

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Mortalidade por causas externas em mulheres
de 10 a 49 anos, nas capitais brasileiras**



Tâmara Régia Torres de Melo Ribeiro

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do Título de Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração:
Epidemiologia

Orientadora:
Profª Drª Maria Helena P. de Mello Jorge

**São Paulo
2005**

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida e por esta significativa oportunidade.

Aos meus queridos Davi, Daniel e Raquel, pelo carinho e apoio em todo o tempo.

À Prof. Maria Helena Prado de Mello Jorge, pelo seu extraordinário empenho em orientar com habilidade, incentivo, vasto conhecimento científico e, sobretudo, amizade.

Aos Professores Dr. Ruy Laurenti, Dra. Ana Cristina Tanaka, Dra. Maria Sumie Koizumi e Dra. Lucila Amaral Carneiro Vianna, pela análise crítica e sugestões que contribuíram para a melhoria deste trabalho.

A todos os amigos que, de alguma forma, contribuíram para este trabalho, especialmente Iara Macedo, pelo apoio e tempo dedicado; à Professora Dra. Sabina Léa Davidson Gotlieb e aos amigos Pedro Manuel e Elizabete Ribeiro, do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública, pela atenção e apoio; à Maria Lúcia Ferraz, pela gentileza e contribuição nas referências bibliográficas e as demais funcionárias da Biblioteca da Saúde Pública; aos colegas do Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza e da Coordenadoria de Saúde da Lapa, pelo apoio e incentivo.

Ribeiro, TRTM. **Mortalidade por causas externas em mulheres de 10 a 49 anos, nas capitais brasileiras.** São Paulo; 2005 [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

RESUMO

Acidentes e violências estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade, sendo seu aumento visto como um sério problema de Saúde Pública. Está em segundo lugar no Brasil, como causa de morte e, embora a maior proporção esteja entre homens jovens, observa-se crescimento dessa causa entre as mulheres. O objetivo deste trabalho é estudar óbitos por causas externas de mulheres de 10 a 49 anos, nas capitais brasileiras, no primeiro semestre de 2002, com base no Estudo de Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos - Projeto "Gravidez, Parto e Puerpério" de Laurenti e colaboradores. Foram a terceira causa de morte nessa população, com taxa de mortalidade igual a 16,2 por 100.000 mulheres. Homicídios, acidentes de transporte e suicídios foram os principais tipos. Arma de fogo foi o meio mais utilizado nos homicídios; os acidentes de transporte ocorreram principalmente por atropelamento e, nos suicídios, predominou o uso de pesticidas e drogas. Em 43,4% dos suicídios, houve referência familiar a algum tipo de transtorno mental, verificando-se a depressão em 71% desses casos. Mortes por causas externas de mulheres durante o ciclo gravídico puerperal ampliado (ocorridas durante a gravidez ou até 364 dias após o seu término) representaram 6,7% do total de óbitos, sendo 57,3% por homicídio e 28,9% por suicídio, valores proporcionalmente maiores em relação às demais mulheres. Nos casos de suicídio, a depressão foi referida em 50% entre grávidas e 60% entre puérperas. Os resultados mostram aspectos importantes e indicam caminhos a serem seguidos para uma reversão desse quadro.

Descritores: mortalidade, violência, óbitos de mulheres.

Ribeiro, TRTM. **Mortalidade por causas externas em mulheres, de 10 a 49 anos, nas capitais brasileiras** [Mortality from external causes among women aged 10-49 years, in Brazilian State capitals]. São Paulo (BR); 2005 [Doctoral thesis – Faculdade de Saúde Pública da USP].

SUMMARY

Accidents and violence are among the principal causes of morbidity and mortality, so much so that their increase is seen as a grave Public Health problem. Deaths from external causes occupy the second place among causes of death in Brazil. Although the larger part is of young men an increase is also to be seen among women. The objective of this study is to review deaths from external causes among women of between 10 and 49 years of age in Brazilian State capitals in the first semester of 2002 on the basis of the "Study of Mortality among Women of from 10 to 49 years of age" of Laurenti et al's project "Pregnancy, Childbirth and Puerperium". They were the third cause of death among this population, with a mortality rate of 16.2/100.000 women. Homicides, traffic accidents and suicides were the main types. Firearms were the means most frequently used among the homicides; traffic accidents mainly involved pedestrians who were run over and among cases of suicide the use of pesticides and drugs predominated. There was reference made in the respective family circle, to some mental disturbance with regard to 43.4% of the cases of suicide, 71% of these reference being to depression. Death by violent causes during the pregnancy/puerperal cycles (i.e. during pregnancy or up to 364 days after the birth) accounted for 6.7% of the total, 57.3% of then being homicides and 28.9% suicides. Among the suicides, depression was quaterd with regard to 50% of pregnant women and to 60% among mothers who had given birth within the previous year.

Key words: mortality, violence, death among women

ÍNDICE

| | |
|---|------------|
| 1. INTRODUÇÃO | 1 |
| 1.1 A importância dos acidentes e violências. A situação no Brasil | 2 |
| 1.2 A violência contra a mulher. A importância do problema na idade fértil e no ciclo gravídico puerperal | 17 |
| 1.3 O Projeto Gravidez, Parto e Puerpério (GPP) | 21 |
| 1.4 Este Trabalho | 23 |
| | |
| 2. OBJETIVOS | 27 |
| 2.1 Geral | 28 |
| 2.2 Específicos | 28 |
| | |
| 3. MATERIAL E MÉTODO | 29 |
| | |
| 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 33 |
| 4.1 Análise do ganho na qualidade da informação | 35 |
| 4.2 Distribuição das mortes por causas externas nas Regiões | 43 |
| 4.3 Distribuição das mortes por causas externas segundo idades | 44 |
| 4.4 Distribuição das mortes por causas externas segundo tipos | 47 |
| 4.4.1 Acidentes de transporte | 53 |
| 4.4.2 Homicídios | 67 |
| 4.4.3 Suicídios - lesões auto infligidas | 82 |
| 4.4.4 Demais acidentes | 97 |
| 4.4.5 Ignorado | 102 |
| 4.5 Distribuição das mortes por causas externas no ciclo gravídico puerperal ampliado | 103 |
| 4.5.1 Acidentes e violências na gravidez | 107 |
| 4.5.2 Acidentes e violências no puerpério | 118 |
| | |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES | 127 |
| | |
| 6. REFERÊNCIAS | 131 |

ANEXOS

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-----------|---|----|
| Tabela 1 | Número de óbitos e taxas de mortalidade por causas externas segundo sexo, Brasil, anos selecionados. | 17 |
| Tabela 2 | Ganho nos diagnósticos de causas externas em óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras, segundo causa na DO de origem e Regiões brasileiras, 1º semestre de 2002. | 35 |
| Tabela 3 | Ganho nos diagnósticos de causas externas em óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras, segundo causa na DO de origem e tipos de causas externas, 1º semestre de 2002 (Nº e %). | 38 |
| Tabela 4 | Óbitos por alguns tipos de causas externas em mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras na DO original e DO nova e ganho na qualidade da informação, segundo Regiões, 1º semestre de 2002. | 42 |
| Tabela 5 | Taxa de mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por causas externas, segundo Região, 2002. | 43 |
| Tabela 6 | Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por causas externas, segundo faixa etária e Regiões, 1º semestre de 2002 (Nº e %). | 44 |
| Tabela 7 | Média e mediana de idades de mulheres de 10 a 49 anos residentes em capitais brasileiras mortas por causas externas, segundo Região, 1º semestre de 2002. | 46 |
| Tabela 8 | Taxa de mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por causas externas, segundo idades, 2002. | 46 |
| Tabela 9 | Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por causas externas, segundo Região e tipo, 1º semestre de 2002 (Nº e %). | 48 |
| Tabela 10 | Taxa de mortalidade por causas externas de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras, segundo tipo de causa, 2002. | 50 |
| Tabela 11 | Taxa de mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por causas externas, segundo Região e tipo, 2002. | 51 |
| Tabela 12 | Taxa de mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por causas externas, segundo faixa etária e tipo, 2002. | 52 |
| Tabela 13 | Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por acidentes de transporte, segundo faixa etária e Região, 1º semestre de 2002 (Nº e %). | 55 |
| Tabela 14 | Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por acidentes de transporte, segundo faixa etária e condição da vítima, 1º semestre de 2002 (Nº e %). | 62 |
| Tabela 15 | Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais da Região Norte por acidentes de transporte, segundo faixa etária e condição da vítima, 1º semestre de 2002 (Nº e %). | 63 |
| Tabela 16 | Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais da Região Nordeste por acidentes de transporte, segundo faixa etária e condição da vítima, 1º semestre de 2002 (Nº e %). | 64 |
| Tabela 17 | Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais da Região Sudeste por acidentes de transporte, segundo faixa etária e condição da vítima, 1º semestre de 2002 (Nº e %). | 65 |

| | | |
|-----------|---|----|
| Tabela 18 | Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais da Região Sul por acidentes de transporte, segundo faixa etária e condição da vítima, 1º semestre de 2002 (Nº e %). | 66 |
| Tabela 19 | Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais da Região Centro Oeste por acidentes de transporte, segundo faixa etária e condição da vítima, 1º semestre de 2002 (Nº e %). | 67 |
| Tabela 20 | Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por homicídio, segundo faixa etária e Região, 1º semestre de 2002 (Nº e %). | 70 |
| Tabela 21 | Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por homicídio, segundo faixa etária e meio de agressão, 1º semestre de 2002 (Nº e %). | 75 |
| Tabela 22 | Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais da Região Norte por homicídio, segundo faixa etária e meio de agressão, 1º semestre de 2002 (Nº e %). | 77 |
| Tabela 23 | Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais da Região Nordeste por homicídio, segundo faixa etária e meio de agressão, 1º semestre de 2002 (Nº e %). | 78 |
| Tabela 24 | Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais da Região Sudeste por homicídio, segundo faixa etária e meio de agressão, 1º semestre de 2002 (Nº e %). | 79 |
| Tabela 25 | Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais da Região Sul por homicídio, segundo faixa etária e meio de agressão, 1º semestre de 2002 (Nº e %). | 80 |
| Tabela 26 | Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais da Região Centro-Oeste por homicídio, segundo faixa etária e meio de agressão, 1º semestre de 2002 (Nº e %). | 81 |
| Tabela 27 | Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por suicídio, segundo faixa etária e Região, 1º semestre de 2002 (Nº e %). | 83 |
| Tabela 28 | Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por suicídio, segundo faixa etária e meio de auto-agressão, 1º semestre de 2002 (Nº e %). | 85 |
| Tabela 29 | Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais da Região Norte por suicídio, segundo faixa etária e meio de auto-agressão, 1º semestre de 2002 (Nº e %). | 88 |
| Tabela 30 | Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais da Região Nordeste por suicídio, segundo faixa etária e meio de auto-agressão, 1º semestre de 2002 (Nº e %). | 90 |
| Tabela 31 | Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais da Região Sudeste por suicídio, segundo faixa etária e meio de auto-agressão, 1º semestre de 2002 (Nº e %). | 92 |
| Tabela 32 | Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais da Região Sul por suicídio, segundo faixa etária e meio de auto-agressão, 1º semestre de 2002 (Nº e %). | 93 |
| Tabela 33 | Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais da Região Centro Oeste por suicídio, segundo faixa etária e meio de auto-agressão, 1º semestre de 2002 (Nº e %). | 94 |

| | | |
|-----------|---|-----|
| Tabela 34 | Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por suicídio, segundo Região e presença de transtornos mentais, 1º semestre de 2002 (Nº e %). | 97 |
| Tabela 35 | Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por demais acidentes, segundo Região, tipo e faixa etária, 1º semestre de 2002 (Nº e %). | 99 |
| Tabela 36 | Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por causa externa do tipo ignorado, segundo faixa etária e Região, 1º semestre de 2002 (Nº e %). | 102 |
| Tabela 37 | Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por causas externas, segundo tipo de causa e presença de gravidez/ puerpério ampliado, 1º semestre de 2002 (Nº e %). | 104 |
| Tabela 38 | Óbitos de mulheres grávidas de 10 a 49 anos por causas externas residentes nas capitais brasileiras, segundo faixa etária e tipo de causa, 1º semestre de 2002 (Nº e %). | 107 |
| Tabela 39 | Óbitos de mulheres grávidas de 10 a 49 anos por causas externas residentes nas capitais brasileiras, segundo presença de depressão e tipo de causa, 1º semestre de 2002 (Nº e %). | 117 |
| Tabela 40 | Óbitos de mulheres puérperas de 10 a 49 anos por causas externas residentes nas capitais brasileiras, segundo faixa etária e tipo de causa, 1º semestre de 2002 (Nº e %). | 119 |
| Tabela 41 | Óbitos de mulheres puérperas de 10 a 49 anos por causas externas residentes nas capitais brasileiras, segundo presença de depressão e tipo de causa, 1º semestre de 2002 (Nº e %). | 125 |

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|-----------|---|-----|
| Figura 1 | Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras segundo Causas, 1º semestre de 2002 (%). | 34 |
| Figura 2 | Esquema de Ganho de diagnóstico de óbitos por causas externas (DO original X Do nova) de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras, 1º semestre de 2002. | 40 |
| Figura 3 | Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por causas externas, segundo faixa etária e Regiões, 1º semestre de 2002 (%). | 45 |
| Figura 4 | Mortalidade proporcional de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por causas externas, segundo tipo, 1º semestre de 2002. | 49 |
| Figura 5 | Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por acidente de transporte, segundo a condição da vítima, 1º semestre de 2002 (%). | 60 |
| Figura 6 | Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por homicídio, segundo faixa etária e Regiões, 1º semestre de 2002 (Nº e %). | 71 |
| Figura 7 | Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por homicídio, segundo meio de agressão, 1º semestre de 2002 (Nº e %). | 72 |
| Figura 8 | Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por suicídio, segundo meio de auto-agressão, 1º semestre de 2002 (%). | 85 |
| Figura 9 | Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por demais acidentes, segundo tipo, 1º semestre de 2002 (Nº e %). | 98 |
| Figura 10 | Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por causas externas, segundo ciclo gravídico puerperal (GPP) e tipos, 1º semestre de 2002 (Nº e %). | 106 |

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1 A importância dos acidentes e violências. A situação no Brasil

A probabilidade de adoecer ou de morrer em consequência de moléstias infecciosas diminui nas populações que vivenciam desenvolvimento social e conseqüente melhora nas condições de habitação, saneamento básico, alimentação, acesso a serviços de saúde, lazer e cultura, entre outras condições.

O desenvolvimento social, econômico e ambiental de uma população conduz a mudanças na sua composição etária, sendo esse processo denominado de *transição demográfica*. Na fase inicial da transição demográfica, a população é composta principalmente de jovens, devido à presença de alta taxa de natalidade e de mortalidade geral; posteriormente, há uma diminuição do número de nascimentos, acompanhada de uma maior expectativa de vida e de uma mortalidade que ocorre em idades mais avançadas, o que torna essa população composta, predominantemente, de adultos e idosos. Essas alterações na composição etária da população acabam mudando o seu perfil de adoecimento e morte, denominado de *transição epidemiológica*; nas fases iniciais, onde há predomínio de jovens na população, as doenças infecciosas são as principais causas de morbidade e de mortalidade, enquanto que, nas populações formadas principalmente por adultos, estes adoecem e morrem em idades mais avançadas, principalmente por doenças crônico-degenerativas ou causadas pelo homem (OMRAM, 1971).

Em relatório sobre a saúde nas Américas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considerou que os países da América Latina, como todas as sociedades em transição, estão vivendo essas mudanças de caráter demográfico e epidemiológico (OMS, 1993).

Nesse cenário, a incidência de acidentes e de violências nessas populações ganha maior expressão como causa de morbidade, de incapacidade temporária ou permanente e de mortalidade.

Por outro lado, os acidentes estão presentes em todos os povos, independentemente do grau de seu desenvolvimento socioeconômico, visto que a

existência humana implica a exposição a condições de risco e de adversidades próprias da inevitável interação com os diversos elementos naturais e com os demais seres vivos que compõem o meio.

Com efeito, a violência sempre fez parte da história, expressando-se em variadas manifestações comportamentais e situacionais do ser humano. O Gênesis, por exemplo, o primeiro livro da Bíblia, narra o conhecido evento do assassinato de Abel, por seu irmão Caim, como o primeiro homicídio ocorrido da humanidade. Outras manifestações de violência estão também presentes no mundo das letras, no campo das artes e nos registros da história (MELLO JORGE, 1979).

O texto de *Portaria Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violências*, editada em 2001, pelo Ministério da Saúde, citando Minayo e Souza, conceitua violência como o "evento representado por ações de indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprios ou a outros". Os acidentes, por sua vez, são conceituados nesse documento como os "agravos que produzem danos, mas cuja ação do sujeito agente não é intencional" (MINISTÉRIO da SAÚDE, 2001).

Acidentes e violências decorrem da ação ou da omissão humana, vinculada a certos condicionantes, incluindo-se os aspectos sociais, causando danos à saúde. Alterações orgânicas ou psíquicas de gravidade variável, lesões, seqüelas ou óbito integram a *Classificação Internacional de Doenças*, no grupo das "Causas Externas", que engloba as causas acidentais - trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos, entre outras, e causas intencionais - agressões e lesões auto provocadas (OMS, 1995).

A Organização Mundial da Saúde estimou que, aproximadamente, 7% dos óbitos no mundo eram por causas externas, e que 2% da população mundial portava algum tipo de incapacidade resultante de acidente ou violência (LOPEZ, 1993).

Atualmente, as causas externas são responsáveis por significativo aumento dos óbitos em todos os continentes, sendo que, em vários países, estão entre as cinco primeiras causas de morte. (MELLO JORGE e LAURENTI, 1997).

O aprofundamento do saber nas últimas décadas tem modificado a conceituação dos acidentes pela melhor compreensão de características relacionadas com as causas e resultantes.

Nesse sentido, WILSON (1966) reporta-se ao conceito de acidente, elaborado pela OMS em 1961, como "um fato não premeditado, do qual resulta dano considerável", argumentando, todavia, que este não deve ser considerado geral, uma vez que não contempla os acidentes sem ferimento, como, por exemplo, uma queda acidental da qual não resulte lesão orgânica. Esse autor considera melhor e aceita a definição que adota o conceito de uma seqüência natural de eventos, quebrada por ocorrência inesperada, não dependente do indivíduo, que poderá, ou não, produzir o dano, definição esta proposta por Arbous.

A Organização Mundial da Saúde definiu acidente como "um acontecimento fortuito, geralmente desagradável ou danoso, independente da vontade humana, provocado por uma força exterior que atua rapidamente e que se manifesta pelo aparecimento de lesões orgânicas ou transtornos mentais" (YAYO, 1982).

De forma resumida pode-se definir o conceito de acidente como um evento inesperado, geralmente desagradável.

O Ministério da Saúde (2001) define acidente como um evento não intencional e que pode ser evitado, causador de lesões físicas e/ou emocionais, no âmbito doméstico ou em outras esferas sociais, como o ambiente do trabalho, no trânsito, na escola, na prática de esportes e no momento de lazer.

Ainda segundo MELLO JORGE (1997), essa definição valoriza o fato de que acidentes não podem ser admitidos como eventos fortuitos, uma vez que são sempre, de algum modo, previsíveis e, portanto preveníveis.

Na análise desse tipo de evento, é necessário ter em mente que ocorrências aparentemente de caráter acidental podem estar associadas a agressões não reveladas ou desconhecidas. A dificuldade aqui encontrada de estabelecer uma possível causa é fator que compromete a exatidão das interpretações de dados sobre acidentes (MINISTÉRIO da SAÚDE, 2001). Um acidente e um ato de violência se contrapõem, uma vez que o primeiro é desprovido da intencionalidade.

A violência é definida pela OMS como: "o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação" (WHO, 1999).

KRUG *et al.* (2002) destacam alguns pontos importantes nessa definição:

- a intencionalidade vem associada ao ato de violência, independentemente do resultado apresentado por esse ato;
- inclui atos, como ameaças, intimidações, negligência ou omissões, que são resultantes de uma relação de poder;
- contempla as formas de violência que oprimem as pessoas, as famílias, as comunidades e os sistemas de assistência à saúde, sem que, necessariamente, ocorra lesão ou morte, como, por exemplo, problemas físicos, patológicos e sociais decorrentes de algumas formas de violência contra mulheres, crianças e idosos;
- exclui os acidentes não intencionais, como a maioria dos acidentes de trânsito, queimaduras e demais infortúnios;
- o fato de existir intenção de usar a força, não significa, obrigatoriamente, intenção de causar dano;
- o uso intencional da força nem sempre é reconhecido como ato violento em relação aos padrões culturais. Exemplificando: em certas culturas, os atos de violência familiar podem ser plenamente aceitos. Entretanto, tendo-se a saúde como referencial, o uso da força determinando lesão ou qualquer outra implicação física ou mental, representa, segundo a definição da OMS, um ato de violência.

Levando-se em consideração o ato da violência, segundo FOEGE *et al.* (1995), ela pode ser classificada em:

- violência dirigida a si mesmo ou auto-infligida, que inclui o comportamento suicida e o auto abuso;

- violência interpessoal, relacionada com a violência da família e de parceiros íntimos, que engloba abusos infantis e contra idosos, e violência praticada por parceiro íntimo;
- violência comunitária, que ocorre em pessoas sem laços de parentesco e inclui violência juvenil, atos aleatórios de violência, entre outros;
- violência coletiva, que pode ser dividida em social, política e econômica.

De igual modo, a violência pode ser classificada segundo a natureza dos atos violentos em: física, sexual, psicológica e que envolve privação ou negligência (KRUG *et al.*, 2002).

Cumprе salientar ainda que a violência é resultante da interação de vários fatores, tais como: os individuais, os de relacionamentos, os sociais, os culturais e os ambientais.

As causas externas, levantadas em 1990 entre os países da América Latina e da África subsaariana foram a segunda causa de mortalidade (UNITED NATIONS, 1999).

No continente americano, o aumento da violência, pela sua intensidade, chegou a ser caracterizado como epidemia, tornando-se um dos mais sérios problemas de saúde pública. Com efeito, cerca de 29% do total de homicídios ocorridos nas Américas em 1990, ocorreram em indivíduos de 15 a 24 anos. (YUNES e ZUBAREW, 1999).

Estima-se que, no ano de 2000, aproximadamente 1,6 milhões de pessoas do mundo inteiro morreram em consequência de algum tipo de violência, sendo que a maioria dessas mortes ocorreu em países de baixa e média renda, e que menos de 10% delas foram em países de renda alta. Cerca da metade dessas mortes foi por suicídio, quase um terço por homicídios e perto de um quinto foi decorrente de guerras (KRUG *et al.*, 2002).

No ano de 2000, os suicídios foram estimados como causa de aproximadamente 815.000 mortes no mundo, com uma taxa aproximada de

mortalidade de 14,5 por cem mil habitantes, ficando em décimo terceiro lugar como causa de óbito. Nas idades de 15 a 44 anos os suicídios foram a quarta causa de morte. As lesões auto-infligidas eram a sexta causa de problemas de saúde e incapacitação física (WHO, 1999).

Entre as diversas regiões geográficas do mundo, a taxa de mortalidade por suicídio não é uniforme. Dados de 1990 apontam um espectro de variação de 3,4 por cem mil habitantes na África a 30,4 por cem mil habitantes na China. De uma maneira geral, foram menores na África subsaariana, América Latina e Caribe, e maiores na China e países do leste europeu. (REZA *et al.*, 2001).

Dados mais recentes indicam que os países do leste europeu mantêm altas taxas de mortalidade por suicídio: Belarus, com 41,5 por cem mil (1999); Estônia, com 37,9 por cem mil (1999); Federação Russa, com 43,1 por cem mil (1998); e Lituânia, com 51,6 por cem mil (1999). Outro país que apresentou elevada taxa de mortalidade por suicídio foi o Sri Lanka, com 37,0 por cem mil habitantes (1996). Os países da América Latina, com exceção de Cuba, com 23,0 por cem mil (1997), mantiveram, na década de 90, valores inferiores para as taxas de mortalidade por suicídio: Colômbia, com 4,5 por cem mil (1995), Paraguai, com 4,2 por cem mil (1994), Brasil com 6,3 por cem mil (1995); entretanto sabe-se que a qualidade dos dados de Cuba são melhores do que os outros países. Alguns países asiáticos também apresentaram taxas baixas, como Filipinas, com 2,1 por cem mil (1993) e Tailândia com 5,6 por cem mil (1994). Países de outras regiões da Europa, dos EUA, partes da Ásia e da região do Pacífico apresentam taxas de mortalidade por suicídio com valores situados entre os extremos citados: Alemanha, com 14,3 por cem mil (1999), Canadá, com 15,0 por cem mil (1997), EUA, com 13,9 por cem mil (1998) e França, com 20,0 por cem mil (1998). A distribuição da taxa de suicídio também não é uniforme em relação às idades, variando entre 0,9 por cem mil na faixa etária de 5 a 14 anos a 66,9 por cem mil habitantes nas idades de 75 anos e mais. De uma maneira geral, as pessoas com 75 anos e mais apresentam uma taxa de mortalidade por suicídio aproximadamente três vezes superior em relação àquelas com idade entre 15 e 24 anos. Essa tendência é mais evidente entre os indivíduos do sexo masculino (KRUG *et al.*, 2002).

Cerca de um terço dos países apresenta, atualmente, índices de suicídio maiores nas faixas etárias abaixo de 45 anos. Esse fato ocorre em todos os países, independentemente dos níveis de industrialização e riqueza, como na Austrália, Barein, Canadá, Colômbia, Equador, Guiana, Kuwait, Maurício, Nova Zelândia, Sri Lanka e Reino Unido (KRUG *et al.*, 2002).

A razão de suicídios entre homens e mulheres em geral, e discriminado por gênero, mostra um predomínio do sexo masculino: em Porto Rico, por exemplo, a proporção é de 10,4 homens para uma mulher. A China e a Índia apresentam relação equilibrada entre os sexos: em áreas rurais e urbanas selecionadas da China a razão é de 1,0:1 (KRUG *et al.*, 2002).

YUNES e ZUBAREW (1999), estudaram a mortalidade por causas violentas em adolescentes e jovens nas Américas, nas décadas de 80 e 90. Utilizando o banco de dados da Organização Panamericana de Saúde, os autores constataram uma tendência decrescente na mortalidade por causas externas tanto para a população total como para os adolescentes e jovens, na maior parte dos países americanos, incluindo Canadá, EUA, Equador, México, Chile, Costa Rica, Trinidad e Tobago e El Salvador. A Colômbia e o Brasil foram os únicos países que apresentaram uma franca tendência ascendente para a mortalidade por causas externas nos grupos estudados.

Em relação aos homicídios, REZA *et al.* (2001), analisando a epidemiologia das mortes violenta, verificaram que, no ano de 1990, ocorreram no mundo aproximadamente 563.000 mortes por homicídios, com uma taxa de 10,2 óbitos por cem mil habitantes, variando entre 1,0 por cem mil em países de economia de mercado estável, e 44,8 por cem mil pessoas na África subsaariana. A proporção global de óbitos por homicídios entre os sexos apresentou predomínio masculino com 3,4 homens:1 mulher; porém, os valores regionais foram mais altos, nos países da América Latina e Caribe, com 7,8:1, África subsaariana com 6,2:1, Ásia e ilhas com 4,9:1 e EUA com 3,8:1. Valores indicativos de menor desproporção foram observados na China, na Índia e nos países de economia estável, com 1,3 a 1,4 homens para cada mulher entre as vítimas de homicídio. A distribuição dessas mortes, por faixa etária no mundo também foi diferente entre os sexos, sendo as idades de 0 a 4 anos as mais comprometidas entre as mulheres, com uma taxa

média de 12,3 óbitos por cem mil mulheres, com valores maiores na China e no Oriente Médio, com 15,5 por cem mil mulheres. Em algumas regiões, foram observados picos de incidência de óbitos por essa causa, de igual modo em mulheres com idades entre 15 e 29 anos, como, por exemplo, na África subsaariana, América Latina e EUA. Em relação aos homens, os homicídios no mundo ocorreram principalmente nas idades de 15 a 29 anos, com uma taxa de mortalidade de 28,3 por cem mil homens. As regiões com maior taxa foram: África subsaariana (156,7), e América Latina e Caribe, com comprometimento também da faixa etária de 30 a 44 anos: nessas regiões, observou-se taxa de 68,8 nas idades de 15 a 29 anos e 67,5 nas idades de 30 a 44 anos. Nos EUA a mortalidade por homicídios entre homens nas idades de 15 a 29 anos foi de 34,1 todas medidas por cem mil homens.

De acordo com KRUG *et al.* (2002) no ano de 2000, entre os jovens de 10 a 29 anos de idade, ocorreram cerca de 199 mil óbitos por homicídios em todo o mundo, com uma taxa global de 9,2 óbitos por cem mil. Essas taxas variaram, nesse ano, entre 0,9 por cem mil em países europeus, com elevada renda per capita, e em partes da Ásia e do Pacífico e 36,4 na América Latina; na África, essa taxa foi de 17,6 por cem mil. Geralmente países de economia emergente, ou que estão passando por rápidas mudanças socioeconômicas, tendem a apresentar taxas maiores que 10 homicídios por cem mil jovens, como acontece em países da América Latina: Colômbia: 84,4 por cem mil e El Salvador: 50,2 por cem mil; no Caribe, Porto Rico apresentou uma taxa de 41,8 por cem mil. Em países da Federação Russa, a taxa de homicídio nas idades de 10 a 29 anos foi de 18 por cem mil; em alguns países do sudeste europeu, como por exemplo a Albânia, observou-se uma taxa de 28,2 óbitos por homicídios por cem mil nesse grupo etário. Essa taxa nos EUA, foi de 11 por cem mil, o que representa uma exceção entre os países ricos. Os valores menores foram observados na França, com 0,6 por 100 mil, na Alemanha com 0,8 por cem mil, no Reino Unido, com 0,9 por cem mil e no Japão, com 0,4 por cem mil.

Há um predomínio global dos homicídios do sexo masculino, mais acentuado nos países que apresentam taxas elevadas de mortalidade por essa causa em jovens. Por exemplo, em El Salvador (50,2 por cem mil), a razão foi de

14,6 óbitos masculinos para cada óbito feminino. Ao contrário, em países com menores taxas de homicídio, a relação de vítimas masculinas é menos expressiva, como ocorre na Hungria, onde a proporção é equilibrada (0,9:1) (KRUG *et al.*, 2002).

Na transição da década de 80 para a década de 90, com a queda do comunismo nos países da Europa Oriental e da antiga União Soviética, houve uma expressiva elevação dos índices de homicídio juvenil, com um aumento de 150% nos países da Federação Russa, passando de 7 para 18 por cem mil jovens. Na Letônia, esse aumento foi de 125%, indo de 4,4 por cem mil para 9,9 por 100 mil jovens. Esse quadro tem sido associado aos efeitos da instabilidade econômica, social e política, após o colapso do regime comunista que governava os países da extinta URSS, e com o aumento de uso de armas de fogo (KRUG *et al.*, 2002).

Em relação à morbidade das lesões por violências, estudo realizado em Israel, entre jovens de 18 anos, observou uma taxa de atendimentos em pronto socorro, por lesões violentas, de 196 por cem mil jovens, embora esse país apresente uma taxa de homicídio de 1,3 óbitos por cem mil para homens e 0,4 por cem mil para mulheres (GOFIN *et al.*, 2000). No mundo, para cada homicídio ocorrem de 20 a 40 internações hospitalares aproximadamente (KRUG *et al.*, 2002).

Nos EUA, em 2001, foram tratadas nas unidades de emergência de seus hospitais, 29.721.821 pessoas por lesões não fatais, indicando uma taxa de 10.404,3 por cem mil habitantes, provocadas principalmente por quedas. Esses valores variaram substancialmente com a idade e sexo. Do total de atendimentos, 5,5 % resultaram em internação. As lesões fatais foram de 157.078, com uma taxa de 54,9 por cem mil habitantes, tendo como principal causa os acidentes de transporte (VIROSTEK *et al.*, 2001).

Recentes estudos de PEDEN *et al.* (2004) sobre acidentes com veículos automotivos mostraram que diariamente, no mundo, 140.000 pessoas sofrem algum tipo de lesão decorrente de acidente de transporte; mais de 3.000 morrem e cerca de 15.000 ficam com seqüelas. Esses acidentes revelam os autores, repercutem não só nas vítimas, mas também nos familiares e amigos. Em 1990, as lesões decorrentes de acidentes de transporte ocupavam a nona posição de

morbidade no mundo. Uma projeção do futuro sugere que em 2020, tenderá a ser a terceira causa, ficando abaixo das doenças isquêmicas do coração e depressão maior unipolar. Se nada for feito em relação a essa tendência para 2020, essas mortes ou incapacidades terão crescido aproximadamente 60%, tornando-se um fardo pesado para os países de baixa e média rendas.

Os países mais desenvolvidos, com maior proporção de frota automobilística, têm as mais baixas taxas de morte por acidentes de transporte, estando abaixo de 6 óbitos por cem mil habitantes, com tendência ao declínio. Atualmente, nesses países de renda elevada, existe, em média, um carro para cada duas ou três pessoas. Em vários outros países, essas taxas encontram-se acima de 28 óbitos por 100 cem habitantes. Enquanto em alguns países os motoristas e passageiros respondem por 70% das mortes por acidentes de transporte, em outros, a maior parte das vítimas é pedestres, motoristas e passageiros de duas rodas e usuários de transporte público (PEDEN *et al.*, 2004). É essa a situação que se verifica no Brasil, e, em especial, em São Paulo, como têm mostrado vários autores (MELLO JORGE e LATORRE, 1993; ANDRADE e MELLO JORGE, 2001; GAWRYSZEWSKI e MELLO JORGE, 2000).

Informam ainda PEDEN *et al.* (2004) que, em 2002, a taxa global por acidentes de transporte foi de 19 por cem mil habitantes, com um predomínio entre os homens com 27,6 por cem mil homens em relação às mulheres com 10,4 por cem mil mulheres. Adultos com idades entre 15 a 44 anos representaram mais de 50% das mortes. A taxa de mortalidade por acidentes de transporte entre os diversos países variou de 12,6 por cem mil habitantes em países de elevada renda per capita, a 20,2 por cem mil habitantes naqueles com baixa e média renda. As menores taxas foram verificadas no Reino Unido, com 5,4 por 100 cem mil habitantes e outros países europeus com alta renda com 11 por 100 mil. As taxas mais elevadas foram observadas em países da África e Região do Mediterrâneo Oriental, com padrão médio de renda, com 28,3 e 26,3 por cem mil habitantes respectivamente.

- **A situação no Brasil**

Nos idos de 1930, as causas externas contribuíam com 2% do total de óbitos. Nas últimas décadas, todavia, esse número apresentou um crescimento vertiginoso, principalmente às custas de acidentes de trânsito e de homicídios, estes em franca ascensão nos grandes centros urbanos, sob elevada tensão social (SOUZA e MINAYO, 1995). Essas autoras, estudando o impacto da violência social sobre a saúde pública do Brasil na década de 80, relataram que, naquele período, 850.307 pessoas tiveram morte violenta, sendo a maioria em faixas etárias precoces e produtivas. Esse número de óbitos, segundo as pesquisadoras, é significativamente maior quando comparado com algumas guerras. Observaram que, em 1980, as causas externas foram responsáveis por 10,5% dos óbitos no país, passando a 12,3% em 1988 e 15,3% em 1989. Na década de 90, essa proporção manteve-se estável com valores próximos a 15% (CAMARGO, 2002).

Entre 1977 e 1994, o número de óbitos por causas externas quase duplicou, passando a ser a segunda causa de morte, com um coeficiente de mortalidade de 69,8 por cem mil habitantes em 1994. Considerando-se apenas a faixa etária de 5 a 39 anos, passou a ocupar a primeira posição entre as causas de óbito (MELLO JORGE e LAURENTI, 1997; MELLO JORGE e GOTLIEB, 2000).

MELLO JORGE *et al.* (2001), analisando os principais tipos de óbitos por causas externas no Brasil, verificaram que, no início da década de 80, as taxas de mortalidade por homicídios, que eram inferiores às resultantes de acidentes de trânsito, inverteram posição a partir da década de 90, com um aumento de quase 100%, em 20 anos, nas taxas de óbitos por homicídios. Esse aumento foi observado tanto em áreas desenvolvidas como em não desenvolvidas.

Estudos de SOUZA (1994), sobre as mortes por homicídios no Brasil, no período de 1980 a 1988, observaram que o crescimento do número dessas ocorrências foi maior entre indivíduos do sexo masculino nas faixas etárias de 10 a 14 anos (93,3%) e de 15 a 19 anos (43,0%).

MELLO JORGE (1979), analisando a mortalidade por causas violentas no Município de São Paulo entre os anos de 1960 e 1975, observou que, para cada 12 óbitos ocorridos neste período, 1 era devido a causas externas, sendo que o risco

de morrer por estas causas cresceu de 44,1 para 59,2 por cem mil habitantes, representando um aumento de 34,2%.

No período que compreende 1979 a 1980, o coeficiente de mortalidade por causas externas no Município de São Paulo passou de 56,4 para 59,0 por cem mil habitantes, apresentando um crescimento relativo de 4,6%. Nessa mesma época, as doenças cardiovasculares e as neoplasias tiveram um aumento de 3,0% e os óbitos causados por doenças infecciosas e parasitárias diminuíram 7,0% (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 1985).

No Município de São Paulo, nos últimos quarenta anos, houve um aumento de 90% do coeficiente de mortalidade por causas externas. Nos primeiros vinte anos (1960 a 1980), os coeficientes de mortalidade por acidentes de trânsito apresentaram crescimento. A partir da década de 80, passaram a decrescer alcançando uma redução da ordem de 55,7% comparando-se os índices de 1975 e de 1999. GAWRYSZEWSKI e MELLO JORGE (2000), estudando esse fato, concluíram que, provavelmente, a diminuição do número de acidentes fatais de trânsito foi decorrente de melhorias nos itens de segurança dos veículos, sinalizações de vias, obrigatoriedade do uso de cinto de segurança, diminuição de velocidade, campanhas de prevenção de acidentes e aumento da densidade do tráfego. As mesmas autoras observaram que os coeficientes de mortalidade por suicídio diminuíram 65,1% nesse mesmo período, enquanto os homicídios aumentaram 906,8%, sendo, os indivíduos com menos de 30 anos, os mais vulneráveis. Para a população geral do Município de São Paulo, o coeficiente de mortalidade por causas externas, em 1999, foi de 92,1 por cem mil habitantes, com franca desproporção entre os sexos, verificando-se coeficientes de 166,4 por cem mil homens e 22,8 por cem mil mulheres.

Outro estudo sobre a tendência da mortalidade por homicídios na cidade de São Paulo, entre 1979 e 1994, constatou um rápido crescimento durante a primeira metade desse período, estabilizando num patamar elevado a partir de 1986, fato observado para ambos os sexos em diversos grupos etários (BARATA *et al.*, 1999).

CAMARGO (2002) relata que o número de homicídios no Estado de São Paulo, de 1979 a 1998 triplicou entre os homens, passando de 17 para quase 50 óbitos por cem mil homens, enquanto que entre as mulheres, esse número duplicou, passando de 2,1 para 4,4 óbitos por cem mil mulheres.

Além dos homicídios, as taxas de suicídio também apresentaram um crescimento entre jovens de 15 a 24 anos. Estudo realizado por SOUZA *et al.* (2002), em nove capitais do Brasil, mostrou que, em 1970, ocorriam 3,4 por cem mil habitantes, alcançando, em 1998, 5,0 suicídios por cem mil habitantes.

Estudos a respeito das mortes por causas externas permitem observar uma tendência de aumento das taxas de incidência, principalmente entre os homens. Essa tendência do mesmo modo se observa na população feminina, embora em menor magnitude.

Alguns trabalhos analisaram especificamente a mortalidade de mulheres em idade fértil. Em Campinas, PARPINELLI (1997), ao estudar as causas de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos, no período compreendido entre 1985 e 1994, encontrou como principais causas e seus coeficientes brutos de mortalidade, as doenças cardiovasculares (28,6 por cem mil mulheres), causas externas (22,3 por cem mil mulheres) e neoplasias (22,1 por cem mil mulheres). Até a faixa etária de 25-29 anos as causas externas representaram a primeira causa e, em idades superiores, foram a terceira causa de morte.

No Estado de São Paulo, entre 1991 e 1995, HADDAD e SILVA (2000) encontraram as mesmas causas principais de óbitos para as mulheres, diferindo apenas no fato de as causas externas preponderarem até a idade de 35 anos.

Ainda no Estado de São Paulo, no período de 1979 a 1995, os adolescentes e jovens até 24 anos de ambos os sexos tiveram como principal causa de óbito as causas externas, com um aumento de, aproximadamente, 200% nas taxas por homicídios, 400% por armas de fogo e 30% por suicídios nos indivíduos do sexo masculino de 15 a 24 anos. Entre as mulheres da mesma faixa etária esse aumento foi em torno de 100% para os homicídios e de 200% por armas de fogo (LEITE, 2000).

O crescimento da violência, embora decorrente de situações claramente conhecidas, previsíveis e, podendo em grande parte, ser prevenidas, ainda prevalece gerando um elevado número de mortes ou lesões incapacitantes, em indivíduos de ambos os sexos.

Comparando as mortes com internações, estima-se que, para cada óbito de adolescente nos EUA, por causas externas, ocorram em média 41 hospitalizações e 1.100 atendimentos (RUNYAM e GERKEN, 1989).

Além da significativa mortalidade, as causas externas foram responsáveis por, aproximadamente, 6% das internações no país, nos anos 90, acometendo principalmente crianças, adolescentes e adultos jovens com maior incidência no sexo masculino, sendo as fraturas os principais diagnósticos (LEBRÃO *et al.*, 1997).

IUNES (1997), analisando o impacto econômico das causas externas no Brasil verificou que, embora representassem 6% do total das internações, elas gastaram 8% do total pago pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tendo sido estimado um gasto de R\$287 milhões por ano, equivalendo a 0,07% do Produto Interno Bruto do País (PIB).

Em média, tiveram um custo/dia 60% maior que a média geral dos casos. São eventos agudos, dos quais cerca de 70% têm necessidade de tratamento cirúrgico, enquanto que para o total das internações, essa proporção foi de 22,6%, também apresentaram uma proporção maior de dias de UTI, 3,5% contra 2,1% em todas as internações (IUNES, 1997). Ainda com relação ao gasto governamental com internações por lesões e envenenamentos decorrentes de causas externas, MELLO JORGE e KOIZUMI (2004) revelaram os maiores valores dessas hospitalizações em relação às causas naturais.

As causas externas foram responsáveis por, aproximadamente, 12% do total de 184.251 internações hospitalares ocorridas em adolescentes de 10 a 19 anos, na cidade de Salvador em 1999. Foi a mais relevante causa de internação nos adolescentes do sexo masculino. As fraturas de membros e traumatismos cranioencefálicos foram os principais diagnósticos nos dois sexos. Os acidentes e as agressões foram os tipos de causas externas que apresentaram maior tempo de permanência, em média 4,4 dias, e a maior taxa de mortalidade hospitalar, com 3,8

óbitos por cem mil internações. Essas causas foram as que apresentaram maior custo para o Sistema Único de Saúde (NASCIMENTO e COSTA, 2003).

Entre adolescentes do sexo feminino, as causas externas ocuparam a segunda posição como causa de internação, responsável por 3,7% do total das internações, com predomínio nas idades de 10 a 14 anos (11,6%). A primeira posição está relacionada com a gravidez, o parto e o puerpério (NASCIMENTO e COSTA, 2003).

Outra questão importante a ser considerada é que as mortes, acometendo principalmente adolescentes e jovens de ambos os sexos, produzem significativo impacto socioeconômico. Os *Anos Potenciais de Vida Perdidos* (APVP) constituem um indicador da expressividade dessas mortes.

Entre os anos de 1981 e 1991, as mortes por causas externas aumentaram 42%, em média 3,6% ao ano; no mesmo período, o total de óbitos por todas as causas cresceu pouco menos de 13%, a uma taxa média anual de 1,2%, sendo que a população cresceu em 20,5% ou, 1,9% ao ano nesse mesmo período. Em 1981, as mortes por causas externas tiveram 2,6 milhões de anos potenciais de vida perdidos (APVP) e, em 1991, 3,4 milhões, o que representou um aumento de 30%, a uma taxa média anual de 2,7%. Ainda nesse mesmo período, houve uma redução de, aproximadamente, 12% dos APVP para o total de causas de morte. São dados que refletem uma mudança da estrutura etária da mortalidade, com deslocamento dos óbitos das faixas etárias menores para as mais elevadas (IUNES, 1997).

No Brasil, no triênio 1993/1995, verificou-se que foram decorrentes de causas externas cerca de 29% dos APVP no sexo masculino e 10% no sexo feminino (MELLO JORGE e GOTLIEB, 2000).

Os dados dos últimos anos do *Sistema de Informações sobre Mortalidade*, do Ministério da Saúde, evidenciam uma situação relevante desses eventos no cenário nacional.

As taxas de mortalidade por causas externas no Brasil vêm experimentando elevação para ambos os sexos, com maior participação do sexo masculino. Porém, observando-se a Tabela 1, nota-se que, nos dois sexos, o crescimento ocorreu com maior velocidade até 1991, mantendo-se com pouca variação nos anos de 1993 a

1995. Em 1996, voltaram a apresentar novo crescimento com valores de 126,4 por cem mil homens e 26,5 por cem mil mulheres. Em 2000, esses valores se reduziram (119,1 por cem mil homens e 21,8 por cem mil mulheres), mas voltaram a crescer no ano 2002, mostrando que as mortes por causas externas ainda não contam com medidas eficazes para seu enfrentamento.

Tabela 1 - Número de óbitos e taxas de mortalidade* por causas externas segundo sexo, Brasil, anos selecionados.

| Triênios | Masculino | | Feminino | | Total | |
|----------|-----------|-------|----------|------|---------|------|
| | Nº | Taxa | Nº | Taxa | Nº | Taxa |
| 1979/81 | 164.787 | 93,2 | 42.176 | 23,6 | 206.963 | 58,2 |
| 1984/86 | 215.082 | 109,9 | 48.812 | 24,5 | 263.894 | 66,8 |
| 1989/91 | 251.684 | 117,9 | 52.825 | 24,1 | 304.509 | 70,4 |
| 1993/95 | 267.837 | 118,4 | 57.463 | 24,7 | 325.300 | 70,9 |
| 1996 | 97.903 | 126,4 | 21.105 | 26,5 | 119.008 | 75,8 |
| 2000 | 99.502 | 119,1 | 18.812 | 21,8 | 118.314 | 69,7 |
| 2002 | 106.714 | 124,1 | 19.718 | 22,2 | 126.432 | 72,4 |

* Por 100.000 habitantes

Fonte: MELLO JORGE e GOTLIEB, 2000: 1979/81, 1984/86 1989/91 e 1993/95;

MINISTÉRIO DA SAÚDE - DATASUS, 2004: 1996, 2000 e 2002.

1.2 A violência contra a mulher. A importância do problema na idade fértil e no ciclo gravídico puerperal

Desde a década de 70, a violência contra a mulher tem despertado a atenção e mobilização social. São vítimas de assassinatos, estupros, agressões físicas, abusos sexuais e psicológicos, praticados por familiares, parceiros, conhecidos, e até agentes do Estado. Ocorre em todos os países, independentemente do estágio de desenvolvimento social, econômico, religioso ou cultural. Geralmente o companheiro íntimo é o principal perpetrador da violência; o envolvimento emocional e situações de dependência financeira são fatores importantes na dinâmica do relacionamento abusivo. Um comportamento que possa causar dano físico, psicológico ou sexual ao parceiro íntimo, é considerado violência de gênero, que engloba os atos de agressão física, abuso psicológico e sexual e

atitudes controladoras restritivas. Abusos físicos repetidos, que ocorrem num mesmo relacionamento, são denominados como "espancamentos" (HEISE, 1994; KRUG *et al.*, 2002).

Segundo Johnson, citado por KRUG *et al.* (2002), existem pelo menos dois padrões de violência de gênero: uma manifestação progressiva de violência, marcada por abusos, ameaças, comportamento possessivo e controlador por parte do agente; a outra forma de manifestação violenta, menos intensa, é aquela relacionada com episódios ocasionais motivados, por frustração ou raiva. O mesmo autor cita estudo realizado no Canadá que indica que as mulheres vítimas de violência, além do sofrimento e o temor por suas vidas, necessitam de assistência médica cinco vezes mais que os homens em igual situação.

KRUG *et al.* (2002) citam estudos realizados em diferentes países que mostram dados relacionados com abusos infligidos a mulheres, por parceiros íntimos. No Japão, num grupo de 613 mulheres, vítimas de, pelo menos, uma situação de abuso, 57% relataram que sofreram os três tipos de abuso - físico, sexual e psicológico, sendo que o número das que referiram apenas agressão física foi inferior a 10%.

A agressão física praticada por parceiros contra mulheres, em diversos países, tem variação proporcional que vai de 10,0% no Paraguai a 69% na Nicarágua. No continente africano, a África do Sul apresentou um percentual de 13%, enquanto que na Etiópia 45% das mulheres foram vítimas, alguma vez, de violência física. Nos EUA esse percentual foi de 22%; no Canadá, 27%. Na Europa, os dados disponíveis apontam Moldova (14%) com a menor proporção e a Turquia (58%) com o maior percentual de vítimas. Em países da Ásia e do Pacífico esse percentual esteve entre 10% nas Filipinas e 47% em Bangladesh. No Mediterrâneo Oriental, no Egito, encontraram-se 34% de vítimas de agressão física, entre mulheres (KRUG *et al.*, 2002).

As agressões infligidas por parceiros íntimos contra as mulheres não são atos isolados; a recorrência é variável em número de vezes e gravidade. Estudo realizado em Leon (Nicarágua), entre vítimas do sexo feminino, observou que 60% das mulheres relataram episódios violentos nos anos anteriores, dos quais 20%

foram considerados graves e se repetiram por mais de seis vezes (ELLSBERG *et al.*, 1999). Segundo trabalhos citados por KRUG *et al.* (2002), na Inglaterra, os relatos eram de sete agressões físicas, em média, ocorridas em anos anteriores, enquanto nos EUA essa média era de três episódios.

A violência doméstica contra a mulher em idade reprodutiva, incluindo a prática de estupro, conforme diagnóstico do Banco Mundial em 1993, tem sido causa relevante de incapacidade e morte, em países desenvolvidos e em regiões em desenvolvimento (HEISE, 1994). Cerca de um quinto das ausências no trabalho, entre as mulheres, estão relacionadas com a violência doméstica; igual proporção se observa em relação aos anos de vida saudáveis perdidos por essas vítimas (PNUD/IPEA, 1996).

TAVARES (2000), estudando a violência doméstica contra a mulher, considera os relacionamentos marcados pelo sofrimento psicológico e prejuízo da auto-estima, nos relatos dessas vítimas, cuja maioria referiu agressões físicas de gravidade variável, associadas ao medo e preocupação com a integridade física dos filhos. Pesquisa realizada em 1997 em Santiago (Chile) e em Manágua (Nicarágua), conforme dados do Banco Interamericano do Desenvolvimento (BID), demonstra que a mulher vítima dos diversos tipos de agressão, perpetrada pelo companheiro, tem, em geral, remuneração inferior, em relação às outras trabalhadoras (BARSTERD, 1998).

Pesquisa realizada por SCHRAIBER *et al.* (2002), em uma Unidade de Saúde de atenção primária, localizada em São Paulo, estimou que, aproximadamente, 37% das usuárias já vivenciaram um episódio de violência doméstica, física ou sexual. Estudos internacionais, com pesquisa em atenção primária, mostram que em torno de 21% das mulheres com idade a partir de 18 anos relatam violência doméstica (MCCAULEY *et al.*, 1995). Nos serviços de emergência, o percentual de mulheres que referem violência varia de 22% a 35% (AMA, 1992).

Os custos resultantes da violência doméstica, que incide sobre 25% a 50% das mulheres na América Latina, foram estimados em 14,2% do PIB, ou cerca de 168 bilhões de dólares. O Brasil tem uma perda estimada de aproximadamente

10,5% do PIB com violência doméstica, embora ainda não seja possível uma avaliação precisa das diversas nuances do impacto econômico sobre o sistema de saúde, jurídico e outros órgãos, direta ou indiretamente afetados, além dos conseqüentes agravos à saúde da mulher (BARSTERD, 1998).

Cerca de 23% das mulheres brasileiras são vítimas de violência doméstica, segundo dados de ampla pesquisa realizada em 54 países pela Sociedade de Vitimologia da Holanda. Em 70% dos eventos, a agressão ocorreu em casa, praticada pelo próprio companheiro, segundo estatísticas disponíveis nas Delegacias especializadas. Aproximadamente 59% dessas mulheres tinham idade entre 18 e 49 anos (PNUD/IPEA, 1996). Outro estudo realizado pela OMS em oito países, incluindo o Brasil, sobre o impacto da violência física e sexual sobre a mulher, mostrou que, na cidade de São Paulo, em torno de 40% das entrevistadas sofreram lesões traumáticas, com perfurações, mordidas, cortes, fraturas e outros fatores, sendo que, em 22% dos casos, as vítimas relataram terem passado uma noite no hospital, por conta dessas lesões (GRUPO BRASILEIRO DO WHO, s.d.).

GUIMARÃES (2004), abordando a norma técnica do Ministério da Saúde, publicada em 1999, sobre *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra a Mulher e Adolescente*, manifesta a esperança de que ações cotidianas, por parte de todos que rejeitam a violência, promovam um padrão respeitoso e afetivo de relacionamento entre homem e mulher.

Embora o número de pesquisas a respeito seja reduzido, KRUG *et al.* (2002), citando Hakime, mostram que, com base nos dados disponíveis, em alguns países, até 25% das mulheres vivenciam agressões por parte de parceiros íntimos.

Além do comprometimento da saúde física como conseqüência imediata da violência, outros transtornos orgânicos podem ocorrer como conseqüências tardias, com repercussão sexual e reprodutiva. O impacto sobre a saúde mental da vítima pode ser igualmente severo com repercussões de igual modo imediatas e tardias (HEISE, 1994). Doença venérea, gravidez indesejada, abortamentos espontâneos ou provocados, entre outros diagnósticos, podem ser relacionados com violência sexual (CAMARGO, 1998).

A qualidade de vida das vítimas de violência sexual pode ser também afetada por estigmas sociais e familiares (MOLLICA e SON 1989). As mortes associadas a esse tipo de agressão podem ocorrer por suicídio, homicídio e outras conseqüências patológicas, como infecção por HIV (MILLER, 1999).

1.3 O Projeto Gravidez, Parto e Puerpério (GPP)

Os dados do *Estudo de Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos. Projeto "Gravidez, Parto e Puerpério" (GPP)*, levado a efeito no Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo LAURENTI *et al.* (2004a) foram o ponto de partida de onde surgiu a idéia do presente trabalho: estudar as mortes por causas externas em mulheres em idade fértil, por meio de metodologia específica.

O estudo acima referido - financiado em 2002 pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-americana de Saúde - utilizou as mortes de mulheres em idade fértil, 10 a 49 anos, residentes nas capitais brasileiras, ocorridas no primeiro semestre de 2002. Os seus objetivos gerais foram: conhecer o perfil da mortalidade de mulheres em idade fértil, por meio de suas causas (básicas e associadas) e outras variáveis consideradas importantes do ponto de vista epidemiológico; estimar um possível fator de correção para os dados oficiais de mortes maternas, objetivo específico do estudo.

Neste estudo optou-se por utilizar os dados da referida Pesquisa, pelas seguintes razões:

- foram investigados óbitos de mulheres de 10 a 49 anos, ocorridos em hospitais ou domicílios, nas 26 capitais de Estado e no Distrito Federal, de residentes nessas áreas. Como as capitais brasileiras não são homogêneas quanto à sua distribuição populacional e de mortes, foi definido, inicialmente, que o tamanho mínimo da amostra seria de 50 óbitos/capital, ocorridos nos meses de março, abril e maio de 2002. Em algumas capitais, foram necessários quatro meses de coleta de dados (fevereiro, março, abril e maio), em outras, seis meses e em São Paulo e Rio de Janeiro foi de dois meses devido ao

grande número de óbitos. Após a coleta, foi feita uma estimativa dos dados, para os seis primeiros meses do ano de 2002 para cada capital. No período avaliado, ocorreram 7.332 óbitos em mulheres de 10 a 49 anos;

- tendo como documento básico a Declaração de Óbito, foram realizadas visitas domiciliares, às residências das falecidas e foram entrevistados parentes das vítimas utilizando-se um questionário com perguntas referentes a vários itens: identificação da vítima (nome, idade, procedência); quanto tempo residia na capital; estado civil e marital; organização familiar; idade, escolaridade e ocupação de cada integrante; antecedentes gestacionais; se estava grávida na época da morte ou se esteve nos últimos 12 meses; antecedentes pessoais e tratamentos médicos realizados no último ano; uso de remédios e hábito de fumar e beber. O entrevistado também era questionado sobre os fatos que antecederam a morte e que levaram a ela.
- foram realizadas do mesmo modo entrevistas com médicos que trataram da vítima, levantamentos de dados de prontuário médico, de serviços de saúde utilizados pela falecida, dos laudos de autópsia, boletins de ocorrências policiais (BO), segundo o método do inquérito de mortalidade em idade reprodutiva, conhecido como RAMOS (*Reproductive Age Mortality Survey*), que utiliza todas as fontes de informação para melhorar os dados das mortes de mulheres em idade reprodutiva (LAURENTI *et al.*, 2004a e b);
- após a coleta dos dados, todas as informações foram entregues a três técnicos que, após leitura delas, elaboraram uma nova declaração de óbito, mais fidedigna que a original, que foi comparada à original, para análise do ganho na qualidade de informação quanto à causa de morte. Esta informação (Declaração de Óbito Nova) foi utilizada para as análises epidemiológicas efetuadas.

1.4 Este Trabalho

Justifica-se este trabalho pelo fato de que as causas externas vêm aumentando em incidência, como causa de morte constituindo-se, inclusive, em um problema da saúde pública na atualidade. Observa-se o mesmo comportamento das taxas de mortalidade por causas externas entre as mulheres, projetando um futuro tão sombrio quanto à situação atual na população masculina. Esse quadro aponta para a necessidade de estudos específicos das mortes por causas externas em mulheres, como contribuição para ações preventivas, evitando-se que essas mortes tornem-se também, um problema de saúde pública.

Por outro lado, optou-se por trabalhar com todas as causas externas e não somente com as violências em sentido estrito, por dois motivos principais:

- existe um número não pequeno de causas que, apesar da metodologia da investigação do Projeto "Gravidez Parto e Puerpério" (GPP), ainda permaneceram ignorados;
- existe, muitas vezes, um limite pouco nítido entre causas intencionais e causas acidentais.

Dessa forma, mantidas as suas especificidades, os acidentes e violências foram estudados em conjunto.

A metodologia usada na pesquisa *Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos – Projeto "Gravidez, Parto e Puerpério"* possibilitou um conhecimento muito mais próximo do real, no que diz respeito às causas de morte.

Uma vez selecionados os dados referentes às mortes por causas externas da Pesquisa acima referida, optou-se, para melhor entendimento, dividir em duas partes o presente estudo. A primeira apresenta os resultados para 1.136 óbitos de mulheres em idade fértil por causas externas. A segunda parte analisa os casos de mulheres que, encontrando-se em algum momento do ciclo gravídico puerperal ampliado, foram vítimas de determinado tipo de acidente/violência e morreram em consequência das lesões provocadas por esses agravos.

Sabe-se que uma das principais características da população de mulheres de 10 a 49 anos de idade é a sua função reprodutiva.

A gravidez é uma etapa da vida feminina, caracterizada pela ocorrência de mudanças biopsíquicas e também pela interação com o ambiente social.

As modificações biológicas decorrem principalmente das alterações hormonais que conduzem o organismo feminino a um novo equilíbrio fisiológico capaz de garantir condições adequadas para o desenvolvimento do feto. Do ponto de vista anatômico, o aumento do volume uterino tem reflexos sobre a respiração, a circulação e a estática da mulher, enquanto as demandas fetais de oxigênio e elementos nutritivos interferem no metabolismo materno (DELASCIO e GUARIENTO, 1981).

A condição fisiológica gravídica é acompanhada de manifestações clínicas peculiares, como por exemplo, maior sonolência - principalmente no início da gravidez - aumento do peso corpóreo e maior mobilidade de articulações. Surgem ainda mudanças no equilíbrio estático e dinâmico do corpo e limitação de movimentos elevando o risco de quedas e entorses e reduzindo a agilidade de resposta a situações de risco externo, especialmente no final da gravidez. As solicitações metabólicas da gravidez podem ainda comprometer a sua acuidade de percepção e argúcia de observação (DELASCIO e GUARIENTO, 1981).

Oscilações de humor, com fases de bem-estar, intercaladas de demonstração de sensibilidade exaltada ou aumento de irritabilidade, sentimentos

de introversão, passividade, ansiedade e medo em graus variados. São manifestações habituais na gravidez, como resultado das modificações bioquímicas e fisiológicas. (AZEVEDO e NAVAJAS FILHO, 2001).

Uma gravidez não desejada pode levar a problemas sociais e econômicos importantes como, por exemplo, a não aceitação da gravidez pelos familiares e/ou pelo companheiro, abandono do parceiro e acréscimo de mais uma despesa com a chegada da criança.

No puerpério, as modificações orgânicas de retorno do corpo ao estado pré-gravídico, coincidem com as mudanças na dinâmica familiar pela chegada do bebê e as variações do estado de humor da puérpera a predispõem à depressão. Esses sintomas podem ser de grau leve e passageiro, como de igual modo, podem ser mais exacerbados, acompanhados de anorexia, insônia, auto-acusações e reprovações, em relação ao carinho e cuidado com seu filho. Essas reprovações também podem ser originadas ou agravadas pelas cobranças e hostilidades do companheiro e/ou familiares. São alterações que caracterizam a depressão puerperal (AZEVEDO e NAVAJAS FILHO, 2001).

Alterações mais graves, como as psicoses puerperais, também podem ocorrer nessa fase, que se caracteriza pela ruptura com a realidade, havendo um predomínio de alterações do humor, delírio de caráter depressivo e persecutório, alucinações auditivas e visuais, desagregação de pensamento, entre outros sinais (AZEVEDO e NAVAJAS FILHO, 2001).

Após as considerações acima, uma pergunta se faz necessária: as mulheres grávidas e puérperas estariam predispostas a sofrer mortes violentas em maior proporção que as não grávidas e não puérperas? Por exemplo, mulheres grávidas, pela maior lentidão de seus movimentos, estariam mais sujeitas a ser vítimas de acidentes de transportes, como por exemplo, o atropelamento? A gravidez indesejada poderia estar associada, em maior proporção, a mortes por suicídios

e/ou homicídios? A depressão pós-parto, efetivamente, é um fator de risco para suicídio?

As respostas para estas questões possivelmente virão de trabalhos que analisem as mortes por causas externas nas mulheres grávidas ou puérperas, no âmbito social, econômico e cultural de cada região, numa abordagem multidisciplinar, para a qual este estudo pretende contribuir.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar os óbitos por causas externas de mulheres de 10 a 49 anos de idade em todas as capitais de estados brasileiros.

2.2 Específicos

- Analisar o ganho na qualidade da informação.
- Analisar a distribuição dos óbitos nas Regiões.
- Analisar os óbitos em mulheres por causas externas segundo idade.
- Analisar os óbitos em mulheres por causas externas segundo tipos de causa: acidentes de transporte e demais acidentes, suicídios e homicídios.
- Analisar os óbitos de mulheres por causas externas segundo associação com gravidez/puerpério.
- Estudar a possível relação entre suicídio e depressão.
- Relacionar as causas externas com o consumo de cigarro, álcool e drogas, entre as que estavam no ciclo gravídico-puerperal.

3. MATERIAL E MÉTODO

3. MATERIAL E MÉTODOS

Foram estudados os dados referentes aos óbitos por causas externas de mulheres de 10 a 49 anos da pesquisa do Projeto "Gravidez, Parto e Puerpério" (GPP), cujos objetivos e metodologia foram referidos na Introdução deste trabalho (LAURENTI *et al.*, 2004a e b).

O método da investigação contemplou entrevistas domiciliares com familiares das vítimas, resgate das informações no hospital onde ocorreu o evento morte ou em outros serviços de saúde onde a mulher tenha procurado atendimento médico, consultas a laudos necroscópicos - quando fosse o caso - e boletins de ocorrências (BO). Após a coleta dessas informações, foram elaboradas novas Declarações de Óbitos (DO novas).

No período avaliado pela pesquisa, ocorreram 7.332 óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) nas 24 capitais brasileiras e no Distrito Federal, no 1º semestre de 2002. Os dados de Porto Velho e Natal, respectivamente nas Regiões Norte e Nordeste, não puderam ser analisados (LAURENTI *et al.*, 2004a e b).

Neste trabalho foi utilizado o número de óbitos por causas externas obtidos após a elaboração da DO nova (1.136 casos).

Para o cálculo das taxas de mortalidade, foi utilizado o número de óbitos ocorridos, ou seja, 1.136, multiplicado por 2, uma vez que os dados obtidos da pesquisa GPP foram referentes ao primeiro semestre de 2002.

Com relação às causas externas, as DO novas foram estudadas neste projeto avaliando-se as seguintes informações:

- dados de identificação da falecida: idade, cor, estado civil, profissão e local de residência;
- tipo de acidente/violência utilizando-se o Capítulo XX da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) (OMS, 1995).
- outras informações necessárias para atingir os objetivos propostos.

Quanto aos tipos de acidentes/violência, a classificação utilizada para o agrupamento dos casos obedeceu ao seguinte critério:

Acidentes de transporte (códigos V01 a V99 da CID 10), com ênfase na distribuição quanto à qualidade da vítima.

Acidentes de transporte terrestre: V01 - V89.

Acidentes de transporte por água: V90 - V94.

Acidentes de transporte aéreo e espacial: V95 – V97.

Outros acidentes de transportes e os não especificados: V98 –V99.

Outras causas externas de lesões acidentais (códigos W00 a X59 da CID 10)

Quedas: W00 – W19.

Exposição a forças mecânicas inanimadas: W20 – W49.

Exposição a forças mecânicas animadas: W50 – W64.

Afogamentos e submersão acidentais: W65 – W74.

Outros riscos acidentais à respiração: W75 – W84.

Exposição a corrente elétrica, à radiação e à temperatura e à pressão extremas do ar ambiente: W85 – W99.

Exposição ao fumo, ao fogo e às chamas: X00 – X09.

Contato com uma fonte de calor e com substâncias quentes: X10 – X19.

Contato com animais e plantas venenosas: X20 – X29.

Exposição às forças da natureza: X30 – X39.

Envenenamento (intoxicação) acidental por exposição a substâncias nocivas: X40 – X49.

Excesso de esforços, viagens e privações: X50 – X57.

Exposição acidental a outros fatores e aos não especificados: X58 – X59.

Lesões autoprovocadas voluntariamente: X60 a X84, com ênfase quanto aos meios utilizados.

Agressões: X85 – Y09, com ênfase quanto aos meios utilizados.

Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada: Y10 – Y34.

Intervenções legais: Y35 .

Complicações de assistência médica e cirúrgica: Y40 – Y84.

Efeitos adversos de drogas, medicamentos e substâncias biológicas usadas com finalidade terapêutica: Y40 – Y59.

Acidentes ocorridos com paciente durante a prestação de cuidados médicos e cirúrgicos: Y60 – Y69.

Incidentes adversos durante atos diagnósticos ou terapêuticos associados ao uso de dispositivos médicos: Y70 – Y82.

Reação anormal em paciente ou complicação tardia causada por procedimentos cirúrgicos e outros procedimentos médicos, sem menção de acidente ao tempo de procedimento: Y83 – Y84.

Seqüela de causas externas de morbidade e mortalidade: Y85 – Y89.
Fatores suplementares relacionados com as causas de morbidade mortalidade classificadas em outra parte: Y90 – Y 98.

Para atingir aos objetivos referentes ao relacionamento, ocorrência de causa externa e o fato de a mulher encontrar-se no ciclo gravídico puerperal, os óbitos foram agrupados em: "ocorridos em grávidas e puérperas". Os conceitos utilizados para essa classificação, inclusive quanto ao puerpério tardio, foram os recomendados internacionalmente (OMS, 1995).

O *Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos*: Projeto "Gravidez, Parto e Puerpério" (GPP) foi aprovado pelo Comitê de Ética e para utilização destes dados, houve contato com os pesquisadores, não havendo nenhum óbice para uso das causas externas para o presente trabalho.

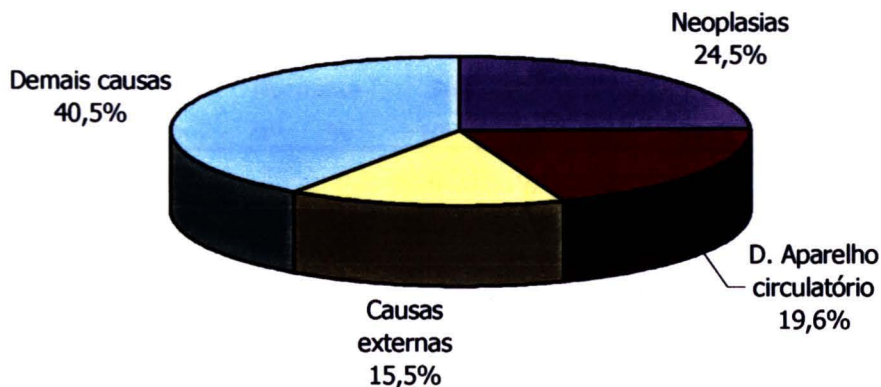
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ocorreram 7.332 óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras (exceto Porto Velho e Natal), no 1º semestre de 2002. Essas ocorrências resultaram em um coeficiente de mortalidade geral de 104,3 óbitos para cada cem mil mulheres de 10 a 49 anos, valor inferior aos obtidos por CARDOSO (2005) no município de Cascavel (Paraná) de 116,6 por cem mil mulheres e por PARPINELLI (1997) no município de Campinas (São Paulo) de 113,0 por cem mil mulheres em idade fértil.

Do total geral de óbitos, quase 60% foram representadas pelo conjunto das Neoplasias (24,5%), seguidas pelas doenças do Aparelho Circulatório (19,6%) e por Causas Externas (15,5%). (Figura 1).

Figura 1 - Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos (%) residentes nas capitais brasileiras segundo Causas*, 1º semestre de 2002.



*CID 10 (OMS, 1995)

As taxas de mortalidade por cem mil mulheres por essas causas foram: 25,6 para as Neoplasias, 20,4 para as Doenças do Aparelho Circulatório e 16,2 para as Causas Externas. Esses resultados referem-se ao conjunto das capitais brasileiras, podendo ocorrer variações locais. Em trabalho feito na cidade de Campinas (São Paulo), onde a primeira causa de óbito em mulheres em idade fértil foi representada pelas Doenças do Aparelho Circulatório, com uma taxa de 28,6 por

cem mil mulheres; em segundo lugar, as Causas Externas, com 22,3 por cem mil mulheres; e em terceiro lugar, as Neoplasias, com 22,1 por cem mil mulheres (PARPINELLI, 1997). No Paraná, na cidade de Cascavel, essas taxas foram: 29,4 por cem mil mulheres para as Causas Externas; 22,7 para as Doenças do Aparelho Circulatório; e 21,3 por cem mil mulheres para as Neoplasias (CARDOSO, 2005).

As causas externas foram responsáveis por 1.014 mortes nas Declarações de Óbitos originais; após a correção destas declarações, com a elaboração de Declarações de Óbitos novas, esse número passou a ser de 1.136, com um ganho de 122 casos (12%) de óbitos por causas externas.

4.1 Análise do ganho na qualidade da informação

Essas causas, na DO original, não estavam descritas como acidentes ou violências, mas, sim, como óbitos decorrentes de causas naturais, conforme pode ser visualizado na Tabela 2 e na Figura 2 mais adiante.

Tabela 2- Ganho nos diagnósticos de causas externas em óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras, segundo causa na DO de origem e Regiões brasileiras, 1º semestre de 2002 .

| Causa (DO original) | Norte | | Nordeste | | Sudeste | | Sul | | Centro Oeste | | Total | |
|-------------------------------|----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|--------------|--------------|------------|--------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| I - D Infec e parasitárias | - | - | 2 | 6,7 | 6 | 9,4 | 2 | 14,3 | 2 | 20,0 | 12 | 9,8 |
| IV - Doenças endócrinas | - | - | 2 | 6,7 | - | - | - | - | - | - | 2 | 1,6 |
| VI - D.sist nervoso | - | - | 4 | 13,3 | 6 | 9,4 | 2 | 14,3 | - | - | 12 | 9,8 |
| IX - D.ap. circulatório | - | - | 2 | 6,7 | 6 | 9,4 | 2 | 14,3 | - | - | 10 | 8,2 |
| X - D. ap respiratório | - | - | 8 | 26,7 | - | - | 2 | 14,3 | 2 | 20,0 | 12 | 9,8 |
| XI - D. ap digestivo | - | - | - | - | 3 | 4,7 | 2 | 14,3 | - | - | 5 | 4,1 |
| XIII - D.sist. osteomusc. | - | - | 2 | 6,7 | 3 | 4,7 | - | - | - | - | 5 | 4,1 |
| XVIII - Sint. sin. mal defin. | 4 | 100,0 | 10 | 33,3 | 40 | 62,5 | 4 | 28,6 | 6 | 60,0 | 64 | 52,5 |
| Total | 4 | 100,0 | 30 | 100,0 | 64 | 100,0 | 14 | 100,0 | 10 | 100,0 | 122 | 100,0 |

Observa-se nesta tabela que mais da metade dos 122 óbitos, cujos diagnósticos, após a investigação, foram recodificados como decorrentes de causas externas (52,5%), vieram do capítulo XVIII da CID 10, referente aos óbitos por sintomas e sinais mal definidos. Esse aspecto é bastante importante, na medida em que os responsáveis pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade promovem rotineiramente investigação visando ao aprimoramento dos dados e, conseqüentemente, melhorando a qualidade de informação sobre acidentes e violências.

Vários autores chamam a atenção para o fato de não se esperar a ocorrência de óbitos por causas externas "encobertos" por uma causa natural, em face da legislação do país. Na verdade, a legislação determina procedimentos específicos quanto ao atestado de óbito, sempre que a morte ocorrer por causa não natural (MELLO JORGE, GOTTLIEB e LAURENTI, 2002; MELLO JORGE, CASCÃO e CARVALHO – SILVA, 2003).

As doenças infecciosas e parasitárias, as doenças do sistema nervoso e as doenças do aparelho respiratório, na DO de origem, contribuíram, cada uma, com, aproximadamente, 10% do total dos diagnósticos de causas externas nas DO novas. Em seguida, vem o diagnóstico das doenças do aparelho circulatório, com 8,2%.

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos novos diagnósticos por causas externas (DO NOVA) obtidos entre os diagnósticos originais de outros capítulos da CID 10 na população estudada (DO ORIGINAL).

Nessa Tabela, chama a atenção a proporção de óbitos por causas externas, aproximadamente 6%, atribuídos às doenças por HIV, nas DOs originais. Essa proporção é a maior entre todos os demais diagnósticos, excetuando as causas mal definidas. Essa situação pode, talvez, decorrer do fato de a pessoa que morreu ter apresentado a doença ou ter sido portadora do vírus HIV e este fato ter sido mais valorizado que a causa externa, quando da elaboração da DO original.

O segundo lugar é ocupado pelos óbitos originalmente diagnosticados como edema pulmonar, no capítulo das doenças do aparelho respiratório, com cerca de 5% do total.

Verifica-se ainda que, do total das DOs novas, por causas externas, a maior proporção de ganho de diagnóstico de óbitos, com 39 casos, ocorreu com os

suicídios, seguindo-se os demais acidentes (33 casos), acidentes de transporte (31 casos) e homicídios (19 casos).

Dos 64 casos, inicialmente diagnosticados no capítulo dos sinais e sintomas mal definidos, quase a metade foi identificada como decorrente de suicídios (30 casos), na DO nova. Esse tipo de causa representa, ainda, cerca de 25% do total dos novos casos.

Somando-se os diagnósticos originais atribuídos aos demais capítulos da CID - que na DO nova figuram como causas externas (58 casos) -, verifica-se uma predominância dos acidentes de transporte com 20 óbitos, dos quais 7 eram, originalmente, do capítulo das doenças do sistema nervoso. Do grupo dos demais acidentes, com 18 casos, 8 derivaram das doenças infecciosas e parasitárias.

Nos demais capítulos, ao contrário do que se observa na distribuição das DOs originais dos sinais e sintomas mal definidos, com 30 casos, encontravam-se casos de óbitos por suicídio apenas nos capítulos das doenças respiratórias (6 casos) e no referente às doenças circulatórias (3 casos).

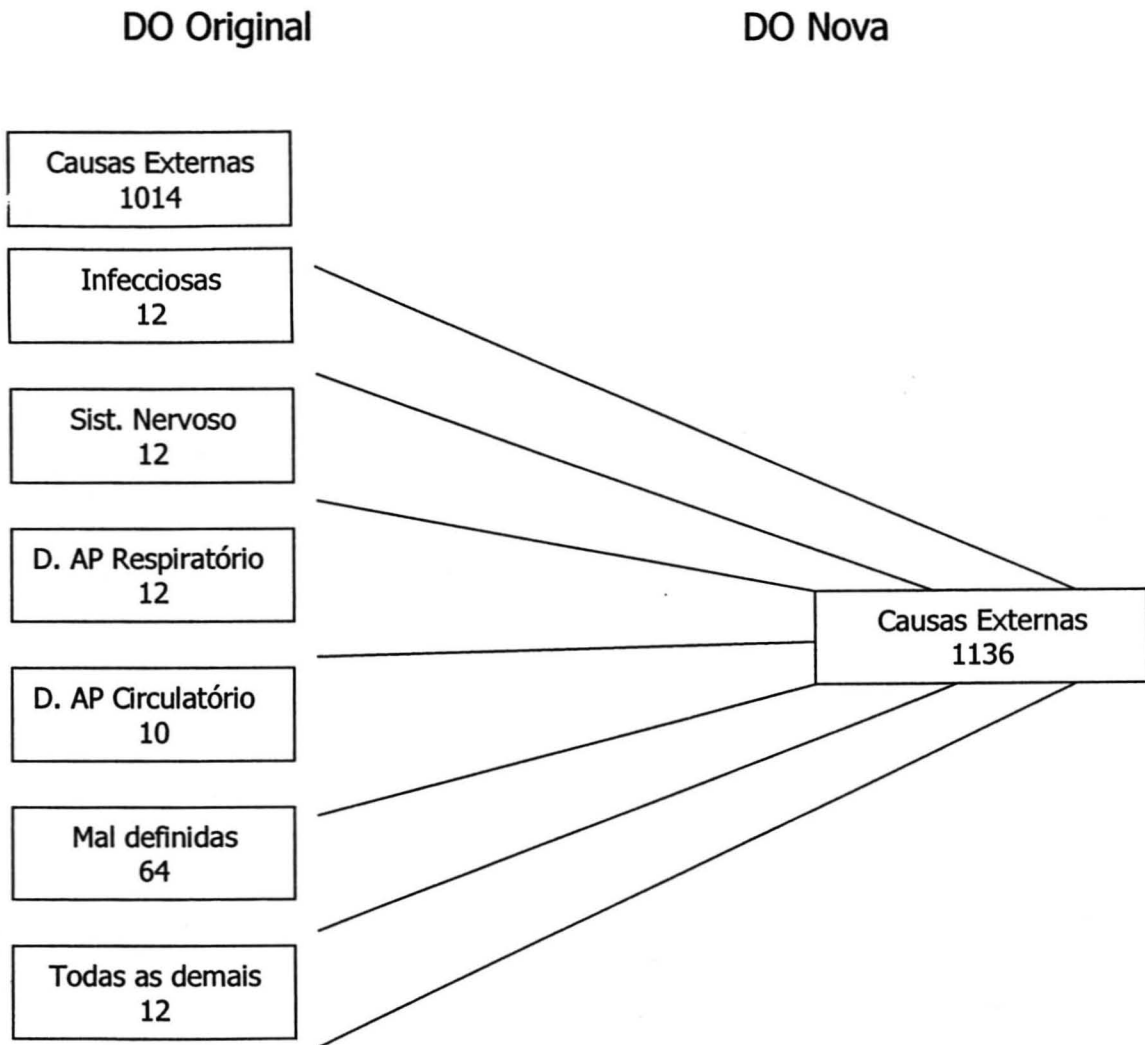
Tabela 3 - Ganho nos diagnósticos de causas externas em óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras, segundo causa na DO de origem e tipos de causas externas, 1º semestre de 2002 (Nº e %).

| Causa Capítulo | DO original Causa isolada | DO nova - Cap CID XX | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------------------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|------------|
| | | Ac de trans | | Homicídios | | Suicídios | | Demais ac | | Total | |
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| I - Doenças Infec. e parasitárias | Septicemia | - | - | - | - | - | - | 2 | 8,7 | 2 | 1,6 |
| | Hepatite viral | - | - | - | - | - | - | 3 | 30,0 | 3 | 2,5 |
| | Doença pelo HIV | 2 | 6,5 | 2 | 10,5 | - | - | 3 | 30,0 | 7 | 5,7 |
| | Total | 2 | 6,5 | 2 | 10,5 | - | - | 8 | 68,7 | 12 | 9,8 |
| IV - Doenças endócrinas | Diabete | - | - | 2 | 10,5 | - | - | - | - | 2 | 1,6 |
| | Total | - | - | 2 | 10,5 | - | - | - | - | 2 | 1,6 |
| VI Doenças sistema nervoso | Meningite bacteriana não especificada | 2 | 6,5 | - | - | - | - | - | - | 2 | 1,6 |
| | Encefalite, mielite e encefalomielite não especificada | 2 | 6,5 | - | - | - | - | - | - | 2 | 1,6 |
| | Seqüelas de d. inflam. do sistema nervoso central | - | - | 2 | 10,5 | - | - | - | - | 2 | 1,6 |
| | Transtorno não especificado do encéfalo | 3 | 9,7 | - | - | - | - | - | - | 3 | 2,5 |
| | Fístula liquórica | - | - | 3 | 15,8 | - | - | - | - | 3 | 2,5 |
| | Total | 7 | 22,7 | 5 | 26,3 | - | - | - | - | 12 | 9,8 |
| | IX Doenças aparelho circulatório | Infarto agudo do miocárdio | 3 | 9,7 | - | - | - | - | - | - | 3 |
| Embolia pulmonar | | - | - | - | - | 3 | 7,7 | - | - | 3 | 2,5 |
| Hemorragia subaracnóide | | - | - | 2 | 10,5 | - | - | 2 | 20,0 | 4 | 3,3 |
| Total | | 3 | 9,7 | 2 | 10,5 | 3 | 7,7 | 2 | 20,0 | 10 | 8,3 |
| X Doenças aparelho respiratório | Pneumonia | - | - | - | - | 2 | 5,1 | 2 | 8,7 | 4 | 3,3 |
| | Edema pulmonar | 2 | 6,5 | - | - | 4 | 10,3 | - | - | 6 | 4,9 |
| | D. do mediastino não classificado em outra parte | - | - | - | - | - | - | 2 | 8,7 | 2 | 1,6 |
| | Total | 2 | 6,5 | - | - | 6 | 15,4 | 4 | 17,4 | 12 | 9,8 |
| XI Doenças aparelho digestivo | D. do intestino sem outra especificação | 3 | 9,7 | - | - | - | - | - | - | 3 | 2,5 |
| | D. hepática tóxica com hepatite não classificada em outra parte | - | - | - | - | - | - | 2 | 8,7 | 2 | 1,6 |
| | Total | 3 | 9,7 | - | - | - | - | 2 | 8,7 | 5 | 4,1 |

Tabela 3 - Continuação

| Causa Capítulo | DO original Causa isolada | DO nova - Cap CID XX | | | | | | | | | |
|--|--|----------------------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|
| | | Ac de trans | | Homicídios | | Suicídios | | Demais ac | | Total | |
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| XIII- Doenças sist osteom e do tec conj. | Artrite piogênica não especificada | 3 | 9,7 | - | - | - | - | - | - | 3 | 2,5 |
| | Fascite não classificada em outra parte | - | - | - | - | - | - | 2 | 20,0 | 2 | 1,6 |
| | Total | 3 | 9,7 | - | - | - | - | 2 | 20,0 | 5 | 4,1 |
| XVIII -Sint. sinais mal definidos | Parada respiratória | - | - | 2 | 10,5 | - | - | - | - | 2 | 1,6 |
| | Outros sintomas e sinais gerais não especificados | - | - | - | - | 2 | 5,1 | - | - | 2 | 1,6 |
| | Outras causas mal definidas e as não especific de mortalidade | 11 | 35,5 | 6 | 31,6 | 28 | 71,8 | 15 | 65,2 | 60 | 49,2 |
| | Total | 11 | 35,5 | 8 | 42,1 | 30 | 76,9 | 15 | 65,2 | 64 | 52,4 |
| Total | | 31 | 25,4 | 19 | 15,6 | 39 | 32,0 | 33 | 27,0 | 122 | 100,0 |

Figura 2 - Esquema de Ganho de diagnósticos de óbitos por causas externas (DO original X DO nova) em mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras, 1º semestre de 2002.



Além do ganho de diagnóstico de óbitos por causas externas, houve também uma melhoria nos diagnósticos dos tipos de causas externas. A Tabela 4 mostra que, do total de 1.136 óbitos ocorridos por causas externas nas capitais brasileiras, após investigação, 1.064 foram por acidentes de transporte, homicídios, suicídios e demais acidentes sendo que, nas declarações de óbitos originais somavam 667 casos. O maior ganho com a investigação dos óbitos da população estudada foi nos casos de suicídio, com 147,5%, seguido dos acidentes de transportes, com 125,5%. Os homicídios tiveram um ganho de 28,3% e os demais acidentes, 4%.

Os suicídios, na maioria das capitais regionais, tiveram ganho triplicado ou dobrado em relação ao diagnóstico original, variando esse ganho entre 216,7% na Região Centro-Oeste e 120% na Sul; a Região Norte foi a que apresentou menor ganho nesse diagnóstico, com 33,3%.

Nos homicídios, o ganho variou entre 93,8% na Região Sul e 9,8% na Região Sudeste. Esses percentuais de ganho são inferiores aos que se observou no grupo de óbitos por suicídios.

Em relação aos acidentes de transporte, chama a atenção o fato de não ter ocorrido nenhum ganho na Região Norte enquanto que, na Região Sudeste, se obteve cerca de 385%, o que representa o maior valor de ganho diagnóstico na DO nova, nas demais regiões, variou entre 108,1% (Região Nordeste) e 61,8% (Região Centro-Oeste).

Os demais acidentes tiveram um ganho de 233,3% na Região Norte, ao passo que, nas Regiões Centro-Oeste e Sudeste, verifica-se ganho negativo (-33,3% e -29,1% respectivamente).

Tabela 4 – Óbitos por alguns tipos* de causas externas em mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras na DO original e na DO nova e ganho na qualidade de informação, segundo Regiões, 1º semestre de 2002.

| Região | Tipos de Causas Externas | DO original | DO nova | Ganho |
|---------------------|--------------------------|-------------|-------------|-------------|
| | | Nº | Nº | % |
| Norte | Ac. de Transporte | 24 | 24 | - |
| | Demais acidentes | 3 | 10 | 233,3 |
| | Homicídios | 17 | 23 | 35,3 |
| | Suicídios | 9 | 12 | 33,3 |
| | Total | 53 | 69 | 30,2 |
| Nordeste | Ac. de Transporte | 37 | 77 | 108,1 |
| | Demais acidentes | 22 | 38 | 72,7 |
| | Homicídios | 45 | 79 | 75,6 |
| | Suicídios | 29 | 67 | 131,0 |
| | Total | 133 | 261 | 96,2 |
| Sudeste | Ac. de Transporte | 26 | 126 | 384,6 |
| | Demais acidentes | 55 | 39 | -29,1 |
| | Homicídios | 246 | 270 | 9,8 |
| | Suicídios | 26 | 78 | 200,0 |
| | Total | 353 | 513 | 45,3 |
| Sul | Ac. de Transporte | 20 | 36 | 80,0 |
| | Demais acidentes | 8 | 9 | 12,5 |
| | Homicídios | 16 | 31 | 93,8 |
| | Suicídios | 10 | 22 | 120,0 |
| | Total | 54 | 98 | 81,5 |
| Centro Oeste | Ac. de Transporte | 34 | 55 | 61,8 |
| | Demais acidentes | 12 | 8 | -33,3 |
| | Homicídios | 22 | 41 | 86,4 |
| | Suicídios | 6 | 19 | 216,7 |
| | Total | 74 | 123 | 66,2 |
| Total | Ac. de Transporte | 141 | 318 | 125,5 |
| | Demais acidentes | 100 | 104 | 4,0 |
| | Homicídios | 346 | 444 | 28,3 |
| | Suicídios | 80 | 198 | 147,5 |
| | Total | 667 | 1064 | 59,5 |

* excluídos as causas externas do tipo ignorado

4. 2 Distribuição das mortes por causas externas nas Regiões

As taxas de mortalidade por causas externas, distribuídas por Regiões brasileiras, podem ser visualizadas na Tabela 5. As Regiões Sudeste e Sul foram as que apresentaram as maiores taxas 17,6 e 17,3 por cem mil mulheres, respectivamente. Em seguida, as Regiões Centro-Oeste, com 15,6, e Nordeste com 15,3 por cem mil mulheres. A menor taxa de mortalidade por causas externas foi apresentada pela Região Norte, com 11,3 óbitos para cada cem mil mulheres de 10 a 49 anos de idade. No total das capitais brasileiras, esse valor foi de 16,2 por cem mil mulheres. Tal valor foi inferior ao obtido de 21,3 por cem mil mulheres por REIS *et al.* (s.d.) ao analisar as mortes de mulheres por causas externas no Brasil e em macrorregiões no triênio 1997/1999. Esses autores, citando Mello Jorge e Gotlieb, chamam ainda a atenção para o fato de a Região Norte apresentar uma das menores coberturas do Sistema de Informações sobre Mortalidade, o que determinaria uma sub-enumeração dos óbitos.

Tabela 5 Taxa de mortalidade* de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por causas externas, segundo Região, 2002.

| Região | Taxa |
|---------------------|-------------|
| Norte | 11,3 |
| Nordeste | 15,3 |
| Sudeste | 17,6 |
| Sul | 17,3 |
| Centro-Oeste | 15,6 |
| Total | 16,2 |

* por 100.000 mulheres

4.3 Distribuição das mortes por causas externas segundo idades

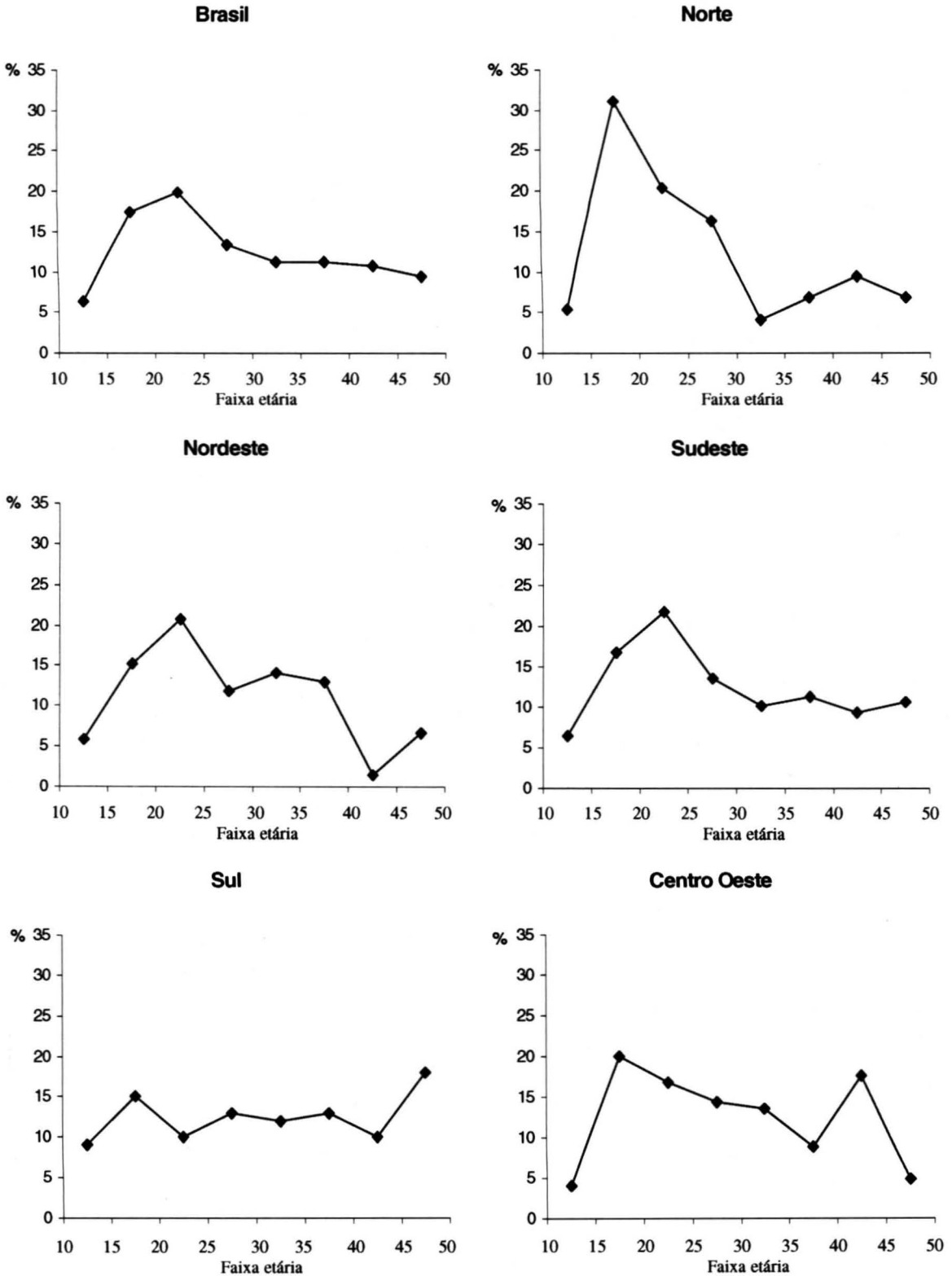
Quanto a distribuição das mortes por idade, predomina a faixa de 20 a 24 anos, com uma proporção de quase 20% de ocorrências, que somadas aos óbitos das faixas de 15 a 19 anos e de 25 a 29 anos, ultrapassam 50% de todas as mortes por causas externas no período considerado.

A Tabela 6 mostra que a metade dos óbitos por causas externas, nas capitais brasileiras, ocorreu na Região Sudeste, onde a faixa etária de 20 a 24 anos foi a que mais contribuiu (quase 22%). Essa mesma faixa de idade foi também a mais atingida na Região Nordeste, que ocupou a segunda posição no número de óbitos. As Regiões Centro-Oeste e Norte somaram um total de 199 ocorrências, tendo em comum o acometimento predominante das idades entre 15 e 19 anos. A peculiaridade da Região Sul em relação aos dados desta tabela é o acometimento principal da faixa etária de 45 a 49 anos (Figura 3).

Tabela 6 - Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por causas externas, segundo faixa etária e Regiões, 1º semestre de 2002 (Nº e %).

| Faixa etária (anos) | Norte | | Nordeste | | Sudeste | | Sul | | Centro Oeste | | Total | |
|---------------------|-----------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 10 a 14 | 4 | 5,4 | 16 | 5,9 | 37 | 6,5 | 9 | 9,0 | 5 | 4,0 | 71 | 6,3 |
| 15 a 19 | 23 | 31,1 | 41 | 15,2 | 95 | 16,7 | 15 | 15,0 | 25 | 20,0 | 199 | 17,5 |
| 20 a 24 | 15 | 20,3 | 56 | 20,8 | 124 | 21,8 | 10 | 10,0 | 21 | 16,8 | 226 | 19,9 |
| 25 a 29 | 12 | 16,2 | 32 | 11,9 | 77 | 13,6 | 13 | 13,0 | 18 | 14,4 | 152 | 13,4 |
| 30 a 34 | 3 | 4,1 | 38 | 14,1 | 58 | 10,2 | 12 | 12,0 | 17 | 13,6 | 128 | 11,3 |
| 35 a 39 | 5 | 6,8 | 35 | 13,0 | 64 | 11,3 | 13 | 13,0 | 11 | 8,8 | 128 | 11,3 |
| 40 a 44 | 7 | 9,5 | 31 | 11,5 | 53 | 9,3 | 10 | 10,0 | 22 | 17,6 | 123 | 10,8 |
| 45 a 49 | 5 | 6,8 | 18 | 6,7 | 60 | 10,6 | 18 | 18,0 | 6 | 4,8 | 107 | 9,4 |
| Ignorado | - | - | 2 | 0,7 | - | - | - | - | - | - | 2 | 0,2 |
| Total | 74 | 100,0 | 269 | 100,0 | 568 | 100,0 | 100 | 100,0 | 125 | 100,0 | 1136 | 100,0 |

Figura 3 – Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por causas externas, segundo faixa etária e Regiões, 1º semestre de 2002.



A média das idades dos óbitos por causas externas, nas capitais brasileiras, foi de 29 anos, semelhante à obtida nas Regiões Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste. A Região Norte foi a que apresentou a menor média de idade, 26, e a Sul a maior 31 anos. A mediana das idades no total das capitais foi de 27 anos, variando entre 23 (Região Norte) e 31 anos (Região Sul) (Tabela 7).

Tabela 7 – Média e mediana de idades de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras mortas por causas externas, segundo Região, 1º semestre de 2002.

| Região | Média | Mediana |
|--------------------------|-------|---------|
| Norte | 26 | 23 |
| Nordeste | 29 | 28 |
| Sudeste | 29 | 27 |
| Sul | 31 | 31 |
| Centro-Oeste | 29 | 28 |
| Todas as capitais | 29 | 27 |

Quanto às taxas de mortalidade por causas externas segundo idades (Tabela 8), verifica-se que, para o conjunto das capitais, a mais elevada ocorreu no grupo de 20 a 24 anos de idade (21,2 por cem mil mulheres) seguida da faixa de 15 a 19 anos (18,8 por cem mil).

Tabela 8 – Taxa de mortalidade* de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por causas externas, segundo idades, 2002.

| Faixa etária (anos) | Taxa |
|---------------------|-------------|
| 10 a 14 | 7,8 |
| 15 a 19 | 18,8 |
| 20 a 24 | 21,2 |
| 25 a 29 | 16,1 |
| 30 a 34 | 14,7 |
| 35 a 39 | 15,4 |
| 40 a 44 | 16,8 |
| 45 a 49 | 17,5 |
| Total | 16,2 |

* por 100.000 mulheres

Esses dados são semelhante aos encontrados por PARPINELLI (1997) para as mesmas causas, no município de Campinas e são inferiores aos obtidos por HADDAD e SILVA (2000), no Estado de São Paulo, nos anos de 1991-95.

4.4 Distribuição das mortes por causas externas segundo tipos

Os tipos de causas externas considerados neste trabalho são: acidentes de transporte, suicídios (lesões auto-provocadas intencionalmente), homicídios (agressões); demais acidentes que englobam quedas, afogamento e submersão acidentais, exposições a força mecânicas inanimadas e animadas, exposição a fumaça, a fogo e a chamas, envenenamento (intoxicação) acidental e exposição a substâncias nocivas, complicações de assistência médica e cirúrgica, entre outros; e os acidentes ignorados (eventos ou fatos cuja intenção é indeterminada). A distribuição dos tipos de causas externas está exposta na Figura 4 e Tabela 9.

Observa-se na Tabela 9 que os acidentes de transporte e os homicídios foram as principais causas de óbitos nas capitais brasileiras, somando, aproximadamente, 70% das ocorrências. Houve predomínio dos homicídios com quase 40%; os suicídios ocuparam o terceiro lugar, com 17,4%. As proporções dos três primeiros tipos de causas, somados, representaram cerca de 85% do total das mortes. REIS *et al.* (s.d.), estudando a mortalidade feminina por causas externas, destacam o aumento considerável dos homicídios, que representavam 9,6% dos óbitos gerais no triênio 1979-1981, passando para 17,7% no triênio 1997-1999.

A predominância dos homicídios e dos acidentes de transporte ocorreu em todas as Regiões, alternando entre a primeira e segunda posição. A soma de ambos foi sempre superior à metade das ocorrências, sendo que, na Região Centro-Oeste, representou quase 77% das mortes e na Região Sudeste, cerca de 70%.

Verifica-se um equilíbrio entre as proporções de homicídios e acidentes de transporte nas Regiões Norte e Nordeste, ao passo que, na Região Sul, predominaram os acidentes de transporte. Na Região Centro-Oeste, esses acidentes representaram 44% das ocorrências contra, aproximadamente, 33% de homicídios.

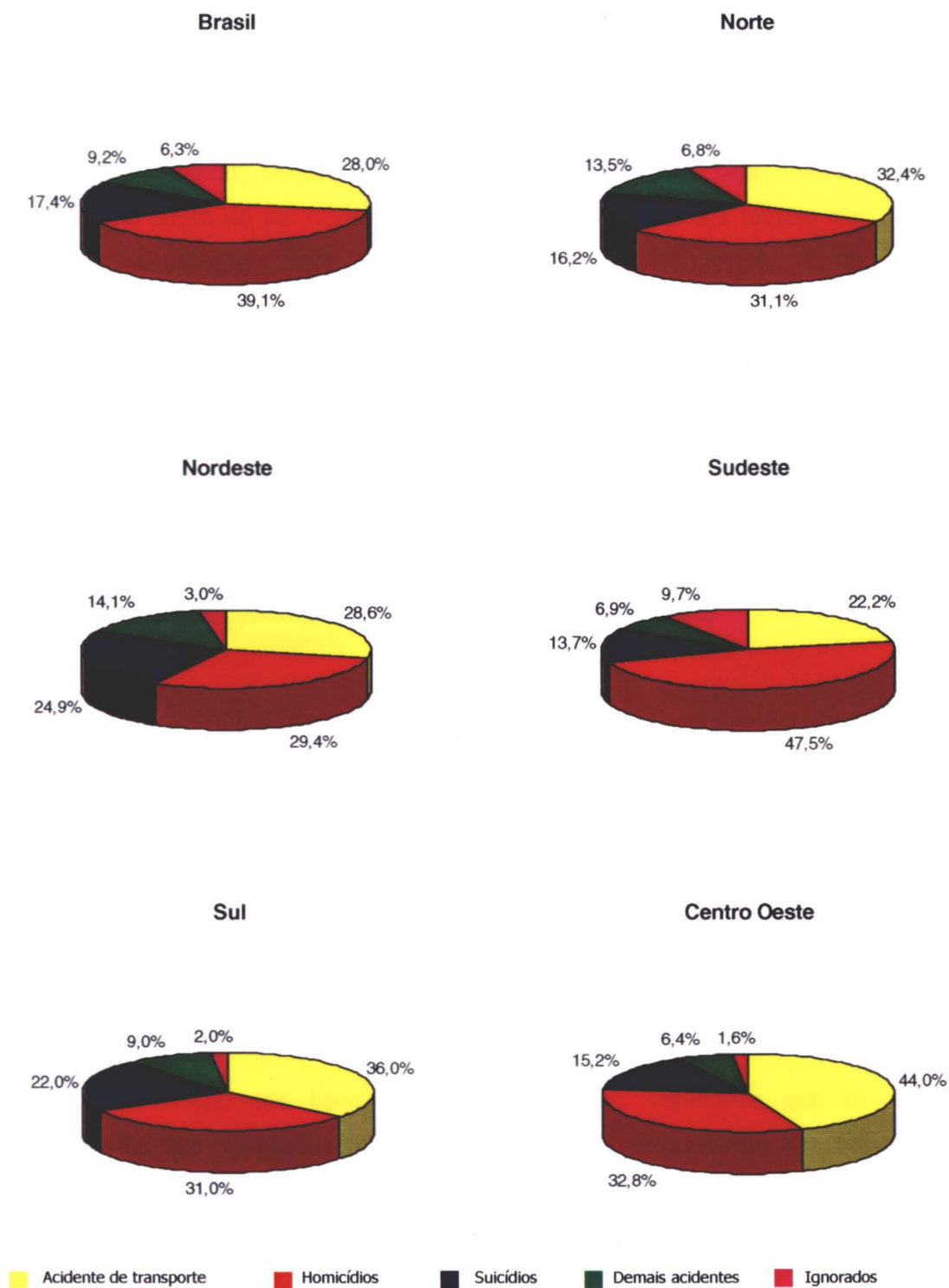
A Região Sudeste destacou-se pelo predomínio de homicídios (47,5%), proporção superior ao dobro dos acidentes de transporte (22,2%).

Os suicídios representaram cerca de 25% das mortes por causas externas na Região Nordeste, seguindo-se a Região Sul, com 22%. Nas demais capitais variou entre 13% e 16% do total das ocorrências.

Tabela 9 – Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por causas externas, segundo Região e tipo, 1º semestre de 2002 (Nº e %).

| Tipos de Causas externas | Norte | | Nordeste | | Sudeste | | Sul | | Centro Oeste | | Total | |
|--------------------------|-----------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Ac. de transp. | 24 | 32,4 | 77 | 28,6 | 126 | 22,2 | 36 | 36,0 | 55 | 44,0 | 318 | 28,0 |
| Homicídios | 23 | 31,1 | 79 | 29,4 | 270 | 47,5 | 31 | 31,0 | 41 | 32,8 | 444 | 39,1 |
| Suicídios | 12 | 16,2 | 67 | 24,9 | 78 | 13,7 | 22 | 22,0 | 19 | 15,2 | 198 | 17,4 |
| Demais ac. | 10 | 13,5 | 38 | 14,1 | 39 | 6,9 | 9 | 9,0 | 8 | 6,4 | 104 | 9,2 |
| Ignorados | 5 | 6,8 | 8 | 3,0 | 55 | 9,7 | 2 | 2,0 | 2 | 1,6 | 72 | 6,3 |
| Total | 74 | 100,0 | 269 | 100,0 | 568 | 100,0 | 100 | 100,0 | 125 | 100,0 | 1136 | 100,0 |

Figura 4 – Mortalidade proporcional de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por causas externas, segundo tipo, 1º semestre de 2002.



As taxas de mortalidade por causas externas de mulheres de 10 a 49 anos, segundo o tipo de acidente podem ser visualizadas na Tabela 10, que mostra que, para o total de óbitos por causas externas nessa população, a taxa de mortalidade foi de 16,2 por cem mil mulheres. Essas taxas podem ser analisadas em dois grandes grupos: lesões provocadas por pessoas, englobando os homicídios e suicídios, e as lesões acidentais, de transporte e demais acidentes. As lesões auto-infligidas somadas àquelas perpetradas por outra pessoa, ou seja, mortes resultantes da ação direta do ser humano, foram responsáveis por 9,1 mortes por cem mil mulheres, sendo que a maior contribuição (6,3 por cem mil) foi de vítimas dos homicídios.

As lesões acidentais provocaram 6 óbitos por cem mil mulheres, dos quais 4,5 foram por acidentes de transportes.

Tabela 10 – Taxa de mortalidade* por causas externas de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras, segundo tipo de causa, 2002.

| Tipos de Acidentes | Taxa |
|---------------------------|-------------|
| Acidentes de Transporte | 4,5 |
| Homicídios | 6,3 |
| Suicídios | 2,8 |
| Demais acidentes | 1,5 |
| Ignorado | 1,0 |
| Total | 16,2 |

* por 100.000 mulheres

Sob o ponto de vista dos agentes causadores de lesão por causas externas, a Tabela 10 revela que o principal agente causal é a própria ação intencional humana, ou seja, 9,1 óbitos por cem mil mulheres.

Ainda em relação aos tipos de causas externas, verifica-se que os homicídios foram os que apresentaram a maior taxa, sendo responsáveis por 6,3 óbitos para cada cem mil mulheres de 10 a 49 anos. Com referência à distribuição nas Regiões (Tabela 11), a Região Sudeste teve o maior valor, com 8,3; a Região Norte, o menor valor com 3,5 óbitos por cem mil mulheres de 10 a 49 anos.

Os acidentes de transportes tiveram uma taxa de 4,5 óbitos por cem mil mulheres de 10 a 49 anos, sendo que a Região Centro-Oeste foi a que apresentou a

maior taxa (6,8), seguida pela Região Sul (6,2) e a menor (3,7) ocorreu na Região Norte, todas por cem mil mulheres de 10 a 49 anos.

A taxa de morte por suicídio foi de 2,8 por cem mil mulheres de 10 a 49 anos no total das capitais brasileiras. As Regiões Sul e a Nordeste, ambas apresentaram a maior taxa, 3,8 por cem mil mulheres.

Os demais acidentes tiveram uma taxa de 1,5 óbito por cem mil mulheres de 10 a 49 anos, variando entre 2,2 na Região Nordeste e 1,0 na Centro-Oeste.

Tabela 11 –Taxa de mortalidade* de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por causas externas, segundo Região e tipo, 2002.

| Região | Tipo de acidente | | | | | Total |
|---------------------|------------------|------------|------------|------------------|------------|-------------|
| | Ac. Transp. | Homicídio | Suicídio | Demais acidentes | Ignorado | |
| | Taxa | Taxa | Taxa | Taxa | Taxa | |
| Norte | 3,7 | 3,5 | 1,8 | 1,5 | 0,8 | 11,3 |
| Nordeste | 4,4 | 4,5 | 3,8 | 2,2 | 0,5 | 15,3 |
| Sudeste | 3,9 | 8,3 | 2,4 | 1,2 | 1,7 | 17,6 |
| Sul | 6,2 | 5,4 | 3,8 | 1,6 | 0,3 | 17,3 |
| Centro Oeste | 6,8 | 5,1 | 2,4 | 1,0 | 0,2 | 15,6 |
| Total | 4,5 | 6,3 | 2,8 | 1,5 | 1,0 | 16,2 |

* por 100.000 mulheres

A análise da taxa de mortalidade por tipo de causa externa e por faixa etária (Tabela 12) mostra o grupo de 10 a 14 anos com a menor taxa (7,8 por cem mil), demonstrando uma menor exposição a causas externas, onde predominam as ocorrências por acidentes de transportes (2,4 por cem mil) e homicídios (2,0 por cem mil), seguidos pelos demais acidentes (1,5 por cem mil).

Nas faixas etárias de 15 a 19 e de 20 a 24 anos, verificam-se as maiores taxas, com 18,8 e 21,2 por cem mil, respectivamente. Esses dois grupos representam a população com as maiores taxas, o que sugere uma maior exposição aos agentes de lesão por causas externas. Predominam os homicídios, sobretudo na faixa de 20 a 24 anos (10,4 por cem mil), seguidos pelos acidentes de transporte com 5,3 por cem mil mulheres na faixa de 15 a 19 anos.

Nas idades de 25 a 39 anos, as taxas se mantiveram em níveis mais baixos, no total das capitais, variando de 14,7 por cem mil, entre 30 a 34 anos, e a 16,1 por cem mil nas de 25 a 29 anos. Embora se observe na faixa etária de 25 a 29 anos uma redução na taxa de mortalidade para 16,1 por cem mil em relação ao grupo etário anterior, mantém-se o predomínio das taxas relativas aos homicídios (7,4 por cem mil), seguidos pelas de acidentes de transporte (4,6 por cem mil).

O grupo etário formado pelas idades de 30 a 39 anos apresentou taxas menores em relação aos grupos adjacentes, preservando o perfil de predomínio dos homicídios e acidentes de transportes.

Observa-se que nas idades de 15 a 39 anos as taxas de suicídios ficaram na terceira posição, variando de 2,2 por cem mil entre 30 e 39 anos a 3,7 por cem mil na faixa de 20 a 24 anos. Essas taxas foram mais expressivas nas idades de 40 a 44 (4,5 por cem mil) e de 45 a 49 anos (4,7 por cem mil).

Na faixa de 40 a 44 anos persiste o predomínio da taxa de homicídio (6,0 por cem mil). Entretanto, a segunda posição é dividida entre acidentes de transportes e suicídios, com 4,5 por cem mil cada. Nas idades de 45 a 49 anos a distribuição das taxas, segundo o tipo de causa externa, mostra um perfil diferente das demais idades, apresentando uma redução da taxa de homicídio para 2,6 por cem mil, um aumento da taxa de suicídio para 4,7 por cem mil mulheres e maiores taxas de óbitos por acidente de transporte, com 5,9 por cem mil mulheres e demais acidentes (2,8 por cem mil).

Tabela 12 Taxa de mortalidade* de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por causas externas, segundo faixa etária e tipo, 2002.

| Faixa etária (anos) | Ac. Transp. | Homicídios | Suicídios | Demais acid. | Ignorados | Total |
|----------------------------|--------------------|-------------------|------------------|---------------------|------------------|--------------|
| | Taxa | Taxa | Taxa | Taxa | Taxa | Taxa |
| 10 a 14 | 2,4 | 2,0 | 0,7 | 1,5 | 1,2 | 7,8 |
| 15 a 19 | 5,3 | 8,2 | 2,5 | 2,0 | 0,8 | 18,8 |
| 20 a 24 | 5,1 | 10,4 | 3,7 | 1,2 | 0,7 | 21,2 |
| 25 a 29 | 4,6 | 7,4 | 2,8 | 0,8 | 0,5 | 16,1 |
| 30 a 34 | 4,8 | 5,4 | 2,2 | 1,3 | 1,0 | 14,7 |
| 35 a 39 | 3,7 | 6,1 | 2,2 | 1,1 | 2,3 | 15,4 |
| 40 a 44 | 4,5 | 6,0 | 4,5 | 1,5 | 0,3 | 16,8 |
| 45 a 49 | 5,9 | 2,6 | 4,7 | 2,8 | 1,5 | 17,5 |
| Total | 4,5 | 6,3 | 2,8 | 1,5 | 1,0 | 16,2 |

*por 100.000 mulheres

4.4.1 Acidentes de transporte

A CID 10 (OMS, 1995) define acidente de transporte como “todo acidente que envolve um veículo destinado, ou usado no momento do acidente, principalmente para o transporte de pessoas ou de mercadorias de um lugar para outro”. Os acidentes de transportes são classificados em: terrestres (V01 – V89), por água (V90 – V94), aérea e espacial (V95 – V97) e outros acidentes de transportes, e os não especificados (V98 – V99) (OMS, 1995).

O método de investigação de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos no Projeto “GPP”, com elaboração de novas declarações de óbitos, resultou no esclarecimento e no ganho de diagnóstico de, aproximadamente, 60%, considerando-se todas as causas externas.

Em relação aos acidentes de transporte, o ganho de 125,5% representa o acréscimo em torno de 1,3 novo caso para cada diagnóstico existente no início. MELLO JORGE *et al.* (2002) estudaram 320 óbitos por acidentes e por violências ocorridos no ano de 2000, em 15 cidades com características demográficas e socioeconômicas heterogêneas. Após investigação desses óbitos, constataram um ganho de 90% para os acidentes de transporte, valor inferior ao encontrado no presente trabalho.

Estes números retratam a eficácia do método de investigação empregado e apontam a necessidade de aprimoramento do registro diagnóstico das declarações de óbitos no sentido de se garantir a fidelidade das estatísticas de mortalidade.

No presente estudo, foi constatada a ocorrência de 318 mortes por acidentes de transportes, correspondendo a 28,0% do total de óbitos por causas externas. REIS *et al.*(s.d.), estudando a mortalidade feminina por causas externas no Brasil, no triênio 1997 a 1999, encontraram uma proporção de 32,5% de mortes por acidentes de transportes, valor próximo ao de 31,2% observado por ALBUQUERQUE *et al.* (1998) na cidade de Recife.

Os coeficientes de mortalidade de mulheres por acidentes de transporte no Estado de São Paulo, comparados com países selecionados, apresentaram valores intermediários, abaixo dos EUA, do México, da Alemanha e da Rússia (CAMARGO, 2002).

VILLELA (2005), em estudo de mortalidade por acidentes de transporte em Belo Horizonte e região Metropolitana, entre 1980 e 2000, observou uma tendência de redução contínua da proporção de óbitos por essa causa. A mesma autora faz referência a outros pesquisadores que observaram a mesma tendência em algumas Regiões do Brasil e em outros países.

Neste trabalho, os acidentes de transporte são analisados segundo a idade, a qualidade da vítima e a distribuição nas Regiões brasileiras.

• Segundo idade:

No que diz respeito ao total de óbitos por acidentes de transporte nas capitais brasileiras (Tabela 13), as faixas etárias mais atingidas foram as de 15 a 19 anos e as de 20 a 24 anos, cujas contribuições estiveram entre 17% e 18%. As idades de 25 a 29 e de 30 a 34 anos também apresentaram proporção semelhante entre si, porém, num patamar inferior, entre 13% e 14%. A somatória das ocorrências no espectro etário de 15 a 34 anos contribui com mais de 60% das mortes por este tipo de causa externa. As proporções das demais faixas etárias variaram entre 10% e 11%, exceto o segmento de 10 a 14 anos que apresentou a menor contribuição, com, aproximadamente, 7%.

As proporções encontradas no presente estudo apresentam uma elevação iniciada na faixa de 15 a 19 anos e redução a partir de 20 a 24 anos, com tendência de elevação a partir de 40 a 44 anos. Esse perfil guarda semelhança com o descrito por CARDOSO (2005).

PARPINELLI (1997), por sua vez estudando a mortalidade de mulheres em idade reprodutiva no município de Campinas, observou menor incidência de mortes por acidentes de transporte nas idades de 10 a 14 anos e um aumento das incidências nas faixas de 15 a 19 anos, mantendo-se estáveis nas demais idades.

Nesses estudos, observa-se em comum a menor incidência de acidentes de transporte nas idades de 10 a 14 anos em relação às demais idades, com aumento a partir da faixa de 15 a 19 anos.

Tabela 13 - Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por acidentes de transporte, segundo faixa etária e Região, 1º semestre de 2002 (Nº e %).

| Faixa etária (anos) | Norte | | Nordeste | | Sudeste | | Sul | | Centro Oeste | | Total | |
|---------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|-----------|--------------|--------------|--------------|------------|--------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 10 a 14 | - | - | 2 | 2,6 | 15 | 11,9 | 3 | 8,3 | 2 | 3,6 | 22 | 6,9 |
| 15 a 19 | 10 | 41,7 | 16 | 20,8 | 12 | 9,5 | 7 | 19,4 | 11 | 20,0 | 56 | 17,6 |
| 20 a 24 | 4 | 16,7 | 10 | 13,0 | 23 | 18,3 | 5 | 13,9 | 13 | 23,6 | 55 | 17,3 |
| 25 a 29 | 2 | 8,3 | 10 | 13,0 | 21 | 16,7 | 4 | 11,1 | 6 | 10,9 | 43 | 13,5 |
| 30 a 34 | 2 | 8,3 | 20 | 26,0 | 3 | 2,4 | 7 | 19,4 | 10 | 18,2 | 42 | 13,2 |
| 35 a 39 | 2 | 8,3 | 12 | 15,6 | 14 | 11,1 | 2 | 5,6 | 1 | 1,8 | 31 | 9,7 |
| 40 a 44 | 1 | 4,2 | 1 | 1,3 | 17 | 13,5 | 4 | 11,1 | 10 | 18,2 | 33 | 10,4 |
| 45 a 49 | 3 | 12,5 | 6 | 7,8 | 21 | 16,7 | 4 | 11,1 | 2 | 3,6 | 36 | 11,3 |
| Total | 24 | 100,0 | 77 | 100,0 | 126 | 100,0 | 36 | 100,0 | 55 | 100,0 | 318 | 100,0 |

Observa-se, nesta tabela, que não há uniformidade entre as Regiões brasileiras, quanto à distribuição de óbitos por acidentes de transporte por faixas etárias.

Na Região Norte, cerca de 42% dos óbitos ocorreram nas idades de 15 a 19 anos, seguindo-se o grupo de 20 a 24 anos com, aproximadamente, 17%, e nenhuma ocorrência entre 10 e 14 anos. A faixa de 45 a 49 anos contribuiu com cerca de 13% das mortes.

Na Região Nordeste, as idades mais atingidas estavam na faixa de 30 a 34 anos, com 26% dos óbitos por esse tipo de causa externa, seguindo-se o grupo de 15 a 19 anos, com cerca de 21%. A faixa de 35 a 39 anos ocupa a terceira posição com, aproximadamente, 16% e os grupos de 20 a 24 e de 25 a 29 anos tiveram proporções iguais a 13%. Quase 90% dos óbitos ocorreram nas idades entre 15 e 39 anos.

Na Região Sudeste, as mortes por acidentes de transporte predominaram nas idades de 20 a 24 e de 25 a 29 anos, com cerca de 18% e 17%, respectivamente. Destaca-se ainda a faixa de 45 a 49 anos, em torno de 17% e a contribuição das idades de 10 a 14 anos, com quase 12%. Esse perfil de distribuição difere das demais Regiões que mantiveram menor proporção no

segmento de 10 a 14 anos. Outra diferença se verifica na faixa de 30 a 34 anos que apresenta a menor proporção de óbitos (2,4%), em relação ao observado nesse mesmo grupo nas outras Regiões.

Na Região Sul, a maior concentração de óbitos por acidentes de transporte foi observada nos grupos de 15 a 19 e 30 a 34 anos, com 19% cada. Em segundo lugar, com cerca de 14%, esteve a faixa de 20 a 24 anos. As idades de 25 a 29, de 40 a 44 e de 45 a 49 anos contribuíram com proporções iguais de, aproximadamente, 11%.

Na Região Centro-Oeste, a maior proporção de mortes ocorreu em mulheres de 20 a 24 anos que, juntamente com o grupo de 15 a 19 anos, somaram cerca de 44% das ocorrências. Destaca-se a diferença da proporção de óbitos entre mulheres de 35 a 39 anos, perto de 2%, em relação às faixas adjacentes, de 30 a 34 e de 40 a 44 anos, nas quais a proporção se manteve em torno de 18%. Essa Região apresentou a menor proporção de óbitos em relação ao perfil de distribuição das outras Regiões nas idades de 45 a 49 anos.

O MINISTÉRIO da SAÚDE (2004), analisando os acidentes de transporte ocorridos no período de 1981 a 2001, constatou uma tendência de queda das mortes por essa causa, em mulheres de todas as faixas etárias, exceto a de 30 a 39 anos, na Região Nordeste. Verificou, ainda, que a Região Centro-Oeste apresentou maior risco de morte feminina em todos os anos estudados, para todas as faixas etárias; a Região Sul ficou em segundo lugar, com maior incidência até 29 anos, com tendência a diminuir, nas demais idades, apresentando valores próximos aos das capitais das Regiões Sudeste e Nordeste.

Embora as capitais da Região Centro-Oeste não ocupem a primeira posição em número total de óbitos (55) por acidentes de transporte, em 2002, observa-se que essas cidades apresentaram a maior taxa de mortalidade com 6,8 mortes por cem mil mulheres. A Região Sul ocupou o segundo lugar com 6,2 óbitos por cem mil mulheres. Estes números conferem com o perfil obtido pelo Ministério da Saúde, no estudo acima citado.

A implantação do Código de Trânsito pelo Governo Federal em 1998 é vista como aliada à diminuição dos óbitos de mulheres por acidentes de transporte, principalmente na Região Sul, com reflexos em todos os grupos etários. Na Região

Sudeste, foram beneficiadas as idades de 30 a 49 anos e na Centro-Oeste houve redução em todas as faixas etárias, exceto nas de 20 a 29 e de 40 a 49 anos. As demais Regiões não apresentaram mudanças significativas (MINISTÉRIO da SAÚDE, 2004).

Outra característica relacionada com os acidentes de transportes diz respeito ao número de veículos por habitante. KILSZTAJN *et al.* (2001), ao estudar a relação entre taxa de mortalidade por acidentes de trânsito e número de veículos por habitante, em 61 países e 51 localidades brasileiras, verificaram que, quanto maior a frota de veículos por habitantes, menor é o número de óbitos por veículo. Esta relação inversa entre a concentração de veículos e o número de óbitos por acidentes de transportes, pode ser atribuída a vários fatores, dentre eles, a necessidade de maior organização e disciplina do tráfego, que terminam por aumentar a segurança de motoristas e pedestres.

MALAQUIAS *et al.* (2002) acentuam que, em países desenvolvidos, como por exemplo, a Inglaterra, não é feita uma simples associação entre densidade demográfica e número de veículos; esses autores consideram uma gama de fatores relacionados com a segurança do tráfego, como qualidade da estrutura viária, cuidadoso controle de qualidade de veículos, maior disciplina de motoristas e pedestres, educação e gestão do sistema viário como um todo.

• Segundo qualidade da vítima

As vítimas de acidentes de transporte são assim definidas pela CID 10:

- Pedestre:
 - toda pessoa envolvida em um acidente, mas que, no momento em que o mesmo ocorreu não estava viajando no interior de ou sobre um veículo a motor, trem em via férrea, bonde, veículo de tração animal ou outro veículo, ou sobre bicicleta ou animal.
- Condutor:
 - ocupante de um veículo a motor que o manobra (guia) ou tem a intenção de manobrá-lo.
- Passageiro:
 - todo ocupante de um veículo que não o condutor

Ciclista:

- toda pessoa que viaja sobre um veículo a pedal, ou no "side-car" ou em um reboque ligado a esse veículo a pedal.

Motociclista:

- toda pessoa que viaja sobre uma motocicleta ou no "side-car" ou em um reboque fixado a esse veículo.

A Figura 5 mostra que, do total de 318 óbitos por acidentes de transporte, metade das vítimas estava incluída na qualidade de pedestre; cerca de 23% eram passageiras e, aproximadamente, 11% eram motociclistas. Dos quase 16% restantes, menos de 2% eram ciclistas e em cerca de 14% dos casos não foi esclarecida a qualificação da vítima .

Esses achados comprovam o que vários autores vêm estudando em diferentes regiões do país, para os dois sexos, ou seja, o pedestre representa, proporcionalmente, a principal vítima fatal em decorrência desse tipo de acidente (ANDRADE e MELLO JORGE, 2001; CAMARGO, ORTIZ e FONSECA, 2000; MELLO JORGE e GOTLIEB, 2000). Tais autores referem a maior suscetibilidade da condição de pedestre em relação às demais vítimas fatais de acidentes de transporte. GAWRYSZEWSKY (2002), por sua vez, chama a atenção para o fato de que, no caso de atropelamento, o corpo humano recebe o impacto do choque com o veículo, cuja estrutura associada à energia do movimento constitui-se numa condição muito desigual, geradora de lesões graves, mesmo estando em baixa velocidade. A autora cita estudo da Companhia de Engenharia de Tráfego (CET), no ano de 1993, que aponta uma desproporção entre o número de vítimas fatais em acidentes de tráfego e atropelamentos. Nestes, a proporção de vítimas fatais é de 8,1%, contra 2,0% nos demais acidentes de trânsito.

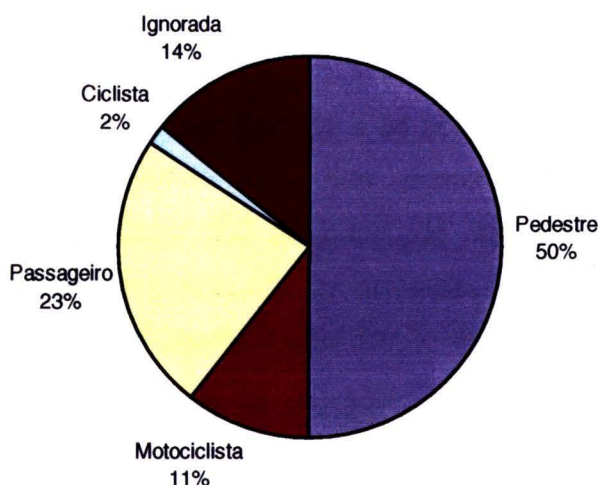
Em outros países, verifica-se do mesmo modo um maior número de vítimas fatais por acidentes de transporte, entre mulheres na condição de pedestre. Na cidade do México, por exemplo, 95% das mortes por acidente de transporte ocorrem por atropelamento; para cada vítima fatal, outras 13 recebem atenção hospitalar. Em Ghana, onde 75% das mortes por acidente de transporte ocorrem nas idades de 5 a 14 anos, também predominam os atropelamentos como causa de morte. (HIJAR-MEDINA, 2000; LONDON *et al.*, 2002).

Estudo realizado pelo Conselho Europeu de Segurança nas Estradas constatou que, para cada quilômetro rodado nas estradas da União Européia, o pedestre tem probabilidade oito vezes maior de morrer em um acidente de transporte em relação ao passageiro de automóvel. (PEDEN *et al.*, 2004).

Investigando a distribuição dos óbitos por acidentes de transportes segundo tamanho dos municípios e tipos de vítimas, MALAQUIAS *et al.* (2002) observaram que, nos municípios maiores, os pedestres são as principais vítimas, enquanto que, nos de menor porte, são motociclistas e ocupantes de veículos. GAWRYSZEWSKI e MELLO JORGE (2000), estudando a mortalidade por acidente de transporte no município de São Paulo observaram que a proporção de óbitos de motociclistas era pouco expressiva, nas estatísticas oficiais, sugerindo haver subnotificação deste tipo de acidente com esse tipo de vítima. Consideram que este tipo de veículo tem sido cada vez mais utilizado como meio de transporte no lazer e no trabalho, principalmente em serviços de entregas rápidas.

Motociclistas em serviços de entregas nas capitais nem sempre trabalham em condições adequadas de segurança. Tal fato ocorre em razão dos riscos da estrutura viária, das falhas de educação, falta de disciplina e de controle de tráfego, o que leva a um maior risco de acidentes, embora ainda seja um trabalho predominantemente masculino. Dados relatam que na cidade de Londrina, as mulheres se acidentaram mais como passageiras de motocicletas (51,8%) e de carro (76,2%) (ANDRADE e MELLO JORGE, 2000).

Figura 5 - Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por acidentes de transporte, segundo a condição da vítima, 1º semestre de 2002.



Os óbitos por acidentes de transporte, segundo faixa etária e condição da vítima (Tabela 14), ocorridos nas idades de 10 a 14 anos vitimaram principalmente pedestres (54,5%), seguidas por passageiras, com 36,4% e motociclistas com 9,1%.

Na faixa de 15 a 19 anos, mantém-se o predomínio de pedestres com 50% das mortes. Em segundo lugar ficaram os óbitos de motociclistas e passageiras, com 16,1%, seguindo-se as ciclistas, com 5,4%. Em 12,5% dos casos, a qualificação das vítimas foi ignorada.

Do total de óbitos por acidentes de transporte, cerca de 17% ocorreram nas idades entre 20 e 24 anos. Nesse grupo fica prejudicada a comparação da proporção de pedestres (29,1%), em relação às demais situações em face ao grande número de casos nos quais a condição das vítimas é ignorada (36,4%).

No grupo etário de 25 a 29 anos é ainda maior a contribuição dos óbitos de pedestres (60,5%), seguindo-se as passageiras (23,3%) com 11,6% dos casos classificados como ignorados.

Na faixa etária de 30 a 34 anos, os óbitos por acidentes de transportes tiveram a seguinte distribuição: pedestres, com 38,1%; passageiros com 26,2%; e motociclistas com 21,4%. Em 14,2% dos casos, não foi possível determinar a qualificação das vítimas.

Entre as mulheres de 35 a 39 anos houve, de igual modo, um predomínio das mortes em pedestres, com 61,3%. As mortes em pedestres ocorreram em todas as faixas etárias, com maior peso na de 40 a 44 anos (75,8%).

Nas faixas de 20 a 24 anos e de 30 a 34 anos, a proporção de casos não esclarecidos quanto à condição da vítima não permite confirmar a condição de pedestre como principal vítima dos acidentes de transporte. Entretanto esta condição é fortemente predominante nas demais idade, nas quais eram menores os percentuais de casos ignorados quanto à qualificação da vítima.

Do restante dos acidentes de transportes, pouco menos de um quarto ocorreu com passageiros (75 casos). Destes, o maior número de vítimas tinha idade entre 45 e 49 anos (14 casos).

Quase metade dos óbitos ocorreu nas idades de 20 a 34 anos (45,3%). Entre as motociclistas ocorreram óbitos em todos os grupos etários, predominando nas idades de 15 a 19 e 30 a 34 anos com 9 casos em cada grupo.

VILLELA (2005), citando Melo Jorge *et al.* e Minayo *et al.*, refere-se à crescente participação da mulher no mercado de trabalho como fator de maior exposição aos acidentes de transporte, na condição de pedestre, de condutora ou de passageira.

Tabela 14 - Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por acidentes de transporte, segundo faixa etária e condição da vítima, 1º semestre de 2002 (Nº e %).

| Faixa Etária (anos) | Pedestre | | Motociclista | | Passageiro | | Ciclista | | Ignorado | | Total | |
|---------------------|------------|-------------|--------------|-------------|------------|-------------|----------|------------|-----------|-------------|------------|--------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 10 a 14 | 12 | 54,5 | 2 | 9,1 | 8 | 36,4 | - | - | - | - | 22 | 100,0 |
| 15 a 19 | 28 | 50,0 | 9 | 16,1 | 9 | 16,1 | 3 | 5,4 | 7 | 12,5 | 56 | 100,0 |
| 20 a 24 | 16 | 29,1 | 5 | 9,1 | 12 | 21,8 | 2 | 3,6 | 20 | 36,4 | 55 | 100,0 |
| 25 a 29 | 26 | 60,5 | 1 | 2,3 | 11 | 25,6 | - | - | 5 | 11,6 | 43 | 100,0 |
| 30 a 34 | 16 | 38,1 | 9 | 21,4 | 11 | 26,2 | - | - | 6 | 14,3 | 42 | 100,0 |
| 35 a 39 | 19 | 61,3 | 3 | 9,7 | 9 | 29,0 | - | - | - | - | 31 | 100,0 |
| 40 a 44 | 25 | 75,8 | 3 | 9,1 | 1 | 3,0 | - | - | 4 | 12,1 | 33 | 100,0 |
| 45 a 49 | 17 | 47,2 | 2 | 5,6 | 14 | 38,9 | - | - | 3 | 8,3 | 36 | 100,0 |
| Total | 159 | 50,0 | 34 | 10,7 | 75 | 23,6 | 5 | 1,6 | 45 | 14,2 | 318 | 100,0 |

• Distribuição dos acidentes de transportes nas Regiões

O número de acidentes de transporte na Região Norte foi menor (24 óbitos) em relação a outras Regiões. A faixa etária com maior número de óbitos foi a de 15 a 19 anos (10 casos), dos quais, 50% eram pedestres. Não ocorreram óbitos por acidente de transporte na faixa de 10 a 14 anos. As pedestres foram as principais vítimas (37,5%), seguidas pelas passageiras (29,2%) e pelas motociclistas (25,0%) (Tabela 15).

Das capitais que compõem a Região Norte, Manaus foi a que apresentou maior número de mortes por acidentes de transporte, com 10 casos; Belém, Palmas e Rio Branco tiveram o menor número, com 2 casos em cada cidade.

Tabela 15 - Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais da Região Norte por acidentes de transporte, segundo faixa etária e condição da vítima, 1º semestre de 2002 (Nº e %).

| Faixa Etária (anos) | Pedestre | | Motociclista | | Passageiro | | Ciclista | | Ignorado | | Total | |
|---------------------|----------|-------------|--------------|-------------|------------|-------------|----------|------------|----------|------------|-----------|--------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 15 a 19 | 5 | 50,0 | 2 | 20,0 | 2 | 20,0 | 1 | 10,0 | - | - | 10 | 100,0 |
| 20 a 24 | - | - | 1 | 25,0 | 2 | 50,0 | - | - | 1 | 25,0 | 4 | 100,0 |
| 25 a 29 | - | - | 1 | 50,0 | 1 | 50,0 | - | - | - | - | 2 | 100,0 |
| 30 a 34 | 1 | 11,1 | 1 | 50,0 | - | - | - | - | - | - | 2 | 100,0 |
| 35 a 39 | - | - | - | - | 2 | 100,0 | - | - | - | - | 2 | 100,0 |
| 40 a 44 | - | - | 1 | 100,0 | - | - | - | - | - | - | 1 | 100,0 |
| 45 a 49 | 3 | 33,3 | - | - | - | - | - | - | - | - | 3 | 100,0 |
| Total | 9 | 37,5 | 6 | 25,0 | 7 | 29,2 | 1 | 4,2 | 1 | 4,2 | 24 | 100,0 |

Do total de 77 óbitos ocorridos nas capitais da Região Nordeste (Tabela 16), 46 deles, que correspondem a, aproximadamente, 60%, envolveram pedestres, em todos os grupos etários, exceto o de 40 a 44 anos. Predominou as idades de 25 e 39 anos, cujas proporções somam cerca de 61% com esse tipo de vítima. Das demais condições de vítima, predominaram os óbitos de motociclistas na faixa etária de 30 a 34 (60%), ocorridos em Recife, Fortaleza e Salvador. A Tabela mostra também a ausência de ocorrências entre ciclistas.

A maioria dos óbitos nessa Região ocorreu na faixa etária de 30 a 34 anos, com 20 casos, sendo que, metade deles, foi com pedestres; 30% com motociclistas e 20% com passageiras. Nas mulheres de 15 a 19 anos, houve 16 mortes, distribuídas em: pedestres (50%), motociclistas e passageiras (12,5% cada); em 4 casos não foi possível a qualificar a vítima.

Entre as mulheres de 35 a 39 anos ocorreram 12 óbitos, sendo 83,3% em pedestres e os demais em ocupantes de veículo. Nessa Região, todos os óbitos ocorridos na faixa etários de 45 a 49 anos foram com pedestres.

Tabela 16 - Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais da Região Nordeste por acidentes de transporte, segundo faixa etária e condição da vítima, 1º semestre de 2002 (Nº e %).

| Faixa Etária (anos) | Pedestre | | Motociclista | | Passageiro | | Ciclista | | Ignorado | | Total | |
|---------------------|-----------|-------------|--------------|-------------|------------|-------------|----------|----------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 10 a 14 | 2 | 100,0 | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 | 100,0 |
| 15 a 19 | 8 | 50,0 | 2 | 12,5 | 2 | 12,5 | - | - | 4 | 25,0 | 16 | 100,0 |
| 20 a 24 | 2 | 20,0 | 2 | 20,0 | 2 | 20,0 | - | - | 4 | 40,0 | 10 | 100,0 |
| 25 a 29 | 8 | 80,0 | - | - | 0 | 0,0 | - | - | 2 | 20,0 | 10 | 100,0 |
| 30 a 34 | 10 | 50,0 | 6 | 30,0 | 4 | 20,0 | - | - | - | - | 20 | 100,0 |
| 35 a 39 | 10 | 83,3 | - | - | 2 | 16,7 | - | - | - | - | 12 | 100,0 |
| 40 a 44 | - | - | - | - | 1 | 100,0 | - | - | - | - | 1 | 100,0 |
| 45 a 49 | 6 | 100,0 | - | - | - | - | - | - | - | - | 6 | 100,0 |
| Total | 46 | 59,7 | 10 | 13,0 | 11 | 14,3 | - | - | 10 | 13,0 | 77 | 100,0 |

Na Região Sudeste (Tabela 17) mais da metade dos óbitos das capitais ocorreu por acidentes com pedestres pertencentes a todos os grupos etários, exceto a faixa etária de 30 a 34 anos. A idade da maior parte desses pedestres (56,3%) situava-se entre 10 e 29 anos. Destaca-se a faixa de 40 a 44 anos que, só ela, contribuiu com cerca de 25% dos óbitos de pedestre, o que representa a maior proporção dessas ocorrências em relação aos demais grupos etários. Nessa faixa etária, todos os óbitos ocorreram com pedestres. As ocorrências fatais com ocupantes de veículos figuram em segundo lugar com 39 óbitos, sendo que aproximadamente um terço deles tinha idade entre 45 e 49 anos. O baixo número de óbitos com motociclistas (3 casos) e ciclista (2 casos) contrasta com o que se observa com pedestre e ocupantes.

É importante constatar que, apesar do método da investigação abranger visita no domicílio, em 13% dos casos não foi possível conhecer a qualidade da vítima. Esse elevado percentual, de certa forma prejudica a análise da situação nas Regiões.

Analisando as capitais que compõem a Região Sudeste, a cidade de Vitória destaca-se pela ausência de óbitos por acidentes de transporte. Quase a totalidade dos óbitos por acidentes de transporte nessa Região ocorreu no Rio de Janeiro (42 casos) e em São Paulo (78 casos).

Tabela 17 - Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais da Região Sudeste por acidentes de transporte, segundo faixa etária e condição da vítima, 1º semestre de 2002 (Nº e %).

| Faixa Etária (anos) | Pedestre | | Motociclista | | Passageiro | | Ciclista | | Ignorado | | Total | |
|---------------------|-----------|-------------|--------------|------------|------------|-------------|----------|------------|-----------|-------------|------------|--------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 10 a 14 | 9 | 60,0 | - | - | 3 | 40,0 | - | - | - | - | 15 | 100,0 |
| 15 a 19 | 9 | 75,0 | - | - | 3 | 25,0 | - | - | - | - | 12 | 100,0 |
| 20 a 24 | 6 | 26,1 | - | - | 6 | 26,1 | 2 | 8,7 | 9 | 39,1 | 23 | 100,0 |
| 25 a 29 | 12 | 57,1 | - | - | 6 | 28,6 | - | - | 3 | 14,3 | 21 | 100,0 |
| 30 a 34 | - | - | - | - | 3 | 100,0 | - | - | - | - | 3 | 100,0 |
| 35 a 39 | 8 | 57,1 | 3 | 21,4 | 3 | 21,4 | - | - | - | - | 14 | 100,0 |
| 40 a 44 | 17 | 100,0 | - | - | - | - | - | - | - | - | 17 | 100,0 |
| 45 a 49 | 6 | 28,6 | - | - | 12 | 57,1 | - | - | 3 | 14,3 | 21 | 100,0 |
| Total | 67 | 53,2 | 3 | 2,4 | 39 | 30,9 | 2 | 1,6 | 15 | 11,9 | 126 | 100,0 |

A Tabela 18 mostra a predominância dos acidentes de transportes com pedestres na Região Sul, distribuídos em todas as faixas etárias, exceto na de 35 a 39 anos, com maior participação da faixa de 30 a 34 anos, apresentando cerca de 33% do total dos óbitos. Os óbitos com passageiros de veículos aparecem em segundo lugar na distribuição dos acidentes de transportes, distribuindo-se igualmente nas faixas etárias de 10 a 39 anos; em terceiro lugar apareceram as motociclistas nas faixas etárias de 40 a 49 anos, que representaram 50% dos óbitos.

Curitiba e Porto Alegre, da Região Sul com 16 óbitos cada uma, foram as capitais com maior número de óbitos por acidentes de transporte, com predomínio de pedestres, com distribuição etária diferente nas duas capitais; em Curitiba ocorreram aproximadamente 33% nas idades de 15 a 19 anos e o restante nas idades de 20 a 29 anos. Porto Alegre, por seu lado, teve cerca de 66% nas idades de 40 a 49 anos.

Tabela 18 - Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais da Região Sul por acidentes de transporte, segundo faixa etária e condição da vítima, 1º semestre de 2002 (Nº e %).

| Faixa Etária (anos) | Pedestre | | Motociclista | | Passageiro | | Ciclista | | Ignorado | | Total | |
|---------------------|-----------|-------------|--------------|-------------|------------|-------------|----------|------------|----------|------------|-----------|--------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 10 a 14 | 1 | 33,3 | - | - | 2 | 66,7 | - | - | - | - | 3 | 100,0 |
| 15 a 19 | 2 | 28,6 | - | - | 2 | 28,6 | 2 | 28,6 | 1 | 14,3 | 7 | 100,0 |
| 20 a 24 | 1 | 20,0 | - | - | 2 | 40,0 | - | - | 2 | 40,0 | 5 | 100,0 |
| 25 a 29 | 2 | 50,0 | - | - | 2 | 50,0 | - | - | - | - | 4 | 100,0 |
| 30 a 34 | 5 | 71,4 | - | - | 2 | 28,6 | - | - | - | - | 7 | 100,0 |
| 35 a 39 | - | - | - | - | 2 | 100,0 | - | - | - | - | 2 | 100,0 |
| 40 a 44 | 2 | 50,0 | 2 | 50,0 | - | - | - | - | - | - | 4 | 100,0 |
| 45 a 49 | 2 | 50,0 | 2 | 50,0 | - | - | - | - | - | - | 4 | 100,0 |
| Total | 15 | 41,7 | 4 | 11,1 | 12 | 33,3 | 2 | 5,6 | 3 | 8,3 | 36 | 100,0 |

No que diz respeito às capitais da Região Centro-Oeste (Tabela 19), a maior parte das vítimas fatais por acidentes de transporte foi de pedestres (40%), predominando a faixa etária de 20 a 24 anos, com, aproximadamente, 32%. Somados os óbitos de pedestres com idades de 15 a 29 anos, representaram 68% dessas ocorrências. Do restante, cerca de 27% aconteceram entre 40 e 44 anos, quase 5% entre 35 e 39 anos, não havendo registro de ocorrências deste tipo nos demais segmentos etários.

Óbitos por acidentes com motociclistas e passageiros de veículos somaram 17, valor próximo ao de eventos em condição ignorada.

Os acidentes com motociclistas atingiram a faixa de 10 a 14 anos. Tal fato não se observa nos demais tipos de ocorrência, destacando-se a predominância nas idades de 15 a 24 anos com quase 64% que, somadas à faixa de 10 a 14 anos, ultrapassam 80% dos óbitos de motociclistas.

Tabela 19 - Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais da Região Centro-Oeste por acidentes de transporte, segundo faixa etária e condição da vítima, 1º semestre de 2002 (Nº e %).

| Faixa etária (anos) | Pedestre | | Motociclista | | Passageiro | | Ignorado | | Total | |
|---------------------|-----------|-------------|--------------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 10 a 14 | - | - | 2 | 100,0 | - | - | - | - | 2 | 100,0 |
| 15 a 19 | 4 | 36,4 | 5 | 45,5 | - | - | 2 | 18,2 | 11 | 100,0 |
| 20 a 24 | 7 | 53,8 | 2 | 15,4 | - | - | 4 | 30,8 | 13 | 100,0 |
| 25 a 29 | 4 | 66,7 | - | - | 2 | 33,3 | - | - | 6 | 100,0 |
| 30 a 34 | - | - | 2 | 20,0 | 2 | 20,0 | 6 | 60,0 | 10 | 100,0 |
| 35 a 39 | 1 | 100,0 | - | - | - | - | - | - | 1 | 100,0 |
| 40 a 44 | 6 | 60,0 | - | - | - | - | 4 | 40,0 | 10 | 100,0 |
| 45 a 49 | - | - | - | - | 2 | 100,0 | - | - | 2 | 100,0 |
| Total | 22 | 40,0 | 11 | 20,0 | 6 | 10,9 | 16 | 29,1 | 55 | 100,0 |

Quanto às taxas de mortalidade, nos acidentes de transporte - já vistos anteriormente (Tabela 11) - foram de 4,5 por cem mil mulheres de 10 a 49 anos, variando entre 3,7 nas capitais da Região Norte e 6,8 nas capitais do Centro-Oeste, todas medidas por cem mil mulheres. Destacam-se também as capitais sulinas com taxas de 6,2 por cem mil, ambas bastante elevadas.

MELLO JORGE e LATORRE (1994) chamavam a atenção para as taxas de mortalidade por acidentes de trânsito no Brasil, entre as mulheres, que, no período de 1979 a 1983, passavam de 7,8 para 8,5 por cem mil.

Para 1986, dados da Organização Mundial da Saúde referem também para o país, no sexo feminino, 9,4 por cem mil mulheres como sendo a taxa de mortalidade por acidentes de trânsito. Verifica-se, portanto, que, comparando-se esses dados, a mortalidade por essa causa está em declínio (OMS, 1993).

4.4. 2 Homicídios

A CID 10 define homicídios como lesões infligidas por outras pessoas, empregando qualquer meio, com intenção de lesar (ferir) ou de matar (OMS, 1995).

Com a elaboração da DO nova, após a investigação e a análise das causas dos óbitos, constatou-se que houve um ganho de 28,3% para o diagnóstico de homicídio.

No estudo realizado por MELLO JORGE *et al.* (2002), o ganho no diagnóstico de homicídio foi de 500%, numa amostra de óbitos por causas externas entre homens e mulheres, sem referência à proporção de mulheres.

As taxas de mortalidade de mulheres por homicídio vêm aumentando significativamente no Brasil desde a década de 80. Com efeito, passou de dois para quatro óbitos por cem mil mulheres nos triênios 1979-1981 e 1997-1999, respectivamente. Esse crescimento ocorreu em todas as Regiões: no Sudeste foi de 106%; no Centro-Oeste, 102%; no Sul, 89%; no Nordeste, 66% e no Norte, 55%. No Brasil, o crescimento observado foi de 86%. REIS *et al.* (s.d.), citando Minayo e Souza, relacionam esse aumento de homicídios com fatores de natureza sócio-cultural: o aumento das tensões sociais, o desemprego, a falta de expectativas, o mercado ilegal de trabalho no tráfico, o aumento de porte de armas de fogo pela população, impunidade pelos crimes e a corrupção.

CAMARGO (2002), analisando a distribuição de mortes de mulheres por homicídio no Estado de São Paulo, constatou que, apesar de serem inferiores em relação ao sexo masculino, apresentam valores elevados se comparados com vários países de continentes diversos, ficando atrás apenas da Colômbia e da Rússia.

• Segundo Idades

No que diz respeito aos homicídios entre mulheres de 10 a 49 anos, neste trabalho, verifica-se que a faixa etária com maior proporção em relação ao total de ocorrências nas capitais brasileiras foi a de 20 a 24 anos (25%). Nas Regiões Nordeste (33%), Sudeste (27%) e Norte (26%), esse grupo etário também esteve em primeira posição, juntamente com a faixa de 40 a 44 anos da Região Norte (Tabela 20).

PARPINELLI (1997), HADDAD e SILVA (2000) e VILLELA (2005) encontraram maior proporção e taxas de homicídios em mulheres, também na faixa etária de 20 a 24 anos. O MINISTÉRIO da SAÚDE (2004), entretanto, estudando os óbitos femininos por homicídio no Brasil em 2001, mostra maior proporção no grupo etário de 15 a 19 anos, de modo semelhante ao encontrado por GAWRYSZEWSKI e MELLO JORGE (2000) para o Município de São Paulo em 1999.

Em alguns países, foram observados picos de incidência de óbitos por essa causa, em mulheres com idades entre 15 e 29 anos. Na África subsaariana, por

exemplo, a taxa de mortalidade por homicídio nesse grupo etário foi de 19,4 por cem mil; na América Latina foi de 9,5 por cem mil; e nos EUA foi de 6,9 por cem mil mulheres (REZA *et al.*, 2000).

O presente estudo constatou que a Região Sudeste contribuiu com mais da metade do total de óbitos por homicídios (63%), sendo que metade deles aconteceu nas idades de 15 a 24 anos. Trata-se da Região que apresenta a maior taxa de mortalidade para homicídios (8,3 por cem mil mulheres). Desde a década de 80, apresenta-se como a que tem maior risco de morte por homicídios, tanto para mulheres como para os homens. Nesses últimos, a faixa etária em que mais ocorreu aumento anual do risco, foi a de 10 a 39 anos, enquanto que nas mulheres a faixa de 10 a 19 anos foi a que apresentou maior crescimento anual e probabilidade de morrer (MINISTÉRIO da SAÚDE, 2004).

A faixa etária de 15 a 19 anos foi a mais comprometida na Região Centroeste, com 24,4% dos óbitos, diferentemente do resultado obtido em 2001 pelo MINISTÉRIO da SAÚDE (2004), no qual o grupo etário de 30 a 39 anos foi o que apresentou maior risco de morte.

É relevante a distribuição de proporções na Região Sul onde se destaca o número de mortes ocorridas nas idades de 35 a 39 anos, com quase 36% do total. Este valor é o maior quando comparado com o perfil de distribuição das demais Regiões, na mesma faixa etária e também entre todos os demais percentuais obtidos. A Região Sul ainda se diferenciou das demais Regiões pela baixa proporção de óbitos na faixa de 20 a 24 anos, com, aproximadamente, 3%, contra 25% no total das capitais brasileiras. Além disso, não ocorreu nenhum óbito na faixa de 15 a 19 anos, quando no total das capitais brasileiras a proporção foi de 20%. A ocorrência de 13% de óbitos entre mulheres de 10 a 14 anos é outro diferencial da Região Sul em relação às demais onde esta proporção esteve entre 0% e 4%. Em 2001, essa Região foi a que apresentou o menor risco de morte por homicídio, tanto para mulheres quanto para os homens, em todas as faixas etárias. As mulheres, de 15 a 19 anos, tiveram 2,7 vezes menor probabilidade de morrer por homicídio do que as da Região Sudeste e as de 20 a 29 anos, 1,4 vez. Santa Catarina foi o estado que apresentou menor risco. Independente do sexo e da faixa etária, a probabilidade de morte para seu habitante, por homicídio, foi 87% menor do que o

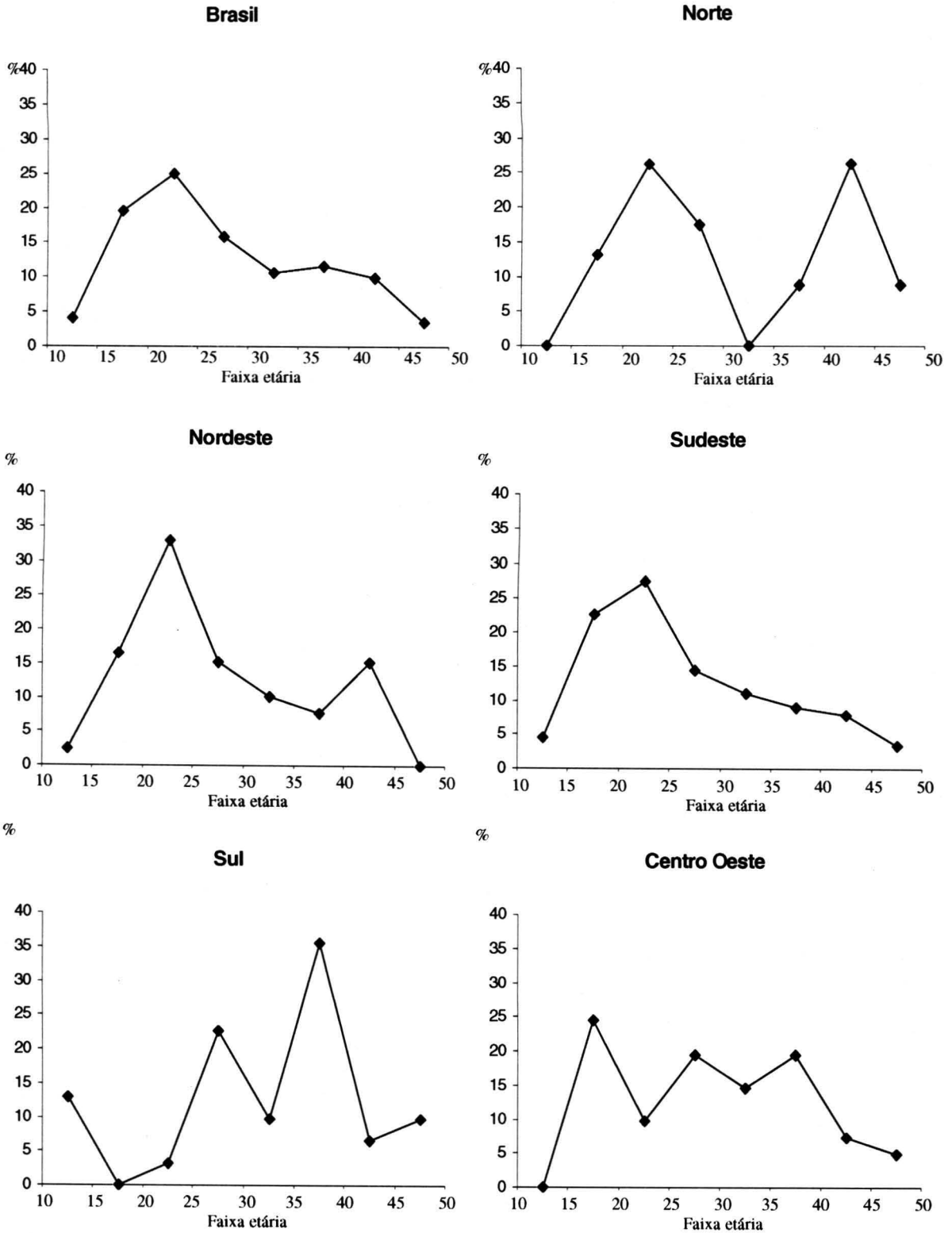
Estado de Pernambuco, e 82% menor que o Estado do Rio de Janeiro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Tabela 20 - Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por homicídio, segundo faixa etária e Região, 1º semestre de 2002 (Nº e %).

| Faixa etária (anos) | Norte | | Nordeste | | Sudeste | | Sul | | Centro Oeste | | Total | |
|---------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|-----------|--------------|--------------|--------------|------------|--------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 10 a 14 | - | - | 2 | 2,5 | 12 | 4,4 | 4 | 12,9 | - | - | 18 | 4,1 |
| 15 a 19 | 3 | 13,0 | 13 | 16,5 | 61 | 22,6 | - | - | 10 | 24,4 | 87 | 19,6 |
| 20 a 24 | 6 | 26,1 | 26 | 32,9 | 74 | 27,4 | 1 | 3,2 | 4 | 9,8 | 111 | 25,0 |
| 25 a 29 | 4 | 17,4 | 12 | 15,2 | 39 | 14,4 | 7 | 22,6 | 8 | 19,5 | 70 | 15,8 |
| 30 a 34 | - | - | 8 | 10,1 | 30 | 11,1 | 3 | 9,7 | 6 | 14,6 | 47 | 10,6 |
| 35 a 39 | 2 | 8,7 | 6 | 7,6 | 24 | 8,9 | 11 | 35,5 | 8 | 19,5 | 51 | 11,5 |
| 40 a 44 | 6 | 26,1 | 12 | 15,2 | 21 | 7,8 | 2 | 6,5 | 3 | 7,3 | 44 | 9,9 |
| 45 a 49 | 2 | 8,7 | - | - | 9 | 3,3 | 3 | 9,7 | 2 | 4,9 | 16 | 3,6 |
| Total | 23 | 100,0 | 79 | 100,0 | 270 | 100,0 | 31 | 100,0 | 41 | 100,0 | 444 | 100,0 |

Com relação aos óbitos por homicídios, a Figura 6 mostra as distribuições das idades.

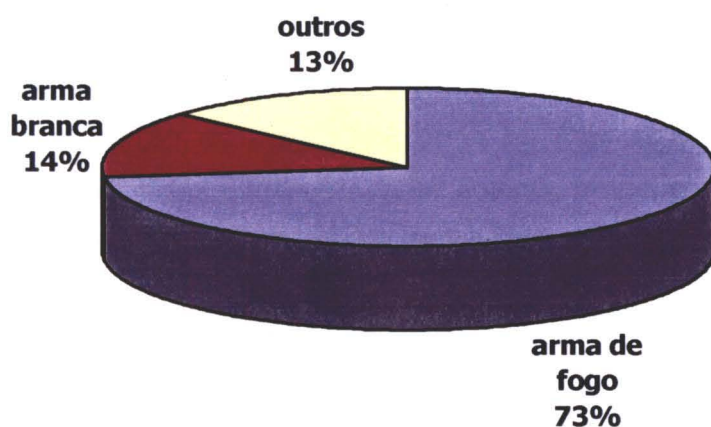
Figura 6 - Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por homicídios, segundo faixa etária e Regiões brasileiras, 1º semestre de 2002 (%).



Em relação aos tipos de homicídios, foram considerados os meios de agressão utilizados: arma de fogo, arma branca e outros meios. Estes últimos, pela baixa frequência, foram agrupados em "outros" na tabulação dos dados, incluindo os casos de: queda, afogamento, substâncias químicas, enforcamento, afogamento, fumaça, fogo, objeto contundente, força corporal e ainda outros mais.

É interessante observar que, em 73% dos casos, os homicídios foram perpetrados com o uso de arma de fogo.

Figura 7 – Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por homicídio, segundo meio de agressão, 1º semestre de 2002 (N e %).



Os dados da Tabela 21 indicam que mais de 70% dos homicídios (324 casos) foram por arma de fogo; a maioria das vítimas (74,4%) tinha idade entre 15 e 34 anos, havendo predomínio da faixa de 20 a 24 anos (26,9%). As demais idades tiveram contribuição menor, sobretudo entre 10 a 14 anos (5,6%) e 45 a 49 anos (4%).

No Brasil, a proporção de homicídios de mulheres por arma de fogo, em 2001, foi de 72,0% (MINISTÉRIO da SAÚDE, 2004). Este valor é próximo do que foi encontrado no presente trabalho (73,0%). Outros estudos observaram percentuais diferentes. Tal diferença pode estar relacionada com o fato de utilizarem população de municípios; portanto não representativa das diversas regiões do país. CARDOSO (2005), pesquisando a mortalidade feminina em idade fértil na cidade de Cascavel (PR), obteve valor menor (51,4%). No Município de São Paulo em 1999, conforme estudo realizado por GAWRYSZEWSKI e MELLO JORGE (2000), a arma de fogo foi o meio utilizado em 43,8% dos homicídios de mulheres. As autoras dessa pesquisa compararam o resultado obtido com o que foi observado em estudo feito com dados do Instituto Médico Legal, abrangendo menores de 19 anos. A comparação revelou uma proporção de mortes por arma de fogo significativamente maior (91,0%). Essa divergência é atribuída, pelas autoras, a uma possível subestimação dos dados relativos à utilização de armas de fogo nas declarações de óbito.

Os valores apresentados nesses estudos apontam a importância da arma de fogo como instrumento de homicídio de mulheres brasileiras; o mesmo se observa nos dados da população geral. Mudanças desfavoráveis no âmbito social, demográfico e político podem constituir-se em fatores predisponentes para o surgimento de sensação coletiva de insegurança, de incerteza, de comprometimento de valores humanos principalmente em áreas de maior concentração populacional, de desigualdades sociais e de gênero. Todos esses fatores estão associados à maior disponibilidade e procura de armas de fogo, como alternativas de resposta à insegurança; aliados a fatores culturais, podem facilitar agressões fatais.

Segundo Reiss, citado por PERES e SANTOS (2005), as taxas de homicídios por armas de fogo sofrem variações entre os países, em decorrência de algumas características de cada um deles: políticas, sociais, estrutura jurídica e de segurança, fatores demográficos e culturais.

BARATA *et al.* (1999), referindo-se a vários estudos, em diferentes países, chamam a atenção para o fato de haver uma associação entre disponibilidade de armas no domicílio e taxas de homicídios em vários países.

A existência de arma de fogo no domicílio representa para as mulheres, um risco de morte por homicídio, aproximadamente, duas vezes maior do que para os homens. Possivelmente, esse risco maior, está relacionado ao fato de que os homicídios em mulheres ocorrem mais freqüentemente no domicílio, principalmente pelos parceiros, ex-parceiros e familiares (PERES e SANTOS, 2005).

GIFFIN (1994) cita revisão de estudos sobre homicídios em mulheres, mostrando a percentagem das que foram assassinadas por parceiros íntimos: 62% no Canadá, em 1987; 70% em 1992 e 73% na Nova Guiné, de 1979 a 1982.

No Brasil, na década de 90, os coeficientes de mortalidade por homicídios tiveram um aumento relativo de 27,5% e os homicídios que utilizaram armas de fogo, 72,5%. Embora o maior crescimento dos homicídios por arma de fogo, no período, tenha ocorrido entre os homens, também as mulheres, em menor proporção, manifestaram crescimento para esse tipo de homicídio. Embora a arma de fogo como instrumento desse tipo de agressão ocorra em maior número, no período estudado, o uso de outros instrumentos de igual modo também cresceu entre as mulheres, mais do que entre os homens (PERES e SANTOS, 2005).

Os demais homicídios, quanto ao meio de agressão, dividem-se em dois grupos de proporção semelhante: os atribuídos a arma branca e os atribuídos a outros meios de agressão que incluem o uso de objeto contundente, a força corporal, o enforcamento e o afogamento, entre outros, identificados e agrupados na tabela como "outros". Aproximadamente 64% das vítimas de homicídios por arma branca tinham idade entre 15 e 29 anos; a maioria delas (29,5%) pertencia ao grupo etário de 15 a 19 anos. O restante das mortes por esse meio de agressão ocorreu nas idades de 30 a 44 anos, não havendo registro desse tipo de homicídio nas idades de 10 a 14 e 45 a 49 anos.

Cerca de metade das mortes por outros meios de agressão (49,2%) acometeram mulheres com idade entre 35 e 49 anos, havendo predomínio no grupo de 35 a 39 anos, com 37,3%. O grupo de 15 a 29 anos contribuiu com quase 46 % desses óbitos, com maior incidência nas idades de 25 a 29 anos (18,6%).

REIS *et al.* (s.d.) em 1999, analisando no Brasil os homicídios por arma branca em mulheres, encontraram maior proporção de mortes por esse meio, em mulheres de 30 a 39 e 40 a 49 anos (30,0% e 29,2% respectivamente). Tal resultado revelou-se diferente do que foi observado neste trabalho.

CARDOSO (2005) observou que 40,5% dos homicídios na cidade de Cascavel, na Região Sul, foram por arma branca, valor superior ao encontrado neste estudo, que foi de 13,7%.

Tabela 21 - Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por homicídio, segundo faixa etária e meio de agressão, 1º semestre de 2002 (Nº e %).

| Faixa etária (anos) | Arma de fogo | | Arma branca | | Outros | | Total | |
|------------------------|--------------|--------------|-------------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 10 a 14 | 18 | 5,6 | - | - | - | - | 18 | 4,1 |
| 15 a 19 | 62 | 19,1 | 18 | 29,5 | 7 | 11,9 | 87 | 19,6 |
| 20 a 24 | 87 | 26,9 | 15 | 24,6 | 9 | 15,3 | 111 | 25,0 |
| 25 a 29 | 53 | 16,4 | 6 | 9,8 | 11 | 18,6 | 70 | 15,8 |
| 30 a 34 | 39 | 12,0 | 5 | 8,2 | 3 | 5,1 | 47 | 10,6 |
| 35 a 39 | 19 | 5,9 | 10 | 16,4 | 22 | 37,3 | 51 | 11,5 |
| 40 a 44 | 33 | 10,2 | 7 | 11,5 | 4 | 6,8 | 44 | 9,9 |
| 45 a 49 | 13 | 4,0 | - | - | 3 | 5,1 | 16 | 3,6 |
| Total | 324 | 100,0 | 61 | 100,0 | 59 | 100,0 | 444 | 100,0 |

- **Distribuição dos homicídios nas Regiões**

As Tabelas de 22 a 26 mostram a situação dos óbitos por homicídios em mulheres residentes nas capitais das diversas Regiões brasileiras.

Os homicídios em mulheres nas capitais da Região Norte ocorreram principalmente pelo uso de arma branca, acometendo de modo especial as de 20 a 24 anos (36,4%), seguida pelas de 15 a 19 e de 40 a 44 anos (27,3% cada uma). Somando-se os homicídios por arma branca e os agrupados no item "outros", que

engloba as agressões por força física, afogamentos e uso de objetos contundentes, tem-se um total de 20 óbitos.

Esse número corresponde a quase 90% dos homicídios na Região Norte; o restante ocorreu pelo uso de arma de fogo, apenas 3 óbitos. Observam-se dois grupos distintos situados nas faixas de 15 a 29 e de 35 a 49 anos, com 56,5% e 43,5%, respectivamente. Nos dois grupos, as faixas intermediárias, de 20 a 24 e de 40 a 44 anos apresentaram os maiores percentuais (26,1% cada). O primeiro grupo é formado pela soma de eventos em diversas capitais, sendo que um terço (4 casos) ocorreu na cidade de Belém. A particularidade do segundo grupo é a contribuição da cidade de Manaus, com mais de 40% do total de homicídios da Região Norte (10 óbitos). Esses óbitos aconteceram principalmente nas idades de 35 a 49 anos, representando 80% de todas os homicídios nesse segmento etário na Região (Tabela 22).

Na cidade de Palmas houve um único óbito, por arma branca na faixa etária de 25 a 29 anos.

Tabela 22 - Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais da Região Norte por homicídio, segundo faixa etária e meio de agressão, 1º semestre de 2002 (Nº e %).

| Faixa etária (anos) | Arma de fogo | | Arma branca | | Outros | | Total | |
|------------------------|--------------|--------------|-------------|--------------|----------|--------------|-----------|--------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 15 a 19 | - | - | 3 | 27,3 | - | - | 3 | 13,0 |
| 20 a 24 | - | - | 4 | 36,4 | 2 | 22,2 | 6 | 26,1 |
| 25 a 29 | 1 | 33,3 | 1 | 9,1 | 2 | 22,2 | 4 | 17,4 |
| 30 a 34 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 35 a 39 | - | - | - | - | 2 | 22,2 | 2 | 8,7 |
| 40 a 44 | 2 | 66,7 | 3 | 27,3 | 1 | 11,1 | 6 | 26,1 |
| 45 a 49 | - | - | - | - | 2 | 22,2 | 2 | 8,7 |
| Total | 3 | 100,0 | 11 | 100,0 | 9 | 100,0 | 23 | 100,0 |

A distribuição dos homicídios na Região Nordeste mostra a predominância da utilização da arma de fogo, com 52 óbitos, dos quais quase 70% ocorreram nas idades de 20 a 34 anos, sendo a maior proporção na faixa etária de 20 a 24 anos, com 38,5%. Observa-se ainda que a faixa de 40 a 44 anos apresenta-se isolada, com 19,2%, sendo que as faixas adjacentes não registraram nenhuma ocorrência. Nota-se também que o número de ocorrências na faixa de 20 a 24 anos corresponde a 5 vezes o número de mortes no grupo etário anterior (15 a 19 anos). Nos homicídios por arma branca verifica-se uma distribuição semelhante nas idades entre 25 e 44 anos e um predomínio entre 15 e 24 anos, com aproximadamente, 53% das mortes por esse tipo de agressão. Do total de homicídios atribuídos a outros meios de agressão, 60% ocorreu entre 15 e 24 anos e os outros 40% entre 35 e 39 anos (Tabela 23).

Analisando a distribuição dos homicídios nas capitais da Região Nordeste, pode-se observar que em São Luís não houve nenhuma ocorrência no período estudado; Aracaju teve 1 homicídio por arma branca na faixa etária de 15 a 19 anos; e Teresina, também por arma branca, 2 ocorridos no grupo de 30 a 34 anos. Salvador foi a capital que apresentou maior número de homicídios por arma de fogo (24 casos), sendo que cerca de 42% destes ocorreu na faixa de 20 a 24 anos e 25% na de 40 a 44 anos. Maceió vem em segundo lugar com 10 casos ocorridos,

principalmente nas idades de 25 a 29 e 40 a 44 anos (40% cada uma). A cidade de Recife ocupa o terceiro lugar nas agressões por arma de fogo, com 8 casos distribuídos uniformemente nas faixas etárias de 15 a 34 anos; também ocorreram 8 homicídios por arma branca nessa capital, acometendo em 75% as idades de 15 a 24 anos, e os restantes 25% as idades de 40 a 44 anos.

Tabela 23 - Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais da Região Nordeste por homicídio, segundo faixa etária e meio de agressão, 1º semestre de 2002 (Nº e %).

| Faixa etária (anos) | Arma de fogo | | Arma branca | | Outros | | Total | |
|---------------------|--------------|--------------|-------------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 10 a 14 | 2 | 3,8 | - | - | - | - | 2 | 2,5 |
| 15 a 19 | 4 | 7,7 | 5 | 29,4 | 4 | 40,0 | 13 | 16,5 |
| 20 a 24 | 20 | 38,5 | 4 | 23,5 | 2 | 20,0 | 26 | 32,9 |
| 25 a 29 | 10 | 19,2 | 2 | 11,8 | - | - | 12 | 15,2 |
| 30 a 34 | 6 | 11,5 | 2 | 11,8 | - | - | 8 | 10,1 |
| 35 a 39 | - | - | 2 | 11,8 | 4 | 40,0 | 6 | 7,6 |
| 40 a 44 | 10 | 19,2 | 2 | 11,8 | - | - | 12 | 15,2 |
| Total | 52 | 100,0 | 17 | 100,0 | 10 | 100,0 | 79 | 100,0 |

Na Região Sudeste também houve a predominância dos homicídios por arma de fogo (84%), com distribuição em todas as faixas etárias, sendo que 77,5% deles ocorreram entre as idades de 15 a 34 anos, com maior contribuição das de 20 a 24 anos (28,2%) e de 15 a 19 (22,9%). Do total de homicídios, aproximadamente 8% foi por arma branca, ocorrendo principalmente nas faixas etárias de 20 a 24 (31,8%), de 15 a 19 e de 35 a 39 anos (27,3% cada uma). Os outros meios de agressão - uso de força corporal, enforcamento, fogo e outros meios - contribuíram com cerca de 8%, distribuídos entre as idades de 15 a 44 anos com maior participação das de 35 a 39 anos (28,6%). A cidade de São Paulo foi responsável por 213 (78,9%) do total de homicídios da Região, dos quais 180 (84,5%) foram por arma de fogo, ocorrendo em todas as faixas etárias, preponderando nas de 20 a 24 (30%) e de 15 a 19 anos (25%). No Rio de Janeiro houve 48 homicídios, predominando a arma de fogo (39 casos), com distribuição em todos os grupos etários, com contribuição maior os de 20 a 24 e de 25 a 29 anos (23,1% cada um).

Nas cidades de Vitória e Belo Horizonte, apesar do número pequeno de homicídios, predominou o uso de arma de fogo (6 e 2 respectivamente) (Tabela 24).

Tabela 24 - Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais da Região Sudeste por homicídio, segundo faixa etária e meio de agressão, 1º semestre de 2002 (Nº e %).

| Faixa etária (anos) | Arma fogo | | Arma branca | | Outros | | Total | |
|------------------------|------------|--------------|-------------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 10 a 14 | 12 | 5,3 | - | - | - | - | 12 | 4,4 |
| 15 a 19 | 52 | 22,9 | 6 | 27,3 | 3 | 14,3 | 61 | 22,6 |
| 20 a 24 | 64 | 28,2 | 7 | 31,8 | 3 | 14,3 | 74 | 27,4 |
| 25 a 29 | 33 | 14,5 | 3 | 13,6 | 3 | 14,3 | 39 | 14,4 |
| 30 a 34 | 27 | 11,9 | - | - | 3 | 14,3 | 30 | 11,1 |
| 35 a 39 | 12 | 5,3 | 6 | 27,3 | 6 | 28,6 | 24 | 8,9 |
| 40 a 44 | 18 | 7,9 | - | - | 3 | 14,3 | 21 | 7,8 |
| 45 a 49 | 9 | 4,0 | - | - | - | - | 9 | 3,3 |
| Total | 227 | 100,0 | 22 | 100,0 | 21 | 100,0 | 270 | 100,0 |

Na Região Sul ocorreram 31 homicídios, dos quais 19 (61,3%) foram por meio de arma de fogo. O grupo etário mais atingido foi o de 25 a 29 anos (26,3%), sendo que as faixas etárias adjacentes de 20 a 24 e de 30 a 35 anos contribuíram com percentuais de 5,3% e 10,5%, respectivamente.

O perfil de distribuição dos homicídios por arma de fogo na Região Sul apresenta algumas peculiaridades que devem ser observadas: vítimas com idade de 10 a 14 anos numa proporção de 21,1%, inferior apenas ao observado no grupo de 25 a 29 anos; não ocorrência de mortes entre 15 e 19 anos de idade e ainda a abrupta elevação da proporção desse tipo de evento do grupo de 20 a 24 anos (5,3%), para o grupo de 25 a 29 anos (26,3%). Nas idades de 30 a 49 anos observa-se uma distribuição uniforme (10,5%), exceto a faixa de 35 a 39 anos (15,8%). A soma das mortes ocorridas em mulheres com idade entre 30 e 49 anos corresponde a 47,3%.

Analisando-se a distribuição dessas ocorrências nas capitais que compõem a Região Sul, observa-se que as mortes nas idades de 10 a 14 anos ocorreram em Curitiba e Porto Alegre, enquanto se observam vítimas com idade de 25 e 29 anos em todas as capitais da Região. Os homicídios por arma branca ocorreram em 3 casos (9,7%). Os outros meios de agressão utilizados foram: objeto contundente, enforcamento e maus tratos, que foram responsáveis por 9 homicídios (19,4%), ocorridos principalmente na faixa etária de 35 a 39 anos (66,7%).

Do total de 31 homicídios na Região Sul, 18 ocorreram na cidade de Porto Alegre. Esta cidade contribuiu com 8 dos 9 homicídios por outras causas (89%) e 10 dos 19 homicídios por arma de fogo (53%) (Tabela 25).

Tabela 25 - Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais da Região Sul por homicídio, segundo faixa etária e meio de agressão, 1º sem 2002 (Nº e %).

| Faixa etária (anos) | Arma de fogo | | Arma branca | | Outros | | Total | |
|---------------------|--------------|--------------|-------------|--------------|----------|--------------|-----------|--------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 10 a 14 | 4 | 21,1 | - | - | - | - | 4 | 12,9 |
| 15 a 19 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 20 a 24 | 1 | 5,3 | - | - | - | - | 1 | 3,2 |
| 25 a 29 | 5 | 26,3 | - | - | 2 | 22,2 | 7 | 22,6 |
| 30 a 34 | 2 | 10,5 | 1 | 33,3 | - | - | 3 | 9,7 |
| 35 a 39 | 3 | 15,8 | 2 | 66,7 | 6 | 66,7 | 11 | 35,5 |
| 40 a 44 | 2 | 10,5 | - | - | - | - | 2 | 6,5 |
| 45 a 49 | 2 | 10,5 | - | - | 1 | 11,1 | 3 | 9,7 |
| Total | 19 | 100,0 | 3 | 100,0 | 9 | 100,0 | 31 | 100,0 |

Dos 41 homicídios ocorridos na Região Centro-Oeste, 23 deles (56,1%) foi por arma de fogo, com presença em todas as faixas etárias, exceto na de 10 a 14 anos. Verifica-se ainda que o grupo de 15 a 19 anos, isoladamente, foi o mais atingido (26,1%), com metade do valor observado no de 25 a 39 anos (52,2%). A agressão por arma branca foi responsável por 8 óbitos (19,5%), acometendo de modo especial a faixa etária de 15 a 19 anos (50%). Os outros meios de agressão - força corporal, objeto contundente, enforcamento e fogo, responsáveis por 10 casos

- ocorreram principalmente nas idades de 25 a 29 (40%) e nas de 35 a 39 anos com a mesma proporção (Tabela 26).

Tabela 26 - Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais da Região Centro-Oeste por homicídio, segundo faixa etária e meio de agressão, 1º semestre de 2002 (Nº e %).

| Faixa etária (anos) | Arma de fogo | | Arma branca | | Outros | | Total | |
|---------------------|--------------|--------------|-------------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 15 a 19 | 6 | 26,1 | 4 | 50,0 | - | - | 10 | 24,4 |
| 20 a 24 | 2 | 8,7 | - | - | 2 | 20,0 | 4 | 9,8 |
| 25 a 29 | 4 | 17,4 | - | - | 4 | 40,0 | 8 | 19,5 |
| 30 a 34 | 4 | 17,4 | 2 | 25,0 | - | - | 6 | 14,6 |
| 35 a 39 | 4 | 17,4 | - | - | 4 | 40,0 | 8 | 19,5 |
| 40 a 44 | 1 | 4,3 | 2 | 25,0 | - | - | 3 | 7,3 |
| 45 a 49 | 2 | 8,7 | - | - | - | - | 2 | 4,9 |
| Total | 23 | 100,0 | 8 | 100,0 | 10 | 100,0 | 41 | 100,0 |

Quanto às taxas de mortalidade para homicídios, o valor para o conjunto das capitais brasileiras foi de 6,3 por cem mil mulheres de 10 a 49 anos, conforme visto na Tabela 11, variando entre 3,5 na Região Norte e 8,3 no Sudeste, com valores médios no Nordeste (4,5), Centro-Oeste (5,1) e Sul (5,4), todas medidas por cem mil mulheres. Estudo realizado na cidade de Campinas, com mulheres de 10 a 49 anos de idade, verificou que as taxas de mortalidade por homicídio apresentaram dois picos: entre 20 a 24 anos com 5 por cem mil mulheres e nas de 35 a 39 anos, 3 por cem mil (PARPINELLI 1997). BARATA *et al.* (2002) analisando a tendência temporal dos homicídios na cidade de São Paulo de 1974 a 1994, observaram que as maiores taxas de mortalidade por essa causa, nesse período, ocorreram em mulheres de 20 a 39 anos.

4.4.3 Suicídios - lesões auto infligidas

Suicídio é definido na CID 10 como a morte provocada por lesões ou envenenamento autoinfligidos intencionalmente.

No ato suicida existe uma intenção autodestrutiva do indivíduo e que poderá resultar em morte, o que se denomina *comportamento suicida fatal*. Atos suicidas que não resultam em morte são classificados como *comportamento suicida não fatal, ou tentativa de suicídio* (KRUG et al 2002). Dados sobre suicídios e tentativas de suicídio não são, na maioria dos países, plenamente conhecidos pela dificuldade de se coletar informações a respeito. MELLO JORGE (1990), de longa data, discute a qualidade dessas estatísticas; SAYER (1996) refere que cerca de 25% das tentativas de suicídio são atendidas em hospitais; porém, a grande maioria dos atos suicidas permanece desconhecida. Estima-se que o comportamento suicida não fatal seja mais freqüente em indivíduos jovens e mulheres. Quanto à mortalidade do ato suicida, as taxas mais elevadas estão entre os homens (KRUG et al., 2002).

Estudo realizado na Noruega, com aproximadamente dez mil adolescentes com idades de 12 a 20 anos, constatou que 8% deles já tinham tentado suicídio; desse percentual, 2,7% o fizeram no transcorrer dos dois anos da pesquisa. Mostrou também que a maior probabilidade de tentativa de suicídio estava presente no sexo feminino, no período da puberdade, entre aqueles que manifestaram idéias suicidas, em usuários de bebida alcoólica, nos indivíduos que não viviam com ambos os pais, ou que demonstraram baixo nível de auto-estima (WICHSTRON, 2000).

MENEGHEL et al. (2004), citando Mosciki, chamam a atenção para as situações descritas como as mais importantes, na atualidade, para o comportamento suicida: aumento de transtornos depressivos, crescimento do uso abusivo de substâncias psicoativas, início precoce da puberdade, levando a mudanças psicobiológicas, elevação do número de estressores sociais e mudanças nos padrões de aceitação de comportamentos suicidas, e aumento na disponibilidade de modelos suicidas.

Em relação às causas externas, com a elaboração da DO nova pós investigação dos óbitos ocorridos, houve um ganho de diagnóstico de suicídio de

147,5%, visto que o número de mortos por essa causa passou de 80 na DO Original para 198 na DO Nova.

Em outro trabalho (MELLO JORGE *et al.*, 2002), realizado em 15 capitais brasileiras, em óbitos por causas externas, na população geral, foi também verificado um ganho de 100% nos diagnósticos de suicídio, percentual inferior ao encontrado no presente estudo.

• Segundo Idades

A faixa de idade mais acometida, no total das capitais brasileiras, foi a de 20 a 24 anos, com pouco mais de 20% das mortes. As Regiões Sudeste e Nordeste somam 145 ocorrências, o que equivale a 73% do total (Tabela 27).

Tabela 27 - Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por suicídio, segundo faixa etária e Região, 1º semestre de 2002 (Nº e %).

| Faixa etária (anos) | Norte | | Nordeste | | Sudeste | | Sul | | Centro Oeste | | Total | |
|---------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|--------------|--------------|------------|--------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 10 a 14 | - | - | 2 | 3,0 | 4 | 5,1 | - | - | - | - | 6 | 3,0 |
| 15 a 19 | 5 | 41,7 | 6 | 9,0 | 8 | 10,3 | 4 | 18,2 | 4 | 21,1 | 27 | 13,6 |
| 20 a 24 | 3 | 25,0 | 20 | 29,9 | 11 | 14,1 | 2 | 9,1 | 4 | 21,1 | 40 | 20,2 |
| 25 a 29 | 2 | 16,7 | 6 | 9,0 | 14 | 17,9 | 2 | 9,1 | 2 | 10,5 | 26 | 13,1 |
| 30 a 34 | 1 | 8,3 | 6 | 9,0 | 9 | 11,5 | 2 | 9,1 | 1 | 5,3 | 19 | 9,6 |
| 35 a 39 | 1 | 8,3 | 9 | 13,4 | 8 | 10,3 | - | - | - | - | 18 | 9,1 |
| 40 a 44 | - | - | 12 | 17,9 | 9 | 11,5 | 4 | 18,2 | 8 | 42,1 | 33 | 16,7 |
| 45 a 49 | - | - | 6 | 9,0 | 15 | 19,2 | 8 | 36,4 | - | - | 29 | 14,6 |
| Total | 12 | 100,0 | 67 | 100,0 | 78 | 100,0 | 22 | 100,0 | 19 | 100,0 | 198 | 100,0 |

Todas as Regiões apresentam perfis distributivos peculiares, sendo que, na Região Nordeste, a faixa de idades mais atingida foi a de 20 a 24 anos (30%). As Regiões Sul e Sudeste concentram maior proporção de ocorrências nas idades de 45 a 49 anos, com cerca de 19% e 36%, respectivamente.

A Região Norte destaca-se pelo fato de que quase 42% de óbitos por suicídio ocorreram nas idades de 15 a 19 anos, contra, aproximadamente, 14% no total das capitais. O mesmo percentual (42%) se verifica na Região Centro-Oeste, na faixa de 40 a 44 anos, contra, aproximadamente, 17% no total das capitais brasileiras.

Na faixa de 10 a 14 anos somente as Regiões Nordeste e Sudeste apresentaram mortes por este tipo de causa externa.

Entre as mulheres, na África, na Índia, na China e em outros países asiáticos, foram observados picos de elevação das taxas de mortalidade por suicídio, nas idades de 15 a 29 anos. A China e a Índia tiveram as maiores taxas entre mulheres em idade fértil, com 44,2 por cem mil mulheres e 22,5 por cem mil, respectivamente, sendo que, na África, Índia e em alguns países asiáticos, a taxa de suicídio em idade fértil superou as observadas nas demais idades (REZA *et al.*, 2000).

- **Segundo Tipos**

A distribuição dos suicídios, quanto aos meios de auto-agressão utilizados, pode ser visualizada na Figura 8. A ocorrência segundo faixa etária e meios de auto-agressão é mostrada na Tabela 28.

Figura 8 - Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por suicídios segundo meio de auto agressão, 1º semestre de 2002.

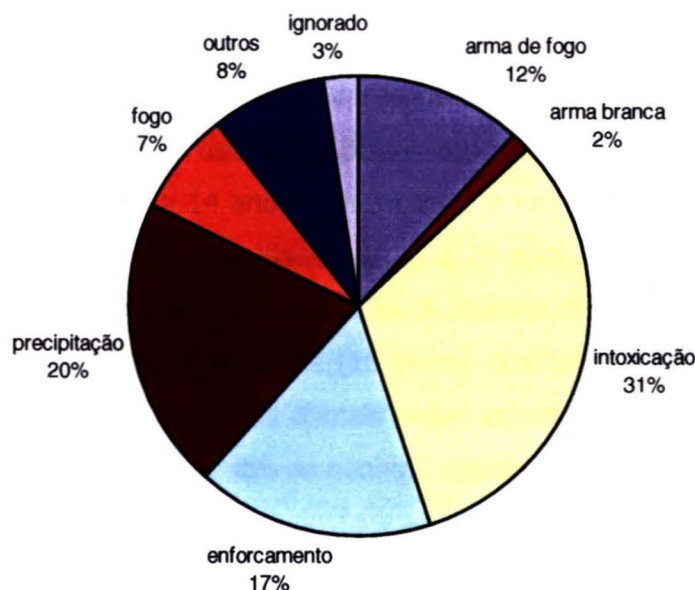


Tabela 28 - Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por suicídio, segundo faixa etária e meio de agressão, 1º semestre de 2002 (Nº e %).

| Faixa Etária (anos) | Arma fogo | | Arma branca | | Intoxicação | | Enforcam. | | Precipit. | | Fogo | | Outros | | Ignorado | | Total | | |
|---------------------|-----------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|----------|--------------|------------|--------------|------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | |
| 10 a 14 | 3 | 13,0 | - | - | 3 | 4,8 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 6 | 3,0 |
| 15 a 19 | 1 | 4,3 | - | - | 8 | 12,7 | 11 | 33,3 | 2 | 4,9 | 2 | 14,3 | 3 | 18,8 | - | - | - | 27 | 13,6 |
| 20 a 24 | 7 | 30,4 | - | - | 10 | 15,9 | 6 | 18,2 | 13 | 31,7 | 2 | 14,3 | - | - | 2 | 40,0 | - | 40 | 20,2 |
| 25 a 29 | 2 | 8,7 | - | - | 14 | 22,2 | 2 | 6,1 | 5 | 12,2 | 3 | 21,4 | - | - | - | - | - | 26 | 13,1 |
| 30 a 34 | - | - | - | - | 8 | 12,7 | 3 | 9,1 | 4 | 9,8 | 3 | 21,4 | 1 | 6,3 | - | - | - | 19 | 9,6 |
| 35 a 39 | - | - | - | - | 3 | 4,8 | 7 | 21,2 | 2 | 4,9 | 2 | 14,3 | 1 | 6,3 | 3 | 60,0 | - | 18 | 9,1 |
| 40 a 44 | 8 | 34,8 | - | - | 10 | 15,9 | 4 | 12,1 | 9 | 22,0 | - | - | 2 | 12,5 | - | - | - | 33 | 16,7 |
| 45 a 49 | 2 | 8,7 | 3 | 100,0 | 7 | 11,1 | - | - | 6 | 14,6 | 2 | 14,3 | 9 | 56,3 | - | - | - | 29 | 14,6 |
| Total | 23 | 100,0 | 3 | 100,0 | 63 | 100,0 | 33 | 100,0 | 41 | 100,0 | 14 | 100,0 | 16 | 100,0 | 5 | 100,0 | 198 | 100,0 | |

O correram 198 suicídios em todas as capitais brasileiras, cuja distribuição, quanto aos meios de auto-agressão utilizados, aponta o predomínio de intoxicação, que inclui o uso de pesticida e drogas, com 63 casos, o que equivale a, aproximadamente, 31% dos suicídios.

O uso de pesticidas ocorreu em 42 casos, o que corresponde a 67% dos casos de intoxicação.

As intoxicações por drogas representadas por fármacos e narcóticos aconteceram em 21 casos. O uso de pesticidas ocorreu em todas as faixas etárias, inclusive nas idades de 10 a 14 anos com 3 casos, e nas de 15 a 19 com 8 casos. Há, entretanto, o predomínio das idades de 15 a 29 anos, com cerca de 60% das ocorrências por esse meio de auto-agressão. A maioria desses óbitos ocorreu nas Regiões Sudeste (22 casos) e Nordeste (16 casos) que contribuíram com cerca de 90% dos óbitos por esse meio. Os demais casos ocorreram nas Regiões Centro-Oeste e Norte, não havendo registro de nenhum evento na Região Sul.

O uso de drogas, na prática de suicídio, apresenta um perfil de distribuição caracterizado pela concentração nas idades de 20 a 34 anos (57,1%) e o restante entre 40 e 49 anos, não se verificando nenhum caso nas demais idades. Esses eventos ocorreram em todas as Regiões, com predomínio nas Regiões Sudeste (11 casos) e Nordeste (4), totalizando cerca de 71% de todos os suicídios por uso de drogas. As demais Regiões contribuíram com 2 casos cada uma, somando, aproximadamente, 30%.

Os suicídios por precipitação de lugar elevado, que ocupam o segundo lugar com 41 casos, tiveram uma distribuição em todas as faixas de idade, exceto a de 10 a 14 anos, predominando em dois grupos distintos, de 20 a 24 anos (31,7%) e de 40 a 44 anos (22%). Somando-se os percentuais das idades de 24 a 34 anos, tem-se, aproximadamente, 54% das mortes, enquanto que as idades de 40 a 49 somam 36,6%. As Regiões Nordeste (22 casos) e Sudeste (15) contribuíram juntas com 90,1% dos suicídios por precipitação, sendo que nas Regiões Centro-Oeste e Norte não houve registro desse tipo de ocorrência. Diferentemente do resultado obtido neste trabalho, na cidade de Campinas o enforcamento e o uso de arma de fogo ocuparam o segundo lugar, como os meios utilizados pelas mulheres para o

suicídio; na população geral do Rio Grande do Sul foi o uso de arma de fogo (PARPINELLI, 1997; MENEGHEL *et al.*, 2004).

Em número de casos, os suicídios por enforcamento ocupam a terceira posição com 33 ocorrências, distribuídas entre as faixas etárias de 15 a 44 anos, com concentração em dois grupos: no primeiro, de 15 a 24 anos (51,5%), predominam as idades de 15 a 19 anos (33,3%) e no segundo de 35 a 44 anos (33,3%) predomina o grupo de 35 a 39 anos, com 21,2% desse tipo de suicídio. A distribuição dessas mortes entre as Regiões brasileiras mostra o predomínio da Região Nordeste com 12 casos, enquanto as que as demais Regiões tiveram entre 6 e 7, exceto a Sudeste com 2 eventos.

Dos demais meios de auto-agressão, verifica-se que o uso de arma de fogo com 23 mortes predominou nas idades de 20 a 24 anos (7 casos) e de 40 a 44 (8 casos), não havendo ocorrências no grupo de 30 a 39 anos. Observa-se que entre 10 e 14 anos de idade ocorreram 3 mortes (13%) e nos demais grupo variou entre 4,3% e 8,7%. As Regiões Sudeste (10 casos), Centro-Oeste (6) e Sul (4) contribuíram com, aproximadamente, 90% das ocorrências.

Diferentes estudos voltados para a mesma temática revelaram idênticos resultados ou então resultados díspares como, por exemplo: na cidade de Campinas (SP) e de São Paulo (SP), também encontraram o envenenamento como o principal meio utilizado pelas mulheres para cometerem suicídio (MARIN – LEÓN e BARROS, 2003 ; MELLO JORGE, 1979). No Rio Grande do Sul, o meio mais utilizado, na população geral, foi o enforcamento em 62,5% dos casos. Na China os principais meios empregados no suicídio foram as precipitações de lugares elevados em 48,0% dos casos, envenenamento em 22,0% e enforcamento em 13,0% (CHAN *et al.*, 2004). Nos EUA, BAILEY *et al.* (1997), estudando os fatores de risco para mortes violentas de mulheres no domicílio, encontraram o uso da arma de fogo como principal meio utilizado por elas (42,0%) para cometerem suicídio.

- **O suicídio nas Regiões brasileiras**

Na Região Norte ocorreram 12 suicídios, distribuídos entre as faixas etárias de 15 a 39 anos, com maior proporção nas idades de 15 a 19 anos (41,7%) e nas de 20 a 29 na mesma proporção (41,7%), resultando em quase 84% do total. Metade dessas mortes foi por enforcamento, cometidos principalmente por

mulheres das faixas etárias de 15 a 24 anos (83,3%) residentes nas cidades de Boa Vista (2 casos), Macapá (1), Manaus (2) e Rio Branco (1). Pesticidas foram usados em 2 casos, distribuídos entre as idades de 15 a 19, ocorridos em Palmas, e 20 a 24 anos em Macapá. Os suicídios por drogas em número de 2 ocorreram na faixa etária de 25 a 29 anos na cidade de Belém. O uso de arma de fogo foi responsável no grupo etário de 15 a 19 anos, em Boa Vista por 1 suicídio. Em relação aos outros meios utilizados, o único caso ocorrido na Região, foi na faixa etária de 30 a 34 anos em Macapá, pela exposição a outros gases e vapores (Tabela 29).

Tabela 29 - Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais da Região Norte por suicídio, segundo faixa etária e meio de auto-agressão, 1º semestre de 2002 (Nº e %).

| Faixa Etária (anos) | Arma fogo | | Intoxicação | | Enforcam. | | Outros | | Total | |
|---------------------|-----------|--------------|-------------|--------------|-----------|--------------|----------|--------------|-----------|--------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 15 a 19 | 1 | 100,0 | 1 | 50,0 | 3 | 50,0 | - | - | 5 | 41,7 |
| 20 a 24 | - | - | 1 | 50,0 | 2 | 33,3 | - | - | 3 | 25,0 |
| 25 a 29 | - | - | 2 | 100,0 | - | - | - | - | 2 | 16,7 |
| 30 a 34 | - | - | - | - | - | - | 1 | 100,0 | 1 | 8,3 |
| 35 a 39 | - | - | - | - | 1 | 16,7 | - | - | 1 | 8,3 |
| Total | 1 | 100,0 | 4 | 100,0 | 6 | 100,0 | 1 | 100,0 | 12 | 100,0 |

A Região Nordeste teve 67 suicídios no 1º semestre de 2002, distribuídos em todas as faixas etárias, principalmente na de 20 a 24 anos com cerca de 30% do total. Nas demais faixas, observa-se que nas idades de 40 a 44 anos ocorreram aproximadamente 18% dos suicídios, os quais, acrescentados à contribuição da faixa de 35 a 39 anos, totalizam 31,3%. Verificam-se, portanto, 2 grupos de idades que contribuíram com maior proporção em relação às demais, que tiveram distribuição semelhante (9%), com exceção das idades de 10 a 14 anos, com 3%. O meio mais utilizado para a auto-agressão foi a precipitação de lugares elevados com 22 casos (32,8%). Ocorridos principalmente nos grupos etários de 20 a 24 anos (36,4%) e de 40 a 44 (27,3%), contribuindo as demais faixas etárias com cerca de 9% cada uma, com exceção da de 10 a 19 anos que não teve nenhuma ocorrência

por esse meio. Essas mortes aconteceram em Salvador (8 casos), Recife (6 casos), João Pessoa (6 casos) e Teresina (2 casos).

As intoxicações vêm em segundo lugar com 20 casos. Destes 16, são por uso de pesticida, predominando nas idades de 20 a 24 anos (37,5%). Cerca de 85% dos casos estão nas idades de 10 a 29 anos, sendo que os grupos de 10 a 14 e de 15 a 19 anos tiveram contribuição semelhante, somando 25%; este mesmo percentual foi observado também em relação às idades de 25 a 29 anos. Entre 30 e 49 anos ocorreram 2 casos na faixa de 40 a 44 anos. Quanto as capitais, Salvador e Recife, com 6 casos cada uma, foram as cidades com maior número de ocorrências (75%), ficando os 8 casos restantes distribuídos igualmente entre São Luís e Fortaleza.

O enforcamento como meio de suicídio ocorreu em 12 casos, distribuídos principalmente nas idades de 30 a 44 anos com cerca de 67% dos casos; sendo a maioria entre 35 e 39 anos (33,3%) e os 4 restantes, divididos igualmente nos grupos de 15 a 19 e de 20 a 24 anos. João Pessoa foi responsável por um terço dos suicídios por enforcamento; as cidades de Aracaju, Maceió, São Luís e Teresina tiveram, cada uma, 2 casos, não se registrando esse tipo de suicídio em Salvador, Fortaleza e Recife.

Dos demais meios de suicídio, as auto-agressões por fogo foram causa de 8 óbitos; destes 6 ocorreram em Recife, não havendo um grupo etário predominante, e 2 casos na cidade de Maceió entre 15 e 19 anos. O uso de drogas foi responsável por 4 óbitos e arma de fogo por 2. Não houve suicídio por arma branca (Tabela 30).

Tabela 30 - Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais da Região Nordeste por suicídio, segundo faixa etária e meio de auto-agressão, 1º semestre de 2002 (Nº e %).

| Faixa Etária (anos) | Arma fogo | | Intoxicação | | Enforcam. | | Precipit. | | Fogo | | Outros | | Ignorado | | Total | |
|---------------------|-----------|--------------|-------------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|----------|--------------|----------|--------------|----------|--------------|-----------|--------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 10 a 14 | - | - | 2 | 10,0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 | 3,0 |
| 15 a 19 | - | - | 2 | 10,0 | 2 | 16,7 | - | - | 2 | 25,0 | - | - | - | - | 6 | 9,0 |
| 20 a 24 | - | - | 6 | 30,0 | 2 | 16,7 | 8 | 36,4 | 2 | 25,0 | - | - | 2 | 100,0 | 20 | 29,9 |
| 25 a 29 | - | - | 4 | 20,0 | - | - | 2 | 9,1 | - | - | - | - | - | - | 6 | 9,0 |
| 30 a 34 | - | - | 2 | 10,0 | 2 | 16,7 | 2 | 9,1 | - | - | - | - | - | - | 6 | 9,0 |
| 35 a 39 | - | - | - | - | 4 | 33,3 | 2 | 9,1 | 2 | 25,0 | 1 | 100,0 | - | - | 9 | 13,4 |
| 40 a 44 | 2 | 100,0 | 2 | 10,0 | 2 | 16,7 | 6 | 27,3 | - | - | - | - | - | - | 12 | 17,9 |
| 45 a 49 | - | - | 2 | 10,0 | - | - | 2 | 9,1 | 2 | 25,0 | - | - | - | - | 6 | 9,0 |
| Ignorada | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Total | 2 | 100,0 | 20 | 100,0 | 12 | 100,0 | 22 | 100,0 | 8 | 100,0 | 1 | 100,0 | 2 | 100,0 | 67 | 100,0 |

Ocorreram 78 suicídios na Região Sudeste, tendo como causa predominantes as intoxicações com 33 casos, sendo que, em 22 deles, foram utilizados pesticidas. O uso de pesticidas ocorreu em todas as faixas etárias, exceto na de 20 a 24 anos. O maior número de vítimas tinha idade entre 25 e 29 anos (27,3%), sendo que, nas idades de 30 a 44 anos, houve uma distribuição uniforme com 13,6% em cada segmento, totalizando 54,4%. Verifica-se que em torno de 82% dos casos ocorreram nas idades de 20 a 49 anos. É importante ressaltar a presença de suicídio em mulheres muito jovens, com idades de 10 a 14 anos (4,5%) e de 15 a 19 com 13,6%. O Rio de Janeiro foi a capital que mais contribuiu para esse tipo de óbito, com 12 casos; 75% deles ocorreram entre mulheres de 25 a 34 anos. São Paulo vem em segundo lugar com 9, predominando nas faixas etárias de 35 a 44 anos com 66% dos casos.

A distribuição dos suicídios por drogas foi idêntica nas idades de 20 a 24, de 30 a 34 e de 40 a 44 anos, com 27,3% em cada um desses segmentos etários. Entre 45 e 49 anos de idade ocorreram 2 casos que correspondem a 18% do total

de 11 suicídios. Os demais grupos etários não apresentaram nenhum óbito. O Rio de Janeiro contribuiu com 6 casos, São Paulo com 3 e Vitória com 2.

A precipitação de lugares elevados foi responsável por 15 casos de suicídio, dos quais, 46,7% ocorreram nas idades de 40 a 49 anos de idade e 40% nas de 20 a 29 anos. Somando-se a distribuição das proporções referentes às idades de 15 a 29 anos, obtem-se 53,3% dos casos. As demais idades não tiveram óbitos por esse meio de auto-agressão.

A distribuição entre as capitais que compõem a Região Sudeste mostra que 80% desses casos (12) ocorreram no Rio de Janeiro, com uma distribuição uniforme entre todas as idades, exceto nas de 10 a 19 e de 30 a 39 anos, que não tiveram nenhuma ocorrência. Belo Horizonte teve 2 casos na faixa etária de 15 a 19 anos e Vitória 1 na de 45 a 49.

Dos 10 suicídios por arma de fogo, metade aconteceu na faixa etária de 20 a 24 anos, que, juntamente com as ocorrências em 25 a 29 anos totaliza 70%. Os demais casos (30%) ocorreram todos entre 10 e 14 anos e correspondem pelo total de óbitos por essa causa na cidade de São Paulo. Belo Horizonte com 4 casos, distribuídos igualmente entre 20 a 29 anos, contribuiu com 40% do total e no Rio de Janeiro todos as 3 vítimas tinham idade entre 20 e 24 anos.

A utilização do fogo como auto-agressão foi responsável por 6 mortes, todas em São Paulo com distribuição uniforme entre 20 a 24 e 25 a 29 anos de idade.

Os demais tipos de suicídio quanto ao meio de auto-agressão foram: arma branca, com 3 casos ocorridos na cidade de São Paulo, nas idades de 45 a 49 anos; enforcamento, em 2 casos em Belo Horizonte no mesmo grupo etário, outros produtos químicos e substâncias nocivas com 3 casos em São Paulo e outros meios não especificados no Rio de Janeiro em 3 casos (Tabela 31).

Tabela 31 - Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais da Região Sudeste por suicídio, segundo faixa etária e meio de auto-agressão, 1º semestre de 2002 (Nº e %).

| Faixa Etária (anos) | Arma fogo | | Arma branca | | Intoxicação | | Enforcam. | | Precipit | | Fogo | | Outros | | Ignorado | | Total | | |
|---------------------|-----------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|----------|--------------|----------|--------------|----------|--------------|-----------|--------------|------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | |
| 10 a 14 | 3 | 30,0 | - | - | 1 | 3,0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 4 | 5,1 |
| 15 a 19 | - | - | - | - | 3 | 9,1 | - | - | 2 | 13,3 | - | - | 3 | 50,0 | - | - | - | 8 | 10,3 |
| 20 a 24 | 5 | 50,0 | - | - | 3 | 9,1 | - | - | 3 | 20,0 | - | - | - | - | - | - | - | 11 | 14,1 |
| 25 a 29 | 2 | 20,0 | - | - | 6 | 18,2 | - | - | 3 | 20,0 | 3 | 50,0 | - | - | - | - | - | 14 | 17,9 |
| 30 a 34 | - | - | - | - | 6 | 18,2 | - | - | - | - | 3 | 50,0 | - | - | - | - | - | 9 | 11,5 |
| 35 a 39 | - | - | - | - | 3 | 9,1 | 2 | 100,0 | - | - | - | - | - | - | 3 | 100,0 | - | 8 | 10,3 |
| 40 a 44 | - | - | - | - | 6 | 18,2 | - | - | 3 | 20,0 | - | - | - | - | - | - | - | 9 | 11,5 |
| 45 a 49 | - | - | 3 | 100,0 | 5 | 15,2 | - | - | 4 | 26,7 | - | - | 3 | 50,0 | - | - | - | 15 | 19,2 |
| Total | 10 | 100,0 | 3 | 100,0 | 33 | 100,0 | 2 | 100,0 | 15 | 100,0 | 6 | 100,0 | 6 | 100,0 | 3 | 100,0 | 78 | 100,0 | |

A Tabela 32 apresenta a distribuição dos meios utilizados para auto-agressão na Região Sul, com um total de 22 casos, que representaram 11,1% de todos os suicídios ocorridos nas capitais brasileiras. O enforcamento foi responsável por 6 mortes, distribuídas entre mulheres de 15 a 19 anos (66,7%), ocorridas na cidade de Porto Alegre e nas de 25 a 29 (33,3%) em Curitiba. Outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas, também em número de 6 casos, aconteceram em Curitiba, na faixa etária de 45 a 49 anos.

Na cidade de Porto Alegre ocorreram todos os suicídios por arma de fogo e precipitação, que tiveram o mesmo número de casos (4), porém com distribuição diferente entre as faixas etárias, no primeiro ocorreram com proporções semelhantes nas de 40 a 44 e de 45 a 49 anos, enquanto que no segundo com igual proporção, nas de 20 a 24 e de 30 a 34 anos.

As auto-agressões por drogas ocorreram em mulheres de 40 a 44 anos (2 casos) residentes em Porto Alegre.

A cidade de Florianópolis não apresentou nenhuma morte por suicídio, no período estudado.

Tabela 32 - Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais da Região Sul por suicídio, segundo faixa etária e meio de auto-agressão, 1º semestre de 2002 (Nº e %).

| Faixa Etária (anos) | Arma fogo | | Intoxicação | | Enforcam. | | Precipitação | | Outros | | Total | |
|---------------------|-----------|--------------|-------------|--------------|-----------|--------------|--------------|--------------|----------|--------------|-----------|--------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 15 a 19 | - | - | - | - | 4 | 66,7 | - | - | - | - | 4 | 18,2 |
| 20 a 24 | - | - | - | - | - | - | 2 | 50,0 | - | - | 2 | 9,1 |
| 25 a 29 | - | - | - | - | 2 | 33,3 | - | - | - | - | 2 | 9,1 |
| 30 a 34 | - | - | - | - | - | - | 2 | 50,0 | - | - | 2 | 9,1 |
| 35 a 39 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 40 a 44 | 2 | 50,0 | 2 | 100,0 | - | - | - | - | - | - | 4 | 18,2 |
| 45 a 49 | 2 | 50,0 | - | - | - | - | - | - | 6 | 100,0 | 8 | 36,4 |
| Total | 4 | 100,0 | 2 | 100,0 | 6 | 100,0 | 4 | 100,0 | 6 | 100,0 | 22 | 100,0 |

A Região Centro-Oeste teve 19 suicídios, sendo que 36,8% (7 casos) foram por enforcamento; 31,6% (6 casos), por uso de arma de fogo; e os restantes, 31,6% distribuídos em igual proporção entre uso de pesticidas, drogas e outros produtos químicos.

Do total de 7 casos de enforcamento, 6 ocorreram na cidade de Goiânia, distribuídos com a mesma proporção entre as idades de 15 a 19, 20 a 24 e 40 a 44 anos (33,3% cada), sendo que, aproximadamente, 67% foi em mulheres de 15 a 24 anos. Cuiabá contribuiu com o único óbito ocorrido na faixa etária de 30 a 34 anos.

O uso de arma de fogo foi responsável por 6 mortes; dessas, 66,7% ocorreram na faixa etária de 40 a 44 anos, nas cidades de Brasília e Goiânia (2 casos cada), ficando o restante com as de 20 a 24 anos acontecidos em Brasília.

Os casos de suicídio por pesticida ocorreram em Brasília nas idades de 15 a 19 anos; os por drogas em mulheres de 25 a 29 anos, na cidade de Campo Grande e os por outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas na faixa etárias de 40 a 44 anos, em Goiânia (Tabela 33).

Tabela 33 - Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais da Região Centro-Oeste por suicídio, segundo faixa etária e meio de auto-agressão, 1º semestre de 2002 (Nº e %).

| Faixa Etária (anos) | Arma de fogo | | Intoxicação | | Enforcamento | | Outros | | Total | |
|---------------------|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|--------------|----------|--------------|-----------|--------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 15 a 19 | - | - | 2 | 50,0 | 2 | 28,6 | - | - | 4 | 21,1 |
| 20 a 24 | 2 | 33,3 | - | - | 2 | 28,6 | - | - | 4 | 21,1 |
| 25 a 29 | - | - | 2 | 50,0 | - | - | - | - | 2 | 10,5 |
| 30 a 34 | - | - | - | - | 1 | 14,2 | - | - | 1 | 5,3 |
| 35 a 39 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 40 a 44 | 4 | 66,7 | - | - | 2 | 28,6 | 2 | 100,0 | 8 | 42,1 |
| Total | 6 | 100,0 | 4 | 100,0 | 7 | 100,0 | 2 | 100,0 | 19 | 100,0 |

• Suicídio e transtornos mentais

No comportamento suicida interagem vários fatores de risco: os demográficos, como idade e sexo, os psíquicos e biológicos, os sociais e ambientais, além de antecedentes pessoais da vítima (KRUG *et al.*, 2000).

Os principais fatores psíquicos relacionados com o comportamento suicida são: depressão profunda e outros transtornos relacionados ao estado de humor – afetivo e afetivo bipolar; esquizofrenia e outras manifestações sintomáticas, como ansiedade, transtornos de conduta, personalidade impulsiva e sentimento de falta de esperança são também relacionados com esse tipo de comportamento. De todos os casos de suicídio, associados a patologias psiquiátricas, estima-se que a depressão participe entre 65% a 90% deles (BLUMENTHAL, 1988). Nos casos de esquizofrenia, o risco estimado de suicídio está entre 10% e 12%, sendo maior entre jovens do sexo masculino, em estágios iniciais da doença, principalmente entre aqueles que possuíam anteriormente um bom desempenho mental e social, como também os casos crônicos da doença e os que referiam medo de “desintegração” (CALDWELL e GOTTESMAN, 1990). Estudo realizado nos EUA por Beck *et al.*, citado por KRUG *et al.* (2002), aponta a manifestação de falta de esperança como um dos grandes indicadores do comportamento suicida.

MURPHY e WETZEL (1990), pesquisando a associação entre álcool e suicídio, constataram que pelo menos 25% dos casos de suicídio envolviam o uso dessa substância e que os dependentes de álcool apresentavam risco de suicídio em um nível próximo daquele observado entre portadores de transtornos depressivos. O uso de álcool e a depressão estão ligados entre si, e nem sempre é possível determinar se o álcool levou à depressão ou se a depressão induziu ao uso de álcool. Se, em alguns casos, o abuso de álcool pode ser uma tentativa de auto-medicação, em outros, essa substância pode atuar como causa de depressão, por conta da sensação de auto-desvalorização experimentada por dependentes. Em geral, suicídios cometidos por pessoas que sofrem de transtornos depressivos ocorrem na fase inicial da doença, por volta dos 30-40 anos de idade; enquanto que os suicídios associados a dependência alcoólica acontecem em faixas etárias mais tardias (KRUG *et al.*, 2002).

A doença física também pode ser fator de risco para suicídio, principalmente se for grave, muito dolorosa ou incapacitante. Estima-se que, no mínimo, seja a causa de 25% dos suicídios, podendo elevar-se para mais de 40% dos casos quando estiverem presentes transtornos de humor e sintomas depressivos. Em idosos, os suicídios associados à doença física podem chegar a 80% dos casos (DE LEO *et al.*, 1999).

Estudo realizado por ADEODATO *et al.* (2005) com mulheres vítimas de violência doméstica, encontrou, sintomas sugestivos de depressão clínica em 72,0% das vítimas. Pensamentos suicidas estavam presentes em 38,0% das vítimas, segundo esses autores. Tal valor foi superior ao encontrado em mulheres nos EUA (35,0%).

Por outro lado, outras situações podem atuar como fator protetor: relacionamentos conjugais estáveis e responsabilidades familiares estão geralmente associados a menores índices de suicídio, se comparados com pessoas separadas, viúvas ou solteiras (CLARK e FAWCET, 1992).

TUONO *et al.* (2004), analisando também o estudo da mortalidade de mulheres em idade fértil, com ênfase na mortalidade materna, realizado no 1º semestre de 2002, restringiram-se aos casos de transtornos mentais associados a suicídios e mortes por causas maternas. Mostraram que em, aproximadamente, 1%

do total dos óbitos de mulheres de 10 a 49 anos, os transtornos mentais foram a causa básica de morte; em 64% desses casos, o óbito foi decorrente do uso de substâncias psicoativas e em 12% por episódios de depressão. Relatam ainda a ocorrência de um grande número de casos nos quais houve menção à depressão por ocasião das entrevistas.

Os dados da Tabela 34 expressam informações espontâneas dos entrevistados, referentes a sintomas de transtornos mentais, que lhes eram evidentes nas vítimas, uma vez que o questionário não continha perguntas específicas que provocassem tais respostas. Por essa razão, o grupo denominado "Ignorados" representa apenas a ausência de uma manifestação espontânea do entrevistado, não eliminando a possibilidade de existência de outros casos de portadoras de depressão ou de outros transtornos mentais, nesse grupo de mulheres.

Os casos, a respeito dos quais os entrevistados fizeram referência a algum tipo de transtorno mental, representaram 43,4% do total de suicídios. Esse percentual possivelmente seria maior com a utilização de questões específicas na entrevista. Esta, no entanto, tinha como objetivo a investigação das mortes maternas.

Verifica-se que cerca de 71% das vítimas citadas como portadoras de algum tipo de transtorno mental sofriam de depressão.

A análise dos casos das portadoras de transtornos mentais mostra um predomínio da depressão em todas as Regiões, variando entre, aproximadamente, 58,3% e 27,3%.

A proporção de vítimas portadoras de transtornos mentais, na Região Norte, foi de dois terços dos casos; desse grupo (8 casos), quase 90% sofriam de depressão. Essa Região foi a que apresentou o menor percentual de casos, incluídos no grupo de "Ignorados".

A Região Sudeste contribuiu com o maior número de casos de suicídios (40% do total). Nessa Região verifica-se, entretanto, o menor percentual de citação de vítimas portadoras de algum tipo de transtorno mental (34,6%). Entre elas, predominou a depressão, com 22 casos num total de 27, o que representa um percentual superior a 80%.

A Região Centro-Oeste apresenta um perfil semelhante, embora com menor número de casos, onde o percentual de portadores de transtorno mental é aproximadamente 37%, com 7 casos, dos quais perto de 86% sofriam de depressão.

Na Região Nordeste, onde cerca de 48% das vítimas foram citadas como portadoras de transtorno mental, a proporção de casos de depressão entre estas, foi de aproximadamente 63%.

Tabela 34 - Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por suicídio, segundo Região e presença de depressão e outros transtornos mentais, 1º semestre de 2002 (Nº e %).

| Regiões | Depressão | | Outros transt. Mentais | | Ignorado | | Total | |
|---------------------|-----------|-------------|------------------------|-------------|------------|-------------|------------|--------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Norte | 7 | 58,3 | 1 | 8,3 | 4 | 33,3 | 12 | 100,0 |
| Nordeste | 20 | 29,9 | 12 | 17,9 | 35 | 52,2 | 67 | 100,0 |
| Sudeste | 22 | 28,2 | 5 | 6,4 | 51 | 65,4 | 78 | 100,0 |
| Sul | 6 | 27,3 | 6 | 27,3 | 10 | 45,5 | 22 | 100,0 |
| Centro Oeste | 6 | 31,6 | 1 | 5,3 | 12 | 63,2 | 19 | 100,0 |
| Total | 61 | 30,8 | 25 | 12,6 | 112 | 56,6 | 198 | 100,0 |

Comparando esses valores com as taxas de suicídio por Regiões (Tabela 11), observa-se que, apesar de a depressão e os transtornos mentais terem sido mais referidos na Região Norte, esta apresentou a menor taxa de suicídio entre as Regiões (1,8 por cem mil); as Regiões Nordeste e Sul com 47,8% e 54,6% respectivamente de referências a transtornos mentais, tiveram as maiores taxas de suicídio, 3,4 por cem mil mulheres cada.

4.4.4 Demais acidentes

Os demais acidentes englobam: quedas, afogamentos, mordedura, picada ou contato com animais, exposição a fogo e às forças da natureza envenenamento acidental, complicações de assistência médica e cirúrgica, entre outros. Foram

responsáveis por 9,2% das mortes por causas externas e tiveram uma taxa de mortalidade de 1,5 por cem mil mulheres.

No município de Cascavel no Paraná CARDOSO (2005) constatou que, no grupo dos demais acidentes foram incluídos 16% dos óbitos por causas externas, de mulheres em idade fértil, apresentando uma taxa de mortalidade de 4,7 por cem mil mulheres. Estes valores revelam-se maiores em relação aos encontrados no presente trabalho. É possível que essa diferença seja decorrente das peculiaridades daquele município, no qual os acidentes de transportes foram responsáveis por mais da metade dos óbitos por causas externas.

Na Figura 9, pode-se observar que os principais tipos dos demais acidentes foram: as quedas (25,0%) e os afogamento (23,0%). CARDOSO (2005), já citado, encontrou distribuição diferente, no município de Cascavel, afogamento (34,4%), quedas (20,0%), envenenamento e acidentes ocorridos em pacientes durante a prestação de cuidados médicos e cirúrgicos (14,4% cada).

Figura 9 - Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por demais acidentes segundo tipo, 1º semestre de 2002.

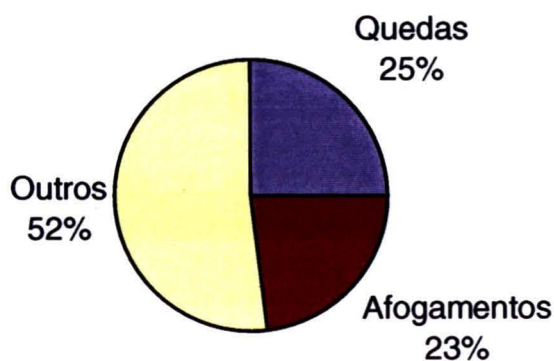


Tabela 35 - Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por demais acidentes, segundo Região, tipo e faixa etária, 1º semestre de 2002 (Nº e%).

| Regiões | Demais acid. | Faixa etária (anos) | | | | | | | | | | | | | | | | Total | | | |
|-------------------|--------------|---------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|----------|-------------|-----------|-------------|----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|----------|----|------------|--------------|
| | | 10 a 14 | | 15 a 19 | | 20 a 24 | | 25 a 29 | | 30 a 34 | | 35 a 39 | | 40 a 44 | | 45 a 49 | | ignorado | Nº | % | |
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | | |
| Nordeste | Quedas | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| | Afogam. | 1 | 20,0 | 2 | 40,0 | 2 | 40,0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 5 | 100,0 |
| | Outros | 2 | 40,0 | 1 | 20,0 | - | - | 2 | 40,0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 5 | 100,0 |
| | Total | 3 | 30,0 | 3 | 30,0 | 2 | 20,0 | 2 | 20,0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 10 | 100,0 |
| Nordeste | Quedas | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 | 33,3 | - | - | 4 | 66,7 | - | - | - | - | 6 | 100,0 |
| | Afogam. | 4 | 40,0 | 2 | 20,0 | - | - | - | - | - | - | 2 | 20,0 | 2 | 20,0 | - | - | - | - | 10 | 100,0 |
| | Outros | 4 | 18,2 | 4 | 18,2 | - | - | 4 | 18,2 | 4 | 18,2 | 2 | 9,1 | 2 | 9,1 | 2 | 9,1 | - | - | 22 | 100,0 |
| | Total | 8 | 21,1 | 6 | 15,8 | - | - | 4 | 10,5 | 4 | 10,5 | 6 | 15,8 | 4 | 10,5 | 6 | 15,8 | - | - | 38 | 100,0 |
| Nordeste | Quedas | - | - | 2 | 13,3 | 3 | 20,0 | - | - | 1 | 6,7 | - | - | 3 | 20,0 | 6 | 40,0 | - | - | 15 | 100,0 |
| | Afogam. | - | - | 3 | 50,0 | 3 | 50,0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 6 | 100,0 |
| | Outros | - | - | 3 | 16,7 | 3 | 16,7 | - | - | 6 | 33,3 | 3 | 16,7 | 3 | 16,7 | - | - | - | - | 18 | 100,0 |
| | Total | - | - | 8 | 20,5 | 9 | 23,1 | - | - | 7 | 18,4 | 3 | 7,7 | 6 | 15,4 | 6 | 15,4 | - | - | 39 | 100,0 |
| Nordeste | Quedas | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 3 | 100,0 | - | - | - | - | 3 | 100,0 |
| | Afogam. | - | - | 2 | 50,0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 | 100,0 |
| | Outros | - | - | 2 | 50,0 | 2 | 100,0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 4 | 100,0 |
| | Total | - | - | 4 | 44,4 | 2 | 22,2 | - | - | - | - | - | - | - | - | 3 | 33,3 | - | - | 9 | 100,0 |
| Nordeste | Quedas | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 | - | - | - | - | - | 2 | 100,0 |
| | Afogam. | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 100,0 |
| | Outros | 2 | 40,0 | - | - | - | - | 2 | 40,0 | - | - | - | - | 1 | 20,0 | - | - | - | - | 5 | 100,0 |
| | Total | 3 | 37,5 | - | - | - | - | 2 | 25,0 | - | - | - | - | 1 | 12,5 | 2 | 25,0 | - | - | 8 | 100,0 |
| Todas as capitais | Quedas | - | - | 2 | 7,7 | 3 | 11,5 | - | - | 1 | 3,8 | 2 | 7,7 | 3 | 11,5 | 15 | 57,7 | - | - | 26 | 100,0 |
| | Afogam. | 6 | 25,0 | 9 | 37,5 | 5 | 20,8 | - | - | - | - | 2 | 8,3 | 2 | 8,3 | - | - | - | - | 24 | 100,0 |
| | Outros | 8 | 14,8 | 10 | 18,5 | 5 | 9,3 | 8 | 14,8 | 10 | 18,5 | 5 | 9,3 | 6 | 11,1 | 2 | 3,7 | - | - | 54 | 100,0 |
| | Total | 14 | 13,5 | 21 | 20,2 | 13 | 12,5 | 8 | 7,7 | 11 | 10,6 | 9 | 8,7 | 11 | 10,6 | 17 | 16,3 | - | - | 104 | 100,0 |

A Tabela 35 mostra que, no total das capitais brasileiras, as quedas como causas de óbitos predominaram na faixa etária de 45 a 49 anos (57,7%); os afogamentos tiveram maior proporção no grupo de 15 a 19 anos (37,5%), seguido pelos de 10 a 14 (25,0%) e de 20 a 24 (20,8%). As mulheres de 10 a 24 anos contribuíram com 83,3% das mortes por esse tipo de causa.

O agrupamento dos demais acidentes no item "outros" predominou nas faixas etárias de 15 a 19 e de 30 a 34 anos com cerca de 19% cada um.

Na Região Norte, não houve nenhum óbito decorrente de queda; os afogamentos foram responsáveis por 5 mortes, sendo 2 casos ocorridos na cidade de Belém na faixa etária de 20 a 24 anos, 2 em Manaus nas idades de 15 a 19 anos e 1 em Macapá no grupo de 10 a 14 anos.

Em relação aos outros tipos de acidentes, 2 casos ocorreram nas idades de 25 a 29 anos por reação anormal ou complicação tardia causada por intervenção cirúrgica na cidade de Belém, 2 mortes decorrentes de contato com ferramentas manuais ocorridos na faixa etária de 15 a 19 anos em Manaus e 1 óbito em consequência de impacto causado por objeto lançado ou em queda, no mesmo grupo de idade na cidade de Palmas.

A Região Nordeste apresentou a maior proporção de mortes por afogamento, 40%, das quais ocorreram nas idades de 10 a 14 anos, nas cidades de Fortaleza e João Pessoa e 20% entre 15 e 19 anos em São Luís. O restante (40%), refere-se à soma dos óbitos de mulheres entre 35 e 39 anos em Fortaleza (20%) e de 40 a 44 anos em Recife.

A faixa etária de 45 a 49 anos foi responsável por, aproximadamente, 70% dos óbitos por quedas nessa Região, ocorridos nas cidades de Fortaleza e Salvador, com igual número de casos; os outros 30% aconteceram nas idades de 35 a 39 anos em Fortaleza.

Do total de 39 óbitos atribuídos aos demais acidentes, ocorridos na Região Sudeste, observa-se que o maior número aconteceu entre as idades de 20 a 24 anos (23%) que, somado aos casos da faixa de 15 a 19 anos, totaliza 43,6% dos casos. Entre 10 e 14 anos e 25 a 29 não houve nenhum óbito por esse tipo de causa.

Excetuando-se a faixa de 35 a 39 anos (7,7%), a proporção nas demais idades variou entre 15,4 e 17,9%; esta última no grupo de 30 a 34 anos. Entre as diversas causas predominaram as quedas (15 casos), afogamentos (6); as demais causas com menor número de ocorrências foram agrupadas sob o título "outros", que englobam os óbitos por diferentes causas: explosão ou ruptura de cilindro de gás, asfixia por obstrução mecânica do trato respiratório, complicação tardia de

procedimentos cirúrgicos, inalação de conteúdo gástrico e seqüela de acidente de transporte.

As quedas, que causaram 15 óbitos, ocorreram em maior número entre 45 e 49 anos (40%) que, somadas aos casos nas idades de 40 a 44 anos, totaliza 60% dos casos. O segundo grupo em número de eventos foi o de 15 a 24 anos, com 33,3%, não se registrando nenhuma ocorrência nas idades de 10 a 14, de 25 a 29 e de 35 a 39 anos. Do total das quedas, 12 aconteceram na cidade de São Paulo (80%), a maioria na faixa de 40 a 49 anos (75%), com predomínio entre 45 e 49 anos (50%). No Rio de Janeiro não se registrou nenhum óbito por esse tipo de causa. Os três casos restantes ocorreram em Belo Horizonte (2) e Vitória (1).

Os óbitos por afogamento (6) vitimaram mulheres de 15 a 24 anos, todos em São Paulo.

Os demais acidentes foram causa de 9 óbitos na Região Sul, dos quais 66,6% vitimaram mulheres nas idades de 15 a 24 anos, sendo a maioria entre 15 e 19 anos (44,4%). O restante das ocorrências incidiu sobre as de 45 a 49 anos.

As quedas causaram a morte de 3 mulheres com idade entre 45 e 49 anos; duas delas em Porto Alegre e uma em Florianópolis.

Os afogamentos (2 casos) ocorreram em Porto Alegre nas idades de 15 a 19 anos. As demais causas agrupadas como "outros" (4 óbitos) resultaram de intoxicação por medicamentos, por substâncias biológicas e por outros gases e vapores, entre 15 e 19 anos de idade, em Porto Alegre e entre 20 e 24 anos (2 mortes) na cidade de Curitiba.

Na Região Centro-Oeste ocorreram 8 óbitos pelos demais acidentes, predominando nas idades de 10 a 14 anos (37,5%). As idades de 20 a 24 anos e de 45 a 49 anos contribuíram igualmente com 25%; o restante dos óbitos foram em mulheres de 40 a 44 anos, totalizando 37,5% na faixa de 40 a 49 anos de idade.

As quedas causaram mortes de 2 mulheres com idade de 45 a 49 anos ocorridas em Brasília; o único caso de afogamento ocorreu em Cuiabá na faixa etária de 10 a 14 anos. Os outros óbitos, em número de 5, tiveram como causas complicação de tratamento cirúrgico, com 2 casos em Brasília, disparo acidental de

arma de fogo em Cuiabá (1 caso) e exposição a corrente elétrica em Goiânia nas idades de 10 a 14 anos.

4.4.5 Ignorado

Do total de mortes por causas externas ocorridas em mulheres de 10 a 49 anos, 72 (6,3%) foram agrupadas como "ignorado", por não se conhecer a condição, o agente causador ou a intenção, mesmo após investigação e elaboração de DO nova. Nesses óbitos, as informações disponíveis não foram suficientes para classificá-los como acidente de transporte, homicídio ou suicídio ou os demais acidentes que compõem as causas externas

Tabela 36 - Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por causa externa do tipo ignorado, segundo faixa etária e Região, 1º semestre de 2002 (Nº e %).

| Faixa etária (anos) | Regiões Brasileiras | | | | | | | | | | | |
|---------------------|---------------------|--------------|----------|--------------|-----------|--------------|----------|--------------|--------------|--------------|-----------|--------------|
| | Norte | | Nordeste | | Sudeste | | Sul | | Centro Oeste | | Total | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 10 a 14 | 1 | 20,0 | 2 | 25,0 | 6 | 10,9 | 2 | 100,0 | - | - | 11 | 15,3 |
| 15 a 19 | 2 | 40,0 | - | - | 6 | 10,9 | - | - | - | - | 8 | 11,1 |
| 20 a 24 | - | - | - | - | 7 | 12,7 | - | - | - | - | 7 | 9,7 |
| 25 a 29 | 2 | 40,0 | - | - | 3 | 5,5 | - | - | - | - | 5 | 6,9 |
| 30 a 34 | - | - | - | - | 9 | 16,4 | - | - | - | - | 9 | 12,5 |
| 35 a 39 | - | - | 2 | 25,0 | 15 | 27,3 | - | - | 2 | 100,0 | 19 | 26,4 |
| 40 a 44 | - | - | 2 | 25,0 | - | - | - | - | - | - | 2 | 2,8 |
| 45 a 49 | - | - | - | - | 9 | 16,4 | - | - | - | - | 9 | 12,5 |
| Ignorada | - | - | 2 | 25,0 | - | - | - | - | - | - | 2 | 2,8 |
| Total | 5 | 100,0 | 8 | 100,0 | 55 | 100,0 | 2 | 100,0 | 2 | 100,0 | 72 | 100,0 |

Os óbitos por causa externa de tipo ignorado ocorreram em todas as Regiões brasileiras e em todas as faixas etárias, predominando a de 35 a 39, com 26,4% e a de 10 a 14 anos com, 15,3%.

A Tabela 36 apresenta os seguintes dados: a Região Sudeste contribuiu com, aproximadamente, 76% (55 casos) desses óbitos, distribuídos em todas as faixas etárias, exceto a de 40 a 44 anos (27,3%). Nas demais Regiões, o número de casos variou entre 2, nas Regiões Sul e Centro-Oeste e 8 na Região Nordeste; na Região Norte ocorreram 5 casos.

4.5 Distribuição das mortes por causas externas no ciclo gravídico puerperal ampliado

Das 1136 mulheres que morreram por causas externas, 75 (6,6%) encontravam-se no ciclo gravídico puerperal ampliado. Esses óbitos, ocorridos nessa fase da vida produtiva da mulher, são importantes, considerando principalmente, que a Organização Mundial de Saúde define morte materna como: "a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez, ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais" (OMS, 1995).

Nesta definição ficam claras duas ordens de consideração: 1º) a definição de puerpério, entendido como o período de 42 dias após o término da gestação; 2º) que a morte dessas mulheres, tanto pode ocorrer por causas diretamente ligadas ao ciclo gravídico puerperal, como, por exemplo, a eclâmpsia, como também podem ser em decorrência de complicações de doenças que se desenvolveram na gestação, ou que já existiam e que foram agravadas pelas alterações da gravidez.

Em virtude dos avanços tecnológicos e terapêuticos, muitas das complicações graves decorrentes do parto ou do puerpério acabam levando à morte após o período de 42 dias do puerpério. Levando em conta essa possibilidade, a OMS definiu "as mortes maternas tardias" como as mortes por qualquer causa obstétrica, que ocorram no período compreendido entre 43 dias e 1 ano após o parto e "as mortes por seqüelas de causas obstétricas diretas que ocorram um ano ou mais após o parto" (OMS, 1995).

Dessa forma, a partir da 10ª Revisão da *Classificação Internacional de Doenças* (OMS, 1995) passou-se a considerar também as mortes ocorridas com mais de 42 dias, mas menos de um ano, como mortes maternas tardias e aquelas ocorridas após 12 meses, como seqüelas de causas obstétricas diretas. Decorre daqui, portanto, o conceito de puerpério ampliado, que é o período compreendido entre 43 e 364 dias após o término da gestação. A OMS recomenda, entretanto, que, para fins de comparações internacionais, somente as mortes maternas ocorridas até 42 dias sejam levadas em conta, sendo as demais utilizadas unicamente para finalidades nacionais.

Com relação às causas externas, todavia, existe uma recomendação de que, embora possam ocorrer durante a gravidez ou no puerpério, devem continuar a ser codificadas entre os acidentes e violências e não dentro do capítulo de causas maternas, conforme pode ser observado nas notas de exclusão do código O99, Outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez, o parto e o puerpério: exclui lesões traumáticas, envenenamentos e outras conseqüências de causas externas (S00-T98) (OMS, 1995). Em sentido contrário, as mortes decorrentes de suicídio são no Reino Unido, consideradas maternas (COOPER *et al.*, 2002).

Verifica-se na Tabela 37 que, do total de 75 óbitos por causas externas ocorridos com grávidas e puérperas, os homicídios representaram a principal causa responsável por essas mortes, com 43 casos (57,3%); os suicídios contribuíram com 16 óbitos (21,3%); os acidentes de transporte com, 11 (14,7%) e os demais acidentes, com 5 (6,7%).

Estudo realizado em São Paulo, através de levantamento de registros do Instituto Médico Legal, constatou que 11,2% das mulheres de 14 a 49 anos, mortas por homicídios, apresentavam referência a útero gravídico, portanto estavam grávidas ou estavam no puerpério quando foram mortas (OLIVEIRA e VIANNA, 2003).

Tabela 37 - Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por causas externas, segundo tipo de causa e presença de gravidez/ puerpério ampliado, 1º semestre de 2002 (Nº e %).

| Tipos | Gravidez | | Puerp. | | Puerp. Ampl. | | Total | |
|------------------|-----------|--------------|----------|--------------|--------------|--------------|-----------|--------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Ac de transp. | 3 | 8,1 | - | - | 8 | 24,2 | 11 | 14,7 |
| Homicídio | 23 | 62,2 | 2 | 40,0 | 18 | 54,5 | 43 | 57,3 |
| Suicídio | 6 | 16,2 | 3 | 60,0 | 7 | 21,2 | 16 | 21,3 |
| Demais acidentes | 5 | 13,5 | - | - | - | - | 5 | 6,7 |
| Total | 37 | 100,0 | 5 | 100,0 | 33 | 100,0 | 75 | 100,0 |

Nas grávidas, o principal tipo de causa externa que levou ao óbito foi representado também pelos homicídios, com 23 casos (62,2%); os suicídios

ocorreram em 6 casos (16,2%) os demais acidentes, em 5 (13,5) e os acidentes de transporte em 3 (8,1%).

O puerpério foi classificado em:

1 - Puerpério: até 42 dias após o parto.

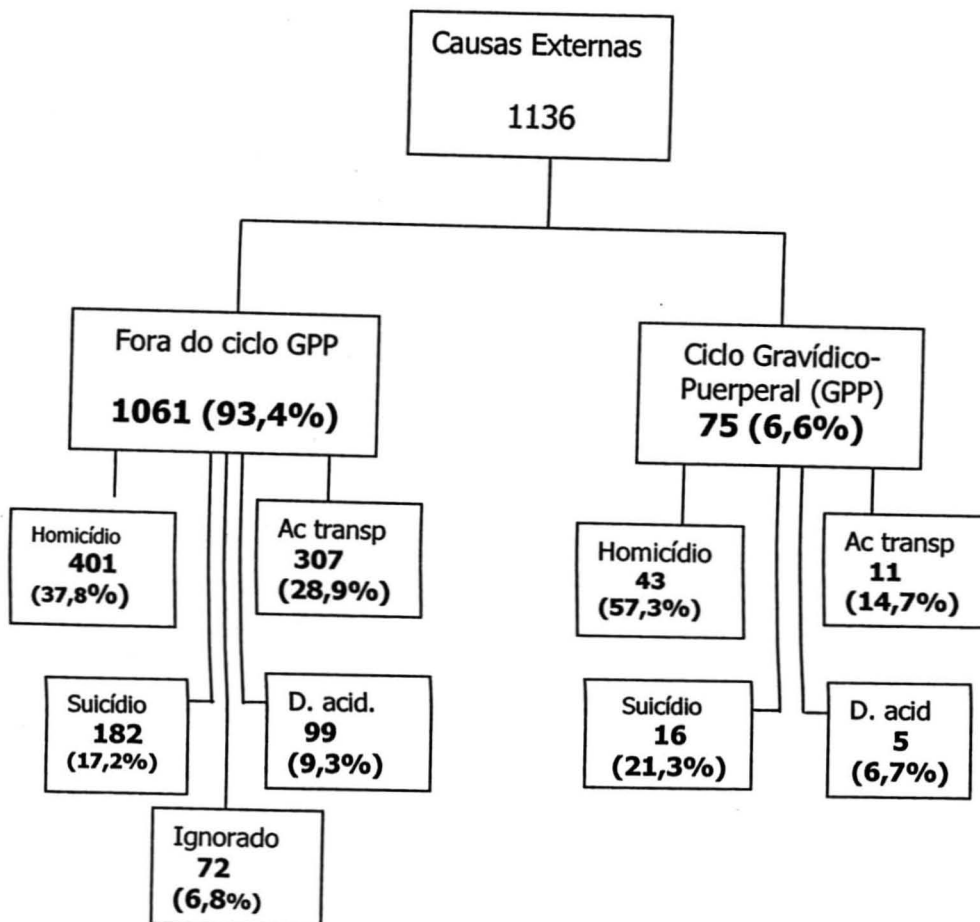
2 – Puerpério ampliado: de 43 dias até menos de 1 ano após o parto.

Entretanto, devido ao pequeno número de eventos, esses períodos foram analisados em conjunto: dos 38 óbitos em puérperas, 20 (52,6) foram por homicídio; 10 (26,3%) por suicídio; e 8 (24,2%) por acidente de transporte. Nos primeiros 42 dias após o parto, 60% das 5 mortes foram por suicídio e o restante por homicídio.

Uma comparação do número de óbitos por causas externas entre as mulheres grávidas e puérperas, com o que ocorre neste estudo, observa-se uma maior proporção de mortes por homicídios (57,3% contra 37,8%) por suicídios (21,3% contra 17,2%) nas grávidas e puérperas. O contrário foi observado nos acidentes de transporte (14,7% e 28,9%) e demais acidentes (6,7% e 9,3%). Não houve óbitos do tipo ignorado nas mulheres no ciclo gravídico puerperal. Tal fato se deve aos casos de morte que foram investigados por meio de entrevistas com a família e com os médicos, hospitais, etc, o que possibilita obter maior exatidão das causas de morte. (Figura 10).

As taxas relativas à distribuição desses eventos deixam de ser calculadas em razão da dificuldade da observação de denominadores apropriados (LAURENTI *et al* 2004c).

Figura 10 Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por causas externas segundo momento do ciclo gravídico puerperal (GPP), 1º sem de 2002.



4.5.1 Acidentes e violências na gravidez

As entrevistas com familiares ou pessoas próximas da vítima foram de grande valor para caracterizar as mulheres grávidas que morreram por causas externas. Em 26 dos 37 óbitos ocorridos foi possível realizar entrevistas domiciliares. Nos 11 casos restantes, a entrevista foi inviável em razão de problemas: dificuldade de endereço, recusa dos familiares e vizinhos e/ou mudança do domicílio dos parentes, ou ainda, e principalmente, no Rio de Janeiro e em São Paulo, por localizarem-se as moradias em locais de acesso considerado de risco.

• Distribuição segundo Idades e Tipos

A distribuição das mortes de mulheres grávidas, por causas externas, segundo idade, pode ser visualizada na Tabela 38.

Tabela 38 - Óbitos de mulheres grávidas de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por causa externa, segundo faixa etária e tipo de causa externa, 1º sem de 2002 (Nº e %).

| Faixa Etária (anos) | Ac. transp passageiro | | Homicídio | | | | Suicídios | | | | Demais ac. | | Total | |
|---------------------|-----------------------|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------|-----------|--------------|--------------|--------------|------------|--------------|-----------|---------------|
| | Nº | % | Arma de fogo | | Arma Branca | | Pesticida | | Enforcamento | | Nº | % | Nº | % |
| | | | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | | | | |
| 15 a 19 | - | - | 3 | 14,3 | 2 | 100,0 | 2 | 40,0 | - | - | 5 | 100,0 | 12 | 32,4 |
| 20 a 24 | 3 | 100,0 | 3 | 14,3 | - | - | - | - | 1 | 100,0 | - | - | 7 | 18,9 |
| 25 a 29 | - | - | 10 | 47,6 | - | - | 3 | 60,0 | - | - | - | - | 13 | 35,1 |
| 30 a 34 | - | - | 2 | 9,5 | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 | 5,4 |
| 35 a 39 | - | - | 3 | 14,3 | - | - | - | - | - | - | - | - | 3 | 8,1 |
| Total | 3 | 100,0 | 21 | 100,0 | 2 | 100,0 | 5 | 100,0 | 1 | 100,0 | 5 | 100,0 | 37 | 100,0* |

* Arredondado para 100,0 %.

Observa-se que, do total de 37 mortes, 86,5% ocorreram nas idades de 15 a 29 anos, com maior contribuição da faixa etária de 25 a 29 (35,1%) e de 15 a 19 anos (32,4%). Não houve casos de óbitos por causas externas em grávidas no grupo etário de 10 a 14 anos.

Entre as mulheres de 15 a 29 anos, a comparação do percentual de mortes em grávidas (86,5%) com a distribuição de óbitos por causas externas na população deste estudo (50,8%) indica uma concentração maior de vítimas grávidas.

Os homicídios foram responsáveis por 23 óbitos (62,2%), principalmente pelo uso de arma de fogo, com 21 casos distribuídos entre as faixas etárias de 15 a 39 anos. A maior proporção se observa nas idades de 25 a 29, com 47,6% do total, o que representa aproximadamente 3 vezes o percentual referente ao mesmo grupo etário na população geral de mulheres (15,8%).

VIANNA (2000), estudando as mortes de mulheres de 10 anos e mais no município de Diadema, constatou a presença de 11,6% de óbitos em mulheres grávidas (13 casos), dos quais, 30,7% foram por causas externas (4 casos de homicídio).

Entre os casos de homicídio descritos no projeto GPP, os de nº 4 de Aracaju, nº 259 de São Paulo e nº 132 da cidade de Porto Alegre, exemplificam esse tipo de ocorrência em grávidas.

Caso nº 4 da cidade de Aracaju:

Vítima de homicídio por arma branca de 17 anos de idade, parda, solteira, estudante do 1º grau, grávida de 1 mês.

Segundo sua mãe, "antes de morrer, sua filha esteve em Brasília, na casa de uma tia, para vê se arrumava um emprego bom, mas não gostou; ficou por lá 3 meses, retornando para a casa da mãe. Quando chegou, arranjou logo um namorado que tinha uma ex-namorada muito ciumenta. Numa 5ª feira ela se arrumou para ir ao colégio, mas no meio do caminho desistiu e foi para o circo, que tinha espetáculo toda noite. Por volta das 20 horas, a ex-namorada do namorado dela apareceu lá e a chamou para conversar e, quando ela se levantou a ex puxou do cabelo uma faca tipo serra de pão e a enfiou no peito esquerdo, depois na barriga e na coxa esquerda. As testemunhas chegaram a pensar que era uma presilha de cabelo, depois, a assassina saiu correndo e ninguém quis ajudar sua filha. Foram chamá-la, ela conseguiu um carro para leva-la ao Posto de Saúde, aonde demorou a ser atendida. Foi dito que eles não podiam fazer nada e que era para a mãe leva-la ao Hospital. Chegou ao hospital morta e lá a mandaram". para o IML (Instituto Médico Legal)".

A mãe acredita que o que causou a morte da filha foi a falta de assistência, que poderia ter sido evitada, se ela tivesse sido atendida mais rápida.

GOMES (2003), citando Martins, chama a atenção para o fato de que os crimes de natureza passional, não estão restritos a uma classe socioeconômica ou a um tipo

de gênero (masculino, feminino), pelo fato de serem crimes que resultam de uma trama originária de um clima passional, regulador das relações de poder entre os sexos, podendo, portanto ser cometidos por homens ou mulheres.

Caso nº 259 da cidade de São Paulo:

Vítima de homicídio por arma de fogo, de 16 anos de idade, parda, solteira, com 1º grau incompleto de escolaridade, tendo como ocupação as atividades do lar, grávida de 4 meses.

Segundo informação do pai, sua filha participou de uma chacina, onde foi morta por uma rajada de metralhadora, quando estava dentro de um carro com mais dois rapazes, um deles foragido da FEBEM. Foram socorridos pelo Resgate, que os levou ao Pronto Socorro, aonde, já chegou falecida com 9 tiros. O acontecimento foi a 3 quadras da sua residência. Ela estava sem documentos, estava como indigente, e a mãe de um dos rapazes mortos veio avisá-los as 3 horas do ocorrido. Quando perguntado se a morte da sua filha poderia ter sido evitada, respondeu que não.

Caso nº 132 da cidade de Porto Alegre:

Mulher branca, grávida, vítima de homicídio por arma de fogo aos 30 anos de idade. Solteira, vivendo com companheiro, 1º grau de instrução incompleto, tendo como ocupação as atividades do lar.

Segundo a mãe, a vítima fumava 40 cigarros ao dia, desde os 14 anos; não bebia e não estava tomando nenhum remédio. Já havia engravidado cinco vezes e seus filhos tinham 11, 5, 2, 6 e 4 anos. Informa ainda que a falecida foi assaltada dentro de casa, quando a família estava fazendo o jantar - quatro assaltantes invadiram a casa e pediram a arma do chefe de família, uma vez que ele era segurança. Logo após, deram um tiro na cabeça dele, que pegou de raspão e um tiro no peito da vítima, foi levada ao hospital, porém chegou sem vida. A mãe acredita que o motivo da morte de sua filha foi o assalto por homens que rondavam a vila e que não poderia ter sido evitada.

Informações do prontuário médico: paciente vítima de ferimento por arma de fogo em região de precórdio chegou ao hospital apresentando sinais de insuficiência hemodinâmica, sem pulsos, hipocorada, em insuficiência respiratória e com abdômen distendido. Veio a óbito no transoperatório de laparotomia exploradora às 22:30 horas.

O relato desses casos corrobora a idéia de que, embora essas mortes tenham ocorrido em mulheres grávidas, elas não podem ser caracterizadas como "ligadas à gravidez". Entretanto, a prática da violência contra as mulheres pelo marido ou pelo parceiro íntimo, além de ser muito comum, ocorre independentemente do grupo social, econômico, religioso ou cultural, em todos os

países. Em pesquisas realizadas no mundo todo, a positividade de relatos de mulheres que sofreram agressão física por parceiro íntimo em alguma ocasião de suas vidas, variou entre 10% a 69% e, para muitas dessas mulheres, a agressão física não era somente um episódio isolado, mas, fazia parte de um modelo ininterrupto de comportamento abusivo (KRUG et al. 2002).

Estudo realizado na cidade de Guadalajara (México) encontrou uma proporção de 46,0% das mulheres que tinham sofrido violência, sendo que em 73,0% dos casos foi pelos companheiros, e nesses casos a violência emocional ocorreu em 33,0% desses casos, a física, em 19,0% e a sexual, em 12,0% (RODRIGUEZ e GUERRA, 1996).

A OMS coordenou uma pesquisa realizada no Brasil e simultaneamente em oito países, nos quais foram selecionadas uma cidade grande e uma com características rurais para participar do estudo sobre violência doméstica e suas repercussões na saúde da mulher. A pesquisa constatou que 29,0% das mulheres na cidade de São Paulo e 37,0% na Zona da Mata em Pernambuco tinham sido vítimas de violência física e/ou sexual pelo seu parceiro; das que sofreram violência, 40,0% em São Paulo e 37,0% na Zona da Mata tiveram lesões; dessas, 36,0% necessitaram assistência médica. Em relação às mulheres grávidas, 8,0% na cidade de São Paulo e 11,0% na cidade da Zona da Mata relataram violência física; em São Paulo, 28,0% das que referiram violência física e sexual fizeram um aborto, enquanto as que não relataram violência, essa proporção foi de 9,0%. Entre as mulheres grávidas da Zona da Mata, que referiram violência física e sexual, 8,0% realizaram ao menos um aborto, e as que não relataram violência, esse percentual foi de 3,0% (GRUPO BRASILEIRO da WHO, s.d.).

Estudos feitos em alguns países, como África do Sul, Austrália, Canadá, EUA e Israel, mostraram que, nas mulheres mortas por homicídio, entre 40% a 70% dos casos, os maridos ou namorados foram responsáveis por esses óbitos (MOUZOS, 1999; JURISTAT, 1998; GILBERT 1996; BAILEY *et al.*, 1997). Cumpre salientar aqui que os meios utilizados para o homicídio de mulheres por seus parceiros íntimos dependem de vários fatores, entre eles, a disponibilidade de armas e mesmo os fatores culturais. Nos EUA, por exemplo, o principal meio empregado pelos homens para matar suas companheiras são as armas de fogo; já

na Índia, são os espancamentos e as queimaduras (VIOLENCE POLICY CENTER, 2000; KARKAL, 1985).

A história a seguir de uma das vítimas incluídas nessa pesquisa exemplifica esse tipo de agressão feita pelo companheiro da vítima.

Caso nº 76 da cidade de Brasília:

Vítima de homicídio por arma de fogo de 28 anos, grávida de 7 meses, vivia com companheiro, exercia atividades do lar.

A entrevista foi feita com o sogro da vítima, que informou que ela fumava e bebia, não soube informar a escolaridade da vítima, nem se tinha depressão ou tomava algum remédio ou era usuária de drogas.

Segundo ele, ela tinha pressão alta, mas não tomava remédio, tinha tido 2 abortos anteriormente. Informou ainda que ela levou um tiro do companheiro, que depois se suicidou, ele não sabia o motivo da morte, que ocorreu no domicílio.

A necropsia constatou ferimento por arma de fogo na Região parietal e útero contendo feto masculino, morto, compatível com 7 meses de gestação.

O caso, entretanto, não deixa clara a participação do evento gravidez, como responsável pela morte da mulher.

Um dos casos da pesquisa, apesar de não ter sido totalmente elucidado porque a entrevista familiar foi recusada, deixa dúvidas quanto à participação ativa ou passiva do companheiro nessa morte.

Caso nº 10 de São Paulo:

Vítima de homicídio por arma de fogo com 12 tiros, de 38 anos de idade, branca, casada, com 2º grau de escolaridade, exercendo atividades do lar. A vizinha e amiga atual do marido da vítima, só sabia que havia outra mulher. Os familiares se recusaram a responder a entrevista.

A necropsia constatou útero gravídico com feto feminino de 780 gramas.

Os suicídios ocorreram em 6 casos (16,2%), dos quais 5 (83,3%) foram pelo uso de pesticida e ocorreram nas cidades do Rio de Janeiro (3) e Salvador (2). Registrou-se um caso de suicídio por enforcamento em Boa Vista. Os relatos a seguir mostram um pouco da história de vida dessas mulheres.

Caso nº 25 da cidade de Boa Vista:

Mulher de 24 anos, solteira, grávida de 4 meses, parda, garçonete, 1º grau incompleto, vítima de suicídio por enforcamento.

Mãe referiu que a filha fumava, bebia ocasionalmente, tinha pressão alta e distúrbios de humor e não estava tomando nenhum remédio. Ela engravidou quatro vezes, tinha dois filhos vivos, um com 5 anos e outro com 11 meses, um filho morreu com 1 ano e 8 meses e o outro nasceu morto. Informou ainda que a falecida morava sozinha, em uma estância e que ela, a avó, era quem criava os dois filhos dela. Comentava-se que nos últimos dias, antes dela se enforçar, a falecida estava muito deprimida. Um dia o dono da estância a encontrou morta e comunicou o fato para a mãe da mesma. A mãe não soube informar o que causou a morte e se essa poderia ser evitada, pois não acompanhava o dia a dia da filha porque ela morava sozinha.

A necropsia mostrou gravidez compatível com 16 semanas.

Caso nº 401 da cidade do Rio de Janeiro:

Mulher de cor negra vítima de suicídio por ingestão de pesticida, aos 28 anos de idade. Grávida, solteira, terceiro grau de instrução incompleto, exercendo a ocupação de estudante. Antecedente de três gestações, com um abortamento espontâneo e dois filhos vivos com 8 e 12 anos de idade.

A vítima era diabética insulino dependente.

Segundo a informante, irmã da vítima, esta se sentiu mal, durante o jantar, apresentando salivação intensa e desorientação, sendo levada ao hospital. Indagada sobre a causa da morte e se poderia ser evitada, a irmã respondeu que havia suspeita de que a vítima houvesse ingerido chumbinho (pesticida), e que estava respondendo bem a solicitações no segundo dia de internação, "porém o dia da morte foi o mesmo da final da copa do mundo, pode ter havido falta de atenção dos profissionais".

A necropsia constatou útero gravídico com feto masculino de 22cm de comprimento, sem alterações.

Esses casos ilustram também a independência, ao menos aparente, entre a gravidez e o evento suicídio.

Quanto aos demais acidentes, responsáveis por 5 óbitos causados por inalação de conteúdo gástrico e contato com aranha, todos vitimaram mulheres de 15 a 19 anos, nas cidades de São Paulo e João Pessoa. Essas ocorrências serão ilustradas pelos casos nº 8 ocorrido em João Pessoa e o nº 212 em São Paulo.

Caso nº 8 da cidade de João Pessoa:

Vítima de contato com aranha venenosa, aos 19 anos de idade, branca, com escolaridade de 1º grau, casada, tendo como ocupação, as atividades do lar; grávida de 8 meses. Óbito no hospital.

Segundo informante em entrevista, a vítima, aproximadamente 5 dias antes do óbito, apresentou uma bolha pequena na superfície da mão direita, que provocava "queimor" intenso e dor, levando-a procurar atendimento médico, quando foi medicada com antiinflamatório. Sem melhora, procurou então atendimento hospitalar onde foi medicada com uma "injeção de Benzetacil" e liberada. Ao retornar desse serviço, apresentou piora, com dificuldade de respiração, dor intensa na mão direita e escurecimento da mesma, que se estendia até o braço. Levada a outro hospital, foi internada com o "quadro agravado, manchas avermelhadas pelo corpo, inchaço generalizado e dificuldade para respirar", porém em perfeita consciência e com a fala normal. No dia seguinte a família foi informada da ocorrência do óbito".

Segundo a informante o motivo da morte "foi negligência médica, porque no momento em que ela procurou o médico, não foi feito uma ultra-sonografia ou hemograma para saber o que ela tinha e a sua morte poderia ter sido evitada se tivesse sido feito exames mais específicos. Gostaria de acrescentar que se caso ocorrer outro caso semelhante, que não aconteça o mesmo atendimento que ela teve no começo da doença".

Informações de prontuário médico: gestante de 8º mês, evoluindo com celulite na mão D e piodermite.

O quadro clínico teve início quando sentiu picada de aranha na mão D, seguindo-se de inchaço e queimação. Neste mesmo dia, surgiu febre. Apresentou agravamento, nos dias subseqüentes, com escurecimento da mão, aumento do edema. Fez uso de pomada de Dexametasona, Benzetacil e Dipirona. Como evoluiu com piora, procurou o serviço no qual foi internada em regular estado geral, dispneica, apresentando celulite em mão direita e eritema maculo papular com vesículas. Houve progressiva piora clínica e óbito um dia após a internação. Retirado feto por cesariana após óbito, feto natimorto. Não foi encontrado registro em prontuário, de avaliação da criança durante a internação da paciente no serviço. Não foi feita necropsia.

Caso nº 212 da cidade de São Paulo:

Vítima de inalação de conteúdo gástrico de 16 anos de idade, branca, com 1º grau incompleto de escolaridade, solteira, vivia com companheiro, gestante de 2 meses, autônoma.

Foi feita a entrevista com o companheiro de 21 anos, que informou ser ela fumante de mais ou menos 20 cigarros por dia há 3 anos, não bebia, não era usuária de drogas, não tinha depressão e não estava tomando remédio, não sabe informar sobre doenças prévias e antecedentes obstétricos.

Segundo o companheiro, ele conheceu a falecida, 1 mês antes do óbito, época em que foi morar com ela. Informou que a mesma reclamava de dor no peito, sendo solicitado por ele, que ela

procurasse o serviço médico, mas a mesma não aceitava. No dia do óbito, passou mal, com dor no peito, sendo levada ao hospital, onde morreu. O médico lhe informou que ela estava grávida de 2 meses, situação que ele afirmou desconhecer.

Informação de prontuário médico: vítima deu entrada no pronto socorro com história de dor abdominal após ingestão de alimento, acompanhada de aspiração de vomito, que a levou ao óbito.

Os acidentes de transporte foram responsáveis por 3 óbitos ocorridos na faixa etária de 20 a 24 anos o que corresponde a 8,1% do total. O caso nº 5 da cidade do Rio de Janeiro ilustra este tipo de ocorrência.

Relato do Caso nº 5 da cidade do Rio de Janeiro:

Vítima de acidente de transporte aos 23 anos de idade, branca, solteira, escolaridade de 1º grau incompleto, tendo como ocupação as atividades do lar, estava grávida de 6 meses e meio. Óbito no hospital.

Entrevista: não realizada em 4 tentativas por indisponibilidade da irmã da falecida nas três primeiras visitas e mudança de domicílio constatada na última visita.

Informações de prontuário médico: trazida por bombeiros às 4 horas, vítima de capotamento de ônibus apresentava fratura exposta de bacia, escoriação de abdômen, lesão corto-contusa parietal esquerda e choque hemorrágico. Ultra-sonografia abdominal revelou gestação de 26-27 semanas, com feto bem formado, porém morto, que a necropsia descreve como feto único masculino com aproximadamente 40 cm.

Submetida a tratamento cirúrgico, com fixação externa da bacia e ligadura de femural, evoluiu para óbito em aproximadamente 2 horas, após a admissão no hospital.

Pela descrição desses casos, pode-se afirmar que foi acertada a determinação da OMS (1995) em considerar que as mortes por causas externas, embora ocorrendo em mulheres grávidas, devem continuar sendo codificadas dentro das causas externas e independentes das causas maternas.

- **Distribuição segundo outras características**

- **Cor:** do total das grávidas mortas por causas externas, aproximadamente 38% das vítimas eram pardas, seguidas pelas de cor branca (35,1%). Em cerca de

11% de todos os casos não há registro de cor da vítima na Declaração de Óbito, sendo que nos casos de suicídio, esse valor sobe para 33%. Tal fato dificulta a análise dessa característica nas mulheres grávidas que sofreram esse tipo de auto-agressão. Cerca de 57% das que foram vítimas de homicídios eram da cor parda. As grávidas vítimas de acidente de transporte e dos demais acidentes eram todas da cor branca.

- **Ocupação:** mais da metade das mulheres grávidas, que morreram por causas externas, eram do lar (54,1%). Nos casos de morte por homicídio, quase dois terços delas (65,2%) ocorreram em mulheres do lar; em seguida vem as desempregadas (16,2%) e estudantes (13,5%). Nos óbitos por suicídios, metade dos casos ocorreu com estudantes; em um terço dos casos, a ocupação da vítima não foi discriminada.

- **Escolaridade:** cerca de 62% das grávidas que morreram por causas externas tinham de 4 a 7 anos de estudo e, aproximadamente, 30% tinham de 8 a 11 anos. Não ocorreu nenhum óbito em mulheres sem alguma instrução, e nem com mais de 12 anos de estudo.

- **Estado civil e marital:** a despeito de ser um dado importante para a melhor compreensão das prováveis causas envolvidas nesse tipo de morte, não foi possível obter essa informação em 27,0% do total desses óbitos, mesmo com as entrevistas familiares. Todas as vítimas (5) dos demais acidentes (contato com aranha e inalação de conteúdo gástrico) tinham companheiros. Mais da metade (52,2%) das mortes por homicídio ocorreu em mulheres com companheiros.

- **Hábito de fumar e de beber, e uso de drogas:** essas informações ficaram prejudicadas, devido à grande proporção de desconhecimento do hábito de fumar e beber da vítima (35,1%), pelo entrevistado. Mesmo assim, chama a atenção o percentual de mulheres grávidas que fumavam (43,2%).

Em relação ao uso de drogas, em cerca de 40% dos casos de mortes violentas em grávidas não foi possível conhecer essa informação. Apesar disso, percebe-se com clareza o fato de que, nos homicídios, em cerca de 26% dos casos as vítimas faziam uso de drogas. Vários autores relacionam o uso de drogas à violência, principalmente homicídio e suicídio (TOMIO, 2000, BEATO FILHO, 2001, MORETT *et al.*, 1999).

O relato do caso nº 291, ocorrido na cidade de São Paulo é um exemplo de envolvimento da droga nesse tipo de morte por violência.

Caso nº 291 da cidade de São Paulo:

Grávida de 2 meses com 29 anos de idade, solteira, parda, inativa, com 1º grau incompleto, vítima de homicídio por arma de fogo.

Mãe informou que sua filha fumava, não sabia a quantidade, bebia regularmente e era usuária de drogas desde os 13 anos. Ficava em vários lugares, não tinha residência fixa. Teve epilepsia, mas não fazia controle, estava curada. Ficou grávida muitas vezes, teve vários abortos e nascidos mortos, tinha 3 filhos vivos com 10, 6 e 4 anos. Ela não fez pré natal, porque estava muito envolvida com drogas, no ano que precedeu sua morte, foi atendida várias vezes, por agitação devido a falta da droga. Relatou ainda que, sua filha por volta das 21:30 horas, ao descer de um ônibus na zona sul, levou dois tiros nas costas e um no coração, levada ao hospital, faleceu +/- às 22 horas. Outras versões sobre o ocorrido são: uma perua na contramão começou a atirar no ônibus, ela foi fazer cobrança de \$20,00 (débito de droga?) ou teria sido vingança sobre droga? A mãe não sabe ao certo a causa que levou a filha a levar 3 tiros. Acredita que o que causou a morte "foram as drogas e as balas, e que a morte de sua filha poderia ter sido evitada se houvesse lei nesse país, rígidas e se os governantes se preocupassem em criar lugares para tratar drogados"

• Distribuição segundo presença de depressão

Apesar da depressão não ser conhecida em mais de um terço dos óbitos por causas externas, chama a atenção a sua presença na metade dos casos de suicídio.

Tabela 39 - Óbitos de mulheres grávidas de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por causa externa, segundo presença de depressão e tipo de causa, 1º semestre de 2002 (Nº e %).

| Depressão | Tipos de Acidentes | | | | | | | | | |
|--------------|--------------------|--------------|-----------|--------------|----------|--------------|--------------|--------------|-----------|--------------|
| | Acid. Transp | | Homicídio | | Suicídio | | Demais acid. | | Total | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Sim | - | - | - | - | 3 | 50,0 | - | - | 3 | 8,1 |
| Não | - | - | 13 | 56,5 | 3 | 50,0 | 5 | 100,0 | 21 | 56,8 |
| Ignorado | 3 | 100,0 | 10 | 43,5 | - | - | - | - | 13 | 35,1 |
| Total | 3 | 100,0 | 23 | 100,0 | 6 | 100,0 | 5 | 100,0 | 37 | 100,0 |

O relato do caso nº 327 da cidade de Salvador, é um dos exemplos de depressão e suicídio.

Caso nº 327 da cidade de Salvador:

Mulher de 17 anos, grávida de 4 meses, solteira, 1º grau incompleto de escolaridade, vítima de suicídio por ingestão de raticida.

Foram realizadas várias visitas aos diversos endereços informados; em uma dessas visitas, uma tia da falecida informou que só sabia dizer que "a vítima vivia dizendo que ia se matar, mas ninguém acreditava. Ela ficava chateada porque a mãe não ligava para ela. Ela sempre morou com um e com outro. Nesses últimos tempos ela estava morando comigo, tinha dias sumia e não voltava. Acho que ela estava grávida, mas não contou para ninguém". A tia não soube informar mais nada.

Informações de prontuário médico: paciente deu entrada no Pronto Atendimento, com história de ter ingerido "chumbinho" há +/- 30 minutos, apresentando sudorese, dispnéia, sialorréia e miose, evoluindo para óbito.

A necropsia revelou no estômago, presença de Carbamato aldicarbe e útero aumentado de volume, congesto, compatível com gestação de 16 semanas.

Vasquez citado por FREITAS e BOTEGA (2002) salienta o fato de que a gravidez na adolescência associa-se a um risco suicida elevado, tanto na gestação quanto no pós-parto.

4.5.2 Acidentes e violências no puerpério

Foram realizadas entrevistas domiciliares em todos os 38 casos de óbito por causas externas ocorridos em puérperas.

- **Distribuição segundo idades e tipos**

Nas vítimas puérperas, aqui entendidas como as que morreram até 42 dias após o término da gestação e também as que faleceram no puerpério tardio, os óbitos por causas externas ocorreram em todas as faixas etárias até 34 anos, sendo que, aproximadamente, 61% deles, ocorreram até 24 anos. Observa-se ainda que cerca de 8% dessas mortes aconteceram na faixa etária de 10 a 14 anos, todos decorrentes de acidente de transporte. Verifica-se ainda que os óbitos por homicídio, apesar de distribuídos nas puérperas de 15 a 34 anos, 40% deles, ocorreram na faixa etária de 15 a 19 anos, enquanto que a maior proporção de mortes por suicídio foi encontrada nas mulheres de 30 a 34 anos. Os dados apresentados na Tabela 40 evidenciam que as mortes por causas externas incidiram predominantemente sobre mulheres jovens e adultas jovens. Aliás, essa faixa é tão importante que adolescentes de 12 a 19 anos de idade foram objeto de estudo com 1.228 puérperas no município do Rio de Janeiro, visando conhecer as repercussões emocionais negativas da gravidez nessas idades (SABROZA *et al.*, 2004).

VIANNA (2000), analisando as mortes de mulheres ocorridas no puerpério ampliado, encontrou que 26,0% foram decorrentes de causas externas, sendo alguns casos por suicídio e outros por homicídio.

Tabela 40 - Óbitos de mulheres puérperas de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por causas externas, segundo faixa etária e tipo de causa, 1º semestre de 2002 (Nº e %).

| Faixa Etária | Ac. Transp | | Homicídio | | Suicídio | | Total | |
|--------------|------------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 10 a 14 | 3 | 37,5 | - | - | - | - | 3 | 7,9 |
| 15 a 19 | - | - | 8 | 40,0 | 2 | 20,0 | 10 | 26,3 |
| 20 a 24 | 3 | 37,5 | 5 | 25,0 | 2 | 20,0 | 10 | 26,3 |
| 25 a 29 | - | - | 4 | 20,0 | 2 | 20,0 | 6 | 15,8 |
| 30 a 34 | 2 | 25,0 | 3 | 15,0 | 4 | 40,0 | 9 | 23,7 |
| Total | 8 | 100,0 | 20 | 100,0 | 10 | 100,0 | 38 | 100,0 |

Com relação aos tipos, verificam-se principalmente homicídios (52,6%) e suicídios (26,3%). Os acidentes de transporte ocorreram com 21,1%.

A seguir, alguns casos relacionados com acidentes de transporte.

Caso nº 89 da cidade de Goiânia:

Vítima de acidente de transporte, de 22 anos, branca, casada, com 2º grau de escolaridade, tendo como ocupação as atividades do lar. Segundo o marido, a vítima era tabagista há 7 anos e ocasionalmente ingeria bebida alcoólica.

Informou que a mesma engravidou duas vezes, possuindo dois filhos, um de 4 anos, que vivia com a avó, e outro de 4 meses. A vítima há 7 anos atrás começou a apresentar desmaios, tendo sido diagnosticado, após fazer exames, que a mesma possuía "ovo de solitária na cabeça", a partir dessa data começou a tomar remédio, que pegava no posto de saúde. Três dias antes da morte, sofreu uma queda no banheiro, sendo socorrida pela sogra, o marido quis leva-la ao médico, mas ela não aceitou. Reclamou de dor de cabeça e desmaiou, mas não quis ir ao médico, dizendo que iria na segunda feira. No dia seguinte, sábado, apesar de ainda reclamar de dor de cabeça, foi em uma festa à noite e bebeu cerveja, mesmo tomando remédio controlado, ela caiu da motocicleta, ficando inconsciente, foi levada ao pronto socorro aonde faleceu. Perguntado sobre o que acreditava que causou a morte da esposa, respondeu que "foi devido ao remédio que tomava e bebeu bebidas alcoólicas e também devido as quedas".

Informações do prontuário médico: paciente admitida no hospital, em coma alcoólico, vítima de queda. Foi feita tomografia craniana que mostrou volumoso hematoma subdural agudo, com desvio da linha média e edema cerebral. Paciente evoluiu com piora do quadro clínico, evoluindo para óbito em +/- 6 horas.

Caso nº 174 da cidade de São Paulo:

Vítima de acidente de transporte, de 14 anos de idade, branca, solteira, vivendo com companheiro, com 1º grau incompleto de escolaridade, exercendo atividades do lar.

Segundo a mãe, a filha não fumava, não bebia, não era usuária de drogas e não estava tomando nenhum remédio. Ficou grávida uma vez, e tinha um filho de 3 meses. Informou ainda que sua filha faleceu em acidente de carro nas ruas de São Paulo. Mãe da vítima acredita que a causa da morte foi "bruxaria", e que o óbito poderia ter sido evitado "se o companheiro pensasse e fosse responsável" Não quis acrescentar mais nada na entrevista. Foi feito exame toxológico na vítima que resultou negativo.

Caso nº 61 da cidade de Porto Alegre:

Vítima de acidente de trânsito de 34 anos de idade, preta, solteira, vivia com companheiro, trabalhava como faxineira, com 1º grau incompleto.

Segundo os pais adotivos da vítima, ela fumava 2 cigarros por dia há +/- 25 anos, bebia ocasionalmente há +/- 12 anos; ficou grávida sete vezes, tendo 6 filhos vivos, com idades de 14, 13, 9, 6, 4 anos e um de 7 meses, teve um aborto; a falecida tinha pressão alta e bronquite, mas não fazia controle dessas doenças, ignoravam se tomava algum remédio. Informaram ainda que a filha e o companheiro estavam voltando para casa, quando um carro os atropelou na calçada. A falecida machucou a cabeça, foi amputada uma de suas pernas e depois de alguns dias, ela faleceu no hospital, o companheiro ficou todo quebrado em cima de uma cama. Responderam que, o que causou a morte da filha foi o acidente com o automóvel, e que a sua morte não poderia ter sido evitada.

Informações do prontuário médico: paciente vítima de atropelamento, em coma com fraturas de pelve, clavícula e úmero, evoluiu com fascíte necrotizante de membro inferior direito, tendo sido realizado amputação do membro inferior direito, evoluiu para o óbito, após 14 dias de internação.

Os relatos nº 185 e nº 31 mostram alguns casos de morte por homicídio.

Caso nº 185 da cidade de Salvador:

Puérpera de 20 anos, parda, vítima de homicídio por arma de fogo, solteira, vivendo com companheiro, com 2º grau de escolaridade completo, não fumava, bebia ocasionalmente, não era usuária de drogas e não tinha depressão.

Mãe informou que a falecida tinha engravidado uma vez e a criança tinha 10 meses. Sua filha tinha anemia falciforme, indo freqüentemente ao médico. Refere ainda, que no dia da morte da sua filha, estava junto com ela a caminho de um serviço de saúde, para que a mesma realizasse exames de rotina, quando aconteceu um assalto no ônibus em que se encontravam. Quando o assaltante ia saltar do ônibus, um policial que ali estava reagiu com um tiro, iniciando assim um tiroteio, várias pessoas ficaram feridas, tendo

apenas uma vítima fatal, que foi a sua filha. A bala transpassou o lado direito, atingindo seu coração, o que a matou. Segundo a mãe a morte da vítima poderia ter sido evitada "se o policial não tivesse atirado, pois quando ele acionou o primeiro tiro, o assaltante já estava saindo do ônibus"

Caso nº 31 da cidade de São Paulo:

Vítima de homicídio por arma de fogo, de 21 anos de idade, parda, solteira, com 1º grau incompleto de escolaridade.

Segundo a mãe, a falecida fumava 3 cigarros por dia há 7 anos, não bebia, ficou grávida duas vezes, tinha dois filhos vivos, um com 3 anos e outro com 1 ano. No dia da morte da sua filha, ela acordou às 11 horas, tomou sopa e voltou a dormir, por volta das 17 horas saiu para a feira com uma amiga. Foi assassinada na avenida, após a chegada de quatro rapazes em 2 motos, que dispensaram suas amigas, e quando ficaram sozinhos com ela, lhe deram quatro tiros. Informou ainda que a causa da morte de sua filha foi morte cerebral pelo tiro. Quando indagada se a morte poderia ter sido evitada, respondeu que "sim, mudando de São Paulo, muita violência nesta cidade".

Informações do prontuário médico; vítima deu entrada no Pronto Socorro Municipal, trazida por policiais, vítima de ferimento por arma de fogo, em coma, evoluindo para óbito.

A seguir, um exemplo de óbito por suicídio conforme o relato do caso nº 55 da cidade de Salvador.

Caso nº 55 da cidade de Salvador:

Vítima de suicídio, com 22 anos de idade, solteira, parda, com 1º grau incompleto de escolaridade, empregada doméstica.

Segundo sua mãe, a falecida só tinha ficado grávida uma vez e tinha um filho de 9 meses. Relatou que sua filha tinha viajado para uma outra cidade, onde permaneceu 1 mês. Quando retornou, a mãe notou que estava inchada; no dia seguinte, depois de trabalhar o dia todo, reclamou de cansaço e dores, sendo levada pela família ao pronto socorro e de lá foi transferida para um hospital geral, aonde faleceu. Informou ainda que "a causa da doença não constava no laudo médico, por isso a família resolveu que deveria ser feita necropsia, a qual diagnosticou Dengue Hemorrágico". A vítima tinha tido Dengue, 2 meses antes do óbito. Quando indagada a respeito do que causou a morte, a informante respondeu que não sabia, mas achava que a sua filha, quando esteve na outra cidade, tinha ingerido "várias porcarias" (chá, etc.).

Informações do prontuário médico: vítima foi admitida no Hospital apresentando quadro de insuficiência respiratória e instabilidade hemodinâmica, evoluindo para óbito. A necropsia concluiu que a causa da morte foi intoxicação exógena, contrariamente à referencia de dengue pela informante.

Em todos esses casos, as histórias obtidas pelo relato das famílias foram insuficientes para estabelecer qualquer relação entre o evento "morte por causas externas" e o estado da mulher – puerpério.

De igual maneira observa-se que o estado puerperal não teve relação com o acidente/violência que ocasionou a lesão responsável pela morte dessas mulheres.

• **Distribuição segundo outras características**

- **Cor:** metade das puérperas que morreram por causas externas eram de cor branca, seguida pelas pardas (39,5%). Nas mortes por acidentes de transportes e suicídios, predominou as puérperas de cor branca (62,5% e 80,0%, respectivamente), enquanto que, nos por homicídios, a maior proporção de óbitos correu nas de cor parda.

- **Ocupação:** a distribuição segundo ocupação mostra que, nas puérperas, assim como nas grávidas, houve uma maior proporção de óbitos por causas externas em mulheres que tinham como ocupação as atividades do lar (42,1%).

- **Escolaridade:** cerca de 66% dos casos de puérperas que morreram por causas externas possuíam de 1 a 7 anos de estudo. Não houve casos de puérperas sem escolaridade.

- **Estado civil e marital:** apesar de terem sido feitas as entrevistas domiciliares de todos os casos de óbitos por causas externas em puérperas, em quase um terço (27,3%) não foi possível saber o estado marital da vítima. Em relação às vítimas de acidente de transporte, todas (8 casos) viviam com companheiro. Quanto as que morreram por suicídio, essa proporção foi de 50%.

- **Hábito de fumar, beber e uso de drogas:** o hábito de fumar esteve presente em 42,1% do total das puérperas que morreram por causas externas, metade das vítimas por acidentes de transportes fumava, elevando-se esse valor para 60% nas que morreram por homicídios. Não foi relatado nenhum caso de tabagismo entre as puérperas que cometeram suicídio.

No que diz respeito ao hábito de beber, aproximadamente 47% das puérperas tinham o costume de ingerir bebidas alcoólicas, ocorrendo em cerca de

60% das vítimas de acidentes de transportes e de suicídios (62,5% e 60,0% respectivamente). Essa proporção foi menor nas que morreram por homicídios.

Segundo as informações dos parentes das vítimas e dos prontuários médicos, 20% delas eram usuárias de drogas. O caso nº 372 da cidade de Salvador é um dos relatos em que o uso de drogas está presente.

Caso nº 372 da cidade de Salvador:

Vítima de homicídio por arma de fogo de 29 anos, solteira.

Mãe informou que "sua filha fumava +/- 60 unidades de cigarro e maconha (não sabia quantificar), fumava desde os 13 anos". Tinha engravidado duas vezes, teve um filho, atualmente com 1 ano e 3 meses e um aborto em casa, 4 meses antes de morrer. Segundo a mãe o que causou a morte de sua filha foi que ela "sabia demais". Informou ainda que, ela teria sido raptada, após lutar com golpes de capoeira com 3 homens. Esses teriam aparecido atendendo ao chamado de uma amiga, quando estavam juntas em um bar no bairro em que moravam. A execução teria ocorrido distante dali, provavelmente no mesmo local onde encontraram o corpo, em Águas Claras, às vistas da mandante, seguindo o que seria um mesmo ritual de outros assassinatos demandados pela mesma. Falou ainda que "a desgraçada vive aí, todo mundo, conhece ela e sabe de tudo... se eu não tivesse esses aí (aponta para os filhos e netos), ela ia conhecer outra mulher... mas ela tem com que me pagar...(refere-se aos filhos da mandante). Agora só me resta chamar (clamar) por Deus".

Na necropsia, a pesquisa de substâncias psicoativas e esperma, resultaram negativas e a alcoolemia em 0,035/l.

• Distribuição segundo a presença de depressão

Em relação à presença de depressão, entre as puérperas que morreram vítimas de causas externas, a distribuição está na tabela 41. Verifica-se que em 13,2% não foi possível saber se existia ou não a depressão. Observa-se que a depressão foi relatada pelos entrevistados em cerca de 16% das puérperas. Considerando o total de casos com informações conhecidas (33), a proporção referente à depressão chega a 18,2%. Entre as puérperas vítimas de suicídio, 60% tinham referência à depressão, o que não se observou entre os demais tipos de acidente. Assim, sugere-se que a análise da proporção de mulheres puérperas com referência a depressão deve ser feita individualmente para cada tipo de causa externa e não somente para o total.

No puerpério, os transtornos mentais, principalmente os relacionados com o humor, podem surgir ou recidivar. ZUGAIB (2003) afirma que aproximadamente 13% das puérperas manifestam sintomas relativos à depressão, cujas manifestações repercutem não só na sua vida, mas também na sua família, principalmente no recém nascido.

Os fatores de risco ligados à depressão nas puérperas são: fatores biológicos: história pessoal pregressa de depressão, aumentam a probabilidade no puerpério de ocorrência de quadro depressivo, antecedentes familiares positivos para a depressão; fatores bioquímicos hormonais: as grandes mudanças nos níveis hormonais, que têm ação direta no sistema nervoso cerebral, exigem grandes adaptações cerebrais, que podem não ocorrer, tornando as puérperas mais vulneráveis à depressão; fatores psicossociais: o nascimento de um filho altera o relacionamento do casal, podendo ser um fator de estresse para a mulher, suporte sociofamiliar baixo, entre outras situações. Geralmente os sintomas da depressão ocorrem nos primeiros três meses do puerpério, todavia, eles podem ocorrer meses após o parto. São sintomas da depressão: humor deprimido na maior parte do dia e/ou diminuição do interesse ou prazer nas atividades, alteração de apetite e/ou peso, insônia ou hiperinsônia, agitação ou inibição psicomotora, sentimento de auto-desvalorização, fadiga, dificuldade de concentração ou falta de energia, idéias de morte ou suicídio (ZUGAIB, 2003).

Tabela 41 - Óbitos de mulheres puérperas de 10 a 49 anos residentes nas capitais brasileiras por causas externas, segundo presença de depressão e tipo de causa, 1º semestre de 2002 (Nº e %).

| Depressão | Ac.Transp | | Homicídio | | Suicídio | | Total | | |
|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|--------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | %* |
| Sim | - | - | - | - | 6 | 60,0 | 6 | 15,8 | 18,2 |
| Não | 8 | 100,0 | 17 | 85,0 | 2 | 20,0 | 27 | 71,1 | 81,8 |
| Ignorado | - | - | 3 | 15,0 | 2 | 20,0 | 5 | 13,2 | - |
| Total | 8 | 100,0 | 20 | 100,0 | 10 | 100,0 | 38 | 100,0 | 100,0 |

* calculadas sobre o total de casos com informação conhecida

O relato nº 67 da cidade de Teresina mostra um dos casos de mortes em puérperas por causas externas, em que a depressão estava presente. O caso nº 104 de Belém, embora não faça referência expressa a essa patologia, refere que a mulher "ficou diferente", "estranha".

Caso nº 67 da cidade de Teresina:

Vítima de suicídio por enforcamento, de 19 anos de idade, solteira, branca, com 1º grau incompleto de escolaridade, doméstica. Segundo a patroa, a vítima não fumava, não bebia, não era usuária de drogas e não tinha depressão. Começou a trabalhar na casa da patroa há +/- 1ano, já estava grávida de +/- 3 meses, mas não disse para ninguém, escondeu a gravidez por 3 meses, época em que sentiu dores na barriga e foi levada para o hospital, aonde foi verificado que estava em trabalho de parto. Ficou um dia internada, voltou para casa da patroa dizendo que a criança morreu. Aproximadamente seis meses depois do ocorrido, após trabalhar normalmente durante o dia, referiu que não tinha conseguido dormir a noite que não estava se sentindo bem. No dia seguinte, trabalhou normalmente pela manhã e depois do almoço, foi para o quarto descansar um pouco. A patroa, como não obteve resposta ao chamá-la, abriu a porta do quarto e a encontrou enforcada, com uma alça de uma bolsa de couro, pendurada na madeira do teto. Segundo informação de uma amiga, a vítima já tinha falado em suicídio, mas ela não tinha levado a sério.

Informações do prontuário médico: referente a internação, quando teve parto prematuro; o recém nascido de 35 semanas de gestação, foi a óbito dois dias após o nascimento

Caso nº 104 da cidade de Belém:

Vítima de suicídio aos 26 anos, branca, solteira vivendo com companheiro, tendo como ocupação as atividades do lar.

Segundo o marido a vítima tinha 5 filhos, o mais novo com 9 meses, era portadora de AIDS e Câncer. Não informou quanto ao uso de medicamentos ou controle médico das doenças citadas. Relata que sua esposa, após o parto, "ficou diferente, passando a falar pouco, não dava muita importância às crianças; estava estranha" A vítima passou a contar com a ajuda de sua irmã. O informante esclareceu que no dia da ocorrência não estava em casa e não sabe se a vítima fez uso de algum remédio. Indagado sobre o motivo da morte, acredita ter sido o parto.

Informações do prontuário médico: Paciente admitida no Hospital, inconsciente há aproximadamente 24 horas, após ingestão de cerca de 60 comprimidos de Carbamazepina. Evoluiu melhora do estado de consciência nos dois dias seguintes, porém com o desenvolvimento de sinais de insuficiência renal. No quarto dia apresentava-se comatosa, dispnéica e hipertérmica, evoluindo para óbito.

Os achados referidos na Tabela 41 e esses dois últimos relatos revelam uma possível relação entre o puerpério, a depressão e o suicídio, conforme referido também em outros trabalhos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES

As causas externas representaram 15,5% do total dos óbitos ocorridos em mulheres de 10 a 49 anos, residentes nas capitais brasileiras, no primeiro semestre de 2002, o que correspondeu a uma taxa de mortalidade de 16,2 por cem mil mulheres dessas idades.

Apesar de vários trabalhos estarem mostrando que o Sistema de Informações sobre a Mortalidade vem se aperfeiçoando no tempo, verifica-se que as Declarações de Óbitos podem ainda ser bastante aprimoradas no que tange às causas de morte. A metodologia da investigação permitiu mostrar que, o ganho quanto às causas externas foi de 12,0%, com predomínio dos óbitos por suicídio, aparecendo os acidentes de transporte em segundo lugar, em todas as Regiões do Brasil.

Quanto à distribuição das mortes nas capitais das Regiões, os coeficientes de mortalidade por causas externas foram mais elevados no Sudeste e no Sul (respectivamente 17,6 e 17,3 por cem mil mulheres).

Em relação às idades, houve predominância do grupo de 20 a 24 anos (19,9%) seguido da faixa de 15 a 19 (17,5%), mostrando que as mortes por acidentes e violências, também nas mulheres, são causas que atingem fundamentalmente os jovens. A idade média foi de 29 anos, variando entre 26 na Região Norte e 31 na Região Sul. A mediana foi de 27 anos, variando de 23 na Região Norte e 31 na Sul.

As taxas de mortalidade foram mais elevadas nos grupos de 20 a 24 anos (21,2 por cem mil mulheres) e no de 15 a 19 anos (18,8 por cem mil mulheres).

Os homicídios corresponderam ao tipo de maior freqüência em relação aos demais totalizando, praticamente, 40,0% do total de óbitos por causas externas nas capitais brasileiras. Essa situação deveu-se, principalmente, ao comportamento das mortes na Região Sudeste (47,5%) com taxa de 8,3 por cem mil mulheres, já que na Norte, na Sul e na Centro-Oeste os acidentes de transporte apareceram em primeiro lugar.

Em análise conjunta do tipo de acidente/violência e idade da mulher, algumas características ressaltam como importantes:

- acidentes de transporte têm suas taxas mais elevadas no grupo de 45 a 49 anos, seguidas das faixas de 15 a 19 e 20 a 24 anos;
- homicídios ocorrem principalmente em mulheres jovens (20 a 24 anos);
- suicídios caracterizam-se como próprios de mulheres mais velhas, visto que as taxas mais altas estiveram presentes na faixa de 40 anos.

Dentre os acidentes de transporte, sobressaíram os atropelamentos (50,0%), já que pôde ser verificado que, quanto à qualidade das vítimas, os pedestres corresponderam ao seu maior tipo, nas capitais de todas as Regiões.

Homicídios por arma de fogo constituíram-se no mais importante tipo de perpetração das mortes de mulheres, representando mais de 70% do seu total, em todas as Regiões, com exceção da Norte, onde os óbitos por homicídios por arma branca foram mais freqüentes.

Quanto aos suicídios (taxa igual a 2,8 por cem mil mulheres), prevalecem as intoxicações, sendo que os pesticidas representaram 67% desse total.

Chamou a atenção a elevada proporção de casos em que foi referida a presença de transtorno mental nos casos de suicídio (mais de 43%). Esse dado é considerado bastante relevante, pelo fato de que, no formulário utilizado para a entrevista, não havia questões específicas sobre esse assunto. Nesses casos, houve menção voluntária das famílias sobre a relação entre ambos, sendo que, o próprio entrevistado estabeleceu esse nexo de causalidade entre a morte auto-infligida e o "transtorno mental".

As vítimas fatais de causas externas que estavam no ciclo gravídico puerperal ampliado corresponderam a 6,6% do total de óbitos. Apresentaram uma maior proporção de homicídios (57,3%) e suicídios (21,3%), quando comparadas com as demais mulheres que estavam fora desse período. Nos casos de homicídios não se verificou, entretanto, relação direta com a gravidez ou o puerpério. Esse fato faz pensar que a OMS, na 10ª revisão da CID, acertou em considerar que, ao

menos em tese, as causas externas devam continuar a ser tratadas no capítulo XX, apesar das mulheres estarem no ciclo gravídico puerperal, e não serem consideradas como causas maternas.

Em sentido contrário, nos casos de morte por suicídio, em 43,4% dos óbitos verificou-se a já citada relação com transtorno mental principalmente a depressão, sendo que, entre as que estavam no ciclo gravídico puerperal, em não poucas vezes, ocorreu a depressão pós-parto.

O trabalho mostrou, em última análise, além da citada importância da metodologia quanto à melhora da qualidade de informação, à possibilidade da abertura de novos caminhos e perspectivas para a tomada de decisões visando à reversão do quadro apresentado.

6. REFERÊNCIAS

6. REFERÊNCIAS

- Adeodato VG, Carvalho RR, Siqueira VR, Souza FG. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39(1):108-13.
- American Medical Association. *Diagnostic and guidelines on domestic violence*. Chicago; 1992.
- Albuquerque RM, Cecatti JG, Hardy EE, Faundes A. Causas e fatores associados à mortalidade de mulheres em idade reprodutiva em Recife, Brasil. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(supl 1):41-48.
- Andrade SM, Mello Jorge MPH. Acidentes de transporte terrestre em município da Região Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(3):318-20.
- Azevedo AR, Navaja Filho E. Psicose puerperal. In Benzecry R, editor geral. *tratado de obstetrícia FEBRASG*. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p 406-11.
- Barata RB, Ribeiro MCSA, Moraes JC. Tendência temporal da mortalidade por homicídios na cidade de São Paulo, Brasil, 1979-1994. *Cad Saúde Pública* 1999; 4:711-8.
- Barsterd LL. *Uma vida sem violência é um direito nosso*. Brasília: Ministério Justiça; 1998.
- Beato Filho CC, Assunção RM, Silva BFA, Marinho FC, Reis JA, Almeida MCMI. Conglomerados de homicídios e tráfico de drogas em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, de 1995 a 1999. *Cad Saúde Pública* 2001; 17(5): 1163-71.
- Blumenthal SJ. Suicide: a guide to risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients. *Med Clin North Am* 1988; 72:937-71.
- Caldwel CB, Gottesman II. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizoph Bull* 1990; 16:571-89.
- Camargo ABM, Ortiz LP, Fonseca LAM. Evolução da mortalidade por acidentes e violências em áreas metropolitanas. In: Monteiro CA. *Velhos e Novos males da Saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000. p.256-67.

- Camargo ABN. *Mortalidade por causas externas no estado de São Paulo e suas regiões*. São Paulo; 2002 [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
- Camargo M. *Novas políticas públicas de combate à violência*. Novas políticas. Rio Grande do Sul; 1998.
- Cardoso MP. *Mortalidade feminina em idade fértil no município de Cascavel – PR no período de 1991 a 2000*. São Paulo; 2005 [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
- Chan CY, Beh SL, Broadhurst RG. Homicide-suicide in Hong Kong, 1989 – 1998. *Forensic Sci Int*. 2003; 137(2-3):165-71.
- Clark DC, Fawcet J. Review of empirical risk factors for evaluation of the suicidal patient. In: Bongar B ed. *Suicide: guidelines for assessment, management and treatment*. New York. Oxford University Press; 1992:16-48.
- Cooper GM, Lewis G, Neilson J. Confidential enquires into maternal death, 1997-1999 [editorial] *Br J Anaesth* 2002; 89:369-72.
- Delascio D, Guariento A. *Obstetrícia normal Briquet*. 3ª ed São Paulo: Sarvier 1981; p.140-63.
- De Leo D, Scocco P, Marietta P, Schimidtke A, Bille-Brahe U, Kerkhof AJ, Lonnqvist J, Crepet P et al. Physical illness and parasuicide: evidence from the European Parasuicide Study Interview (EPSIS/WHO/EURO) Behaviour. *Inter J Psych Med* 1999; 16:1-11.
- Ellsberg MC, Pena R, Herrera A, Liljestrand J, Winkvit A. A wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua. *Am J Public Health* 1999; 89:241-4.
- Foege WH, Rosenberg ML, Mercy JA. Public health and violence prevention. *Curr Issues Public Health* 1995; 1: 2-9.
- Freitas GVS, Botega JN. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Rev Assoc Méd Bras* 2002; 48(3):245-9.
- Fundação Oswaldo Cruz. Mortalidade por causas externas no Brasil. *Radis Dados* 1985; 8.

Gawryszewski VP, Mello Jorge MHP. Mortalidade violenta no Município de São Paulo nos últimos 40 anos. *Rev Bras Epidemiol* 2000; 3 (1/3): 50-69.

Gawryszewski VP. *Homicídios no município de São Paulo: perfil e subsídios para um sistema de vigilância epidemiológica*. São Paulo; 2002 [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Giffin K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cad Saúde Pública* 1994; 10 supl. 1:146-55.

Gofin R, Bailey JE, Kellermann AL, Somes GW, Banton JG, Rivara FP, Rushforth NP. Intentional injuries among the young: presentation to emergency rooms, hospitalization, and death in Israel. *J Adolesc Health* 2000; 27:434-42.

Gomes R. A mulher em situações de violência sob a ótica da saúde. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadores. *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 199-222.

Guimarães I. Violência de Gênero. Lima CA coord. *Violência faz mal à saúde* Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2004. p 105-9.

Grupo Brasileiro da WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women. *Violência contra a Mulher e Saúde no Brasil: estudo Multipaíses da OMS sobre Saúde da Mulher e violência Doméstica*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP/OMS; s.d.

Haddad N, Silva MB. Mortalidade feminina em idade reprodutiva no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(1): 64-70.

Heise L. Gender- based abuse: the global epidemic. *Cad Saúde Pública* 1994; 10:supl. 1: 146-55.

Hijar-Medina MC. Geographic analysis of pedestrian run over injuries. *Salud Pública Méx* 2000; 42(3):198-93.

Iunes RF. III - Impacto econômico das causas externas no Brasil: um esforço de mensuração. *Rev Saúde Pública* 1997; 31 (4 supl):38-46.

Karkal M. How the other half dies in Bombay. *Econ Polit Wkly* 1985 Aug 24: 1424.

- Kilsztajn S, Silva CRL, Silva DF, Michelin AC, Carvalho AR, Ferraz ILB. Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito e frota de veículos. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(3):262-8.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. *Relatório Mundial de Violência e Saúde*. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2002.
- Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gottlieb SLD. *Estudo de mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos*. São Paulo; 2004a. [Projeto Gravidez, Parto e Puerpério - GPP].
- Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gottlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Rev Bras Epidemiol* 2004b; 7(4):449-60.
- Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gottlieb SLD. Mortality due to non obstetric causes in women at the expanded pregnancy puerperal cycle. European Congress of Epidemiology, 2004c, Porto/ Portugal. *J Epidemiol Community Health* 2004c; 58(Suppl.1):91.
- Lebrão ML, Mello Jorge MHP, Laurenti R. II- Morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos. *Rev Saúde Publica*. 1997; 31 (4 supl):.
- Leite EB. *O futuro comprometido: a mortalidade de adolescentes e jovens no Estado de São Paulo, 1979-1995*. São Paulo; 2000 [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
- London J, Mock C, Abantanga FA, Quansah RE, Boateng KA. Using mortuary statistics in the development of an injury surveillance system in Ghana. *Bull World Health Organ* 2002; 80(5):357-64.
- Lopez AD. Causes of death in industrial and developing countries: estimates for 1985 - 1990. In: World Bank. *Disease control priorities in developing countries*. New York: Oxford University Press; 1993.
- Mack KA. Fatal and nonfatal unintentional injuries in adult women, United States. *J Womens Health (Larchmt)* 2004; 13(7):754-63.
- Malaquias JV, Reis AC, Souza ER, Minayo MCS. Mortalidade por acidentes de transportes no Brasil, 1999. *Bol Claves* [on line] 2002 jul.; 2(5). Disponível em: [URL:http://www.claves.fiocruz.br/Boletim%205.PDF](http://www.claves.fiocruz.br/Boletim%205.PDF) [2005 mar 28].

- Marin-Leon L, Barros MBA. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(3):357-63.
- Mccauley J, Kem DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, De Chant HK et al. The "Battering Syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Ann Intern Med* 1995; 123: 737-46.
- Mello Jorge, MHP *Mortalidade por causas violentas no Município de São Paulo*. São Paulo; 1979. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].
- Mello Jorge MHP. Situação atual das estatísticas oficiais relativas à mortalidade por causas externas. *Rev Saúde Pública* 1990; 24:217-23.
- Mello Jorge MHP, Latorre MRDO. *Acidentes de transporte/trânsito no Brasil: um estudo através dos dados de mortalidade*. São Paulo; 1993.
- Mello Jorge, MHP Apresentação. *Rev Saúde Publica*. 1997; 31 (4 supl): 1 – 4.
- Mello Jorge MHP, Laurenti R. I - Análise dos dados de mortalidade. *Rev Saúde Publica* 1997; 31 (4 supl): 5 – 31.
- Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. *As condições de saúde no Brasil - Retrospecto de 1979 a 1995*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.
- Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD, Laurenti R. *A saúde no Brasil – análise do período 1996 a 1999*. Brasília. Organização Panamericana da Saúde; 2001.
- Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD, Laurenti R. O sistema de informação sobre mortalidade: problemas e propostas para seu enfrentamento. II- Mortes por causas externas. *Rev Bras Epidemiol* 2002; 5(2):212-23.
- Mello Jorge MHP, Cascão AM, Silva RC. *Acidentes e Violências: um guia para o aprimoramento da qualidade de sua informação*. São Paulo: Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português/ FSP/USP; 2003 (Série Divulgação, 10).
- Mello Jorge MHP, Koizumi MS. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo 2000. *Rev Bras Epidemiol* 2004; 7(2):228-38.

- Meneghel SN, Victora CG, Faria NMX, Carvalho LA, Falk KW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(6): 804-(10).
- Miller M. A model to explain the relationship between sexual abuse and HIV risk among women. *AIDS Care* 1999; 11:3-20.
- Ministério da Saúde. Política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violências. Portaria MS/GM nº737 de 16/5/01. *Diário Oficial da União*, Brasília, 18 maio 2001. Seção 1E, p. 8.
- Ministério da Saúde. DATASUS. *População residente 2002* [on line] Disponível em: <URL:<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/popmap.htm> [2004 abr28].
- Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasil 2004 Uma análise da situação de saúde. Brasília/DF 2004
- Mollica RF, Son L. Cultural dimensions in the evaluation and treatment of sexual trauma: an overview. *Psychiatr Clin North Am* 1989; 12: 363-79.
- Morett AE, Lopes BA. Suicidio, homicidio y drogadicción en niños e adolescentes. *Rev Med Hosp Gen Méx* 1999; 62(3):183-90.
- Murphy GE, Wetzel RD. The life-time risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47:383-92.
- Nascimento EMR, Costa MCN. Custos das internações de adolescentes em rede hospitalar integrada ao SUS em Salvador, Bahia. *Epidemiol Serv Saúde* 2003; 12 (3): 137-45.
- Oliveira EM, Vianna LAC. Violência conjugal na gravidez. *Rev Estud Fem* 1993; 1(1): 162-66.
- Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milkbank Mem Fund* 1971; 49(Pact 1):509-38.
- Organização Mundial da Saúde. *Report of the Second Global Liaison Meeting on Accident and Injury*, 1986. Washington; 1993. v.1 (Publicación científica nº 549).

Organização Mundial da Saúde. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde; 10º*. São Paulo: Centro da OMS para classificação de Doenças em Português; 1995 v.1

Parpinelli MA. *Mortalidade de mulheres em idade reprodutiva*. Campinas; 1997. [Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas].

Peden M, Scefild R, Sleet D, Mohan D, Hyder AA, Jarawan *et al*. World report on road traffic injury prevention. Geneva: WHO; 2004.

Peres MFT, Santos PC. Mortalidade por homicídios no Brasil na década de 90: o papel das armas de fogo. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(1):58-66.

PNUD-IPEA – *Relatório sobre Desenvolvimento Humano no Brasil*, Brasília; 1996.

Reis AC, Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV. Mortalidade feminina por causas externas: Brasil e macro regiões (1979 a 1999). www.claves.fiocruz.br

Reza A, Mercy JA, Krug E. Epidemiology of violent deaths in the world. *Inj Prev* 2001; (2):104-11.

Rodriguez JCR, Guerra MCP. Mujeres de Guadalajara y violencia domestica: resultados de un estudio piloto. *Cad Saúde Pública* 1996; 12(3):405-9.

Runyam CW, Gerken EA. Epidemiology and prevention of adolescent injury. *JAMA* 1989; 262:2273-9.

Sabroza AR, Leal MC, Souza Jr PR, Gama SGN. Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do Município do Rio de Janeiro 1999–2001. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 supl 1: 130-7.

Saiz-Sanches C, Bautista-Rentero D, Corella-Piquer D, Cortina- Birlanga S, González-Arreaes I. Age- period- cohort analysis of traffic accident mortality in Spain. *Salud Pública Méx* 1999; 41(3):170-6.

Sayer G, Stewart G, Chipps J. Suicide attempts in NSW: associated mortality and morbidity. *Public Health Bull* 1996; 7:55-63.

Schraiber LB, D'oliveira AFPL, França-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública* 2002; 36 (4): 470-7.

Souza ER. Homicídios no Brasil: o grande vilão da saúde pública na década de 80. In: O impacto da violência social sobre a saúde. *Cad Saúde Pública* 1994; 10 supl.1: 45-60.

Souza ER, Minayo MCS. O impacto da violência social na saúde pública do Brasil: década de 80. In: Minayo MCS. coordenador. *Os muitos brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo: Hucitec Rio de Janeiro/ABRASCO; 1995 p. 87-116.

Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV. Suicídio de jovens nas principais capitais do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(3): 673-83.

Tavares DMC. *Violência doméstica: uma questão de Saúde Pública*. São Paulo; 2000 [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Tomio AGS. *A violência doméstica contra crianças e adolescentes atendidas no conselho tutelar do município de Itajaí – SC* 2000 [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP]

Tuono VL, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD, Laurenti R. *Transtornos mentais e comportamentais nas mortes de mulheres em idade fértil*. [Trabalho apresentado no 15º. ICOWI e 5º. COBEON 2004; São Pedro (BR).

United Nations *Health and mortality issues of global concern*. New York : 1999 467.

Violence against women: a priority health issue. Geneva: WHO; 1997.

Vianna LAC. *Características da mortalidade das mulheres (10 anos e mais) residentes em Diadema/SP – 1985/1986*. São Paulo; 2000. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Villela LCM. *Mortalidade por Homicídios, Acidentes de transporte e Suicídios no Município de Belo horizonte e Região Metropolitana, em Série Histórica de 1980 - 2000; 2005*. [Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP].

- Violence Policy Center. *When men murder women: an analysis of 1996 homicide data*. Washington (DC); 2000.
- Virostek SB, Annett JL, Ryan GW. Surveillance for fatal and nonfatal injuries-United States, 2001. *MMWR Surveil Summ* 2004; 53(7):1-57
- WHO Global Consultation on Violence and Health. *Violence: a public health priority*. Geneva: World Health Organization 1996.
- World Health Organization *Injury: a leading cause of the global burden of disease*. Geneva: WHO; 1999.
- Wichstrom L. Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:603-10.
- Wilson D. *Contribuição para o conhecimento da medicina preventiva dos acidentes domésticos, estudo epidemiológico em um subdistrito do município de São Paulo*. São Paulo; 1966. [Tese de Cátedra – Faculdade de Medicina da USP].
- Yayo MG. Para evitar accidentes. *Educación para la salud*. La Habana. Editorial Científico – Técnica; 1982 p. 9.
- Yunes J, Zubarew T. Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes: Un desafío para la Región de las Américas. *Rev Bras Epidemiol* 1999; 2, (3):102-71.
- Zugaib M, Bittar RE. *Protocolos asistenciais Clínica Obstétrica FMUSP 2ª ed*. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 437-42.

- 1) Nome _____ 2) Data de nascimento ___/___/___
 3) Data da morte ___/___/___ 4) Idade _____ 5) Estado civil _____ 6) Estado marital _____
 7) Endereço _____
 8) Subdistrito _____ 9) Morava efetivamente nesse local: Sim ___ Não ___
 (Se **NÃO** residir nesta cidade, encerrar a entrevista)

10) Dados sobre locais de residência da falecida

| Residência | Cidade, Vila ou povoado | Município | Estado/ País | N.º anos vividos | Urbano/ Rural |
|---------------------|-------------------------|-----------|--------------|------------------|---------------|
| Lugar de nascimento | | | | | |
| Atual | | | | | |

11) Composição da família no momento do falecimento, incluindo a falecida. Começar pelo Chefe.

| N.º | Nome | Relação com o chefe | Idade | Sexo | Escolaridade* | Ocupação |
|-----|------|---------------------|-------|------|---------------|----------|
| 01 | | Chefe | | | | |
| 02 | | | | | | |
| 03 | | | | | | |
| 04 | | | | | | |
| 05 | | | | | | |
| 06 | | | | | | |
| 07 | | | | | | |
| 08 | | | | | | |
| 09 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |

* em anos de estudo concluídos

12) A falecida tinha alguma forma de seguro saúde (INSS, Servidor Público, Particular, Convênio etc.)

Sim ___ Não ___ Ignora ___ Se **SIM**, qual? _____

13) A falecida ficou grávida alguma vez?

Sim ___ Não ___ Ignora ___ Se **SIM**, quantas vezes? _____

14) História das gestações (se a mulher estava grávida no momento da morte, não incluir esta gestação)

| Data do término | Produto | | | Duração da gravidez | Se ainda vivo, idade | Se morreu, idade ao morrer |
|-----------------|---------|----|--------|---------------------|----------------------|----------------------------|
| | NV | NM | Aborto | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Nota: Vide Instrutivo

15) A falecida estava grávida no momento da morte?

Sim ___ Não ___ Ignora ___ Se **SIM**, em que mês da gravidez? _____

16) A falecida esteve grávida nos doze meses que antecederam a data da morte?

Sim ___ Não ___ Ignora ___

Se a resposta for **SIM** nas perguntas 15 ou 16, fazer as perguntas 17 a 22

17) Fez pré-natal durante essa última gestação?

Sim ___ Não ___ Ignora ___ Se **NÃO**, por que? _____

18) Se **SIM**, quantas consultas? _____

com médico _____

com outro profissional _____

19) Em que mês da gestação iniciou o pré-natal? _____

20) Onde fez o pré-natal? (Anotar o(s) lugar (es)) _____

21) Data do término desta gestação ___/___/___ Hospital (nome) _____

22) Para esta gestação, preencher o quadro abaixo (não se aplica se não houve eliminação do produto).

| Produto | Local do parto | | | Tipo* de parto | Peso ao nascer (em g) | Situação atual | |
|---------------|----------------|-------|-------|----------------------|---------------------------|----------------|--------------|
| | Dom. | Hosp. | Outro | | | Vivo | Morto (data) |
| Aborto | | | | | | - | - |
| Nascido morto | | | | | | - | - |
| Nascido vivo | | | | | | | |

* Tipo: Normal – N; Cesáreo – C; Fórceps – F; Outro - O

23) A falecida fumava? Sim ___ Não ___ Ignora ___ Quantos por dia? _____ Há quanto tempo?

24) A falecida bebia? Sim ___ Não ___ Ignora ___ Há quanto tempo bebia? ___
Com que frequência bebia: Diária ___ Ocasional ___ Regularmente ___ Ignora ___

25) A falecida tinha alguma doença? Preencher o quadro abaixo:

| Doença | Tinha | | | Fazia controle | | | Tomava remédio | | |
|-------------------|-------|-----|------|----------------|-----|------|----------------|-----|------|
| | Sim | Não | Ign. | Sim | Não | Ign. | Sim, qual | Não | Ign. |
| Pressão alta | | | | | | | | | |
| Doença do coração | | | | | | | | | |
| Diabetes | | | | | | | | | |
| Aids | | | | | | | | | |
| Câncer | | | | | | | | | |
| Outras: | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

26) Durante o ano que precedeu a morte, a falecida foi atendida por médico, hospital, clínica etc.?

Sim ___ Não ___ Ignora ___ Se **SIM**, preencher o quadro abaixo:

| Nome do hospital, Clínica, Médico etc. | Tipo * | Data | Dias no Hospital | Motivo | N.º de Consultas |
|---|--------|------|---------------------|--------|---------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

27) Anteriormente ao ano que precedeu a morte, recebeu assistência médica? Sim ___ Não _ Ignora ___

Se **SIM**, preencher o quadro abaixo:

| Nome do hospital, Clínica, Médico etc. | Tipo * | Data | Dias no Hospital | Motivo | N.º de Consultas |
|---|--------|------|---------------------|--------|---------------------|
| | | | | | |

* Em caso de morte súbita, descrever com detalhes como aconteceu a morte (vide manual).

As informações no domicílio foram fornecidas por (indicar n.º de ordem da pessoa na pergunta 11) _

Data __/__/_____.

Entrevistador _____

DOENÇA ATUAL - EVENTOS QUE CONDUZIRAM À MORTE

35) Data de início da doença ___/___/___

36) Como começou: _____

37) História da doença: (use o verso se necessário)

38) Dados principais do exame físico (assinalar P.A. em várias datas) (use o verso se necessário)

39) Evolução e tratamento: (use o verso se necessário)

40) Fonte de informação: Hospital _____ Clínica _____ Méd. Particular _____ Outro _____

Data ___/___/___

Entrevistador _____

41) Dados referentes a consultas/Internações anteriores (relacionados ou não com a doença atual) _____

44) Intercorrências clínicas _____

45) Intercorrências obstétricas _____

46) P.A. (anotar os vários valores de acordo com o mês da gestação _____)

47) Número total de consultas _____

48) Idade gestacional na 1ª consulta _____

49) Essas consultas foram feitas com médico? Explicar _____

50) Data do parto ___/___/___ 51) Local: Domicílio ___ Hospital ___ Outros _____
Hospital (qual; endereço) _____

52) Quem fez o parto _____ 53) Duração da gestação _____ semanas

54) Descrição do trabalho de parto _____

55) Descrição do parto _____

56) Produto: Nascido Vivo ___ Nascido Morto ___ Aborto ___

Se nascido vivo ou nascido morto

57) Intercorrências do trabalho de parto, parto e puerpério _____

58) Condições de alta (mãe) _____

59) Dados sobre o produto: Peso _____ g Comprimento _____ cm

60) Condições ao nascer _____

61) Condições de alta _____

Se perda fetal precoce ou aborto

62) Duração da gravidez (semanas) _____

63) A perda foi: Espontânea ___ Induzida ___ Ignora ___ Nada Consta ___

64) Resumo do atendimento _____

Fonte de informações: Hospital ___ Clínica ___ Médico Particular ___ Outro _____

EXAMES COMPLEMENTARES

Assinalar aqueles com resultados importantes para confirmar ou não a doença ou complicação.
Assinalar também aqueles importantes, mesmo não relacionados à doença atual, porém que podem indicar um diagnóstico de uma causa associada.

65) Laboratório

| Tipo | Data | Resultados |
|------|------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |

66) Raios X , Ultrassonografia ou outros diagnóstico por imagem

| Tipo | Data | Resultados |
|------|------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |

67) Outros exames (E.C.G. etc)

| Tipo | Data | Resultados |
|------|------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |

68) Citologia/biópsia (descrever o material e resultado) _____

69) Operações e achados (data, tipo e resultado) _____

70) Diagnósticos clínicos _____

71) Necropsia: Sim ___ Não ___ Se SIM, IML ___ SVO ___ Hospital ___
Resumo do laudo de necropsia _____

72) Há menção de gravidez no laudo: Sim ___ Não ___
Se SIM, descrever o que consta _____

73) Houve abertura de útero e anexos: Sim ___ Não ___ Nada Consta ___

Se **SIM**, descrever o que consta _____

População Feminina

Distribuição da população feminina residente nas capitais brasileiras, segundo faixa etária, 2002 (N e %).

| Capitais | 10 a 14 anos | | 15 a 19 anos | | 20 a 24 anos | | 25 a 29 anos | | 30 a 34 anos | | 35 a 39 anos | | 40 a 44 anos | | 45 a 49 anos | | Total de 10 a 49 anos | | Demais idades | Total | |
|------------------------|------------------|-------------|------------------|-------------|------------------|-------------|------------------|-------------|------------------|-------------|------------------|-------------|------------------|------------|------------------|------------|-----------------------|--------------|-------------------|-------------|-------------------|
| | anos | % | anos | % | anos | % | anos | % | anos | % | anos | % | anos | % | anos | % | anos | % | | | |
| Belém | 65.363 | 9,4 | 79.368 | 11,4 | 77.018 | 11,1 | 65.843 | 9,5 | 56.926 | 8,2 | 49.222 | 7,1 | 42.391 | 6,1 | 33.884 | 4,9 | 470.015 | 67,7 | 224.431 | 32,3 | 694.446 |
| Boa Vista | 11.794 | 11,0 | 12.876 | 12,0 | 11.942 | 11,1 | 9.831 | 9,2 | 8.508 | 7,9 | 7.312 | 6,8 | 5.722 | 5,3 | 4.000 | 3,7 | 71.985 | 67,1 | 35.232 | 32,9 | 107.217 |
| Macapá | 18.117 | 11,6 | 19.267 | 12,4 | 17.371 | 11,2 | 14.529 | 9,3 | 11.823 | 7,6 | 9.638 | 6,2 | 7.466 | 4,8 | 5.458 | 3,5 | 103.669 | 66,5 | 52.122 | 33,5 | 155.791 |
| Manaus | 77.976 | 10,2 | 90.211 | 11,8 | 87.918 | 11,5 | 73.619 | 9,6 | 60.953 | 8,0 | 52.341 | 6,9 | 41.953 | 5,5 | 31.413 | 4,1 | 516.384 | 67,7 | 246.522 | 32,3 | 762.906 |
| Palmas | 8.460 | 10,5 | 10.314 | 12,8 | 10.646 | 13,2 | 8.668 | 10,8 | 7.083 | 8,8 | 5.760 | 7,2 | 4.089 | 5,1 | 2.743 | 3,4 | 57.763 | 71,8 | 22.739 | 28,2 | 80.502 |
| Rio Branco | 15.080 | 11,0 | 16.179 | 11,8 | 15.356 | 11,2 | 12.314 | 9,0 | 10.778 | 7,8 | 8.752 | 6,4 | 7.336 | 5,3 | 5.496 | 4,0 | 91.291 | 66,5 | 46.050 | 33,5 | 137.341 |
| REG. NORTE | 196.790 | 10,2 | 228.215 | 11,8 | 220.251 | 11,4 | 184.804 | 9,5 | 156.071 | 8,1 | 133.025 | 6,9 | 108.957 | 5,6 | 82.994 | 4,3 | 1.311.107 | 67,6 | 627.096 | 32,4 | 1.938.203 |
| Aracaju | 23.668 | 9,4 | 28.365 | 11,2 | 27.788 | 11,0 | 23.448 | 9,3 | 21.091 | 8,4 | 19.334 | 7,7 | 15.766 | 6,2 | 13.174 | 5,2 | 172.634 | 68,4 | 79.641 | 31,6 | 252.275 |
| Fortaleza | 113.910 | 9,6 | 127.858 | 10,8 | 119.093 | 10,1 | 103.890 | 8,8 | 99.148 | 8,4 | 90.946 | 7,7 | 72.504 | 6,1 | 59.415 | 5,0 | 786.764 | 66,6 | 394.127 | 33,4 | 1.180.891 |
| Recife | 67.190 | 8,7 | 75.311 | 9,7 | 73.713 | 9,5 | 67.983 | 8,8 | 63.421 | 8,2 | 60.767 | 7,8 | 52.671 | 6,8 | 44.303 | 5,7 | 505.359 | 65,2 | 269.888 | 34,8 | 775.247 |
| Salvador | 114.975 | 8,6 | 149.379 | 11,2 | 150.398 | 11,3 | 125.530 | 9,4 | 115.193 | 8,6 | 106.428 | 8,0 | 91.395 | 6,9 | 71.513 | 5,4 | 924.811 | 69,3 | 409.000 | 30,7 | 1.333.811 |
| São Luís | 52.109 | 10,8 | 62.512 | 12,9 | 56.292 | 11,7 | 46.008 | 9,5 | 40.468 | 8,4 | 34.387 | 7,1 | 27.100 | 5,6 | 20.629 | 4,3 | 339.505 | 70,3 | 143.595 | 29,7 | 483.100 |
| Maceió | 42.171 | 9,6 | 46.706 | 10,6 | 45.857 | 10,4 | 41.210 | 9,4 | 37.560 | 8,5 | 32.932 | 7,5 | 27.313 | 6,2 | 21.954 | 5,0 | 295.703 | 67,2 | 144.228 | 32,8 | 439.931 |
| Teresina | 41.906 | 10,7 | 47.586 | 12,1 | 44.346 | 11,3 | 35.048 | 8,9 | 31.820 | 8,1 | 29.075 | 7,4 | 24.193 | 6,2 | 19.039 | 4,8 | 273.013 | 69,4 | 120.196 | 30,6 | 393.209 |
| João Pessoa | 30.613 | 9,3 | 34.906 | 10,6 | 33.430 | 10,1 | 29.021 | 8,8 | 27.892 | 8,5 | 25.767 | 7,8 | 20.906 | 6,3 | 17.330 | 5,3 | 219.865 | 66,7 | 109.838 | 33,3 | 329.703 |
| REG. NORDESTE | 486.542 | 9,4 | 572.623 | 11,0 | 550.917 | 10,6 | 472.138 | 9,1 | 436.593 | 8,4 | 399.636 | 7,7 | 331.848 | 6,4 | 267.357 | 5,2 | 3.517.654 | 67,8 | 1.670.513 | 32,2 | 5.188.167 |
| Belo Horizonte | 96.529 | 8,0 | 115.643 | 9,6 | 122.366 | 10,2 | 105.093 | 8,7 | 98.630 | 8,2 | 97.897 | 8,1 | 87.912 | 7,3 | 72.963 | 6,1 | 797.033 | 66,1 | 408.474 | 33,9 | 1.205.507 |
| Rio de Janeiro | 222.430 | 7,1 | 257.980 | 8,2 | 266.553 | 8,5 | 247.224 | 7,8 | 237.022 | 7,5 | 247.918 | 7,9 | 238.923 | 7,6 | 214.191 | 6,8 | 1.932.241 | 61,3 | 1.219.643 | 38,7 | 3.151.884 |
| São Paulo | 448.570 | 8,1 | 514.247 | 9,3 | 536.074 | 9,7 | 496.035 | 8,9 | 461.245 | 8,3 | 440.570 | 7,9 | 398.305 | 7,2 | 338.358 | 6,1 | 3.633.404 | 65,5 | 1.914.959 | 34,5 | 5.548.363 |
| Vitória | 13.035 | 8,2 | 16.007 | 10,1 | 16.056 | 10,2 | 12.895 | 8,2 | 12.537 | 7,9 | 13.124 | 8,3 | 12.397 | 7,8 | 10.213 | 6,5 | 106.264 | 67,2 | 51.827 | 32,8 | 158.091 |
| REG. SUDESTE | 780.564 | 7,8 | 903.877 | 9,0 | 941.049 | 9,4 | 861.247 | 8,6 | 809.434 | 8,0 | 799.509 | 7,9 | 737.537 | 7,3 | 635.725 | 6,3 | 6.468.942 | 64,3 | 3.594.903 | 35,7 | 10.063.845 |
| Curitiba | 69.768 | 8,1 | 80.252 | 9,4 | 83.582 | 9,8 | 76.712 | 9,0 | 73.030 | 8,5 | 71.568 | 8,4 | 62.857 | 7,3 | 53.309 | 6,2 | 571.078 | 66,7 | 285.215 | 33,3 | 856.293 |
| Florianópolis | 15.129 | 8,1 | 18.389 | 9,9 | 18.663 | 10,0 | 16.161 | 8,7 | 15.235 | 8,2 | 15.928 | 8,6 | 14.001 | 7,5 | 12.070 | 6,5 | 125.576 | 67,5 | 60.482 | 32,5 | 186.058 |
| Porto Alegre | 53.504 | 7,3 | 63.359 | 8,6 | 64.210 | 8,7 | 55.324 | 7,5 | 53.356 | 7,2 | 59.252 | 8,0 | 56.754 | 7,7 | 50.757 | 6,9 | 456.516 | 61,9 | 280.430 | 38,1 | 736.946 |
| REG. SUL | 138.401 | 7,8 | 162.000 | 9,1 | 166.455 | 9,4 | 148.197 | 8,3 | 141.621 | 8,0 | 146.748 | 8,2 | 133.612 | 7,5 | 116.136 | 6,5 | 1.153.170 | 64,8 | 626.127 | 35,2 | 1.779.297 |
| Brasília | 99.728 | 8,9 | 123.222 | 11,0 | 128.769 | 11,5 | 111.594 | 10,0 | 100.101 | 8,9 | 88.065 | 7,9 | 70.743 | 6,3 | 57.444 | 5,1 | 779.866 | 69,7 | 339.511 | 30,3 | 1.119.177 |
| Campo Grande | 33.742 | 9,5 | 36.589 | 10,3 | 34.874 | 9,8 | 31.291 | 8,8 | 29.436 | 8,3 | 29.306 | 8,2 | 24.352 | 6,8 | 19.610 | 5,5 | 239.200 | 67,2 | 116.579 | 32,8 | 355.779 |
| Cuiabá | 26.223 | 10,2 | 28.924 | 11,3 | 27.939 | 10,9 | 23.712 | 9,2 | 21.669 | 8,4 | 20.185 | 7,9 | 17.326 | 6,8 | 13.245 | 5,2 | 179.223 | 69,9 | 77.240 | 30,1 | 256.463 |
| Goiânia | 50.533 | 8,6 | 63.112 | 10,7 | 65.794 | 11,1 | 56.010 | 9,5 | 50.961 | 8,6 | 47.973 | 8,1 | 41.544 | 7,0 | 33.505 | 5,7 | 409.432 | 69,3 | 181.495 | 30,7 | 590.927 |
| REG. CENTROESTE | 210.226 | 9,1 | 251.847 | 10,8 | 257.376 | 11,1 | 222.607 | 9,6 | 202.167 | 8,7 | 185.529 | 8,0 | 153.965 | 6,6 | 123.804 | 5,3 | 1.607.521 | 69,2 | 714.825 | 30,8 | 2.322.346 |
| TOTAL | 1.812.523 | 8,5 | 2.118.562 | 10,0 | 2.136.048 | 10,0 | 1.898.993 | 8,9 | 1.745.886 | 8,2 | 1.664.447 | 7,8 | 1.465.919 | 6,9 | 1.226.016 | 5,8 | 14.058.394 | 66,0 | 7.233.464 | 34,0 | 21.291.858 |
| BRASIL | 8.814.352 | 15,4 | 9.177.657 | 16,1 | 8.333.778 | 14,6 | 7.245.642 | 12,7 | 6.861.316 | 12,0 | 6.487.992 | 11,4 | 5.584.174 | 9,8 | 4.629.294 | 8,1 | 57.134.205 | 100,0 | 31.537.934 | 55,2 | 57.134.205 |

Fonte : IBGE - Censos Demográficos e Contagem Populacional e MS/SE/Datasus, a partir de totais populacionais fornecidos pelo IBGE, para os anos intercensitários.