

Lenice de Castro Mendes Villela

**DIFERENCIAIS DE MORTALIDADE POR CAUSAS  
EXTERNAS NA REGIONAL CENTRO SUL DE BELO  
HORIZONTE, MINAS GERAIS, 1992 A 1996.**

Dissertação apresentada à Escola de Veterinária da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de grau de Mestre.

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientador: Prof. Edson Perini

Belo Horizonte  
Escola de Veterinária – UFMG  
1999

V735m  
1999

Villela, Lenice de Castro Mendes, 1955-

Diferenciais de Mortalidade por causas externas na Regional Centro Sul de Belo Horizonte, Minas Gerais, 1992 a 1996 / Lenice de Castro Mendes Villela. – Belo Horizonte: UFMG – Escola de Veterinária, 1999.

000 p.: il.

Dissertação (mestrado) – UFMG-Escola de Veterinária

1. Mortalidade – Belo Horizonte (MG) – Teses. 2. Morte – Causas – Belo Horizonte (MG) – Teses. 3. Saúde Pública – Belo Horizonte (MG) – Teses. 3. Saúde Pública – Belo Horizonte (MG) – Teses. I. Título.

CDD – 614.14

Dissertação defendida e aprovada em 18/11/1999 pela Comissão Examinadora constituída por:



Prof<sup>o</sup> Edson Perini  
Orientador



Prof<sup>a</sup> Cetina Maria Modena



Prof<sup>o</sup> Elvio Carlos Moreira



Prof<sup>a</sup> Ana Adelaide Martins



Prof<sup>o</sup>. Carlos Henrique Mudado Maletta

“Existem multidões de fatores os mais diversos que incidem simultaneamente sobre a conduta humana e todos os motivos do comportamento e da ação violenta passam pela mente” (Denisov, 1986).

## Dedicatória

Ao Nélio, companheiro e amigo. As alegrias de hoje também são tuas, pois teu amor, estímulo e carinho foram as armas desta vitória.

Ao Gabriel e Mateus, meus filhos, tão pequeninos em tamanho e grandes em sensibilidade, privados dos dias e dias de nosso convívio diário, na certeza de que os frutos colhidos serão de qualidade.

A meus pais Homero e Zilda, a jornada pareceu árdua e difícil, o desânimo tentou se apossar por vezes. Entretanto a certeza de que estariam orgulhosos no cumprimento de mais uma jornada, impulsionou-me para a luta.

À Maria Isabel (Bel), amiga, companheira que tanto incentivou-me na escolha do tema e foi mais uma vítima da imprudência que ocorrem em nossas estradas. A tua falta foi sentida a cada dia deste caminho, tua lembrança permanecerá inapagável em nossos corações.

## Agradecimentos

Quando comecei a escrever as primeiras páginas deste trabalho, acreditava que uma vez terminado, necessitaria apenas de umas poucas alterações nas revisões posteriores. Com o tempo percebi que a cada revisão, extensas porções deviam ser repensadas e reescritas, a medida que o conhecimento ia-se aprofundando. Esse maior conhecimento, adquirido através de leituras, estudos e principalmente de sugestões e críticas recebidas de professores e colegas ajudou-me a resolver os impasses que iam aparecendo. Espero que todos que de uma forma ou de outra me auxiliaram, aceitem meus mais sinceros agradecimentos.

Agradeço particularmente o meu orientador, Professor Edson Perini, que soube guiar meus passos para o atual sucesso. Muito exigente, mas disposto a ajudar com sugestões precisas e oportunas. Exemplo de responsabilidade, companheirismo, compreensão e dedicação. Compartilhou comigo seu conhecimento e seu tempo, colaborando de maneira decisiva na elaboração desta dissertação.

À professora Celina Maria Modena, por toda sua competência, ensinamentos, estímulo e ajuda que sempre me acolheu, sem a qual a realização deste trabalho teria sido ainda mais difícil.

À Daniela Mara Menezes, bolsista de Iniciação Científica da Universidade Federal de Minas Gerais, que muito contribuiu na organização dos dados e em toda a construção da pesquisa.

A todos os colegas do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e de Saúde Pública da Escola de Enfermagem, que direta ou indiretamente apoiaram e contribuíram para a concretização desta etapa.

Às professoras das disciplinas Saúde Coletiva I e Epidemiologia, pelo apoio durante o desenvolvimento do curso de mestrado.

A todos os professores do mestrado, pelo companheirismo e espírito de cooperação durante esta etapa.

Aos colegas da Pós Graduação, Isabel, Frei, Bira, Elinho, Sérgio, Rejane, Iran, pela agradável convivência neste período tão rápido.

Meu agradecimento ao Núcleo de Epidemiologia do Distrito Sanitário Centro Sul e da Secretaria Municipal de Saúde, ao Centro de Estatística e Informações da Fundação João Pinheiro. A todos os

funcionários que ali trabalham e que me assessoraram em todas as etapas de preparação desse trabalho e cujo estímulo e paciência sempre me foram preciosos. Obrigada Lenice Ishitani, Carmem e Maura.

Muito obrigada aos meus familiares que apoiaram-me e que em qualquer momento se colocaram disponíveis e compartilharam comigo todo o desenrolar desse trabalho. Nas tarefas intelectuais, no apoio à informática, no lazer de meus filhos. Hoje, além de minha própria realização, essa conquista são parte do estímulo e carinho que venho compartilhando com vocês

Ao Conselho Regional de Enfermagem, principalmente aos membros da Diretoria pelo apoio e compreensão durante minhas ausências.

## SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	11
LISTA DE FIGURAS.....	13
RESUMO.....	15
ABSTRACT.....	16
1 INTRODUÇÃO.....	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
2.1 As Causas Externas no Contexto das Transições Demográfica e Epidemiológica.....	18
2.2 A Mortalidade por Causas Externas como Problema de Saúde Pública.....	21
2.3 Principais Grupos de Causas Externas: Evolução, Conceituação e Classificação.....	24
2.4 As Fontes de Informações sobre Causas Externas.....	31
3 METODOLOGIA.....	33
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	38
4.1 Evolução da Mortalidade por Causas Externas no Distrito Sanitário Centro Sul, no período de 1992 a 1996.....	38
4.1.1 Mortalidade por Grupo de Causas Externas, Segundo Local de Residência.....	43
4.1.2 Mortalidade por Grupo de Causas Externas, Segundo Sexo e Local de Residência.....	46
4.1.3 Mortalidade por Grupo de Causas Externas, Segundo Faixa Etária e Local de Residência.....	52
5 CONCLUSÕES.....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
APÊNDICE A.....	63
APÊNDICE B.....	65
APÊNDICE C.....	67



## LISTA DE TABELAS

1	Percentuais por causas externas, no DISACS, nos Bairros e nas Favelas, 1992 a 1996 .....	39
2	Taxa média de mortalidade e posição segundo grupo de causas externas no DISACS, nos Bairros e nas Favelas, 1992 a 1996.....	44
3	Razão de masculinidade nas Favelas, nos Bairros e no DISACS, 1992 a 1996.....	46
1c	População por faixa etária e sexo, Favelas, Bairros e DISACS, 1991.....	67
2c	População por faixa etária e sexo, Favelas, Bairros e DISACS, 1992.....	67
3c	População por faixa etária e sexo, Favelas, Bairros e DISACS, 1993.....	68
4c	População por faixa etária e sexo, Favelas, Bairros e DISACS, 1994.....	68
5c	População por faixa etária e sexo, Favelas, Bairros e DISACS, 1995.....	69
6c	População por faixa etária e sexo, Favelas, Bairros e DISACS, 1996.....	69
7c	Taxa de mortalidade por causas externas, por faixas etárias, discriminadas para Bairros e Favelas, 1992.....	70
8c	Taxa de mortalidade por causas externas, por faixas etárias, discriminadas para Bairros e Favelas, 1993.....	71
9c	Taxa de mortalidade por causas externas, por faixas etárias, discriminadas para Bairros e Favelas, 1994.....	72
10c	Taxa de mortalidade por causas externas, por faixas etárias, discriminadas para Bairros e Favelas, 1995.....	73
11c	Taxa de mortalidade por causas externas, por faixas etárias, discriminadas para Bairros e Favelas, 1996.....	74
12c	Teste do Qui-Quadrado.....	75
13c	Mortalidade proporcional e taxa de mortalidade por 100.000 habitantes, segundo grupo de causas externas em residentes no DISACS, 1992 a 1996.....	76
14c	Mortalidade proporcional e taxa de mortalidade por 100.000 habitantes, segundo grupo de causas externas em residentes nos Bairros, 1992 a 1996.....	77
15c	Mortalidade proporcional e taxa de mortalidade por 100.000 habitantes, segundo grupo de causas externas em residentes nas Favelas, 1992 a 1996.....	78
16c	Número de óbitos de residentes e taxa de mortalidade por grupos de causas externas, segundo o sexo, nos Bairros do DISACS, 1992.....	79
17c	Número de óbitos de residentes e taxa de mortalidade por grupos de causas externas, segundo o sexo, nos Bairros do DISACS, 1993.....	79
18c	Número de óbitos de residentes e taxa de mortalidade por grupos de causas externas, segundo o sexo, nos Bairros do DISACS, 1994.....	80
19c	Número de óbitos de residentes e taxa de mortalidade por grupos de causas externas, segundo o sexo, nos Bairros do DISACS, 1995.....	80
20c	Número de óbitos de residentes e taxa de mortalidade por grupos de causas externas, segundo o sexo, nos Bairros do DISACS, 1996.....	81
21c	Número de óbitos de residentes e taxa de mortalidade por grupos de causas externas, segundo o sexo, nas Favelas do DISACS, 1992.....	82
22c	Número de óbitos de residentes e taxa de mortalidade por grupos de causas externas, segundo o sexo, nas Favelas do DISACS, 1993.....	82
23c	Número de óbitos de residentes e taxa de mortalidade por grupos de causas externas, segundo o sexo, nas Favelas do DISACS, 1994.....	83
24c	Número de óbitos de residentes e taxa de mortalidade por grupos de causas externas, segundo o sexo, nas Favelas do DISACS, 1995.....	83
25c	Número de óbitos de residentes e taxa de mortalidade por grupos de causas externas, segundo o sexo, nas Favelas do DISACS, 1996.....	84
26c	Número de óbitos de residentes e taxa de mortalidade por grupos de causas externas, segundo o sexo, no DISACS, 1992.....	85

27c	Número de óbitos de residentes e taxa de mortalidade por grupos de causas externas, segundo o sexo, no DISACS, 1993.....	85
28c	Número de óbitos de residentes e taxa de mortalidade por grupos de causas externas, segundo o sexo, no DISACS, 1994.....	86
29c	Número de óbitos de residentes e taxa de mortalidade por grupos de causas externas, segundo o sexo, no DISACS, 1995.....	86
30c	Número de óbitos de residentes e taxa de mortalidade por grupos de causas externas, segundo o sexo, no DISACS, 1996.....	87
31c	Mortalidade proporcional para o grupo de causas externas, segundo faixa etária, em residentes nos Bairros do DISACS, 1992 a 1996.....	88
32c	Mortalidade proporcional para o grupo de causas externas, segundo faixa etária, em residentes nos Bairros do DISACS, 1992.....	890
33c	Mortalidade proporcional para o grupo de causas externas, segundo faixa etária, em residentes nos Bairros do DISACS, 1993.....	90
34c	Mortalidade proporcional para o grupo de causas externas, segundo faixa etária, em residentes nos Bairros do DISACS, 1994.....	91
35c	Mortalidade proporcional para o grupo de causas externas, segundo faixa etária, em residentes nos Bairros do DISACS, 1995.....	92
36c	Mortalidade proporcional para o grupo de causas externas, segundo faixa etária, em residentes nos Bairros do DISACS, 1996.....	93
37c	Mortalidade proporcional para o grupo de causas externas, segundo faixa etária, em residentes nas Favelas do DISACS, 1992 a 1996.....	94
38c	Mortalidade proporcional para o grupo de causas externas, segundo faixa etária, em residentes nas Favelas do DISACS, 1992.....	95
39c	Mortalidade proporcional para o grupo de causas externas, segundo faixa etária, em residentes nas Favelas do DISACS, 1993.....	96
40c	Mortalidade proporcional para o grupo de causas externas, segundo faixa etária, em residentes nas Favelas do DISACS, 1994.....	97
41c	Mortalidade proporcional para o grupo de causas externas, segundo faixa etária, em residentes nas Favelas do DISACS, 1995.....	98
42c	Mortalidade proporcional para o grupo de causas externas, segundo faixa etária, em residentes nas Favelas do DISACS, 1996.....	99
43c	Mortalidade proporcional para o grupo de causas externas, segundo faixa etária, em residentes no DISACS, 1992 a 1996.....	100
44c	Mortalidade proporcional para o grupo de causas externas, segundo faixa etária, em residentes no DISACS, 1992.....	101
45c	Mortalidade proporcional para o grupo de causas externas, segundo faixa etária, em residentes no DISACS, 1993.....	102
46c	Mortalidade proporcional para o grupo de causas externas, segundo faixa etária, em residentes no DISACS, 1994.....	103
47c	Mortalidade proporcional para o grupo de causas externas, segundo faixa etária, em residentes no DISACS, 1995.....	104
48c	Mortalidade proporcional para o grupo de causas externas, segundo faixa etária, em residentes no DISACS, 1996.....	105

## LISTA DE FIGURAS

	Mapa 1 – Mapa de Belo Horizonte com destaque para a regional centro sul.....	36
	Mapa 2 – Mapa da regional centro sul, com destaque para Bairros e Favelas.....	37
1	Curva de mortalidade proporcional, DISACS, 1992 a 1996.....	40
2	Curva de mortalidade proporcional, Bairros, 1992 a 1996.....	41
3	Curva de mortalidade proporcional, Favelas, 1992 a 1996.....	42
4	Mortalidade ajustada, segundo causas externas, nos Bairros e Favelas do DISACS, 1992 a 1996.....	39
5	Taxa de mortalidade, segundo principais grupos de causas externas, DISACS, 1992 a 1996.....	45
6	Taxa de mortalidade, segundo principais grupos de causas externas, Bairros, 1992 a 1996.....	45
7	Taxa de mortalidade, segundo principais grupos de causas externas, Favelas, 1992 a 1996.....	45
8	Taxa de mortalidade por causas externas, sexo masculino, no DISACS, nos Bairros e nas Favelas, 1992 a 1996.....	47
9	Taxa de mortalidade por causas externas, sexo feminino, no DISACS, nos Bairros e nas Favelas, 1992 a 1996.....	47
10	Odds Ratio estratificado por óbitos de indivíduos do sexo masculino, residentes nos Bairros e Favelas, 1992 a 1996.....	46
11	Taxa de mortalidade segundo principais grupos de causas externas, sexo masculino, DISACS, 1992 a 1996.....	49
12	Taxa de mortalidade segundo principais grupos de causas externas, sexo feminino, DISACS, 1992 a 1996.....	49
13	Taxa de mortalidade segundo principais grupos de causas externas, sexo masculino, Bairros, 1992 a 1996.....	50
14	Taxa de mortalidade segundo principais grupos de causas externas, sexo feminino, Bairros, 1992 a 1996.....	50
15	Taxa de mortalidade segundo principais grupos de causas externas, sexo masculino, Favelas, 1992 a 1996.....	51
16	Taxa de mortalidade segundo principais grupos de causas externas, sexo feminino, Favelas, 1992 a 1996.....	51
17	Taxa de mortalidade proporcional média segundo grupos de causas externas e faixa etária, no DISACS, nos Bairros e nas Favelas, 1992 a 1996.....	54
18	Mortalidade proporcional média, segundo os principais grupos de causas externas e faixa etária, nos Bairros do DISACS, 1992 a 1996.....	55
19	Mortalidade proporcional média, segundo os principais grupo de causas externas e faixa etária, nas Favelas, 1992 a 1996.....	55

## RESUMO

Este estudo teve como principal objetivo determinar o perfil da mortalidade por causas externas dos residentes em Bairros e Favelas, na área de abrangência do Distrito Sanitário Centro Sul de Belo Horizonte, no período de 1992 a 1996. Utilizou-se as Declarações de Óbitos classificadas como causas externas segundo a Classificação Internacional de Doenças, nona e décima revisão (CID 9 e 10). Foram identificados diferentes níveis de saúde da referida população. Os residentes nos Bairros apresentaram níveis de saúde comparáveis com o dos países desenvolvidos (nível IV), enquanto os residentes nas Favelas com o dos países subdesenvolvidos (nível II). A mortalidade por causas externas manteve-se estável, tanto nos Bairros como nas Favelas. A relação óbitos por causas externas / óbitos totais foi de 1 para 14,7 nos Bairros e 1 para 6,2 nas Favelas. As faixas etárias mais atingidas concentram-se entre os 10 a 39 anos, abrangendo os adolescentes, jovens e adultos em idade produtiva, com predominância no sexo masculino. Os acidentes de transportes nos Bairros, representaram percentuais de 43,0% dos óbitos por causas externas, preferencialmente no sexo masculino, na faixa etária de 10 a 39 anos e 70 a 79 anos. Os homicídios representam nas Favelas, 52,0% dos óbitos por causas externas, principalmente no sexo masculino e na faixa etária de 10 a 39 anos. Outros grupos, como os suicídios, as quedas acidentais e as lesões cuja intenção é indeterminada, apresentam incidências menores. A necessidade de prevenção das causas externas e redução dos anos potenciais de vida perdidos, na região, deve ser cogitada pela adoção de modelos diferenciados para os dois ambientes.

Palavras-chave: Mortalidade, causas externas, violência, epidemiologia

## ABSTRACT

This study aims at determining the death profile due to external causes of the inhabitants of Districts and Slums in the Center-South Sanitary District in Belo Horizonte from 1992 to 1996. Data were collected from Death Certificates classified as external death causes according to the International Classification of Diseases, 9<sup>th</sup> and 10<sup>th</sup> revision (CID 9 and 10). Different levels of health were identified in that population. The District inhabitants presented a level of health that can be compared to that in developed countries (level IV), while the health level in the Slums can be compared to that in underdeveloped countries (level II). Mortality by external causes was stable both in the Districts and the Slums. The relation between death due to external causes/total death was 1 to 14,7 in the Districts and 1 to 6,2 in the Slums. It was more frequent in the age group between 10-39 (adolescents, youngsters and adults in productive age) with male predominance. Traffic accidents in the Districts represent 43% of death resulting from external causes, involving mainly males in age group of 10-39 and 70-79. The homicides represent 52% of deaths due to external factors in the Slums affecting primarily males from 10 to 39 years old. Other groups such as suicides, accidental falls and lesions, whose intention is indefinite, present fewer occurrences. The need to prevent death due to external causes and to reduce the loss of potential years of life should be considered by the adoption of differentiated models for the two settings.

Words-Key: Mortality, external cause, violence, epidemiology.

## 1 INTRODUÇÃO

A mortalidade por causas externas, está diretamente relacionada com os óbitos decorrentes por acidentes e violências e vêm ocorrendo desde o início da história da humanidade. Existiam desde a época em que os indivíduos enfrentavam os perigos ambientais para sua sobrevivência, principalmente para se defenderem ou protegerem suas propriedades e seus semelhantes. A evolução dos tempos, a complexidade da industrialização e da urbanização, fez ampliar as exposições aos riscos de acidentes, no domicílio, no trabalho, no transporte e no lazer. Associados aos benefícios do desenvolvimento e do avanço tecnológico, emergiram também as desigualdades de natureza sócio-econômicas, política e cultural, agravadas posteriormente, pelas crises econômicas e sociais vividas em cada país (Dadoun, 1995; Duchiate, 1995; Mello Jorge, 1979).

No Brasil, ao longo dos anos, foram se acentuando as exclusões sociais. A pobreza e a miséria, interferindo no modo de vida e no pensamento dos homens, vem gerando conflitos, causando violências e conseqüentemente sobrecarregando as instituições governamentais e desafiando as práticas, hoje instituídas que visam a proteção e segurança do indivíduo em sua residência, em sua comunidade e na sociedade como um todo. É neste contexto que a violência vem mudando o cotidiano das pessoas, colocando-as em situações de risco e medo de ser uma próxima vítima. A busca de segurança privada, enclausuramentos e outros meios de preservar a vida e a propriedade são medidas individuais para assegurar a proteção e diminuir o pânico.

Do ponto de vista da Saúde Pública, a mortalidade por causas externas gerou um problema sério, devido a importância crescente que vem assumindo, nos últimos anos, causando danos físicos aos indivíduos, elevando os custos hospitalares na emergência, na reabilitação e na recuperação.

Sob o aspecto epidemiológico, apresenta diferenciais por grupos de causas na área central e nas periferias das cidades, com maior risco nas faixas etárias jovens. Esses diferenciais vem se agravando na medida em que se desloca para as faixas etárias menores, aumentando conseqüentemente os anos potenciais de vida perdidos. Atinge com maior freqüência os homens, com tendência crescente em ambos os sexos. Outro aspecto, refere-se ao aumento do impacto da mortalidade por causas externas sobre a mortalidade geral, constituindo perdas desnecessárias de vidas.

Nos países subdesenvolvidos, os principais grupos componentes da mortalidade por causas externas são os acidentes de transporte, as quedas, os suicídios e os homicídios. Apresentam-se com tendências crescentes e, atualmente, no Brasil, situam-se como segunda causa de óbito, posicionando-se abaixo das doenças cardiovasculares. Em algumas capitais, como São Paulo e Rio de Janeiro, a situação é tão grave que assumem a posição de principal causa de óbito.

Em Belo Horizonte, em 1991, as causas externas situavam-se como terceira causa de óbito, perdendo para as doenças decorrentes das neoplasias e das cardiovasculares (Maletta, 1997). Um estudo elaborado pelos técnicos da Fundação João Pinheiro (1997), indica que, em Belo Horizonte, três principais causas de morte do grupo de causas externas aparecem em ordem decrescente de importância: acidentes de trânsito, atropelamentos e homicídios. Segundo e Ishitani (1992), no Distrito Sanitário Centro Sul (DISACS)\* de Belo Horizonte, a mortalidade

\* DISACS, Departamento Administrativo inserido na Regional Centro Sul de Belo Horizonte, em outubro de 1989 (Costa, 1998). Parte dessa área está localizada no centro da capital, onde se dá um intenso fluxo de pessoas e de veículos e onde se encontra a maioria dos hospitais, o que intensifica mais este fluxo. O traço geográfico desta regional determina sua distribuição em Bairros e Favelas. Embora se encontrem inseridos num mesmo espaço geográfico, pela sua própria concepção são muito contrastantes suas características. Apresenta também peculiaridades na organização de seu espaço urbano, com grandes áreas verdes, vias de locomoção amplas e propícias ao deslocamento rápido de automóveis, ônibus e motocicletas.

geral se comporta distintamente quando se compara as populações residentes em espaços urbanos diferenciados, ou seja os Bairros<sup>\*\*</sup> e as Favelas<sup>\*\*\*</sup>.

A amplitude e a importância do tema, as diferenças na mortalidade por áreas geográficas, a maior frequência nos homens, a maior incidência em adolescentes e jovens em idade produtiva e a disponibilidade das informações oficiais, fez surgir a idéia de estudar a mortalidade por causas externas no DISACS, caracterizando possíveis diferenças entre os grupos de causas nos residentes dos Bairros e das Favelas. Este estudo, poderá também propiciar continuidade e aprimoramento das investigações para subsidiar programas de prevenção, necessários para minimizar os problemas das mortes por acidentes e ou por violência. Algumas medidas são onerosas, mas o custo da perda do cidadão em idade produtiva, a ausência ao trabalho motivada pelo acidente e os gastos relativos aos serviços hospitalares serão provavelmente de custo muito maior para a comunidade.

Como objetivo geral para o presente estudo propõe-se:

**Determinar o perfil da mortalidade por causas externas no Distrito Sanitário Centro Sul de Belo Horizonte, no período de 1992 a 1996, caracterizando possíveis diferenças espaciais em sua distribuição.**

<sup>\*\*</sup> Bairros significa uma divisão de uma cidade para fins administrativo (Oliveira, 1993 p.47 e 645).

<sup>\*\*\*</sup> Favelas significa, bairro pobre sem os necessários requisitos higiênicos, em que os moradores são geralmente os construtores de suas casas ou barracos (Oliveira, 1993; p.47 e 645). Aglomerado subnormal (Favelas e assemelhados), um conjunto constituído por unidades habitacionais (barracos, casas...), ocupando ou tendo ocupado, até período recente, terrenos de propriedades alheias (pública ou particular) dispostos em geral, de forma desordenada e densa, e carentes, em sua maioria de serviços públicos essenciais. O que caracteriza subnormal é a ocupação desordenada e que quando da sua implantação não houvesse posse da terra ou título de propriedade. (IBGE, 1991; p.10 e 11).

Como objetivos específicos:

- 1) **Analisar a participação proporcional da mortalidade por causas externas na mortalidade geral no Distrito Sanitário Centro Sul.**
- 2) **Determinar a distribuição dos óbitos segundo grupos de causas externas, por sexo, faixa etária e local de residência.**
- 3) **Identificar o risco de morrer por grupos de causas externas, por sexo, faixa etária e local de residência.**
- 4) **Fornecer subsídios para o planejamento de ações de saúde que possibilitem intervenções setoriais específicas sobre a mortalidade segundo grupos de causas externas.**

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 AS CAUSAS EXTERNAS NO CONTEXTO DAS TRANSIÇÕES DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA

A mortalidade tem sido objeto de estudo de vários autores, sobretudo quando o processo de transição demográfica vem se consolidando e apresentando uma redução significativa nos seus indicadores e, em consequência, no aumento da esperança de vida e no envelhecimento da população. Para Sawyer (1980), a queda da mortalidade, principalmente nos países ocidentais, é determinada por quatro categorias: fatores sócio-econômicos, sanitários, políticos e os progressos técnicos da medicina. Essas se diferenciam em importância e em função do desenvolvimento de cada país. Os estudos de Mckeown (1979) indicam que as mudanças nas taxas de mortalidade decorreram, em grande parte, da redução da mortalidade por doenças infecciosas devido a melhoria do estado nutricional da população, do saneamento ambiental e da redução das taxas de natalidade. O autor minimiza a responsabilidade dos avanços da tecnologia e da

organização dos serviços de saúde, e aponta que essa redução se dá principalmente naqueles países que priorizam a educação, a renda familiar, a ocupação e a habitação, determinantes maiores dos diferentes padrões de vida que interferem nas formas de preservar a saúde. Nos países em desenvolvimento, as preocupações preventivas são precárias e uma grande parcela da população ainda vive com baixa cobertura do saneamento básico, alta prevalência de subnutrição, excessivas jornadas de trabalho, em ambientes insalubres, sem segurança e com acesso limitado aos serviços de saúde. Nesses, a transição vem ocorrendo lentamente e com algumas mudanças significativas. Segundo Patarra (1995), no Brasil, os níveis de mortalidade da população começaram a declinar desde os anos 40 como resposta às melhorias do saneamento básico, ao progresso da medicina (antibióticos e quimioterápicos), à descoberta do DDT, ao controle mais eficaz de doenças infecciosas e à ampliação dos serviços de prevenção e de assistência médica, entre outros. A teoria da transição epidemiológica, um processo de transformação associado à transição demográfica, estabelece mudanças nos padrões de morbimortalidade como fator preponderante na dinâmica populacional. Omram (1971), baseando-se no momento histórico em que iniciou a transição epidemiológica e na velocidade com que cada país atravessou suas etapas, identificou três tipos básicos de mudanças dos padrões epidemiológicos:

A) *Modelo clássico ou ocidental*, caracterizado por uma progressiva redução da mortalidade e fertilidade, acompanhada de um predomínio das doenças degenerativas e das doenças causadas pelo homem, estando representado pelos países da América do Norte e da Europa Ocidental;

B) *Modelo acelerado*, caracterizado pela rápida e acentuada queda das taxas de mortalidade e fertilidade, como ocorrido no Japão;

C) *Modelo tardio ou contemporâneo*, que descreve mudanças recentes, ainda em processo nos países subdesenvolvidos, em que a taxa da mortalidade ocorre de forma mais lenta e mais recente do que observada nos países desenvolvidos, não sendo seguida de redução na fertilidade na mesma proporção. Posteriormente, Olshansky et al (1986) acrescentaram um quarto

estágio, a idade do declínio das doenças degenerativas. Segundo Barreto (1995), em todos esses modelos há em comum a existência de três estágios fundamentais: a idade das pestilências e da fome, a idade do declínio das pandemias e a idade das doenças degenerativas aliadas às outras doenças causadas pelo homem.

Para Frenk et al (1994), os países da América Latina estão incluídos no modelo tardio ou contemporâneo e a transição epidemiológica ocorreu em ritmos diferentes, com características distintas dos países desenvolvidos. Para eles, a principal característica identificada, ao lado de uma relativa redução das doenças infecciosas, é a sua coexistência com as doenças crônicas degenerativas como grupos importantes de causas de óbitos. A este padrão os autores denominam modelo polarizado de transição, no qual apontam ainda o "recrudescimento das doenças infecciosas". Barreto (1995) distingue o Brasil como "modelo polarizado prolongado", tendo como particularidades a "superposição de etapas", caracterizada pela sobreposição das doenças infecciosas com as não-infecciosas, a "contra-transição de etapas", caracterizada pelo reaparecimento das doenças transmissíveis, erradicadas ou controladas, e a "polarização epidemiológica", caracterizada pelo acometimento desigual das doenças em diferentes grupos sociais, fortalecendo a heterogeneidade como fator marcante no prolongamento da transição.

Os estudos de Monteiro (1997) mencionam que, no Brasil, existem diferentes transições epidemiológicas e demográficas que agem sobre os segmentos da população, seja esta dividida regionalmente ou em estratos sócio-econômicos. Behn et al (1978), em estudos da mortalidade em Costa Rica, indicam que a "probabilidade de morte entre os proletários é quatro vezes mais alta do que entre a alta e média burguesia" (p.217). Os proletários com menos de 4 anos de escolaridade são considerados trabalhadores não qualificados e sua probabilidade de morrer é 5,1 vezes maior do que a alta e média burguesia. Nunes et al (1991), em Campinas, utilizam a Curva de Mortalidade Proporcional para estudar a distribuição das mortes por faixa etária, segundo classes sociais. A



tendência das curvas reforça as desigualdades em saúde e os níveis de saúde diferenciados para o subproletariado e para a burguesia.

Ishitani et al (1992), em um estudo sobre a mortalidade no DISACS, comparando as populações residentes em espaços urbanos diferenciados, menciona que as causas determinantes desses óbitos são distintas quanto sua natureza e sua frequência, dependendo da área geográfica (Bairros e Favelas) em que ocorrem.

Segundo Agudelo (1997 b), do ponto de vista liberal "a cidadania era um postulado igualitário". No entanto, os excluídos estão à margem de quaisquer direitos e participação no organismo social e, marginalizados, a eles é negada toda entidade cidadã. Minayo (1991) identifica no Brasil os moradores de rua e das Favelas como aqueles despojados de todos os seus direitos de cidadania, caracterizado pelas crianças, adolescentes pobres, negros e de sexo masculino. Na percepção de Enzensberger (1993), os excluídos são aqueles que apresentam "vidas sem valor". Para McAllister (1989), nos Estados Unidos, ser negro, homem e jovem implica correr o risco de homicídio. Para Navarro (1991), o pobre está inserido no grupo de maior risco de ser assassinado. Os dados do Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo (PROAIM) em 1992, demonstram que os óbitos por causas violentas representaram 20,0% do total de óbitos nas áreas periféricas da cidade, contra 9,0% do total de óbitos registrados na área central.

Para Reichenhem e Werneck (1994 a), a transição epidemiológica se manifesta de forma diferenciada de acordo com o grupo social. Para uma expressiva parcela da população brasileira vem ocorrendo como uma superposição epidemiológica, na medida em que os vários agravos se mantêm. Assim, a persistência e a perseverança das doenças infecciosas e parasitárias se associam ao aumento da incidência das crônico-degenerativas e das causas externas. Para os estratos sócio-econômicamente privilegiados não há essa superposição epidemiológica, as taxas de mortalidade das

doenças infecciosas e parasitárias diminuíram significativamente, predominando hoje as doenças crônico-degenerativas e as causas externas. Esse perfil apresenta um quadro nosológico muito próximo ao dos países desenvolvidos. Segundo Barreto et al (1993), as doenças crônico-degenerativas vêm aumentando sua parcela de contribuição na composição da mortalidade, sendo maior a incidência relativa dos cânceres de pulmão e de mama, enquanto outras neoplasias, tais como do cervix uterino, têm diminuído.

No final dos anos 70, dados do Ministério da Saúde (M.S.) apontavam os acidentes e as violências como responsáveis por cerca de 60.000 óbitos no país, constituindo-se o quarto grupo mais importante de causa de morte da população brasileira. Ao longo da década de 80, enquanto a mortalidade geral aumentou em cerca de 20,0%, a mortalidade por acidentes e violências elevou-se em 60,0%, passando a constituir o segundo grupo mais importante de causas de morte no país, superado apenas pelas doenças cardiovasculares. Esta situação é fruto e tem gerado uma situação dramática em termos de violência, principalmente nos grandes centros urbanos. No ano de 1998, acidentes e violências foram responsáveis por aproximadamente 100 000 óbitos, mantendo-se como segundo grupo responsável por causa de morte, superado apenas pelas doenças do aparelho circulatório (Camargo et al, 1995; Lessa, 1996).

Em Belo Horizonte, a transição epidemiológica se deu de forma similar ao que ocorreu no país. Maletta (1997) destaca o período entre as décadas de 1940 e 1980 como uma nova fase da transição epidemiológica: a das doenças degenerativas e das causadas pelo homem. Relata que 57,9% dos óbitos em 1991 foram em decorrência das doenças crônico-degenerativas e 10,9% por causas externas. Essas últimas situaram-se como o terceiro principal grupo, com taxa de 68,8 óbitos para cada 100 000 habitantes. O segundo principal grupo foi representado pelas neoplasias, com taxa de 90,6 óbitos, e em primeiro lugar as doenças do aparelho circulatório, com taxa de 206,6 óbitos por 100 000 habitantes.

## 2.2 A MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A mortalidade por causas externas está classificada e agrupada de acordo com o motivo determinante do óbito. Esses grupos são definidos no capítulo referente à Classificação Suplementar de Causas Externas de Lesões e de Envenenamentos, nas categorias E800 a E900 da 9ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças / CID 9 (OMS-1975). Essa Classificação vigorou até 1995. A partir de 1º de Janeiro de 1996, em cumprimento à Portaria GM/MS n.º 1832/94, passou a vigorar a 10ª Revisão (CID 10), na qual essas causas estão classificadas no capítulo XX como Causas Externas de Morbidade e Mortalidade, nas categorias VO1 a Y84 (OMS-1993). Segundo Laurenti (1997), a introdução de uma nova revisão da CID, geralmente modifica a apresentação das doenças, incorpora novas doenças e às vezes as migram de capítulos, alterando assim as regras de codificação da mortalidade. Essas mudanças podem causar alterações falaciosas na tendência da mortalidade, podendo ocorrer aumento ou declínio por determinada causa, mas não ocasionam uma real mudança na magnitude dos padrões epidemiológicos.

Entre os diferentes grupos de causas externas, alguns manifestam-se através da violência e assumem importância de acordo com as características específicas de cada país. A OPS (1997), reconhece que a desorganização social e a perda de respeito pela cidadania apresentam-se como pano de fundo para caracterizar o fenômeno da violência, sobre o qual atuam diversos fatores predisponentes e desencadeantes.

Os Estados Unidos em 1965 reconheceram a violência como epidemia e problema prioritário de saúde. Desde então vêm concentrando esforços para evitar e reduzir os acidentes por causas externas, propondo um programa para preveni-los e implantando um Sistema de Vigilância em Acidentes. O objetivo é quantificar os gastos financeiros em saúde, identificar os possíveis fatores de risco, avaliar e organizar programas de

prevenção e controle de acidentes (Graitcer, 1992, Souza et al, 1995).

A partir da década de 1990 o tema ganha prioridade nas agendas das organizações internacionais. A Organização Mundial de Saúde (OMS), preocupada com os agravos decorrentes dos acidentes e da violência, definiu em 07/04/1961 o Dia Mundial da Saúde e selecionou o tema do ano "Acidentes e Sua Prevenção". Procurava, na época chamar a atenção dos governos e das populações para o número crescente de acidentes, da gravidade dos mesmos e da insuficiência de medidas preventivas. Cerca de 30 anos após, em 1993 determinou-se novamente o Dia Mundial da Saúde enfocando a "Prevenção de Acidentes e Traumatismos". Nessa época, a violência passou a ser considerada como uma "Pandemia Social do Século XX", caracterizada como um fenômeno social complexo que indica um alto nível de tensão e afeta o modo de viver das pessoas. Ela introduziu novos fatores de risco como o uso de armas de fogo, o abuso de álcool, o crack, cocaína e a televisão, adquirindo um caráter endêmico e se convertendo num problema de saúde pública em vários países, mudando a rotina dos serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social (OMS 1961, OPAS 1993, Yunes e Rajs 1994).

Nas Américas, a mortalidade por causas externas vem assumindo características endêmicas, evoluindo e assumindo um grau de maior importância para a saúde pública. Em alguns países há indícios do desenvolvimento de uma "cultura da violência" (OPS, 1997), que tem provocado a redução potencial dos anos de vida e afetando todas as idades, embora em algumas regiões esse efeito se faça sentir principalmente nos menores de 24 anos. No Canadá, onde a violência era considerada em níveis baixos, atualmente os crimes violentos estão aumentando e atingindo as faixas etárias jovens. A OPS vem cooperando tecnicamente com países interessados em discutir a Vigilância Epidemiológica dos homicídios, suicídios e a utilização de meios de comunicação para implantação de programas de prevenção (Yunes 1993, OPS 1997, Agudelo 1989, Agudelo 1997 a).

No Brasil, a mortalidade por causas externas vem assumindo um grau de importância cada vez maior como problema de saúde pública, principalmente nas maiores capitais. Camargo et al (1995), ao compararem a mortalidade por violência de algumas cidades brasileiras com a de outros países, destacam as cidades de Recife, São Paulo e Curitiba com uma magnitude duas a três vezes maiores do que as observadas na Costa Rica e no Japão. Os maiores índices são apontados nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Salvador, Recife, Belém, Curitiba e Porto Alegre onde, em 1980, situaram-se entre a quarta e sexta causa de morte. Em 1989, apareciam como a segunda mais freqüente causa de morte em Recife, Salvador, Rio de Janeiro e São Paulo e a terceira em Belém e Curitiba.

Esses autores definiram três padrões de evolução das taxas de mortalidade por essas causas: o primeiro, agrupando Recife, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre, distingue-se pela elevação quase contínua ao longo dos anos; o segundo, caracterizado por uma certa estabilidade das taxas, agrupa as cidades de Belo Horizonte, Curitiba e Salvador; e no terceiro padrão, o de declínio das taxas, encontram-se apenas na cidade de Belém.

A mortalidade proporcional por causas externas, segundo os dados do Sistema de Informação da Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM) de 1996, apresenta diferenças importantes entre as grandes regiões brasileiras. Na região Centro-Oeste foi de 20,5%, na Sudeste de 14,9% e na Sul de 13,0%. Na região Sudeste, Minas Gerais apresentou o menor percentual, 12,0%, seguida por São Paulo e Rio de Janeiro, com 15,0% e 16,1%, e o Espírito Santo, com 20,8% (M.S., 1996).

Os estudos de Camargo et al (1995), referentes à mortalidade proporcional no Brasil, apontam uma ascensão das causas externas de 2,6% dos óbitos em 1930 para 7,7% em 1980 e 9,3% em 1989, excluindo-se os homicídios e suicídios. Ao serem incluídos estes dois a mortalidade evoluiu de 10,5% em 1980, para 14,0% em 1989.

Segundo Mello Jorge (1980), dos grupos de causas externas são os acidentes de transportes aqueles que vêm sendo notificados desde muitos anos e preocupando vários países como problema de saúde pública.

Corteleti (1998) demonstra que em Minas Gerais o índice de crimes violentos aumentou em quase 100% no período de 1986 a 1997, principalmente na Região Metropolitana de Belo Horizonte, no Triângulo Mineiro, no Vale do Rio Doce e em cidades acima de 100 000 habitantes. Ele procura explicar essa situação pela tendência de modernização da sociedade brasileira nos últimos anos, pela legislação penal deficiente, mantendo nas prisões pessoas recuperáveis, que mereciam penas alternativas, pelo descaso do estado em investir na segurança pública, provocando diminuição do poder aquisitivo dos policiais e o sucateamento do aparato da Polícia Militar. O autor alerta que, se não houver medidas para diminuir a criminalidade, dentro de dez anos Minas Gerais estará se igualando ao Rio de Janeiro, com gangues de traficantes controlando Bairros e Favelas.

Um estudo sobre a mortalidade em Minas Gerais, elaborado por técnicos da Fundação João Pinheiro (1997), menciona que o total de óbitos pelas principais causas externas no ano de 1994 foi de 8.432 óbitos, elevando-se no ano de 1995 para 9.122. Nesses anos as maiores incidências ocorreram nos acidentes de trânsito de veículo a motor não especificado, homicídios, afogamentos, suicídios e quedas acidentais. Em Belo Horizonte foram notificados 1.369 óbitos em 1994 e 1.465 em 1995. Os principais responsáveis foram os acidentes de trânsito de veículo a motor não especificado, os homicídios, os atropelamentos, as quedas acidentais, os suicídios e os afogamentos.

Em relação à faixa etária, na década de 80 os estudos apontaram um deslocamento da incidência de homicídios para faixas mais jovens, com uma proporção maior nos grupos de 20 a 29 anos. As cidades do Rio de Janeiro e São Paulo mostraram um aumento na mortalidade em jovens de 15 a 24 anos, principalmente no que se refere

aos acidentes de trânsito e homicídios (Minayo 1994, Vermelho et al, 1996).

Em Minas Gerais, as faixas etárias mais atingidas pelas causas externas foram as de 15 a 19 anos (60,9%), de 20 a 29 anos (55,6%) e de 10 a 14 anos (52,5%). Em percentuais menores, encontrou-se as faixas de 5 a 9 anos (44,4%), de 30 a 39 anos (33,0%) e de 40 a 49 anos (18,1%) (Ferreira 1998)

Em relação ao sexo, a mortalidade por causas externas acomete principalmente o sexo masculino, porém há indicativo de maior proporção de mortes em mulheres acima de 60 anos, provavelmente vítimas de quedas e acidentes (Minayo 1994). Segundo Yunes (1993), os homens estão mais expostos a alguns fatores de risco, no entanto, à medida que as mulheres aumentam seu grau de escolaridade e se incorporam no mercado de trabalho, se aproximam dos padrões de vida dos homens e conseqüentemente tendem a ter aumentadas as suas taxas de mortalidade por causas violentas. Berquó (1995) assinala que a participação de um maior número de mulheres no mercado de trabalho faz surgir outros fatores de riscos na mortalidade por causas externas, desconsiderados nas décadas anteriores. Para Oliveira (1998), as mulheres vivem mais do que os homens em todos os estados brasileiros. Nos estados do Sudeste, especialmente no Rio de Janeiro, a sobrevivência das mulheres é superior a 11 anos e está relacionada com o aumento da mortalidade masculina por causas violentas.

Moura (1995) menciona que no Brasil a mortalidade por causas externas no sexo feminino atinge o terceiro lugar, não excedendo em nenhum grupo de idade o sexo masculino. Aponta como justificativas o fato do homem ser mais aventureiro, participar de atividades que implicam maiores riscos, demonstrar que é mais poderoso e que socialmente a violência é mais aceitável no homem do que na mulher.

Alves (1998) descreve que as diferenças na exposição ao risco de acidentes domésticos e de trabalho, acidentes de trânsito, homicídios e

suicídios são, em conjunto, 4 vezes mais freqüentes para os homens do que para as mulheres nas áreas urbanas brasileiras.

Camargo (1995), averiguou que em algumas capitais brasileiras o risco de morte por causas externas na população masculina é de três a cinco vezes maior que na feminina. Nas taxas femininas, em 1980, a menor era a de São Paulo, com 27,4 mortes para cada 100 000 mulheres e a maior em Curitiba, com 41,9 por 100 000 mulheres. Em 1989, Belém exibiu a taxa mais baixa (18,4), o Rio de Janeiro e Curitiba as mais altas, ambas aproximadamente de 40 por 100 000 mulheres. No sexo masculino, em 1985 as taxas mais baixas estavam em torno de 100 óbitos por 100 000 homens nas cidades de Belém, Salvador e Belo Horizonte. Em 1989, as mais altas atingiriam patamares acima de 200 óbitos por 100 000 habitantes, como no Rio de Janeiro. Em São Paulo, Porto Alegre e Recife estavam acima de 100 óbitos, com uma tendência ascendente.

No Brasil, a crise econômica, a aceleração da urbanização e o aumento da marginalização de vários setores sociais desencadearam um crescimento significativo da mortalidade por causas externas, como os homicídios, os acidentes de trânsito e, em menor grau, os suicídios. A explosão da violência nos grandes centros urbanos resultou no homicídio como primeira causa de morte violenta, conseqüência direta dos contrastes sociais existentes no país e que se refletem nos altos índices de mortes na população masculina (Berquó, 1995).

Segundo Minayo (1994), a incapacidade governamental de prover mínimas condições de existência a amplas parcelas da população, o aumento da violência ligada ao crime organizado e o crescimento do número de veículos automotores, aliados à limitação no exercício do direito à cidadania, ajudam a explicar a importância das causas externas, determinando-as como um dos principais problemas de saúde pública. Elas se transformaram em importante causa de morbidade e mortalidade, sendo hoje responsáveis por intenso transtorno na qualidade de vida das vítimas e da sua comunidade.

Nos últimos anos, apesar da melhoria nos indicadores de saúde, outros problemas começam a fazer parte do cotidiano das pessoas, carregando todo um processo de deterioração da qualidade de vida e transformando o dia-a-dia em um verdadeiro exercício de sobrevivência, evidenciando tensões e medos. O crescimento da demanda, o atendimento imediato às vítimas e a reabilitação representam hoje, em países como o Brasil, uma sobrecarga aos serviços de emergência dos hospitais gerais, dos centros especializados, sendo necessário a adequação de recursos humanos e equipamentos. As mortes causadas pelo uso das armas de fogo (homicídios, suicídios e lesões por causas indeterminadas) cresceram mais de 90% do início até o final da década de oitenta. Associado aos homicídios, aos acidentes de trânsito, aos suicídios e à violência doméstica, estão também o uso do álcool e de outras drogas como a cocaína, o crack e a heroína, desenvolvendo nos dependentes uma violência sem limites, ligando-os a assassinatos, roubos e seqüestros para alimentarem seus vícios. A influência dos programas de televisão são também responsáveis à medida que veiculam a violência e vulgarizam as relações sociais de sofrimento, de vida e de morte (Minayo, 1994).

A prevenção das causas externas deve ser priorizada para o indivíduo, para a família e para a comunidade. Mais do que cuidar das conseqüências dos atos violentos, é preciso enfrentar esse problema observando padrões, fatores de risco e causas, delineando e avaliando intervenções, implantando programas locais efetivos, ampliando recursos, treinando e qualificando profissionais envolvidos, numa proposta de integração com setores e grupos multiprofissionais e com instituições governamentais e não governamentais. Necessário se faz para o setor saúde aglutinar esforços com os demais segmentos envolvidos, compartilhando, tanto quanto possível, as atividades de coordenação com o propósito de manter sistemas de gerenciamento epidemiológico, melhorando a qualidade dos dados e construindo novos modelos de informações, confiáveis e comparáveis, que permitam um caráter de utilidade precípua nos planejamentos de saúde e na elaboração de

políticas públicas. Além dos investimentos na área de saúde, é indispensável associar ações efetivas de políticas e legislação voltadas para a segurança do trânsito, vigilância e segurança pública, de preferência para os segmentos mais jovens da sociedade (Edelman et al, 1993, Neto 1996, Ferreira 1999).

O aumento e aprofundamento das pesquisas sobre a violência e a mortalidade por causas externas demonstram que, desde a década de 50, há uma preocupação crescente da sociedade sobre o assunto. O confronto dessa tendência com o crescimento da mortalidade por essas causas no DISACS reafirma a importância dessa preocupação em sua área de abrangência, uma realidade que pode ser extrapolada para várias regiões do estado.

Estudiosos de vários segmentos vêm pesquisando, discutindo e tentando propor soluções para minimizar os problemas da mortalidade por causas externas. A violência transcende as normas sociais, constituindo-se como um problema de saúde pública de grande magnitude, lesando uma população cada vez mais vulnerável em sua qualidade de vida. A magnitude do problema se agrava quando as estatísticas acusam uma tendência progressiva para cada grupo de causas. Por esta razão faz-se necessário ampliar e aprofundar os estudos tentando esclarecer os verdadeiros determinantes da mortalidade por causas externas, que transcendem em muito a área da saúde e que se encontram, na maioria das vezes, ligados à área econômica e outras. Acredita-se que os mesmos poderão sensibilizar as autoridades para disporem de elementos de intervenção no sentido de determinar políticas e elaborar programas com o propósito de reduzir os problemas das mortes violentas.

### 2.3 PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS EXTERNAS: EVOLUÇÃO CONCEITUAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO.

Visando atender aos objetivos do presente estudo, foram selecionados os principais grupos de causas externas notificados no DISACS, nos Bairros e

nas Favelas (Apêndice A e B). A seguir, esses grupos são descritos em suas características de classificação e do comportamento dos mesmos no tempo e no espaço.

### 2.3.1 Homicídios

Grupo de causas classificado na CID 9 como Homicídios e Lesões Provocadas Intencionalmente por Outras Pessoas (E960-E969) e na CID 10 como Agressões (X85 - Y09).

Os homicídios vêm apresentando alterações significativas na transição epidemiológica brasileira, com tendência crescente e taxas mais elevadas do que os Estados Unidos, Canadá e alguns países europeus. Segundo Camargo et al (1995), a mortalidade por essa causa nas cidades de São Paulo e Recife excedem em mais de cinquenta vezes a mortalidade na Grã-Bretanha e no Japão.

Mundialmente, os homicídios estão assumindo características de pandemia e sendo encarados como problema prioritário para a Saúde Pública. Segundo a OPS (1994), independente da qualidade das estruturas de registros, o aumento do número de homicídios vem sendo observado na maioria dos países. Na Costa Rica passou de 110 óbitos em 1984 para 130 em 1989, em Cuba, de 623 em 1980 para 1.085 em 1991, nos Estados Unidos de 19.819 em 1984 para 27.440 em 1991. Em alguns países, mesmo naqueles em que se constata menor cobertura nos registros dos óbitos, os homicídios aparecem em evidência. Como exemplo temos o Brasil, de 17.414 óbitos em 1983 para 23.106 em 1987, na Colômbia, de 9.363 em 1984 para 24.054 em 1990, no México, de 12.727 em 1983 para 14.520 em 1990 e na Venezuela, de 1.834 em 1982 para 2.445 em 1989.

Ferreira (1998) assinala que, dentre os países sul-americanos, o Brasil, em 1998, destacou os homicídios como a causa mais expressiva de óbitos por violência, ocupando a segunda posição, situação preocupante devido à perda de grande parcela da população jovem.

O estudo de Souza (1998) compara a mortalidade por homicídios no Brasil nos anos de 1980 e 1988, mostrando um incremento proporcional de 79,5% para o grupo etário de 10 a 14 anos, seguido do grupo etário de 15 a 19 anos com 45,3%. A intensificação dos homicídios em faixas etárias mais jovens deve-se sobretudo às mortes do sexo masculino. Nestes, a faixa etária de 10 a 14 anos cresceu 93,3% e a de 15 a 19 anos aumentou 43,0%. No sexo feminino o salto maior foi na faixa etária de 10 a 14 anos, com um aumento percentual de 43,9%.

Segundo Camargo et al (1995), no estado de São Paulo, em 1979, os homicídios apareceram como quarta causa que mais ceifava anos de vida da população, com 3.483,4 anos de vida perdidos para cada milhão de habitantes. Em 1992 assumiram a primeira causa, com aproximadamente 10.377,1 anos de vida perdidos, ultrapassando a soma total de anos perdidos atribuídos às doenças cerebrovasculares e às isquêmicas do coração. Reichenheim (1994 b), no Rio de Janeiro, verificou que entre os anos de 1985 e 1994, a taxa de Anos Potenciais de Vida Perdidos por homicídios subiu de 7,8 para 21,0 por 1.000 habitantes.

Ferreira (1998) demonstra que, na região sudeste brasileira, os homicídios foram responsáveis por 65,0 óbitos a cada 100 000 jovens, atingindo 12 vezes mais o sexo masculino. No Rio de Janeiro, em 1996, a taxa de homicídio foi duas vezes e meia maior do que a verificada no total do país, sendo que 87,0% dos óbitos foram provocados por armas de fogo. As taxas de mortalidade por este tipo de arma atingem o triplo daquelas encontradas nacionalmente.

Moura (1995) destaca que o excesso de mortes provocado pela violência, em Minas Gerais, refere-se principalmente aos homicídios. Estes afetam os homens em proporções altas, duas vezes maiores do que nas mulheres. Nos homens jovens a violência é classificada por ele como uma epidemia que incide na faixa etária de 15 a 39 anos de idade, durante a fase produtiva, sendo que muitos morrem antes dos 24 anos.

Sapori (199\_) relata que na Região Metropolitana de Belo Horizonte a taxa de homicídios, embora reduzida se comparada com os padrões nacionais, apresenta tendência de crescimento. Em 1995 atingiu uma taxa de 15 óbitos para 100 000 habitantes e a incidência, na capital, foi maior na faixa etária entre 15 a 29 anos e no sexo masculino. Segundo o autor, “na Região Metropolitana os homicídios prevalecem na faixa etária de 30 a 49 anos e, a partir da década de 90, parece haver um indicativo de um crescimento na vitimização de crianças e adolescentes do sexo masculino. Nas mulheres, tem se acentuado no grupo etário acima de 30 anos” (p.23).

O homicídio é um grupo de causa externa de grande relevância, justificada pela sua visibilidade pública, sua associação com a urbanização, com tráfico e consumo de drogas, com a pobreza e com os conflitos sociais, étnicos, familiares e com os contrastes sociais. Segundo Berquó (1995), a crise econômica brasileira fez com que nos últimos anos houvesse um aumento significativo da mortalidade por causas violentas. Os homicídios assumiram a primeira posição e incidiram com maior frequência na população masculina. Na maioria das vezes envolve o uso de armas de fogo e acomete a população menos privilegiada social e economicamente, contrastando com o encontrado em outras causas violentas.

Segundo Minayo (1994), o homicídio é a causa de mortalidade com maior taxa de crescimento no Brasil, tendo como principal grupo de risco a população jovem, de baixa renda e qualificação profissional e sem perspectivas no mercado de trabalho formal, vivendo nas regiões metropolitanas. As causas estão relacionadas às extremas desigualdades sociais, às contradições urbanas e à ineficácia do estado em adotar políticas sociais básicas. Esta situação vem se agravando com a organização do crime em torno do narcotráfico e do uso de drogas nos grandes centros urbanos, fenômeno que atrai jovens, envolve políticos, autoridades públicas e empresários, incluindo todas as camadas sociais. A prevenção do homicídio depende de mudanças no estado e na sociedade, por um processo de democratização política, social, econômica e

cultural, onde o setor saúde participa de forma secundária.

Mello Jorge (1979) comenta a relação suicídio/homicídio e assinala que o desenvolvimento de uma localidade produz maior índice de suicídios e menor de homicídios, já que fatores educacionais e socioculturais reprimem a expressão de tendências destrutivas para seus semelhantes. Dentre os homicídios sobressaem os cometidos por armas de fogo, fato associado com o fácil acesso a elas, evidenciando-se portanto a necessidade de maior controle da sua fabricação, do seu comércio e de sua aquisição, seja por liberação dos documentos, pela possibilidade de sua compra em prestações mensais ou pela falsa indução de que para se precaver contra as violências é necessário ter em sua casa uma arma de fogo.

O número de mortes por homicídios é pouco esclarecido tanto por parte da polícia como por parte dos serviços de saúde. A grande maioria dos eventos são notificados como lesões cuja intenção é indeterminada, não havendo esclarecimento se a causa da morte foi por suicídio, por acidente ou homicídio. Segundo Njaine (1997), essa dificuldade de esclarecimento da causa do óbito é mais evidente em algumas capitais brasileiras, como no Rio de Janeiro, onde quase a metade das mortes por causas externas são classificadas como indeterminadas pela Secretaria de Saúde, não havendo identificação ou determinação da causa do óbito. Na maioria das vezes verifica-se o uso de armas de fogo e muitos homicídios acabam inseridos nessa categoria, subestimando os dados.

### 2.3.2 Acidentes de transportes

Grupo de Causa classificado na CID 9 como Acidentes de Trânsito de Veículos a Motor (E810 - E819) e na CID 10 como Acidentes de transportes (V01-X59).

Mello Jorge (1979) cita o primeiro acidente de transporte registrado no Brasil como tendo sido ocasionado por Olavo Bilac em 1897, na Estrada Real da Tijuca, no Rio de Janeiro, quando dirigia o carro de José do Patrocínio.

Este grupo de causa se inclui entre os principais responsáveis pela incidência de óbitos por causas externas. Norman (1963) já alertava a população quanto ao risco dos acidentes de transportes. Procurava mostrar que os acidentes de transportes em vias públicas, assim como as enfermidades, não se produzem ao azar, afetando de maneira muito diversa os diferentes grupos da população, em determinada área geográfica ou pontos críticos, com diferenças na incidência quando as áreas são rurais ou urbanas. Hinman (1989) apresentou um significado para os acidentes de transportes: denominou-os de "Peste Moderna", destacando-os no conjunto das causas externas.

Segundo Yunes (1993), a mortalidade por acidentes de trânsito no Brasil, no período de 1980 a 1986, teve um acréscimo de 30,0% (evoluiu de 16,4 óbitos para 21,4 óbitos para 100 000 habitantes). Camargos (1995) classifica o Brasil entre as maiores taxas de mortalidade por acidentes de trânsito do mundo, destacando a cidade de Curitiba, onde a taxa excede em mais de 50,0% as maiores taxas encontradas, na Hungria e em Portugal.

Mello Jorge (1979) agrupou as capitais brasileiras em várias tendências, no que se refere à mortalidade por acidentes de transporte: uma tendência de crescimento do coeficiente de mortalidade, onde se incluem 10 capitais, uma tendência estável, em oito capitais, inclusive Belo Horizonte, e uma tendência de queda em seis capitais.

Segundo a OPAS (1994), a mortalidade por acidentes de transportes está diretamente associada ao nível de desenvolvimento sócio-econômico, político e cultural. McCarroll (1998) demonstrou que os condutores responsáveis pelos acidentes de transportes estavam na maioria alcoolizados, outros eram condutores de veículos roubados que tentavam fugir e um menor grupo, por razões médicas.

Minayo (1994), ao comparar os tipos de acidentes de transportes nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, concluiu que nos primeiros as pessoas geralmente morrem por colisões de

veículos e, nos segundos, onde se inclui o Brasil, as vítimas são na maioria pedestres e morrem por atropelamento. As faixas etárias mais acometidas são as de 20 a 29 anos, quando as pessoas estão indo para o trabalho, as de 5 a 14 anos, na idade escolar e acima de 60 anos, demonstrando o descaso do poder público nas fases dos adultos jovens e nas idades extremas, ou seja a infância e a velhice. Segundo a OPS (1994), nas Américas os acidentes de transporte são responsáveis por 50,0% dos óbitos e atingem com maior frequência os homens jovens na faixa etária de 15 a 44 anos. Segundo Ferreira (1998), os acidentes de trânsito em 1996, foram responsáveis por aproximadamente 23 óbitos para cada 100 000 habitantes jovens em todo o país. Nas Regiões Sul e Centro-Oeste, o trânsito matou 30 jovens a cada 100 000 habitantes, destacando-se Santa Catarina, região metropolitana de Curitiba e Distrito Federal. Maleta (1997), no ano de 1991, destaca os acidentes de trânsito em Belo Horizonte no sexto lugar, sendo responsáveis por 2,0% dos óbitos e uma taxa de 12,5 óbitos por 100 000 habitantes.

Os acidentes de trânsito vêm-se constituindo como um problema sério de saúde pública ao longo dos anos e na maioria dos centros urbanos brasileiros. Além de vidas perdidas, aumentam os gastos em dias de trabalhos perdidos e em tratamento médico e hospitalar. Jurgensen (1993) estimou que, para cada habitante morto em acidente de trânsito, cinco resistiram apresentando seqüelas, cujos gastos são altíssimos tanto para o tratamento, como para a reabilitação. Souza et al (1995) identificaram os acidentes de transportes como consequência da aventura de uma "liberdade assassina". Além de ceifar vidas, produz altíssimos custos econômicos e sociais, principalmente na área hospitalar, nos setores de poli-traumatizados e de recuperação. Alguns países consideram este grupo de causa como problema de saúde pública e vêm trabalhando na sua prevenção, empreendendo verdadeiras cruzadas preventivas articulando os setores da saúde pública com a educação, a engenharia, a segurança pública, as empresas, os movimentos sociais e organizações civis. As ações institucionalizadas de prevenção para os acidentes



de transportes, por serem menos complexas do que as referentes aos homicídios, podem ser mais eficazes e possíveis de serem implantadas. Assumem maior importância a educação no trânsito nos meios de comunicação e nas escolas, a conservação das estradas, das ruas e dos carros, o controle e punição dos motoristas em relação à ingestão de bebidas alcoólicas e do excesso de velocidade.

No que se refere à subnotificação dos dados, em se tratando da codificação das especificidades dos acidentes de trânsito, LADEIRA (1995) demonstra preocupação quanto ao subregistro desse grupo de causa e quanto à qualidade das estatísticas oficiais de mortalidade por este importante problema de saúde pública.

### 2.3.3 Suicídios

Grupo de causas classificado na CID 9 como Suicídio e Lesões Auto Infligidas (E950 - E959), e na CID 10 como Lesões Auto Provocadas Intencionalmente (X60 - X84).

As taxas de mortalidade por suicídios são relativamente baixas nas cidades do Rio de Janeiro, São Paulo e Curitiba. Atingem aproximadamente de 1 a 4 óbitos por 100 000 habitantes, próximas às observadas em países não desenvolvidos como o México, com 2,2 por 100 000 habitantes, a Venezuela, com 4,2 por 100 000 habitantes, mas muito distantes das altas taxas verificadas na Finlândia, 28,5 óbitos para 100 000 habitantes, e na Hungria, com 39,5 óbitos para 100 000 habitantes (Camargo et al, 1995).

Segundo a OPS (1994), o número de suicídios incide principalmente nos homens. No Canadá e Estados Unidos mais de 60,0% dos suicídios, em ambos os sexos, ocorre na faixa etária entre os 15 e 44 anos, sendo que a partir dos 45 prevalece nas mulheres. Na Costa Rica menos de 10,0% dos suicídios atingem o grupo etário após os 65 anos.

Berquó (1995) mostra que o coeficiente de mortalidade por suicídios em 1989 no Brasil era duas vezes maior nos homens do que nas mulheres. No período de 1980 a 1993, em São

Paulo, dos óbitos registrados por suicídios 70,0% ocorreu em pessoas do sexo masculino, na faixa etária de 20 a 49 anos. No Estado de Pernambuco os dados mostram também maior prevalência nos homens, nas faixas etária de 20 a 29 anos (28,8%) e entre 30 a 39 anos (19,6%).

Mello Jorge (1982) identifica na cidade de São Paulo uma alta incidência de suicídio em grupos etários acima de 60 anos, em ambos os sexos, justificada provavelmente pela solidão, fato comum nessa cidade e nessa faixa etária.

Moura (1995) mostra que, em Minas Gerais, no período de 1979 a 1986, a mortalidade por suicídio ocorreu com uma incidência duas vezes maior nos homens

Teixeira et al (1997), quando investigaram a temática do suicídio e a tentativa de suicídio, demonstraram que os grupos de adolescentes jovens parecem os mais vulneráveis na população geral, sendo que as mulheres estão mais susceptíveis às tentativas de suicídio e os homens ao suicídio. Identificou também que a dependência e o abuso do álcool estão diretamente relacionadas com o suicídio e com maior prevalência no sexo masculino.

Os suicídios, por se caracterizarem como lesões auto infligidas, carregam consigo um estigma, desencadeando um registro precário dos óbitos. Berquó (1995) justifica essa precariedade na influência dos familiares da vítima e da sociedade, que escondem o acontecimento e solicitam o não registro da causa de morte. Em muitos países, por questões religiosas e hábitos culturais, existe a tendência de registrar os óbitos por suicídios em outro grupo de causas que não se determina a intencionalidade do fato, evitando até a realização da autópsia. No Brasil uma das justificativas relacionadas ao não registro do óbito refere-se ao caso dos familiares da vítima fazerem jus a algum benefício pecuniário. Outro fator influente sobre esta precariedade dos dados seria o grande número de óbitos registrados como *Outros acidentes por arma de fogo, material explosivo, corrente elétrica e não especificados, Acidentes por fogo e chama, Lesões cuja intenção é*

*indeterminada*, dos quais muitos deveriam ser registrados como suicídios. Segundo Minayo (1994), na maioria das vezes, os suicídios estão diretamente relacionados com o uso de armas de fogo, sendo notificados como homicídios, ocasionando em consequência a subnotificação dos primeiros. A autora destaca que no Brasil, o sub-registro de óbitos por suicídios pode chegar a taxas duas ou três vezes menores do que o real. Menciona também que, nos Estados Unidos, onde os dados de mortalidade são considerados satisfatórios, há subnotificação de dados por suicídio.

#### 2.3.4 Lesões cuja intenção é indeterminada

Grupo de causas identificadas na CID 9 como Lesões em que se ignora se foram acidentais ou intencionalmente infligidas (E980 - E989) e na CID 10 como Eventos cuja intenção é indeterminada (Y10 - Y34). Nesta categoria, como o próprio nome indica, não há uma determinação clara se a causa do óbito foi intencional ou acidental. Ambas as revisões da CID recomendam o uso dessa categoria quando uma investigação médica ou legal não determinou se as circunstâncias das lesões foram acidentais, por suicídios ou por homicídios.

Ferreira (1998) aponta que na notificação dos dados da mortalidade geral em 1996, as causas mal definidas representam 15,0% dos óbitos totais do Brasil, sendo que, no Nordeste, o índice é de 32,0%. Merece destaque o estado de Alagoas com cerca de 41,0% dos óbitos. Para o autor, esse é um indicador da precariedade da assistência à saúde da população, uma vez que a indefinição da causa do óbito pode indicar a falta de acesso aos serviços de saúde ou aos meios de diagnósticos eficientes, principalmente na faixa etária infantil e na dos idosos.

No trabalho de Mello Jorge (1979), em São Paulo, consta que a maior proporção de óbitos notificados nesse grupo de causa ocorreu devido a afogamentos de pessoas que não chegaram a ser identificadas no Instituto Médico Legal (IML), sem determinar se o óbito foi em consequência de

uma queda acidental, ou em consequência de um ato suicida ou homicida.

Segundo Saporì (199\_), na Região Metropolitana de Belo Horizonte, as causas ignoradas representavam uma média de 12,0% dos óbitos em 1987, tendo regredido para 2,9% em 1995, indicando melhora na notificação dos óbitos.

#### 2.3.5 Quedas acidentais

Grupo de Causa Externa denominado na CID 9 como Quedas acidentais (E880 - 888) e na CID 10 como Quedas (W00 - W17).

Nas quedas acidentais há, no âmbito geral, uma escassez de estudos. Encontram-se alguns relacionados com os acidentes de trabalho, principalmente na construção civil, onde esse grupo de causa ocupa o primeiro lugar. Machado et al (1994 a), ao identificarem as causas de óbitos por quedas acidentais, destacam Curitiba com 12,6%, Fortaleza com 19,1%, Belém com 10,8%, Belo Horizonte com 10,0% dos óbitos relacionados aos acidentes de trabalho.

Segundo Mello Jorge (1982), as quedas acidentais em São Paulo apresentaram um coeficiente de 4,3 óbitos por 100 000 habitantes. A maior incidência ocorreu no adulto jovem do sexo masculino, proveniente de acidentes de trabalho da construção civil. Acima de 60 anos, ocorreu aproximadamente 30,0% dos óbitos, assim classificados: preferencialmente no sexo feminino e no ambiente residencial, supondo-se que possa advir das condições precárias de segurança nas residências.

Mohan (1993) identificou, nos países desenvolvidos, que um em cada dez trabalhadores são vítimas de lesões no ambiente de trabalho, incapacitando-os pelo menos por um dia. Machado et al (1994 b), utilizaram os dados da previdência social brasileira, e estimaram que, dos 5.000 acidentes fatais, há aproximadamente 1 milhão de acidentados incluídos no sistema que demandam assistência médica e cuidados de reabilitação.

As quedas acidentais também apresentam complexidades em suas notificações, as quais às vezes impossibilitam o registro ou excluem o fenômeno. Por exemplo, uma queda pode ser notificada numa Declaração de Óbito para esconder um homicídio, um suicídio ou um acidente de trabalho, mascarando assim a sua notificação.

### 2.3.6 Acidentes devido à submersão, sufocação e corpos estranhos

Este grupo de causa externa é denominado na CID 9 como Acidentes devido à submersão, sufocação e corpos estranhos (E910 - E915) e na CID 10 apresenta duas classificações: Afogamento e submersão acidental (W65 - 74) e Outros riscos acidentais à respiração (W75 - W84). Engloba os óbitos decorrentes de afogamento acidental, sufocação por aspiração, ingestão de alimentos ou outros objetos que provoquem obstrução do trato respiratório e sufocação mecânica acidental.

Mello Jorge (1982) reconhece que o grupo de afogamentos e submersão na água constituem sério risco à população jovem. Seus coeficientes são elevados nessa população e 65,0% dos óbitos ocorrem nos jovens menores de 20 anos. A ocorrência é maior no sexo masculino, visto que os homens se expõem muito mais vezes a esse tipo de recreação do que as mulheres.

### 2.3.7 Outros acidentes por arma de fogo, material explosivo, corrente elétrica e não especificados

Identificados na CID 9 como Outros acidentes por arma de fogo, corrente elétrica e não especificados. Nele estão inseridos os Acidentes causados por arma de fogo, material explosivo, corrente elétrica e outras causas e as não especificadas, se ambientais e naturais (E916 - 928). Na CID-10, é identificado na categoria de Exposição à corrente elétrica, à radiação, à temperatura e pressões externas ao ambiente (N85 - W99) e na categoria de Exposição a forças mecânicas inanimadas (W20 - W49).

Esse grupo apresenta uma incidência mínima de óbitos, limitando portanto, o acesso a estudos relacionados a eles. Segundo Mello Jorge (1982), sabe-se que algumas vezes podem estar relacionado com armas de fogo, podendo ser utilizado para esconder uma outra causa, como homicídios e suicídios.

### 2.3.8 Acidentes causados por fogo não especificado

Grupo de causa identificado na CID 9 como Acidentes causados por fogo não especificado (E890 - 899), em que estão incluídos os acidentes causado pelo fogo e chama. Na CID-10 estão classificados dentre os Acidentes relacionado à exposição ao fumo, ao fogo e às chamas (X00 - X09) e ao contato com uma fonte de calor ou com substâncias quentes (X10 - X19).

Há também uma escassez de estudos em relação a esta categoria. Mello Jorge (1979) assinala que em muitas Declarações de Óbitos, quando se notifica esse grupo de causa, há uma indicação de "queimaduras", levando a classificá-los como "acidente causado pelo fogo não especificado" ou "queimaduras sem especificação", podendo às vezes serem originados de outro tipo de exposição, como fogo ou chama, substâncias líquidas ou explosivas.

Segundo Mello Jorge (1982), em 1980, em São Paulo, este grupo de causa apresentou 1,14 óbitos por 100 000 habitantes, valor praticamente igual ao ano de 1975.

### 2.3.9 Reação anormal ou complicações causadas por procedimentos cirúrgicos e médicos

Na CID 9 este grupo de causas é identificado como Reação anormal em pacientes ou complicações tardias causadas por procedimentos cirúrgicos e médicos, sem menção de acidente ao tempo do procedimento (E878 - 879). Na CID-10 foi classificado como Reação anormal em pacientes ou complicações tardias causadas por intervenção cirúrgica e por outros atos cirúrgicos, sem menção de acidente durante a intervenção (Y83).

Inclui intervenção cirúrgica, como transplante de órgãos, enxertos, cirurgias, amputação de membros, cateterismo cardíaco, aspiração de líquidos e outros não especificados.

### 2.3.10 Intoxicações acidentais por drogas, medicamentos e substâncias biológicas

Grupo de causa classificado na CID 9 como Intoxicações acidentais por drogas, medicamentos e substâncias biológicas (E850 - 858). Na CID 10 foi classificada como Incidentes adversos durante atos diagnósticos ou terapêuticos associados ao uso de dispositivos (aparelhos) médicos (Y70 - Y82), incluindo dispositivos (aparelhos) cardiovasculares, associados aos incidentes nervosos).

Segundo Mello Jorge (1982), em São Paulo as intoxicações ocorreram com maior frequência na faixa etária de 0 a 14 anos. A principal causa que conduziu ao óbito foi a ingestão de alimentos e plantas venenosas, seguida dos gases de uso doméstico.

Marques (1993), ao estudar acidentes por envenenamento em humanos no Brasil, no período de 1987 a 1991, demonstrou que o maior percentual das vítimas que necessitam atenção do serviço de saúde são crianças de 1 a 5 anos (52,0%), e que as intoxicações são principalmente devidas a medicamentos, 38,5% e a produtos de limpeza, (6,4%).

Rodrigues (1998), ao estudar as intoxicações por medicamentos atendidas em um hospital de referência da região metropolitana de Belo Horizonte, no período de 1992 a 1996, observou que, dos pacientes atendidos por intoxicações, 40,0% foram ocasionadas por intoxicações medicamentosas. Das intoxicações acidentais, as principais vítimas foram as crianças de 0 a 5 anos, no entanto os adultos de 15 a 39 anos atingem 50,0% dos casos, sendo o sexo feminino responsável por 70,0% dos atendimentos. Dos motivos que levaram a procura do atendimento, 64,0% correspondem às tentativas de suicídios e 20,0% a acidentes propriamente ditos. Em relação aos óbitos, menos de 1,0% dos casos foram letais.

## 2.4 AS FONTES DE INFORMAÇÕES SOBRE CAUSAS EXTERNAS

Nos grupos de causas externas, de um modo geral, a causa básica dos óbitos está relacionada diretamente com a violência. Sua codificação revela o resultado final das lesões e não expressa conteúdos essenciais da violência, ou seja, se houve intencionalidade ou não do fato. Outros complicadores na notificação dos dados são a variedade, a complexidade e a abrangência dos grupos que compreendem todas as causas externas. Pode-se agrupá-las desde os acidentes de transporte, acidentes devido à submersão, sufocação e corpos estranhos, outros acidentes por arma de fogo, material explosivo, corrente elétrica e não especificados, suicídios, homicídios, lesões cuja intenção é indeterminada, intoxicações medicamentosas até incidentes em decorrência de atos médicos, em que muitas vezes não é possível identificar a intenção do fato (Mendonça, 1991). Mello Jorge (1990) cita alguns exemplos: um acidente de trânsito pode ter sido em decorrência de uma tentativa de suicídio ou de um homicídio; a morte de uma criança ou adulto pode ser registrada na Declaração de Óbito como queda e esconder um homicídio ou suicídio.

FRANCO (1990), conclui que: "*rigurosamente, no todo accidente es un acto de violencia, pero muchos realmente lo son, o sirven para ocultar formas larvadas o mediatas de violencia. Sin duda, buena parte de los diagnósticos que aparecen bajo el rubro "lesiones en que se ignora si Fueron Accidental o Intencionalmente Infligidas" debe corresponder en realidad homicidios, a suicídios y a operaciones de guerra*" (p.91).

Segundo Minayo (1994), a subnotificação dos dados de mortalidade por violência é um problema crônico, envolvendo informações médicas, conflitos sociais e implicações legais. Em consequência, grande parte dos dados "cai num buraco negro de outras violências" ou "lesões em que se ignora se foram acidentais ou intencionalmente infligidas" (p.11). Os homicídios, problema social sério para vários países, muitas vezes não são notificados,

principalmente nos casos de extermínio, quando desaparecem as vítimas sem vestígios dos corpos.

Segundo o Ministério da Saúde (1998), as causas mal definidas notificadas nas Declarações de Óbitos subestimam outros grupos de causas externas em uma proporção aproximada de 20,0% no Brasil, sendo cerca de 50,0% no Nordeste.

Nos estudos de Vasconcelos (1998) sobre a qualidade da informação da causa de morte no Brasil, no período de 1979-1998, foi identificado no grupo das causas mal definidas aproximadamente 20% dos óbitos. Na região Nordeste a proporção de óbitos por esse grupo de causa permaneceu em torno de 40,0%, enquanto que na região Sudeste manteve-se em 10,0%. O autor acrescenta ainda que essas diferenças na qualidade dos dados torna difícil uma análise da mortalidade por causas para o país como um todo. No entanto os estudos da mortalidade por causas vêm se tornando mais eficazes em alguns estados, capitais e cidades de grande porte, onde as proporções de óbitos por causas mal definidas apresentam percentuais menores.

Frenk et al (1994) incluem o Brasil dentre os países onde se encontra estatísticas vitais deficientes. Njaine et al (1997), na cidade do Rio de Janeiro, esclarecem que quase todas as mortes por causas externas são classificadas pela Secretaria de Saúde no grupo das lesões que se ignora se foram acidentais ou intencionalmente infligidas, porque não se consegue identificar a causa do óbito. Entretanto, ressaltam que a grande maioria dos óbitos classificados nesse grupo inespecífico envolve o uso de armas de fogo e estão inadequadamente inseridos nesta categoria, promovendo a subnotificação de outros grupos. Nos estudos de Carvalho (1993), os altos valores de óbitos por causas externas ditos indefinidos dificultam a transparência da distribuição dos óbitos no Rio de Janeiro entre acidentes de trânsito, outros acidentes e causas violentas (homicídios e suicídios).

Em Minas Gerais, o processo de codificação da causa de óbito é realizado pela Fundação João Pinheiro, baseando-se nas informações

disponíveis nas Declarações de Óbito e complementadas com dados obtidos junto ao Instituto Médico Legal (IML). Segundo Ladeira (1995), as Declarações de Óbito preenchidas no IML às vezes não trazem, nos campos apropriados, as informações sobre as circunstâncias da morte violenta, forçando os técnicos da Fundação João Pinheiro a obter dados complementares. Sabe-se assim que, pela falta de especificação da informação, muitas vezes o registro de grande parte dos eventos por causas externas ficam classificados na categoria indeterminada.

Na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Sapori et al (1998), no período de 1980 a 1995, verificou que os dados de homicídios possuem alto grau de confiabilidade e a proporção de mortes por causas ignoradas em decorrência do uso de armas de fogo é muito pequena, o que se contrapõe às evidências apresentadas por Souza (1994 a) para as cidades de Recife e Rio de Janeiro, onde identificam uma grande parte de lesões por arma de fogo agrupados na categoria das lesões ignoradas.

Segundo Camargo (1995), o Sistema de Informação sobre Mortalidade do M.S. não apresenta os dados completos em decorrência de dois motivos. Primeiro, porque o óbito às vezes não é registrado no cartório e, segundo, quando são registrados os cartórios muitas vezes não comunicam o fato ao sistema. O Ministério da Saúde (1998) avalia-se que os dados publicados pelo SIM abrangem aproximadamente apenas 75% do total de óbitos ocorridos no país. Esses percentuais variam entre as regiões, acreditando-se que no Norte, Nordeste e Centro-Oeste o sistema alcança uma cobertura aproximadamente de 70%, enquanto no Sul e Sudeste os registros sejam praticamente completos.

Outro agravante em relação às subnotificações e à limitação de estatísticas de mortalidade encontra-se na má qualidade do preenchimento das Declarações de Óbito efetuadas pelos médicos, limitando a utilização das estatísticas de mortalidade. A justificativa desta precariedade do preenchimento por parte dos médicos pode ser

explicada pelo ensino médico, onde as Escolas de Medicina nem sempre proporcionam devida atenção à importância do correto preenchimento do atestado de óbito e que, muitas vezes, o médico se depara pela primeira vez com o atestado no momento em que se vê na contingência real de preenchê-lo. Essas dificuldades estão sendo sanadas em diversos cursos que vêm reconhecendo a real importância da anotação adequada das causas de morte na Declaração de Óbito (Mello Jorge, 1990; Mendonça et al, 1991; Laurenti 1996; Silveira, 1996).

Pereira et al (1981), ao analisarem o preenchimento das Declarações de Óbito em Brasília, encontraram maior omissão nos atestados de óbitos referente ao grupo de causas externas, ou seja, a morte ocasionada por violência. Identificam essa omissão da informação como sintomática pois o esclarecimento da circunstância em que ocorreu o evento significa a determinação da causa jurídica do óbito. Para o IML isto não pode ou não deve ser feito antes das devidas investigações, uma vez que a Declaração de Óbito pode vir a ser usada como prova de inquérito, com as devidas implicações legais para o agressor. Segundo Njaine (1997), para as Secretarias de Saúde interessa somente identificar a causa básica da morte a fim de compor as estatísticas de mortalidade. Na tentativa de minimizar o problema, o M.S. acrescentou à Declaração de Óbito uma advertência de que a informação deve ser utilizada apenas para fins epidemiológicos, não podendo ser utilizada para finalidades legais. Entretanto, esta tentativa não foi ainda avaliada, de modo que se desconhece a efetividade da mesma.

Neto (1996) ressalta que a qualidade das informações para a mortalidade é função imediata das instituições oficiais. Para ele, os sistemas de informações são subproduto do meio de onde se originam, podendo assim justificar as imperfeições e fragilidades na qualidade dos registros de óbito em algumas regiões. O mesmo se espera para outros registros básicos, como número de veículos, número e tipificação de acidentes de trânsito, demandas hospitalares, e outros. Carvalho (1993) sugere que haja uma

interferência administrativa nos serviços responsáveis pelo preenchimento e codificação do atestado, para uma análise mais fidedigna da ocorrência da mortalidade por causas externas, responsáveis por 16,8% dos óbitos no Rio de Janeiro em 1985.

Para Minayo (1994), os dados da mortalidade por causas externas, onde se inclui a violência, são problemáticos, provisórios e não apresentam a transparência do comportamento da sociedade. No entanto, apesar das precariedades apontadas, as informações sobre violência, mesmo que fragmentadas, são, na prática, a única base disponível oficialmente para o estudo das tendências da mortalidade por causas externas. Utilizá-las é uma questão de opção entre aguardar para que se tornem fidedignas ou correr o risco de construir estudos baseados em informações precárias. Na escolha da segunda opção, acredito que o tratamento adequado àquilo de que já se dispõe, e a valorização do registro dos dados, dos profissionais e instituições envolvidas, podem fornecer-nos subsídios e esforços com vistas à padronização e disseminação de estatísticas e princípios de prevenção da mortalidade por causas externas. Além disso, os dados nos permitem apontar a magnitude e a tendência do problema, determinando um quadro de mortalidade e morbidade e indicando ações atenuantes ou preventivas.

### 3 METODOLOGIA

O presente estudo descreve e interpreta o comportamento da mortalidade por causas externas dos residentes na área geográfica e de abrangência do DISACS, no período de 1992 a 1996. O DISACS está inserido na regional Centro Sul no município de Belo Horizonte (Mapa 1), onde se encontram populações de alto e médio poder aquisitivo, bem como as de precárias condições de vida, distribuídas nos Bairros e Favelas, respectivamente (Mapa 2).

Inicialmente, selecionou-se no Centro de

Estatística e Informação da Fundação João Pinheiro do estado de Minas Gerais todas as Declarações de Óbitos da população residente na área de abrangência do DISACS, no período de 1992 a 1996. Elaborou-se um formulário para a pré codificação dos dados, obedecendo a área de abrangência e encaminhando-o para o Núcleo de Epidemiologia do DISACS, onde repassou-se as informações para o software: Sistema de Informação em Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM). Através do software EPI-INFO, versão 6.0.4, selecionou-se aquelas codificadas como causa básica de óbito, as causas externas.

Na identificação do local de residência utilizou-se a divisão geográfica da regional, distribuídas entre Bairros e Favelas.

Na seleção dos dados populacionais definiu-se os anos de 1991 e 1996, anos censitários, obtidos através do Núcleo de Epidemiologia do DISACS. Para os anos de 1992 a 1995 estimou-se o número de habitantes para primeiro de julho, através do Método Aritmético, Interpolação de Dados. Os dados populacionais para este estudo estão expressos nas tabelas 1c a 6c do Apêndice C (Levin, 1997; Maleta, 1992).

As variáveis estudadas foram: local de residência, desagregada em Bairros e Favelas, sexo, faixa etária, estratificada nos seguintes intervalos: 0-4 anos, 5-9 anos, 10-19 anos, 20-29 anos, 30-39 anos, 40-49 anos, 50-59 anos, 60-69 anos, 70-79 anos, 80 anos e mais.

No agrupamento da causa básica de morte foram adotados os critérios da OMS, expressos na Classificação Internacional de Doenças, Manual de Lesões e Causas de Morte, Nona Revisão, CID-9 (OMS, 1975) e na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão, CID-10 (OMS, 1993). Os grupos de causas externas foram identificados segundo a Classificação Suplementar de Causas Externas de Lesões e Envenenamentos da CID-9, desagregada em quatro dígitos, abrangendo as categorias E800 a E999, para os anos de 1992 a 1995. Para o ano de 1996, utilizou-se a CID-10, em seu

capítulo XX, Causas Externas de Morbidade e Mortalidade, detalhada em três dígitos, incluindo as categorias VO1 a Y84.

LAURENTI (1997) menciona que a reclassificação da CID-9 para a CID-10 não interfere na seqüência histórica ao analisar os dados estatísticos de mortalidade quando se objetiva conhecer fundamentalmente a causa básica do óbito.

A determinação dos grupos de causas externas foi definida segundo sua incidência para a população residente no DISACS, distribuídos conforme a ordem que se segue:

- Homicídios e Lesões Provocadas Intencionalmente por Outras Pessoas (E960-E969) e Agressões (X85 - Y09), grupo chamado simplesmente de Homicídios
- Acidentes de Trânsito de Veículos a Motor (E810 - E819) e Acidentes de Transportes (V01-X59), grupo chamado simplesmente de Acidentes de transportes
- Suicídio e Lesões Auto Infligidas (E950-E959), e Lesões Auto Provocadas Intencionalmente (X60 - X84), grupo chamado simplesmente de Suicídios.
- Lesões em que se ignora se foram acidentais ou intencionalmente infligidas (E980 - E989) e Eventos cuja intenção é indeterminada (Y10 - Y34), grupo chamado simplesmente de Lesões cuja intenção é indeterminada.
- Quedas Acidentais (E880 - 888) e Quedas (W00-W17), grupo chamado simplesmente de Quedas acidentais.
- Acidentes devido à submersão, sufocação e corpos estranhos (E910 - E915) e Afogamento e Submersão Acidental (W65 - 74) e Outros Riscos Acidentais à respiração (W75 - W84), grupo chamado simplesmente Submersão, sufocação e corpos estranhos.
- Outros acidentes por arma de fogo, material explosivo, corrente elétrica e não especificados, (E916 - 928) e a Exposição à corrente elétrica, à radiação.

à temperatura e pressões externas ao ambiente (N85 - W99) e Exposição a forças mecânicas inanimadas (W20-W49), grupo chamado simplesmente por Acidentes por armas de fogo.

- Acidentes causados por fogo não especificado (E890 - 899), e Exposição ao fumo, ao fogo e às chamas (X00 - X09) e Contato com uma fonte de calor ou com substâncias quentes (X10-X19), grupo chamado simplesmente de Fogo e chama.
- Reação anormal em pacientes ou complicações tardias causadas por procedimentos cirúrgicos e médicos, sem menção de acidente ao tempo do procedimento (E878 - 879) e Reação anormal em pacientes ou complicações tardias causadas por intervenção cirúrgica e por outros atos cirúrgicos, sem menção de acidente durante a intervenção (Y83), grupo chamado simplesmente de Reação anormal por atos cirúrgicos.
- Intoxicações acidentais por drogas, medicamentos e substâncias biológicas (E850 - 858), grupo chamado simplesmente de Intoxicações acidentais por drogas.
- Incidentes adversos durante atos diagnósticos ou terapêuticos associados ao uso de dispositivos (aparelhos) médicos (Y70 - Y82), grupo chamado simplesmente de Incidentes adversos por efeitos terapêuticos.
- Efeitos adversos de drogas, medicamentos e substâncias biológicas usadas com finalidade terapêutica (E930-949), grupo chamado simplesmente de Efeitos adversos de drogas terapêuticas.

Para este estudo selecionou-se os acidentes de transporte, os homicídios, os suicídios, as lesões cuja intenção é indeterminada, as quedas acidentais, grupos que apresentaram maior incidência no período estudado.

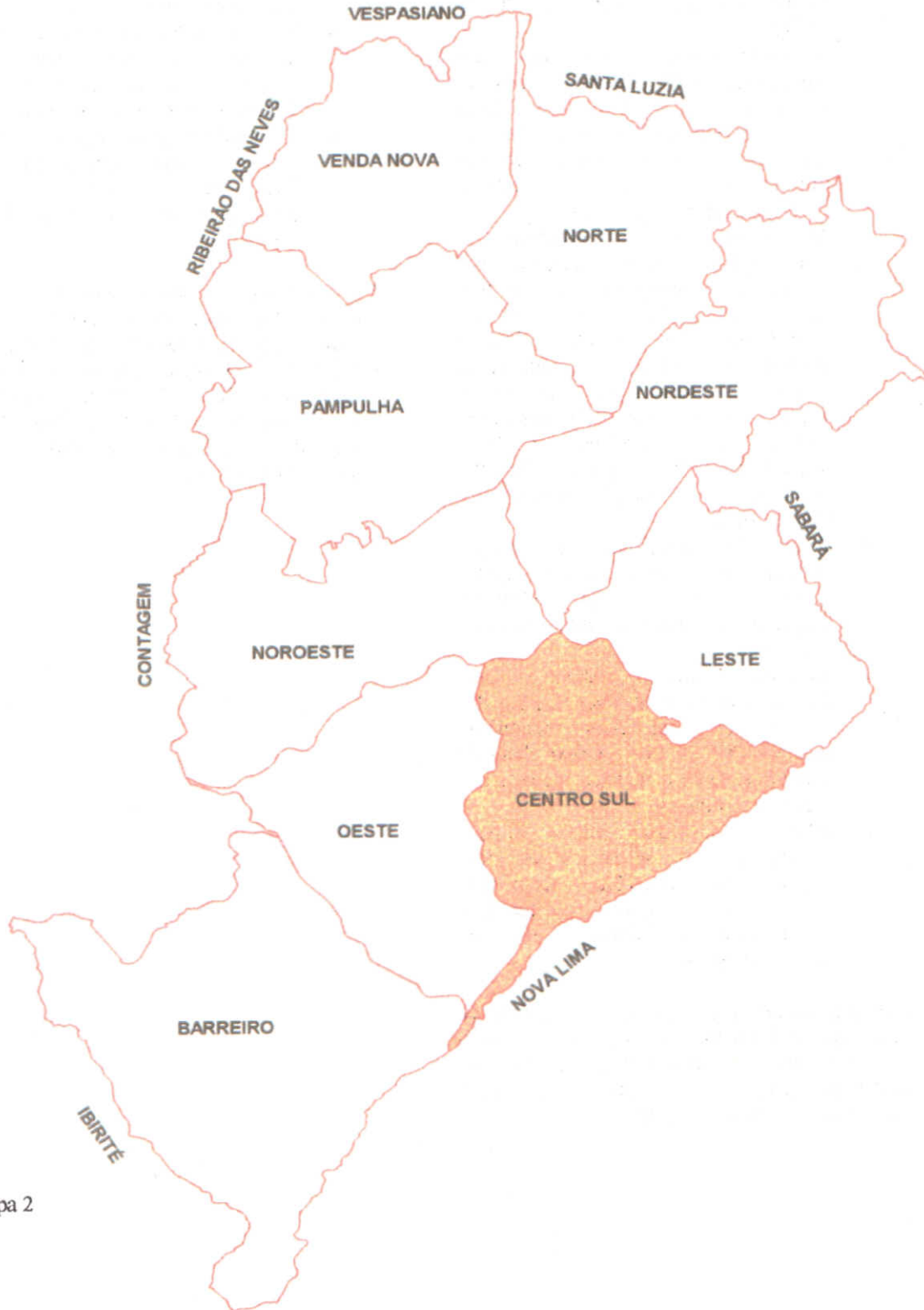
Para a análise estatística utilizou-se os indicadores:

- Taxa de mortalidade geral dos residentes na área de abrangência do DISACS, em Bairros e Favelas.
- Taxa de mortalidade por causas externas, segundo grupo etário, sexo e local de residência, na área de abrangência do DISACS, em Bairros e Favelas.
- Mortalidade proporcional por causas externas, segundo grupo etário, sexo e local de residência na área de abrangência do DISACS, em Bairros e Favelas.

Como estratégia de análise, através do EPI-INFO (versão 6.0.4), aplicou-se o teste do  $\chi^2$  entre as variáveis local de residência, sexo e faixa etária e o ODDS RATIO para a variável sexo. Empregou-se também o Método Direto de Ajustamento de Taxas de acordo com Mausner & Bahn (1990) e a Curva de Mortalidade Proporcional, segundo Almeida Filho (1992).

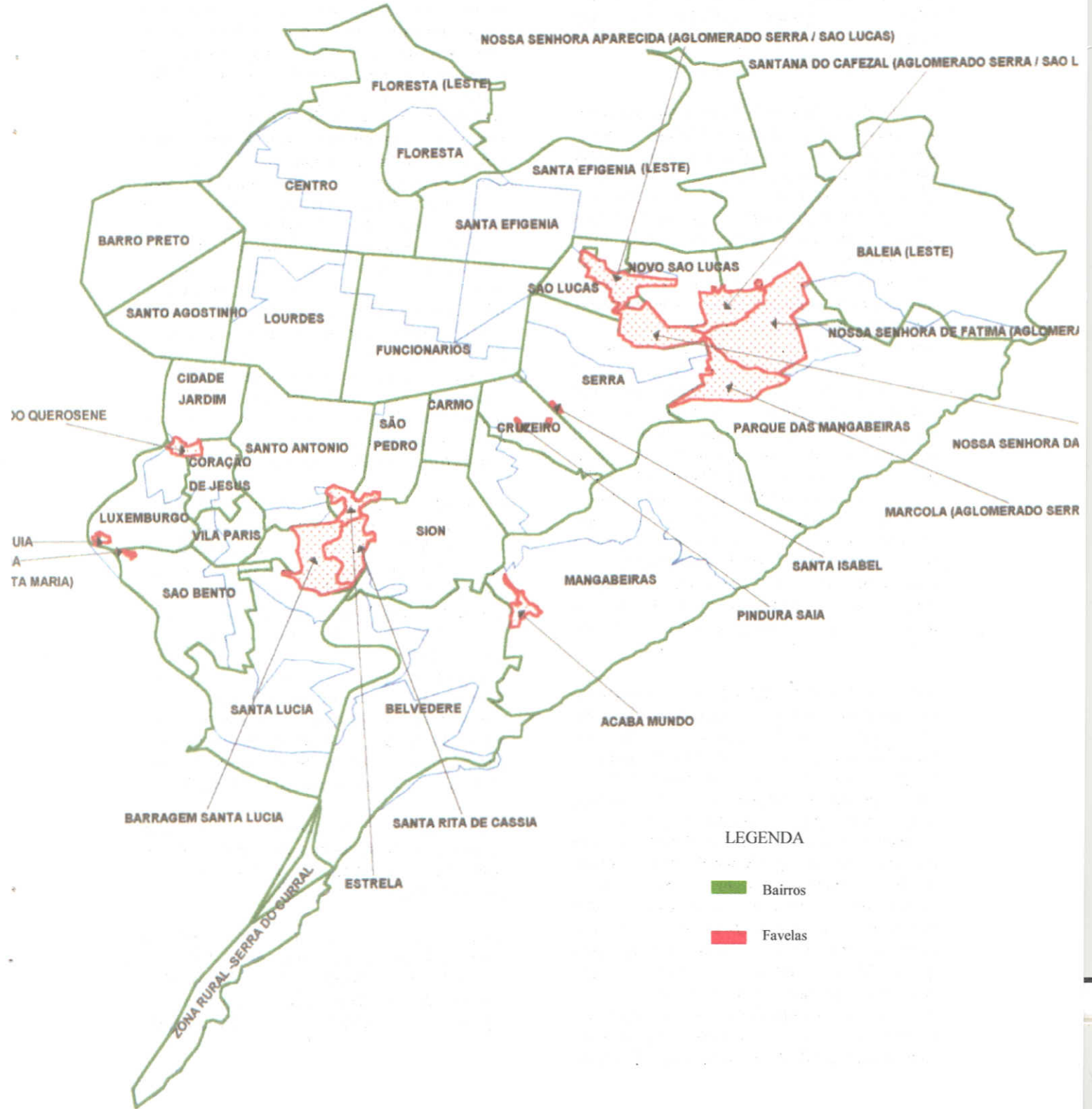


MAPA DE BELO HORIZONTE COM DESTAQUE PARA A REGIONAL CENTRO-SUL



Mapa 2

MAPA DA REGIONAL CENTRO-SUL, COM DESTAQUE PARA BAIRROS E FAVELAS



## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 4.1 EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS NO DISTRITO SANITÁRIO CENTRO SUL, NO PERÍODO DE 1992 A 1996.

A urbanização do DISACS apresenta profundos diferenciais nas condições ambientais e sociais que desencadeiam e evidenciam a disparidade entre seus grupos populacionais. Por um lado, grupos compostos por unidades familiares com alto e médio poder aquisitivo, que utilizam toda infra-estrutura adequada para o seu bem estar, caracterizam os Bairros e, por outro lado, grupos familiares excluídos socialmente, residentes em unidades habitacionais dispostas em geral de forma desordenada, densa e carentes de bens e serviços públicos, na maioria. Essas divergências numa mesma área geográfica (Mapa 2), identificadas por diferentes indicadores econômicos e sociais, reproduzem níveis de saúde desiguais e determinam as características de uma polarização epidemiológica. Os moradores das Favelas, mais vulneráveis às doenças infecto-contagiosas e afecções decorrentes das causas externas, convivem lado a lado com a população dos Bairros, cujo perfil epidemiológico se destaca pela incidência das doenças crônicas-degenerativas e pela baixa incidência das doenças decorrentes das precárias condições de vida.

Barros (1992) em um estudo sobre mortalidade em Campinas, analisou os diferenciais de saúde segundo classes sociais utilizando a Curva de Mortalidade Proporcional, demonstrou intensas desigualdades nos níveis de saúde entre os vários segmentos: subproletariado, proletariado típico, não típico, pequena burguesia e a burguesia. Szwarcwald et al (1999), em um trabalho sobre desigualdades de renda e saúde no Rio de Janeiro, mostram que os resultados evidenciam correlações significativas dos indicadores de desigualdades de renda com todos os indicadores de saúde, demonstrando que as piores condições de saúde não são dissociadas das disparidades de renda.

Para o estudo dos níveis de saúde da população de Bairros e Favelas, residentes na área de abrangência do DISACS, utilizou-se a Curva de

Mortalidade Proporcional ou de Nelson de Moraes, apresentadas nas Figuras 1, 2, 3. No Distrito Sanitário, as curvas equivalem ao tipo IV (forma de J), apontando um melhor nível de saúde, com baixa proporção de óbitos nos grupos infantis e jovens e um predomínio nas pessoas idosas. A evolução anual, mostra um decréscimo da mortalidade na faixa etária de 0 a 5 anos e um aumento a partir dos 50 anos. Nos Bairros, a curva é também representada pela forma de J, com um percentual de óbitos ainda inferior nos menores de cinco anos e maior nas faixas etárias acima de 50 anos, muito próximas às curvas apresentadas pelos países mais desenvolvidos. Nas Favelas, tem-se um percentual de mortalidade ainda alto no grupo etário de 0 a 5 anos e no grupo etário de 20 a 50 anos, e um percentual de mortalidade relativamente baixo, acima dos 50. Na série histórica pode-se perceber também uma redução da mortalidade nos primeiros anos de vida e aumento nas faixas etárias subsequentes, no entanto as curvas ainda refletem um nível de saúde classificado como do tipo II, característico de regiões com níveis baixos de saúde (Almeida Filho & Rouquayrol 1992).

O método de ajustamento permitiu avaliar a confiabilidade nas diferenças entre as taxas da mortalidade por causas externas, confirmando que os óbitos por essas causas ocorrem mais nas Favelas do que nos Bairros. Nota-se que a mortalidade nos Bairros representa, em média 35,2% das taxas das Favelas, variando de 29,6% em 1995 a 40,7% em 1996. Considerando as taxas ajustadas, o risco de morrer por causas externas foi cerca de 2,8 vezes maior nas Favelas que nos Bairros, na média do período, uma diferença significativa que se manteve ao longo de todos os anos (Tabelas 7c a 11c do Apêndice C; Figura 4).

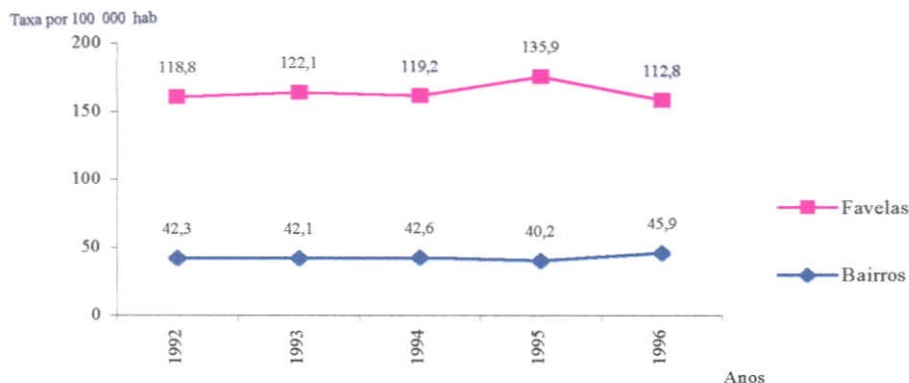
O risco de morrer por causas externas é duas vezes maior nos residentes das Favelas quando comparados aos dos Bairros ( $p < 0,01$ ; Tabela 12 c do Apêndice C).

Ishitani et al (1992) já mencionavam sobre a mortalidade por causas externas no DISACS, demonstrando especificidade quando eram comparadas as populações residentes em espaços urbanos diferenciados.

Também em São Paulo, os dados do PROAIM (1992) evidenciam que a proporção de óbitos por causas externas nas periferias da cidade

representavam 20%, enquanto que na área central observou-se 9,0% dos óbitos registrados.

FIGURA 4: MORTALIDADE AJUSTADA<sup>1</sup>, SEGUNDO CAUSAS EXTERNAS NOS BAIRROS E FAVELAS, DISACS, 1992 A 1996.



Fonte: DISACS/BH  
CEI/FJP/MG  
<sup>1</sup>Segundo Mausner & Bahn (1990)

Os dados da Tabela 1 indicam uma certa estabilidade na proporção dos óbitos por causas externas nos anos estudados. Apenas nas Favelas essas causas apresentaram um crescimento de sua participação percentual em relação ao número de óbitos totais, contudo de magnitude discreta. Nesse ambiente, o percentual de óbitos por causas externas é aproximadamente duas vezes maior do que nos Bairros.

Os óbitos por causas externas no DISACS representam, em média 8,8% da mortalidade geral, significando que para cada 11,5 óbitos, um ocorreu por causas externas. Nos Bairros a

mortalidade representou 6,8%, sendo que para cada 14,7 óbitos um ocorreu por causas externas. Nas Favelas foi de 16,3%, mostrando que para cada 6,2 óbitos um foi por causas externas.

Behn (1978) já mencionava que a probabilidade de morte entre proletariado era 4 vezes maior do que a alta e média burguesia e que o proletariado com baixa escolaridade, considerado como trabalhadores não qualificados, tinham 5,1 vezes mais probabilidade de morrer do que os pertencentes a alta e média burguesia.

TABELA 1: PERCENTUAIS POR CAUSAS EXTERNAS, NO DISACS, NOS BAIRROS E NAS FAVELAS, 1992 A 1996

ANOS	ÓBITOS TOTAIS (Número)			CAUSAS EXTERNAS (%)		
	BAIRROS	FAVELAS	DISACS	DISACS	BAIRROS	FAVELAS
1992.....	1586	1254	332	9,2	7,2	16,9
1993.....	1681	1312	369	8,6	6,9	14,9
1994.....	1653	1287	366	8,5	6,8	14,8
1995.....	1670	1325	345	8,6	6,3	17,4
1996.....	1719	1390	329	9,0	6,9	17,6

Fonte: DISACS-BH  
CEI/FJP/MG

FIGURA 1 CURVA DE MORTALIDADE PROPORCIONAL, DISACS, 1992 A 1996

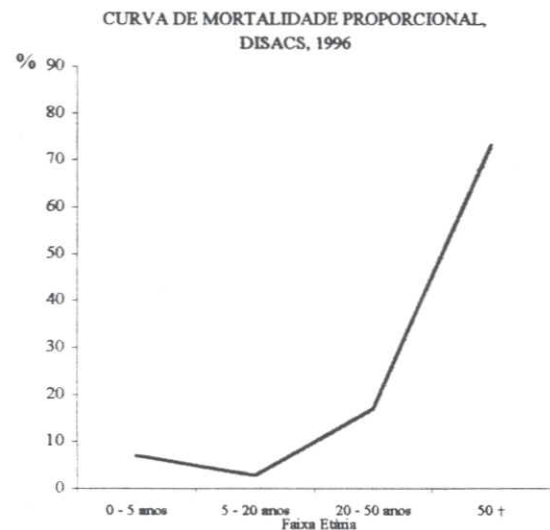
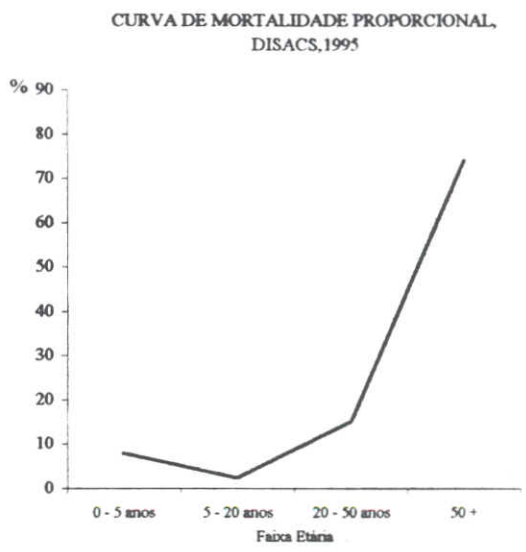
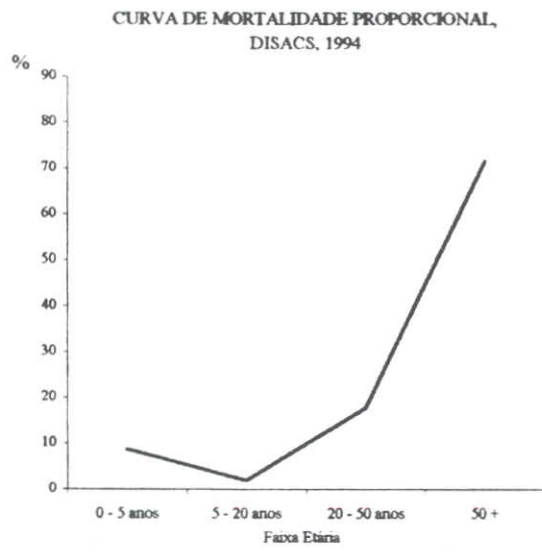
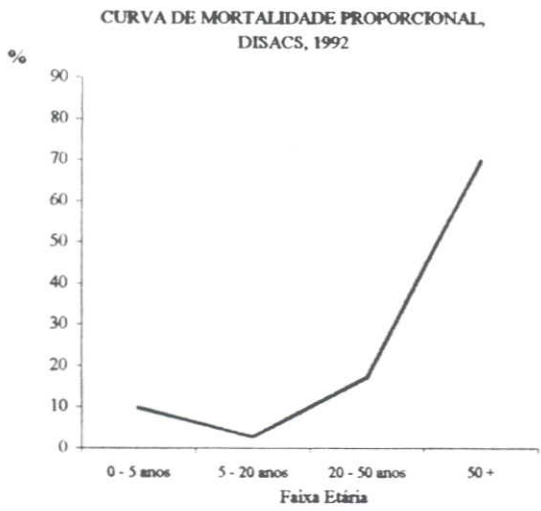
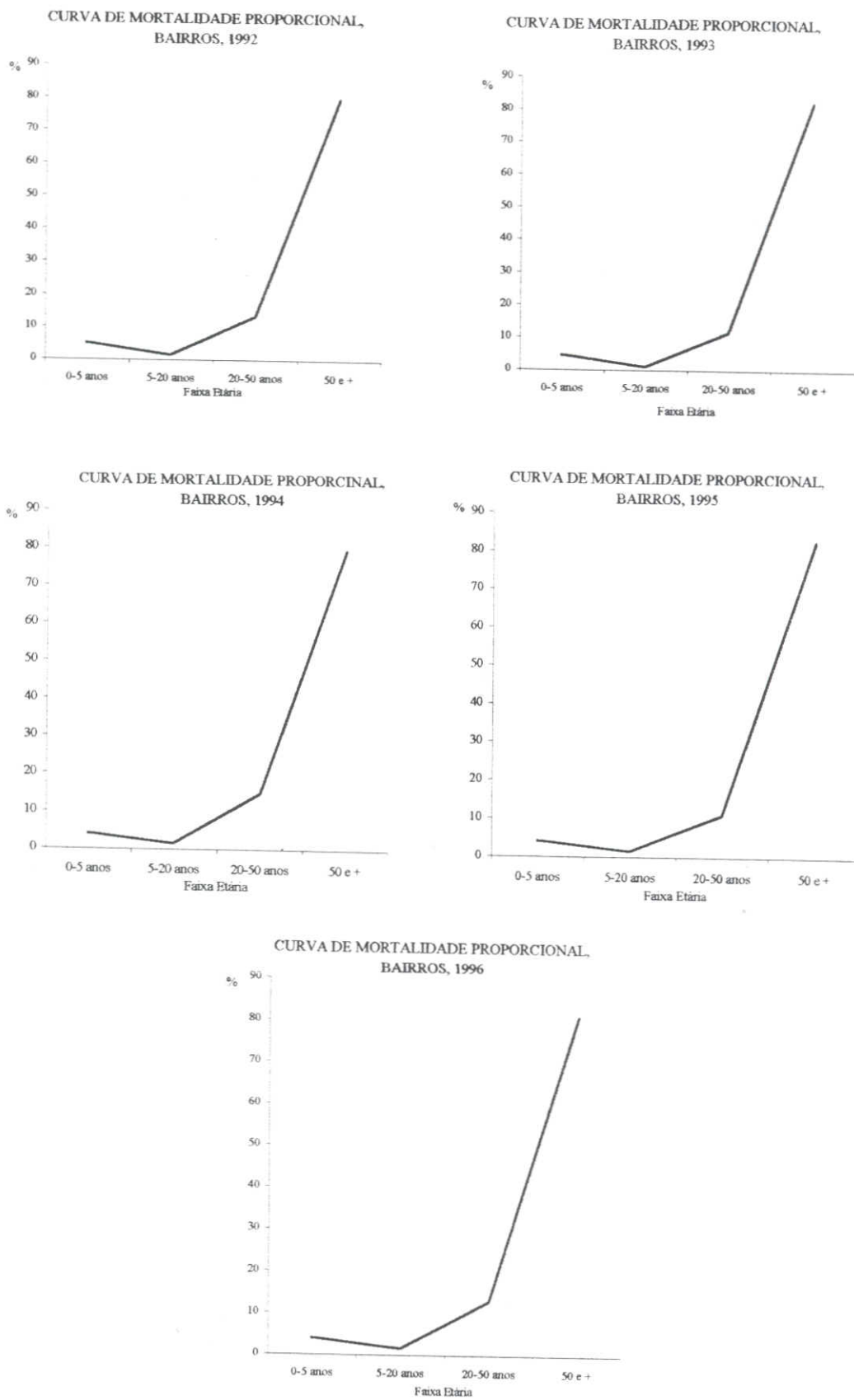


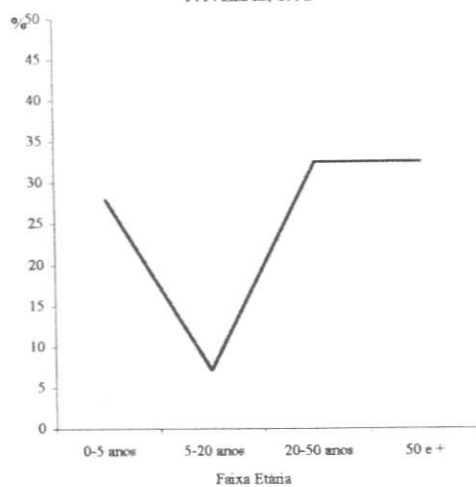
FIGURA 2 CURVA DE MORTALIDADE PROPORCIONAL, BAIRROS, 1992 A 1996



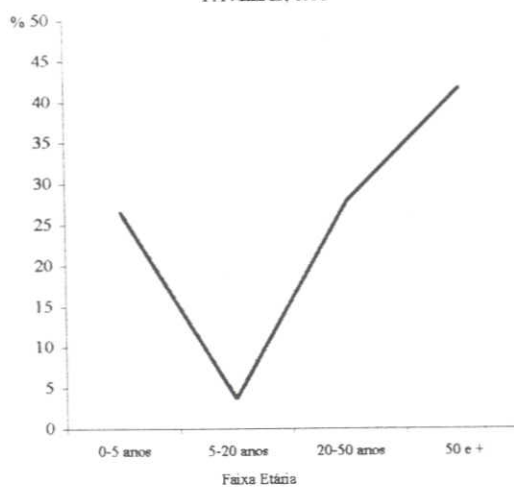
Fonte: DISACS/BH  
CEI/FJP/MG

FIGURA 3 CURVA DE MORTALIDADE PROPORCIONAL, FAVELAS, 1992 A 1996

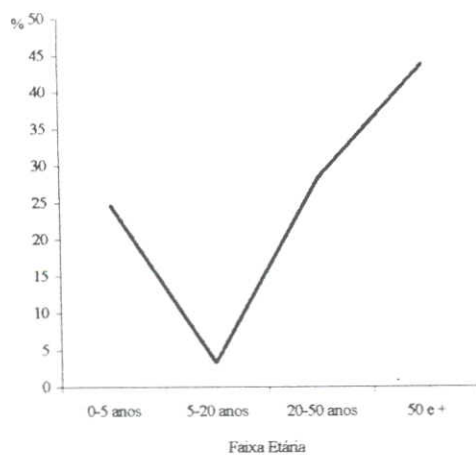
CURVA DE MORTALIDADE PROPORCIONAL, FAVELAS, 1992



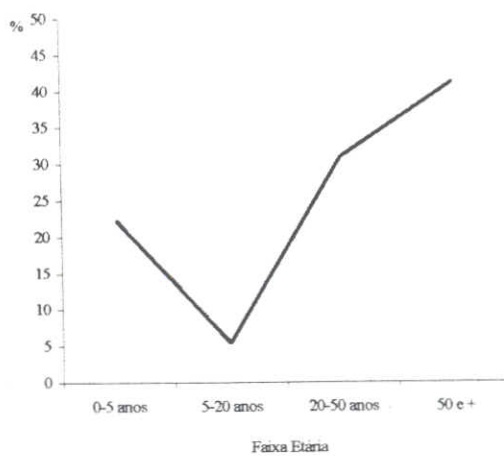
CURVA DE MORTALIDADE PROPORCIONAL, FAVELAS, 1993



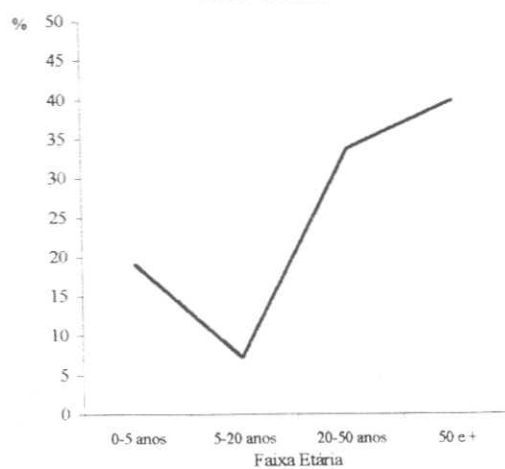
CURVA DE MORTALIDADE PROPORCIONAL, FAVELAS, 1994



CURVA DE MORTALIDADE PROPORCIONAL, FAVELAS, 1995



CURVA DE MORTALIDADE PROPORCIONAL, FAVELAS, 1996



#### 4.1.1 MORTALIDADE POR GRUPOS DE CAUSAS EXTERNAS, SEGUNDO LOCAL DE RESIDÊNCIA

A mortalidade segundo grupo de causas externas (Tabela 2) se destaca com diferenças importantes entre as taxas e posições, nos Bairros, nas Favelas e no DISACS. Nota-se que nos Bairros os acidentes de transporte apresentam maior risco, com taxa de 19,2 óbitos por 100 000 habitantes e foram os principais responsáveis pela mortalidade, com 43,0% dos óbitos. Enquanto que nas Favelas ocuparam a segunda posição, com taxa de 15,9 óbitos e percentual de 15,0%. Os homicídios, nas Favelas apresentaram maior risco com taxa de 56,1 óbitos por 100 000 habitantes e percentuais de 52,0%, dados que se destacam bem acima de qualquer outro grupo de causa estudado. Nos Bairros, os homicídios estiveram em terceira posição, com taxa de 4,9 óbitos por 100 000 habitantes.

Os suicídios, nos Bairros, segundo maior risco com 6,7 óbitos por 100 000 habitantes e 15,1% dos óbitos, apresentaram nas Favelas o sexto lugar, com taxa de 4,9 óbitos por 100 000 habitantes e percentuais de 5,0%. Esse dado vem ao encontro à tese de que o suicídio está relacionado ao desenvolvimento econômico e cultural da região (Mello Jorge, 1979).

As quedas acidentais encontraram-se na quarta posição nos Bairros, e na quinta posição nas Favelas. No entanto, o risco de morrer é muito maior nas Favelas, com taxas de 6,4 óbitos, contra 3,8 nos Bairros.

As lesões cuja intenção é indeterminada ocuparam nas Favelas o quarto lugar, com taxa de 8,0 óbitos. Nos Bairros o sétimo lugar com taxa de 2,6 óbitos por 100 000 habitantes 9% dos óbitos.

Outro grupo de causa significativo nas Favelas e nos Bairros referiu-se à submersão, sufocação e corpos estranhos, ocupando o terceiro e o quinto lugares, com percentuais de 9,0% e 6,5%, e taxas de 9,0 e 3,0 óbitos por 100 000 habitantes, respectivamente. Muitas vezes, por falta de evidências sobre a intencionalidade, notifica-se o óbito nesse grupo, alterando a notificação do mesmo. Sua magnitude explica-se pela alta incidência em 1996, devendo ser objeto de

estudos posteriores.

A evolução anual das taxas da mortalidade para os principais componentes do grupo de causas externas, discriminadas no DISACS, nos Bairros e nas Favelas, podem ser vistas nas Figuras 5, 6 e 7 e Tabelas 13c, 14c e 15c do Apêndice C. Elas demonstram que os principais responsáveis pela mortalidade no DISACS e nos Bairros foram os acidentes de transporte. No entanto, em 1995 e 1996, os homicídios nas Favelas, foram tão significativos que alteraram a curva de mortalidade do DISACS, elevando-o para o primeiro lugar em 1995 (Figura 5) Nas Favelas os homicídios ocuparam o primeiro lugar durante todo o período de análise. Observa-se que mesmo com uma queda na taxa de mortalidade em 1993 e 1994, mantiveram-se em evidência. Nos Bairros apareceram em segundo lugar em 1993 com 6,0 óbitos, em terceiro lugar nos anos de 1992, 1994, 1995 e 1996, com taxas entre 4,0 e 5,0 óbitos por 100 000 habitantes. (Figuras 6 e 7).

Os acidentes de transportes, principal grupo nos Bairros, mantiveram estáveis no período. Nas Favelas apareceram como segundo lugar, mas com o risco de morrer próximo aos residentes dos Bairros. (Figuras 6 e 7).

Os suicídios mantiveram uma tendência de crescimento nos Bairros e nas Favelas. Nos Bairros, aparecem em segundo lugar nos anos de 1992, 1995 e 1996. Nas Favelas, permaneceram em quarto lugar nos anos de 1992, 1995 e 1996. No DISACS, de 1994 para 1996, tiveram um crescimento na taxa dos óbitos, mantendo-se no terceiro lugar.

As quedas acidentais mantiveram uma tendência decrescente nas taxas do DISACS, ocupando a quarta posição nos dois últimos anos do período. Nos Bairros e nas Favelas variaram entre a terceira e a quarta posição.

As lesões cuja intenção é indeterminada, tanto nos Bairros como nas Favelas apresentaram uma tendência decrescente do quarto para o sexto lugar (4,5 para 1,0 óbitos) e do terceiro para o quinto lugar (11,8 para 5,4 óbitos), respectivamente. Por sua vez, no DISACS mudou de 6,0 para 1,9 óbitos nos anos estudados. Esta queda pode indicar o melhor preenchimento das Declarações de Óbitos, o



que corrobora com os estudos de Saporì (199 )  
que assim justifica a regressão da notificação

dos óbitos por esse grupo de causa em Belo  
Horizonte.

TABELA 2: TAXA MÉDIA DE MORTALIDADE E POSIÇÃO SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS NO DISACS,  
NOS BAIRROS E NAS FAVELAS E, 1992-1996.

GRUPOS DE CAUSAS	DISACS			BAIRROS			FAVELAS		
	Taxa	%	Posição	Taxa	%	Posição	Taxa	%	Posição
Acidentes de transportes.....	18,4	32,0	1ª	19,2	43,0	1ª	15,9	15,0	2
Homicídios.....	15,7	27,3	2ª	4,9	11,0	3ª	56,1	52,0	1ª
Suicídios.....	6,3	11,0	3ª	6,7	15,1	2ª	4,9	5,0	6ª
Lesões cuja intenção é indeterminada.....	3,7	6,5	6ª	2,6	5,9	7ª	8,0	8,0	4ª
Quedas acidentais.....	4,5	7,9	4ª	3,8	8,6	4ª	6,4	6,0	5ª
Submersão, sufocação e corpos estranhos.....	4,3	7,3	5ª	3,0	6,5	5ª	9,0	9,0	3ª
Outros por arma de fogo.....	3,1	5,5	7ª	2,7	6,2	6ª	4,5	4,0	7ª
Reação anormal por atos cirúrgicos.....	0,6	1,1	8ª	0,7	1,5	8ª	-	-	-
Acidentes por fogo e chamas.....	0,4	0,7	9ª	0,3	0,7	10ª	0,7	1,0	8ª
Efeitos adversos de drogas terapêuticas.....	0,4	0,7	9ª	0,5	1,1	9	-	-	-
Intoxicações acidentais por drogas.....	0,1	0,1	11ª	0,1	0,2	11ª	-	-	-
Incidentes adversos por efeitos terapêuticos.....	0,1	0,1	11ª	0,1	0,2	11ª	-	-	-

Fonte: DISACS-BH  
CEV/JP/MG

FIGURA 5: TAXA DE MORTALIDADE SEGUNDO PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS EXTERNAS, DISACS, 1992 A 1996.

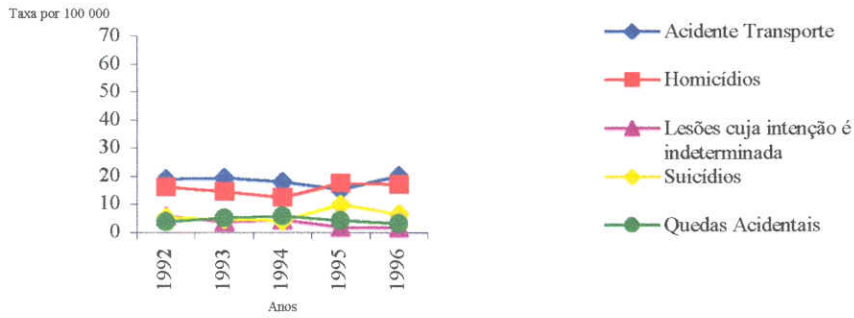


FIGURA 6: TAXA DE MORTALIDADE SEGUNDO PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS EXTERNAS, BAIROS DO DISACS, 1992 A 1996.

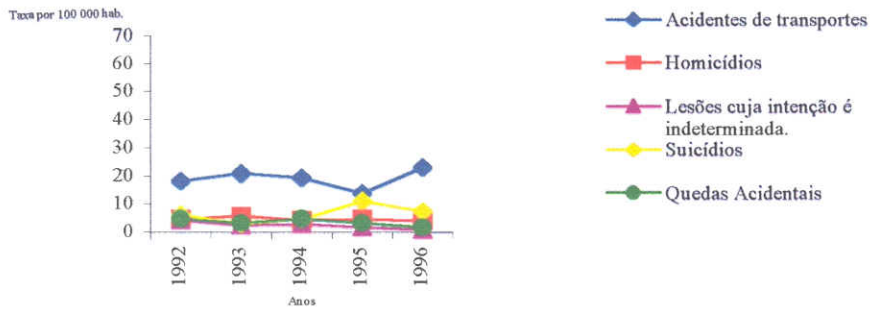
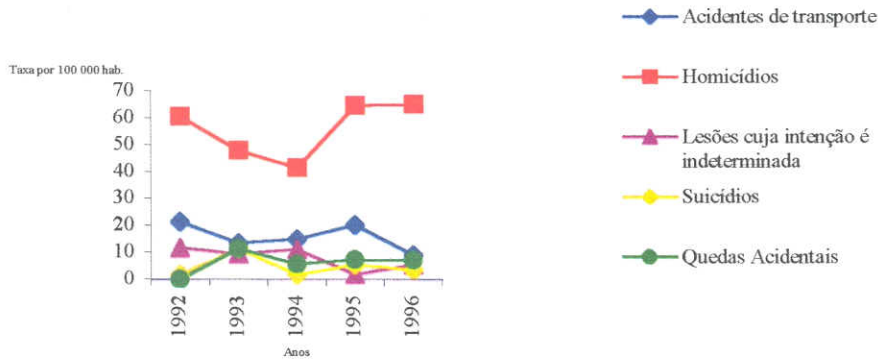


FIGURA 7: TAXA DE MORTALIDADE SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS, FAVELAS DO DISACS, 1992 A 1996



Fonte: DISACS-BH  
CEI/FJP/MG

#### 4.1.2 MORTALIDADE POR GRUPOS DE CAUSAS EXTERNAS, SEGUNDO SEXO E LOCAL DE RESIDÊNCIA

Em todos os níveis de análise há uma predominância de óbitos por causas externas no sexo masculino, com tendência crescente apenas nas Favelas. No DISACS e nos Bairros as curvas mantêm-se constantes. No sexo feminino, de um modo geral, as taxas permanecem estáveis no DISACS e nos Bairros. O risco de maior número de mortes apresenta-se também nas Favelas, excetuando-se os anos de 1992 e 1996, nota-se um crescimento e um decréscimo bruscos, objeto de estudos posteriores (Figuras 8 e 9 e Tabelas 16c a 30c do Apêndice C).

Na tabela 3, a razão de masculinidade da mortalidade reforça a predominância de mortes dos homens sobre as mulheres, principalmente nas Favelas, onde as condições de risco são mais acentuadas. A razão de masculinidade da

mortalidade nas Favelas é preocupante e, nos últimos três anos, encontra-se em ascensão, demonstrando uma tendência de crescimento do número de óbitos entre os homens nas Favelas.

O Odds Ratio estratificado por óbitos de indivíduos do sexo masculino, residentes nos Bairros e Favelas, nos anos de 1992 a 1996 (Figura 10), indica que essa predominância da mortalidade pelas causas externas no sexo masculino é estatisticamente significativa ao longo do período ( $p < 0,01$ ).

Moura (1995) justifica a incidência da mortalidade por causas externas no sexo masculino. Explica que os homens são mais aventureiros, participam de atividades que demandam maiores riscos e muitas vezes demonstram que são mais poderosos e que a violência é socialmente mais aceitável neles.

TABELA 3: RAZÃO DE MASCULINIDADE NAS FAVELAS, NOS BAIRROS E NO DISACS, 1992 A 1996

ANOS	DISACS	BAIRROS	FAVELAS
1992.....	3,1	2,1	6,5
1993.....	2,9	2,3	4,2
1994.....	5,9	2,6	4,1
1995.....	3,7	3,0	4,7
1996.....	3,3	2,3	7,6

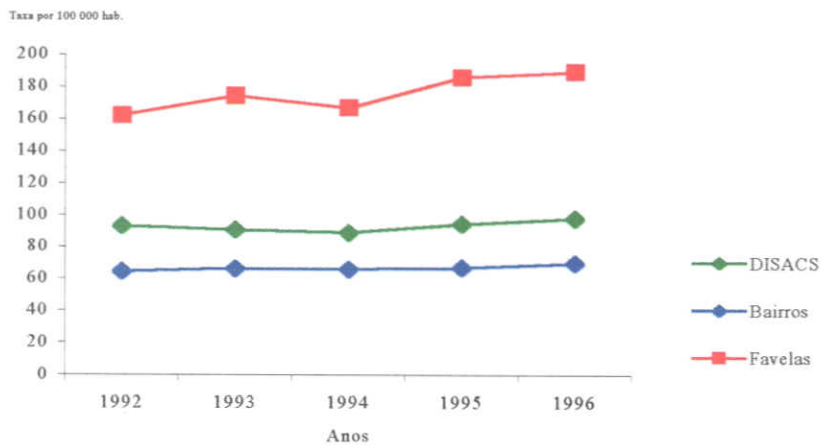
Fonte: DISACS/BH  
CEI/FJP/MG

FIGURA: 10 ODDS RATIO ESTRATIFICADO POR ÓBITOS DE INDIVÍDUOS DO SEXO MASCULINO, RESIDENTES NOS BAIRROS E FAVELAS, 1992 A 1996.



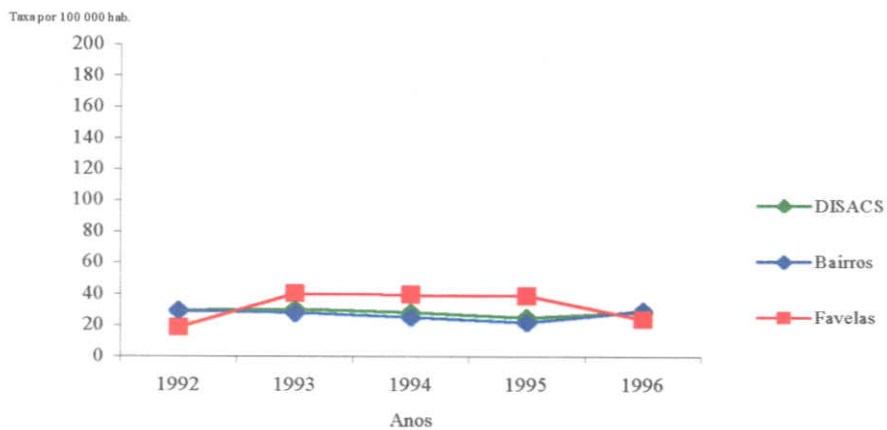
Fonte: DISACS/BH  
CEI/FJP/MG

FIGURA 8: TAXA DE MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS, SEXO MASCULINO, NO DISACS, NOS BAIRROS E NAS FAVELAS, 1992 A 1996



Fonte: DISACS-BH  
CEI/FJP/MG

FIGURA 9: TAXA DE MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS, SEXO FEMININO, NO DISACS, NOS BAIRROS E NAS FAVELAS, 1992 A 1996



Fonte: DISACS-BH  
CEI/FJP/MG

As Figuras 11 a 16 (Tabelas 16c a 30c do Apêndice C) apresentam as taxas de mortalidade para os cinco principais grupos de causas externas, segundo o sexo, nos três níveis de análise.

No DISACS, observa-se o predomínio dos homicídios no sexo masculino e acidentes de transporte no feminino. Merece destaque, os anos de 1995 e 1996, o crescimento das taxas de suicídios no sexo masculino, que guarda relação com o aumento nos Bairros, bem como dos homicídios no sexo feminino, nas Favelas (Figuras 11 e 12).

Nos Bairros, os acidentes de transporte constituem o grupo que, com maior frequência, acometeu a população masculina e feminina. No sexo masculino, os suicídios despontam nos dois últimos anos como o segundo principal grupo de causa, e mantém-se como uma importante causa de mortalidade entre as mulheres. As quedas acidentais, aparentemente, tendem a perder importância nesse quadro (Figura 13 e 14).

Nas Favelas, os homicídios são os principais responsáveis pela mortalidade no sexo masculino, o que pode explicar também a maior incidência desse grupo de causa no DISACS. Os grupos de causas restantes aparecem de maneira relativamente uniforme em todos os anos. No sexo feminino, nos últimos anos, os homicídios sobressaem como principal causa, seguidos dos acidentes de transportes (Figura 15 e 16).

A alta mortalidade por acidentes de transportes em ambos os sexos nos Bairros da Regional Centro Sul explica-se pelas suas características urbanas. Apresenta um intenso movimento de veículos e pessoas, e nela se encontram a maioria dos hospitais, as grandes vias de locomoção, propícias ao deslocamento rápido de automóveis, ônibus, motocicletas, todas características que podem ser condicionantes desse agravo. Apesar de maior nos homens, em ambos os sexos os acidentes de transportes são os principais grupos de causas de óbitos. Nas Favelas os acidentes de transportes destacam-se como segundo principal grupo de causa, também com taxas maiores nos homens. Segundo a OPAS (1994), a mortalidade por esse grupo de causa está associada com o nível de

desenvolvimento econômico e cultural de cada país.

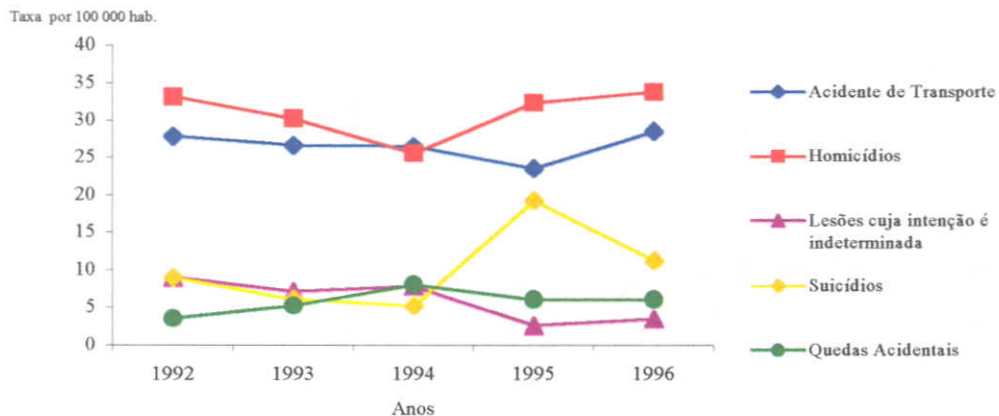
Os homicídios, primeiro grupo de causa de morte violenta em ambos os sexos, indicam a explosão da violência nas Favelas, consequência direta da rápida aceleração da urbanização, dos contrastes sociais, da crise econômica brasileira desencadeada nos últimos anos, aumentando a marginalização de vários setores e determinando uma população mais agressiva. Embora incidam com maior frequência em populações menos privilegiadas social e economicamente, despontam nos Bairros, no sexo masculino, como terceiro grupo de causa e com uma incidência estável.

Nos Bairros, os suicídios destacam-se nos últimos anos como segundo principal grupo de causa em ambos os sexos, referendando os estudos de Melo Jorge (1979) que evidenciam a maior incidência em regiões mais desenvolvidas cultural, social e economicamente. A autora associa o desenvolvimento de uma localidade com maior índice de suicídios e menor de homicídios. Salienta que os fatores educacionais e socioculturais reprimem a expressão de tendências destrutivas para seus semelhantes.

As quedas acidentais, com menores incidências tanto nos Bairros como nas Favelas, acometem com maior frequência nos homens. Mello Jorge (1982) observou em seus estudos que as quedas acidentais em São Paulo eram maiores no sexo feminino, acima de 60 anos, no ambiente residencial, supondo que nas residências as condições de segurança são precárias para os idosos. Nos homens, a autora relaciona a mortalidade por quedas aos acidentes de trabalho, principalmente na construção civil.

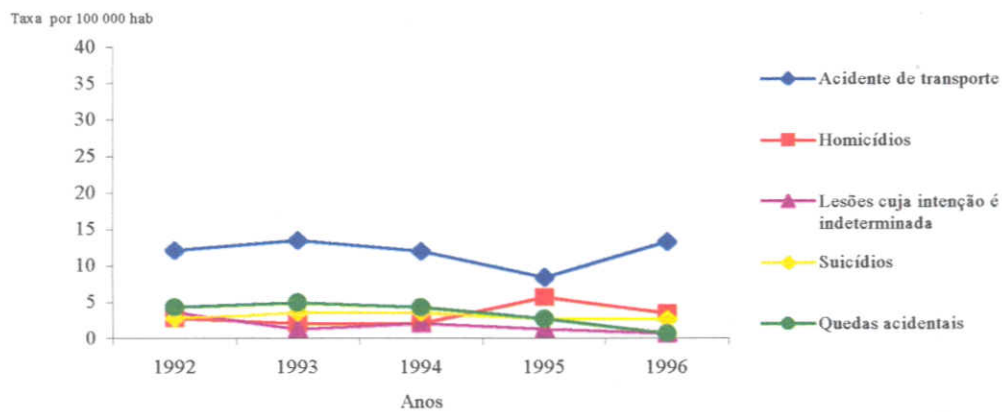
Para as lesões cuja intenção é indeterminada, houve um decréscimo acentuado em ambos os sexos, sugerindo uma melhora na notificação dos casos e na interpretação da causa básica do óbito por grupos de causas externas. Ladeira (1995) salienta que a especificação correta da informação na Declaração de Óbito é essencial para o registro real dos eventos.

FIGURA 11: TAXA DE MORTALIDADE SEGUNDO PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS EXTERNAS, SEXO MASCULINO, DISACS, 1992 A 1996.



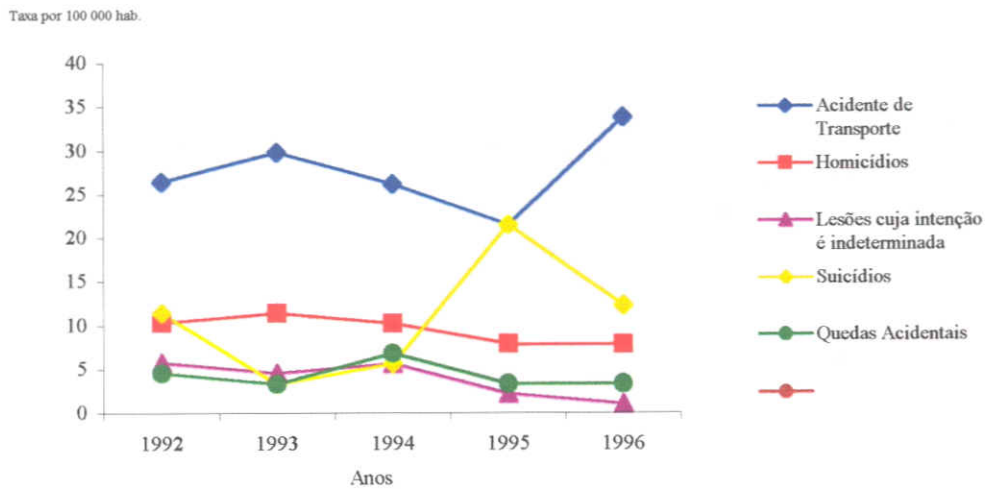
Fonte: DISACS-BH  
CEI/FJP/MG

FIGURA 12: TAXA DE MORTALIDADE SEGUNDO PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS EXTERNAS, SEXO FEMININO, DISACS, 1992 A 1996.



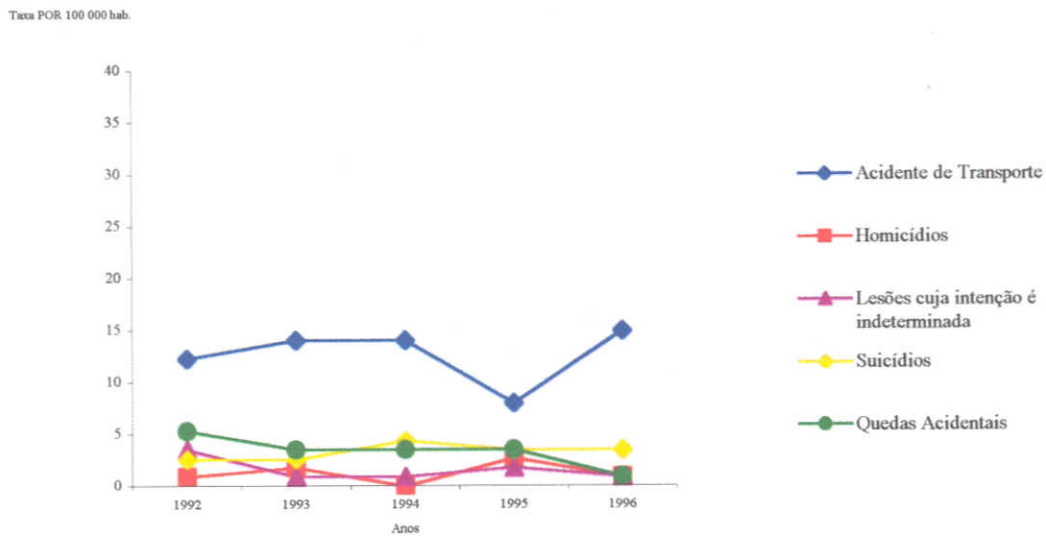
Fonte: DISACS/BH  
CFI/FJP/MG

FIGURA 13: TAXA DE MORTALIDADE SEGUNDO PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS EXTERNAS, SEXO MASCULINO, BAIROS DO DISACS, 1992 A 1996.



Fonte: DISACS-BH  
CEI/FJP/MG

FIGURA 14: TAXA DE MORTALIDADE SEGUNDO PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS EXTERNAS, SEXO FEMININO, BAIROS DO DISACS, 1992 A 1996.



Fonte: DISACS-BH  
CEI/FJP/MG

FIGURA 15: TAXA DE MORTALIDADE SEGUNDO PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS EXTERNAS, SEXO FEMININO, FAVELAS DO DISACS, 1992 A 1996.

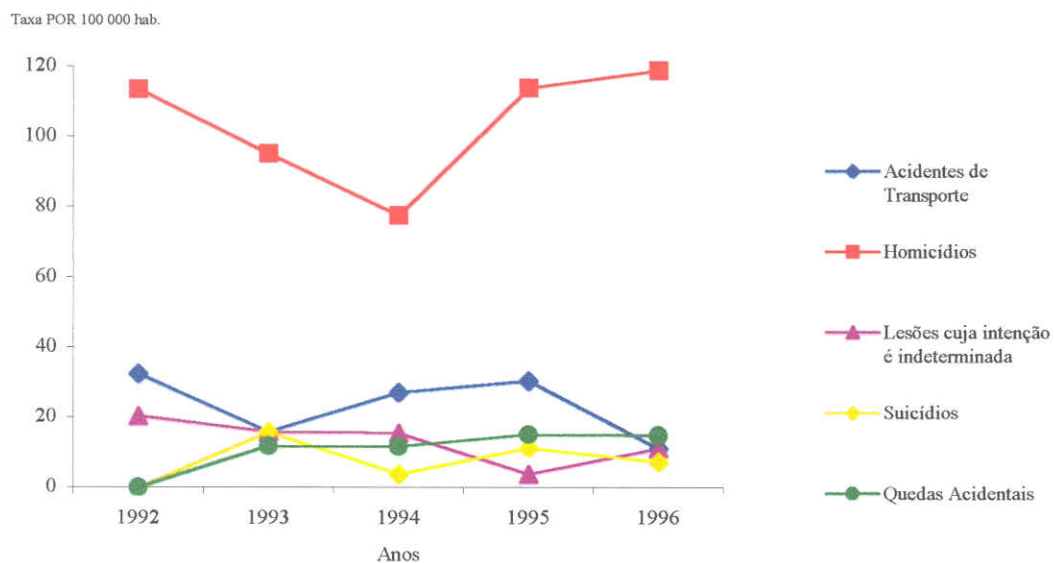
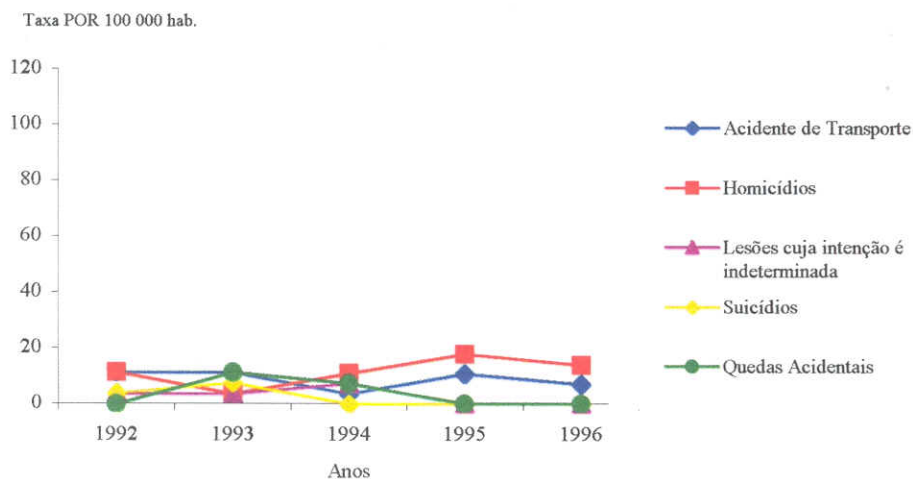


FIGURA 16: TAXA DE MORTALIDADE SEGUNDO PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS EXTERNAS, SEXO FEMININO, FAVELAS DO DISACS, 1992 A 1996.





#### 4.1.3 MORTALIDADE POR GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E LOCAL DE RESIDÊNCIA

As Figuras 17 e as Tabelas 31 c a 48c do Apêndice C demonstram a mortalidade proporcional segundo agravos de causas externas por faixa etária no DISACS, nos Bairros e nas Favelas, no período de 1992 a 1996.

A mortalidade proporcional no DISACS acomete principalmente a faixa etária de 20 a 29 anos, com 23,8%. Posteriormente encontra-se a faixa etária de 30 a 39 anos, com 17,9% dos óbitos, seguidos da faixa etária de 10 a 19 anos e de 40 a 49 anos, com 13,5% e 11,6% dos óbitos, respectivamente. Verifica-se, portanto, que a mortalidade por causas externas no DISACS atinge prioritariamente os adultos em idade produtiva e o grupo etário jovem, onde se incluem os adolescentes e os pré adolescentes.

Nos Bairros, a maior ocorrência de óbitos encontra-se na faixa etária de 30 a 39 anos, com 18,1%, seguidos dos de 20 a 29 anos, com 17,0%, de 70 a 79 anos, com 13,0% e de 50 a 59 anos, com 11,3% dos óbitos. Nota-se que a mortalidade por causas externas ocorre principalmente nos adultos jovens a partir dos 20 anos, com uma ocorrência significativa de óbitos nos idosos.

Nas Favelas, a mortalidade aparece prioritariamente na faixa etária de 20 a 29 anos com 34,6% dos óbitos. Posteriormente encontram-se a faixa etária de 10 a 19 anos, com 18,7%, de 30 a 39 anos, com 17,4% e de 40 a 49 anos, com 13,1% dos óbitos. Os grupos etários mais atingidos são, portanto, os adolescentes e os adultos em idade produtiva. Nota-se portanto um decréscimo a partir dos 50 anos.

Os estudos de Yunes (1993) e Agudelo (1990) mencionam que nos últimos tempos a mortalidade por causas externas está afetando todas as idades, principalmente os menores de 24 anos, reduzindo potencialmente os anos de vida dos indivíduos. Minayo (1994) demonstrou que, na década de 1980, as mortes violentas ocupavam o primeiro lugar nos grupos etários de

5 a 49 anos de idade. No decorrer dos anos houve um deslocamento para as faixas etárias mais jovens, principalmente nos grupos de 20 a 29 anos e no grupo etário de 0 a 4 anos. Sua tese menciona que a mortalidade por causas externas deve ser considerada como problema de saúde pública, e que ações e diretrizes devem ser orientadas no sentido de minimizar e prevenir perdas de anos potenciais de vida.

O perfil etário dos óbitos apresentados na Figura 17 corrobora os dados dos autores e demonstra diferenças importantes segundo o ambiente urbano. Deve-se salientar a inversão do perfil entre as faixas mais jovens e idosos entre Bairros e Favelas, provavelmente consequência dos diferentes perfis de causa: o predomínio dos homicídios nas Favelas e dos acidentes de transportes e suicídios nos Bairros.

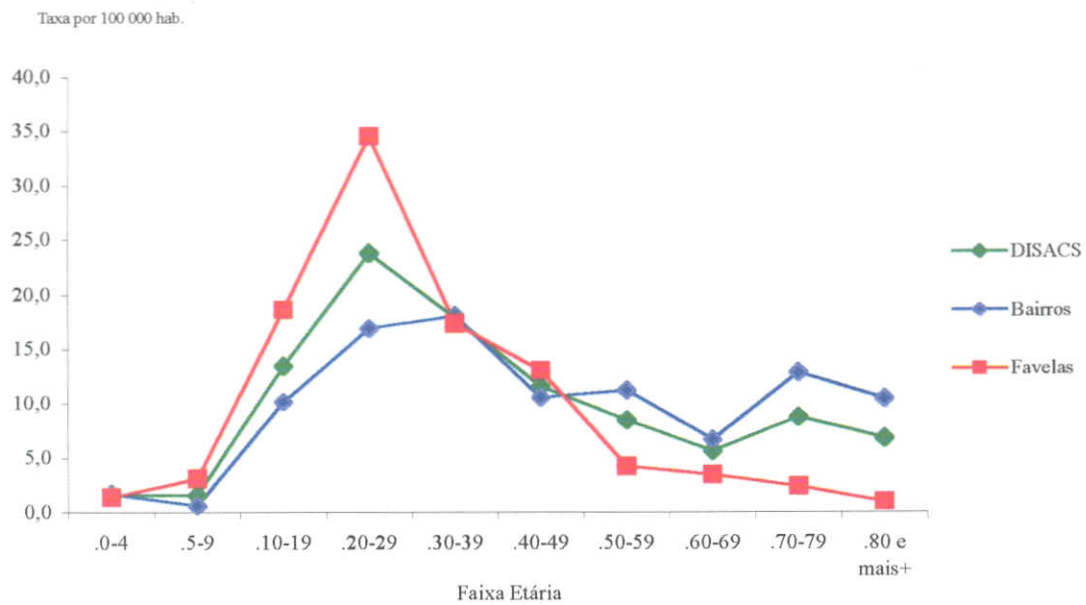
As Figuras 18 e 19 e as Tabelas 32c a 48c do Apêndice C mostram o perfil da mortalidade proporcional média das principais causas que compõem o grupo de causas externas, por faixa etária, nos Bairros e nas Favelas. Englobam os homicídios, os acidentes de transportes, os suicídios, as quedas acidentais e as lesões cuja intenção é indeterminada. Suprimiu-se o DISACS desta análise para maior clareza na interpretação dos dados.

O grupo dos acidentes de transportes nos Bairros apresentou percentuais significativos de óbitos nas faixas etárias de 20 a 39 anos (39,9%) e de 70 a 79 anos (15,6%). Nos residentes nas Favelas, com percentuais menores, a mortalidade por acidentes de transportes é distribuída de forma mais uniforme numa média de 12,0% no grupo etário de 5 a 69 anos.

Os homicídios apresentam uma diferença marcante no perfil etário entre os dois ambientes. Nos Bairros, podemos observar maiores proporção de óbitos nas faixas etárias de 20 a 39 anos, com forte participação das faixas de 40 a 59 anos. Nas Favelas observa-se a predominância da faixa etária de 20 a 29 anos, e a forte participação das faixas de 10 a 19 anos e de 30 a 39. Nota-se, portanto, um perfil composto por óbitos ocorridos em pessoas mais jovens nas Favelas.

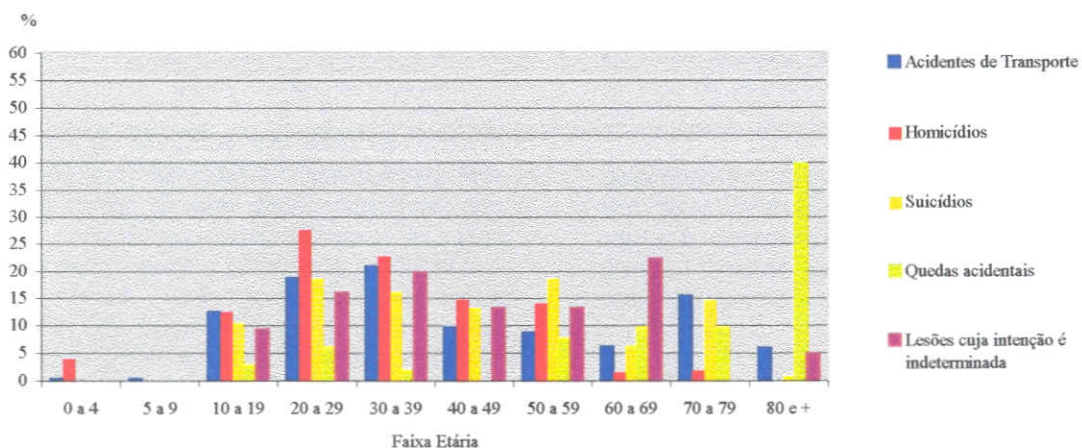
Os suicídios demonstram um percentual

FIGURA 17: TAXA DE MORTALIDADE PROPORCIONAL MÉDIA, SEGUNDO GRUPOS DE CAUSAS EXTERNAS E FAIXA ETÁRIA, NO DISACS, NOS BAIRROS E FAVELAS, 1992 A 1996.



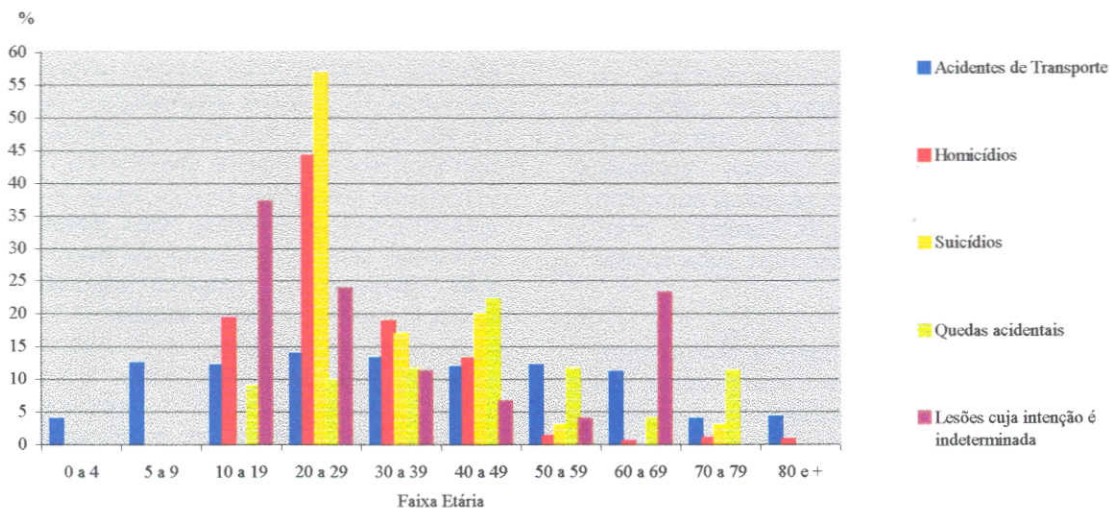
Fonte: DISACS-BH  
CEI/FIP/MG

FIGURA 18: MORTALIDADE PROPORCIONAL MÉDIA, SEGUNDO OS PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS EXTERNAS E FAIXA ETÁRIA, NOS BAIRROS DO DISACS, 1992 A 1996.



Fonte: DISACS-BH  
CEI/FJP/MG

FIGURA 19: MORTALIDADE PROPORCIONAL MÉDIA, SEGUNDO OS PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS EXTERNAS E FAIXA ETÁRIA, NAS FAVELAS DO DISACS, 1992 A 1996.



Fonte: DISACS-BH  
CEI/FJP/MG

## 5 CONCLUSÕES

No período estudado, os resultados permitiram concluir que há desigualdades nos níveis de saúde e na mortalidade por causas externas entre os moradores dos Bairros e das Favelas da área de abrangência do DISACS.

As Curvas da Mortalidade Proporcional mostraram diferenças dos níveis de saúde de cada região. Para os Bairros apresentaram a forma típica do nível IV, expressão de um nível elevado de saúde, e para as Favelas, um nível de saúde baixo (tipo II).

Verificou-se que nos Bairros os óbitos por causas externas representam, em média, 6,8% da mortalidade geral e, nas Favelas, 16,2%. Isso significa a ocorrência de um óbito por causas externas para cada 14,7 óbitos nos Bairros e 6,2 na Favelas. A probabilidade de morrer por causas externas é maior nos residentes das Favelas, correspondendo, em média 2,8 vezes mais do que nos Bairros. As taxas de mortalidade mantiveram-se estáveis no período de 1992 a 1996.

Em relação aos grupos de causas, observou-se nos Bairros que, entre os principais responsáveis pela mortalidade, encontram-se em ordem decrescente: os acidentes de transportes, os suicídios, os homicídios, as quedas acidentais e as lesões cuja intenção é indeterminada. Nas Favelas, os homicídios apresentam-se como principal responsável pela mortalidade, seguidos, em ordem decrescente pelos acidentes de transporte, pelas lesões cuja intenção é indeterminada, pelas quedas acidentais e pelos suicídios.

Os dados demonstram que morrem mais homens do que mulheres tanto nos Bairros como nas Favelas. A razão de masculinidade demonstra uma tendência do crescimento dessa diferença.

De um modo geral, as faixas etárias mais atingidas situam-se entre os 20 a 39 anos e 70 a 79 anos nos Bairros e entre os 20 a 29 e 10 a 19 anos,

nas Favelas. Os resultados mostram que os jovens e adultos em idade produtiva, independente do local de residência, são os mais vulneráveis. No entanto, nos Bairros os dados demonstram um deslocamento para as faixas etárias referente aos adultos e nas Favelas para os jovens, adolescentes e até mesmo pré adolescência.

O risco de óbito por acidentes de transportes mostrou-se maior nos residentes nos Bairros do que nas Favelas. Uma situação que se relaciona com as características dos Bairros, como: localização geográfica, maior concentração populacional, urbanização, melhor poder aquisitivo e maior circulação de veículos a motores e pedestres. Os homicídios, nas Favelas, reproduzem a precariedade das condições de vida de uma população de menor poder aquisitivo, baixa qualificação profissional e sem perspectivas de emprego, baixo nível de escolaridade, sem acesso aos bens de serviços para sua manutenção e sobrevivência e, de uma certa forma, excluídos pelos órgãos governamentais e decisões políticas. Estes dois principais componentes poderão nortear programas de prevenção e definir prioridades, criando e redistribuindo os serviços de acordo com as demandas.

Este estudo identificou diferentes riscos em espaços sociais distintos, gerando reflexões sobre algumas medidas que possam minimizar os problemas. Os achados demonstram a prioridade da prevenção dos acidentes de transportes nos Bairros e dos homicídios nas Favelas. Medidas preventivas nas faixas etárias jovens e no sexo masculino são necessidades reais. Estratégias de prevenção para os acidentes de transporte são mais viáveis do que para os homicídios, por envolver ações mais direcionadas, como a legislação do trânsito e engenharia. A implementação do novo Código Nacional de Trânsito, instituído a partir de Janeiro de 1999, pode ser um instrumento para modificar os problemas advindos desse grupo de causa. Os homicídios e os suicídios demandam ações direcionadas às transformações individuais e sociais, necessitando, portanto, de medidas

globais que transcendem as ações educativas e de saúde coletiva.

Espera-se que este trabalho contribua para subsidiar programas de prevenção dos principais grupos de causas externas, que se fazem necessários a fim de minimizar os problemas decorrentes das mortes violentas. As medidas, embora onerosas, não são tão significativas se se considera o custo da perda do cidadão em idade produtiva, a ausência ao trabalho motivada pelo acidente, os gastos relativos aos serviços hospitalares, emergências, recuperação e reabilitação. Esses serão, provavelmente, mais dispendiosos para a comunidade, o que justifica implementar as ações mencionadas anteriormente, a continuidade e aprimoramento no desenvolvimento de estudos, dado a sua magnitude para a qualidade de vida dos cidadãos.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUDELO, S.F. **Violência y/o salud: elementos preliminares para pensarlas e atuar.** [s.l.]: PAHO/OMS, 1989. (mimeogr) apud MINAYO, M.C.S., SOUZA, E.R. O impacto da violência social na saúde pública do Brasil. In: MINAYO, M.C.S. **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80.** São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1995. p.87-116.
- AGUDELO, S.F. Violence and health in Colombia. **Rev. Panam. Salud Pública**, v.2, n.3, 1997. p.170-179, (a).
- AGUDELO, S.F. Violência, cidadania e saúde pública. In: BARATA, R. B. et al. **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia.** Rio de Janeiro: Fio Cruz/Abrasco, 1997. p. 39-62; (b).
- AGUDELO, S.F. La violencia: un problema de salud publica que se agrava en la region. **Bol. Epidemiol OPS**, v.11, p.1-07, 1990 (Suplemento 1).
- ALMEIDA, F. N., ROUQUAYROL, M.Z. **Introdução à epidemiologia moderna.** 2.ed. Belo Horizonte: Coopemed, 1992. 186p. Indicadores epidemiológicos II mortalidade, p.73-74
- BARRETO, M.L., CARMO, E.H. Mudanças em padrões de mortalidade: conceitos e métodos. In: MONTEIRO, C.A. **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças.** São Paulo: Nupens/USP, 1995. p.7-30.
- BARRETO, M.L. et al. Mudanças nos padrões de morbi-mortalidade: uma revisão crítica das abordagens Epidemiológicas. **Physis-Rev. Saúde Coletiva**, v.3, n.1. p.127-146, 1993.
- BARROS, M.B.A. Epidemiologia e superação das iniquidades em saúde. In: BARATA, R. B. et al. **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia.** Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1997 p.161-176.
- BEHN, et al. Resultados provisórios de un estudio de mortalidad (métodos hijis propios) en Costa Rica. [s.l.]: Centro Latino Americano de Demografia, 1978 apud SAWYER, D. O. Mortalidade. In: SANTOS, J.L. F. et al **Dinâmica de população: teoria, métodos e técnicas de análise.** São Paulo: T.A. Queiroz, 1980. p.209-220.
- BERQUÓ, E. et al. **Fecundidade, saúde reprodutiva e pobreza na América Latina.** o caso brasileiro. São Paulo: Cebrap, Nepo/Unicamp, 1995. Causas externas de morte, p.112-120.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatísticas de mortalidade- Brasil.** Brasília :Ministério da Saúde, 1988. apud CAMARGO, A.B.M. et al. Evolução da mortalidade por acidentes e violência em áreas metropolitanas. In: MONTEIRO, C. A. **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças.** São Paulo: Hucitec-Nupens, 1995. p.256-267.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de informação sobre mortalidade (SIM), 1996. In: IBGE. **Síntese de indicadores sociais 1998**. Rio de Janeiro: IBGE, 1999. p.44-45.
- CAMARGO, A.B.M. et al. Evolução da mortalidade por acidentes e violência em áreas metropolitanas. In: MONTEIRO, C. A. **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças**. São Paulo: Hucitec/USP, 1995. p.256-267.
- CARVALHO, M.S.. **Análise das condições de vida e morte em populações urbanas**. Rio de Janeiro: ENSP, 1993. Mortalidade por causas externas, p.69-74.
- CORTELETI, M. A. Estudo revela explosão da criminalidade em Minas Gerais. **Bol. Inform. UFMG**, v.25, n.1205, p.5, 1998.
- COSTA, M. A., FORTES, N. M., MARQUES, Z. F. A. Gestão e modelo assistencial – elementos para transformação: o caso barreiro. In: CAMPOS, C. R. et al (Org). **Sistema único de saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. Belo Horizonte: Xamã, 1998. p.143-159.
- DADOUN, R. **Violência- ensaio acerca do "homo violens"**. Rio de Janeiro: DIFEL, 1998. p.12-34.
- DUCHIADE, M.P. População brasileira: um retrato em movimento. In: MINAYO, M.C.S. **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995. p.14-36.
- EDELMAN, P., SATCHER, D. Violence prevention as a public health priority. **Health Affairs**, v.12, n.4, p.123-125, 1993 apud SOUZA, E.R. Mortalidade por homicídios na década de 80: Brasília e capitais das regiões metropolitanas. In: BARRETO, M.L. (Org)., **Epidemiologia nos serviços em saúde**. Rio de Janeiro: Fio Cruz/Abrasco, 1998. p.187-205.
- ENZENSBERGER, H. M. Todos somos la guerra civil. **Nexos**, p.33-39, 1993 apud AGUDELO, S. F. Violência, cidadania e saúde pública. In: BARATA, R. B. et al. **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Fio Cruz/ Abrasco, 1997. p.39-62.
- FERREIRA, H. C. R. Saúde. In: IBGE. **Síntese dos indicadores sociais 1998**. Rio de Janeiro: IBGE, 1999. p.27-56.
- FRANCO, A.S., 1990. La violencia: un problema de salud pública que se agrava en la region. **Bol. Epidemiol. OPS**, 11:01-07. apud YUNES, J., RAJS, D. Tendência de la mortalidad por causas violentas en la población general y entre los adolescentes y jóvenes de la region de las Américas. In: O impacto da violência social sobre a saúde. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10(supl.1): 88-125, 1994.
- FRENK, J., LOZANO,R., BOBADILLA, J. L. La transicion epidemiologica en America Latina. **Notas de Poblacion**. v.60, p.79-101, 1994.
- FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Perfil de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Centro de Estatísticas e informação, 1997. Mortalidade, p.149-156
- GRAITCER, P.L. Injury surveillance. In: HALPERIN, W.E.; BAKER, E.L. **Public health surveillance**. New York: Van Nostrand Reinhold, 1992. p.142-156.
- HINMAN, A.R., ROSENBERG, M.L. Ancient and modern plagues. **Clin. Neurosurg.**, p.193-202, 1989. apud LADEIRA, R.M. **Morbimortalidade por acidentes de trânsito em cinco hospitais de Belo Horizonte e Contagem, 1994/1995**. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Medicina, 1995. 123p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)
- IBGE, MINAS GERAIS. **Censo demográfico**. n.18, p.10-11, 1991.
- ISHITANI, L.H. et al. **Mortalidade em Bairros e Favelas do Distrito Sanitário Centro-Sul -**

- Belo Horizonte.** Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 1992. 20 p.
- JURGENSEN, G. Nadie se revela. **Salud Mundial**. v.46. p.09, 1993. apud MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, v.10, p.07-18, 1994. (Suplemento 1).
- LADEIRA, R.M. **Morbi-mortalidade por acidentes de trânsito em cinco hospitais de Belo Horizonte e Contagem, 1994/1995.** Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Medicina, 1995. 123p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública).
- LAURENTI, R. Acidentes e violência / lesões e envenenamentos e a 10ª Revisão de Classificação Internacional de Doenças. **Rev. Saúde Pública**, v.31, p. 55-88, 1997. (Suplemento 4).
- LAURENTI, R., MELLO JORGE, M.H.P. **O atestado de óbito.** 3.ed. São Paulo: Centro de Organização Mundial de Saúde para a Classificação de Doenças, 1996. 87p. (Série divulgação nº1).
- LESSA, F. et al. Mortalidade por causas externas no Recife em 1995. **Desigualdades por espaço urbano.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- LEVIN, J. **Estatísticas aplicada a ciências humanas.** São Paulo: Harbra, 1987. 392p.
- MACHADO, J.M.H., GOMEZ, C.M. Acidente de trabalho: uma expressão da violência social. **Cad. Saúde Pública**, v.10, p.74-87, 1994 (a). (suplento1).
- MACHADO, J. M. H., MINAYO, C. M. **Acidentes de trabalho: uma expressão da violência social.** Rio de Janeiro: Cesteh/Ensp/Fiocruz, 1994 (Mimeo.) apud MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, v.10, p.07-18, 1994 (b). (Suplemento1).
- MALETTA, C. H. M. **Bioestatísticas-saúde pública.** 2.ed. Belo Horizonte: Coopmed, 1992. 300p.
- MALETTA, C.H.M. **Transição epidemiológica em Belo Horizonte ,no período de 1890 a 1991.** Ribeirão Preto: USP/FMRP, 1997. 314p. (Tese. Doutorado em Medicina Preventiva).
- MARQUES, M. B. Brasil: in search of a poison information national system. Rio de Janeiro: Nect/ Fiocruz, 1993. (Mimeogr.), apud MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, v.10, p.07-18, 1994. (Suplemento1).
- MAUSNER, J.S., KRAMER, S. **Introdução à epidemiologia.** Lisboa: Fundação Caloristé Gullenkian, 1990. Tópicos estatísticos selecionados, p.485-487.
- MCALLISTER, B. To be young, male and blach. **Washington Post.** 28 Dez, 1989,p.1 apud AGUDELO, S. F. Violência, cidadania saúde pública. In: BARATA, R. B. et al. **Equidade e saúde: contribuições de epidemiologia.** Rio de Janeiro: Fio Cruz/ Abrasco, 1997. 260p.
- MCCARROL, J.R., HADDON, W.J. Un estudio controlado sobre accidentes mortales de automovil en la ciudad de Nueva York. In: CAROL, B. et al. **El desafio de la epidemiologia: problemas y lecturas seleccionadas.** Washington: Organizacion Panamericana de la Salud, 1998. p. 598-610.
- MCKEOWN, T. **The role of medicine: dream, mirage or nemesis?** Oxford: Basi Blakwell, 1979. apud BARRETO, M.L., CARMO, E.H. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. p.17-30. In: MONTEIRO, C.A. **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do pais e de suas doenças.** São Paulo. Hucitec/Nupens/USP., 1995. 359p.

- MELLO JORGE, M.H.P. **Mortalidade por causas violentas no município de São Paulo.** São Paulo: USP, 1979. 283p. Tese (Doutorado em Saúde Pública).
- MELLO JORGE, M.H.P. Mortalidade por causas violentas no município de São Paulo, Brasil. IV: a situação em 1980. **Rev. Saúde Pública**, v.16, n.1, p.19-41, 1982.
- MELLO JORGE, M.H.P. Situação atual das estatísticas oficiais relativas à mortalidade por causas externas. **Rev. Saúde Pública**, v.24 n.3, p.217-223, 1990.
- MENDONÇA, E.F., GOULART, E.M.A., MACHADO, J.A.D. Confiabilidade de declaração de causa básica de mortes infantis em região metropolitana do sudeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.28, n.5, p.385-391, 1991.
- MINAYO, M.C.S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. de Saúde Pública**, v.10, p. 7-18, 1994. (Suplemento1).
- MINAYO, M. C. S. **Levantamento sobre o extermínio de crianças e adolescentes no Brasil:** Rio de Janeiro, jul 1991. apud AGUDELO, S. F. Violência, cidadania e saúde pública. In: BARATA, R. B. et al. **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia.** Rio de Janeiro: Fio Cruz/ Abrasco, 1997. p.39-62
- MOHAN, D. Riesgos evitables en la agricultura. **Salud Mundial**, v.46. p.18-19, 1993. apud MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, v.10, p.07-18, 1994. (suplemento1).
- MONTEIRO, M.F.G. Transição demográfica e seus efeitos sobre a saúde da população. In: BARATA, R.B. (Org). **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia.** Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1997. p.189-204.
- MOURA, F.L. **Preventable excess deaths in Minas Gerias, Brasil, from 1979 to 1986:** public health nursing intervention priorities. Chapel Hill: University of Nortter Carolina, 1995. 96p. p.6-58. (Dissertação, Mestrado).
- NAVARRO, V. Race or class or race and class: growing mortality differentials in the United States. **Int. J. Health Serv.**, v.21, p.229-235, 1991. (Suplement.2) apud AGUDELO, S. F. Violência, cidadania saúde pública. In: BARATA, R. B. et al. **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia.** Rio de Janeiro: Fio Cruz/ Abrasco, 1997. 260p.
- NETO,J.A.C. **Aspectos epidemiológicos dos acidentes de trânsito em Brasília, Distrito Federal, no período de 1980-1994.** Salvador: UFBA,1996. (Dissertação, Mestrado em Saúde Comunitária).
- NJAINÉ, K. et al. A produção da (des) informação sobre a violência: análise de uma prática discriminatória. **Cad. de Saúde Pública**, v.13, n.3, p.405-414, 1997.
- NORMAN, L.G. **Los accidentes del trafico: epidemiologia y prevencion.** Ginebra: Organizacion Mundial de la Salud, 1963. Características epidemiológicas, p.18-51.
- NUNES, E., BARROS, M.B. **A mortalidade e classe social: um estudo no município de Campinas.** Campinas: Finep, 1991 (Relatório Final) (Mimeogr) apud BARROS, M.B.A. Epidemiologia e superação das iniquidades em saúde. In: BARATA, R.B. (Org). **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia.** Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1997. p.161-176.
- OMRAN, A.R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. [s.l.]: **Milbank Mem. Fund. Q.** v.49, n.4, p.509-583, 1971.
- OLIVEIRA, C. **Dicionário cartográfico.** 4.ed. Rio de Janeiro: IBGE, 1993. 646p.
- OLIVEIRA, L. A. P. Aspectos demográficos. In: IBGE. **Síntese de indicadores sociais 1998.** Rio de Janeiro: IBGE, 1999. p.09-26.



- OLSHANSKY, AULT. The fourth stage the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases. **Milkbank Mem. Fund. Q.**, v.64, n.3, p.355-391, 1986. apud BARRETO, M. L. et al. Mudanças no padrões de morbi-mortalidade: uma revisão crítica das abordagens epidemiológicas. **Rev. Saúde Coletiva**, v.3, n.1, p.127-146, 1993.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação internacional de doenças: manual de lesões e causas de óbito**, 9.Rev., São Paulo: Centro Brasileiro para Classificação de Doenças em Português, 1975. 815p.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**, 10.Rev. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 1993. 1247p.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE 1961. Dia mundial da saúde-07 de abril 1961: os acidentes e sua prevenção. Washington: OMS, 1961. apud MELLO JORGE, M.H. P., LATORRE, M. R. D. O. Acidentes de trânsito no Brasil: dados e tendências. **Cad. Saúde pública**, v.1, p.19-44, 1994. (Suplemento1)
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Mortalidad por accidentes y violencia en las Americas. **Bol. Epidemiol.**, v.15, n.2, p.1-8, 1994.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Resolução XIX: violência e saúde**. Washington: Opas, 1993. (Mimeogr) apud MINAYO, M.C.S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, v.10 p.07-18, 1994. (Suplemento1).
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE LA SALUD. **La violencia en las Américas: la pandemia social del siglo XX**. [s.l]: 1997. 32p.
- PATARRA, N.I. Mudanças na dinâmica demográfica. In: MONTEIRO, C.A. **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças**. São Paulo: Hucitec, 1995. p.61-78.
- PEREIRA, M.G., CASTRO, E.S. Avaliação do preenchimento de declarações de óbitos. Brasília, Distrito Federal (Brasil), 1977-1978. **Rev. Saúde Pública**, v.15, n.1, p.14-19, 1981.
- PROAIM. Programa de aprimoramento das informações de mortalidade no município de São Paulo. **Bol. São Paulo** apud CAMARGO, A.B.M. et al. Evolução da mortalidade por acidentes e violência em áreas metropolitanas In: MONTEIRO, C.A. **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças**. São Paulo: Hucitec/Nupens/USP, 1995. p.256-267.
- REICHENHEIM, M.E., WERNECK, G.L. Adoecer e morrer no Brasil dos anos 80: perspectivas de novas abordagens. In: GUIMARÃES, R., TAVARES, R.A.W. **Saúde e sociedade no Brasil - anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994., p.113-130 (a).
- REICHENHEIM, M.E., WERNECK, G.L. Anos potenciais de vida perdidos no Rio de Janeiro, 1990. As mortes violentas em questão. In: A violência social sob as perspectivas de saúde pública. **Cad. Saúde Pública**.v.10, p. 188-198, 1994 (b). (Suplemento1).
- RODRIGUES, E.F. **Intoxicações por medicamentos atendidas em um hospital referência da região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais-1992-1996**. Belo Horizonte: Faculdade de Farmácia/UFMG, 1998. 35p. (Monografia apresentada ao curso de especialização em Saúde Pública).
- SAPORI, L. F.; BATITUCCI, E. C. **Análise descritiva da incidência de homicídios na região metropolitana de Belo Horizonte (1980-1995)**. [s.l.]: Sistema Estadual de Planejamento, [199\_]

- SAWYER, D.O. Mortalidade. In: SANTOS, J.L.F. et al. **Dinâmica da população: Teoria, métodos e técnicas de análise**. São Paulo: T. A. Queiroz, 1980. p.209-220.
- SILVEIRA, J.M.R. **Atestado médico falso**. São Paulo: Centro de Organização Mundial de Saúde para Classificação de Doenças em Português. 1996. p.30-39. (Série divulgação n.9)
- SOUZA, E. R., Homicídios no Brasil: o grande vilão da saúde pública na década de 80. **Cad. Saúde Pública**, v.10, p.45-60, 1994 (b) (suplemento1).
- SOUZA, E.R., MINAYO, M.C.S. O impacto da violência social na saúde pública do Brasil: década de 80. In: MINAYO, M. C. S. **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995. p.87-116.
- SOUZA, E.R. Mortalidade por homicídios na década de 80: Brasil e capitais de regiões metropolitanas In: BARRETO et al (Org). **Epidemiologia, serviços e tecnologia em saúde**. Rio de Janeiro: Fio Cruz/Abrasco, 1998. p.187-205.
- TEIXEIRA, A.M.F., LUÍZ, M.A.V. Suicídio, lesões e envenenamentos em adolescentes: um estudo epidemiológico. **Rev. Latinoam. Enf.**, v.5, p.31-36, 1997. (Número especial.)
- VASCONCELOS; A.M.N. A qualidade das estatísticas de óbitos no Brasil. **Rev. Bras. Estudos Pop.**, Brasília, v.15, n.1, p.115-124, 1998.
- VERMELHO, L.L., MELLO JORGE, M.H.P. Mortalidade de jovens: análise do período de 1930-1991 ( a transição epidemiológica para a violência). **Rev. Saúde Pública**,v.30, n.4, p.319-331, 1996.
- YUNES, J., RAJS, D. Tendencia de la mortalidad por causas violentas en la población y entre los adolescentes y jóvenes de la región de las Américas. In: A violência sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, v.10, p.88- 125, 1994. (Suplemento1).
- YUNES,J. Mortalidade por causas violentas in la region de las américas. **Bol. Of. Sanit. Panam.**, v.114, n.4, p.302-316, 1993.

## APÊNDICE A

**Lista dos principais grupos de causas externas, notificados no DISAC, nos Bairros e nas Favelas no período de 1992 a 1996, segundo a "Lista Brasileira Para a Mortalidade, 9ª Revisão, 1975"**

### Classificação Suplementar de Causas Externas de Lesões e de Envenenamentos

	Causas Externas	Código
1	Acidentes de transportes	E 800 - 848
	1 a) Acidentes de trânsito de veículos a motor	E 810 - 819
	1 b) Acidentes de outros veículos de estrada	E 826 - 829
	1 c) Acidentes de transporte aéreo e espacial	E 840 - 845
2	Intoxicação acidentais por drogas, medicamentos e substâncias biológicas	E 850 - 855
	2 a) Intoxicação acidental por outras drogas de ação sobre o sistema nervoso central ou sobre o sistema nervoso autônomo	E 855
3	Reação anormal em paciente ou complicação tardia, causadas por procedimentos cirúrgicos e médicos, sem menção de acidente ao tempo do procedimento	E 878 - 879
	3 a) Reação anormal em paciente ou complicação tardia, causadas por intervenção cirúrgica e por outros atos cirúrgicos, sem menção de acidente ao tempo da intervenção	E 878
4	Quedas acidentais	E 880 - 888
	4 a) Queda de, ou fora de, edifícios ou outro tipo de construção	E 882
	4 b) Outras quedas de um nível a outro	E 884
	4 c) Fratura de causa não especificada	E 887
	4 d) Outras quedas, ou não especificadas	E 888
5	Acidentes causados pelo fogo e chamas	E 890 - E 899
	5 a) Acidente causado por fogo não especificado	E 899
6	Acidentes devidos a submersão, sufocação e corpos estranhos	E 910-915
	6 a) Afogamento e submersão acidentais	E 910
	6 b) Aspiração e ingestão de alimentos que provoquem obstrução do trato respiratório ou sufocação	E 911
	6 c) Sufocação mecânica acidental.	E 913
7	Outros acidentes	E 916 - 928
	7 a) Acidentes causados por arma de fogo	E 922
	7 b) Acidentes causado por material explosivo	E 923
	7 c) Acidentes causado pela corrente elétrica	E 925
	7 d) Outras causas, e as não especificadas, ambientais e naturais	E 928
8	Efeitos adversos de drogas, medicamentos e substâncias biológicas usadas com finalidade terapêutica	E 930 - 949
	8 a) Antibióticos	E 930
	8 b) Substâncias de ação primariamente hematológica	E 934
	8 c) Drogas que atua sobre o metabolismo da água, dos minerais e do ácido úrico	E 944
	8 d) Outras Drogas e Medicamentos e os não especificados	E 947
9	Suicídios e lesões auto infligidas	E 950 - 959
	9 a) Suicídio e envenenamento auto infligido por substâncias sólidas ou líquidas	E 950
	9 b) Suicídio e lesão auto infligido por instrumento cortante e penetrante	E 953
	9 c) Suicídio e lesão auto infligida por armas de fogo e explosivos	E 955
	9 d) Suicídio e lesão auto infligida por instrumentos cortantes e penetrantes	E 956
	9 e) Suicídio e lesão auto infligida por precipitação de um lugar elevado	E 957
	9 f) Suicídio e lesão auto infligida por outros procedimentos e pelos não especificados	E 958

## Causas Externas

Codigo

10	Homicídios e lesões provocadas intencionalmente por outras pessoas	
	10 a) Homicídio por estrangulamento e enforcamento	E 960 - 969
	10 b) Agressão com armas de fogo ou explosivos	E 963
	10 c) Agressão com instrumentos cortantes e penetrantes	E 965
	10 d) Agressão por outros procedimentos especificados e pelos não especificados	E 966 E 968
11	Lesões em que se ignora se foram acidental ou intencionalmente infligidas	
	11 a) Envenenamento por substâncias sólidas ou líquidas do qual se ignora se foi acidental ou intencionalmente infligido.	E 980 - 989
	11 b) Envenenamento por outros gases do qual se ignora se foi acidental ou intencionalmente infligido.	E 980
	11 c) Lesão por armas de fogo e explosivos, da qual se ignora se foi acidental ou intencionalmente infligida	E 982
	11 d) Lesão por instrumento cortante ou penetrante da qual se ignora se foi acidental ou intencionalmente infligida	E 985
	11 e) Lesão por outros meios e os não especificados, da qual se ignora se foi acidental ou intencionalmente infligida	E 986
	11 f) Efeitos tardios de lesão da qual se ignora se foi acidental ou intencionalmente infligida.	E 988 E 989

## APÊNDICE B

**Lista dos principais grupos de causas externas, notificados no DISACS, nos Bairros e nas Favelas no período de 1992 a 1996, segundo a "Lista Brasileira para a Mortalidade", 10ª Revisão, 1995**

### Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade

	Causas Externas	Código
1	<b>Acidentes de transporte</b>	V01 – V99
	1 a) Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	V01 – V09
	• Pedestre traumatizado em outros acidentes de transporte e em acidentes de transporte não especificados	V09
	1 b) Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	V20 – V29
	• Motociclista traumatizado em outros acidentes de transporte e em acidentes de transporte não especificados	V29
	1 c) Ocupante de um automóvel (carro) traumatizado em um acidente de transporte	V40 – V49
	• Ocupante de um automóvel (carro) traumatizado em outros acidentes de transporte e em acidentes de transporte não especificados	V49
	1 d) Ocupante de uma caminhonete traumatizado em um acidente de transporte	V50 – V59
	• Ocupante de uma caminhonete traumatizado em outros acidentes de transporte e em acidente de transporte não especificados	V59
	1 e) Outros acidentes de transportes terrestre	V80 – V89
	• Acidente com um veículo a motor ou não motorizado, tipo (s) de veículo (s) não especificado (s)	V89
	1 f) Outros acidentes de transporte e os não especificados	V98 – V99
	• Acidente de transporte não especificado	V99
	 <b>Outras Causas Externas de Traumatismos Acidentais</b>	 W00 – X59
2	<b>2.1 Quedas</b>	W00 – W19
	• Outras quedas de um nível a outro	W17
	• Outras quedas no mesmo nível	W18
	• Quedas sem especificação	W19
	<b>2.2 Exposição a forças mecânica inanimada</b>	W20 – W49
	• Impacto causado por objeto calçado, projetado ou em queda	W20
	<b>2.3 Afogamento e submersão acidental</b>	W65 – W74
	• Afogamento e submersão em piscina	W67
	• Afogamento e Submersão não especificados	W74
	<b>2.4 Outros riscos acidentais a respiração</b>	W75 – W84
	• Risco à respiração devido a desmoronamento, queda de terra e outras substâncias	W77
	• Inalação e ingestão de outros objetos causando obstrução do trato respiratório	W80
	<b>2.5 Exposição acidental a outros fatores e aos não especificados</b>	X58 – X59
	• Exposição a fatores não especificados	X59
	 <b>Lesões Auto provocadas Intencionalmente</b>	 X60 – X84
3	<b>3.1 Auto intoxicação por exposição, intencional, a pesticidas</b>	X68
	<b>3.2 Lesão auto provocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação</b>	X70
	<b>3.3 Lesão auto provocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e arma de fogo não especificada</b>	X74
	<b>3.4 Lesão auto provocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado</b>	X80
	<b>3.5 Lesão auto provocada intencionalmente por meios não especificados</b>	X84
		X85 – Y09

## Causas Externas

## Código

4	Agressões	X89
	4.1 Agressão por meio de outros produtos químicos e substâncias nocivas especificadas	X85
	4.2 Agressão por meio de disparo de uma arma de fogo ou de arma não especificada	X99
	4.3 Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante	Y00
	4.4 Agressão por meio de objeto contundente	Y04
	4.5 Agressão por meio de força corporal	Y08
	4.6 Agressão por outros meios especificados	Y09
	4.7 Agressão por meio não especificados	
5	Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	Y10 – Y34
	5.1 Envenenamento (intoxicação) por exposição a outros gases e vapores, intenção não determinada	Y17
	5.2 Envenenamento (intoxicação) por exposição a outros produtos químicos e substâncias nocivas aos não especificados, intenção não determinada	Y19
	5.3 Afogamento e Submersão, intenção não determinada	Y21
	5.4 Disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada, intenção não determinada	Y24
	Incidentes Adversos durante atos diagnósticos ou terapêuticos associados ao uso de dispositivos (aparelhos) médicos	Y70 – Y82
6	6.1 Dispositivos (aparelhos) cardiovasculares, associados a incidentes nervosos	Y71
	Reação anormal em pacientes ou complicações tardias causadas por procedimentos cirúrgica e por outros procedimentos médicos sem menção de acidente ao tempo do procedimento	Y83 – Y84
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reação anormal em pacientes ou complicações tardias causadas por intervenção cirúrgica e por outros atos cirúrgicos, sem menção de acidente durante a intervenção</li> <li>• Outras intervenções ou procedimentos cirúrgicos</li> </ul>	Y83 Y83.8

APÊNDICE C

Tabela 1c: POPULAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA E SEXO, FAVELAS, BAIROS E DISACS, 1991

Faixa Etária	FAVELAS			BAIROS			DISACS		
	Masculino	Feminino	Subtotal	Masculino	Feminino	Subtotal	Masculino	Feminino	Subtotal
	0 a 4	3192	3238	6430	5305	5262	10567	8497	8500
5 a 9	3212	3143	6355	6833	6623	13456	10045	9766	19811
10 a 19	6144	6078	12222	15075	17937	33012	21219	24015	45234
20 a 29	4644	4698	9342	15749	22129	37878	20393	26827	47220
30 a 39	3180	3575	6755	14009	19627	33636	17189	23202	40391
40 a 49	1773	2247	4020	11932	15199	27131	13705	17446	31151
50 a 59	1152	1499	2651	7988	10701	18689	9140	12200	21340
60 a 69	597	941	1538	5496	8382	13878	6093	9323	15416
70 a 79	212	392	604	2888	5246	8134	3100	5638	8738
80 e mais	57	140	197	1102	2562	3664	1159	2702	3861
<b>Total</b>	<b>24163</b>	<b>25951</b>	<b>50114</b>	<b>86377</b>	<b>113668</b>	<b>200045</b>	<b>110540</b>	<b>139619</b>	<b>250159</b>

Fonte: SMS/BH - Serviço de Epidemiologia

TABELA 2c: POPULAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA E SEXO, FAVELAS, BAIROS E DISACS, 1992.

Faixa Etária	FAVELAS			BAIROS			DISACS		
	Masculino	Feminino	DISACS	Masculino	Feminino	DISACS	Masculino	Feminino	DISACS
	0 a 4	3233	3252	6485	5082	4979	10061	8315	8231
5 a 9	3203	3162	6365	6531	6357	12888	9734	9519	19253
10 a 19	6236	6187	12423	15348	18013	33361	21584	24200	45784
20 a 29	4793	4807	9600	15671	21763	37434	20464	26570	47034
30 a 39	3284	3642	6926	13927	19343	33270	17211	22985	40196
40 a 49	1849	2308	4157	12132	15590	27722	13981	17898	31879
50 a 59	1159	1520	2679	8250	10912	19162	9409	12432	21841
60 a 69	613	950	1563	5617	8487	14104	6230	9437	15667
70 a 79	215	400	615	2956	5359	8315	3171	5759	8930
80 e mais	60	145	205	1145	2658	3803	1205	2803	4008
<b>Total</b>	<b>24645</b>	<b>26373</b>	<b>51018</b>	<b>86659</b>	<b>113461</b>	<b>200120</b>	<b>111304</b>	<b>139834</b>	<b>251138</b>

Fonte: SMS/BH - Serviço de Epidemiologia

TABELA 3c: POPULAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA E SEXO, FAVELAS, BAIROS E DISACS, 1993.

Faixa Etária	FAVELAS			BAIROS			DISACS		
	Masculino	Feminino	Subtotal	Masculino	Feminino	Subtotal	Masculino	Feminino	Subtotal
	0 a 4	3278	3267	6545	4849	4688	9537	8127	7955
5 a 9	3192	3182	6374	6217	6078	12295	9409	9260	18669
10 a 19	6337	6308	12645	15651	18097	33748	21988	24405	46393
20 a 29	4962	4930	9892	15586	21371	36957	20548	26301	46849
30 a 39	3402	3716	7118	13839	19037	32876	17241	22753	39994
40 a 49	1936	2376	4312	12354	16028	28382	14290	18404	32694
50 a 59	1166	1542	2708	8545	11146	19691	9711	12688	22399
60 a 69	632	959	1591	5752	8604	14356	6384	9563	15947
70 a 79	217	408	625	3031	5486	8517	3248	5894	9142
80 e mais	63	150	213	1194	2767	3961	1257	2917	4174
<b>Total</b>	<b>25185</b>	<b>26838</b>	<b>52023</b>	<b>87018</b>	<b>113302</b>	<b>200320</b>	<b>112203</b>	<b>140140</b>	<b>252343</b>

Fonte: SMS/BH - Serviço de Epidemiologia

TABELA 4c: POPULAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA E SEXO, FAVELAS, BAIROS E DISACS, 1994.

Faixa Etária	FAVELAS			BAIROS			DISACS		
	Masculino	Feminino	Subtotal	Masculino	Feminino	Subtotal	Masculino	Feminino	Subtotal
	0 a 4	3323	3282	6605	4626	4414	9040	7949	7696
5 a 9	3182	3203	6385	5918	5812	11730	9100	9015	18115
10 a 19	6440	6431	12871	15961	18181	34142	22401	24612	47013
20 a 29	5136	5055	10191	15501	20986	36487	20637	26041	46678
30 a 39	3523	3791	7314	13750	18736	32486	17273	22527	39800
40 a 49	2028	2447	4475	12580	16478	29058	14608	18925	33533
50 a 59	1174	1566	2740	8850	11385	20235	10024	12951	22975
60 a 69	651	969	1620	5891	8722	14613	6542	9691	16233
70 a 79	220	417	637	3109	5616	8725	3329	6033	9362
80 e mais	67	155	222	1245	2880	4125	1312	3035	4347
<b>Total</b>	<b>25744</b>	<b>27316</b>	<b>53060</b>	<b>87431</b>	<b>113210</b>	<b>200641</b>	<b>113175</b>	<b>140526</b>	<b>253701</b>

Fonte: SMS/BH - Serviço de Epidemiologia



TABELA 5c: POPULAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA E SEXO, FAVELAS, BAIRROS E DISACS, 1995.

Faixa Etária	FAVELA			BAIRRO			TOTAL		
	Masculino	Feminino	Subtotal	Masculino	Feminino	Subtotal	Masculino	Feminino	Subtotal
	0 a 4	3369	3298	6667	4414	4156	8570	7783	7454
5 a 9	3172	3224	6396	5634	5557	11191	8806	8781	17587
10 a 19	6545	6557	13102	16276	18265	34541	22821	24822	47643
20 a 29	5316	5183	10499	15418	20607	36025	20734	25790	46524
30 a 39	3649	3868	7517	13663	18440	32103	17312	22308	39620
40 a 49	2123	2519	4642	12811	16940	29751	14934	19459	34393
50 a 59	1181	1589	2770	9167	11630	20797	10348	13219	23567
60 a 69	670	979	1649	6033	8842	14875	6703	9821	16524
70 a 79	223	426	649	3188	5748	8936	3411	6174	9585
80 e mais	71	160	231	1298	2997	4295	1369	3157	4526
<b>Total</b>	<b>26319</b>	<b>27803</b>	<b>54122</b>	<b>87902</b>	<b>113182</b>	<b>201084</b>	<b>114221</b>	<b>140985</b>	<b>255206</b>

Fonte: SMS/BH - Serviço de Epidemiologia

TABELA 6c: POPULAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA E SEXO, FAVELAS, BAIRROS E DISACS, 1996.

Faixa Etária	FAVELAS			BAIRROS			DISACS		
	Masculino	Feminino	Subtotal	Masculino	Feminino	Subtotal	Masculino	Feminino	Subtotal
	0 a 4	3416	3313	6729	4212	3913	8125	7628	7226
5 a 9	3162	3245	6407	5363	5314	10677	8525	8559	17084
10 a 19	6651	6685	13336	16598	18350	34948	23249	25035	48284
20 a 29	5503	5315	10818	15334	20236	35570	20837	25551	46388
30 a 39	3780	3947	7727	13576	18149	31725	17356	22096	39452
40 a 49	2223	2594	4817	13045	17416	30461	15268	20010	35278
50 a 59	1189	1613	2802	9495	11880	21375	10684	13493	24177
60 a 69	690	989	1679	6178	8963	15141	6868	9952	16820
70 a 79	226	435	661	3270	5884	9154	3496	6319	9815
80 e mais	75	166	241	1354	3120	4474	1429	3286	4715
<b>Total</b>	<b>26915</b>	<b>28302</b>	<b>55217</b>	<b>88425</b>	<b>113225</b>	<b>201650</b>	<b>115340</b>	<b>141527</b>	<b>256867</b>

Fonte: SMS/BH - Serviço de Epidemiologia

TABELA 7c: TAXA DE MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS, POR FAIXA ETÁRIA, DISCRIMINADAS PARA BAIROS E FAVELAS, 1992.

	IDADE	POPULAÇÃO		TAXA MORT.	Nº DE MORTES	TAXA BRUTA
		Nº	%			
Pop. A	0 - 9 anos	22 949	11,5	8,7	2	45,0
Bairros	10 - 29 anos	70 795	35,4	25,4	18	
	30 - 59 anos	80 154	40,1	49,9	40	
	> 60 anos	26 222	13,1	114,4	30	
	TODAS	200 120	100,0	44,9	90	
Pop. B	0 - 9 anos	12 850	25,2	15,5	2	109,8
Favelas	10 - 29 anos	22 023	43,2	149,8	33	
	30 - 59 anos	13 762	27,0	138,1	19	
	> 60 anos	2 383	4,7	83,9	2	
	TODAS	51 018	100,0	109,8	56	

AJUSTAMENTO DAS TAXAS PELO MÉTODO DIRETO<sup>1</sup>. CÁLCULO DO NÚMERO DE MORTES ESPERADAS PARA O ANO DE 1992.

IDADE	POPULAÇÃO A + B	POP. A Tx mort. Espec.	MORTES ESPERADAS	POP. B Tx mort. Espec.	MORTES ESPERADAS
0 - 9 anos	35 799	8,7	3,1	15,5	5,6
10 - 29 anos	92 818	25,4	23,6	149,8	139,0
30 - 59 anos	93 916	49,9	46,9	138,1	129,7
> 60 anos	28 605	114,4	32,7	83,9	24,0
TODAS	251 138		106,3		298,3

(1) Segundo MAUSNER & BAHN (1992)

A taxa corrigida para a população A é:  $(106,3 : 251.138) \times 100.000 = 42,3$

A taxa corrigida para a população B é:  $(298,3 : 251.138) \times 100.000 = 118,8$

Essas taxas indicam que, se Bairros e Favelas tiverem distribuição etária semelhantes, a mortalidade no Bairro seria inferior à observada (42,3) e, na Favela, superior (118,8). Pode-se dizer que nos Bairros a taxa seria 35,6% da taxa nas Favelas

TABELA 8c: TAXA DE MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS, POR FAIXAS ETÁRIAS, DISCRIMINADAS PARA BAIRROS E FAVELAS, 1993.

	IDADE	POPULAÇÃO		TAXA MORT.	Nº DE MORTES	TAXA BRUTA
		Nº	%			
Pop. A Bairros	0 - 9 anos	21.832	10,9	13,7	3	44,9
	10 - 29 anos	70.705	35,3	22,6	16	
	30 - 59 anos	80.949	40,4	43,2	35	
	> 60 anos	26.834	13,4	134,2	36	
	TODAS	200.320	100,0	44,9	90	
Pop. B Favelas	0 - 9 anos	12.919	24,8	15,5	2	105,7
	10 - 29 anos	22.537	43,3	128,7	29	
	30 - 59 anos	14.138	27,2	141,5	20	
	> 60 anos	2.429	4,7	164,7	4	
	TODAS	52.023	100,0	105,7	55	

AJUSTAMENTO DAS TAXAS PELO MÉTODO DIRETO<sup>1</sup> CÁLCULO DO NÚMERO DE MORTES ESPERADAS PARA O ANO DE 1993

IDADE	POPULAÇÃO A + B	POP. A	MORTES	POP. B	MORTES
		Tx mort. Espec.	ESPERADAS	Tx mort. Espec.	ESPERADAS
0 - 9 anos	34.751	13,7	4,8	15,5	5,4
10 - 29 anos	93.242	22,6	21,1	128,7	120,0
30 - 59 anos	95.087	43,2	41,1	141,5	134,5
> 60 anos	29.263	134,2	39,3	164,7	48,2
TODAS	252.343		106,3		308,1

(1) Segundo MAUSNER & BAHN (1992)

A taxa corrigida para a população A é:  $(106,3 : 252.343) \times 100.000 = 42,1$

A taxa corrigida para a população B é:  $(308,1 : 252.343) \times 100.000 = 122,1$

Essas taxas indicam que, se Bairros e Favelas tiverem distribuição etária semelhantes, a mortalidade no Bairro seria inferior à observada (42,1) e, na Favela, superior (122,1). Pode-se dizer que nos Bairros a taxa seria 34,5% da taxa nas Favelas.

TABELA 9C: TAXA DE MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS, POR FAIXAS ETÁRIAS, DISCRIMINADAS PARA BAIROS E FAVELAS, 1994.

	IDADE	POPULAÇÃO		TAXA MORT.	Nº DE MORTES	TAXA BRUTA
		Nº	%			
Pop. A	0 - 9 anos	20.770	10,4	13,7	1	
Bairros	10 - 29 anos	70.629	35,2	43,9	31	
	30 - 59 anos	81.779	40,8	33,0	27	
	> 60 anos	27.463	13,7	102,0	28	
	TODAS	200.641	100,0	43,4	87	43,4
Pop. B	0 - 9 anos	12.990	24,5	30,8	4	
Favelas	10 - 29 anos	23.062	43,5	112,7	26	
	30 - 59 anos	14.529	27,4	130,8	19	
	> 60 anos	2.479	4,7	201,7	5	
	TODAS	53.060	100,0	101,8	54	101,8

AJUSTAMENTO DAS TAXAS PELO MÉTODO DIRETO<sup>1</sup>. CÁLCULO DO NÚMERO DE MORTES ESPERADAS PARA O ANO DE 1994.

IDADE	POPULAÇÃO A + B	POP. A Tx mort. Espec.	MORTES ESPERADAS	POP. B Tx mort. Espec.	MORTES ESPERADAS
0 - 9 anos	33.760	13,7	4,6	30,8	10,4
10 - 29 anos	93.691	43,9	41,1	112,7	105,6
30 - 59 anos	96.308	33,0	31,8	130,8	125,9
> 60 anos	29.942	102,0	30,5	201,7	60,4
<b>TODAS</b>	<b>253.701</b>		<b>108,1</b>		<b>302,4</b>

(1) Segundo mausner & bahn (1992)

A taxa corrigida para a população A é:  $(108,1 : 253.701) \times 100.000 = 42,6$

A taxa corrigida para a população B é:  $(302,4 : 253.701) \times 100.000 = 119,2$

Essas taxas indicam que, se Bairros e Favelas tiverem distribuição etária semelhantes, a mortalidade no Bairro seria inferior à observada (42,6) e, na Favela, superior (119,2). Pode-se dizer que nos Bairros a taxa seria 35,7% da taxa nas Favelas.

TABELA 10c: TAXA DE MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS, POR FAIXAS ETÁRIAS, DISCRIMINADAS PARA BAIROS E FAVELAS, 1995.

	IDADE	POPULAÇÃO		TAXA MORT.	Nº DE MORTES	TAXA BRUTA
		Nº	%			
Pop. A	0 - 9 anos	19.761	9,8	15,2	3	
Bairros	10 - 29 anos	70.566	35,1	34,0	24	
	30 - 59 anos	82.651	41,1	46,0	38	
	> 60 anos	28.106	14,0	67,6	19	
	TODAS	201.084	100,0	41,8	84	41,8
Pop. B	0 - 9 anos	13.063	24,1	15,3	2	
Favelas	10 - 29 anos	23.601	43,6	127,1	30	
	30 - 59 anos	14.929	27,6	140,7	21	
	> 60 anos	2.529	4,7	276,8	7	
	TODAS	54.122	100,0	110,9	60	110,9

AJUSTAMENTO DAS TAXAS PELO MÉTODO DIRETO<sup>1</sup> CÁLCULO DO NÚMERO DE MORTES ESPERADAS PARA O ANO DE 1995

IDADE	POPULAÇÃO A + B	POP. A	MORTES	POP. B	MORTES
		Tx mort. Espec.	ESPERADAS	Tx mort. Espec.	ESPERADAS
0 - 9 anos	32.824	15,2	5,0	15,3	5,0
10 - 29 anos	94.167	34,0	32,0	127,1	119,7
30 - 59 anos	97.580	46,0	44,9	140,7	137,3
> 60 anos	30.635	67,6	20,7	276,8	84,8
TODAS	255.206		102,6		346,8

(1) Segundo MAUSNER & BAHN (1992)

A taxa corrigida para a população A é:  $(102,6 : 255.206) \times 100.000 = 40,2$

A taxa corrigida para a população B é:  $(346,8 : 255.206) \times 100.000 = 135,9$

Essas taxas indicam que, se Bairros e Favelas tiverem distribuição etária semelhantes, a mortalidade no Bairro seria inferior à observada (40,2) e, na Favela, superior (135,9). Pode-se dizer que nos Bairros a taxa seria 29,6% da taxa nas Favelas

TABELA 11C: TAXA DE MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS, POR FAIXAS ETÁRIAS, DISCRIMINADAS PARA BAIROS E FAVELAS, 1996.

	IDADE	POPULAÇÃO		TAXA MORT.	Nº DE MORTES	TAXA BRUTA
		Nº	%			
Pop. A	0 - 9 anos	18.802	9,3	10,6	2	
Bairros	10 - 29 anos	70.518	35,0	46,8	33	
	30 - 59 anos	83.561	41,4	46,7	39	
	> 60 anos	28.769	14,3	76,5	22	
	TODAS	201.650	100,0	47,6	96	47,6
Pop. B	0 - 9 anos	13.136	23,8	22,8	3	
Favelas	10 - 29 anos	24.154	43,7	136,6	33	
	30 - 59 anos	15.346	27,8	130,3	20	
	> 60 anos	2.581	4,7	77,5	2	
	TODAS	55.217	100,0	105,0	58	105,0

AJUSTAMENTO DAS TAXAS PELO MÉTODO DIRETO<sup>1</sup>. CÁLCULO DO NÚMERO DE MORTES ESPERADAS PARA O ANO DE 1996.

IDADE	POPULAÇÃO A + B	POP. A		POP. B	
		Tx mort. Espec.	MORTES ESPERADAS	Tx mort. Espec.	MORTES ESPERADAS
0 - 9 anos	31.938	10,6	3,4	22,8	7,3
10 - 29 anos	94.672	46,8	44,3	136,6	129,3
30 - 59 anos	98.907	46,7	46,2	130,3	128,9
> 60 anos	31.350	76,5	24,0	77,5	24,3
TODAS	256.867		117,8		289,8

(1) Segundo MAUSNER & BAHN (1992)

A taxa corrigida para a população A é:  $(117,8 : 256.867) \times 100.000 = 45,9$

A taxa corrigida para a população B é:  $(289,8 : 256.867) \times 100.000 = 112,8$

Essas taxas indicam que, se Bairros e Favelas tiverem distribuição etária semelhantes, a mortalidade no Bairro seria inferior à observada (45,9) e, na Favela, superior (112,8). Pode-se dizer que nos Bairros a taxa seria 40,7% da taxa nas Favelas.

TABELA 12c: TESTE DO QUI-QUADRADO

1992			
	BAIRROS	FAVELAS	TOTAL
Óbitos	90	56	146
População	200120	51018	251138

Odds Ratio = 2,44 (1,72&lt;OR&lt;3,45)

Relative Risk = 2,44 (1,75&lt;RR&lt;3,40)

X<sup>2</sup> com correção de Yates = 28,22. p < 0,01

1993			
	BAIRROS	FAVELAS	TOTAL
Óbitos	90	55	145
População	200320	52023	252343

Odds Ratio = 2,35 (1,66&lt;OR&lt;3,33)

Relative Risk = 2,35 (1,68&lt;RR&lt;3,29)

X<sup>2</sup> com correção de Yates = 25,49. p < 0,01

1994			
	BAIRROS	FAVELAS	TOTAL
Óbitos	87	54	141
População	200641	53060	253701

Odds Ratio = 1,50 (1,02&lt;OR&lt;2,19)

Relative Risk = 1,50 (1,04&lt;RR&lt;2,16)

X<sup>2</sup> com correção de Yates = 4,29. p < 0,01

1995			
	BAIRROS	FAVELAS	TOTAL
Óbitos	84	60	144
População	201084	54122	255206

Odds Ratio = 2,65 (1,88&lt;OR&lt;3,74)

Relative Risk = 2,65 (1,90&lt;RR&lt;3,69)

X<sup>2</sup> com correção de Yates = 34,82. p < 0,01

1996			
	BAIRROS	FAVELAA	TOTAL
Óbitos	96	58	154
População	201650	55217	256867

Odds Ratio = 2,21 (1,57&lt;OR&lt;3,09)

Relative Risk = 2,21 (1,59&lt;RR&lt;3,05)

X<sup>2</sup> com correção de Yates = 22,83. p < 0,01

TABELA 13c. MORTALIDADE PROPORCIONAL E TAXA DE MORTALIDADE<sup>1</sup>, SEGUNDO GRUPOS DE CAUSAS EXTERNAS EM RESIDENTES NO DISACS, 1992 - 1996.

Grupo de Causas Externas	1992 n(146)		1993 n(145)		1994 n(141)		1995 n(144)		1996 n(154)	
	%	Taxa	%	Taxa	%	Taxa	%	Taxa	%	Taxa
* Acidente de Transporte	32,9	19,1	33,8	19,4	32,6	18,1	27,1	15,3	33,8	20,2
* Homicídios	28,1	16,3	25,5	14,7	23,2	12,6	31,3	17,6	28,6	17,1
* Suicídios	9,6	5,6	8,3	4,8	8,0	4,3	18,1	10,2	11,0	6,6
* Lesões cuja intenção é indeterminada	10,3	6,0	6,9	4,0	8,7	4,7	3,5	2,0	3,2	1,9
* Quedas Acidentais	6,8	4,0	9,0	5,2	10,9	5,9	7,6	4,3	5,2	3,1
* Submersão, sufocação e corpos estranhos	6,8	4,0	6,2	3,6	3,6	2,0	2,8	1,6	16,9	10,1
* Outros por armas de fogo	2,7	1,6	6,2	3,6	12,3	6,7	6,3	3,5	-	-
* Reação anormal por atos cirúrgicos	2,1	1,2	2,8	1,6	-	-	-	-	0,6	0,4
* Acidentes por fogo e chamas	0,7	0,4	-	-	0,7	0,4	2,1	1,2	-	-
* Efeitos adversos de drogas terapêuticas	0,7	0,4	1,4	0,8	-	-	1,4	0,8	-	-
* Intoxicações acidentais por drogas	-	-	-	-	0,7	0,4	-	-	-	-
* Incidentes adversos por efeitos terapêuticos	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,4
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>58,5</b>	<b>100,0</b>	<b>57,5</b>	<b>100,0</b>	<b>55,2</b>	<b>100,0</b>	<b>56,4</b>	<b>100,0</b>	<b>60,0</b>

Fonte: DISACS - BH

CELFP/MG

(1) Por 100.000 habitantes



TABELA 14c: MORTALIDADE PROPORCIONAL E TAXA DE MORTALIDADE<sup>1</sup>, SEGUNDO GRUPOS DE CAUSAS EXTERNAS EM RESIDENTES NOS BAIRROS DO DISACS, 1992 - 1996

Grupo de Causas Externas	1992 n(90)		1993 n(90)		1994 n(87)		1995 n(84)		1996 n(96)	
	%	Taxa	%	Taxa	%	Taxa	%	Taxa	%	Taxa
* Acidente de Transporte	41,1	18,5	46,7	21,0	44,8	19,4	33,3	13,9	49	23,3
* Homicídios	11,1	5,0	13,3	6,0	10,3	4,5	11,9	5,0	8,3	4,0
* Suicídios	14,4	6,5	6,7	3,0	11,5	5,0	27,4	11,4	15,6	7,4
* Lesões cuja intenção é indeterminada	10	4,5	5,6	2,5	6,9	3,0	4,8	2,0	2,1	1,0
* Quedas Acidentais	11,1	5,0	7,8	3,5	11,5	5,0	8,3	3,5	4,2	2,0
* Submersão, sufocação e corpos estranhos	5,6	2,5	4,4	2,0	1,1	0,5	2,4	1,0	18,8	8,9
* Outros por armas de fogo	2,2	1,0	8,9	4,0	11,5	5,0	8,3	3,5	-	-
* Reação anormal por atos cirúrgicos	2,2	1,0	4,4	2,0	-	-	-	-	1,0	0,5
* Acidentes por fogo e chamas	1,1	0,5	-	-	1,1	0,5	1,2	0,5	-	-
* Efeitos adversos de drogas terapêuticas	1,1	0,5	2,2	1,0	-	-	2,4	1,0	-	-
* Intoxicações acidentais por drogas	-	-	-	-	1,1	0,5	-	-	-	-
* Incidentes adversos por efeitos terapêuticos	-	-	-	-	-	-	-	-	1,0	0,5
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>45,0</b>	<b>100,0</b>	<b>44,9</b>	<b>100,0</b>	<b>43,4</b>	<b>100,0</b>	<b>41,8</b>	<b>100,0</b>	<b>47,6</b>

Fonte: DISACS - BH

CEJFPMG

(1) Por 100.000 habitantes

TABELA 15c: MORTALIDADE PROPORCIONAL E TAXA DE MORTALIDADE<sup>1</sup>, SEGUNDO GRUPOS DE CAUSAS EXTERNAS EM RESIDENTES NAS FAVELAS DO DISACS, 1992 - 1996

Grupo de Causas Externas	1992 n(56)		1993 n(55)		1994 n(54)		1995 n(60)		1996 n(58)	
	%	Taxa	%	Taxa	%	Taxa	%	Taxa	%	Taxa
* Acidente de Transporte	19,6	21,6	12,7	13,5	14,8	15,1	18,3	20,3	8,6	9,1
* Homicídios	55,4	60,8	45,5	48,1	40,7	41,5	58,3	64,7	62,1	65,2
* Suicídios	1,8	2	10,9	11,5	1,9	1,9	5	5,5	3,4	3,6
* Lesões cuja intenção é indeterminada	10,7	11,8	9,1	9,6	11,1	11,3	1,7	1,8	5,2	5,4
* Quedas Acidentais	-	-	10,9	11,5	5,6	5,7	6,7	7,4	6,9	7,2
* Submersão, sufocação e corpos estranhos	8,9	9,8	9,1	9,6	7,4	7,5	3,3	3,7	13,8	14,5
* Outros por arma de fogo	3,6	3,9	1,8	1,9	1,3	1,3,2	3,3	3,7	-	-
* Reação anormal por atos cirúrgicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
* Acidentes causados pelo fogo e chama	-	-	-	-	-	-	3,3	3,7	-	-
* Efeitos adversos de drogas terapêuticas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
* Intoxicações acidentais por drogas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
* Incidentes adversos por efeitos terapêuticos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	100,0	88,2	100,0	92,27	100,0	81,04	100,0	90,54	100,0	95,98

Fonte: DISACS - BH

CEIF/PMG

(1) Por 100.000 habitantes

TABELA 16c: NÚMERO DE ÓBITOS DE RESIDENTES E TAXA DE MORTALIDADE<sup>1</sup> POR GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS, SEGUNDO O SEXO, NOS BAIRROS DO DISACS, 1992

GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS	MASCULINO			FEMININO		
	Nº	%	Taxa	Nº	%	Taxa
* Acidentes de Transporte	23	41,1	26,5	14	41,2	12,3
* Homicídios	9	16,1	10,4	1	2,9	0,9
* Suicídios	10	17,9	11,5	3	8,8	2,6
* Lesões cuja intenção é indeterminada	5	8,9	5,8	4	11,8	3,5
* Quedas Acidentais	4	7,1	4,6	6	17,6	5,3
* Submersão, sufocação e corpos estranhos	2	3,6	2,3	3	8,8	2,6
* Outros por armas de fogo	1	1,8	1,2	1	2,9	0,9
* Reação anormal por atos cirúrgicos	1	1,8	1,2	1	2,9	0,9
* Acidentes por fogo e chamas	-	-	-	1	2,9	0,9
* Efeitos adversos de drogas terapêuticas	1	1,8	1,2	-	-	-
* Intoxicações acidentais por drogas	-	-	-	-	-	-
* Incidentes adversos por efeitos terapêuticos	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>	<b>64,6</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>

(1) TAXA POR 100 000 HABITANTES

Fonte: DISACS - BH

CEI/FJP/MG

TABELA 17c: NÚMERO DE ÓBITOS DE RESIDENTES E TAXA DE MORTALIDADE<sup>1</sup> POR GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS, SEGUNDO O SEXO, NOS BAIRROS DO DISACS, 1993

GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS	MASCULINO			FEMININO		
	Nº	%	Taxa	Nº	%	Taxa
* Acidentes de Transporte	26	44,8	29,9	16	50	14,1
* Homicídios	10	17,2	11,5	2	6,3	1,8
* Suicídios	3	5,2	3,4	3	9,4	2,6
* Lesões cuja intenção é indeterminada	4	6,9	4,6	1	3,1	0,9
* Quedas Acidentais	3	5,2	3,4	4	12,5	3,5
* Submersão, sufocação e corpos estranhos	2	3,4	2,3	2	6,3	1,8
* Outros por armas de fogo	6	10,3	6,9	2	6,3	1,8
* Reação anormal por atos cirúrgicos	3	5,2	3,4	1	3,1	0,9
* Acidentes por fogo e chamas	-	-	-	-	-	-
* Efeitos adversos de drogas terapêuticas	1	1,7	1,1	1	3,1	0,9
* Intoxicações acidentais por drogas	-	-	-	-	-	-
* Incidentes adversos por efeitos terapêuticos	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>	<b>66,7</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>	<b>28,2</b>

(1) TAXA POR 100 000 HABITANTES

Fonte: DISACS - BH

CEI/FJP/MG

TABELA 18c: NÚMERO DE ÓBITOS DE RESIDENTES E TAXA DE MORTALIDADE<sup>1</sup> POR GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS, SEGUNDO O SEXO, NOS BAIRROS DO DISACS, 1994

GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS	MASCULINO			FEMININO		
	Nº	%	Taxa	Nº	%	Taxa
* Acidentes de Transporte	23	39,7	26,3	16	55,2	14,1
* Homicídios	9	15,5	10,3	-	-	-
* Suicídios	5	8,6	5,7	5	17,2	4,4
* Lesões cuja intenção é indeterminada	5	8,6	5,7	1	3,4	0,9
* Quedas Acidentais	6	10,3	6,9	4	13,8	3,5
* Submersão, sufocação e corpos estranhos	1	1,7	1,1	-	-	-
* Outros por arma de fogo	8	13,8	9,2	2	6,9	1,8
* Reação anormal por atos cirúrgicos	-	-	-	-	-	-
* Acidentes por fogo e chamas	-	-	-	1	3,4	0,9
* Efeitos adversos por drogas terapêuticas	-	-	-	-	-	-
* Intoxicações acidentais por drogas	1	1,7	1,1	-	-	-
* Incidentes adversos por efeitos terapêuticos	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>	<b>66,3</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>25,6</b>

(1) TAXA POR 100 000 HABITANTES

Fonte: DISACS - BH

CEI/FJP/MG

TABELA 19c: NÚMERO DE ÓBITOS DE RESIDENTES E TAXA DE MORTALIDADE<sup>1</sup> POR GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS, SEGUNDO O SEXO, NOS BAIRROS DO DISACS, 1995

GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS	MASCULINO			FEMININO		
	Nº	%	Taxa	Nº	%	Taxa
* Acidentes de Transporte	19	32,2	21,6	9	36	8
* Homicídios	7	11,9	8	3	12	2,7
* Suicídios	19	32,2	21,6	4	16	3,5
* Lesões cuja intenção é indeterminada	2	3,4	2,3	2	8	1,8
* Quedas Acidentais	3	5,1	3,4	4	16	3,5
* Submersão, sufocação e corpos estranhos	2	3,4	2,3	-	-	-
* Outros por arma de fogo	6	10,2	6,8	1	4	0,9
* Reação anormal por atos cirúrgicos	-	-	-	-	-	-
* Acidentes por fogo e chamas	-	-	-	1	4	0,9
* Intoxicações acidentais por drogas	-	-	-	-	-	-
* Efeitos adversos de drogas terapêuticas	1	1,7	1,1	1	4	0,9
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>	<b>67,1</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>22,1</b>

(1) TAXA POR 100 000 HABITANTES

Fonte: DISACS - BH

CEI/FJP/MG

TABELA 20c: NÚMERO DE ÓBITOS DE RESIDENTES E TAXA DE MORTALIDADE<sup>1</sup> POR GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS, SEGUNDO O SEXO, NOS BAIRROS DO DISACS, 1996

GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS	MASCULINO			FEMININO		
	Nº	%	Taxa	Nº	%	Taxa
* Acidentes de Transporte	30	48,4	33,9	17	50	15
* Homicídios	7	11,3	7,9	1	2,9	0,9
* Suicídios	11	17,7	12,4	4	11,8	3,5
* Lesões cuja intenção é indeterminada	1	1,6	1,1	1	2,9	0,9
* Quedas Acidentais	3	4,8	3,4	1	2,9	0,9
* Reação anormal por atos cirúrgicos	z	z	z	1	2,9	0,9
* Afogamento	10	16,1	11,3	8	23,5	7,1
* Outros por fogo e chamas	z	z	z	z	z	z
* Efeitos adversos de drogas terapêuticas	z	z	z	1	2,9	0,9
* Intoxicações acidentais por drogas	z	z	z	z	z	z
* Incidentes adversos por efeitos terapêuticos	z	z	z	z	z	z
TOTAL	62	100,0	70,1	34	100,0	30

(1) TAXA POR 100 000 HABITANTES

Fonte: DISACS - BH

CEI/FJP/MG

TABELA 21c: NÚMERO DE ÓBITOS DE RESIDENTES E TAXA DE MORTALIDADE<sup>1</sup> POR GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS, SEGUNDO O SEXO, NAS FAVELAS DO DISACS, 1992

GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS	MASCULINO			FEMININO		
	Nº	%	Taxa	Nº	%	Taxa
* Acidentes de Transporte	8	16,7	32,5	3	37,5	11,4
* Homicídios	28	58,3	113,6	3	37,5	11,4
* Suicídios	-	-	-	1	12,5	3,8
* Lesões cuja intenção é indeterminada	5	10,4	20,3	1	12,5	3,8
* Quedas acidentais	-	-	-	-	-	-
* Submersão, sufocação e corpos estranhos	5	10,4	20,3	-	-	-
* Outros por arma de fogo	2	4,2	8,1	-	-	-
* Reação anormal por atos cirúrgicos	-	-	-	-	-	-
* Acidentes por fogo e chama	-	-	-	-	-	-
* Efeitos adversos de drogas terapêuticas	-	-	-	-	-	-
* Intoxicações acidentais por drogas	-	-	-	-	-	-
* Incidentes adversos por efeitos terapêuticos	-	-	-	-	-	-
TOTAL	40	83,3	162,3	8	62,5	19,0

(1) TAXA POR 100 000 HABITANTES

Fonte: DISACS - BH

CEI/FJP/MG

TABELA 22c: NÚMERO DE ÓBITOS DE RESIDENTES E TAXA DE MORTALIDADE<sup>1</sup> POR GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS, SEGUNDO O SEXO, NAS FAVELAS DO DISACS, 1993

GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS	MASCULINO			FEMININO		
	Nº	%	Taxa	Nº	%	Taxa
* Acidentes de Transporte	4	9,1	15,9	3	27,3	11,2
* Homicídios	24	54,5	95,3	1	9,1	3,7
* Suicídios	4	9,1	15,9	2	18,2	7,5
* Lesões cuja intenção é indeterminada	4	9,1	15,9	1	9,1	3,7
* Quedas Acidentais	3	6,8	11,9	3	27,3	11,2
* Submersão, sufocação e corpos estranhos	4	9,1	15,9	1	9,1	3,7
* Outros por armas de fogo	1	2,3	4	-	-	-
* Reação anormal por atos cirúrgicos	-	-	-	-	-	-
* Acidentes por fogo e chamadas	-	-	-	-	-	-
* Efeitos adversos de drogas terapêuticas	-	-	-	-	-	-
* Intoxicações acidentais por drogas	-	-	-	-	-	-
* Incidentes adversos por efeitos terapêuticos	-	-	-	-	-	-
TOTAL	44	100,0	174,7	11	100,0	41,0

(1) TAXA POR 100 000 HABITANTES

Fonte: DISACS - BH

CEI/FJP/MG

TABELA 23c: NÚMERO DE ÓBITOS DE RESIDENTES E TAXA DE MORTALIDADE<sup>1</sup> POR GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS, SEGUNDO O SEXO, NAS FAVELAS DO DISACS, 1994

GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS	MASCULINO			FEMININO		
	Nº	%	Taxa	Nº	%	Taxa
* Acidentes de Transporte	7	16,3	27,2	1	9,1	3,7
* Homicídios	20	46,5	77,7	3	27,3	11
* Suicídios	1	2,3	3,9	-	-	-
* Lesões cuja intenção é indeterminada	4	9,3	15,5	2	18,2	7,3
* Quedas Acidentais	3	7	11,7	2	18,2	7,3
* Submersão, sufocação e corpos estranhos	2	4,7	7,8	2	18,2	7,3
* Outros por armas de fogo	6	14	23,3	1	9,1	3,7
* Reação anormal por atos cirúrgicos	-	-	-	-	-	-
* Acidentes por fogo e chamas	-	-	-	-	-	-
* Efeitos adversos de drogas terapêuticas	-	-	-	-	-	-
* Intoxicações acidentais por drogas	-	-	-	-	-	-
* Incidentes adversos por efeitos terapêuticos	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>100</b>	<b>167,0</b>	<b>11</b>	<b>103,6</b>	<b>40,3</b>

(1) TAXA POR 100 000 HABITANTES

Fonte: DISACS - BH

CEI/FJP/MG

TABELA 24c: NÚMERO DE ÓBITOS DE RESIDENTES E TAXA DE MORTALIDADE<sup>1</sup> POR GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS, SEGUNDO O SEXO, NAS FAVELAS DO DISACS, 1995

GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS	MASCULINO			FEMININO		
	Nº	%	Taxa	Nº	%	Taxa
* Acidentes de Transporte	8	16,3	30,4	3	27,3	10,8
* Homicídios	30	61,2	114	5	45,5	18
* Suicídios	3	6,1	11,4	-	-	-
* Lesões cuja intenção é indeterminada	1	2	3,8	-	-	-
* Quedas Acidentais	4	8,2	15,2	-	-	-
* Submersão, sufocação e corpos estranhos	2	4,1	7,6	-	-	-
* Outros por armas de fogo	1	2	3,8	1	9,1	3,6
* Acidentes por fogo e chamas	-	-	-	2	18,2	7,2
* Reação anormal por atos cirúrgicos	-	-	-	-	-	-
* Efeitos adversos de drogas terapêuticas	-	-	-	-	-	-
* Intoxicações acidentais por drogas	-	-	-	-	-	-
* Incidentes adversos por efeitos terapêuticos	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>	<b>186,2</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>39,6</b>

(1) TAXA POR 100 000 HABITANTES

Fonte: DISACS - BH

CEI/FJP/MG

TABELA 25c: NÚMERO DE ÓBITOS DE RESIDENTES E TAXA DE MORTALIDADE<sup>1</sup> POR GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS, SEGUNDO O SEXO, NAS FAVELAS DO DISACS, 1996

GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS	MASCULINO			FEMININO		
	Nº	%	Taxa	Nº	%	Taxa
* Acidentes de Transporte	3	5,9	11,1	2	28,6	7,1
* Homicídios	32	62,7	118,9	4	57,1	14,1
* Suicídios	2	3,9	7,4	-	-	-
* Lesões cuja intenção é indeterminada	3	5,9	11,1	-	-	-
* Quedas Acidentais	4	7,8	14,9	-	-	-
* Afogamentos	7	13,7	26	1	14,3	3,5
* Outros por arma de fogo	-	-	-	-	-	-
* Reação anormal por atos cirúrgicos	-	-	-	-	-	-
* Efeitos adversos de drogas terapêuticas	-	-	-	-	-	-
* Acidentes por fogo e chamas	-	-	-	-	-	-
* Intoxicações acidentais por drogas	-	-	-	-	-	-
* Incidentes adversos por efeitos terapêuticos	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>	<b>189,5</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>24,7</b>

(1) TAXA POR 100 000 HABITANTES

Fonte: DISACS - BH

CEI/FJP/MG



TABELA 26c: NÚMERO DE ÓBITOS DE RESIDENTES E TAXA DE MORTALIDADE<sup>1</sup> POR GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS, SEGUNDO O SEXO, NO DISACS, 1992

GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS	MASCULINO			FEMININO		
	Nº	%	Taxa	Nº	%	Taxa
* Acidentes de Transporte	31	29,8	27,9	17	40,5	12,2
* Homicídios	37	35,6	33,2	4	9,5	2,9
* Suicídios	10	9,6	9	4	9,5	2,9
* Lesões cuja intenção é indeterminada	10	9,6	9	5	11,9	3,6
* Quedas acidentais	4	3,8	3,6	6	14,3	4,3
* Submersão, sufocação e corpos estranhos	7	6,7	6,3	3	7,1	2,1
* Outros por armas de fogo	3	2,9	2,7	1	2,4	0,7
* Reação anormal por atos cirúrgicos	1	1	0,9	1	2,4	0,7
* Acidentes por fogo e chamas	-	-	-	1	2,4	0,7
* Efeitos adversos de drogas terapêuticas	1	1	0,9	-	-	-
* Intoxicações acidentais por drogas terapêuticas	-	-	-	-	-	-
TOTAL	104	100,0	93,4	42	100,0	30,0

(1) TAXA POR 100 000 HABITANTES

Fonte: DISACS - BH

CEI/FJP/MG

TABELA 27c: NÚMERO DE ÓBITOS DE RESIDENTES E TAXA DE MORTALIDADE<sup>1</sup> POR GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS, SEGUNDO O SEXO, NO DISACS, 1993

GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS	MASCULINO			FEMININO		
	Nº	%	Taxa	Nº	%	Taxa
* Acidentes de Transporte	30	29,4	26,7	19	44,2	13,6
* Homicídios	34	33,3	30,3	3	7	2,1
* Suicídios	7	6,9	6,2	5	11,6	3,6
* Lesões cuja intenção é indeterminada	8	7,8	7,1	2	4,7	1,4
* Quedas Acidentais	6	5,9	5,3	7	16,3	5
* Submersão, sufocação e corpos estranhos	6	5,9	5,3	3	7	2,1
* Outros por armas de fogo	7	6,9	6,2	2	4,7	1,4
* Reação anormal por atos cirúrgicos	3	2,9	2,7	1	2,3	0,7
* Acidentes por fogo e chamas	-	-	-	-	-	-
* Efeitos adversos de drogas terapêuticas	1	1	0,9	1	2,3	0,7
* Intoxicações acidentais por drogas terapêuticas	-	-	-	-	-	-
TOTAL	102	100,0	90,9	43	100,0	30,7

(1) TAXA POR 100 000 HABITANTES

Fonte: DISACS - BH

CEI/FJP/MG

TABELA 28c: NÚMERO DE ÓBITOS DE RESIDENTES E TAXA DE MORTALIDADE<sup>1</sup> POR GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS, SEGUNDO O SEXO, NO DISACS, 1994

GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS	MASCULINO			FEMININO		
	Nº	%	Taxa	Nº	%	Taxa
* Acidentes de Transporte	30	29,7	26,5	17	42,5	12,1
* Homicídios	29	28,7	25,6	3	7,5	2,1
* Suicídios	6	5,9	5,3	5	12,5	3,6
* Lesões cuja intenção é indeterminada	9	8,9	7,9	3	7,5	2,1
* Quedas Acidentais	9	8,9	8	6	15	4,3
* Submersão, sufocação e corpos estranhos	3	3	2,7	2	5	1,4
* Outros por armas de fogo	14	13,9	12,4	3	7,5	2,1
* Reação anormal por atos cirúrgicos	-	-	-	-	-	-
* Acidentes por fogo e chamas	-	-	-	1	2,5	0,7
* Efeitos adversos de drogas terapêuticas	-	-	-	-	-	-
* Intoxicações acidentais por drogas	1	1	0,9	-	-	-
* Incidentes adversos por efeitos terapêuticos	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>	<b>89,2</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>28,5</b>

(1) TAXA POR 100 000 HABITANTES

Fonte: DISACS - BH

CEI/FJP/MG

TABELA 29c: NÚMERO DE ÓBITOS DE RESIDENTES E TAXA DE MORTALIDADE<sup>1</sup> POR GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS, SEGUNDO O SEXO, NO DISACS, 1995

GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS	MASCULINO			FEMININO		
	Nº	%	100.000	Nº	%	100.000
* Acidentes de Transporte	27	25	23,6	12	33,3	8,5
* Homicídios	37	34,3	32,4	8	22,2	5,7
* Suicídios	22	20,4	19,3	4	11,1	2,8
* Lesões cuja intenção é indeterminada	3	2,8	2,6	2	5,6	1,4
* Quedas acidentais	7	6,5	6,1	4	11,1	2,8
* Submersão, sufocação e corpos estranhos	4	3,7	3,5	-	-	-
* Outros por armas de fogo	7	6,5	6,1	2	5,6	1,4
* Reação anormal por atos cirúrgicos	-	-	-	-	-	-
* Acidentes por fogo e chamas	-	-	-	3	8,3	2,1
* Efeitos adversos de drogas terapêuticas	1	0,9	0,9	1	2,8	0,7
* Intoxicações acidentais por drogas	-	-	-	-	-	-
* Incidentes adversos por efeitos terapêuticos	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>	<b>94,5</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>	<b>25,4</b>

(1) TAXA POR 100 000 HABITANTES

Fonte: DISACS - BH

CEI/FJP/MG

TABELA 30c: NÚMERO DE ÓBITOS DE RESIDENTES E TAXA DE MORTALIDADE<sup>1</sup> POR GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS, SEGUNDO O SEXO, NO DISACS, 1996

GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS	MASCULINO			FEMININO		
	Nº	%	Taxa	Nº	%	Taxa
* Acidentes de Transporte	33	29,2	28,6	19	46,3	13,4
* Homicídios	39	34,5	33,8	5	12,2	3,5
* Suicídios	13	11,5	11,3	4	9,8	2,8
* Lesões cuja intenção é indeterminada	4	3,5	3,5	1	2,4	0,7
* Quedas Acidentais	7	6,2	6,1	1	2,4	0,7
* Afogamento	17	15	14,7	9	22	6,4
* Outros por armas de fogo	-	-	-	-	-	-
* Reação anormal por atos cirúrgicos	-	-	-	1	2,4	0,7
* Acidentes por fogo e chamas	-	-	-	-	-	-
* Efeitos adversos de drogas terapêuticos	-	-	-	-	-	-
* Intoxicações acidentais por drogas	-	-	-	-	-	-
* Incidentes adversos por efeitos terapêuticos	-	-	-	1	2,4	0,7
TOTAL	113	100,0	98,0	41	100,0	29,0

(1) TAXA POR 100 000 HABITANTES

Fonte: DISACS - BH

CE/FJP/MG

TABELA 31c: MORTALIDADE PROPORCIONAL PARA O GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, EM RESIDENTES NOS BAIRROS DO DISACS, 1992 a 1996

Faixa Etária	1992		1993		1994		1995		1996	
	%	% Acum.	%	% Acum.	%	% Acum.	%	% Acum.	%	% Acum.
0 - 4 anos	2,2	2,2	1,1	1,1	1,1	1,1	2,4	2,4	2,1	2,1
5 - 9 anos	-	2,2	2,2	3,3	-	1,1	1,2	3,6	-	2,1
10 - 19 anos	12,2	14,4	4,4	7,8	11,5	12,6	10,7	14,3	12,5	14,6
20 - 29 anos	7,8	22,2	13,3	21,1	24,1	36,8	17,9	32,1	21,9	36,5
30 - 39 anos	17,8	40,0	18,9	40,0	19,5	56,3	16,7	48,8	17,7	54,2
40 - 49 anos	11,1	51,1	7,8	47,8	6,9	63,2	11,9	60,7	15,6	69,8
50 - 59 anos	15,6	66,6	12,2	60,0	4,6	67,8	16,7	77,4	7,3	77,1
60 - 69 anos	5,6	72,2	11,1	71,1	5,7	73,6	6,0	83,3	5,2	82,3
70 - 79 anos	17,8	90,0	16,7	87,8	14,9	88,5	6,0	89,3	9,4	91,7
80 e mais	10,0	100,0	12,2	100,0	11,5	100,0	10,7	100,0	8,3	100,0
TOTAL	n(90)		n(90)		n(87)		n(84)		n(96)	

Fonte: DISACS/BH

CEU/JP/MG

TABELA 32 c: MORTALIDADE PROPORCIONAL PARA O GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, EM RESIDENTES NOS BAIRROS DO DISACS, 1992

Grupo de causa	0 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 a 69		70 a 79		80 e mais		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
* Acidentes Transporte	-	-	-	-	3	27,3	3	42,9	10	62,5	5	50,0	4	28,6	1	20,0	7	43,8	4	44,4	37	41,1
* Homicídios	-	-	-	-	2	18,2	-	-	2	12,5	2	20,0	3	21,4	-	-	1	6,3	-	-	10	11,1
* Suicídios	-	-	-	-	4	36,4	2	28,6	2	12,5	1	10,0	1	7,1	-	-	3	18,8	-	-	13	14,4
* Lesões cuja intenção é indeterminada	-	-	-	-	2	18,2	1	14,3	-	-	2	20,0	2	14,3	2	40,0	-	-	-	-	9	10,0
* Quedas acidentais	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6,3	-	-	1	7,1	2	40,0	2	12,5	4	44,4	10	11,1
* Submersão, sufocação e corpos estranhos	1	50,0	-	-	-	-	-	-	1	6,3	-	-	1	7,1	-	-	1	6,3	1	11,1	5	5,6
* Outros por armas de fogo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6,3	-	-	2	2,2
* Reação anormal por atos cirúrgicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6,3	-	-	2	2,2
* Acidentes por fogo e chamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6,3	-	-	2	2,2
* Efeitos adversos de drogas terapêuticas	-	-	-	-	-	-	1	14,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,1
* Intoxicações acidentais por drogas	1	50,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,1
* Incidentes adversos por efeitos terapêuticos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	-	-	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

Fonte: DISACS - BH

CEIPE/MG

TABELA 33 c: MORTALIDADE PROPORCIONAL PARA O GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, EM RESIDENTES DOS BAIRROS DO DISACS, 1993

Grupo de causa	0 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 a 69		70 a 79		80 e mais		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
* Acidentes Transporte	-	-	1	50,0	3	75,0	8	66,7	7	41,2	4	57,1	4	36,4	3	30,0	9	60,0	3	27,3	42	46,7	
* Homicídios	-	-	-	-	1	25,0	2	16,7	6	35,3	1	14,3	1	9,1	1	10,0	-	-	-	-	12	13,3	
* Suicídios	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,9	-	-	3	27,3	1	10,0	1	6,7	-	-	6	6,7	
* Lesões cuja intenção é indeterminada	-	-	-	-	-	-	1	8,3	-	-	1	14,3	1	9,1	2	20,0	-	-	-	-	5	5,6	
* Quedas acidentais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	20,0	1	6,7	4	36,4	7	7,8	
* Submersão, sufocação e corpos estranhos	1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
* Outros por armas de fogo	-	-	1	50,0	-	-	-	-	1	5,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	9,1	4	4,4
* Reação anormal por atos cirúrgicos	-	-	-	-	-	-	1	8,3	1	5,9	-	-	1	9,1	1	10,0	2	13,3	2	18,2	8	8,9	
* Acidentes por fogo e chamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	14,3	1	9,1	-	-	1	6,7	1	9,1	4	4,4	
* Efeitos adversos de drogas terapêuticas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
* Intoxicações acidentais por drogas	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,9	-	-	-	-	-	-	1	6,7	-	-	2	2,2	
* Incidentes adversos por efeitos terapêuticos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: DISACS - BH  
CEFFP/MS

TABELA 34c: MORTALIDADE PROPORCIONAL PARA O GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, EM RESIDENTES NOS BAIRROS DO DISACS, 1994

Grupo de causa	0 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 a 69		70 a 79		80 e mais		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
* Acidentes Transporte	1	100,0	-	-	5	50,0	6	28,6	10	58,8	2	33,3	2	50,0	4	80,0	7	53,8	2	20,0	39	44,8
* Homicídios	-	-	-	-	2	20,0	4	19,0	2	11,8	1	16,7	-	-	-	-	-	-	-	-	9	10,3
* Suicídios	-	-	-	-	-	-	3	14,3	1	5,9	2	33,3	1	25,0	-	-	3	23,1	-	-	10	11,5
* Lesões cuja intenção é indeterminada	-	-	-	-	-	-	3	14,3	3	17,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	6,9
* Quedas acidentais	-	-	-	-	1	10,0	3	14,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	6,9	
* Submersão, sotocação e corpos estranhos	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	6,9	
* Outros por arma de fogo	-	-	-	-	1	10,0	2	9,5	-	-	1	16,7	1	25,0	1	20,0	3	23,1	1	10,0	10	11,5
* Reação anormal por atos cirúrgicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
* Acidentes por fogo e chamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
* Efeitos adversos de drogas terapêuticas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	10,0	1	1,1
* Intoxicações acidentais por drogas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
* Incidentes adversos por efeitos terapêuticos	-	-	-	-	1	10,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,1
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>

Fonte: DISACS - BH  
CEUP/PMG

TABELA 35C: MORTALIDADE PROPORCIONAL PARA O GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS SEGUNDO FAIXA ETÁRIA EM RESIDENTES NOS BAIRROS, DISACS, 1995

Grupo de causa	0 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 a 69		70 a 79		80 e mais		Total			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
* Acidentes Transporte	-	-	-	-	5	55,6	8	53,3	4	28,5	1	10,0	4	28,6	2	40,0	2	40,0	2	40,0	2	22,2	28	33,3
* Homicídios	2	100,0	-	-	-	-	4	26,6	1	7,2	1	10,0	2	14,3	-	-	-	-	-	-	-	10	11,9	
* Suicídios	-	-	-	-	2	22,2	2	13,4	6	42,8	6	60,0	3	21,4	2	40,0	2	40,0	1	20,0	1	11,1	23	27,4
* Lesões cuja intenção é indeterminada	-	-	-	-	1	11,1	-	-	1	7,2	-	-	1	7,1	1	20,0	-	-	-	-	-	4	4,8	
* Quedas acidentais	-	-	-	-	1	11,1	-	-	-	-	-	-	2	14,3	-	-	-	-	1	20,0	3	33,3	7	8,3
* Submersão, sufocação e corpos estranhos	-	-	1	100,0	-	-	1	6,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2,4	
* Outros por arma de fogo	-	-	-	-	-	-	-	-	1	7,2	2	20,0	1	7,1	-	-	-	-	1	20,0	2	22,2	7	8,3
* Acidentes por fogo e chamas	-	-	-	-	-	-	-	-	1	7,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,2	
* Reação anormal por atos cirúrgicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
* Efeitos adversos de drogas terapêuticas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
* Intoxicações acidentais por drogas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	7,1	-	-	-	-	-	-	1	11,1	2	2,4
* Incidentes adversos por efeitos terapêuticos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>84</b>	<b>100,0</b>

Fonte: DISACS - BH  
CEUP/PMG



TABELA 36c: MORTALIDADE PROPORCIONAL PARA O GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, EM RESIDENTES NOS BAIRROS DO DISACS, 1996

Grupo de causa	0 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 a 69		70 a 79		80 e mais		Total			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
* Acidentes Transporte	-	-	-	-	8	66,7	11	52,4	10	58,8	8	53,3	2	28,6	2	40,0	6	66,7	-	-	-	-	47	49,0
* Homicídios	-	-	-	-	1	8,3	3	14,3	1	5,9	2	13,3	1	14,3	-	-	-	-	-	-	-	-	8	8,3
* Suicídios	-	-	-	-	2	16,7	6	28,6	2	11,8	2	13,3	2	28,6	1	20,0	-	-	-	-	-	-	15	15,6
* Lesões cuja intenção é indeterminada	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,9	1	6,7	-	-	1	20,0	-	-	-	-	1	12,5	4	4,2
* Quedas acidentais	-	-	-	-	-	-	1	4,8	1	5,9	1	6,7	-	-	-	-	-	-	-	-	1	12,5	4	4,2
* Submersão, sufocação e corpos estranhos	1	50,0	-	-	1	8,3	1	4,8	3	17,6	2	13,3	2	28,6	1	20,0	2	22,2	5	62,5	18	18,8	-	-
* Outros por armas de fogo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	12,5	1	1,0
* Reação anormal por atos cirúrgicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	12,5	1	1,0
* Acidentes por fogo e chama	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
* Efeitos adversos de drogas terapêuticas	1	50,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	11,1	-	-	-	-	2	2,1
* Intoxicações acidentais por drogas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
* Incidentes adversos por efeitos terapêuticos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>96</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

Fonte: DISACS/BH  
CEI/FPM/3

TABELA 37 c: MORTALIDADE PROPORCIONAL PARA O GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA NAS FAVELAS DO DISACS, 1992 a 1996

Faixa Etária	1992		1993		1994		1995		1996	
	%	% Acum.	%	% Acum.	%	% Acum.	%	% Acum.	%	% Acum.
0 - 4 anos	-	-	1,8	1,8	3,7	3,7	-	-	1,7	1,7
5 - 9 anos	3,6	3,6	1,8	3,6	3,7	7,4	3,3	3,3	3,4	5,2
10 - 19 anos	23,2	26,8	16,4	20	14,8	22,2	16,7	20	22,4	27,6
20 - 29 anos	35,7	62,5	36,4	56,4	33,3	55,6	33,3	53,3	34,5	62,1
30 - 39 anos	19,6	82,1	21,8	78,2	9,3	64,8	18,3	71,7	19	81
40 - 49 anos	10,7	92,9	5,5	83,6	24,1	88,9	13,3	85	12,1	93,1
50 - 59 anos	3,6	96,4	9,1	92,7	1,9	90,7	3,3	88,3	3,4	96,6
60 - 69 anos	3,6	100	3,6	96,4	1,9	92,6	6,7	95	1,7	98,3
70 - 79 anos	-	-	3,6	100	3,7	96,3	3,3	98,3	1,7	100
80 e mais	-	-	-	-	3,7	100	1,7	100	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>n(56)</b>		<b>n(55)</b>		<b>n(54)</b>		<b>n(60)</b>		<b>n(58)</b>	

Fonte: DISACS - BH  
CEUP/PMG

TABELA 38c: MORTALIDADE PROPORCIONAL PARA O GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, EM RESIDENTES NAS FAVELAS DO DISACS, 1992

Grupo de causa	0 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 a 69		70 a 79		80 e mais		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
* Acidentes Transporte	-	-	2	100,0	3	23,1	1	5,0	1	9,1	1	16,7	2	100,0	1	50,0	-	-	-	-	11	19,6
* Homicídios	-	-	-	-	5	38,5	16	80,0	7	63,6	3	50,0	-	-	-	-	-	-	-	-	31	55,4
* Suicídios	-	-	-	-	-	-	1	5,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,8
* Lesões cuja intenção é indeterminada	-	-	-	-	2	15,4	1	5,0	1	9,1	1	16,7	-	-	1	50,0	-	-	-	-	6	10,7
* Quedas acidentais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
* Submersão, sufocação e corpos estranhos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
* Outros por arma de fogo	-	-	-	-	3	23,1	1	5,0	1	9,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	8,9
* Reação anormal por atos cirúrgicos	-	-	-	-	-	-	-	-	1	9,1	1	16,7	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3,6
* Acidentes por fogo e chamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
* Efeitos adversos de drogas terapêuticas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
* Intoxicações acidentais por drogas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
* Incidentes adversos por efeitos terapêuticos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	-	-	2	100,0	13	100,0	20	100,0	11	100,0	6	100,0	2	100,0	2	100,0	-	-	-	-	56	100,0

Fonte: DISACS - BH  
CEI/FPM/3

TABELA 39c: MORTALIDADE PROPORCIONAL PARA O GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, EM RESIDENTES NAS FAVELAS DO DISACS, 1993

Grupo de causa	0 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 a 69		70 a 79		80 e mais		Total			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
* Acidentes Transporte	-	-	1	100,0	-	-	1	5,0	2	16,7	-	-	-	-	2	100,0	-	-	-	-	-	-	7	12,7
* Homicídios	-	-	-	-	6	66,7	13	65,0	5	41,7	1	33,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25	45,5
* Suicídios	-	-	-	-	-	-	3	15,0	1	8,3	-	-	1	20,0	-	-	-	1	50,0	-	-	-	6	10,9
* Lesões cuja intenção é indeterminada	-	-	-	-	-	-	1	5,0	2	16,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	9,1
* Quedas acidentais	-	-	-	-	-	-	-	-	2	16,7	1	33,3	2	40,0	-	-	-	1	50,0	-	-	-	6	10,9
* Submersão, sufocação e corpos estranhos	1	100,0	-	-	1	11,1	2	10,0	-	-	1	33,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	9,1
* Outros por arma de fogo	-	-	-	-	1	11,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,8
* Reação anormal por atos cirúrgicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
* Acidentes por fogo e chamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
* Efeitos adversos de drogas terapêuticas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
* Intoxicações acidentais por drogas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
* Incidentes adversos por efeitos terapêuticos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>55</b>	<b>100,0</b>

Fonte: DISACS - BH  
CEIF/PMCB

TABELA 40c: MORTALIDADE PROPORCIONAL PARA O GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, EM RESIDENTES NAS FAVELAS DO DISACS, 1994

Grupo de causa	0 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 a 69		70 a 79		80 e mais		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
* Acidentes Transporte	-	-	1	50,0	2	25,0	3	16,7	-	-	1	7,7	-	-	-	-	-	-	1	50,0	8	14,8
* Homicídios	-	-	-	-	4	50,0	7	38,9	3	60,0	7	53,8	1	100,0	-	-	-	-	1	50,0	23	42,6
* Suicídios	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	7,7	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,9
* Lesões cuja intenção é indeterminada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
* Quedas acidentais	-	-	-	-	-	-	5	27,8	-	-	1	7,7	-	-	-	-	-	-	-	-	6	11,1
* Submersão, sufocação e corpos estranhos	-	-	-	-	1	12,5	-	-	-	-	1	7,7	-	-	1	100,0	-	2	100,0	-	5	9,3
* Outros por armas de fogo	-	-	1	50,0	1	12,5	2	11,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	7,4
* Reação anormal por atos cirúrgicos	2	100,0	-	-	-	-	1	5,6	2	40,0	2	15,4	-	-	-	-	-	-	-	-	7	13,0
* Acidentes por fogo e chamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
* Efeitos adversos de drogas terapêuticas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
* Intoxicações acidentais por drogas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
* Incidentes adversos por efeitos terapêuticos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>54</b>	<b>100,0</b>

Fonte: DISACS - BH  
CELEP MAJ

TABELA 41c. MORI ALIDADE PROPORCIONAL PARA O GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, EM RESIDENTES NAS FAVELAS DO DISACS, 1995

Grupo de causa	0 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 a 69		70 a 79		80 e mais		Total			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
* Acidentes Transporte	-	-	2	100,0	1	10,0	1	5,0	1	9,1	2	25,0	1	50,0	2	50,0	-	-	1	100,0	11	18,3		
* Homicídios	-	-	-	-	6	60,0	16	80,0	6	54,5	3	37,5	1	50,0	1	25,0	-	-	-	-	35	58,3		
* Suicídios	-	-	-	-	-	-	1	5,0	2	18,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	5,0		
* Lesões cuja intenção é	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	25,0	-	-	-	-	1	1,7		
* Quedas acidentais	-	-	-	-	1	10,0	1	5,0	-	-	2	25,0	-	-	-	-	-	-	-	-	4	6,7		
* Submersão, sufocação e corpos estranhos	-	-	-	-	-	-	1	5,0	1	9,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3,3		
* Outros por arma de fogo	-	-	-	-	1	10,0	-	-	1	9,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3,3		
* Reação anormal por atos cirúrgicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
* Acidentes por fogo e chamas	-	-	-	-	1	10,0	-	-	-	-	1	12,5	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3,3		
* Efeitos adversos de drogas terapêuticas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
* Intoxicações acidentais por drogas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
* Incidentes adversos por efeitos terapêuticos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
<b>TOTAL</b>	-	-	2	100,0	10	100,0	20	100,0	11	100,0	8	100,0	2	100,0	4	100,0	2	100,0	2	100,0	1	100,0	60	100,0

Fonte: DISACS - BH

CEIFP/MG

TABELA 42c: MORTALIDADE PROPORCIONAL PARA O GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, EM RESIDENTES NAS FAVELAS DO DISACS, 1996

Grupo de causa	0 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 a 69		70 a 79		80 e mais		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
* Acidentes Transporte	-	-	1	50,0	-	-	-	-	-	-	1	14,3	1	50,0	-	-	1	100,0	-	-	5	8,6
* Homicídios	-	-	-	-	8	61,5	15	75,0	8	72,7	5	71,4	-	-	-	-	-	-	-	-	36	62,1
* Suicídios	-	-	-	-	-	-	2	10,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3,4
* Lesões cuja intenção é indeterminada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
* Quedas acidentais	-	-	-	-	-	-	1	5,0	1	9,1	1	14,3	1	50,0	-	-	-	-	-	-	4	6,9
* Submersão, sufocação e corpos estranhos	1	100,0	1	50,0	4	30,8	-	-	1	9,1	-	-	-	-	1	100,0	-	-	-	-	8	13,8
* Outros armas de fogo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
* Reação anormal por atos cirúrgicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
* Acidentes por fogo e chama	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
* Efeitos adversos de drogas terapêuticas	-	-	-	-	1	7,7	2	10,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	5,2
* Intoxicações acidentais por drogas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
* Incidentes adversos por efeitos terapêuticos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	1	100,0	2	100,0	13	100,0	20	100,0	11	100,0	7	100,0	2	100,0	1	100,0	1	100,0	-	-	58	100,0

Fonte: DISACS - BH  
CEPE/PAUC

TABELA 43 c: MORTALIDADE PROPORCIONAL PARA O GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, DISACS, 1992 a 1996

Faixa Etária	1992		1993		1994		1995		1996	
	%	% Acum.	%	% Acum.	%	% Acum.	%	% Acum.	%	% Acum.
0 - 4 anos	1,4	1,4	1,4	1,4	2,1	2,1	1,4	1,4	1,9	1,9
5 - 9 anos	1,4	2,8	2,1	3,5	1,4	3,5	2,1	3,5	1,3	3,2
10 - 19 anos	16,4	19,2	9,0	12,5	12,8	16,3	13,2	16,7	16,2	19,4
20 - 29 anos	18,5	37,7	22,1	34,6	27,7	44,0	24,3	41,0	26,6	46,0
30 - 39 anos	18,5	56,2	20,0	54,6	15,6	59,6	17,4	58,4	18,2	64,2
40 - 49 anos	11,0	67,2	6,9	61,5	13,5	73,1	12,5	70,9	14,3	78,5
50 - 59 anos	11,0	78,2	11,0	72,5	3,5	76,6	11,1	82,0	5,8	84,3
60 - 69 anos	4,8	83,0	8,3	80,8	5,0	81,6	6,3	88,3	3,9	88,2
70 - 79 anos	11,0	94,0	11,7	92,5	9,9	91,5	4,9	93,2	6,5	94,8
80 e mais	6,2	100,0	7,6	100,0	8,5	100,0	6,9	100,0	5,2	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>n(146)</b>		<b>n(145)</b>		<b>n(141)</b>		<b>n(144)</b>		<b>n(154)</b>	

Fonte: DISACS - BH

CEI/FP/MG



TABELA 44 c: MORTALIDADE PROPORCIONAL PARA O GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, DISACS1992

Grupo de causa	0 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 a 69		70 a 79		80 e mais		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
* Acidentes Transporte	-	-	2	100,0	6	25,0	4	14,8	11	40,7	6	37,5	6	37,5	2	28,6	7	43,8	4	44,4	48	32,9
* Homicídios	-	-	-	-	7	29,2	16	59,3	9	33,3	5	31,3	3	18,8	-	-	1	6,3	-	-	41	28,1
* Suicídios	-	-	-	-	4	16,7	3	11,1	2	7,4	1	6,3	1	6,3	-	-	3	18,8	-	-	14	9,6
* Lesões cuja intenção é indeterminada	-	-	-	-	4	16,7	2	7,4	1	3,7	3	18,8	2	12,5	3	42,9	-	-	-	-	15	10,3
* Submersão, sufocação e corpos estranhos	1	50,0	-	-	3	12,5	1	3,7	2	7,4	-	-	1	6,3	-	-	1	6,3	1	11,1	10	6,8
* Quedas acidentais	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,7	-	-	1	6,3	2	28,6	2	12,5	4	44,4	10	6,8
* Outros por armas de fogo	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,7	1	6,3	1	6,3	-	-	1	6,3	-	-	4	2,7
* Reação anormal por atos cirúrgicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6,3	-	-	1	6,3	-	-	2	1,4
* Acidentes por fogo e chamas	-	-	-	-	-	-	1	3,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,7
* Efeitos adversos de drogas terapêuticas	1	50,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,7
* Intoxicações acidentais por drogas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
* Incidentes adversos por efeitos terapêuticos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>

Fome DISACS - BH

CELEP/MG

TABELA 45 c. MORTALIDADE PROPORCIONAL PARA O GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, DISACS, 1993

Grupo de causa	0 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 a 69		70 a 79		80 e mais		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
* Acidentes Transporte	-	-	2	66,7	3	23,1	9	28,1	9	31,0	4	40,0	5	31,3	5	41,7	9	52,9	1	3,3	19	11,8	
* Homicídios	-	-	-	-	7	53,8	15	46,9	11	37,9	2	20,0	1	6,3	1	8,3	-	-	-	-	17	15,5	
* Suicídios	-	-	-	-	-	-	3	9,4	2	6,9	-	-	4	25,0	1	8,3	2	11,8	-	-	12	8,3	
* Lesões cuja intenção é indeterminada	-	-	-	-	1	7,7	2	6,3	2	6,9	1	10,0	2	12,5	2	16,7	-	-	-	-	10	6,9	
* Quedas acidentais	-	-	-	-	7	-	-	-	2	6,9	1	10,0	2	12,5	2	16,7	2	11,8	4	36,1	13	9,0	
* Submersão, sufocação e corpos estranhos	2	-	1	33,3	1	7,7	2	6,3	1	3,4	1	10,0	-	-	-	-	-	-	1	9,1	9	6,2	
* Outros por arma de fogo	-	-	-	-	1	7,7	1	3,1	1	3,4	-	-	1	6,3	1	8,3	2	11,8	2	18,2	9	6,2	
* Renção anormal por atos cirúrgicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	10,0	1	6,3	-	-	1	5,9	1	9,1	4	2,8	
* Acidentes por fogo e chamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
* Efeitos adversos de drogas terapêuticas	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,4	-	-	-	-	-	-	-	1	5,9	-	-	2	1,4
* Intoxicações acidentais por drogas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
* Incidentes adversos por elcitos terapêuticos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>145</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: DISACS, BH

CEUP/UFMG

TABLEA 46 e: MORTALIDADE PROPORCIONAL PARA O GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, DISACS, 1994

Grupo de causa	0 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 a 69		70 a 79		80 e mais		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
* Acidentes Transporte	1	33,3	1	50,0	7	38,9	9	23,1	10	45,5	3	15,8	2	40,0	4	66,6	7	46,6	3	25,0	47	33,3	
* Homicídios	-	-	-	-	6	33,3	11	28,2	5	22,7	8	42,1	1	20,0	-	-	-	-	1	8,3	32	22,7	
* Suicídios	-	-	-	-	-	-	3	7,7	1	4,5	3	15,8	1	20,0	-	-	3	20,0	-	-	11	7,8	
indeterminada	-	-	-	-	-	-	8	20,5	3	13,6	1	5,3	-	-	-	-	-	-	-	-	12	8,5	
* Quedas acidentais	-	-	-	-	2	11,1	3	7,7	-	-	1	5,3	-	-	1	16,7	2	13,4	6	50,0	15	10,6	
* Submersão, sufocação e corpos estranhos	-	-	1	50,0	1	5,6	2	5,1	1	4,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	3,5	
* Outros por armas de fogo	2	66,7	-	-	1	5,6	3	7,7	2	9,1	3	15,8	1	20,0	1	16,7	3	20,0	1	8,3	17	12,1	
* Reação anormal por atos cirúrgicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
* Acidentes por fogo e chamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
* Efeitos adversos de drogas terapêuticas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	8,3	1	0,7
* Intoxicações acidentais por drogas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
* Incidentes adversos por efeitos terapêuticos	-	-	-	-	1	5,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,7	
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>141</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: DISACS - BH  
CEUPPA/AC

TABELA 47 e MORTALIDADE PROPORCIONAL PARA O GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, DISACS, 1995

Grupo de causa	0 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 a 69		70 a 79		80 e mais		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
* Acidentes Transporte	-	-	2	66,7	6	31,6	9	25,7	5	20,0	3	16,7	5	31,3	4	44,4	2	28,6	3	30,0	39	27,1
* Homicídios	2	100,0	-	-	6	31,6	20	57,1	7	28,0	4	22,2	3	18,8	1	11,1	2	28,6	-	-	45	31,3
* Suicídios	-	-	-	-	2	10,5	3	8,6	8	32,0	6	33,3	3	18,8	2	22,2	1	14,3	1	10,0	26	18,1
* Lesões cuja intenção é indeterminada	-	-	-	-	1	5,3	-	-	1	4,0	-	-	-	-	2	22,2	-	-	-	-	5	3,5
* Quedas acidentais	-	-	-	-	2	10,5	1	2,9	-	-	2	11,1	2	12,5	-	-	1	14,3	3	30,0	11	7,6
* Submersão, sufocação e corpos estranhos	-	-	1	33,3	-	-	2	5,7	1	4,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	2,8
* Outros por arma de fogo	-	-	-	-	1	5,3	-	-	2	8,0	2	11,1	1	6,3	-	-	1	14,3	2	20,0	9	6,3
* Reação anormal por atos cirúrgicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
* Acidentes por fogo e chamas	-	-	-	-	1	5,3	-	-	1	4,0	1	5,6	-	-	-	-	-	-	-	-	3	2,1
* Efeitos Adversos de drogas terapêuticas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6,3	-	-	-	1	10,0	2	1,4
* Intoxicações acidentais por drogas terapêuticas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
* Incidentes adversos por efeitos terapêuticos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

Fonte: DISACS - III

CITEP/MG

TABELA 48 c. MORTALIDADE PROPORCIONAL PARA O GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, DISACS, 1996

Grupo de causa	0 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 a 69		70 a 79		80 e mais		Total			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
* Acidentes Transporte	z	z	1	50,0	8	32,0	11	26,8	11	39,3	9	40,9	3	33,3	2	33,3	7	70,0	z	z	z	z	52	33,8
* Homicídios	z	z	z	z	9	36,0	18	43,9	9	32,1	7	31,8	1	11,1	z	z	z	z	z	z	z	z	44	28,6
* Suicídios	z	z	z	z	2	8,0	8	19,5	2	7,1	2	9,1	2	22,2	1	16,7	z	z	z	z	z	z	17	11,0
indeterminada	1	33,3	z	z	1	4,0	2	4,9	z	z	z	z	z	z	z	z	1	10,0	z	z	z	z	5	3,2
* Quedas acidentais	z	z	z	z	z	z	1	2,4	2	7,1	2	9,1	1	11,1	1	16,7	z	z	z	z	z	z	8	5,2
estranhos	2	66,7	1	50,0	5	20,0	1	2,4	4	14,3	2	9,1	2	22,2	2	33,3	2	20,0	5	62,5	5	62,5	26	16,9
* Outros por arma de fogo	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z
* Reação anormal por atos cirúrgicos	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z
* Acidentes por fogo e chama	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z
* Efeitos adversos por drogas	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z
terapêuticas	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z
* Intoxicações acidentais por drogas	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z
* Incidentes adversos por efeitos	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z
terapêuticos	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>41</b>	<b>99,9</b>	<b>28</b>	<b>99,9</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>87,5</b>	<b>154</b>	<b>100,0</b>	<b>154</b>	<b>100,0</b>

Fonte: DISACS - BH  
CEI/FPMAG