índices, se elevando com a idade (Cecil, 1985)

Neste estudo, ao se comparar as elevadas quedas das doenças infecciosas e parasitárias, durante todo o período considerado, ao comportamento das doenças cardiovasculares, se observou que estas também declinaram (Tabelas 8 e 9; Grafico 11), sendo a queda porém muito menor. Isto ocorreu, provavelmente, porque elas sempre foram menos importantes nesta faixa de idade, isto é, do ponto de vista do estudo, apresentaram taxas de mortalidade muito menos elevadas. Outro elemento, também importante, é que o grupo das doenças cardiovasculares é só parcialmente constituído por doenças de etiologia infecciosa, como a febre reumática (Tabela 17). Categorias do grupo das doenças da circulação pulmonar (Tabela 16), de origem não infecciosa e as doenças isquêmicas do coração (Tabelas A-III e A-IV), por exemplo, também contribuíram.

O que se observou é que, à medida que as doenças infecciosas e parasitárias foram declinando, as doenças do aparelho circulatório passaram a ocupar posição mais destacada, sendo que, no período 1970-80, ocuparam a 2ª posição entre os grupos de causas de morte, para ambas as capitais (Tabelas 12 e 13). Quanto aos coeficientes, tanto para São Paulo, quanto Rio de Janeiro, declinaram no período, embora com relação ao sexo, o comportamento tenha se mostrado oscilante (Gráfico 11)

Entretanto, esta posição não se manteve, em função, principalmente, da ascensão das doenças das glândulas endócrinas, do metabolismo, da nutrição e transtornos imunitários, e também do ressurgimento das doenças infecciosas e parasitárias, em posição destacada, entre os grupos de causas de morte para o Rio de Janeiro e das doenças do aparelho respiratório para São Paulo.

As taxas para o Rio de Janeiro (Tabela 8, Gráfico 11) declinaram no tempo, com algumas oscilações, e se mostraram duas vezes mais elevadas do que aquelas observadas por Mello Jorge (1990), para os adolescentes, 5,3 por cem mil habitantes em 1980 e, praticamente tres vezes maiores do que as de Cuba (4,0). Predominando no sexo masculino até 1940, nos anos de 1950 e principalmente, 1960, as mulheres se destacaram, ocorrendo uma relação maculino/feminino de 1:2. Após este período, observa-se o retorno à predominância do sexo masculino até 1991, quando então os coeficientes são muito próximos.

Quanto à mortalidade proporcional, como já citado acima, à medida que as doenças infecciosas declinaram, outras causas passaram a ser responsáveis por maior número de óbitos. Dentre estes grupos de causas encontram-se as doenças do aparelho circulatório, embora estas nunca tenham representado mais do que cerca de 14% da mortes, no Rio de Janeiro (Tabela 10).

Em São Paulo, os coeficientes apresentam quedas mais acentuadas, a partir de 1950, do que o Rio de Janeiro (Tabela 9). O comportamento do sexo feminino é bastante semelhante ao masculino, ocorrendo, em 1950, predominância dos óbitos masculinos em relação aos femininos (1:1,3), assim como em 1991 (1:1,5).

GRÁFICO 11 - Coeficientes* de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, 1930-1991**

*por cem mil habitantes

** CID-9

Entretanto, parece que este grupo de causas teve impacto semelhante sobre os sexos neste grupo e ao longo do período analisado, sendo dignas de registro porém as diferenças observadas. Estas coincidem com mudanças importantes relacionadas ao comportamento e à inserção social da mulher, principalmente a partir da década de 1960, com a sua participação no mercado de trabalho, o hábito de fumar, a utilização de medicamentos contraceptivos, etc.

Lolio e col. (1986), estudando as mortes por doenças cardiovasculares (DCV), entre mulheres em idade fértil, demonstraram a importância deste grupo de doenças como causas de morte, e em destaque a hipertensão secundária e sua associação com anticoncepcionais. Para o grupo de 15 a 24 anos, os coeficientes de mortalidade apresentados foram 9,0 por cem mil habitantes, no período 1962/64 e 7,9 por cem mil habitantes, em 1986. O acidente vascular cerebral e a doença reumática crônica do coração apresentaram taxas de 0,9 por cem mil habitantes (período 1962/1964) e 1,3 por cem mil habitantes (1986) e 7,5 por cem mil habitantes (1962/1964) e 2,6 por cem mil habitantes (1986), respectivamente. Tais achados

sugerem que o declínio das DCV se deveu, portanto, ao declínio da doença reumática do coração, dados que são coerentes com o que se observou neste estudo (Tabela 17).

O mais importante fator de risco para o desenvolvimento da doença reumática, em termos de frequência, é uma infecção prévia da garganta pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A. Fatores ambientais têm sido identificados como riscos adicionais, sendo aqueles relacionados às condições de vida, como coabitação em superpopulações e também nível sócio-econômico baixo, etnia, má-nutrição, clima e localização geográfica (Cecil, 1985)

Os coeficientes, por cem mil habitantes, dos dois grupos de causas mais frequentes neste estudo estão expostos nas Tabelas 16 e 17.

Tabela 16- Coeficientes* de mortalidade por doenças da circulação pulmonar e outras formas de doença do coração, na faixa etária de 15 a 24 anos, Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, 1930-1991

<i>Local/Ano</i>	<i>Rio de Janeiro</i>	<i>São Paulo</i>
1930	15,5	24,6
1940	29,2	26,2
1950	22,4	6,5
1960	6,7	5,8
1970	5,0	3,5
1980	3,8	4,8
1991	2,9	3,2

*por cem mil habitantes.

Tabela 17 - Coeficientes* de mortalidade por febre reumática e doença reumática do coração, na faixa etária de 15 a 24 anos, Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, 1930-1991

<i>Local/Ano</i>	<i>Rio de Janeiro</i>	<i>São Paulo</i>
1930	4,8	3,5
1940	5,9	0,4
1950	3,7	12,6
1960	5,2	9,7
1970	5,0	3,2
1980	1,9	1,2
1991	0,9	0,7

*por cem mil habitantes.

O grupo das doenças da circulação pulmonar e outras formas de doenças do coração (Tabela 16) inclui uma série de categorias que vão desde as cardiopatias infecciosas, as valvulopatias, que são em parte causadas pela febre reumática, incluindo as cardiopatias que causam hipertensão pulmonar, etc. Sem dúvida, a doença reumática foi a rubrica (Ministério da Saúde, 1987) que mais se destacou (Gráfico 19).

GRÁFICO 12 - Coeficientes* de mortalidade por febre reumática, faixa etária de 15 a 24 anos, Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, 1930-1991

*por cem mil habitantes

O início das quedas na morbidade e mortalidade pela doença reumática do coração precedeu a introdução dos antibióticos, embora a queda mais acelerada tenha acompanhado a introdução de tratamento eficaz das infecções estreptocócicas. A prevalência das doenças coronarianas, cerebrovasculares e hipertensivas aumenta acentuadamente com a idade, por esta razão, como era de se prever, as taxas para estes grupos de DCV foram muito pouco expressivas no grupo etário em estudo.

Apesar dos baixos coeficientes observados e a relação entre homens e mulheres ser, no geral deste grupo, de aproximadamente 1:1, a predominância do sexo feminino foi evidenciada na análise das categorias febre e doença reumática e doenças da circulação pulmonar (Tabelas A-III e A-IV).

Os coeficientes em 1991, para o conjunto das DCV, ao serem comparados com os dados de países como a Costa Rica (1988) de 3,8 e 3,3 por cem mil habitantes, Estados Unidos (1987), de 3,5 e 2,1 por cem mil habitantes e Argentina (1987), 8,6 e 7,1 por cem mil habitantes, para os sexos masculino e feminino respectivamente (OPAS, 1990), mostram que em São Paulo o coeficiente por DCV, para o sexo masculino, é maior do que em todos os países mencionados, e para o sexo feminino só não é maior que o da Argentina.

Em relação ao Rio de Janeiro, a Argentina apresenta piores indicadores para o sexo masculino, enquanto para o sexo feminino, o Rio de Janeiro apresenta o maior risco dentre todos os países comparados. Estes dados confirmam que, embora no grupo etário estudado as DCV também estejam declinando, a não ser em São Paulo, para o sexo masculino, no ano de 1991 (se elevou em 17,9%), comparativamente com outros países, elas continuam sendo importante causa de óbito, para ambos os sexos.

4.3.4 DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO

As doenças do aparelho respiratório, no Rio de Janeiro, ocuparam o segundo posto entre os grupos de causas de morte mais frequentes, em 1930 (Tabela 12). Em 1940, cederam lugar às causas externas, ocupando o terceiro posto; em 1950 são superadas também pelas doenças do aparelho circulatório; em 1960, pelos neoplasmas. Depois de perderem posição também para as doenças infecciosas e parasitárias, ocuparam o quinta posto, onde se encontravam em 1991.

Em São Paulo, as doenças do aparelho respiratório ocuparam a terceira posição entre as causas de óbitos em 1930, 1940, 1980 e 1991 (Tabela 13), cedendo lugar às doenças do aparelho circulatório, às neoplasias e também às doenças infecciosas e parasitárias, neste intervalo.

Proporcionalmente, elas nunca foram responsáveis por mais de 10% das mortes neste grupo de idade, para quaisquer das duas capitais. As taxas do Rio de Janeiro são mais elevadas que as de São Paulo nos anos de 1930, 1940, 1950 e 1970. Nessa cidade, até 1960, são mais elevados para o sexo masculino, quando então exibem um comportamento semelhante para os dois sexos. São Paulo sempre apresentou uma predominância para os óbitos do sexo masculino, sendo a relação entre os sexos, em 1991, de 1,8:1 (Gráfico 13).

GRÁFICO 13 - Coeficientes* de mortalidade por doenças do aparelho respiratório, segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, 1930-1991

*por cem mil habitantes

A maior exposição a fatores associados às doenças do aparelho respiratório na população jovem do sexo masculino, na cidade de São Paulo do que na cidade do Rio de Janeiro, deve ser considerada. Estes fatores relacionam-se ao meio ambiente, à ocupação e à qualidade de vida em geral como habitação, alimentação, higiene, entre outros.

Dentre as doenças do aparelho respiratório destaca-se o grupo das outras doenças do aparelho respiratório (Tabela 18), entre as quais as pneumonias (Tabela 19 e Gráfico 14), que foram responsáveis, no Rio de Janeiro, por mais de 50% das mortes do grupo de doenças respiratórias, durante todo o período analisado (Tabela A-I). Estes percentuais foram superiores a 80%, em 1960 e 1970. A partir de 1950, as taxas já são muito pequenas. A gripe (Tabela A-I) vem em seguida, com 24,7% das mortes em 1930 e 10,5% em 1940, declinando após este período. Entre os sexos, as pneumonias, foram quase sempre, nos quatro primeiros anos analisados, mais frequentes no masculino (relação de aproximadamente 1,5:1), enquanto a gripe predominou discretamente no feminino.

Em São Paulo, as pneumonias foram responsáveis por cerca de 70% das mortes por doenças do aparelho respiratório, em 1930 e 1940 (Tabela A-II), e, embora as taxas se tornassem muito baixas a partir daí, elas permaneceram, da mesma forma que no município anterior, como principal responsável pela mortalidade do grupo. A gripe, em São Paulo, apresentou taxas duas a três vezes menores que as do Rio, se aproximando nos últimos anos (Tabela A-II).

Como já citado anteriormente, a análise dos dados para o Município do Rio de Janeiro, nos primeiros anos do estudo, foi feita diretamente através dos certificados de óbito, o que permitiu obter informações sobre a ocupação dos indivíduos. Foi assim constatado que grande parte destas mortes eram de operários, comerciários, militares, mecânicos, dentre outros, que são profissões que expõem os indivíduos a locais mais insalubres e condições de maior risco, além de pertencerem a uma determinada classe social desfavorecida, com reflexos graves sobre a nutrição e as condições de saúde em geral, o que aliás já havia sido verificado com a tuberculose.

Tabela 18 - Coeficientes* de mortalidade por outras doenças do aparelho respiratório, na faixa etária de 15 a 24 anos, Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, 1930-1991

<i>Local/Ano</i>	<i>Rio de Janeiro</i>	<i>São Paulo</i>
1930	50,9	48,8
1940	54,2	36,2
1950	23,8	9,5
1960	8,9	9,5
1970	8,6	6,9
1980	6,1	9,6
1991	7,1	8,5

*por cem mil habitantes.

Tabela 19 - Coeficientes* de mortalidade por pneumonias, na faixa etária de 15 a 24 anos, Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, 1930-1991

<i>Local/Ano</i>	<i>Rio de Janeiro</i>	<i>São Paulo</i>
1930	27,4	35,0
1940	47,6	25,5
1950	13,8	8,2
1960	7,7	6,4
1970	7,2	4,8
1980	3,1	6,3
1991	3,7	5,1

*por cem mil habitantes.

Além de coeficientes mais elevados, os dados do Rio de Janeiro em 1930, podem apresentar uma sub-enumeração maior que os outros períodos, como já foi apontado inicialmente, reforçando a maior mortalidade por doenças do aparelho respiratório no primeiro município. De qualquer forma, já em 1950, as taxas de mortalidade por pneumonias em São Paulo, em relação ao total de doenças do grupo, eram quatro vezes menores do que as taxas dos períodos anteriores. A partir daí permaneceram, praticamente, constantes, com índices um pouco mais elevados que os do Rio de Janeiro nos anos de 1980 e 1991, destacando-se neste último ano o sexo masculino (Tabelas A-III e A-IV; Gráfico 14).

GRÁFICO 14 - Coeficientes* de mortalidade por pneumonias, segundo sexo, na faixa etária de 15 a 24 anos, Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, 1930-1991

*por cem mil habitantes

4.3.5 CAUSAS EXTERNAS

A Classificação Suplementar de Causas Externas da CID-9, neste trabalho catalogada como Capítulo XVII, inclui as mortes decorrentes de acidentes, suicídios e homicídios.

Em várias capitais brasileiras, entre elas o Rio de Janeiro, os registros de mortalidade referentes a esse Capítulo acham-se pouco especificados, em seus diferentes tipos, fazendo com que ocorra um aumento artificial do grupo das outras violências (Szwarcwald & Castilho, 1986), entendido este como o de mortes decorrentes de causas externas, em que se ignora, entretanto, por que tipo de acidentes ou violências a morte se deu. Isto se deve a fatores tais como a deterioração do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde, devido a incapacidade de diagnosticar corretamente as causas violentas em algumas de suas etapas, ao não preenchimento detalhado da ocorrência policial no boletim correspondente, laudo e atestado de óbito emitido pelo Instituto Médico Legal, não indicando a causa básica da morte, remessa inadequada das informações para as Secretarias Estaduais, entre outros.

Tais fatos se associam à pouca tradição de grande parte dos estados brasileiros a respeito de seus dados sobre saúde. Em faixas de idades em que as causas externas se apresentam em primeiro lugar como causa de morte, este fato é de particular importância.

As causas externas, ao longo do tempo, sempre estiveram entre as principais causas de morte na faixa etária estudada, quase sempre na 2ª posição (Tabelas 12 e 13; Gráfico 15), em ambas as capitais, embora com coeficientes baixos, quando comparados às DIP, que até 1960 ocupavam o primeiro lugar. A partir desse ano, em ambas as capitais, estas causas assumem a primeira posição.

Os coeficientes por causas externas, nos dois municípios, não chegaram a superar os maiores coeficientes observados para as DIP, ao longo dos anos de observação. As taxas para São Paulo, entretanto, de 1980 para 1991, sofreram uma variação tão grande, que fala a favor de uma possível aproximação (Tabela 9). No Rio de Janeiro, dificilmente os níveis de DIP

poderão ser superados pelas causas externas, já que, nesta cidade, as DIP apresentavam coeficientes duas vezes maiores que os de São Paulo, no período de 1930 a 1950, partindo, portanto, de um patamar bem mais elevado (Tabela 8).

GRÁFICO 15 - Coeficientes* de mortalidade por causas externas, segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, 1930-1991

*por cem mil habitantes

Quanto à mortalidade proporcional por causas externas (Tabelas 10 e 11), no Rio de Janeiro, elas foram responsáveis por 54% dos óbitos em 1970 e cerca de 75% em 1991, sendo estas proporções ainda maiores no sexo masculino (aproximadamente 80% em 1991). Em São Paulo, estes indicadores são muito semelhantes, 52,2% em 1970 e 73,3% em 1991, sendo que no sexo masculino ela é de 79,9%.

Isto significa que, se este grupo de causas não existisse, de cada cem mortes de jovens do sexo masculino, que ocorreram em 1991, em cada uma das capitais, oitenta poderiam ter sido evitadas.

De acôrdo com Gotlieb (1981),

“ao se comparar as probabilidades de morte real e hipotética - na ausência de causas violentas - segundo sexo e idade, confirma-se o grande impacto desse grupo na mortalidade masculina. A probabilidade de morrer na idade de um ano estaria reduzida em 5% e na faixa de 15 a 24 anos haveria um decréscimo de 65%. No sexo feminino, apesar das diferenças absolutas serem menores, dado o menor risco de morte entre mulheres, as diferenças relativas têm valores apreciáveis, sendo que no grupo de 15 a 19 anos a redução é de 40%”.

Enquanto as DIP declinaram no tempo, as causas externas ascenderam, ocupando, em 1960, a primeira posição entre as causas de morte, tanto no Rio de Janeiro, quanto em São Paulo (Tabelas 12 e 13). Os coeficientes de mortalidade específicos por causas externas, para ambos os sexos (Tabelas 8 e 9), sofreram um acréscimo de 362,8% de 1930 a 1991, no Rio de Janeiro, e de 193,3% em São Paulo.

Estes valores são bem mais elevados que os observados por Mello Jorge (1990), para os adolescentes no Brasil, em 1986 (taxa de 44,7 por cem mil habitantes) e Lolio para as capitais, São Paulo (72,1 por cem mil habitantes) e Rio de Janeiro (66,9 por cem mil habitantes). As taxas para o mesmo grupo em Cuba (44,7 por cem mil habitantes) no mesmo ano, e também Estados Unidos (44,6 por cem mil habitantes) e outros países latinoamericanos como a

Argentina (29,8 por cem mil habitantes), também são menores do que os achados para os jovens neste estudo.

A violência, ao que tudo indica, já se estendeu, e vem se intensificando também nos outros estados e capitais brasileiras, tais como o Bahia, conforme relatado por Noronha (1993) que, estudando os atos violentos notificados no período 1988/1990, observou que estes aumentaram em 60% no período, sendo a média diária de registros de 2,7 em 1988 e de 4,3 em 1991 (dados brutos).

A mudança das tendências das causas violentas para São Paulo e Rio de Janeiro parece não ter sido concomitante. Os dados de 1930 (Tabela 8 e Gráfico 15) para o Rio de Janeiro indicam uma curva ascendente de 1930 até 1940, em queda até 1950 e daí em diante em permanente ascensão, sendo que, em 1960, o coeficiente é quase o dobro do verificado em São Paulo. A elevação mais acentuada, considerando-se os coeficientes para ambos os sexos se deu entre 1980 e 1991 (53,5%).

Os dados para o sexo masculino acentuam ainda mais a inclinação que ocorre a partir de 1950. Os maiores aumentos, que são semelhantes, são aqueles que ocorreram entre 1950 e 1960 (56,8%) e entre 1980 e 1991 (56,5%). No total do período (1930-1991) o acréscimo do coeficiente foi de 423,1% (Tabela 8 e Gráfico 15)

Esses números em São Paulo, são mais ou menos constantes até 1960, quando então os coeficientes passam a se elevar, sendo que o período de maior ascensão (aumento de 85,0%) foi o de 1980 a 1991, se aproximando do Rio de Janeiro (Tabela 9 e Gráfico 15).

Esta ascensão é extremamente acentuada para o sexo masculino (98,7%), entre 1980 e 1991, quase o dobro do que ocorreu no Rio de Janeiro no mesmo período. No total do período estudado (1930-1991), o acréscimo do coeficiente, para este sexo, em SP, foi de 247,3%, muito aquém do RJ. Entretanto, se o percentual de aumento observado de 1980 para 1991, se mantiver, São Paulo poderá superar o valor do indicador observado para o outro município, no grupo de jovens do sexo masculino.

Camargo (1988), também descreveu o crescimento acentuado das causas externas em São Paulo, porém, a partir de 1970. Tais diferenças poderiam ocorrer na avaliação de diferentes faixas etárias em separado, ou de todas em conjunto.

Contrariamente para o sexo feminino, os coeficientes por causas externas mantiveram-se com valores relativamente constantes e não elevados, quando comparados com os do outro sexo, para ambas as capitais, sendo mais elevados para o Rio de Janeiro que São Paulo, na maior parte do período (Gráfico 15). Entretanto, a partir de 1960, em São Paulo, e 1970 no Rio de Janeiro, estas causas assumiram a primeira posição como responsáveis pelas mortes de jovens do sexo feminino.

A relação entre os coeficientes do sexo masculino e feminino ao longo do tempo pode ser vista através da Tabela 20, que mostra os efeitos expressivos dos acidentes, suicídios e homicídios sobre as mortes do sexo masculino.

Tabela 20 - Relação entre os coeficientes de mortalidade masculinos e femininos por causas externas, faixa etária de 15 a 24 anos, Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, 1930-1991

<i>Local/Ano</i>	<i>Rio de Janeiro</i>	<i>São Paulo</i>
1930	4,7:1	3,2:1
1940	2,3:1	2,9:1
1950	2,2:1	2,4:1
1960	3,3:1	3,8:1
1970	4,2:1	3,7:1
1980	8,1:1	5,4:1
1991	9,7:1	9,4:1

*por cem mil habitantes.

Pelo fato de haverem sido evidenciadas diferenças significativas entre os sexos, na análise das causas externas, preferiu-se apresentar os grupos de causas de morte e respectivas categorias, por sexo. Os grupos e seus coeficientes por mil habitantes são descritos abaixo.

- ACIDENTES

Em 1930, as causas acidentais representavam 45,8% do total das causas externas no Rio de Janeiro, 24,0% em 1940, 47,5% em 1950, 58,0% em 1960, 51,0% em 1970, 24,1% em 1980 e 14,9% em 1991. Em São Paulo, as frequências foram as seguintes: 28,2% em 1930, 73,7% em 1940, 60,2% em 1950, 56,3% em 1960, 64,4% em 1970, 53,3% em 1980 e 31,7% em 1991 (Tabelas A-I e A-II)

Especialmente para o sexo masculino, os valores dos coeficientes por acidentes no RJ foram elevados em 1960 e 1970, em relação aqueles por causas externas classificadas como intencionais, os suicídios e homicídios. Após este período, as primeiras declinaram, enquanto ocorria a ascensão das outras. Em São Paulo, entretanto, os acidentes não perderam sua importância, no sexo masculino, a partir da elevação verificada em 1970. Como proporcionalmente declinaram, dando lugar às causas provocadas intencionalmente, tudo leva a crer que São Paulo assumiu um novo padrão, a manutenção da frequência elevada de acidentes - principalmente a "aventura" no trânsito, para os jovens de classe média - a partir daí, associada a homicídios, crescente e sem controle (Gráfico 16).

Os acidentes aparecem como primeira causa de morte, em ambos os sexos, na faixa etária de 15 a 24 anos, em diversas subregiões das Américas (OPAS, 1985). Eles representam entre 45% e 60% de todas as mortes nos jovens do sexo masculino e entre 16% e 47%, do sexo feminino.

GRÁFICO 16 - Coeficientes* de mortalidade por acidentes, na faixa etária de 15 a 24 anos, Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, 1930-1991

*por cem mil habitantes

Dentre as causas acidentais, destacaram-se os acidentes de transporte (Tabela 21),e dentro deste grupo, os acidentes de trânsito de veículo a motor que a partir de 1960 são responsáveis por praticamente 100% das mortes por acidentes de transporte tanto no Rio de Janeiro, quanto São Paulo.

Tabela 21 - Coeficientes* de mortalidade por acidentes de transporte, na faixa etária de 15 a 24 anos, Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, 1930-1991

	<i>Rio de Janeiro</i>		<i>São Paulo</i>		<i>Rio de Janeiro</i>	<i>São Paulo</i>
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Relação M/F	Relação M/F
1930	0,6	0,7	...	...	0,85:1	-
1940	0,6	0,0	22,1	1,4	-	15,8:1
1950	0,4	0,4	15,7	3,7	1:1	4:1
1960	38,3	8,8	26,0	4,5	4.4:1	5,8:1
1970	45,6	14,3	35,7	13,0	3:1	2,7:1
1980	34,8	6,6	39,4	12,9	5:1	3:1
1991	28,9	10,0	51,9	11,7	2,9:1	4,4:1

*por cem mil habitantes

No Rio de Janeiro, anteriormente a 1960 os registros deste tipo de acidente eram praticamente inexistentes. Apesar disto, nos três primeiros anos analisados apareceram os acidentes de estrada de ferro no Rio de Janeiro. Neste período, o número, apesar de pequeno, de mortes por este tipo de transporte, é muito próximo do número de mortes por acidentes de trânsito de veículo a motor.

O ano de 1970 exhibe o maior coeficiente para os acidentes de trânsito do período (Tabela A-III), sendo a relação entre os óbitos masculinos e femininos por esta causas de 3,2:1. Existe predominância para o sexo masculino em praticamente todos os períodos. As diferenças entre homens e mulheres chegam a ser de até 4,4 vezes no Rio de Janeiro (dados de 1960) e 15,8 vezes em São Paulo (dados de 1940). Em 1991, o sexo masculino respondeu por 81,3% das mortes por acidentes de trânsito de veículo a motor (Tabela A-I)

Para o grupo de 15 a 24 anos os acidentes de trânsito são os responsáveis por 2/3 dos traumatismos ocorridos no sexo masculino nas Américas (OPAS, 1986)

Entretanto, como citado anteriormente, os acidentes de trânsito perderam importância em relação às causas intencionais, principalmente os homicídios ou as violências não especificadas, a partir de 1970 no Rio de Janeiro e 1980 em São Paulo.

Em 1991, no Rio de Janeiro, dentre os acidentes de trânsito, os atropelamentos foram causa de 53,5% das mortes (dados da Secretaria de Saúde). A taxa por acidentes de trânsito em jovens de 15 a 24 anos, de 19,1 por cem mil habitantes, em 1991, foi mais elevada que a observada para os jovens da faixa etária de 15 a 19 anos no Brasil em 1986, de 18,6 por cem mil habitantes e na Argentina de 8,0 por cem mil habitantes e bem menos elevada do que a registrada para este mesmo grupo etário nos Estados Unidos da América também no ano de 1986, de 37,1 por cem mil habitantes (Mello Jorge, 1990). Yunes (1993), analisando a mortalidade por causas violentas nas Américas, assinala que os países com mortalidade mais elevada por acidentes de trânsito, na faixa de 15 a 24 anos, foram os Estados Unidos, a Venezuela e o Brasil (dados de 1986).

Em São Paulo, já em 1940, aparecem registros de mortes por acidente de trânsito. Os dados de 1940 e 1960 indicam que, nesses anos, além dos veículos a motor, outros tipos de veículos também foram envolvidos, embora não pudessem ser especificados.

Os dados de 1991 mostram a maior importância dos acidentes de trânsito como causa de morte para os jovens da cidade de São Paulo dos que os do Rio de Janeiro. Na primeira 17,91% de todas as violências se referem aos acidentes de trânsito por veículo a motor. Destes, 70,4% não foram especificados e 28,1% são atropelamentos. Na segunda, 10,97% dos óbitos se devem aos acidentes de trânsito.

Os acidentes em geral representam em torno de 40 a 60% das mortes dos jovens do sexo masculino e de 15% a 50% das mortes das jovens, em diversos países das Américas (OPAS, 1986). As taxas para o sexo masculino são duas a quatro vezes maiores.

Ainda no grupo das mortes consideradas acidentais, se destacaram as quedas, principalmente para o sexo masculino e os acidentes causados por fogo e chamas, embora com

coeficientes muito baixos, principalmente para o sexo feminino (Tabela A-III), no Rio de Janeiro. Em São Paulo, afogamento e submersão acidental foi o grupo que mais se destacou, principalmente para o sexo masculino (Tabela A-IV).

Nos anos de 1960, para São Paulo e 1960 e 1970, para o Rio de Janeiro, o grupo do envenenamento acidental e acidentes provocados em pacientes durante procedimento médico, reações anormais e complicações tardias, apresentou taxas destacadamente mais elevadas, provavelmente porque a Classificação Internacional das Doenças se expandiu, abrangendo estes tipos de acidentes (Tabela A-III e A-IV).

Constatou-se, entretanto, que os registros apresentaram piora de sua qualidade a partir de 1980. Observa-se que, apesar da pouca fidedignidade e pouca acuidade para classificar os óbitos em acidentais e intencionais, em períodos remotos como os primeiros anos deste estudo, o que ocorre ainda hoje, inclusive em inúmeras capitais brasileiras, a inversão da posição destas causas ao longo do período é evidente para o Rio de Janeiro, principalmente a partir de 1970.

Em São Paulo, apesar das causas acidentais apresentarem maior destaque do que no Rio de Janeiro nos últimos anos de estudo, também é nítida a predominância das causas intencionais a partir de 1980 (Tabela A-IV).

- SUICÍDIOS

As taxas para os suicídios, tanto para o Rio de Janeiro quanto para São Paulo foram mais elevadas em 1960. Os dados de São Paulo, porém são mais homogêneos que os do Rio de Janeiro, e, não é possível compará-los adequadamente na medida que as taxas das violências não especificadas é tão mais elevada para o Rio de Janeiro, conforme já comentado (Tabela 22).

Em alguns países das Américas, como por exemplo, o Canadá, o suicídio entre jovens do sexo masculino vem se elevando, o que mostra o coeficiente (por cem mil) de 25,5, em 1982, próximo daqueles apresentados pelo Rio de Janeiro e São Paulo, para o mesmo sexo (20,9 e 19,7), em 1960. Por outro lado, em Cuba, a ascensão do coeficiente é observada entre as jovens (37,6, em 1978), sendo a mais elevada das Américas (OPAS, 1980). Neste estudo, a cidade que apresentou taxas um pouco mais próximas das de Cuba, para o sexo feminino, foi o Rio de Janeiro (26,8), e também, apenas em 1960 (Tabela 22). Mello Jorge (1982), aponta a faixa etária de 20 a 29 anos, para ambos os sexos, como a mais atingida pelas mortes por suicídios, em residentes na cidade de São Paulo, em 1980.

Tabela 22 - Coeficientes* de mortalidade por suicídios, segundo sexo, na faixa etária de 15 a 24 anos, Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, 1930-1991

	<i>Rio de Janeiro</i>		<i>São Paulo</i>		<i>Rio de Janeiro</i>	<i>São Paulo</i>
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Relação M/F	Relação M/F
1930	3,2	2,6	11,1	5,8	1,2:1	1,9:1
1940	15,1	14,2	11,1	5,7	1,1:1	1,9:1
1950	10,5	9,2	13,5	20,3	1,1:1	0,6:1
1960	20,9	26,8	19,7	12,1	0,8:1	1,6:1
1970	6,3	6,4	9,3	6,7	1:1	1,4:1
1980	2,8	1,7	7,6	4,2	1,6:1	1,8:1
1991	0,4	0,6	9,8	2,4	0,7:1	4,1:1

*por cem mil habitantes

Barbosa (1974) menciona, para todas as idades, no município de São Paulo, uma curva ascendente para os suicídios de 1948 a 1955, e uma decrescente de 1956 a 1962, que assim permanece a partir daí. Neste estudo, que aborda o grupo de 15 a 24 anos, a mudança para um perfil de declínio se deu somente após 1960 (Gráfico 17).

GRÁFICO 17 - Coeficientes* de Mortalidade por Suicídios, na faixa etária de 15 a 24 anos, Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, 1930-1991

*por cem mil habitantes

Quando comparados com o grupo de adolescentes de 10 a 19 brasileiros, cuja taxa era de 1,5 por cem mil habitantes em 1986 e para os adolescentes americanos que era de 6,1 por cem mil habitantes (Mello Jorge, 1990), os dados do Rio de Janeiro são mais baixos, embora se deva considerar a ressalva feita acima sobre a pouca elucidação dos casos de violências nessa capital. As taxas para São Paulo em 1991, por outro lado, são bem mais elevadas, inclusive do que aquelas dos adolescentes americanos, considerada uma das mais altas entre diversos países das Américas. A taxa para outro país latino-americano, a Venezuela, é de 5,5 por cem mil para a faixa de 15 a 19 anos e de 9,5 para a faixa de 20 a 24 anos, no período de 1976 a 1982, não muito diferentes daqueles observados para São Paulo. (OPAS, 1986)

O sexo feminino apresentou índices mais elevados que o masculino somente em 1960 e 1991 para o Rio de Janeiro, e 1950 para São Paulo. No resto do período, São Paulo

apresentou coeficientes para o sexo masculino mais elevados e, os dados do Rio são muito próximos entre os sexos (Tabela 22). A mortalidade por suicídio no sexo feminino, mais elevada em idades mais jovens é mencionada em trabalho anterior (Barbosa, 1974). No sexo masculino, as faixas mais avançadas é que apresentam os maiores coeficientes, que são desprezíveis nos mais jovens. O que foi compatível com os dados aqui observados, também para São Paulo.

Quanto aos meios utilizados, estes foram sofrendo mudanças. Os dados do Rio de Janeiro não permitem análise total do período, porém, até 1960 para ambas as capitais, as substâncias sólidas e líquidas predominaram, embora, as armas de fogo e explosivos já aparecessem como meios também utilizados, o que reforça os achados de Mello Jorge (1982). Em 1960 há também maior número de casos de suicídios por enforcamento, estrangulamento ou sufocação, e precipitação de lugar elevado.

O estudo realizado por Barbosa (1974), considerando todas as idades, constatou que, além dos meios aqui observados, a partir da segunda metade da década de 60, passaram a assumir certa importância, também as substâncias analgésicas e soporíferas, no que ambos os sexos teriam participação. Já a maior importância das armas de fogo como meio, se deveria a elevação de suicídios no sexo masculino.

Mello Jorge (1981), estudando as mortes intencionais que inclui suicídios e homicídios, mostrou que, a partir de 1965, as armas de fogo já predominavam nos suicídios do sexo masculino, enquanto as mulheres utilizavam preferencialmente o envenenamento. Entretanto, em 1980, entre os homens, o enforcamento é o meio mais utilizado, seguido de perto pelas armas de fogo. No sexo feminino o envenenamento por substâncias sólidas e líquidas continua a ser o meio mais utilizado.

Nesta pesquisa, no ano de 1970, sem especificar o sexo, para o Rio de Janeiro, o grupo das armas de fogo e explosivos passaram a predominar nitidamente. Em 1980, os procedimentos não especificados predominaram, sendo seguidos pelos seguintes meios: enforcamento, estrangulamento ou sufocação. Entretanto, dados para o Estado do Rio de Janeiro,

neste mesmo ano, mostravam que no total de causas externas, para todas as idades, 76% foram praticados com armas de fogo (Mortalidade por causas externas/Radis, 1985).

Em 1991, os dados de São Paulo mostram que os suicídios e lesões por outros procedimentos e não especificados representaram 58,9% de todos os suicídios, seguido pelos suicídios por enforcamento, estrangulamento ou sufocação, com 25,2%, e pelos suicídios por arma de fogo e explosivos com 13,1%.

As diferenças entre os sexos se dão na utilização das armas de fogo e instrumentos cortantes e penetrantes, em que o sexo masculino se destaca. Entretanto, em 1991, por exemplo, em 63,3% dos suicídios em mulheres, os meios utilizados não foram especificados. A partir de 1970, os casos de suicídios declinaram, tornando-se, proporcionalmente, a categoria menos expressiva, quando comparada com as outras causas externas.

A elevação das taxas de suicídios em jovens tem sido preocupação de educadores e pediatras no mundo (American Academy of Pediatrics, 1990), que referem como aqueles sob maior risco os que já fizeram uma tentativa, os que tem história de suicídio na família, aqueles que possam estar sofrendo de uma depressão geneticamente determinada (ou endógena ou associada com uma desordem bipolar ou esquizofrenia), que tenham sofrido abusos físicos ou sexuais, que estejam confusos sobre sua identidade ou que sejam homossexuais e não sejam bem aceitos, que abusem de álcool ou outras drogas, ou que tenham problemas com auto-estima devido ao fato de apresentarem doenças crônica ou dificuldades de aprendizado. Outros elementos tais como perdas recentes de pessoas queridas ou animais de estimação, emprego, reprovação escolar, rejeição dos amigos, romance rompido, prisão ou outras humilhações, são sugeridos como causas de suicídios. Essas relações não puderam ser pesquisadas neste trabalho. Isso só seria possível através de entrevistas.

Ao se analisar, neste estudo, os contextos em que se davam as mortes por suicídios, através dos relatos dos jornais de 1930, observa-se que estes falam por si próprio:

“Enforcado”

“Nas matas do morro dos trapicheiros”

“O quadro teórico que seus olhos depararam, como que o tornou, na forte emoção do imprevisto petrificado.....

Bem a sua frente, naquele caminho que trilhava todos os dias para dirigir-se para o trabalho, quasi esbarrando-, como uma aparição macabra, o cadaver estava erguido pelo pescoço ao galho mais baixo da amendoeira....

Foi difícil reagir ao seu estado de pavor, vencer a innação de seus nervos.....

A policia correu ao local. Foi desmanchado o baraço e descido o corpo do suicida, sendo verificado tratar-se do ex-praça da policia militar, Martiniano Pereira, pardo, de 20 annos, solteiro. Removeram-no para o necroterio....

Num rápido inquérito, as autoridades policiaes souberam que martiniano andava muito entristecido, desempregado, soffrendo sérias provações. Dahi, por certo, o motivo de sua trágica resolução de matar-se”.

(Enforcado no morro do trapicheiro, Diário de Notícias, 16.06.1930).

• HOMICÍDIOS

As taxas de homicídios para o sexo masculino, no Rio de Janeiro cresceram em 359,4% de 1960 a 1991 e em São Paulo em 1679,3% (Tabela 23 e Gráfico 18), sendo que no período total os aumentos foram de 1244,2% e 6780%, respectivamente. Estas diferenças tão grandes entre as duas cidades se devem, principalmente, ao fato que, no primeiro ano analisado, as taxas do Rio de Janeiro já eram bem mais elevadas que as de São Paulo. Assim, este último apresentou um incremento mais acentuado do que a outra capital, levando-se em consideração o período inteiro do estudo. Contribui também o fato de que as taxas, em 1991, são maiores em São Paulo do que no Rio de Janeiro, contrariamente ao que vinha sendo observado até

então. Estes dados para os homicídios, porém, devem ser vistos com cautela, já que por sua conhecida sub-enumeração, eles podem estar parcialmente registrados nas outras violências.

Comparados às taxas para os adolescentes no Brasil, em 1986 (Mello Jorge, 1990), de 10,0 por cem mil habitantes, e nos adolescentes dos Estados Unidos, de 8,8 por cem mil habitantes, estes valores são maiores.

Tabela 23 - Coeficientes* de mortalidade por homicídios, segundo sexo, na faixa etária de 15 a 24 anos, Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, 1930-1991

	<i>Rio de Janeiro</i>		<i>São Paulo</i>		<i>Rio de Janeiro</i>	<i>São Paulo</i>
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Relação M/F	Relação M/F
1930	9,5	2,0	3,0	1,0	4.75:1	3:1
1940	4,1	0,5	1,5	2,5	8:1	0,6:1
1950	9,3	1,5	5,7	1,5	6:1	3,8:1
1960	27,8	3,9	11,6	1,7	7:1	6,8:1
1970	...	...	23,1	4,2	...	5,5:1
1980	112,5	7,4	59,3	5,6	15:1	10,6:1
1991	127,7	5,8	206,4	12,8	22:1	16:1

*por cem mil habitantes

Comparando-os também a Venezuela (Villaruel, 1986), os valores das taxas para aquele país, nas faixas de 15 a 19 anos e 20 a 24 anos, foram, respectivamente, de 21,89 e 52,19 por cem mil habitantes, no período 1976-1982, muito aquém daqueles aqui observados.

Segundo Minayo (1993), é fato por demais preocupante que o Brasil exiba, ao lado dos acidentes de trânsito, os homicídios (expressão particular da violência interpessoal e fenômeno estrutural), cada vez mais expressivos, mesmo que, comparativamente com outros países da América e da Europa, em relação a violências, e em todos os grupos, não esteja entre aqueles de maior destaque.

É interessante citar, comparativamente, que os mortos na guerra da Bósnia, em quatro anos, foram de 70.000, os americanos mortos no Vietnã em igual período ao deste estudo (sete anos), foram de 56.000, na América Latina, o número de mortos na Guatemala desde o final da década de 70, vai de 50.000 a 70.000 pessoas (Washington Office on Latin, 1988) e as mortes na guerrilha do Sendero Luminoso foram de cerca de 25.000 (Cidade maravilhosa/ Veja, 26.01.94).

Se considerarmos que estamos estudando as estatísticas vitais das ocorrências de rotina de duas capitais brasileiras, e não de um guerra declarada, o total de mortes por violências nas duas capitais, 11.489, já significa quase 50% dos mortos, na citada guerrilha e 20% do número de americanos mortos na guerra do Vietnã. Quanto à mortes violentas na Bósnia, elas incluem desde crianças até idosos, portanto, 16,4% do maior genocídio que se está cometendo neste final de século, significa uma cifra de enormes proporções.

É necessário considerar também todas as outras consequências desta violência para os países da América Latina e suas populações, tais como o aumento da pobreza, o despejo das moradias de, por exemplo, mais de dois milhões de cidadãos da América Central, nas duas últimas décadas, cerca da metade se tornando refugiados de seu país, como também o decréscimo ou a ausência de crescimento econômico na região, assim como a eliminação dos programas sociais e o ressurgimento das epidemias de doenças transmissíveis, como malária, sarampo, dengue e cólera, além da orfandade e mutilação (Chelala, 1990).

GRÁFICO 18 - Coeficientes* de mortalidade por homicídios, segundo sexo, na faixa etária de 15 a 24 anos, Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, 1930-1991

*por cem mil habitantes

Dados do Rio de Janeiro, para o período 1976-1980, mostram que, em algumas regiões administrativas da cidade com melhor nível sócio-econômico, a taxa de homicídios era quase igual a de suicídios, enquanto que em regiões de população mais carente as taxas de homicídios chegavam a ser vinte vezes maior que a de suicídios (Mortalidade por causa externas no Brasil/Radis, 1985), o que merece ser comentado, porém, também não pode ser verificado neste trabalho.

A análise destas mortes e de suas causas exige rigor, compromisso histórico e tomada de posição. Como cita Medici (1989),

“boa parte da estrutura de mortalidade dos países latino-americanos está associada à violência: a violência associada à ausência de condições de vida e à excessiva concentração de renda; a violência associada à ruptura, transgressão ou ausência de direitos, leis e normas de convivência social, que se manifesta no crime organizado ou não, na violência contra a mulher, contra as minorias étnico-culturais e religiosas, na violência associada aos conflitos de propriedade no campo ou nas cidades; a violência associada a irracionalidade da vida contemporânea, e na ausência do poder moderador do estado, destacando-se neste caso o trânsito desordenado, as más condições ambientais e de trabalho; ou ainda, a violência associada a conflitos políticos e militares internos em algumas nações, ou ainda à interferência externa à soberania nacional”.

A realidade é que a violência se tornou ato habitual, corriqueiro, começando mesmo dentro dos lares e executados, às vezes, dentro do próprio núcleo familiar. Pesquisa em 300.000 boletins de ocorrência, laudos do Instituto Médico Legal, prontuários da Febem e processos das Varas de menores de São Paulo, em 1993, levantados pelo Laboratório de Estudos da Criança da Universidade de São Paulo (*Linha dura*, Veja, 01.12.93), mostram os seguintes dados:

“6,5% dos menores atingidos por violências são do sexo masculino e 93,5% são meninas, dentre estes 18,5% estão na faixa de 14 a 18 anos, sendo a faixa atingida pelo maior número de denúncias é de 7 a 10 anos, embora a de 11 a 13 anos também represente 32,7% das denúncias. Os maiores agressores são os pais biológicos (69,6%, seguido pelos padrastos, 29,8%)”.

Ainda no município de São Paulo, o número de menores assassinados, aumentou em 1.440% nos últimos 20 anos, segundo relato dos coordenadores do Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo (PRO-AIM), da Secretaria Municipal (*Menores e violência*, O Estado de São Paulo, 5.5.92), sendo que em 1991, ocorreram 878 mortes. Segundo o relato, os assassinatos superam os acidentes de trânsito e domésticos como causa de mortes violentas entre menores de 0 a 19 anos, sendo a miséria, o aparecimento de grupos de justiceiros, a execução dos suspeitos pela polícia e a impunidade, citados como responsáveis por estas mortes. Os dados ainda apontam como mais violentas as regiões da Zona Sul, com grande índice populacional e maior número de favelas,

seguida da Zona Norte, teoricamente com melhor infra-estrutura de transporte, saneamento básico e moradia. A Zona Leste aparece como terceira colocada. Os meios apontados como mais frequentes para executar os atos contra os menores em 1991, foram, massivamente, as armas de fogo. No Rio de Janeiro, segundo o mesmo veículo, A Anistia Internacional, mostrou que ocorreram em 1991, 306 homicídios de crianças e adolescentes, sendo ressaltado que a maioria destes crimes tinham o envolvimento de policiais e continuavam sem solução.

Ironicamente, o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), criado para a proteção do menor, ao ser colocado em prática, gerou determinadas formas de enfrentamento social que, ao invés de contribuir para sua viabilização, gerou novas formas de exploração e rejeição do menor. Hoje, nas capitais estudadas, ele está duplamente refém, por um lado do crime organizado, ou não, que o utiliza e expõe, por sua imunidade legal, e pelo outro lado, está a mercê de respostas sociais, também criminosas, como é o caso dos grupos de extermínio, cuja atuação é, por vezes, promovida pelos próprios cidadãos, como os pequenos comerciantes da coletividade.

Como reflete Minayo (1990),

“existe uma ética perversa, em que a sociedade para se preservar precisa promover a morte do novo (na figura de seus jovens). De um novo cujas relações reais e simbólicas não repetem padrões anteriores, constituindo-se em ameaça efetiva para a sociedade dominante que não apresentando nenhum projeto capaz de satisfazer a estes jovens, trata de excluí-los”.

O impacto da epidemia de violência que se estendeu pelas grandes cidades brasileiras têm gerado atitudes das mais diversas, desde sentimentos de rejeição, como por exemplo, o apelo para a instituição das sentenças de penalidade máxima para os criminosos, até manifestações de solidariedade e demanda de soluções coletivas em busca de justiça social.

“O assassinato do homem jovem, solteiro, com pouca instrução, de cor preta, pertencente a classe trabalhadora pobre e quase sem qualificação, executado nas ruas do

centro da cidade, quase sempre com um tiro de arma de fogo na cabeça “, mencionado por Souza (1993), em estudo sobre mortes violentas em Duque de Caxias, Estado do Rio de Janeiro, e também anteriormente por outros autores. (Mello Jorge, 1988 e Minayo, 1990), tem como principal cenário de fundo, o pavor silencioso de uma coletividade.

Para a opinião pública brasileira, a vítima de tais assassinatos é antes de tudo o bandido, envolvido com o tráfico e o uso de drogas, marginal cruel e sanguinário, “gerado a partir de uma subcultura à margem da lei “, como já foi mencionado por alguns autores (Paixão e Oliven, 1982)

Colaboram para tal construção as próprias correntes teóricas explicativas da violência, tais como a existência de instinto violento, natural do ser humano, que se expressa portanto em conduta individual, assim como aquela já citada, da subcultura marginal. Holinger (1987) prediz que a violência aumenta quando aumenta a proporção de população jovem, especificamente a tratada neste estudo, de 15 a 24 anos.

Este fato é real, porém, efeito evidente das condições de desemprego, marginalidade, exclusão dos direitos de cidadania, para aqueles que deveriam se constituir na força de trabalho em renovação de nossa sociedade. Os ditos populares são pródigos na compreensão desta realidade, como por exemplo na tão conhecida sentença : “*Adote seu filho antes que um traficante o adota* “, que também pode ser compreendida como, “quando a sociedade renega seus jovens cidadãos, o crime organizado os adota”.

Aliás, o problema das drogas não é fato novo em nosso meio, embora tenha se acentuado muito nas últimas décadas. Já, em 1920, Almeida relatava:

“A cocainomania está se tornando entre nós um vício perigoso, que reclama enérgicas providências dos poderes públicos. Em São Paulo existem farmácias que se celebrizam com o comércio desonesto de cocaína. Nas pensões chics figuram os porteiros como detentores do privilégio da venda deste medicamento. No Rio de Janeiro, as farmácias fornecem a intermediários. Outro meio que também está se generalizando, é o do “mensageiro” ou “rápido” chamado por telefone”.

Este estudo, porém, não se propõe a discutir as correntes teóricas sobre a violência, mas somente apontar alguns determinantes históricos e sociais, que estão nas raízes deste grave problema de Saúde Pública.

Ao se retornar à questão da magnitude dos homicídios, que, vinha sendo descrita, a análise das taxas das outras violências, nos dois municípios mostrou que, nos três últimos anos analisados, o Rio de Janeiro apresentava valores muito superiores (Tabela A-III). Coincidentemente, as lesões por armas de fogo e explosivos da qual se ignora se foi acidental ou intencionalmente infligida, correspondeu a 86,1% do grupo das outras violências. Assim, a superioridade das mortes por homicídios em São Paulo é virtual, sendo conseqüente ao fato desta causa de morte não ser adequadamente classificada no Rio de Janeiro, e ser portanto subestimada.

Entretanto, não se pode deixar de considerar que, de 1980 para 1991, os homicídios, ainda no sexo masculino, em São Paulo, se elevaram em 248,1% (Tabela 23), acréscimo superior ao observado para o total das causas externas no Rio de Janeiro, no mesmo período, que foi de 53,5%. Se esta tendência se mantiver, como já foi dito anteriormente, as taxas ficarão cada vez mais próximas para as duas cidades.

Os meios mais freqüentemente utilizados foram as armas de fogo e os instrumentos cortantes e penetrantes, embora, os homicídios por meios não especificados ainda se apresentem em níveis muito elevados. Por exemplo, em 1980, São Paulo, que apresentou percentual de outras violências (não especificadas), 5,6 vezes menor que o Rio de Janeiro, no caso dos homicídios, aqueles por meios não conhecidos, representaram 80% do total de casos. Como cita Mello Jorge (1981), *"extraordinariamente associada à elevação das taxas de homicídios por armas de fogo, está o acesso a elas. Nos Estados Unidos por exemplo, já por volta de 1980, a metade das casas americanas tinham, no mínimo, uma arma de fogo"*.

Em 1991, também para a cidade de São Paulo, os ataques por meios não especificados, que na Lista Brasileira se inclui na categoria dos homicídios, representaram 65,8% destes. Os ataques por armas de fogo ou explosivos, 31% e vieram em segundo lugar.

Noronha e col.(1993), analisando os atos violentos praticados no período de 1988 a 1990, na Bahia, relatam que as armas de fogo foram utilizadas em 68,7% dos casos, seguindo-se as armas brancas. Os autores ressaltam a violência policial e entre as categorias avaliadas, através dos jornais, citam a presença de meninos e adolescentes entre os “marginais”, percebida pela denominação das “gangs”, a exemplo, de “bebê a bordo”.

Neste estudo, a relação entre os sexos mostra que os homens apresentaram taxas de homicídios, ao longo do período, sempre superiores às das mulheres, exceto para São Paulo em 1940. No último ano (1991), no Rio de Janeiro e em São Paulo, estas diferenças chegam a ser 22 e 16 vezes maiores (Tabela 23 e Gráfico 18).

Por esta razão e também pelos altos coeficientes apresentados, os homicídios contribuíram decisivamente para as diferenças nos padrões de mortalidade entre o sexos.

• OUTRAS VIOLÊNCIAS

Este grupo engloba todas as mortes de indivíduos que apresentaram lesões, em que se ignora se foram acidental ou intencionalmente infligidas. Em lugares onde os fluxos de informação sobre as circunstâncias que levaram ao óbito são adequadamente investigadas e esclarecidas, este grupo é inexpressivo quando se compara aos especificados como acidentes, suicídios ou homicídios. Através dele pode-se medir a cobertura do sistema de informação sobre mortalidade por causas externas.

O Rio de Janeiro, apresentou baixa cobertura quando comparado com São Paulo e piora da qualidade da informação, o que pode ser observado ao longo dos últimos anos analisados. Apesar disto, na análise do grupo das outras violências (Tabela A-III e A-IV), verifica-se ser sumamente improvável que tantas mortes com lesões por armas de fogo, tenham ocorrido acidentalmente ou sejam decorrentes de ação suicida.

4.3.6 CAUSAS MATERNAS

Morte materna é definida pela OMS como “a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente de duração ou de localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais” (OMS, 1979).

As causas de mortalidade materna (Capítulo XI da CID-9), são divididas em obstétricas diretas e obstétricas indiretas, sendo, as primeiras, resultantes de complicações obstétricas durante qualquer um dos períodos da maternidade e, as últimas, causadas por doenças prévias ou concomitantes que, entretanto, não são resultantes de causas obstétricas diretas, mas de efeitos fisiológicos da gravidez.

Como citado por Mora (1988), “ se fossem dadas, aos países latino-americanos, condições semelhantes às do Canadá (cuja mortalidade materna foi de 5 por cada cem mil nascidos vivos em 1983), países como o Brasil ou o México (cuja mortalidade oscila de 50 a 70 por cada cem mil nascidos vivos) poderiam evitar mais de 2. 000 mortes maternas por ano. Daí, cita o autor, “ surge o conceito de “excesso de mortalidade materna “, estimado para os sete maiores países da América Latina para o quinquênio 1980-1984 em aproximadamente 33.535 mortes.

Os dados do Brasil são altamente subestimados. Na realidade, inúmeras mortes femininas por septicemias, peritonites, hemorragias, choque toxêmico, entre outros, relacionados à gravidez, ao parto ou ao puerpério, são descritas nos atestados como causas básicas de morte e incluídas em outros Capítulos da CID que não o das Causas Maternas (Laurenti, 1989).

Para que fosse possível analisar, de forma mais completa, neste estudo, os indicadores de mortalidade materna, seria necessário obter dados sobre os nascidos vivos de mulheres na faixa de 15 a 24 anos, nos dois municípios, e em cada um dos anos estudados. Estes dados porém não estavam disponíveis. Assim, trabalhou-se com a mortalidade proporcional por causas maternas.

Contatou-se a importância destas causas para o primeiro ano de análise, bem como seu declínio subsequente. A proporção dos óbitos atribuídos às causas maternas, em ambas as cidades, e considerando-se somente as mortes de mulheres, em 1930, só foi menor que aquela atribuída às causas infecciosas (Tabelas 25 e 26).

Nos anos seguintes, estas causas foram responsáveis por uma parcela menor dos óbitos em mulheres. Na realidade estas proporções foram bastante semelhantes nos dois municípios, variando em torno 8% a 4% no Rio de Janeiro e 8% a 5% em São Paulo. Isto significa que, no mínimo, uma entre cada 25 mortes de jovens do sexo feminino, ocorreu por causas maternas no Rio de Janeiro, em 1991 e, uma entre cada 20 mortes de jovens do sexo feminino, deveu-se às causas maternas, em São Paulo, em 1991. É importante ressaltar que estes óbitos constituem-se em mortes evitáveis, que ocorrem pela ausência ou qualidade inadequada da assistência pré-natal e ao parto.

Como cita Laurenti (1989),

“assim como se costuma dizer, em relação à mortalidade infantil, que nenhuma criança menor de um ano deveria morrer, exceto para aqueles casos de doença de difícil prevenção, também em relação à mortalidade materna, nenhuma mulher deveria morrer por complicações da gravidez, parto ou puerpério”.

Ainda mais quando as causas obstétricas diretas (mais facilmente preveníveis) são responsáveis pelas mortes. É tão aberrante que ainda hoje ocorra este tipo de óbito que, por menor que sejam tais números, o fato, por si só, já significaria um grave descompromisso com a saúde da mulher.

Siqueira e Tanaka (1980) observaram, para o Brasil, a mortalidade proporcional por todas as causas em adolescentes no ano de 1980 e registraram os valores de 1,4% para a mortalidade materna, sendo que para a faixa de 15 a 19 eles foram de 2,1%, menores do que os observados neste estudo, para o grupo de 15 a 24 anos.

Os dados de outros países latinoamericanos, como a Argentina (1985) e Cuba (1985), 7,2% e 3,8% respectivamente, para a mesma faixa etária, se situam em uma posição intermediária e menos elevados que os níveis da Colômbia (1984), 9,0%, Equador (1987), 15,1% e do Paraguai (1986), 21,4% (OPAS, 1990). Nos países desenvolvidos, a pequena mortalidade por causas maternas mostra como elas podem ser evitáveis.

As causas maternas parecem ocupar posição mais destacada como causa de morte entre os adolescentes do que entre os jovens. Entretanto, estes dados correspondem ao Brasil e, portanto, ao serem comparados às duas capitais em estudo, é necessário chamar a atenção para seus diferentes contextos em termos de assistência à saúde. De qualquer forma, é senso comum que a faixa de 20 a 29 anos é mais favorável para a reprodução e a maternidade.

Em 1991, neste estudo, a mortalidade proporcional por complicações da gravidez, do parto e do puerpério, em relação a todas as faixas etárias, para o Rio de Janeiro, nos grupos de 10 a 19 e de 15 a 24 anos (Secretaria Estadual de Saúde) foi de 5,6% e 28,3%, respectivamente. Para São Paulo, estes valores foram de 8,3% e 31,3% (FSEADE).

Este estudo utilizou os grupos de causas da Lista Brasileira de Mortalidade (CID-Br), que são os dados rotineiramente utilizados e distribuídos pelos órgãos responsáveis pelas estatísticas vitais. Para o Capítulo XI, das Causas Maternas, a CID-Br seleciona e registra individualmente somente o aborto, as causas obstétricas diretas e as indiretas. As diferentes categorias que fazem parte destes grupos, tais como hipertensão, hemorragia e infecção puerperal, só puderam ser obtidas para alguns dos anos analisados, quando as tabulações as incluíam, ou então, quando os próprios certificados de óbitos estavam sendo analisados.

Para a obtenção de dados completos de todos os anos, em ambos os municípios, seriam necessários relatórios especiais, que não fazem parte dos objetivos deste estudo. É interessante também assinalar que os primeiros registros de causas obstétricas indiretas, em todo o período analisado, são os de São Paulo em 1991.

Tabela 25 - Mortalidade proporcional por causas maternas, na faixa etária de 15 a 24 anos, Município do Rio de Janeiro, 1930-1991

Causas/ Anos	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1991
<i>Aborto</i>	7,2	9,1	8,6	...	37,0	22,2	6,7
<i>Hipertensão</i>	36,2	21,2	32,8	...	...	...	...
<i>Infecção puerperal</i>	40,6	34,8	8,6	...	...	...	...
<i>Hemorragia</i>	8,7	19,7	13,8	...	...	...	...
<i>Outras causas</i>	7,3	15,2	36,2	...	...	...	...

Tabela 26 - Mortalidade proporcional por causas maternas, na faixa etária de 15 a 24 anos, Município de São Paulo, 1930-1991

Causas/ Anos	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1991
Aborto	19,0	17,9	...	27,3	6,5	7,9	16,7
Hipertensão	16,6	10,3	...	27,3	...	39,5	...
Infecção puerperal	57,1	41,0	...	24,2	...	...	...
Hemorragia	2,4	10,3	...	9,1	...	...	...
Outras causas	4,9	20,5	...	12,1	...	...	...

Conforme já citado, também para países desenvolvidos (Centers For Diseases Control, 1985), as mortes maternas são registradas de maneira imprecisa. Em razão dos dados deste estudo terem sido colhidos sob metodologias, provavelmente, muito diferentes e pouco sequenciais, não foi possível alcançar grandes resultados. Entretanto, o que é permitido inferir são as mudanças nos perfis de causas, já que, para os dois municípios, o aborto, a hipertensão e a infecção puerperal ocuparam as primeiras posições, dependendo do período estudado.

A infecção puerperal foi responsável pelo maior parcela das mortes de mulheres nos primeiros anos, sendo maior em São Paulo (Tabela 26), que, por sua vez, apresentava menor proporção de óbitos por hipertensão do que o Rio de Janeiro (Tabela 25).

O aborto, nos primeiros anos em estudo, foi responsável por maior número de mortes em São Paulo (19,0% em 1930 e 17,9% em 1940) do que no Rio de Janeiro (respectivamente, 7,2% e 9,1%), ocorrendo o inverso nos anos de 1970 e 1980 (37,0% e 22,2% para o Rio de Janeiro e 6,5% e 7,9% para São Paulo, respectivamente). Apesar do registro do aborto como causa de morte, ser omitido de forma muito importante, já em 1930, os jornais da época descreviam como “estes casos” haviam se tornado cada vez mais freqüentes :

"Quiz evitar a prova da sua deshonra e, provocando a " *delivrance* ", veio a falecer como a policia apurou o facto e como a ' *faiseuse d'anges* ', explica a sua intervenção no caso".

"Os casos de ' *delivrance* ' forçadas de quando em quando ocupam a policia e a atenção dos leitores, além de mais uma mesa do necroterio".

"A carestia da vida, o intuito de encobrir a desonra ou apenas o desejo de não ter o incommodo de um filho agarrado às saias, são os principais factos desse crime, praticado actualmente em grande escala".

"Maria augusta era parda, de 19 annos de idade, solteira; tinha como noivo oempregado do instituto histórico e geographico brasileiro, também pardo..."

(*Quiz evitar a prova de sua deshonra*. Diario de

Notícias, sábado, 14 de junho de 1930).

A infecção puerperal acompanhou a curva de declínio das DIP, sendo que no Rio de Janeiro este declínio foi mais rápido, sendo aí bastante visível a ascensão da hipertensão, como responsável por uma parcela maior de óbitos ao longo do período. Estes agravos à saúde da mulher, são ambos preveníveis, sendo que, com o advento dos antibióticos e as possibilidades de acesso a estes, a infecção puerperal passou a ter boa resolução. A hipertensão, por sua vez, depende de prevenção e controle através de assistência pré-natal e ao parto adequadas. Todas estas causas mencionadas se referem às causas obstétricas diretas, que declinaram em 29,41% e 45,83%, de 1930 a 1960, em São Paulo e Rio de Janeiro, respectivamente.

Como já mencionado acima, somente nos dados de 1991 para São Paulo, é que apareceram as causas obstétricas indiretas, numa relação de 1:2,8 com as causas diretas. De toda maneira, o que prevaleceu, em todo o período, foram as causas diretas, cujas categorias vão se revezando ao longo do período, mantendo porém sempre o mesmo caráter de agravos passíveis de prevenção e controle.

Como fatores determinantes desses agravos, têm sido considerados (Anderson, 1965), pobreza, desemprego, gasto energético excessivo em ocupações exaustivas, nível de escolaridade baixo, dieta pobre, desestruturação familiar, entre outras tais como mães em idades reprodutivas extremas. Além disto, dados sobre os partos cesáreos no Brasil (CLAP, 1989), mostram que o número de mortes maternas que ocorrem quando estes procedimentos

são realizados, podem ser até doze vezes maiores que aqueles nos quais os nascimentos se dão através de parto não cirúrgico.

Siqueira & Tanaka (1986), em estudo realizado em 1980, citam entre as principais causas de morte materna em mulheres de 15 a 19 anos, no Brasil, a hipertensão (47,3%) em primeiro lugar, a infecção puerperal (16,1%) em segundo, seguida pela hemorragia (9,0%). O aborto vem em quarto lugar (5,9%). Mora (1988) analisando a mesma faixa etária no Brasil, em 1983, cita como principais causas, também a hipertensão (42,6%), infecção puerperal (13,4%), aborto (11,3%) e a hemorragia (8,9%).

Nos Estados Unidos, a realização de aborto legal entre as adolescentes, dobrou de 1972 a 1978. Depois de 1973, o número anual de mortes decorrentes de abortos ilegais, declinou consideravelmente. Embora os programas atuais forneçam a opção da utilização de contraceptivos em serviços para as adolescentes e tenham causado impacto nas taxas de fertilidade entre as mesmas, eles não eliminaram a necessidade da realização de abortos (Ezzard; Cates; Schultz, 1985).

No caso do Brasil, apesar do declínio da mortalidade materna, a assistência à saúde da mulher e, em especial, o planejamento familiar, carecem de universalidade e não são sequenciais. Por este motivo, ainda hoje ocorrem mortes plenamente evitáveis, à luz dos conhecimentos científicos atuais e da existência dos recursos necessários.

Os programas relacionados à saúde da mulher não abrangem todos os aspectos necessários à uma atenção integral. Estes devem, necessariamente, fornecer informação que possa conduzir a uma escolha consciente de determinados métodos contraceptivos e o acesso objetivo a estes meios. Passa pela assistência médica, como também psicológica e social, adequadas e condignas à gravidez, ao parto e ao puerpério. E, finalmente, deve se comprometer em atingir os aspectos legais de proteção aos direitos da mulher, como por exemplo, a descriminalização do aborto, porque este, ao ser considerado crime, não tem contribuído para elevar consciências ou garantir responsabilidades.

4.3.7 AS DEMAIS CAUSAS

Apesar de serem grupos com frequências mais baixas, as doenças do aparelho digestivo, aparelho geniturinário e das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários, estiveram entre as cinco primeiras causas de mortalidade do grupo.

Dentre as doenças do aparelho digestivo, as apendicites foram responsáveis no Rio e em São Paulo, respectivamente, por 24,0% e 38,9% das mortes em 1930, 33,3% e 34,75 em 1940, 10,4% e 2,3% em 1950, 20,5% e 8% em 1960, 30,8% e 5,4% em 1970, 31,6% e 7,1% em 1980 e 5,6% e 6,35 em 1991. As doenças crônicas do fígado e cirrose vieram após, sendo seguidas pelas úlceras do estômago e do duodeno (Tabelas A-I e A-II).

A tendência destas causas é de declínio, porém, até 1980, elas foram responsáveis por um número importante de mortes no Rio de Janeiro, o que já não vinha ocorrendo em São Paulo, desde 1950. Diagnóstico tardio, omissão de socorro imediato e ausência de serviços de saúde de emergência adequados, foram, provavelmente, os responsáveis.

O grupo das doenças do aparelho geniturinário, mais frequentemente observado, foi o do aparelho urinário. Dentre suas categorias, nefrite, síndrome nefrótica e nefrose, foram responsáveis, no Rio e São Paulo, respectivamente, por 85,1% das mortes do grupo (não há dados daquele ano para São Paulo), em 1930; 81,1% e 68% em 1940; 90,2% e 91,4% em 1950; 100% e 70% em 1960; 100% para ambas as cidades em 1970; 61,5% e 76,2% em 1980 e 62,5 e 85,7%, em 1991.

Em 1960 estes coeficientes já são muito baixos, o que está de acordo com o esperado, pois o impacto da antibioticoterapia é fator determinante do comportamento deste grupo de doenças. Até o período em que indicadores eram mais elevados o sexo feminino se destacava, entretanto a relação entre os sexos sempre foram muito próximas (Tabelas A-III e A-IV).

O último Capítulo a ser analisado é o III, sendo o grupo das doenças endócrinas e metabólicas e transtornos imunitários, o que apresentou maior número de mortes. A maioria destas ocorreu no período 1930-1980, e tiveram como causa o diabetes mellitus, embora em número não muito elevado. Esta doença crônico-degenerativa é responsável por pequeno número de mortes nesta faixa de idades (Tabelas A-I e A-II; Gráfico 19).

GRÁFICO 19 - Coeficientes* de mortalidade por doenças endócrinas, segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, 1930-1991**

* por cem mil habitantes

**doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários.

O coeficiente de mortalidade por diabetes, no Rio de Janeiro, apresentou valores entre 0,3 a 2,4 por cem mil habitantes, em todo o período. Em São Paulo, variou de 0,1 a 2,2 por cem mil habitantes. Resultados semelhantes foram observados por Püffer (1968), para a mesma faixa de idades, em diversas capitais, tais como a cidade do México, 2,8 e 0,9 por cem mil habitantes, respectivamente, para os sexos masculino e feminino, no período 1962/1964. Assim, para esta faixa de idades não houve variação expressiva ao longo do período.

Diferenças entre os sexos foram observadas em 1940 (coeficientes de 2,2 e 0,4 por cem mil habitantes), com predominância do sexo masculino; em 1980 (0,8 e 1,3 por cem mil habitantes) e em 1991 (0,2 e 0,7 por cem mil habitantes), com pequena predominância do sexo feminino, em São Paulo. No Rio de Janeiro, foram observados valores maiores para o sexo masculino em 1950 (2,4 e 0,8 por cem mil) e em 1991 (1,3 e 0,6 por cem mil). Valores maiores para as mulheres, somente em 1970, 1,4 por cem mil habitantes, enquanto para o sexo masculino esta taxa era de 0,8 por cem mil habitantes.

No último período analisado (1980 a 1991), os coeficientes para ambas as capitais se elevaram em 310,5% e 1033,3%, respectivamente, no Rio de Janeiro e em São Paulo (Tabelas 8 e 9). A causa desta mudança de perfil é o surgimento dos óbitos pela AIDS, que ao longo da década de 1980 vinha sendo registrado.

Este estudo aponta para a importância, que este grupo de causas, até então pouco expressivo sob o ponto de vista de mortalidade, passa então a assumir.

4.4. ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS

Anos potenciais de vida perdidos (APVP) constitui-se em uma medida de mortalidade que leva em consideração a idade ao morrer, assim como o fato da morte em si. Foi desenvolvida por volta de 1940/1950, quando a taxa de mortalidade convencional em suas diversas modalidades estava sendo criticada pelo fato de “*ser influenciada pela estabilidade*

relativa das taxas de mortalidade nas idades mais avançadas, e não conferir peso suficiente às diferenças da mortalidade em idades mais jovens, que são tão importantes quando vistas pelo aspecto da quantidade de vida perdida". É uma medida especialmente sensível das diferenças de mortalidade, quando estas diferenças ocorrem em grupos mais jovens (Blane, 1990). Entretanto, os números absolutos de perdas mostra apenas uma panorâmica da situação porque não considera a população que está realmente sob risco (Silva, 1984).

Cálculos sobre APVP por diversas causas de morte, tem sido relatados por vários autores e, rotineiramente por instituições, tais como os Centers for Disease Control (CDC) nos Estados Unidos.

Silva (1984), estudando os APVP em região pobre e de baixo nível de saúde, considera este indicador como instrumento para nortear a escolha de prioridades, sendo preciso levar em consideração a capacidade de redução do dano.

A técnica mais simples para se calcular os APVP, e portanto a importância relativa das diversas doenças para uma determinada população, é a de Romeder & McWhinnie, citado em Silva (1984) e Blane (1990). O processo se fundamenta nos anos de vida restantes de cada grupo etário, em relação à idade limite pré-estabelecida, com base na vida média da população. Esses anos são, então, multiplicados pelo número de mortes por determinada causa, no respectivo grupo etário. A soma desses produtos, das diversas faixas etárias, representa o total de APVP, que podem ser expressos em número de anos de vida, taxas e proporções.

Este estudo se propõe calcular o número de anos de vida potencialmente perdidos, para os jovens, nas duas capitais, por causas, especialmente aquelas responsáveis pelo maior número de óbitos ao longo do tempo, as DIP e as causas externas. Referências a respeito de como se chegou ao estabelecimento da idade de 75 anos para a esperança de vida, nas duas capitais, são retiradas dos relatórios da OPAS (OPAS, 1990a e OPAS, 1992) e resumidas adiante.

A redução da mortalidade nas Américas, nos últimos 40 anos, ocorreu a partir de níveis muito diferenciados nas subregiões. O grupo de países latinoamericanos ganhou quinze anos na esperança de vida ao nascer, a partir de um valor de 51,8 anos, de 1950 a 1955. Isto significa que, na realidade, a redução da mortalidade nos últimos 35 anos é semelhante, em magnitude, aquela ocorrida nos Estados Unidos entre 1910-1915 e 1945-1950, ou seja, em igual período e a partir de uma mesma esperança de vida, mas antes que se dispusesse de grande parte dos modernos avanços na prevenção e tratamentos de muitas doenças.

Também, quanto à mortalidade infantil, se as tendências atuais se mantiverem, a América Latina, poderá alcançar no quinquênio 2020-2025, quase 35 anos depois, os mesmos níveis que os Estados Unidos apresentou no período 1955-1960, o que significa uma defasagem de quase meio século.

Um aumento médio de aproximadamente dois anos por quinquênio, levou esta cifra a 66,6 anos na atualidade. No Caribe não latino, que já se encontrava com uma vantagem de aproximadamente cinco anos, a esperança de vida chega hoje a 72,4 anos. Na América do Norte, em que a vida média esperada ao nascer era já de 69,1 anos, há quatro décadas, esta chega a 76,1 anos no período 1985-1990 (OPAS, 1992). Há uma relação entre a esperança de vida ao nascer e as taxas de mortalidade, além de um padrão geral que se caracteriza por uma maior mortalidade na infância, uma taxa mínima na idade de 5 a 14 anos e, uma ascensão progressiva até chegar ao máximo na idade de 65 anos.

A medida que aumenta a esperança de vida, a redução da mortalidade afeta a todas as idades. Assim, a OPAS propôs um modelo para mostrar as mudanças nas taxas de mortalidade por idades, a medida que aumentou a esperança de vida, até a idade de 75 anos. Observa-se que a mortalidade varia de 300 por cem mil (se a morte se der de 5 a 14 anos) até 1.100 por cem mil (se a morte se der de 15 a 39 anos), que são os valores para as idades mais próximas às do estudo, quando a esperança de vida ao nascer passou para 75 anos.

Estes dados são compatíveis com o observado de 392,2 por cem mil, para o sexo masculino, em São Paulo (1991) e de 415,6 por cem mil, para o Rio de Janeiro, no mesmo

sexo e ano. Para o sexo feminino as taxas são mais baixas, o que eleva a esperança de vida. Caso a mortalidade nestes grupos contemplados pelo modelo estivesse em torno de 1.000 por cada cem mil crianças, na faixa de 5 a 14 e, 2.200 por cada cem mil jovens e adultos, na faixa de 15 a 39 anos, a esperança de vida estaria em torno de 65 anos.

Assim, considerando-se a esperança de vida ao nascer para as capitais estudadas como de 75 anos, pois a mortalidade do jovem, apesar de estar em ascensão, não é capaz de modificar a tendência da esperança de vida, resolveu-se calcular os anos potenciais de vida perdidos pelas causas responsáveis pelo maior número de mortes, no grupo etário do estudo e no período selecionado.

A fórmula geral utilizada foi:

$$75 \quad 75$$

$$APVP: \sum_{i=1} aidi = \sum_{i=1} (m-i-0,5)di \quad \text{onde:}$$

a_i = anos de vida restantes até a idade m , quando as mortes ocorrem entre as idades i e $i+1$
 $= m - (i+0,5) = m - i - 0,5$

d_i = número de mortes entre as idades i e $i+1$

$$75 \quad 75$$

$$APVP = \sum_{i=1} aidi = \sum_{i=1} (75 - i - 0,5)di$$

O total de APVP por todas as causas variou de 50.800 em 1930 a 205.950 em 1991, para São Paulo, com uma relação masculino: feminino de 1:1 em 1930 e de 5:1 em 1991 (Tabela 28; Gráficos 20 e 21). Para o Rio de Janeiro, em 1930 o total de APVP foi de 98.550 e, em 1991, de 112.500, menos do que em 1940, ano em que se computou a cifra de 126.950 APVP, e muito semelhante a 1950 (Tabela 27). Das perdas em 1940, 50% foram para cada sexo, enquanto as perdas de 1991 se distribuíram diferentemente, sendo 83,2% para o sexo masculino e 16,8% para o sexo feminino.

GRÁFICO 20 - Anos Potenciais de Vida Perdidos no sexo masculino, faixa etária de 15 a 24 anos, Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, 1930-1991

GRÁFICO 21 - Anos Potenciais de Vida Perdidos no sexo feminino, faixa etária de 15 a 24 anos, Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, 1930-1991

Por causas infecciosas e parasitárias, as perdas em 1930, em São Paulo, foram de 23.800 APVP, sendo a relação entre homens e mulheres praticamente de 1:1. Em 1991 a perda foi de 5.300, com uma relação de 1,3:1 entre os sexos masculino e feminino. Observa-se um ganho de 77,7% em APVP, no período. No Rio de Janeiro, as perdas em 1930 para ambos os

sexos foram de 98.550 APVP, sendo estas perdas igualmente distribuidas entre homens e mulheres; já em 1991 a perda é de 3.250, sendo 63,1% para os homens e 36,9% para as mulheres. Obteve-se um ganho potencial para ambos os sexos de 95,0%.

Tabela 27- Anos Potenciais de Vida Perdidos* por causas, segundo sexo, faixa etaria de 15 a 24 anos, Município do Rio de Janeiro, 1930-1991**

Ano/ Sexo	Total	Causas **																
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII
Total																		
1930	98.550	65.650	450	100	150	300	1.450	3.850	8.000	2.500	3.900	3.800	650	200	-	-	1.350	6.200
1940	126.950	72.800	1.300	400	650	450	1.800	7.700	11.500	4.500	2.850	3.300	550	600	150	-	4.250	14.150
1950	111.850	60.950	1.700	450	650	200	1.950	9.250	6.050	2.400	2.100	2.900	100	-	250	-	5.600	17.300
1960	64.650	8.950	3.450	200	500	500	550	8.900	2.600	2.200	650	1.950	-	-	400	-	6.550	27.250
1970	78.500	6.450	5.100	750	150	-	1.150	8.500	3.600	1.300	1.000	1.350	-	-	450	-	6.300	42.400
1980	92.300	2.400	4.250	1.000	200	150	2.400	6.150	3.150	1.900	900	900	-	450	550	-	5.300	62.600
1991	112.500	3.250	3.050	3.600	300	100	1.050	3.250	3.250	900	500	750	200	300	150	-	6.700	85.150
Masculino																		
1930	50.950	33.450	200	-	-	100	1.200	2.050	4.500	1.700	1.450	-	500	50	-	-	600	5.150
1940	63.950	34.500	650	200	250	100	1.200	4.100	6.300	3.050	1.200	-	200	400	100	-	2.050	9.650
1950	56.800	30.350	850	350	100	100	1.500	4.150	2.750	1.200	750	-	100	-	100	-	2.900	11.600
1960	34.200	1.500	1.400	100	250	500	450	2.750	1.400	1.450	450	-	-	-	300	-	3.250	20.400
1970	50.500	2.950	2.650	300	50	-	650	4.450	1.700	700	550	-	-	-	200	-	2.800	33.500
1980	71.150	1.300	2.600	400	100	50	1.450	3.500	1.550	1.100	400	-	-	100	200	-	2.900	55.500
1991	93.550	2.050	1.650	2.800	200	100	700	1.500	1.650	600	150	-	150	100	100	-	4.900	76.900
Feminino																		
1930	47.600	32.200	250	100	150	200	250	1.800	3.500	800	2.450	3.800	150	150	-	-	750	1.050
1940	63.000	38.300	650	200	400	350	600	3.600	5.200	1.450	1.650	3.300	350	200	50	-	2.200	4.500
1950	55.050	30.600	850	100	550	100	450	5.100	3.300	1.200	1.350	2.900	-	-	150	-	2.700	5.700
1960	30.450	7.450	2.050	100	250	-	100	6.150	1.200	750	200	1.950	-	-	100	-	3.300	6.850
1970	28.000	3.500	2.450	450	100	-	500	4.050	1.900	600	450	1.350	-	-	250	-	3.500	8.900
1980	21.150	1.100	1.650	600	100	100	950	2.650	1.600	800	500	900	-	350	350	-	2.400	7.100
1991	18.950	1.200	1.400	800	100	-	350	1.750	1.600	300	350	750	50	200	50	-	1.800	8.250

* número de anos de vida potencialmente perdidos

** CID-9

Tabela 28 - Anos Potenciais de Vida Perdidos* por causas, segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Município de São Paulo, 1930-1991**

Ann/ Sexo	Total	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII
Causa **																		
Total																		
1930	50.800	23.800	600	50	250	50	1.750	3.100	5.050	2.700	2.300	2.100	400	150	50	-	2.550	5.900
1940	57.450	29.500	1.250	300	850	100	1.400	4.350	5.100	2.450	1.750	1.950	300	250	100	-	200	7.600
1950	60.350	21.700	2.800	450	350	-	1.500	8.200	2.300	2.150	1.800	1.450	-	-	200	-	4.750	12.700
1960	50.100	8.050	4.400	600	450	200	1.450	6.850	3.200	2.500	2.050	1.650	200	50	600	-	850	17.000
1970	79.000	5.400	4.550	150	400	-	2.750	7.050	4.100	1.850	2.050	1.550	-	-	1.000	-	6.950	41.200
1980	131.650	4.850	6.600	1.350	1.350	350	3.300	9.150	8.700	3.500	2.200	1.900	50	1.000	800	-	2.550	84.000
1991	205.950	5.300	6.750	15.000	550	700	3.600	7.300	7.700	2.800	700	1.800	100	250	550	-	1.850	151.000
Masculino																		
1930	25.600	11.350	150	-	50	-	1.050	1.500	2.950	1.300	950	-	350	150	-	-	1.350	4.450
1940	29.400	14.350	700	200	350	100	800	2.100	2.950	1.350	600	-	100	200	-	-	50	5.550
1950	33.000	11.200	1.700	150	100	-	850	4.600	1.050	1.050	950	-	-	-	100	-	2.500	8.750
1960	29.950	4.550	2.250	400	150	150	1.000	3.400	1.850	1.350	900	-	50	50	300	-	400	13.150
1970	51.450	3.250	2.650	50	200	-	1.600	4.000	2.300	750	950	-	-	-	500	-	3.200	32.000
1980	93.400	2.950	3.500	450	500	250	1.950	4.150	4.550	1.800	900	-	50	200	400	-	1.350	70.400
1991	170.250	3.000	4.150	11.400	350	350	2.150	4.300	4.900	1.500	200	-	50	150	400	-	1.300	136.050
Feminino																		
1930	25.200	12.450	450	50	200	50	700	1.600	2.100	1.400	1.350	2.100	50	-	50	-	1.200	1.450
1940	28.050	15.150	550	100	500	-	600	2.250	2.150	1.100	1.150	1.950	200	50	100	-	150	2.050
1950	27.350	10.500	1.100	300	250	-	650	3.600	1.250	1.100	850	1.450	-	-	100	-	2.250	3.950
1960	20.150	3.500	2.150	200	300	50	450	3.450	1.350	1.150	1.150	1.650	150	-	300	-	450	3.850
1970	27.550	2.150	1.900	100	200	-	1.150	3.050	1.800	1.100	1.100	1.550	-	-	500	-	3.750	9.200
1980	38.250	1.900	3.100	900	850	100	1.350	5.000	4.150	1.700	1.300	1.900	-	800	400	-	1.200	13.600
1991	35.700	2.300	2.600	3.600	200	350	1.450	3.000	2.800	1.300	500	1.800	50	100	150	-	550	14.950

* número de anos de vida potencialmente perdidos

** CID-9

Para as causas externas, em São Paulo, as perdas em 1930 são as mais baixas do período estudado e muito semelhantes as perdas com as doenças infecciosas e parasitárias em 1991, isto é cerca de 5.000 a 6.000. A distribuição entre os sexos para as causas externas, já em 1930, é muito diferente, sendo seu valor muito superior no sexo masculino, com uma relação de 3,1:1. Em 1991, as perdas por estas causas são 2.459,3%, maiores do que em 1930, e a distribuição entre os sexos é de 90,1% para os homens (Tabela 28; Gráficos 22 e 23).

GRÁFICO 22 - Anos Potenciais de Vida Perdidos por causas externas, sexo masculino, faixa etária de 15 a 24 anos, Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, 1930-1991

Em resumo, as doenças infecciosas e parasitárias foram responsáveis por 46,9% dos APVP em São Paulo, no ano de 1930. Em 1991, a situação é muito diferente, sendo que as causas externas representaram 73,3% dos mesmos

GRÁFICO 23 - Anos Potenciais de Vida Perdidos, por causas externas, sexo feminino, faixa etária de 15 a 24 anos, Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, 1930-1991

Assim, na atualidade, as últimas causas são mais abrangentes, do ponto de vista da mortalidade, nesta faixa de idades e nesta capital, dos que foram as primeiras, em épocas anteriores. No Rio de Janeiro, os APVP por causas externas se ampliaram em 1.273%, de 1930 a 1991, sendo que no sexo masculino este aumento foi de 1393,2%. A relação masculino,

feminino, que era 5:1 em 1930, passou a ser de 9:1 em 1991. Nessa cidade, as doenças infecciosas e parasitárias foram responsáveis por 66,6% dos APVP, em 1930, e as causas externas por 75,7% das perdas em 1991. Por estes dados reafirma-se que a mortalidade por DIP foi mais freqüente no Rio de Janeiro do que em São Paulo, nos primeiros anos do estudo.

Registra-se ainda que no Rio de Janeiro, os APVP por homicídios, em seis dos anos estudados (os dados de 1970 não estavam disponíveis) foram de 63.450 e, em São Paulo, em sete anos, os APVP foram de 125.400. Outras causas, como por exemplo, as causas maternas, apresentaram um declínio de 80,3% no Rio de Janeiro (1930 a 1991) e de somente 14,3% em São Paulo. Evidentemente como não se trata de comparar taxas, as inferências são parciais. Além disso, em relação às causas maternas, há uma sub-enumeração que precisa ser considerada. Entretanto, todos esses fatos não diminuem a importância de perdas de vidas potenciais plenamente evitáveis.

5. Considerações Finais

As taxas de mortalidade no grupo de 15 a 24 anos são consideradas baixas em relação ao observado nas demais faixas etárias, o que foi constatado neste trabalho. Entretanto, foi evidenciado também que a queda da mortalidade ao longo do século atual, entre os jovens, não persistiu nas últimas décadas. O declínio dos níveis para ambos os sexos foi acentuado até 1980, no Rio de Janeiro e 1970, em São Paulo, quando então a tendência se inverteu (Gráficos 24 e 25). A maior velocidade de queda foi verificada até 1960. Embora o Rio de Janeiro tenha exibido, permanentemente, coeficientes de mortalidade por todas as causas mais elevados do que São Paulo, esta cidade apresentou uma elevação duas vezes maior no período de 1980 a 1991, aproximando-se da primeira.

Na análise das causas que determinaram o padrão de mortalidade dos jovens, ao longo do período, as doenças infecciosas e parasitárias, responsáveis pelas elevadas taxas dos primeiros anos permaneceram em queda acelerada. Foram elas que delinearam o perfil declinante até 1960.

Até então as causas externas, para ambos os sexos e municípios, embora estivessem entre os cinco principais grupos de causas de mortalidade da faixa etária, mostravam coeficientes de mortalidade baixos. Estes passaram a se elevar a partir de 1950, no Rio de Janeiro e a partir de 1960, em São Paulo, invertendo a tendência da curva de mortalidade, cuja maior inflexão é exibida em 1980.

Esta mudança ocorreu, na realidade, às custas do aumento da mortalidade no sexo masculino (Gráficos 26 e 28). Para o sexo feminino (Gráficos 27 e 29), os níveis se mantiveram constantes durante praticamente todo o período, sendo que a relação entre os óbitos masculinos e femininos por causas externas chega a 9,7:1 para o Rio de Janeiro e 9,4:1 para São Paulo, em 1991. Assim, para a jovem destas capitais, a substituição do padrão

epidemiológico através da grande diminuição das mortes por doenças infecciosas, que determinou quedas drásticas dos coeficientes de mortalidade por todas as causas, significou ganho de anos de vida potenciais, que persistem. Entretanto, para o sexo masculino a transição não se deu da mesma forma. As grandes epidemias de DIP foram ao longo do tempo sendo substituídas por outra, a de violências.

GRÁFICO 24 - Coeficientes* de mortalidade, por doenças infecciosas e parasitárias e causas externas, faixa etária de 15 a 24 anos, no Município do Rio de Janeiro, 1930-1991

*por cem mil habitantes

GRÁFICO 25 - Coeficientes* de mortalidade, por doenças infecciosas e parasitárias e causas externas, faixa etária de 15 a 24 anos, no Município de São Paulo, 1930-1991

* por cem mil habitantes

Enquanto as DIP predominaram, destacaram-se as tuberculoses, sendo elas responsáveis, principalmente até 1960, no Rio de Janeiro e, 1950 em São Paulo, pela grande maioria dos óbitos do grupo. A elevada mortalidade por tuberculose, durante as primeiras décadas do século XX, era decorrente, entre outros, do fato de não ser identificada como transmissível, não atingindo indiscriminadamente qualquer classe social, não representar séria ameaça às relações de produção vigentes, e em especial às relações do comércio exterior, não interessando aos planejadores e executores das políticas públicas. Além destas, outras questões, da mesma forma abrangentes, permeiam a história da tuberculose dentro da estrutura social das cidades estudadas.

O perfil de mortalidade que é observado em 1930 mostra exatamente a magnitude que a tuberculose toma como produtora de mortes, em comparação com outras doenças infecciosas e parasitárias que já não se destacavam, embora exibissem habitualmente maior mortalidade.

Esta dimensão não é a mesma para as duas cidades. As doenças infecciosas apresentaram declínio mais homogêneo na cidade de São Paulo. A tuberculose, no Rio de Janeiro,

apresentava níveis mais elevados e ainda persistentes, nos primeiros dois anos estudados. A urbanização e o processo de modernização pelo qual passou a cidade, então Capital Federal, antes das campanhas sanitárias, foi feito através de desapropriações e demolições, atingindo diretamente a população pobre e crescente da cidade. Obras e atividades especulativas, impediram o aproveitamento das oportunidades de industrialização. O modelo de distribuição populacional do Rio de Janeiro, na realidade, já se delineara no final do século passado. As reformas da cidade expulsaram milhares de trabalhadores para terrenos baldios em morros vizinhos, originando as favelas.

As instituições dirigentes de São Paulo, interessadas em ajudar o setor privado, a favor de seus interesses, aproveitou a farta mão de obra barata, originária da abolição da escravidão, e espalhou a população trabalhadora para loteamentos nas regiões periféricas, embora também desprovidos de infra-estrutura. Isto não significa que a situação sanitária de São Paulo fosse mais adequada, só é possível afirmar que era menos inóspita, pois a mortalidade pelas doenças infecciosas, nestes primeiros períodos do século XX, era também muito elevada.

Todos esses elementos influíram fortemente sobre os graves problemas de Saúde Pública que atingiram sobremaneira as populações jovens, objeto de nosso estudo, não só quanto ao perfil das DIP, quanto, mais tarde, de outros agravos à saúde, como as violências.

Em resumo, ao que tudo indica, as condições de insalubridade da cidade do Rio de Janeiro, do começo do século, tendo como elemento coadjuvante a metodologia de urbanização da cidade, traçou um perfil mórbido mais agudo, que associado, evidentemente, às crises econômicas sucessivas por que passou aquela coletividade, fez com que as medidas de controle aplicadas à capital do Império, não tivessem impacto tão rápido e bem sucedido, a não ser as de controle vacinal obrigatório. A partir da transição das DIP para as violências, esta composição também foi responsável pelo novo quadro social.

Com a transição, o novo perfil de mortalidade colocou em destaque os acidentes de trânsito de veículo a motor, que, a partir de 1960, momento da implantação da indústria automobilística, se tornaram responsáveis pela quase totalidade dos óbitos por acidentes de transporte (as causas acidentais mais frequentes) no Rio de Janeiro e São Paulo. Os acidentes de transporte se constituem em percentual importante de tôdas as violências. Os jovens de São Paulo, principalmente, passaram a exibir elevadas taxas de mortalidade por acidentes de trânsito associadas àquelas por homicídios.

GRÁFICO 26 - Coeficientes de mortalidade*, por doenças infecciosas e parasitárias e causas externas, sexo masculino, faixa etária de 15 a 24 anos, no Município do Rio de Janeiro, 1930-1991

*por cem mil habitantes

Os homicídios, entre todas as violências e nos últimos anos, foram os que apresentaram as maiores taxas de mortalidade, sempre ascendentes nas duas cidades. As taxas de mortalidade por violências em geral, para o sexo masculino, no Rio de Janeiro, foram sempre maiores do que as São Paulo. Entretanto, contrariamente ao que vinha sendo observado, elas

tiveram um aumento percentual duas vezes maior em São Paulo, no período de 1980 a 1991. Isto aproximou bastante as duas taxas. Os homicídios evidenciam aspectos dos mais negativos das mudanças de perfil, para o sexo masculino, embora os óbitos por violências, não sejam exclusividade deste sexo. Por outro lado, o grande declínio dos óbitos por causas maternas, exemplifica bem os aspectos positivos da transição para o sexo feminino.

GRÁFICO 27 - Coeficientes de mortalidade*, por doenças infecciosas e parasitárias e causas externas, sexo feminino, faixa etária de 15 a 24 anos, no Município do Rio de Janeiro, 1930-1991

*por cem mil habitantes

Agrava a situação da mortalidade por causas externas, a grave crise no setor da saúde pública, de proporções ainda não adequadamente mensuradas, que vem colocando em risco os avanços obtidos. Os agravos atuais à saúde dos jovens, as violências, na maioria das vezes nem requerem assistência médica, é bem verdade, já que os indivíduos não sobrevivem para recebê-la. Entretanto, existe uma parcela importante que só sobrevive as custas do funcionamento adequado dos serviços de emergência do setor público.

Gráfico 28 - Coeficientes* de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e causas externas, sexo masculino, faixa etária de 15 a 24 anos, no Município de São Paulo, 1930-1991

*por cem mil habitantes

Cabe ressaltar ainda que a violência nas duas cidades, em especial os homicídios, apresentam um amplo espectro de determinantes sociais, econômicos, culturais, etc, que foram amplamente discutidos ao longo deste estudo. Não cabe aqui retomá-los. Entretanto, ao destacar aspectos do processo distintos de urbanização para as duas cidades, o que foi comentado na questão das doenças infecciosas e parasitárias, cabe complementar que, também, o perfil de violências se apresenta com dupla face nestes diferentes contextos.

GRÁFICO 29 - Coeficientes de mortalidade*, por doenças infecciosas e parasitárias e causas externas, sexo feminino, faixa etária de 15 a 24 anos, no Município de São Paulo, 1930-1991

*por cem mil habitantes

O processo de “favelização” da cidade do Rio de Janeiro, que definiu um perfil mais agudo para as DIP, também o fez para as violências. Não existem aí limites, dentro da geografia urbana, para a violência, ao contrário do que existe em São Paulo. Por isto na primeira ela é mais explícita, “mora ao lado”, ao contrário da outra, onde a violência, por ser mais periférica, é mais velada. Associa-se a essas características, que contribuem para a peculiaridade do processo em cada uma das cidades, um quadro nacional de “pauperização” decorrente da ausência de um projeto econômico que tenha por princípio a distribuição mais equânime da renda, além da não democratização e deterioração da justiça e da ética, em suas diferentes formas de expressão e execução.

Quanto às informações utilizadas neste estudo, no que diz respeito à sua qualidade quanto às possíveis perdas, assinala-se que, por mais remotas que tenham sido as informações e mais discutíveis as metodologias utilizadas, tanto na coleta dos dados, quanto em sua organização, estas variações não seriam capazes de alterar as tendências observadas.

6. Conclusões

As conclusões apresentadas a seguir dizem respeito aos óbitos dos jovens de 15 a 24 anos, dos municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, no período de 1930 a 1991.

1º Com relação aos coeficientes de mortalidade

No Rio de Janeiro

- passaram de 6,36 para 2,45 por mil habitantes (queda de 61,5% no período).

Em São Paulo

- passaram de 5,01 para 2,33 por mil habitantes (queda de 55,5% no período).
- os coeficientes foram sempre maiores no Rio de Janeiro do que em São Paulo.

2º Com relação ao sexo

- os coeficientes foram decrescentes em ambos os sexos, com exceção do sexo masculino, de 1980 a 1991, que em ambas as cidades se elevou.
- os coeficientes do sexo masculino foram sempre maiores do que os do sexo feminino em ambas as capitais (a relação foi sempre crescente e variou entre 1:1 e 5,1:1 no Rio de Janeiro e 1,1:1 e 4,9:1 em São Paulo).

3º Relativo às causas

- as doenças infecciosas e parasitárias apresentaram os coeficientes mais elevados nos dois municípios até 1950, sendo que os do Rio de Janeiro foram sempre maiores do que os de São Paulo. Do ano de 1930 a 1991, permaneceram entre os cinco principais grupos de causas de morte, no Rio de Janeiro, e em São paulo, de 1930 a 1980.
- dentre as doenças infecciosas e parasitárias ressalta-se a importância das tuberculoses que, até 1950 apresentaram coeficientes muito elevados no Rio de Janeiro e em São Paulo (variando de 354,0 a 187,1 por cem mil habitantes e 178,0 a 82,5 por cem mil habitantes , de 1930 a 1950, respectivamente para o primeiro e segundo municípios). Percentualmente as tuberculoses representaram em média 80% das mortes por DIP, no período referido.
- outras causas infecciosas registradas foram doenças infecciosas intestinais, doenças venéreas e, embora com coeficientes muito baixos, doença meningocócica, poliomielite aguda , varíola e malária.
- as causas externas que nos primeiros anos ocupavam a segunda e terceira posições, nas duas capitais, a partir de 1960 passaram para o primeiro posto, com coeficientes elevados e crescentes. No período elevaram-se de 40,0 para 185,1 por cem mil habitantes no Rio de Janeiro e de 58,2 para 170,7 por cem mil habitantes, em São Paulo, mostrando aumentos respectivos de 362,8% e 193,3%. Esses aumento foram maiores no sexo masculino, onde os coeficientes são ainda mais elevados.

- os tipos de causas externas mais frequentes foram os acidentes de trânsito, que mostraram seus maiores coeficientes em 1970 no Rio de Janeiro (29,1 por cem mil habitantes), e em 1991 em São Paulo (30,6 por cem mil habitantes) e os homicídios, que apresentaram seus maiores coeficientes em 1991, respectivamente de 65,4 e 107,9 por cem mil habitantes, para o Rio de Janeiro e São Paulo. Entretanto considera-se aí uma sub-enumeração importante, principalmente para o Rio de Janeiro. Os coeficientes por violências apresentaram ampla variação entre os sexos masculino e feminino, chegando a mostrar, no caso dos homicídios, uma relação de 22 :1 e 16:1, respectivamente no Rio de Janeiro e São Paulo.
- os acidentes de trânsito e os homicídios mostraram elevação mais importante em São Paulo do que no Rio de Janeiro, entre 1980 e 1991, diferentemente do restante do período. Embora essas comparações devam ser vistas com reserva, visto que no Rio de Janeiro a qualidade da informação, relativamente às causas externas, é pior do que em São Paulo (elevado percentual de violências tipo ignorado), o aumento relativo observado para o conjunto das violências em São Paulo, no último período, deve ser considerado.
- além das doenças infecciosas e parasitárias e causas externas, estiveram entre as cinco primeiras causas de morte, as doenças do aparelho circulatório, respiratório, digestivo, geniturinário, neoplasmas e doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários, dependendo do período considerado.
- as doenças do aparelho circulatório, embora decrescentes, passaram a ocupar posições mais elevadas, com as quedas acentuadas das doenças infecciosas e parasitárias. Destacou-se o grupo da febre reumática e doenças reumáticas do

coração, cujos coeficientes foram, em geral, mais elevados no sexo feminino. Outro grupo que se evidenciou foi o das doenças da circulação pulmonar e outras formas de doenças do coração, abrangendo as mais variadas categorias.

- as doenças do aparelho respiratório apresentaram também coeficientes decrescentes, sendo que determinadas categorias, como as pneumonias, apresentaram taxas elevadas até 1940, em São Paulo (25,5) e no Rio de Janeiro (47,6), por cem mil habitantes, maiores para o sexo masculino.
- as neoplasias começaram a aparecer entre os cinco primeiros grupos, respectivamente, em 1950, em São Paulo e, em 1960, no Rio de Janeiro. As leucemias se destacaram, embora com coeficientes muito baixos, o que está de acôrdo com o comportamento das doenças crônico-degenerativas, que nesta faixa de idade são pouco freqüentes.
- as causas maternas, embora não se destacassem ao longo do período, em termos de freqüência, apareceram nos primeiros anos e também declinaram, em realidade, não deveriam sequer aparecer, por seu caráter de previnibilidade.
- as doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários apareceram como segundo grupo mais importante em 1991, nas duas cidades, (coeficiente de 7,8 por cem mil habitantes, no Rio de Janeiro e 16,9 por cem mil habitantes, em São Paulo). Este fato se deve, provavelmente, ao aparecimento da AIDS no início da década de 80. Os aumentos dos coeficientes se deram, principalmente, às custas dos aumentos verificados no sexo masculino.

- os anos potenciais de vida perdidos (APVP) por todas as causas, variaram, em São Paulo, de 50.800 a 205.950, no período de 1930 a 1991, sendo que a relação entre os sexos masculino e feminino passou de 1:1 a 5:1. No Rio de Janeiro, deixou-se de ganhar 98.550 anos, em 1930 e 112.500, em 1991, sendo a relação entre os sexos idêntica a SP. Nos sete anos estudados, os APVP por homicídios, em São Paulo, foram de 125.400. Já exclusivamente para o sexo feminino, as perdas maternas potenciais, em 1930, foram mais importantes do que em 1991.

Isto permite concluir que, em última análise, as epidemias de doenças infecciosas e parasitárias, no caso dos jovens, principalmente do sexo masculino, foram sendo substituídas pelas violências, o que determinou um novo padrão de mortalidade, que deve ser abordado segundo a multiplicidade de seus elementos; sendo fundamentalmente, questão grave e urgente de Saúde Pública, suas instituições devem ser devidamente estruturadas para enfrentá-la.

BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, S.V. Cocaina e Cocainomania. **Brazil-Medico** 34, 235-239, 1920.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on School Health. The potentially Suicidal Student in the School Setting. **Pediatrics**, 86 (3):481-483, 1990.
- ANDERSON, V. e cols. High risk groups-definitions and identification, **N. Engl. J. Med.**, 4:273-308, 1965.
- ARAS, R. Teenage pregnancy: an epidemiological perspective. **J. of Fam.Welfare**, 32(3): 65-74, 1986.
- ARIÈS P. **História social da criança e da família**, 2ª ed., Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1981.
- ARRETX, C. Compatibilização das estruturas por sexo e idade apresentadas pelos censos demográficos brasileiros. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 3º, Vitória, **Anais**, p.11-15, 1982.
- ARRIAGA, E.E. Algumas considerações sobre a previsão da mortalidade. In : Rodrigues Wong, L.; Hakkert, R.; Lima, R.R.A. - **Futuro da população brasileira: projeções, previsões e técnicas**. São Paulo, ABEP, p.228-37, 1988.
- A TUBERCULOSE é o maior flagello do Rio. **Diário de Notícias**, Rio de Janeiro, 12 jun. 1930, p.11.
- BARBOSA, V. Estudo descritivo do suicídio no município de São Paulo (Brasil) - 1959 a 1968. **Rev. Saúde Pública**, 8:1-14, 1974.

- BARRETO, M.L.; CARMO, E.H.; NORONHA, C.V. e col. Mudanças dos padrões de morbimortalidade: uma revisão crítica das abordagens epidemiológicas. **Physis**, 3:126-146, 1993.
- BERCOVICH, A.M. e VELLÔZO, H.C. Notas sobre aparentes contradições na estrutura por idade e sexo no censo demográfico de 1980. **Rev. Bras. de Estat.**, 46(181/182):53-121, 1985.
- BERQUÓ, E.S. Fatores estáticos e dinâmicos (mortalidade e fecundidade). In: Santos, J.L.F.; Levy, M.S.F.; Szmrecsányi, T (org.). **Dinâmica da população: teoria , métodos e técnicas de análise**. São Paulo, T.A. Queiróz, p.21-85, 1980.
- BERQUÓ, E.S. Sobre o declínio da fecundidade e a anticoncepção em São Paulo: análise preliminar. Campinas, NEPO/UNICAMP, 1986 (Textos NEPO, 6)
- BICHAT, A.R.de **Fundamentos de administração sanitária**, 2ª ed., Brasília, Centro Gráfica do Senado Federal, 1979.
- BILAC, E.D. **Famílias de trabalhadores: estratégias de sobrevivência**, São Paulo, Símbolo, p.37-46, 1978.
- BLANE, D. Real wages, the economic cycle, and mortality in England and Wales, 1870-1914, **Int. J. Health Serv.**, 20:43-52, 1990.
- BLANE, D.; SMITH, G.D.; BARTLEY, M. Social class differences in years of potencial life lost: size, trends, and principal causes. **BMJ**, 301:429-32 (6749), 1990.
- BLUM, R.W. Global trends in adolescent health. **JAMA**, 265:2711-19, 1991.
- BRAGA, J.C.S. e PAULA S.G. de. **Saúde e Previdência: Estudos de Política Social**, 2 ed. São Paulo, HUCITEC, p. 41-144, 1986.
- BRASIL. Lei 8069 de 1990. In: **Brasil criança urgente: a lei**. São Paulo, Columbus, 1990.
- BREILH, J. **Epidemiologia: economia, política e saúde**. São Paulo, UNESP:HUCITEC, p. 209-217, 1991.

- CAMARGO, A.B.M. A mortalidade por causas externas em São Paulo, **Conjuntura Demográfica**, 2:1-8, 1988.
- CANCER: mortalidade no Brasil. **Dados Rádís** (jun.), 1991.
- CARVALHO, J.A.M. de, Evolução demográfica recente no Brasil. **Pesq. Plan. Econ.**, 10:527-553, 1980.
- CARVALHO, J. M. de. **Os bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi**. São Paulo, Companhia das Letras, 1987.
- CECIL, R.L.; WYNGAARDEN, J.B.; SMITH, L.H. **Cecil Textbook of Medicine**. United States, W.B. Saunders Company, 17th edition, p. 150-1069, 1985.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Maternal mortality pilot surveillance in seven states - United States, **MMWR**, 34:709-11, 1985.
- CHELALA, C.A. Central America: the cost of war. **Lancet**, 335(8682):153-4, 1990.
- CIDADE maravilhosa, **Veja**, 27(4):41, 1994.
- CLAP Salud Perinatal Montevideo, Uruguai, Vol.3, nº 9, 1989.
- COALE, A. "The demographic transition ". In: **International Union For The Scientific Study Of Population**. International population conference Liège, IUSSP, v.1 , p. 53-72, 1973
- COALE, A. The History of the Human Population, **Scient. Am. Review**, Sep., p. 41-52, 1974.
- CORDIOLLI, M.A. A juventude e o movimento estudantil. Palestra proferida na abertura da Semana de Pedagogia da UFPR, **Anais**. Curitiba, mar., 1994.
- CORTES, M. M.; GARCIA G. C.; VICIANA F. The role of the social condition of women in the decline of maternal and female mortality. **Int. J. Health Serv.**, 20:315-28, 1990.

- COSTA, N. R. **Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil**, Rio de Janeiro, Vozes, p. 34-77, 1986.
- CUNHA, J.M.P. da. A migração nas regiões administrativas da grande São Paulo segundo o censo de 1980. **Rev. Bras. Est. Pop.**, 4(2):89-111, 1987.
- CURTIS, H.;LAWRENCE C.;TRIPP J. Teenage sexuality: implications for controlling AIDS. **Arch. Dis. Child.**, 64:1240-1245, 1989.
- DALCOMO, M.P.; PROCÓPIO, M.J.O.; MATIDA, A. Associação de tuberculose e SIDA/AIDS no Estado do Rio de Janeiro. **J. Pneumol.**, 18(2), 1992.
- DECCA, M.A.G. **Indústria, trabalho e cotidiano. Brasil 1889-1930**, 4ª ed., São Paulo, Atual, p.73-86, 1991.
- DUBY, G. La Societé aux XIª e XIIª siecles dans la région mâconnaise, 1953 apud Ariès, P. **História social da criança e da família**, 2 ed. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1981.
- DUBY, G. Aux XIIª siecles: les "jeunes" dans la societé aristocratique . Annales E.S.C., Paris, 1964 apud Le Goff, J. **O maravilhoso e o cotidiano no ocidente medieval**. Lisboa, edições 70, 1985.
- ENFORCADO nas matas do morro do trapicheiro, **Diário de Notícias**, Rio de Janeiro, 16 jun.1930, p. 12.
- ENGEL, M. **Meretrizes e Doutores: Saber médico e prostituição no Rio de Janeiro, 1840-1890**, São Paulo, Brasiliense, 1989.
- ESTRATÉGIA da Elite Garante a Posição de Hegemonia de São Paulo, São Paulo, **O Estado de São Paulo**, 1º caderno, 31 ago. 1993.
- EZZARD, N.V.; CATES Jr., W.; SCHULTZ, K.F. The epidemiology of the adolescent abortion in the United States. In: Paul Sachdev, ed. **Perspectives on Abortion**. Metuchen, N. J., Scarecrow Press, p. 73-88, 1985.

FREDERIKSEN, H. Feedbacks in economic and demographic transition, *Science*, **166**: 837-847, 1969.

FUNDAÇÃO IBGE. *Anuário estatístico do Brasil*, Rio de Janeiro, IBGE, 1989.

FUNDAÇÃO IBGE. *Censos demográficos: São Paulo*, Rio de Janeiro, 1950-1993 (5º ao 10º Recenseamento Geral do Brasil - 1940 a 1991).

FUNDAÇÃO IBGE. *Censos demográficos: Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, 1950-1993 (5º ao 10º Recenseamento Geral do Brasil - 1940 a 1991).

FUNDAÇÃO IBGE. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios*, 1985, 1987, 1989 e 1990, Rio de Janeiro.

FUNDAÇÃO IBGE. *Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: sistema de acompanhamento da situação sócio-econômica de crianças e adolescentes*, 1987, Rio de Janeiro, 1990a.

FUNDAÇÃO IBGE. *Crianças e Adolescentes*, Indicadores Sociais, Rio de Janeiro, v.3, p.15-68, 1991.

FUNDAÇÃO IBGE. *Crianças e Adolescentes*, Indicadores Sociais, Rio de Janeiro, v.4, p. 103-129, 1992.

FUNDAÇÃO SEADE. *Anuário Estatístico do Estado de São Paulo*: 1986, São Paulo, Fundação SEADE, 1988.

FUNDAÇÃO SEADE. *O jovem na Grande São Paulo*. São Paulo, Coleção Realidade Paulista, p. 21-186, 1988a.

GERONIMUS A.T. Teenage maternity and neonatal mortality: a new look at American patterns and their implications for developing countries. Cambridge, Massachussets, Harvard University, 1986 (Center for Population Studies Discussion Paper No.87-3).

- GOTLIEB, S. L. D. Mortalidade diferencial por causas, São Paulo, Brasil, 1970: tábuas de vida de múltiplo decremento. **Rev. Saúde Pública**, 15:401-17, 1981.
- HAKKERT, R. Trends and differentials of mortality in Brazil, 1950-1975. New York, 1984. [PhD Thesis - Faculty of the Graduate School Cornell University].
- HIJJAR, M. A. Epidemiologia da Tuberculose no Brasil. In: **Inf. Epidemiol. SUS**, 1(6):53-87, 1982.
- HOLINGER, P.C.; OFFER, D.; OSTROV, E. Suicide and homicide in the United States: an epidemiologic study of violent death, population changes and the potential of prediction. **Am. J. Psych.**, 144:215-219, 1987.
- HOSPÍCIO Pedro II: Onde nem todos eram doidos, **O Globo**, ed. bairro Botafogo, p. 9, 22 fev. 1994.
- IVERSSON, L. B. Aspectos Epidemiológicos da Meningite Meningocócica no Município de São Paulo (Brasil) - período 1968-1974, **Rev. Saúde Pública**, 10:1-16, 1976.
- JUVENTUDE OPERÁRIA CATÓLICA. **Os jovens trabalhadores conquistando trabalho e justiça**. São Paulo, Paulinas, 1985.
- KJELLSTRÖM, T e ROSENSTOCK, L. The role of environmental and occupational hazards in the adult health transition. **World Health Stat. Q.** 43(3):188-196, 1990.
- KORIN, D. e CUSMINKY, M. Adolescencia y juventud: algunos aspectos demograficos y epidemiologicos. **Arch. Argent. Pediatr.**, 84(6):382-88, 1986.
- KOWARICK, L. **Capitalismo e Marginalidade na América Latina**, Rio de Janeiro, Paz e Terra, p.60, 1985.
- LAURELL, A.C. A saúde-doença como processo social. In: Nunes, E.D. **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**, São Paulo, Global, p. 135-58, 1983.
- LAURENTI, R.; FONSECA, L.A.M.; COSTA Jr., M. L. Mortalidade por *diabetes mellitus* no município de São Paulo, (Brasil). **Rev. Saúde Pública**, 16:77-91, 1982.

- LAURENTI R.; LEBRÃO M.L; MELLO JORGE, M.H.P.; GOTLIEB, S. **Estatísticas de Saúde**, São Paulo, EPU/EDUSP, 1985.
- LAURENTI, R. Morbidade e Mortalidade Materna no Brasil. Palestra proferida na abertura do Seminário Nacional de Morbi-mortalidade Materna, Itaipicérica da Serra, ago., 1989.
- LAURENTI, R. Transição demográfica e transição epidemiológica. In: Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 1º, Campinas, **Anais**, p.143-65, 1990.
- LAURENTI, R.; BUCHALLA, C.M.; LOLIO, C.A.; SANTO, A.H.; MELLO JORGE, M.H.P. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Município de São Paulo (Brasil), 1986. I-Metodologia e Resultados Gerais. **Rev. Saúde Públ.**, 24(2); 128-33, São Paulo, 1990.
- LAURENTI, R. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças, **Inf. Epidemiol. SUS**, 1(6), p. 5-25, 1992.
- Le GOFF, J. **O maravilhoso e o cotidiano no ocidente medieval**. Lisboa, edições 70, 1985.
- LEVINE, M.D. e McANARNEY, E.R. **Early adolescents transitions**. Lexington, Massachussets Lexington Books, p.139-47, 1988.
- LINARES, M.A.M. de; VRIES, R. de; SANCHES, N.M. de; BELLO, Z.R. Salud del adolescente. In: Congreso Venezolano de Salud Publica, 7º, Caracas, 1986. **Anais**. Caracas, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, v.4, p.1922-2004, 1986.
- LOLIO, C.A.; SANTO, A.H.; BUCHALLA, C.M. Investigaço sobre a magnitude e tendncias da mortalidade de adolescentes no Brasil - 1977 a 1985. So Paulo, 1989. (Relatrio final apresentado OPS/OMS por conta do acordo de servios contratuais ASC/599/88).

- LOLIO, C.A.; LAURENTI, R.; BUCHALLA, C.M.; SANTO, A.H.; MELLO JORGE, M.H.P. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Município de São Paulo (Brasil), 1986. III - Mortes por diferentes causas: doenças cardiovasculares. **Rev. Saúde Públ.**, 25:37-40, 1991.
- MACEDO, Jr, J.A.de Da Prostituição no Rio de Janeiro e da sua influência sobre a saúde pública, Rio de Janeiro, Tip. Americana, 1869, p.34-5 apud Engel, M. **Meretrizes e doutores: saber médico e prostituição no Rio de Janeiro, 1840-1890**. São Paulo, Brasiliense, 1989.
- MANÇO, A.R.X. e CARVALHEIRO, C.D.G. Mortalidade por doenças infecciosas no grupo etário de 0 a 14 anos, **Ciênc. Cult.**, 34(7, supl.):73, 1982.
- MARDONES G. A.; CASTILLO, B. M.; SOLIS F.F. Evolution de la mortalidad por causas (1960-1982), **Rev. Méd. Chile**:117: 821-828, 1989.
- MARTINE, G. e GARCIA, R.C. **Os impactos sociais da modernização agrícola**. Caetes/Hucitec, p. 67-85, 1987.
- MARTINE, G. & CARVALHO, J. A. M. de. Cenários Demográficos para o Século XXI e Algumas Implicações Sociais. **Plan. Pol. Públicas** (2): 61-92, 1989
- MARTINE, G. As migrações de origem rural no Brasil: uma perspectiva histórica. In: Nadalin, S.O.; Marcílio, M.L.; Balhana, A. P. **História e população: estudos sobre a América Latina**. São Paulo, Fundação Estadual de Análise de Dados, p.16-25, 1990.
- MARX, K. **O Capital**, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, livro 1, v.1, cap.23, p.60, 1971.
- McANARNEY, E.R. Young maternal age and adverse neonatal outcome. **Am. J. Dis. Child.**, 141(10): 1053-9, 1987.
- McKEOWN, T e LOWE, C.R. **An introduction to social medicine**. 3rd. ed. Oxford, Blackwell Scientific, 1984.

- McKINLAY, J.B. e McKINLAY, S.M. The questionable contribution of medical measures to the decline of mortality in the United States in the twentieth century. **Milbank Mem. Fund. Q.**, 55(3):405-428, 1977.
- MEDICI, A.C., Aspectos econômicos da relação entre violência e saúde. [Trabalho apresentado no Grupo sobre Violência e Saúde na América Latina, Rio de Janeiro, 1989].
- MELHY, J.C.S. Fº e BERTOLLI, C. **História Social da Saúde: opinião versus poder, a campanha da vacina.** São Paulo, HUCITEC, 1990.
- MELLO JORGE, M.H.P. Mortalidade por Causas Violentas no Município de São Paulo, Brasil. III - Mortes Intencionais. **Rev. Saúde Públ.**, 15: 165-93, 1981.
- MELLO JORGE, M.H.P. Mortalidade por Causas Violentas no Município de São Paulo, Brasil. IV - A situação em 1980. **Rev. Saúde Públ.**, 16: 19-41, 1982.
- MELLO JORGE, M.H.P. e MARQUES M.B. Mortes violentas em menores de 15 anos no Brasil. **Bol. Oficina Sanit. Panam.**, 100(6); 590-606, 1986.
- MELLO JORGE, M.H.P. Investigação sobre mortalidade por acidentes e violências na infância. São Paulo, 1988 [Tese de Livre-Docência - Faculdade de Saúde Pública da USP]
- MELLO JORGE M.H.P. Estudo epidemiológico da mortalidade de adolescentes na Região das Américas. São Paulo, 1990 (relatório enviado a OPS/OMS - contrato AM/MCP/MCH/010/P3/90-91/040)
- MELO NETO, J.C. **Morte e vida severina.** Rio de Janeiro, Sabiá, p. 90, 1967.
- MERHY, E.E. **A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas.** São Paulo, HUCITEC, p.36-207, 1992.
- MERRICK, T.W. e BERQUÓ, E.S. The determinants of Brazil' recent rapid decline in fertility. Washington, National Academy Press[23], 1983.

- MINAYO, M.C. S. A violência na adolescência: em foco a adolescência descamisada. **Cad. de Saúde Públ.**, 6: 278-293, 1990.
- MINAYO, M.C. e SOUZA E. R. Violência Para Todos. **Cad. Saúde Públ.**, 9(1): 65-78, 1993.
- MINISTÉRIO DA AGRICULTURA, INDÚSTRIA E COMÉRCIO. **Recenseamento do Brasil: Distrito Federal**. Rio de Janeiro, 1920 (3º Recenseamento geral do Brasil), vol. 4, (1ª parte) Rio de Janeiro, Tomo I, 1926.
- MINISTÉRIO DA AGRICULTURA, INDÚSTRIA E COMÉRCIO. **Recenseamento do Brasil: São Paulo**. Rio de Janeiro, 1920 (3º Recenseamento geral do Brasil), vol. 4, (2ª parte), Rio de Janeiro, Tomo II, 1928.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE. DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE. **Anuário bioestatístico , 1929-1932**. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1944.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE/CENEPI. **Estatísticas de Mortalidade: Brasil, 1985**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIVISÃO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA. **Lista Brasileira para Mortalidade**, Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, (série G: Estatística e Informação em Saúde, 12), 1987.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE/CENEPI. **Estatísticas de Mortalidade: Brasil, 1980** - Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.
- MORA G. Mortalidade materna em adolescentes brasileiros: contribuição para sua análise. In : **Coletânea sobre saúde reprodutiva do adolescente brasileiro**. Brasília, DF, Organização Panamericana da Saúde, p. 43-49, 1988.
- MOREIRA, M.M. e col. Perfil do Brasil. **Estudio de Poblacion**; número especial, 1978.

MORTALIDADE nas capitais brasileiras 1930-1980, 1984. **Dados Radis** (ago.) 1984.

MORTALIDADE por causas externas no Brasil. **Dados Rádís**, 3 (ago.) 1985.

NORONHA, C.V.; DALTRO, M.E.P.; MENDES, C. M. C. Violência e mortalidade na Bahia: O perfil das vítimas e tendências recentes. In: **Inf. Epidemiol. SUS**, 2(3): 33-46, 1993.

OGDEN, H. G. **Smallpox conquered: CDC and the smallpox cruzade**, United States of America, CDC, 1984.

OLIVEIRA, J.S., org. **O traço da desigualdade social no Brasil**, Rio de Janeiro, FIBGE, 1993.

OLIVEN, R.G. As vítimas da violência no Brasil. In: Boschi, R.R. (org.). **Violência e Cidade**, Rio de Janeiro, Zahar, p.21-28, 1982.

OMRAN, A.R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population transition. **Milbank Mem. Fund. Q.**, 49:509-538, 1971.

OMRAN, A.R. The epidemiologic transition theory. A preliminary update. **J. Trop. Pediatr.**, 29: 305-316, 1983.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Necesidades de Salud de los Adolescentes**. Ginebra, 1977 (Série de Informes Técnicos, 609).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito: Classificação Internacional de Doenças; 9ª Revisão - 1975**, São Paulo, Centro da OMS para a Classificação de Doenças em Português, v.1, 1979.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito: Classificação Internacional de Doenças; 9ª Revisão - 1975**, São Paulo, Centro da OMS para a Classificação de Doenças em Português, v.2, Índice Alfabético, 1979.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Manual da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito; 7ª Revisão - 1955.
Washington D.C., Organização Mundial de Saúde, v.1, 1964.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Manual da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito; 8ª Revisão - 1965.
Washington D.C., Organização Mundial de Saúde, v.1, (Publ. Cient. 190) 1969.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Manual da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito; 8ª Revisão - 1965.
Washington D.C., Organização Mundial de Saúde, v.2, (Publ. Cient. 190-A), 1971.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. La salud del adolescente y el joven en las Américas, Washington D.C., 1985.(Publicacion Científica, 489)

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Las condiciones de salud en las Americas, 1981-1984, Washington D.C., 1986 (Publicación Científica 500).

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Fecundidad en la adolescencia: causas, riesgos y opciones. Washington, 1988 (OPS Cuaderno Técnico, 12).

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Las condiciones de salud en las Americas, Washington D.C., Vol. I, 1990 (Publicación Científica 524).

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Mortalidad en las Américas 1950-1990. Boletín Epidemiológico, 13(2):4-8, 1992.

ORTIZ, L. P.; YAZAKI, L. M. As causas de morte e a diminuição da mortalidade. São Paulo em Perspectiva, 1(2):14-22, 1985.

PAIXÃO, A.L. Crimes e criminosos em Belo Horizonte: uma exploração inicial das estatísticas oficiais de criminalidade. In: Boschi, R.R. (org.) Violência e Cidade, Rio de Janeiro, Zahar, Rio de Janeiro, p.75-97, 1982

- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Health of adolescents and youth in the Americas: a commitment to the future**, Washington D. C., 1985.
- PANEQUE, R. J. La mortalidad del adulto de 15 a 49 años en Cuba, niveles y evolucion: 1960-1982. **Rev. Cub. Adm. Salud** 12 (4): 339-349, 1986.
- PATARRA N. L.; BAENINGER R. Familia na transição demográfica: o caso de São Paulo. **Rev. Bras. Est. Pop.**, 5(2):35-61, 1988.
- PAULA, S.G. Morrendo à toa, Campinas, 1989.[Tese de doutorado - Departamento de Economia da UNICAMP].
- PINTO, P.A. **Dicionário de Termos Médicos**. Científica, 1962.
- POSSAS, C. **Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil**. São Paulo, HUCITEC, p. 179-234, 1989.
- PUFFER, R.R. e GRIFFITH, G.W. **Características de la mortalidad urbana**. Washington, D.C., Organizacion Panamericana de la Salud, 1986 (Publ. Cient. 151).
- QUIZ evitar a prova da sua deshonra e, provocando a "delivrance " veiu a falecer, **Diário de Notícias**, Rio de Janeiro, 14 jun. 1930, p.6.
- RAMOS, R. Indicadores do nível de saúde e sua aplicação no Município de São Paulo (1894-1959), 1962. [Tese de doutorado - Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo), 1962.
- RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: Tundis, S.A. e Costa, N.R. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**, Petrópolis, Vozes, p.15-73, 1987.
- RODRIGUES, B. A. **Fundamentos de Administração Sanitária**, Brasília, Centro Gráfico do Senado Federal, 2ª ed., 1979.
- ROGERS, R.G. e HACKENBERG, R. Extending epidemiologic transition theory: a new stage. **Soc. biol.**, 34: 234-243, 1987.

- ROMEDER, J.M. e Mc WHINNIE, J.R. Le developpement des années potentielles de vie perdues comme indicateur de mortalité prématurée. **Rev. Epidém. Santé Publ.**, 26(1):97-115, 1978.
- ROSSELOT, J. V. La Prevención de Los Accidentes Infanto-Juveniles en Chile en el Contexto de La Salud para todos en el Año 2000. **Rev.Chil. Pediatr.**, 57 (2):184 - 193, 1986.
- SANTOS, J. F. Principais técnicas de análise e projeção. In: Santos, J.F.; Levy, M.S.F.; Szmrecsányi, T **Dinâmica da População: teoria, métodos e técnicas de análise.** São Paulo, Queiróz, p. 103-155, 1980
- SAWYER, D. R. T. O. Mortality-fertility relationship through historical socio-economic changes: the case of São Paulo, Brazil, 1980. [tese de doutorado - University of Harvard, E.U.A.).
- SAWYER, D.O. Mortalidade. In: Santos, J.L.F; Levy, M.S.T.; Szmrecsányi T. **Dinâmica da população: teoria, métodos e técnicas de análise.** São Paulo, Queiróz, p. 209-235, 1980.
- SEVCENKO, N. **A revolta da vacina.** São Paulo, Brasiliense, 1984.
- SILVA, F.A. e ASSIS, P.I. **História do Brasil**, São Paulo, Moderna, 2ª ed., p. 223-224, 1988.
- SILVA, M. G. C. Anos potenciais de vida perdidos segundo causas, em Fortaleza (Brasil), 1978-1980, **Rev. Saúde Pública**,18:108-21, 1984.
- SIMÕES, C.R. O estudo dos diferenciais na mortalidade infantil segundo algumas características sócio-econômicas. In: **Perfil estatístico de mães e crianças no Brasil.** IBGE/UNICEF/INAN, 1992.
- SIQUEIRA, A. A. F. e TANAKA, A. C. d'A. Mortalidade na adolescência com especial referência à mortalidade Materna, Brasil, 1980, **Rev. Saúde Pública**, 20 (4): 274-9, 1986.

- SMITH, K.R. The risk transition. Honolulu, Environmental and Policy Institute, 1968.
(Working paper nº 10)
- SOUZA, E.R. Violência velada e revelada: estudo epidemiológico da mortalidade por causas externas em Duque de Caxias, Rio de Janeiro, **Cad. Saúde Públ.**, 9(1): 48-64, 1993.
- SZWARCWALD C.L. e CASTILHO E.A. Mortalidade por causas externas no Estado do Rio de Janeiro, no período de 1976 a 1980. **Cad. Saúde Públ.**, 2(1):19-41, 1986.
- TEITELBAUM, M. S. Relevance of demographic transition theory for developing countries. **Science**, 188:420-425, 1975.
- UNITED NATIONS. Latin America: demographic indicators of the adolescent population, 1960-2000, Chile, CELADE [7], 1985.
- UNITES NATIONS. **Demographic Year Book**, 1986.
- VOVELLE, M. **Ideologias e mentalidades**. São Paulo, Brasiliense, 1987.
- WASHINGTON OFFICE ON LATIN AMERICA. **Who pays the price? The cost of war in the Guatemala highlands**, Washington, D.C., 1988.
- WELLS R. Experiences with the International Classification of diseases and emerging problems. In: **International Conference On Health Statistics For The Year 2000**. Budapest, Statistical Publishing House, Rockefeller Foundation/WHO, 1984.
- YAZAKI, L. M.; ORTIZ. L.P. A questão da mortalidade: mortalidade infanto-juvenil. In: Fundação Sistema Estadual de Análise de dados. **O Jovem na Grande São Paulo**, São Paulo, Fundação SEADE, p. 151-177, 1988.
- YUNES J. e PRIMO E. Características de la mortalidad de los adolescentes brasilenõs. In: Organization Panamericana de la Salud. **La salud del adolescente y el joven en las Americas**. Washington, D.C., p. 129-138, 1985.

- YUNES J. Os níveis de saúde na região da Grande São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, 4:167-188, 1970.
- YUNES J. A dinâmica populacional dos países desenvolvidos e subdesenvolvidos. **Rev. Saúde Pública**, 5:129-50, 1971.
- YUNES J.; CAMPOS, O.; CARVALHO V.S.S. Assistência à infância, à adolescência e à maternidade no Brasil. **Bol. Sanit. Panam.**, 103 (1), p. 33-42, 1987.
- YUNES J. Mortalidad por causas violentas en la región de las Americas. **Bol. Sanit. Panam.**, 114 (4), p. 302-16, 1993.
- ZALUAR, Alba. Teleguiados e chefes: juventude e crime. In: Violência. **Religião e Sociedade**, 15/1, ISER/CER, 1990.

ANEXO

TABELA A-I

Tabela A-1 - Números de óbitos por causas (CID-9 e CID-Br), segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Município do Rio de Janeiro, 1930-1991

	1930			1940			1950			1960			1970			1980			1991		
	Total	Vasc.	Fem	Total	Vasc.	Fem	Total	Vasc.	Fem	Total	Vasc.	Fem	Total	Vasc.	Fem	Total	Vasc.	Fem	Total	Vasc.	Fem
I - D. INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS																					
1 Doenças Infeciosas Intestinais																					
Cólera	60	7	53	36	4	32	54	21	33	11	6	5	5	1	4	4	4	-	1	1	-
Febres tifóide e paratifóide	44	31	13	32	21	11	26	11	15	9	4	5	2	-	2	-	-	-	-	-	-
Shigelose	3	3	-	3	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Intoxicações alimentares	2	1	1	5	4	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Amebíase	3	-	3	6	1	5	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-
Infecção intestinais devido a outros microorganismos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
especificados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Infecções intestinais mal definidas	59	35	24	26	14	12	26	9	17	2	2	-	3	1	2	3	3	-	1	1	-
2 Tuberculose																					
Tuberculose pulmonar	1.098	546	552	1.280	596	684	484	432	52	276	128	148	56	4	52	22	9	13	30	17	13
Outras tuberculoses respiratórias	1.031	515	516	1.266	592	674	483	424	59	270	125	145	89	37	52	20	9	11	28	17	11
Tuberculose das meninges e do SNC	31	19	12	-	-	-	4	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuberculose miliar	8	3	5	3	1	2	7	5	2	5	3	2	-	-	-	-	-	-	2	-	2
	9	4	5	2	-	2	2	-	2	1	-	1	-	-	-	2	-	2	-	-	-
3 Outras doenças bacterianas																					
Peste	28	12	16	44	31	13	25	13	12	16	7	9	8	5	3	12	5	7	23	15	8
Hanseníase	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Difteria	4	2	2	2	1	1	1	1	-	1	-	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-
Coqueluche	-	-	-	1	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-
Angina estreptocócica, escarlatina e erisipelas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Infecção meningocócica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tétano (exclui o neonatal)	2	1	1	1	1	-	-	-	-	3	2	1	2	1	1	-	-	-	1	1	-
Septicemia	5	3	2	16	11	5	8	1	7	11	5	6	6	4	2	1	1	-	-	-	-
	13	5	8	24	18	6	6	1	5	-	-	-	-	-	-	9	3	6	21	13	8
4 Doenças virais																					
Poliomielite aguda	3	3	-	4	1	3	8	4	4	5	1	4	5	3	2	5	4	1	4	2	2
Sarampo	-	-	-	-	-	-	5	3	2	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-
Febre amarela	1	1	-	1	1	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Encefalite transmitida por artrópodes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-
Hepatite por vírus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Raiva	2	2	-	2	-	2	2	-	2	-	-	-	3	2	1	3	2	1	-	-	-
Varíola (*)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5 Rickettsioses e outras doenças transmitidas por																					
Malária	32	21	11	27	12	15	4	3	1	-	-	-	1	1	-	2	2	-	-	-	-
Leishmaniose	32	21	11	26	12	14	4	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tripanossomíase	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tifo transmitido por piolhos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	2	2	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Tabela A-I - Números de óbitos por causas (CID-9 e CID-Br), segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Município do Rio de Janeiro, 1930-1991

	1930			1940			1950			1960			1970			1980			1991		
	Total	Masc.	Fem	Total	Masc.	Fem	Total	Masc.	Fem	Total	Masc.	Fem	Total	Masc.	Fem	Total	Masc.	Fem	Total	Masc.	Fem
6 Doenças venéreas	19	11	8	12	1	11	12	3	9	4	2	2	1	-	1	-	-	-	-	-	-
Sífilis	8	1	7	12	1	11	12	3	9	4	2	2	1	-	1	-	-	-	-	-	-
7 Outras d. infec. e paras. e efeitos tardios de d. infec. e paras.	11	7	4	7	-	7	4	3	1	19	14	5	17	9	8	3	2	1	7	6	1
Esquistossomíase	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ancilostomíase e necatoríase	3	2	1	3	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Efeitos tardios da tuberculose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-
Leptospirose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	1	-	-	-	1	-	1
Infeções blastomicóticas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-
Efeitos tardios da poliomielite aguda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
II NEOPLASMAS																					
8-14 Neoplasmas malignos	9	4	5	24	13	11	34	17	17	64	26	38	91	49	42	38	5	33	28	3	25
Neoplasma maligno do esôfago	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neoplasma maligno do estômago	-	-	-	4	2	2	2	-	2	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-
Neoplasma maligno do colo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	4	1	3	1	2
Neoplasma maligno do reto, junção sigmóide e ânus	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	2	2	-	-	-	-
Neoplasma maligno do pâncreas	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-
Neoplasma maligno da laringe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neoplasma maligno da traquéia, brônquios e pulmão	1	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	2	1	1	4	4	-
Neoplasma maligno da mama feminina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2	-	-	-
Neoplasma maligno do colo do útero	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-
Neoplasma maligno do útero, outras localizações e as não especificadas	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neoplasma maligno da próstata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	1	-
Leucemia	1	1	-	1	1	-	6	4	2	-	-	-	-	-	-	20	12	8	16	9	7
15-17 Neoplasmas benignos, carcinoma in situ, outros neoplasmas e os não especificados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	2	3	11	4	7	2	2	-	6	3	3
Neoplasma benigno do útero	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
III - DOENÇAS DAS GLANDULAS ENDOCRINAS, DA NUTRIÇÃO E DO METABOLISMO E TRANSTORNOS IMUNITÁRIOS																					
18 Doenças endócrinas e metabólicas e transtornos	2	1	1	2	-	2	8	6	2	4	2	2	9	3	6	11	5	6	66	52	14
Transtornos da glândula tireóide	1	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diabetes mellitus	1	-	1	-	-	-	8	6	2	4	2	2	9	3	6	8	4	4	9	6	3
19 Deficiências nutricionais	-	-	-	6	4	2	1	1	-	-	-	-	6	3	3	6	3	3	6	4	2
Marasmo nutricional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Outras formas de desnutrição protéico-calórica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	3	3	6	4	2
IV - DOENÇAS DO SANGUE E ÓRGÃOS																					

Tabela A-I - Números de óbitos por causas (CID-9 e CID-Br), segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Município do Rio de Janeiro, 1930-1991

	1930			1940			1950			1960			1970			1980			1991		
	Total	Masc.	Fem	Total	Masc.	Fem	Total	Masc.	Fem	Total	Masc.	Fem	Total	Masc.	Fem	Total	Masc.	Fem	Total	Masc.	Fem
2 Doenças do sangue e do órgãos hematopoéticos	4	1	3	13	5	8	13	2	11	10	5	5	3	1	2	4	2	2	6	4	2
Anemia	3	1	2	12	5	7	9	1	8	10	5	5	2	1	2	3	1	2	3	2	1
V - TRANSTORNOS MENTAIS																					
21 Transtornos mentais	6	2	4	9	2	7	4	2	2	-	-	-	-	-	-	3	1	2	2	2	-
Síndrome da dependência do álcool	1	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-
VI - DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO E DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS																					
22-24 Doenças do sistema nervoso e do órgãos dos	29	24	5	36	24	12	12	3	9	11	9	2	14	13	1	48	29	19	21	14	7
Meningite	5	5	-	10	8	2	16	12	4	11	9	2	18	13	5	18	12	6	1	1	-
Epilepsia	4	1	3	11	8	3	18	14	4	-	-	-	-	-	-	8	3	5	3	-	3
Otite média e mastoidite	3	1	2	5	3	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	1	-
VII - DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO																					
25 Febre reumática e doença reumática do coração	6	5	1	21	6	15	19	12	7	30	12	18	24	22	2	20	13	7	8	3	5
Febre reumática ativa	7	2	5	13	5	8	11	7	4	15	6	9	3	1	2	2	2	-	1	-	1
Doença reumática crônica do coração	7	3	4	5	1	4	8	5	3	15	6	9	39	21	18	18	11	7	7	3	4
26 Doença hipertensiva	6	2	4	6	3	3	21	9	12	8	7	1	10	8	2	5	4	1	-	-	-
27 Doença isquêmica do coração	-	-	-	4	3	1	5	4	1	48	22	26	19	18	1	19	13	6	10	7	3
Infarto agudo do miocárdio	-	-	-	1	1	-	5	4	1	-	-	-	-	-	-	7	1	6	9	6	3
28 Doença da circulação pulmonar e outras formas de doença do coração	48	29	19	105	57	48	114	45	69	39	14	25	42	17	25	39	23	16	27	14	13
29 Doença cerebrovascular	4	1	3	8	5	3	8	2	6	8	1	7	48	24	24	27	16	11	15	4	11
3 Outras doenças do aparelho circulatório	5	4	1	17	8	9	18	11	7	-	-	-	-	-	-	4	1	3	5	2	3
Aterosclerose	-	-	-	5	2	3	1	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-
VIII - DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO																					
31 Doenças do trato respiratório superior	4	3	1	2	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Certas infecções respiratórias agudas	3	2	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Tabela A-I - Números de óbitos por causas (CID-9 e CID-Br), segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Município do Rio de Janeiro, 1930-1991

	1930			1940			1950			1960			1970			1980			1991		
	Total	Masc.	Fem	Total	Masc.	Fem	Total	Masc.	Fem	Total	Masc.	Fem	Total	Masc.	Fem	Total	Masc.	Fem	Total	Masc.	Fem
32 Outras doenças do aparelho respiratório	158	89	69	138	124	14	121	55	66	52	28	24	72	34	38	63	31	32	65	33	32
Bronquite, bronquiolites agudas	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pneumonia	85	51	34	169	98	71	70	35	35	45	26	19	60	28	32	32	15	17	34	19	15
Gripe	21	19	2	15	1	14	8	3	5	7	2	5	5	3	2	-	-	-	-	-	-
Bronquite, crônica e não especificada, enfisema e asma	4	2	2	9	3	6	3	1	2	-	-	-	7	3	4	8	3	5	3	2	1
Pneumoconioses e certas doenças devidas a agentes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Pneumonite devida a sólidos e líquidos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-
IX - DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO																					
33-34 Doenças do aparelho digestivo	50	34	16	90	61	29	48	24	24	44	29	15	26	14	12	38	22	16	18	12	6
Úlcera do estômago e do duodeno	5	3	2	8	6	2	4	2	2	7	6	1	5	2	3	6	4	2	1	1	-
Apendicite	12	11	1	30	27	3	5	4	1	9	6	3	8	4	4	12	3	9	1	1	-
Hérnia da cavidade abdominal	-	-	-	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Obstrução intestinal sem menção de hérnia	2	2	-	6	2	4	2	-	2	2	2	-	1	-	1	3	2	1	-	-	-
Doença crônica do fígado e cirrose	6	4	2	11	7	4	10	4	6	11	4	7	12	8	4	4	4	-	2	2	-
X - DOENÇAS DO APARELHO GENITURINÁRIO																					
35 Doenças do aparelho urinário	74	29	45	26	23	3	41	15	26	13	9	4	20	11	9	13	8	5	8	3	5
Nefrite, síndrome nefrótica e nefrose	27	23	4	25	2	23	37	15	22	13	9	4	20	11	9	8	6	2	5	2	3
36 Doenças dos órgãos genitais masculinos	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hiperplasia de próstata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
37 Doenças dos órgãos genitais femininos	4	-	4	3	-	3	1	-	1	-	-	-	-	-	-	5	-	5	2	-	2
XI - COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ, DO PARTO E DO PUERPÉRIO																					
38 Aborto	5	-	5	6	-	6	5	-	5	-	-	-	1	-	1	4	-	4	1	-	1
39 Causas obstétricas diretas	72	-	72	6	-	6	53	-	53	39	-	39	17	-	17	14	-	14	14	-	14
4 Causas obstétrica indiretas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XII - DOENÇAS DA PELE E DO TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO																					
42 Doenças da pele e tecido celular subcutâneo	4	1	3	11	4	7	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	3	1

Tabela A-I - Números de óbitos por causas (CID-9 e CID-Br), segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Município do Rio de Janeiro, 1930-1991

	1930			1940			1950			1960			1970			1980			1991		
	Total	Masc.	Fem	Total	Masc.	Fem	Total	Masc.	Fem	Total	Masc.	Fem	Total	Masc.	Fem	Total	Masc.	Fem	Total	Masc.	Fem
XIII - DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO																					
43 Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	4	1	3	12	8	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	2	7	6	2	4
XIV - ANOMALIAS CONGÊNITAS																					
44 Anomalias congênitas	-	-	-	3	2	1	5	2	3	8	6	2	9	4	5	11	4	7	3	2	1
Anomalias congênitas do sistema nervoso	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1	2	-	-	-
Anomalias congênitas do coração e do aparelho circulatório	-	-	-	3	2	1	5	2	3	-	-	-	-	-	-	8	3	5	1	-	1
Fissura da abóbada palatina e lábio leporino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XV - ALGUMAS AFECÇÕES ORIGINADAS NO PERÍODO PERINATAL																					
45 Afecções originadas no período perinatal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XVI - SINAIS, SINTOMAS E AFECÇÕES MAL DEFINIDAS																					
46 Sinais, sintomas e afecções mal definidas	27	12	15	85	41	44	112	58	54	131	65	66	63	56	7	106	58	48	134	98	36
Sintomas relacionados ao aparelho cardiovascular	8	2	6	3	2	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	-
Senilidade sem menção de psicose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XVII - CAUSAS EXTERNAS																					
E47 Acidentes de transporte	2	1	1	1	1	-	2	1	1	43	16	27	81	18	63	212	177	35	60	13	47
Acidentes de trânsito de veículo a motor	-	-	-	1	1	-	-	-	-	133	106	27	81	18	63	201	167	34	176	129	47
E48-49 Envenenamento acidental e acidentes provocados em pacientes durante procedimento médico, reações anormais e complicações tardias	-	-	-	-	-	-	4	3	1	183	167	16	183	159	24	2	-	2	1	1	-
* Os dados de 1960 e 1970 corresp. a todos os out. acid. que não sejam os de transporte																					
E5 Quedas acidentais	25	21	4	49	46	3	68	66	2	-	-	-	-	-	-	12	11	1	10	7	3
E51 Acidentes causados por fogo e chamas	1	1	-	-	-	-	51	2	49	-	-	-	-	-	-	5	2	3	6	4	2
E52-E53 Outros acidentes, incluindo efeitos tardios e efeitos adversos de drogas, medicamentos e substâncias biológicas usadas com finalidade terapêutica	27	25	2	18	18	-	21	18	3	-	-	-	-	-	-	62	61	1	59	56	3
Afogamento e submersão acidentais	26	24	2	16	16	-	18	15	3	-	-	-	-	-	-	12	12	-	35	32	3
Aspiração e ingestão de alimento ou de qualquer outro objeto que provoque obstrução do trato respiratório ou sufocação	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	2	2	-	-	-
Acidentes causados pela corrente elétrica	-	-	-	-	-	-	2	2	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-
E54 Suicídios e lesões auto-infligidas	9	5	4	52	26	26	50	26	24	140	58	82	53	25	28	23	14	9	5	2	3

Tabela A-1 - Números de óbitos por causas (CID-9 e CID-Br), segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Município do Rio de Janeiro, 1930-1991

	1930			1940			1950			1960			1970			1980			1991		
	Total	Masc.	Fem	Total	Masc.	Fem	Total	Masc.	Fem	Total	Masc.	Fem	Total	Masc.	Fem	Total	Masc.	Fem	Total	Masc.	Fem
<i>E55 Homicídios e lesões provocadas intencionalmente por</i>	18	15	3	8	7	1	27	23	4	89	77	12	-	-	-	611	572	39	602	575	27
<i>E56 Outras violências</i>	38	33	5	101	95	6	104	92	12	-	-	-	302	296	6	316	271	45	772	764	8

TABELA A-II

Tabela A-II - Números de óbitos por causas (CID-9 e CID-Br), segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Município de São Paulo, 1930-1991

	1930			1940			1950			1960			1970			1980			1991		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
I - D. INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS																					
<i>01 Doenças Infecciosas Intestinais</i>	53	29	24	36	24	12	9	6	3	8	5	3	9	5	4	5	4	1	5	2	3
Cólera	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Febres tifóide e paratífóide	26	15	11	26	20	6	4	3	1	1	1	-	3	1	2	-	-	-	-	-	-
Shigelose	6	2	4	3	2	1	-	-	-	2	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Intoxicações alimentares	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Amebíase	3	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Infecção intestinais devido a outros microorganismos especificados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Infecções intestinais mal definidas	18	10	8	6	2	4	5	3	2	5	3	2	6	4	2	5	4	1	5	2	3
<i>02 Tuberculose</i>	361	164	197	503	235	268	392	199	193	89	48	41	48	28	20	29	16	13	44	28	16
Tuberculose pulmonar	344	159	185	467	221	246	353	182	171	77	44	33	39	23	16	24	11	13	34	21	13
Outras tuberculoses respiratórias	-	-	-	-	-	-	13	4	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuberculose das meninges e do SNC	4	2	2	8	6	2	14	6	8	4	2	2	5	3	2	2	2	-	2	1	1
Tuberculose miliar	7	2	5	9	1	8	-	-	-	2	1	1	-	-	-	2	2	-	8	6	2
<i>03 Outras doenças bacterianas</i>	38	20	18	39	27	12	8	3	5	12	9	3	6	4	2	16	11	5	21	10	11
Peste	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hanseníase	2	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Difteria	2	1	1	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coqueluche	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angina estreptocócica, escarlatina e erisipelas	2	2	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Infecção meningocócica	3	1	2	1	1	-	6	3	3	3	3	-	2	2	-	2	2	-	5	3	2
Tétano (exclui o neonatal)	5	3	2	5	5	-	2	-	2	4	3	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-
Septicemia	22	10	12	32	20	12	-	-	-	4	3	1	-	-	-	13	8	5	16	7	9
<i>04 Doenças virais</i>	1	-	1	-	-	-	3	3	-	13	7	6	7	4	3	9	4	5	8	7	1
Poliomielite aguda	-	-	-	-	-	-	1	1	-	3	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sarampo	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-
Febre amarela	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Encefalite transmitida por artrópodes	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hepatite por vírus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	2	4	7	4	3	7	2	5	2	1	1
Raiva	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Varíola (*)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>05 Rickettsioses e outras doenças transmitidas por</i>	5	4	1	7	4	3	2	-	2	21	14	7	18	13	5	14	11	3	8	3	5
Malária	2	1	1	1	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leishmaniose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tripanossomíase	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20	13	7	18	13	5	14	11	3	8	3	5
Tifo transmitido por piolhos	3	3	-	6	3	3	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>06 Doenças venéreas</i>	11	5	6	9	4	5	3	2	1	-	-	-	1	1	-	2	1	1	-	-	-
Sífilis	10	5	5	7	3	4	3	2	1	0	-	-	1	1	-	2	1	1	-	-	-

Tabela A-II - Números de óbitos por causas (CID-9 e CID-Br), segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Município de São Paulo, 1930-1991

	1930			1940			1950			1960			1970			1980			1991		
<i>07 Outras doenças infecciosas e parasitárias e efeitos tardios de doenças infecciosas e parasitárias</i>	7	5	2	11	8	3	17	11	6	18	8	10	23	12	11	102	61	41	20	10	10
Esquistossomíase	1	1	-	-	-	-	-	-	-	12	7	5	4	3	1	14	9	5	1	-	1
Ancilostomíase e necatoríase	4	2	2	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Efeitos tardios da tuberculose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Leptospirose	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	-	2	1	1
Infecções blastomycóticas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-
Efeitos tardios da poliomielite aguda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-
II NEOPLASMAS																					
<i>08-14 Neoplasmas malignos</i>	11	3	8	13	8	5	46	29	17	76	40	36	81	46	35	125	65	60	123	77	46
Neoplasma maligno do esôfago	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-
Neoplasma maligno do estômago	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	2	1	1
Neoplasma maligno do colo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	-	2	1	1
Neoplasma maligno do reto, junção sigmóide e ânus	-	-	-	1	1	-	-	-	-	3	2	1	-	-	-	1	1	-	2	2	-
Neoplasma maligno do pâncreas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neoplasma maligno da laringe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neoplasma maligno da traquéia, brônquios e pulmão	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	1	2	1	1
Neoplasma maligno da mama feminina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2
Neoplasma maligno do colo do útero	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Neoplasma maligno do útero, outras localizações e as não especificadas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neoplasma maligno da próstata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-
Leucemia 1970, 1980, C.I.D 200-208	3	-	3	-	-	-	-	-	-	17	8	9	41	24	17	72	41	31	31	22	9
<i>15-17 Neoplasmas benignos, carcinoma in situ, outros neoplasmas e os não especificados</i>	1	-	1	12	6	6	8	5	3	12	5	7	10	7	3	7	5	2	19	13	6
Neoplasma benigno do útero	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
III - DOENÇAS DAS GLANDULAS ENDOCRINAS, DA NUTRIÇÃO E DO METABOLISMO E TRANSTORNOS IMUNITÁRIOS																					
<i>18 Doenças endócrinas e metabólicas e transtornos</i>	1	-	1	6	4	2	5	2	3	8	4	4	1	-	1	20	7	13	299	227	72
Transtornos da glândula tireóide	-	-	-	1	-	1	1	-	1	1	1	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-
Diabetes mellitus	1	-	1	4	3	1	2	1	1	6	3	3	1	-	1	19	7	12	8	2	6
<i>19 Deficiências nutricionais</i>	-	-	-	-	-	-	4	1	3	4	4	-	2	1	1	8	2	6	1	1	-
Marasmo nutricional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	4	-	-	-
Outras formas de desnutrição protéico-calórica	-	-	-	-	-	-	4	1	3	-	-	-	2	1	1	-	-	-	-	-	-

Tabela A-II - Números de óbitos por causas (CID-9 e CID-Br), segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Município de São Paulo, 1930-1991

	1930		1940		1950		1960		1970		1980		1991								
IV - DOENÇAS DO SANGUE E ÓRGÃOS																					
20 Doenças do sangue e do órgãos hematopoéticos	5	1	4	17	7	10	7	2	5	9	3	6	8	4	4	27	10	17	11	7	4
Anemia	5	1	4	12	2	10	5	1	4	2	1	1	8	4	4	8	2	6	8	7	1
V - TRANSTORNOS MENTAIS																					
21 Transtornos mentais	1	-	1	2	2	-	-	-	-	4	3	1	-	-	-	7	5	2	14	7	7
Síndrome da dependência do álcool	-	-	-	2	2	-	-	-	-	4	3	1	-	-	-	6	4	2	12	7	5
VI - DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO E DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS																					
22-24 Doenças do sistema nervoso e do órgãos dos	35	21	14	33	16	17	13	17	13	29	20	9	55	32	23	66	39	27	72	43	29
Meningite	12	4	8	10	6	4	8	5	3	7	4	3	18	8	10	7	6	1	20	16	4
Epilepsia	11	9	2	8	3	5	10	4	6	15	11	4	11	7	4	9	4	5	6	5	1
Otite média e mastoidite	4	3	1	1	-	1	-	-	-	3	2	1	-	-	-	1	-	1	2	1	1
VII - DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO																					
25 Febre reumática e doença reumática do coração	7	2	5	1	1	-	60	27	33	65	32	33	38	16	22	21	6	15	12	7	5
Febre reumática ativa	7	2	5	-	-	-	4	2	2	13	8	5	7	4	3	1	-	1	1	-	1
Doença reumática crônica do coração	-	-	-	1	1	-	56	25	31	52	24	28	31	12	19	20	6	14	11	7	4
26 Doença hipertensiva	-	-	-	-	-	-	19	6	13	16	7	9	13	8	5	9	4	5	13	8	5
27 Doença isquêmica do coração	1	1	-	2	2	-	48	18	30	7	4	3	14	12	2	15	10	5	17	9	8
Infarto agudo do miocárdio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	9	4	14	7	7
28 Doença da circulação pulmonar e outras formas de doença do coração	50	25	25	73	31	42	31	18	13	39	19	20	42	23	19	88	38	50	57	35	22
29 Doença cerebrovascular	3	1	2	7	4	3	6	3	3	4	2	2	29	18	11	41	19	22	33	20	13
30 Outras doenças do aparelho circulatório	1	1	-	4	4	-	-	-	-	6	4	2	5	3	2	9	6	3	9	7	2
Aterosclerose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VIII - DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO																					
31 Doenças do trato respiratório superior	2	1	1	1	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	2	2
Certas infecções respiratórias agudas	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1

Tabela A-II - Números de óbitos por causas (CID-9 e CID-Br), segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Município de São Paulo, 1930-1991

	1930		1940		1950		1960		1970		1980		1991								
32 Outras doenças do aparelho respiratório	99	58	41	101	58	43	45	21	24	64	37	27	82	46	36	174	91	83	150	96	54
Bronquite, bronquiolites agudas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pneumonia	71	44	27	71	41	30	39	16	23	43	26	17	57	34	23	115	56	59	91	64	27
Gripe	8	5	3	8	8	-	2	2	-	7	3	4	2	1	1	1	1	-	-	-	-
Bronquite, crônica e não especificada, enfisema e asma	3	1	2	8	3	5	-	-	-	4	3	1	7	3	4	8	3	5	15	7	8
Pneumoconioses e certas doenças devidas a agentes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	5	2	3	-	-	-
Pneumonite devida a sólidos e líquidos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	3	2

IX - DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO

<i>33-34 Doenças do aparelho digestivo</i>	54	26	28	49	27	22	43	21	22	50	27	23	37	15	22	70	36	34	48	30	18
Úlcera do estômago e do duodeno	5	5	-	5	4	1	7	5	2	3	3	-	3	2	1	11	9	2	1	1	-
Apendicite	21	10	11	17	11	6	1	-	1	4	2	2	2	1	1	5	2	3	3	3	-
Hérnia da cavidade abdominal	-	-	-	4	2	2	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-
Obstrução intestinal sem menção de hérnia	4	1	3	-	-	-	6	3	3	2	-	2	2	1	1	1	-	1	-	-	-
Doença crônica do fígado e cirrose	1	1	-	4	2	2	11	7	4	12	7	5	10	4	6	11	6	5	11	6	5

Tabela A-II - Números de óbitos por causas (CID-9 e CID-Br), segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Município de São Paulo, 1930-1991

	1930			1940			1950			1960			1970			1980			1991		
X - DOENÇAS DO APARELHO GENITURINÁRIO																					
35 Doenças do aparelho urinário	39	18	21	25	11	14	35	19	16	40	18	22	35	19	16	42	16	26	14	4	10
Nefrite, síndrome nefrótica e nefrose	-	-	-	17	7	10	32	17	15	28	15	13	35	19	16	32	16	16	12	4	8
36 Doenças dos órgãos genitais masculinos	1	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hiperplasia de próstata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
37 Doenças dos órgãos genitais femininos	6	2	4	9	-	9	1	-	1	1	-	1	6	-	6	4	-	4	-	-	-
XI - COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ, DO PARTO E DO PUERPÉRIO																					
38 Aborto	8	-	8	7	-	7	-	-	-	9	-	9	2	-	2	3	-	3	6	-	6
39 Causas obstétricas diretas	34	-	34	32	-	32	19	-	19	24	-	24	29	-	29	35	-	35	22	-	22
40 Causas obstétrica indiretas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-	8
XII - DOENÇAS DA PELE E DO TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO																					
42 Doenças da pele e tecido celular subcutâneo	8	7	1	6	2	4	-	-	-	4	1	3	-	-	-	1	1	-	2	1	1
XIII - DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO																					
43 Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	3	3	-	5	4	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	20	4	16	5	3	2
XIV - ANOMALIAS CONGÊNITAS																					
44 Anomalias congênitas	1	-	1	2	-	2	4	2	2	12	6	6	20	10	10	16	8	8	11	8	3
Anomalias congênitas do sistema nervoso	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	3	1	-	-	-	5	1	4	1	1	-
Anomalias congênitas do coração e do aparelho circulatório	-	-	-	2	-	2	-	-	-	7	3	4	-	-	-	7	4	3	9	6	3
Fissura da abóbada palatina e lábio leporino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XV - ALGUMAS AFECÇÕES ORIGINADAS NO PERÍODO PERINATAL																					
45 Afecções originadas no período perinatal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Tabela A-II - Números de óbitos por causas (CID-9 e CID-Br), segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Município de São Paulo, 1930-1991

	1930		1940		1950		1960		1970		1980		1991								
XVI - SINAIS, SINTOMAS E AFECÇÕES MAL DEFINIDAS																					
46 Sinais, sintomas e afecções mal definidas	51	27	24	4	1	3	95	50	45	17	8	9	139	64	75	51	27	24	37	26	11
Sintomas relacionados ao aparelho cardiovascular	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Senilidade sem menção de psicose	-	-	-	-	-	-	25	14	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XVII - CAUSAS EXTERNAS																					
E47 Acidentes de transporte	-	-	-	34	30	4	45	36	9	99	83	16	284	204	80	472	352	120	556	451	105
Acidentes de trânsito de veículo a motor	-	-	-	23	19	4	45	36	9	77	65	12	284	204	80	466	348	118	541	440	101
E48-49 Envenenamento acidental e acidentes provocados em pacientes durante procedimento médico, reações anormais e complicações tardias	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	1	247	217	30	4	4	-	3	2	1
** CID E48-E53																					
E50 Quedas acidentais	16	14	2	-	-	-	-	-	-	17	16	1	19	16	3	5	4	1	46	43	3
E51 Acidentes causados por fogo e chamas	-	-	-	7	3	4	-	-	-	-	-	-	10	6	4	11	9	2	6	3	3
E52-E53 Outros acidentes, incluindo efeitos tardios e efeitos adversos de drogas, medicamentos e substâncias biológicas usadas com finalidade terapêutica	17	16	1	71	61	10	108	95	13	74	64	10	193	177	16	404	357	47	346	303	43
Afogamento e submersão acidentais	17	16	1	26	25	1	-	-	-	36	32	4	124	115	9	261	230	31	145	127	18
Aspiração e ingestão de alimento ou de qualquer outro objeto que provoque obstrução do trato respiratório ou sufocação	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3	-	4	4	-	21	19	2	4	4	-
Acidentes causados pela corrente elétrica	-	-	-	1	1	-	-	-	-	6	5	1	10	9	1	2	2	-	10	10	-
E54 Suicídios e lesões auto-infligidas	17	11	6	31	15	16	81	31	50	106	63	43	94	53	41	107	68	39	107	85	22
E55 Homicídios e lesões provocadas intencionalmente por outras pessoas	4	3	1	9	2	7	20	13	7	43	37	6	158	132	26	581	529	52	1.907	1.792	115
E56 Outras violências	63	45	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	41	34	7	96	85	11	49	42	7

TABELA A-III

Tabela A-III - Coeficientes* de mortalidade por causas**, segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Município do Rio de Janeiro, 1930-1991.

	1.930			1.940			1.950			1.960			1.970			1.980			1.991		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
I - D. INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS																					
01 Doenças Infecciosas Intestinais	19,3	4,4	34,8	10,1	2,3	17,5	10,6	8,5	12,6	1,9	2,2	1,6	0,6	0,3	0,9	0,4	0,8	-	0,1	0,2	-
Cólera	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Febres tifóide e paratifóide	14,2	19,6	8,5	9,0	12,2	6,0	5,1	4,5	5,7	1,5	1,4	1,6	0,2	-	0,5	-	-	-	-	-	-
Shigelose	1,0	1,9	-	0,8	-	1,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Intoxicações alimentares	0,6	0,6	0,7	1,4	2,3	0,5	0,2	0,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Amebíase	1,0	-	2,0	1,7	0,6	2,7	0,2	-	0,4	-	-	-	-	-	-	0,1	0,2	-	-	-	-
Infecção intestinais devido a outros microorganismos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
especificados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Infeções intestinais mal definidas	19,0	22,2	15,8	7,3	8,1	6,6	5,1	3,6	6,5	0,3	0,7	-	0,4	0,3	0,5	0,3	0,6	-	0,1	0,2	-
02 Tuberculose	354,0	346,1	362,3	350,2	345,2	374,3	95,1	175,0	19,8	47,4	46,2	48,4	6,7	1,0	11,8	2,1	1,8	2,5	3,3	3,8	2,8
Tuberculose pulmonar	332,4	326,4	338,7	356,2	342,9	368,8	94,9	171,8	22,5	46,4	45,1	47,5	10,7	9,4	11,8	1,9	1,8	2,1	3,0	3,8	2,3
Outras tuberculoses respiratórias	10,0	12,0	7,9	-	-	-	0,8	0,4	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuberculose das meninges e do SNC	2,6	1,9	3,3	0,8	0,6	1,1	1,4	2,0	0,8	0,9	1,1	0,7	-	-	-	-	-	-	0,2	-	0,4
Tuberculose miliar	2,9	2,5	3,3	0,6	-	1,1	0,4	-	0,8	0,2	-	0,3	-	-	-	0,2	-	0,4	-	-	-
03 Outras doenças bacterianas	9,0	7,6	10,5	12,4	18,0	7,1	4,9	5,3	4,6	2,7	2,5	2,9	1,0	1,3	0,7	1,2	1,0	1,3	2,5	3,3	1,7
Peste	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hanseníase	1,3	1,3	1,3	0,6	0,6	0,5	0,2	0,4	-	0,2	-	0,3	-	-	-	0,1	0,2	-	-	-	-
Difteria	-	-	-	0,3	-	0,5	-	-	-	0,2	-	0,3	-	-	-	-	-	-	0,1	0,2	-
Coqueluche	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angina estreptocócica, escarlatina e erisipelas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Infecção meningocócica	0,6	0,6	0,7	0,3	0,6	-	-	-	-	0,5	0,7	0,3	0,2	0,3	0,2	-	-	-	0,1	0,2	-
Tétano (exclui o neonatal)	1,6	1,9	1,3	4,5	6,4	2,7	1,6	0,4	2,7	1,9	1,8	2,0	0,7	1,0	0,5	0,1	0,2	-	-	-	-
Septicemia	4,2	3,2	5,3	6,8	10,4	3,3	1,2	0,4	1,9	-	-	-	-	-	-	0,9	0,6	1,1	2,3	2,9	1,7
04 Doenças virais	1,0	1,9	-	1,1	0,6	1,6	1,6	1,6	1,5	0,9	0,4	1,3	0,6	0,8	0,5	0,5	0,8	0,2	0,4	0,4	0,4
Poliomielite aguda	-	-	-	-	-	-	1,0	1,2	0,8	-	-	-	0,1	0,3	-	-	-	-	-	-	-
Sarampo	0,3	0,6	-	0,3	0,6	-	-	-	-	0,2	-	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Febre amarela	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Encefalite transmitida por artrópodes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	-	0,2	-	-	-	-	-	-
Hepatite por vírus	0,6	1,3	-	0,6	-	1,1	0,4	-	0,8	-	-	-	0,4	0,5	0,2	0,3	0,4	0,2	-	-	-
Varíola (*)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,7	0,4	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
05 Rickettsioses e outras doenças transmitidas por	10,3	13,3	7,2	7,6	7,0	8,2	0,8	1,2	0,4	-	-	-	0,1	0,3	-	0,2	0,4	-	-	-	-
Malária	10,3	13,3	7,2	7,3	7,0	7,7	0,8	1,2	0,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leishmaniose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tripanossomíase	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,3	-	0,2	0,4	-	-	-	-
Tifo transmitido por piolhos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Tabela A-III - Coeficientes* de mortalidade por causas**, segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Município do Rio de Janeiro, 1930-1991.

	1.930			1.940			1.950			1.960			1.970			1.980			1.991		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
06 Doenças venéreas	6,1	7,0	5,3	3,4	0,6	6,0	2,4	1,2	3,4	0,7	0,7	0,7	0,1	-	0,2	-	-	-	-	-	-
Sífilis	2,6	0,6	4,6	3,4	0,6	6,0	2,4	1,2	3,4	0,7	0,7	0,7	0,1	-	0,2	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
07 Outras doenças infecciosas e parasitárias e efeitos tardios de doenças infecciosas e parasitárias	3,5	4,4	2,6	2,0	-	3,8	0,8	1,2	0,4	3,3	5,1	1,6	2,0	2,3	1,8	0,3	0,4	0,2	0,8	1,3	0,2
Esquistossomíase	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ancilostomíase e necatoríase	1,0	1,3	0,7	0,8	-	1,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Efeitos tardios da tuberculose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,2	-
Leptospirose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2	0,3	0,2	-	-	-	0,1	-	0,2
Infeções blastomycóticas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,2	-	-	-	-
Efeitos tardios da poliomielite aguda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
II NEOPLASMAS																					
08-14 Neoplasmas malignos	2,9	2,5	3,3	6,8	7,5	6,0	6,7	6,9	6,5	11,0	9,4	12,4	10,9	12,4	9,5	3,7	1,0	6,2	3,0	0,7	5,3
Neoplasma maligno do esôfago	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neoplasma maligno do estômago	-	-	-	1,1	1,2	1,1	0,4	-	0,8	-	-	-	-	-	-	0,1	0,2	-	-	-	-
Neoplasma maligno do colo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,5	0,8	0,2	0,3	0,2	0,4
Neoplasma maligno do reto, junção sigmóide e ânus	-	-	-	-	-	-	0,2	0,4	-	-	-	-	-	-	-	0,2	0,4	-	-	-	-
Neoplasma maligno do pâncreas	-	-	-	-	-	-	0,2	0,4	-	-	-	-	-	-	-	0,1	-	0,2	-	-	-
Neoplasma da laringe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neoplasma maligno da traquéia, brônquios e pulmão	0,3	0,6	-	-	-	-	0,2	0,4	-	-	-	-	-	-	-	0,2	0,2	0,2	0,4	0,9	-
Neoplasma maligno da mama feminina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2	-	0,4	-	-	-
Neoplasma maligno do colo do útero	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	-	0,2	-	-	-
Neoplasma maligno do útero, outras localizações e as não especificadas	-	-	-	0,3	-	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neoplasma maligno da próstata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,2	-	0,1	0,2	-
Leucemia	0,3	0,6	-	0,3	0,6	-	1,2	1,6	0,8	-	-	-	-	-	-	1,9	2,4	1,5	1,7	2,0	1,5
1970, 1980 - CID 200-208*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-17 Neoplasmas benignos, carcinoma in situ, outros neoplasmas e os não especificados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,9	0,7	1,0	1,3	1,0	1,6	0,2	0,4	-	0,7	0,7	0,6
Neoplasma benigno do útero	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
III - DOENÇAS DAS GLANDULAS ENDOCRINAS, DA NUTRIÇÃO E DO METABOLISMO E TRANSTORNOS IMUNITÁRIOS																					
18 Doenças endócrinas e metabólicas e transtornos	0,6	0,6	0,7	0,6	-	1,1	1,6	2,4	0,8	0,7	0,7	0,7	1,1	0,8	1,4	1,1	1,0	1,1	7,2	11,5	3,0
Transtornos da glândula tireóide	0,3	-	0,7	-	-	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diabetes mellitus	0,3	-	0,7	-	-	-	1,6	2,4	0,8	0,7	0,7	0,7	1,1	0,8	1,4	0,8	0,8	0,8	1,0	1,3	0,6
19 Deficiências nutricionais	-	-	-	1,7	2,3	1,1	0,2	0,4	-	-	-	-	0,7	0,8	0,7	0,6	0,6	0,6	0,7	0,9	0,4
Marasmo nutricional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Outras formas de desnutrição protéico-calórica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,6	0,6	0,7	0,9	0,4
IV - DOENÇAS DO SANGUE E ÓRGÃOS																					

Tabela A-III - Coeficientes* de mortalidade por causas, segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Município do Rio de Janeiro, 1930-1991.**

	1.930			1.940			1.950			1.960			1.970			1.980			1.991		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
20 Doenças do sangue e do órgãos hematopoéticos	1,3	0,6	2,0	3,7	2,9	4,4	2,6	0,8	4,2	1,7	1,8	1,6	0,4	0,3	0,5	0,4	0,4	0,4	0,7	0,9	0,4
Anemia	1,0	0,6	1,3	3,4	2,9	3,8	1,8	0,4	3,1	1,7	1,8	1,6	0,2	0,3	0,5	0,3	0,2	0,4	0,3	0,4	0,2
V - TRANSTORNOS MENTAIS																					
21 Transtornos mentais	1,9	1,3	2,6	2,5	1,2	3,8	0,8	0,8	0,8	-	-	-	-	-	-	0,3	0,2	0,4	0,2	0,4	-
Síndrome da dependência do álcool	0,3	0,6	-	-	-	-	0,2	0,4	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,2	-	-	-	-
VI - DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO E DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS																					
22-24 Doenças do sistema nervoso e do órgãos dos	9,4	15,2	3,3	10,1	13,9	6,6	2,4	1,2	3,4	1,9	3,3	0,7	1,7	3,3	0,2	4,6	5,7	3,6	2,3	3,1	1,5
Meningite	1,6	3,2	-	2,8	4,6	1,1	3,1	4,9	1,5	1,9	3,3	0,7	2,2	3,3	1,1	1,7	2,4	1,1	0,1	0,2	-
Epilepsia	1,3	0,6	2,0	3,1	4,6	1,6	3,5	5,7	1,5	-	-	-	-	-	-	0,8	0,6	0,9	0,3	-	0,6
Otite média e mastoidite	1,0	0,6	1,3	1,4	1,7	1,1	0,2	0,4	-	-	-	-	-	-	-	0,1	-	0,2	0,1	0,2	-
VII - DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO																					
25 Febre reumática e doença reumática do coração	1,9	3,2	0,7	5,9	3,5	8,2	3,7	4,9	2,7	5,2	4,3	5,9	2,9	5,6	0,5	1,9	2,6	1,3	0,9	0,7	1,1
Febre reumática ativa	2,3	1,3	3,3	3,7	2,9	4,4	2,2	2,8	1,5	2,6	2,2	2,9	0,4	0,3	0,5	0,2	0,4	-	0,1	-	0,2
Doença reumática crônica do coração	2,3	1,9	2,6	1,4	0,6	2,2	1,6	2,0	1,1	2,6	2,2	2,9	4,7	5,3	4,1	1,7	2,2	1,3	0,8	0,7	0,9
26 Doença hipertensiva	1,9	1,3	2,6	1,7	1,7	1,6	4,1	3,6	4,6	1,4	2,5	0,3	1,2	2,0	0,5	0,5	0,8	0,2	-	-	-
27 Doença isquêmica do coração	-	-	-	1,1	1,7	0,5	1,0	1,6	0,4	8,2	7,9	8,5	2,3	4,6	0,2	1,8	2,6	1,1	1,1	1,6	0,6
Infarto agudo do miocárdio	-	-	-	0,3	0,6	-	1,0	1,6	0,4	-	-	-	-	-	-	0,7	0,2	1,1	1,0	1,3	0,6
28 Doença da circulação pulmonar e outras formas de doença do coração	15,5	18,4	12,5	29,5	33,0	26,3	22,4	18,2	26,3	6,7	5,1	8,2	5,0	4,3	5,7	3,8	4,5	3,0	2,9	3,1	2,8
29 Doença cerebrovascular	1,3	0,6	2,0	2,3	2,9	1,6	1,6	0,8	2,3	1,4	0,4	2,3	5,7	6,1	5,4	2,6	3,1	2,1	1,6	0,9	2,3
30 Outras doenças do aparelho circulatório	1,6	2,5	0,7	4,8	4,6	4,9	3,5	4,5	2,7	-	-	-	-	-	-	0,4	0,2	0,6	0,5	0,4	0,6
Aterosclerose	-	-	-	1,4	1,2	1,6	0,2	0,4	0,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,2	-
VIII - DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO																					
31 Doenças do trato respiratório superior	1,3	1,9	0,7	0,6	0,6	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Certas infecções respiratórias agudas	1,0	1,3	0,7	0,6	1,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Tabela A-III - Coeficientes* de mortalidade por causas, segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Município do Rio de Janeiro, 1930-1991.**

	1.930			1.940			1.950			1.960			1.970			1.980			1.991		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
32 Outras doenças do aparelho respiratório	50,9	56,4	45,3	38,8	71,8	7,7	23,8	22,3	25,2	8,9	10,1	7,9	8,6	8,6	8,6	6,1	6,1	6,0	7,1	7,3	6,8
Bronquite, bronquiolites agudas	0,3	0,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pneumonia	27,4	32,3	22,3	47,6	56,8	38,8	13,8	14,2	13,4	7,7	9,4	6,2	7,2	7,1	7,3	3,1	2,9	3,2	3,7	4,2	3,2
Gripe	6,8	12,0	1,3	4,2	0,6	7,7	1,6	1,2	1,9	1,2	0,7	1,6	0,6	0,8	0,5	-	-	-	-	-	-
Bronquite, crônica e não especificada, enfisema e asma	1,3	1,3	1,3	2,5	1,7	3,3	0,6	0,4	0,8	-	-	-	0,8	0,8	0,9	0,8	0,6	0,9	0,3	0,4	0,2
Pneumoconioses e certas doenças devidas a agentes externos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	-	0,2
Pneumonite devida a sólidos e líquidos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,2	-	-	-	-
IX - DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO																					
33-34 Doenças do aparelho digestivo	16,1	21,6	10,5	25,3	35,3	15,9	9,4	9,7	9,2	7,6	10,5	4,9	3,1	3,5	2,7	3,7	4,3	3,0	2,0	2,7	1,3
Úlcera do estômago e do duodeno	1,6	1,9	1,3	2,3	3,5	1,1	0,8	0,8	0,8	1,2	2,2	0,3	0,6	0,5	0,7	0,6	0,8	0,4	0,1	0,2	-
Apendicite	3,9	7,0	0,7	8,4	15,6	1,6	1,0	1,6	0,4	1,5	2,2	1,0	1,0	1,0	0,9	1,2	0,6	1,7	0,1	0,2	-
Hérnia da cavidade abdominal	-	-	-	0,6	1,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Obstrução intestinal sem menção de hérnia	0,6	1,3	-	1,7	1,2	2,2	0,4	-	0,8	0,3	0,7	-	0,1	-	0,2	0,3	0,4	0,2	-	-	-
Doença crônica do fígado e cirrose	1,9	2,5	1,3	3,1	4,1	2,2	2,0	1,6	2,3	1,9	1,4	2,3	1,4	2,0	0,9	0,4	0,8	-	0,2	0,4	-
X - DOENÇAS DO APARELHO GENITURINÁRIO																					
35 Doenças do aparelho urinário	23,9	18,4	29,5	7,3	13,3	1,6	8,1	6,1	9,9	2,2	3,3	1,3	2,4	2,8	2,0	1,3	1,6	0,9	0,9	0,7	1,1
Nefrite, síndrome nefrótica e nefrose	8,7	14,6	2,6	7,0	1,2	12,6	7,3	6,1	8,4	2,2	3,3	1,3	2,4	2,8	2,0	0,8	1,2	0,4	0,5	0,4	0,6

Tabela A-III - Coeficientes* de mortalidade por causas, segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Município do Rio de Janeiro, 1930-1991.**

	1.930			1.940			1.950			1.960			1.970			1.980			1.991		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
36 Doenças dos órgãos genitais masculinos	-	-	-	0,3	0,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hiperplasia de próstata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
37 Doenças dos órgãos genitais femininos	1,3	-	2,6	0,8	-	1,6	0,2	-	0,4	-	-	-	-	-	-	0,5	-	0,9	0,2	-	0,4
XI - COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ, DO PARTO E DO PUERPÉRIO																					
38 Aborto	1,6	-	3,3	1,7	-	3,3	1,0	-	1,9	-	-	-	0,1	-	0,2	0,4	-	0,8	0,1	-	0,2
39 Causas obstétricas diretas	23,2	-	47,3	1,7	-	3,3	10,4	-	20,2	6,7	-	12,8	2,0	-	3,9	1,3	-	2,6	1,5	-	3,0
40 Causas obstétrica indiretas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XII - DOENÇAS DA PELE E DO TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO																					
42 Doenças da pele e tecido celular subcutâneo	1,3	0,6	2,0	3,1	2,3	3,8	0,4	0,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	0,7	0,2
XIII - DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO																					
43 Doenças do sistema osteomuscular e do tecido	1,3	0,6	2,0	3,4	4,6	2,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,9	0,4	1,3	0,7	0,4	0,9
XIV - ANOMALIAS CONGÊNITAS																					
44 Anomalias congênitas	-	-	-	0,8	1,2	0,5	1,0	0,8	1,1	1,4	2,2	0,7	1,1	1,0	1,1	1,1	0,8	1,3	0,3	0,4	0,2
Anomalias congênitas do sistema nervoso	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3	0,2	0,4	-	-	-
Anomalias congênitas do coração e do aparelho circulatório	-	-	-	0,8	1,2	0,5	1,0	0,8	1,1	-	-	-	-	-	-	0,8	0,6	0,9	0,1	-	0,2
Fissura da abóbada palatina e lábio leporino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XV - ALGUMAS AFECÇÕES ORIGINADAS NO PERÍODO PERINATAL																					
45 Afecções originadas no período perinatal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XVI - SINAIS, SINTOMAS E AFECÇÕES MAL DEFINIDAS																					
46 Sinais, sintomas e afecções mal definidas	8,7	7,6	9,8	23,9	23,7	24,1	22,0	23,5	20,6	22,5	23,5	21,6	7,5	14,2	1,6	10,2	11,4	9,1	14,6	21,8	7,7
Sintomas relacionados ao aparelho cardiovascular	2,6	1,3	3,9	0,8	1,2	0,5	0,2	0,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2	0,4	-
Senilidade sem menção de psicose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Tabela A-III - Coeficientes* de mortalidade por causas**, segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Município do Rio de Janeiro, 1930-1991.

	1.930			1.940			1.950			1.960			1.970			1.980			1.991		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
XVII - CAUSAS EXTERNAS																					
E47 Acidentes de transporte	0,6	0,6	0,7	0,3	0,6	-	0,4	0,4	0,4	7,4	5,8	8,8	9,7	4,6	14,3	20,4	34,8	6,6	6,5	2,9	10,0
Acidentes de trânsito de veículo a motor	-	-	-	0,3	0,6	-	-	-	-	22,8	38,3	8,8	9,7	4,6	14,3	19,4	32,8	6,4	19,1	28,6	10,0
E48-49 Envenenamento acidental e acidentes provocados em pacientes durante procedimento médico, reações anormais e complicações tardias	-	-	-	-	-	-	0,8	1,2	0,4	31,4	60,3	5,2	21,9	40,3	5,4	0,2	-	0,4	0,1	0,2	-
** CID E48-E53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E50 Quedas acidentais	8,1	13,3	2,6	13,8	26,6	1,6	13,4	26,7	0,8	-	-	-	-	-	-	1,2	2,2	0,2	1,1	1,6	0,6
E51 Acidentes causados por fogo e chamas	0,3	0,6	-	-	-	-	10,0	0,8	18,7	-	-	-	-	-	-	0,5	0,4	0,6	0,7	0,9	0,4
E52-E53 Outros acidentes, incluindo efeitos tardios e efeitos adversos de drogas, medicamentos e substâncias biológicas usadas com finalidade terapêutica	8,7	15,8	1,3	5,1	10,4	-	4,1	7,3	1,1	-	-	-	-	-	-	6,0	12,0	0,2	6,4	12,4	0,6
Afogamento e submersão acidentais	8,4	15,2	1,3	4,5	9,3	-	3,5	6,1	1,1	-	-	-	-	-	-	1,2	2,4	-	3,8	7,1	0,6
Aspiração e ingestão de alimento ou de qualquer outro objeto que provoque obstrução do trato respiratório ou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	0,4	0,4	-	-	-
Acidentes causados pela corrente elétrica	-	-	-	-	-	-	0,4	0,8	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,2	-	-	-	-
E54 Suicídios e lesões auto-infligidas	2,9	3,2	2,6	14,6	15,1	14,2	9,8	10,5	9,2	9,1	20,9	26,8	6,3	6,3	6,4	2,2	2,8	1,7	0,5	0,4	0,6
E55 Homicídios e lesões provocadas intencionalmente por outras pessoas	5,8	9,5	2,0	2,3	4,1	0,5	5,3	9,3	1,5	15,3	27,8	3,9	-	-	-	58,9	112,5	7,4	65,4	127,7	5,8
E56 Outras violências	12,3	20,9	3,3	28,4	55,0	3,3	20,4	37,3	4,6	-	-	-	36,2	75,0	1,4	30,4	53,3	8,5	83,9	169,7	1,7

TABELA A-IV

Tabela A-IV - Coeficientes* de mortalidade por causas**, segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Município de São Paulo, 1930-1991.

	1.930			1.940			1.950			1.960			1.970			1.980			1.991		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
I - D. INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS																					
<i>01 Doenças Infecciosas Intestinais</i>	26,1	29,4	23,0	12,9	17,7	8,4	1,9	2,6	1,2	1,2	1,6	0,8	0,8	0,9	0,7	0,3	0,4	0,1	0,3	0,2	0,3
Cólera	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Febres tifóide e paratifóide	12,8	15,2	10,6	9,3	14,7	4,2	0,8	1,3	0,4	0,1	0,3	-	0,3	0,2	0,3	-	-	-	-	-	-
Shigelose	3,0	2,0	3,8	1,1	1,5	0,7	-	-	-	0,3	0,3	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Intoxicações alimentares	-	-	-	0,4	-	0,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Amebíase	1,5	2,0	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Infecção intestinal devido a outros microorganismos especificados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Infeções intestinais mal definidas	8,9	10,1	7,7	2,2	1,5	2,8	1,1	1,3	0,8	0,7	0,9	0,6	0,5	0,7	0,3	0,3	0,4	0,1	0,3	0,2	0,3
<i>02 Tuberculose</i>	178,0	166,2	189,1	180,4	173,3	187,2	82,5	86,9	78,4	13,2	15,0	11,6	4,1	4,9	3,3	1,6	1,8	1,4	2,5	3,2	1,8
Tuberculose pulmonar	169,6	161,1	177,6	167,5	162,9	171,8	74,3	79,4	69,5	11,4	13,8	9,3	3,3	4,0	2,6	1,3	1,2	1,4	1,9	2,4	1,4
Outras tuberculoses respiratórias	-	-	-	-	-	-	2,7	1,7	3,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuberculose das meninges e do SNC	2,0	2,0	1,9	2,9	4,4	1,4	2,9	2,6	3,2	0,6	0,6	0,6	0,4	0,5	0,3	0,1	0,2	-	0,1	0,1	0,1
Tuberculose miliar	3,5	2,0	4,8	3,2	0,7	5,6	-	-	-	0,3	0,3	0,3	-	-	-	0,1	0,2	-	0,5	0,7	0,2
<i>03 Outras doenças bacterianas</i>	18,7	20,3	17,3	14,0	19,9	8,4	1,7	1,3	2,0	1,8	2,8	0,8	0,5	0,7	0,3	0,9	1,2	0,5	1,2	1,2	1,2
Peste	0,5	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hanseníase	1,0	1,0	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Difteria	1,0	1,0	1,0	-	-	-	-	-	-	0,1	-	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coqueluche	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angina estreptocócica, escarlatina e erisipelas	1,0	2,0	-	0,4	0,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Infecção meningocócica	1,5	1,0	1,9	0,4	0,7	-	1,3	1,3	1,2	0,4	0,9	-	0,2	0,3	-	0,1	0,2	-	0,3	0,3	0,2
Tétano (exclui o neonatal)	2,5	3,0	1,9	1,8	3,7	-	0,4	-	0,8	0,6	0,9	0,3	-	0,2	-	-	-	-	-	-	-
Septicemia	10,8	10,1	11,5	11,5	14,7	8,4	-	-	-	0,6	0,9	0,3	-	-	-	0,7	0,9	0,5	0,9	0,8	1,0
<i>04 Doenças virais</i>	0,5	-	1,0	-	-	-	0,6	1,3	-	1,9	2,2	1,7	0,6	0,7	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5	0,8	0,1
Poliomielite aguda	-	-	-	-	-	-	0,2	0,4	-	0,4	0,6	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sarampo	-	-	-	-	-	-	0,2	0,4	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,1	-	-	-	-
Febre amarela	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Encefalite transmitida por artrópodes	0,5	-	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hepatite por vírus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,9	0,6	1,1	0,6	0,7	0,5	0,4	0,2	0,5	0,1	0,1	0,1
Raiva	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Varíola (*)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	-	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>05 Rickettsioses e outras doenças transmitidas por</i>	2,5	4,1	1,0	2,5	2,9	2,1	0,4	-	0,8	3,1	4,4	2,0	1,5	2,3	0,8	0,8	1,2	0,3	0,5	0,3	0,6
Malária	1,0	1,0	1,0	0,4	0,7	-	0,2	-	0,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leishmaniose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tripanossomíase	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,0	4,1	2,0	1,5	2,3	0,8	0,8	1,2	0,3	0,5	0,3	0,6
Tifo transmitido por piolhos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Tabela A-IV - Coeficientes* de mortalidade por causas, segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Município de São Paulo, 1930-1991.**

	1.930			1.940			1.950			1.960			1.970			1.980			1.991		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
06 Doenças venéreas	5,4	5,1	5,8	3,2	2,9	3,5	0,6	0,9	0,4	-	-	-	0,0	0,2	-	0,1	0,1	0,1	-	-	-
Sífilis	4,9	5,1	4,8	2,5	2,2	2,8	0,6	0,9	0,4	-	-	-	0,0	0,2	-	0,1	0,1	0,1	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
07 Outras doenças infecciosas e parasitárias e efeitos tardios de doenças infecciosas e parasitárias	3,5	5,1	1,9	3,9	5,9	2,1	3,6	4,8	2,4	2,7	2,5	2,8	1,9	2,1	1,8	5,6	6,8	4,4	1,1	1,2	1,1
Esquistossomíase	0,5	1,0	-	-	-	-	-	-	-	1,8	2,2	1,4	0,3	0,5	0,2	0,8	1,0	0,5	0,5	-	0,1
Ancilostomíase e necatoríase	2,0	2,0	1,9	0,4	-	0,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Efeitos tardios da tuberculose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1
Leptospirose	0,5	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,2	-	0,1	0,1	0,1
Infeções blastomíóticas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	-	-	-	-
Efeitos tardios da poliomielite aguda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	-	0,3	-	-	-	-	-	0,1	-	-	-
II NEOPLASMAS																					
08-14 Neoplasmas malignos	5,4	3,0	7,7	4,7	5,9	3,5	9,7	12,7	6,9	11,3	12,5	10,2	6,8	8,0	5,7	6,9	7,3	6,5	7,0	8,9	5,1
Neoplasma maligno do estômago	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	-	-	-	-
Neoplasma maligno do estômago	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,1	0,1	0,1
Neoplasma maligno do colo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,2	-	0,1	0,1	0,1
Neoplasma maligno do reto, junção sigmóide e ânus	-	-	-	0,4	0,7	-	-	-	-	0,4	0,6	0,3	-	-	-	0,0	0,1	-	0,1	0,2	-
Neoplasma maligno do pâncreas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neoplasma da laringe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neoplasma maligno da traquéia, brônquios e pulmão	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Neoplasma maligno da mama feminina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	-	0,2
Neoplasma maligno do colo do útero	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1
Neoplasma maligno do útero, outras localizações e as não especificadas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	-	0,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neoplasma maligno da próstata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,1	-	-	-	-
Leucemia	1,5	-	2,9	-	-	-	-	-	-	2,5	2,5	2,5	3,5	4,2	2,8	4,0	4,6	3,3	1,8	2,5	1,0
1970, 1980 - CID 200-208*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-17 Neoplasmas benignos, carcinoma in situ, outros neoplasmas e os não especificados	0,5	-	1,0	4,3	4,4	4,2	1,7	2,2	1,2	1,8	1,6	2,0	0,8	1,2	0,5	0,4	0,6	0,2	1,1	1,5	0,7
Neoplasma benigno do útero	-	-	-	0,4	-	0,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
III - DOENÇAS DAS GLANDULAS ENDOCRINAS, DA NUTRIÇÃO E DO METABOLISMO E TRANSTORNOS IMUNITÁRIOS																					
18 Doenças endócrinas e metabólicas e transtornos	0,5	-	1,0	2,2	2,9	1,4	1,1	0,9	1,2	1,2	1,3	1,1	0,0	-	0,2	1,1	0,8	1,4	16,9	26,1	8,0
Transtornos da glândula tireóide	-	-	-	0,4	-	0,7	0,2	-	0,4	0,1	0,3	-	-	-	-	-	-	0,1	-	-	-
Diabetes mellitus	0,5	-	1,0	1,4	2,2	0,7	0,4	0,4	0,4	0,9	0,9	0,8	-	-	0,2	1,0	0,8	1,3	0,5	0,2	0,7
19 Deficiências nutricionais	-	-	-	-	-	-	0,8	0,4	1,2	0,6	1,3	-	0,2	0,2	0,2	0,4	0,2	0,6	-	0,1	-
Marasmo nutricional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2	-	0,4	-	-	-
Outras formas de desnutrição protéico-calórica	-	-	-	-	-	-	0,8	0,4	1,2	-	-	-	0,2	0,2	0,2	-	-	-	-	-	-
IV - DOENÇAS DO SANGUE E ÓRGÃOS																					

Tabela A-IV - Coeficientes* de mortalidade por causas, segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Município de São Paulo, 1930-1991.**

	1.930			1.940			1.950			1.960			1.970			1.980			1.991		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
20 Doenças do sangue e do órgãos hematopoéticos	2,5	1,0	3,8	6,1	5,2	7,0	1,5	0,9	2,0	1,3	0,9	1,7	0,7	0,7	0,7	1,5	1,1	1,8	0,6	0,8	0,4
Anemia	2,5	1,0	3,8	4,3	1,5	7,0	1,1	0,4	1,6	0,3	0,3	0,3	0,7	0,7	0,7	0,4	0,2	0,6	0,5	0,8	0,1
V - TRANSTORNOS MENTAIS																					
21 Transtornos mentais	0,5	-	1,0	0,7	1,5	-	-	-	-	0,6	0,9	0,3	-	-	-	0,4	0,6	0,2	0,8	0,8	0,8
Síndrome da dependência do álcool	-	-	-	0,7	1,5	-	-	-	-	0,6	0,9	0,3	-	-	-	0,3	0,4	0,2	0,7	0,8	0,6
VI - DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO E DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS																					
22-24 Doenças do sistema nervoso e do órgãos dos	17,3	21,3	13,4	11,8	11,8	11,9	2,7	7,4	5,3	4,3	6,3	2,5	4,6	5,6	3,8	3,6	4,4	2,9	4,1	5,0	3,2
Meningite	5,9	4,1	7,7	3,6	4,4	2,8	1,7	2,2	1,2	1,0	1,3	0,8	1,5	1,4	1,6	0,4	0,7	0,1	1,1	1,8	0,4
Epilepsia	5,4	9,1	1,9	2,9	2,2	3,5	2,1	1,7	2,4	2,2	3,4	1,1	0,9	1,2	0,7	0,5	0,4	0,5	0,3	0,6	0,1
Otite média e mastoidite	2,0	3,0	1,0	0,4	-	0,7	-	-	-	0,4	0,6	0,3	-	-	-	0,0	-	0,1	0,1	0,1	0,1
VII - DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO																					
25 Febre reumática e doença reumática do coração	3,5	2,0	4,8	0,4	0,7	-	12,6	11,8	13,4	9,7	10,0	9,3	3,2	2,8	3,6	1,2	0,7	1,6	0,7	0,8	0,6
Febre reumática ativa	3,5	2,0	4,8	-	-	-	0,8	0,9	0,8	1,9	2,5	1,4	0,6	0,7	0,5	0,0	-	0,1	0,0	-	0,1
Doença reumática crônica do coração	-	-	-	0,4	0,7	-	11,8	10,9	12,6	7,7	7,5	7,9	2,6	2,1	3,1	1,1	0,7	1,5	0,6	0,8	0,4
26 Doença hipertensiva	-	-	-	-	-	-	4,0	2,6	5,3	2,4	2,2	2,5	1,1	1,4	0,8	0,5	0,4	0,5	0,7	0,9	0,6
27 Doença isquêmica do coração	0,5	1,0	-	0,7	1,5	-	10,1	7,9	12,2	1,0	1,3	0,8	1,2	2,1	0,3	0,8	1,1	0,5	1,0	1,0	0,9
Infarto agudo do miocárdio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,7	1,0	0,4	0,8	0,8	0,8
28 Doença da circulação pulmonar e outras formas de doença do coração	24,6	25,3	24,0	26,2	22,9	29,3	6,5	7,9	5,3	5,8	6,0	5,6	3,5	4,0	3,1	4,8	4,3	5,4	3,2	4,0	2,4
29 Doença cerebrovascular	1,5	1,0	1,9	2,5	2,9	2,1	1,3	1,3	1,2	0,6	0,6	0,6	2,4	3,1	1,8	2,3	2,1	2,4	1,9	2,3	1,4
30 Outras doenças do aparelho circulatório	0,5	1,0	-	1,4	2,9	-	-	-	-	0,9	1,3	0,6	0,4	0,5	0,3	0,5	0,7	0,3	0,5	0,8	0,2
Aterosclerose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VIII - DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO																					
31 Doenças do trato respiratório superior	1,0	1,0	1,0	0,4	0,7	-	0,2	-	0,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2	0,2	0,2
Certas infecções respiratórias agudas	0,5	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,1

Tabela A-IV - Coeficientes* de mortalidade por causas, segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Município de São Paulo, 1930-1991.**

	1.930			1.940			1.950			1.960			1.970			1.980			1.991		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
32 Outras doenças do aparelho respiratório	48,8	58,8	39,4	36,2	42,8	30,0	9,5	9,2	9,7	9,5	11,6	7,6	6,9	8,0	5,9	9,6	10,2	9,0	8,5	11,1	6,0
Bronquite, bronquiolites agudas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pneumonia	35,0	44,6	25,9	25,5	30,2	21,0	8,2	7,0	9,3	6,4	8,2	4,8	4,8	5,9	3,8	6,3	6,3	6,4	5,1	7,4	3,0
Gripe	3,9	5,1	2,9	2,9	5,9	-	0,4	0,9	-	1,0	0,9	1,1	0,2	0,2	0,2	0,0	0,1	-	-	-	-
Bronquite, crônica e não especificada, enfisema e asma	1,5	1,0	1,9	2,9	2,2	3,5	-	-	-	0,6	0,9	0,3	0,6	0,5	0,7	0,4	0,3	0,5	0,8	0,8	0,9
Pneumoconioses e certas doenças devidas a agentes externos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,3	-	-	-	-	0,3	0,2	0,3	-	-	-
Pneumonite devida a sólidos e líquidos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3	0,3	0,2
IX - DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO																					
33-34 Doenças do aparelho digestivo	26,6	26,3	26,9	17,6	19,9	15,4	9,0	9,2	8,9	7,4	8,5	6,5	3,1	2,6	3,6	3,8	4,0	3,7	2,7	3,5	2,0
Úlcera do estômago e do duodeno	2,5	5,1	-	1,8	2,9	0,7	1,5	2,2	0,8	0,4	0,9	-	0,3	0,3	0,2	0,6	1,0	0,2	-	0,1	-
Apendicite	10,4	10,1	10,6	6,1	8,1	4,2	0,2	-	0,4	0,6	0,6	0,6	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	-
Hérnia da cavidade abdominal	-	-	-	1,4	1,5	1,4	0,2	-	0,4	-	-	-	-	-	-	0,0	0,1	-	-	-	-
Obstrução intestinal sem menção de hérnia	2,0	1,0	2,9	-	-	-	1,3	1,3	1,2	0,3	-	0,6	0,2	0,2	0,2	0,0	-	0,1	-	-	-
Doença crônica do fígado e cirrose	0,5	1,0	-	1,4	1,5	1,4	2,3	3,1	1,6	1,8	2,2	1,4	0,8	0,7	1,0	0,6	0,7	0,5	0,6	0,7	0,6
X - DOENÇAS DO APARELHO GENITURINÁRIO																					
35 Doenças do aparelho urinário	19,2	18,2	20,2	9,0	8,1	9,8	7,4	8,3	6,5	5,9	5,6	6,2	3,0	3,3	2,6	2,3	1,8	2,8	0,8	0,5	1,1
Nefrite, síndrome nefrótica e nefrose	-	-	-	6,1	5,2	7,0	6,7	7,4	6,1	4,2	4,7	3,7	3,0	3,3	2,6	1,8	1,8	1,7	0,7	0,5	0,9

Tabela A-IV - Coeficientes* de mortalidade por causas, segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Município de São Paulo, 1930-1991.**

	1.930			1.940			1.950			1.960			1.970			1.980			1.991		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
36 Doenças dos órgãos genitais masculinos	0,5	1,0	-	0,4	0,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hiperplasia de próstata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
37 Doenças do órgãos genitais femininos	3,0	2,0	3,8	3,2	-	6,3	0,2	-	0,4	0,1	-	0,3	0,5	-	1,0	0,2	-	0,4	-	-	-
XI - COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ, DO PARTO E DO PUERPÉRIO																					
38 Aborto	3,9	-	7,7	2,5	-	4,9	-	-	-	1,3	-	2,5	0,2	-	0,3	0,2	-	0,3	0,3	-	0,7
39 Causas obstétricas diretas	16,8	-	32,6	11,5	-	22,4	4,0	-	7,7	3,6	-	6,8	2,4	-	4,7	1,9	-	3,8	1,2	-	2,4
40 Causas obstétrica indiretas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,5	-	0,9
XII - DOENÇAS DA PELE E DO TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO																					
42 Doenças da pele e tecido celular subcutâneo	3,9	7,1	1,0	2,2	1,5	2,8	-	-	-	0,6	0,3	0,8	-	-	-	0,0	0,1	-	0,1	0,1	0,1
XIII - DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO																					
43 Doenças do sistema osteomuscular e do tecido	1,5	3,0	-	1,8	2,9	0,7	-	-	-	-	0,3	-	-	-	-	1,1	0,4	1,7	0,3	0,3	0,2
XIV - ANOMALIAS CONGÊNITAS																					
44 Anomalias congênitas	0,5	-	1,0	0,7	-	1,4	0,8	0,9	0,8	1,8	1,9	1,7	1,7	1,7	1,6	0,9	0,9	0,9	0,6	0,9	0,3
Anomalias congênitas do sistema nervoso	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,9	0,3	-	-	-	0,3	0,1	0,4	0,0	0,1	-
Anomalias congênitas do coração e do aparelho circulatório	-	-	-	0,7	-	1,4	-	-	-	1,0	0,9	1,1	-	-	-	0,4	0,4	0,3	0,5	0,7	0,3
Fissura da abóbada palatina e lábio leporino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XV - ALGUMAS AFECÇÕES ORIGINADAS NO PERÍODO PERINATAL																					
45 Afecções originadas no período perinatal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XVI - SINAIS, SINTOMAS E AFECÇÕES MAL DEFINIDAS																					
46 Sinais, sintomas e afecções mal definidas	25,1	27,4	23,0	1,4	0,7	2,1	20,0	21,8	18,3	2,5	2,5	2,5	11,7	11,2	12,2	2,8	3,0	2,6	2,1	3,0	1,2
Sintomas relacionados ao aparelho cardiovascular	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Senilidade sem menção de psicose	-	-	-	-	-	-	5,3	6,1	4,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Tabela A-IV - Coeficientes* de mortalidade por causas, segundo sexo, faixa etária de 15 a 24 anos, Município de São Paulo, 1930-1991.**

	1.930			1.940			1.950			1.960			1.970			1.980			1.991		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
XVII - CAUSAS EXTERNAS																					
E47 Acidentes de transporte	-	-	-	12,2	22,1	2,8	9,5	15,7	3,7	14,7	26,0	4,5	24,0	35,7	13,0	25,9	39,4	12,9	31,4	51,9	11,7
Acidentes de trânsito de veículo a motor	-	-	-	8,2	14,0	2,8	9,5	15,7	3,7	11,4	20,4	3,4	24,0	35,7	13,0	25,6	39,0	12,7	30,6	50,7	11,2
E48-49 Envenenamento acidental e acidentes provocados em pacientes durante procedimento médico, reações anormais e complicações tardias	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3	0,3	0,3	20,8	38,0	4,9	0,2	0,4	-	0,2	0,2	0,1
** CID E48-E53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E50 Quedas acidentais	7,9	14,2	1,9	-	-	-	-	-	-	2,5	5,0	0,3	1,6	2,8	0,5	0,3	0,4	0,1	2,6	5,0	0,3
E51 Acidentes causados por fogo e chamas	-	-	-	2,5	2,2	2,8	-	-	-	-	-	-	0,8	1,0	0,7	0,6	1,0	0,2	0,3	0,3	0,3
E52-E53 Outros acidentes, incluindo efeitos tardios e efeitos adversos de drogas, medicamentos e substâncias biológicas usadas com finalidade terapêutica	8,4	16,2	1,0	25,5	45,0	7,0	22,7	41,5	5,3	11,0	20,1	2,8	16,3	31,0	2,6	22,2	40,0	5,1	19,6	34,9	4,8
Afogamento e submersão acidentais	8,4	16,2	1,0	9,3	18,4	0,7	-	-	-	5,3	10,0	1,1	10,5	20,1	1,5	14,3	25,8	3,3	8,2	14,6	2,0
Aspiração e ingestão de alimento ou de qualquer outro objeto que provoque obstrução do trato respiratório ou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	0,9	-	0,3	0,7	-	1,2	2,1	0,2	0,2	0,5	-
Acidentes causados pela corrente elétrica	-	-	-	0,4	0,7	-	-	-	-	0,9	1,6	0,3	0,8	1,6	0,2	0,1	0,2	-	0,6	1,2	-
E54 Suicídios e lesões auto-infligidas	8,4	11,1	5,8	11,1	11,1	11,2	17,0	13,5	20,3	15,8	19,7	12,1	7,9	9,3	6,7	5,9	7,6	4,2	6,0	9,8	2,4
E55 Homicídios e lesões provocadas intencionalmente por outras pessoas	2,0	3,0	1,0	3,2	1,5	4,9	4,2	5,7	2,8	6,4	11,6	1,7	13,3	23,1	4,2	31,9	59,3	5,6	107,8	206,4	12,8
E56 Outras violências	31,1	45,6	17,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,5	5,9	1,1	5,3	9,5	1,2	2,8	4,8	0,8