

Avaliação da mortalidade por causas externas segundo a classificação internacional das doenças (CID) em Goiás, no período de 2009 a 2013

Evaluation of mortality from external causes by International Classification of Diseases (ICD) in Goiás, for the period 2009 to 2013

Ana Cláudia Silva Duarte, Eduardo Henrique Alves Dos Santos, Isabela Medeiros de Ávila, Livia Oliveira*, Luis Felipe Estevam Sidney Silva, Denis Masashi Sugita.

1- Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA, Anápolis - GO - Brasil.

Resumo

Objetivo: Levantar a taxa de mortalidade por causas externas, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID), em Goiás, no período de 2009 a 2013. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo temporal (2009 a 2013), sobre mortalidade por causas externas, no estado goiano, a partir de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade. **Resultados:** Foram utilizadas as variáveis: ciclista e motociclista traumatizado em acidente de transporte, ocupante em automóvel de transporte pesado, lesões autoprovocadas intencionalmente e agressões. As taxas são mais altas na população de adultos jovens, principalmente do sexo masculino. Com relação às lesões autoprovocadas, a discrepância entre os gêneros geralmente atribui-se à maior agressividade, maior intenção de morrer e uso de meios letais entre os homens. **Conclusão:** A grande representatividade das causas externas nas taxas de mortalidade mostra que o número de agressões e acidentes constituem um problema de saúde pública no estado de Goiás e a implementação de políticas públicas é necessária para reduzir esses índices.

Palavras-chave:

Causas externas.
Mortalidade.
Prevenção de
acidentes.

Abstract

Objective: To describe the mortality rate from external causes, according to the International Classification of Diseases (ICD), in Goiás, from 2009 to 2013. **Methods:** This is a descriptive temporal study (2009 to 2013) about mortality from external causes in the state of Goiás, based on from the Mortality Information System of the Ministry of Health, supported by bibliographic research. **Results:** Were used the variables: cyclist and motorcyclist injured in transport accident, occupant in heavy transport vehicle, intentional self-harm and aggression; Verifying gender, age, schooling, race, color, marital status and place of occurrence. Rates are significantly higher in the population of young adults, especially males. With regard to self-harm, gender discrepancy is generally attributed to increased aggressiveness, greater intention to die and use of lethal means among men. **Conclusion:** The great representativeness of external causes in the mortality rates shows that the number of aggressions and accidents constitutes a problem of public health in the state of Goiás and the implementation of public politics is necessary to reduce these rates.

Keyword:

External causes.
Mortality.
Prevention of
accidents.

*Correspondência para/ Correspondence to:

Livia Oliveira: oliveira.liv@hotmail.com

INTRODUÇÃO

É consenso que, nos países desenvolvidos, foram superadas, como causas de morte prioritária, as doenças infectocontagiosas. Por outro lado, países em desenvolvimento, como o Brasil, país singular e em transição epidemiológica, há coexistência significativa de mortes por doenças infectocontagiosas, crônico-degenerativas, neoplásicas e mortes por causas externas. Esta última é responsável por grande parcela da morbimortalidade brasileira e, portanto, de grande relevância ao estudo em saúde pública.¹

As causas externas, sejam elas por acidentes ou violência, são responsáveis por muitos óbitos e sequelas, acarretando inúmeros prejuízos aos indivíduos, às famílias e à sociedade.²

Segundo estudos, em 2009, a taxa de mortalidade por causas externas, no Brasil, foi de 71,3 por 100.000 habitantes; sendo que o coeficiente na faixa etária de 0 a 9 anos foi de 12,6; no grupo de 10 a 14 anos foi de 15,0; e 79,8 na faixa etária de 15 a 19 anos.³ Entre as causas mais frequentes de óbito, o suicídio ocupa o terceiro lugar entre pessoas de 15 a 34 anos, de ambos os sexos. Embora os índices de morte intencional suicida tenham aumentado entre pessoas jovens, o idoso do sexo masculino é o grupo de maior vulnerabilidade. Para o ano de 2020, a previsão é que mais de um milhão e meio de indivíduos cometam suicídio e que a taxa de tentativas supere, em até vinte vezes, a taxa de mortalidade.⁴

O Brasil encontra-se entre os dez países de maior índice de mortalidade por suicídio. De 2003 a 2009, ocorreram 60.637 óbitos, o equivalente a 24 mortes por dia, configurando um coeficiente médio de 4,5 mortes para 100.000 habitantes. Estatisticamente, os suicídios compuseram 0,8% do total de falecimentos dos brasileiros e 6,6% do índice de mortalidade por causas externas. O risco de suicídio é diretamente proporcional ao número de tentativas e a menores intervalos de tempo entre essas tentativas.⁴

Por sua vez, desde o final dos anos setenta, os acidentes de trânsito configuram um dos maiores e mais relevantes problemas de saúde pública do país. Ao lado do aumento no número de acidentes com veículos motores e sua maciça repercussão na saúde pública referente à alta mortalidade, morbidade, anos potenciais de vida perdidos (APVP), custos e impacto para o indivíduo, sua família e sociedade; o setor da saúde, juntamente com a sociedade civil, imprimem esforços para identificar as situações em potencial de acidentes, do cuidado aos enfermos e de garantir reflexão e críticas acerca desses eventos em prol de melhor assistência aos cidadãos.^{5,6}

Dentre as causas externas, os acidentes de transporte terrestres (ATT) responderam, em 2010, por cerca de 42.844 óbitos, constituindo o segundo lugar em mortalidade no Brasil.⁷ O grupo de maior vulnerabilidade para ATT são os jovens (15 a 29 anos), especialmente do sexo masculino, devido ao seu comportamento mais destemido, agressivo e necessidade de reafirmação de masculinidade perante a sociedade. Esse comportamento de risco, associado ao uso precoce de álcool, outras drogas e a não preocupação com autocuidado, contribuem para maior exposição desse grupo ao risco de morte por ATT.⁸

Assim, utilizando o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) foi feito um levantamento de indicadores de mortalidade por causas específicas de interesse para sistemas locais, microrregiões, estados e o país, o que possibilitou a comparação do perfil epidemiológico do Brasil com outros países, a partir de informações sobre mortalidade.

Destarte, esse estudo objetivou levantar a taxa de mortalidade por causas externas, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID), em Goiás, no período de 2009 a 2013, e de forma específica, apontar as principais causas de óbitos por causas externas, em Goiás, no período de 2009 a 2013, estratificar as causas de óbitos por causas externas mais prevalentes por faixa etária, sexo, cor/raça, estado civil e escolaridade, estratificar as causas de óbitos por causas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de série temporal (2009 a 2013), sobre a avaliação da mortalidade por causas externas no estado de Goiás, construído a partir de dados obtidos do SIM do Ministério da Saúde (publicamente disponível no link www.saude.gov.br/sim).

A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio do levantamento de artigos científicos em língua portuguesa e inglesa nos bancos de dados LILACS, PubMed e MedLine, utilizando-se os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “causas externas”, “incidência”, “acidente e violência”, “mortalidade”, “saúde pública” e “prevenção de acidentes”. A partir dos descritores, obteve-se 45 artigos, publicados no período de 1979 a 2014.

Foram construídas tabelas de dados relevantes (de acordo com levantamento bibliográfico), contendo informações colhidas do SIM, referentes à mortalidade por causas externas em Goiás, referente ao período de 2009 a 2013. Foram realizadas pesquisas utilizando as seguintes variáveis: sexo, raça, faixa etária, estado civil, escolaridade e local de ocorrência relacionando-as a pedestre traumatizado em um acidente de transporte, ciclista traumatizado em acidente de transporte, motociclista traumatizado em acidente de transporte, ocupante em automóvel de transporte pesado, lesões autoprovocadas intencionalmente e agressões. Essas variáveis foram pesquisadas em 9 cidades de Goiás, cuja população é maior ou igual a cem mil habitantes, segundo o IBGE (2010): Águas Lindas de Goiás, Anápolis, Aparecida de Goiânia, Goiânia, Rio Verde e Valparaíso.

RESULTADOS

No período de fevereiro a maio, foi pesquisado, no DATASUS, as seguintes variáveis em relação de causas externas: pedestre traumatizado em um acidente de transporte, ciclista traumatizado em acidente de transporte, motociclista traumatizado em acidente de transporte, ocupante em automóvel traumatizado em acidente de transporte, ocupante em automóvel de transporte pesado, lesões autoprovocadas intencionalmente e agressões; dos municípios de Águas Lindas de Goiás (Tabela 1), Anápolis

(Tabela 2), Aparecida de Goiânia (Tabela 3), Goiânia (Tabela 4), Rio Verde (Tabela 5), verificando sexo, faixa etária, escolaridade, raça, cor, estado civil e local de ocorrência das mesmas.

Na Tabela 1, observa-se que o número de mortes por causas externas de maior acometimento em Águas Lindas de Goiás foram agressões, no sexo masculino, raça parda, entre 20 a 29 anos, solteiro, de escolaridade de 4 a 7 anos e local de ocorrência em via pública. Na Tabela 2, observamos que a morte por causa externa de destaque, em Anápolis, foi por agressões, com o sexo masculino, com pessoas pardas, entre a faixa etária de 20 a 29 anos, solteiro, com maior ocorrência em hospitais.

Na Tabela 3, foi possível observar que a morte por causa externa de maior predominância, em Aparecida de Goiânia, é por agressões no sexo masculino, parda, entre 20 a 29 anos, solteiro, número maior em escolaridade foi o ignorado e o local de maior ocorrência é a via pública. Na Tabela 4, é possível notar que, em Goiânia, a maior mortalidade foi por agressões (3.227 casos), seguida por acidentes de transporte, relacionados a veículos motociclísticos (1.032 casos). Ambos tiveram uma predominância da cor parda, sexo masculino, faixa etária de 20 – 29 anos e de pessoas solteiras. Fica evidente que a violência é uma importante causa de mortalidade em grandes centros urbanos (capital do estado de Goiás).

Na Tabela 5, é possível notar, como dados mais relevantes do município de Rio Verde, uma predominância de acidentes de transporte no sexo masculino, cor parda, solteiros, escolaridade ignorada, além de hospitais e vias públicas como locais de ocorrência. Percebe-se também uma falta de informações a respeito de agressões e lesões autoprovocadas intencionalmente no município.

Em todas as cidades pesquisadas, o número de lesões autoprovocadas foi maior em homens do que em mulheres. Em Goiânia, houve suicídios no sexo masculino e 136 no sexo feminino. Todavia, em algumas cidades, como Águas Lindas de Goiás, houve 19 suicídios no sexo masculino e 1 no sexo feminino, mostrando a enorme discrepância sobre esse tipo de mortalidade por causas externas em cidades mais interioranas.

Tabela 1: Distribuição da mortalidade por causas externas no município de Águas Lindas de Goiás, no período de 2009 a 2013, segundo variáveis epidemiológicas diversas.

		I	II	III	IV	V	VI	VII	Total
Sexo	Masculino	24	1	8	20	2	19	445	521
	Feminino	8	-	-	4	2	1	36	51
	Ignorado	-	-	-	-	-	-	3	3
Raça	Branca	3	-	-	3	-	1	23	30
	Preta	1	-	-	-	-	1	21	23
	Amarela	-	-	-	-	-	-	-	-
	Parda	28	1	8	21	4	18	436	516
	Indígena	-	-	-	-	-	-	-	-
	Ignorado	-	-	-	-	-	-	4	4
	-1	-	-	-	1	-	-	-	1
	1 a 9	3	-	-	-	-	-	-	3
	10 a 19	1	-	1	1	2	-	112	116
Faixa Etária	20 a 29	10	-	3	6	-	2	186	207
	30 a 39	3	1	2	9	1	6	105	127
	40 a 49	5	-	1	2	1	8	51	68
	50 a 59	3	-	1	2	-	2	13	21
	60 a 69	4	-	-	1	-	1	1	7
	70 a 79	2	-	-	2	-	-	2	6
	80 ou +	1	-	-	-	-	-	-	1
	Ignorado	-	-	-	-	-	-	5	5
	Solteiro	14	1	6	15	4	10	399	449
	Casado	12	-	1	5	-	6	46	70
Estado Civil	Viúvo	-	-	-	-	-	-	4	4
	Separado	2	-	1	1	-	3	13	20
	Outro	1	-	2	2	-	1	13	17

Legenda: I. Pedestre traumatizado em um acidente de transporte. II. Ciclista traumatizado em um acidente de transporte. III. Motociclista traumatizado em um acidente de transporte. IV. Ocupante de automóvel traumatizado em um acidente de transporte. V. Ocupante de veículo em transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte. VI. Lesões autoprovocadas

Tabela 2: Distribuição da mortalidade por causas externas no município de Anápolis, no período de 2009 a 2013, segundo variáveis epidemiológicas diversas.

		I	II	III	IV	V	VI	VII	Total
Sexo	Masculino	96	21	169	129	14	83	622	1134
	Feminino	51	6	22	43	-	29	53	204
	Ignorado	-	-	-	-	-	-	3	3
Raça	Branca	61	7	68	76	6	31	151	400
	Preta	5	-	5	8	1	6	43	68
	Amarela	-	-	-	-	-	-	1	1
	Parda	80	20	118	86	6	75	475	860
	Indígena	-	-	-	-	-	-	1	1
	Ignorado	1	-	-	2	1	-	7	11
	-1	-	-	-	4	-	-	1	5
	1 a 9	8	-	-	4	-	-	-	12
Faixa etária	10 a 19	10	4	27	13	-	10	79	143
	20 a 29	16	2	66	50	3	30	253	420
	30 a 39	12	6	48	30	6	28	175	305
	40 a 49	17	4	25	27	1	15	80	169
	50 a 59	15	5	14	24	1	13	39	111
	60 a 69	20	3	5	11	1	6	17	63
	70 a 79	30	2	5	6	2	4	7	56
	80 ou +	13	1	1	3	-	4	4	26
	Ignorado	6	-	-	-	-	2	23	31
	Estado Civil	Solteiro	53	13	101	77	4	51	407
Casado		38	10	63	50	8	23	97	289
Viúvo		25	2	2	6	-	5	7	47
Separado		8	-	2	9	-	11	36	66
Outro		4	1	7	7	1	5	35	60
Ignorado		19	1	16	23	1	17	96	173
Escolaridade	Nenhuma	20	4	5	3	1	8	12	53
	1 a 3 anos	50	9	28	38	3	25	156	309
	4 a 7 anos	21	8	56	41	3	36	270	435
	8 a 11 anos	15	1	52	47	2	17	115	249
	12 anos ou +	5	1	20	24	1	9	23	83
Local	Ignorado	36	4	30	19	4	17	102	212
	Hospital	107	17	148	132	10	38	256	708
	Outro estab. Saúde	-	-	-	-	-	-	1	1
	Domicílio	3	-	2	-	-	60	89	154
	Via Pública	36	10	39	38	4	3	256	386
	Outros	1	-	2	2	-	11	73	89
	Ignorado	-	-	-	-	-	-	3	3

Legenda: I. Pedestre traumatizado em um acidente de transporte. II. Ciclista traumatizado em um acidente de transporte. III. Motociclista traumatizado em um acidente de transporte. IV. Ocupante de automóvel traumatizado em um acidente de transporte. V. Ocupante de veículo em transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte. VI. Lesões autoprovocadas.

Tabela 3: Distribuição da mortalidade por causas externas no município de Aparecida de Goiânia, no período de 2009 a 2013, segundo variáveis epidemiológicas diversas.

		I	II	III	IV	V	VI	VII	Total
Sexo	Masculino	48	9	62	24	1	85	1085	1314
	Feminino	20	1	12	5	-	17	81	136
	Ignorado	-	-	-	-	-	-	1	1
Raça	Branca	27	4	16	8	1	29	231	316
	Preta	3	-	4	-	-	6	71	84
	Amarela	-	-	-	-	-	-	-	-
	Parda	38	6	54	21	-	66	849	1034
	Indígena	-	-	-	-	-	-	1	1
	Ignorado	-	-	-	-	-	1	15	16
Faixa Etária	-1	-	-	-	-	-	-	-	-
	1 a 9	4	-	1	2	-	-	3	11
	10 a 19	9	1	8	3	-	9	207	237
	20 a 29	6	-	24	8	-	32	500	570
	30 a 39	14	-	18	7	1	18	268	326
	40 a 49	6	2	9	6	-	25	106	154
	50 a 59	8	1	9	1	-	11	40	70
	60 a 69	9	2	4	2	-	2	14	33
	70 a 79	10	2	1	-	-	1	7	21
	80 ou +	-	2	-	-	-	3	2	7
	Ignorado	2	-	-	-	-	1	20	23
	Estado Civil	Solteiro	33	3	32	14	-	57	841
Casado		12	4	22	6	-	18	117	179
Viúvo		7	1	1	-	-	4	10	23
Separado		4	1	3	2	-	7	35	52
Outro		3	-	10	4	1	9	101	128
Ignorado		9	1	6	3	-	7	63	89
Escolaridade	Nenhuma	6	1	3	1	-	-	17	28
	1 a 3 anos	15	3	12	7	1	21	232	291
	4 a 7 anos	13	1	16	4	-	27	362	423
	8 a 11 anos	7	-	18	4	-	11	143	183
	12 anos ou +	4	-	4	-	-	9	14	31
	Ignorado	23	5	21	13	-	34	399	495

Legenda: I. Pedestre traumatizado em um acidente de transporte. II. Ciclista traumatizado em um acidente de transporte. III. Motociclista traumatizado em um acidente de transporte. IV. Ocupante de automóvel traumatizado em um acidente de transporte. V. Ocupante de veículo em transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte. VI. Lesões autoprovocadas.

Tabela 4: Distribuição da mortalidade por causas externas no município de Goiânia, no período de 2009 a 2013, segundo variáveis epidemiológicas diversas.

		I	II	III	IV	V	VI	VII	Total
Sexo	Masculino	415	149	905	203	27	338	2917	4954
	Feminino	173	12	127	91	1	136	308	848
	Ignorado	-	-	-	-	-	-	2	2
Raça	Branca	219	58	342	131	9	192	839	1781
	Preta	34	12	42	10	-	17	193	308
	Amarela	2	-	-	-	-	1	-	3
	Parda	321	86	624	147	18	247	2103	3546
	Indígena	-	-	-	-	-	1	5	6
	Ignorado	12	5	24	6	1	16	96	160
Faixa Etária	-1	2	-	2	3	-	-	2	9
	1 a 9	34	3	-	7	-	-	11	55
	10 a 19	14	8	128	24	1	29	474	678
	20 a 29	56	11	342	72	1	115	1291	1888
	30 a 39	68	27	238	64	9	98	697	1201
	40 a 49	83	24	153	30	5	92	346	733
	50 a 59	84	30	95	39	7	57	160	472
	60 a 69	77	30	37	25	3	29	68	269
	70 a 79	96	15	22	23	2	23	25	206
	80 ou +	55	8	4	5	-	17	11	100
	Ignorado	13	-	2	-	-	5	104	124
	Estado Civil	Solteiro	212	68	557	117	9	243	2211
Casado		158	57	231	103	12	119	384	1064
Viúvo		82	10	24	10	1	18	32	177
Separado		41	11	57	27	2	41	114	293
Outro		32	10	126	23	4	23	247	465
Ignorado		63	5	37	14	-	30	239	388
Escolaridade	Nenhuma	43	12	20	4	-	16	36	131
	1 a 3 anos	115	40	121	36	2	52	371	737
	4 a 7 anos	71	28	198	46	10	56	836	1245
	8 a 11 anos	47	7	185	48	5	70	469	821
	12 anos ou +	14	5	31	26	-	49	76	201
	Ignorado	298	69	477	134	11	231	1449	2669
Local	Hospital	489	152	929	260	28	174	1207	3239
	Outro estab. Saúde	6	-	5	2	-	7	86	100
	Domicílio	2	-	2	1	-	226	314	545

Via Pública	85	9	89	27	-	23	1195	1428
Outros	6	-	7	4	-	44	417	478
Ignorado	-	-	-	-	-	-	8	8

Legenda: I. Pedestre traumatizado em um acidente de transporte. II. Ciclista traumatizado em um acidente de transporte. III. Motociclista traumatizado em um acidente de transporte. IV. Ocupante de automóvel traumatizado em um acidente de transporte. V. Ocupante de veículo em transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte. VI. Lesões autoprovocadas.

Tabela 5: Distribuição da mortalidade por causas externas no município de Rio Verde, no período de 2009 a 2013, segundo variáveis epidemiológicas diversas.

		I	II	III	IV	V	VI	VII	Total
Sexo	Masculino	21	-	10	20	-	-	-	51
	Feminino	5	-	7	9	-	-	-	21
	Ignorado	-	-	-	-	-	-	-	-
Raça	Branca	6	-	1	12	-	-	-	19
	Preta	-	-	-	-	-	-	-	-
	Amarela	-	-	-	-	-	-	-	-
	Parda	12	-	14	16	-	-	-	42
Faixa Etária	Indígena	-	-	-	-	-	-	-	-
	Ignorado	8	-	2	1	-	-	-	11
	-1	-	-	-	-	-	-	-	-
	1 a 9	1	-	-	2	-	-	-	3
	10 a 19	1	-	5	2	-	-	-	8
	20 a 29	4	-	3	9	-	-	-	16
	30 a 39	2	-	2	4	-	-	-	8
	40 a 49	-	-	4	2	-	-	-	6
	50 a 59	5	-	2	4	-	-	-	11
	60 a 69	3	-	1	4	-	-	-	8
Estado Civil	70 a 79	5	-	-	-	-	-	-	5
	80 ou +	2	-	-	2	-	-	-	4
	Ignorado	3	-	-	-	-	-	-	3
	Solteiro	9	-	11	12	-	-	-	32
	Casado	2	-	3	6	-	-	-	11
	Viúvo	3	-	-	1	-	-	-	4
Escolaridade	Separado	2	-	1	1	-	-	-	4
	Outro	2	-	-	-	-	-	-	2
	Ignorado	8	-	2	9	-	-	-	19
	Nenhuma	1	-	-	1	-	-	-	2

Avaliação da mortalidade por causas externas

	1 a 3 anos	2	-	-	2	-	-	-	4
	4 a 7 anos	2	-	-	1	-	-	-	3
	8 a 11 anos	1	-	-	5	-	-	-	6
	12 anos ou +	1	-	-	-	-	-	-	1
	Ignorado	20	-	17	19	-	-	-	56
Local	Hospital	14	-	6	9	-	-	-	29
	Outro estab. Saúde	-	-	-	-	-	-	-	-

Legenda: I. Pedestre traumatizado em um acidente de transporte. II. Ciclista traumatizado em um acidente de transporte. III. Motociclista traumatizado em um acidente de transporte. IV. Ocupante de automóvel traumatizado em um acidente de transporte. V. Ocupante de veículo em transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte. VI. Lesões autoprovocada

DISCUSSÃO

No presente estudo, verificou-se que o grande número de agressões e acidentes evidenciados nas tabelas deve-se ao fruto da explosão populacional das grandes cidades. A explosão demográfica resulta em um aumento na demanda por infraestruturas e orçamentos. Em muitos bairros com alta taxa de crescimento populacional, as taxas de homicídios são mais elevadas do que em outros bairros com crescimentos menores mostrando uma clara relação entre explosão populacional e violência.⁹

O Brasil passa por um momento de interiorização da violência, pois a concentração dos homicídios presentes nas metrópoles invade o interior, à medida que o crime organizado busca novos espaços.¹⁰

A questão sobre os gêneros é geralmente atribuída a maior agressividade, maior intenção de morrer e uso de meios mais letais entre os homens. A história social nos fala que os homens têm mais acesso a meios letais, como armas de fogo; enquanto as mulheres frequentemente estão menos expostas a sentimentos de falência causados por insucesso financeiro, competitividade e impulsividade, que são fatores de risco para o suicídio. Além disso, as mulheres são mais religiosas, o que pode se tornar um fator de proteção para o suicídio.

As mulheres tendem a desenvolver mais estratégias para lidar com situações difíceis, por serem submetidas a frequentes mudanças de papéis ao longo da vida, além de reconhecerem com mais facilidade sinais de risco de suicídio e de buscarem mais ajuda profissional.¹¹ As lesões autoprovocadas são consideradas problema de saúde pública, pois constituem um sinalizador de sofrimento de indivíduos, cuja ação geralmente está relacionada a um sentimento de impossibilidade de alternativas viáveis para a solução de seus conflitos e sofrimentos, optando pelas tentativas de tirar a própria vida, como resposta.¹²

O Brasil, por sua vez, figura entre os dez países que registram os maiores números absolutos de lesões autoprovocadas. Os mesmos autores

apontam que 15% a 25% das pessoas que tentaram suicídio repetirão a tentativa em até um ano, enquanto 10% delas evoluirão para óbito, por esta causa, no intervalo de 10 anos.¹³

Com relação às agressões, o que mais chama a atenção foi o estado civil. De maneira geral, destaca-se o elevado número de casos em vítimas solteiras em relação aos casados, levantando a questão de quais fatores levaram a tamanha diferença no número de casos por esse tipo de causa externa.

Um estudo epidemiológico da violência por arma branca no município de Porto Grande, Amapá, observou uma maior participação de solteiros em relação aos casados e de união estável. Possivelmente, esse fato pode estar relacionado à idade das vítimas, uma vez que 24% dos casos estão na faixa etária de 15 a 19 anos, período em que, frequentemente, projetos de vida não são concretos. Os autores também acreditam que um projeto de vida em conjunto, aspectos que envolvam a família e possíveis perdas, estejam relacionados à menor frequência de vítimas em união estável e casados.¹⁴

O sexo masculino, principalmente os mais jovens, ocupam um papel de grande importância nas mortes por agressões. Em 2002, 80% das mortes por agressão acometeram homens. Os autores afirmam que as ocorrências de mortalidade por agressão no sexo masculino advêm de modelos culturais de gêneros, nos quais a violência faz parte da criação e funcionam como meio de afirmação da masculinidade.¹⁵

Em termos regionais, o Sudeste e o Nordeste se mostraram como as regiões com maior representatividade no número de mortalidade do sexo masculino por agressão. Ao abrigar as maiores cidades do país, com áreas urbanas de grande densidade populacional, a região Sudeste tem grande destaque nesse tipo de mortalidade. Sabe-se, ainda, que nas vias públicas e nos bares, que, na grande maioria das vezes são frequentados por homens e associados a uso de bebidas alcoólicas, ocorrem a grande parcela de agressões letais e não letais.¹⁵

Já a região Nordeste apresenta o predomínio de uma cultura machista e o uso de

álcool se relaciona com o grau de virilidade, mostrando que esses fatores são estruturantes da cultura de gênero desse local.¹⁵ O grupo com maior taxa de mortes por agressão são os jovens de 20 aos 29 anos de ambos os sexos, sendo que os homens tem risco 15,2 vezes maior que as mulheres. O envolvimento de jovens nos eventos de mortes por agressão tem sido analisado e relacionado com aspectos socioestruturais. Observam-se que as más condições de vida, desigualdades socioeconômicas e falta de escolarização e consequente dificuldade na inserção deste no mercado de trabalho têm sido atribuídas ao aumento do número de mortes por atos de violência.¹⁵

Isso representa grande prejuízo para sociedade, ao ser privada do potencial intelectual e econômico das vítimas que estão entrando no mercado de trabalho. Isso mostra o quanto os meios de transporte ainda usurpam a vida, principalmente de jovens em idades produtivas, acarretando um prejuízo, não só econômico, mas também emocional para a família dessas vítimas.

Os acidentes de trânsito, em sua grande maioria, são resultados de um conjunto de ações, as quais podem decorrer da desorganização do trânsito, da fiscalização deficiente, das condições dos veículos, do comportamento dos usuários e da impunidade dos infratores; mas também podem ocorrer em virtude do grande número de veículos em circulação, principalmente as motocicletas, as quais, atualmente, tem conquistado uma ampla adesão por parte dos usuários, tendo aumentado sua aceitabilidade pela população, por se tratar de um veículo ágil, econômico e de custo e manutenção reduzidos.¹⁶

A alta prevalência de acidentes com motociclistas em Goiânia sugere a cidade atravessa um período de transição econômica próprio de países em desenvolvimento, com aumento de vítimas vulneráveis oriundas da crescente classe média, que compra veículos motorizados particulares, de menor custo e maior agilidade, como as motocicletas.⁶

No caso de Anápolis, por ser o terceiro município mais populoso de Goiás, seus dados se assemelham à Goiânia e Aparecida de Goiânia, ou seja, embora ambas sobressalentes, agressões prevalecem sobre acidentes de

transporte. Essa cidade tem apresentado crescimento populacional com grande urbanização e expansão do setor industrial juntamente com amplificação da rede rodoviária estadual. Esse aumento demográfico, que bastante se deve à imigração de pessoas de outros municípios goianos, de outros estados ou até mesmo de outros países, em busca de oportunidades socioeconômicas, tem modificado o estilo de vida anapolino, aproximando-se do estilo de vida de uma capital, baseados na economia de consumo, inserida em um regime capitalista.

Logo, essa transformação socioeconômica e cultural acompanhado de aumento de veículos automotores no tráfego, infraestrutura precária e direção perigosa (como alta velocidade) podem estar relacionadas a essa substancial mortalidade por acidentes de transporte terrestre.^{6,17,1}

A economia de Anápolis envolve o setor agroindustrial, com industrialização automobilística, farmoquímica, agricultura e criação de animais. Essa característica da cidade juntamente com a localização periférica do DAIA (Distrito Agroindustrial de Anápolis), próxima à rodovia federal, pode contribuir com o número de acidentes por transporte terrestre, pela exposição maior ao risco de acidentes graves envolvendo veículos de grande porte, como veículos de carga, que trafegam diariamente na via pública.¹⁸

A grande representatividade das causas externas nas taxas de mortalidade mostra que o número de agressões e acidentes constituem um problema de saúde pública no estado de Goiás. Nota-se que o sexo masculino, raça parda, estado civil solteiro, faixa etária mais jovem e a baixa escolaridade foram prevalente na maioria dos itens de mortalidade por causas externas analisados nos municípios selecionados, mostrando a necessidade de programas e ações que atingem essa parcela vulnerável da população.

A comparação com a literatura permite concluir que os fatores que influenciam o aumento da taxa de mortalidade por causas externas têm cunho social, econômico e cultural e a implementação de políticas públicas tem a finalidade de reduzir os índices de mortalidade por causas externas, como a Política Nacional

de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência.

Observa-se uma elevada mortalidade por agressões, acidentes de transporte e lesões autoprovocadas. As agressões, destacando-se alta taxa de homicídio, são evidentes em cidades interioranas que dependem socioeconomicamente, de serviços de saúde e do mercado de trabalho de grandes cidades, além dos equipamentos de segurança pública serem escassos e ineficientes, não atendendo à demanda da população, como é o caso de Valparaíso de Goiás, Águas Lindas de Goiás e Luziânia.

Acidentes de transporte (principalmente de motociclistas) são majoritários em cidades com grande número de motociclistas, precária infraestrutura de trânsito, imprudência de motoristas, fiscalização deficiente e do grande número de automóveis e número de habitantes, como é o caso de Goiânia e Anápolis. Lesões autoprovocadas são frequentes em cidades muito populosas, como Goiânia, Aparecida de Goiânia, Anápolis e Luziânia. Alguns possíveis fatores predisponentes como genética, fatores demográficos (idade e sexo), fatores culturais, fatores nosológicos (doenças mentais, físicas crônicas, incuráveis), fatores psicológicos, fatores sociais e ambientais (isolamento social, condições de vida e perdas materiais, abuso de álcool e drogas) tentam justificar esse índice nesses municípios.

Destaca-se, porém, o nítido número de casos ignorados ou a falta de informações nas demais cidades, impossibilitando uma análise mais realista da mortalidade por causas externas nessas regiões, seja por falha de notificação do sistema e seus operantes ou devido a uma baixa mortalidade verdadeira nesses parâmetros.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram a inexistência de conflito de interesses.

Forma de citar este artigo: Duarte ACS, Santos EHA, Ávila IM, Oliveira L, Silva LFES, Sugita DM Avaliação da mortalidade por causas externas segundo a classificação internacional das doenças (cid) em Goiás, no período de 2009 a

2013. Rev. Educ. Saúde 2018; 6 (1): 10-22.

REFERÊNCIAS

1. D'ávila AMMP, Oliveira AB, Goldbaum M. Mortalidade por causas externas no município de São José do Rio Preto, no período de 1996-1998. Rev. Ribeirão Preto, 2004; 37(1):97-105.
2. Costa FAMM, Trindade RFC, Santos CB. Mortes por homicídios: série histórica. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto. 2014; 22(6):1017-25.
3. Martins CBG, Jorge MHPM. Óbitos por causas externas em Cuiabá, 0 a 24 anos: perfil das vítimas e famílias segundo a intencionalidade. Rev. bras. epidemiol. 2013;16(2): 454-68.
4. Vidal CEL, Gontijo ECDM, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. Cad. Saúde Pública. 2013; 29 (1):175-87.
5. Minayo MCS, Deslandes SF. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2009; 14(5):1641-49.
6. Caixeta CR, Minamisava R, Oliveira LMAC, Brasil VV. Morbidade por acidentes de transporte entre jovens de Goiânia, Goiás. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2010 July [cited 2016 Dec 15]; 15(4): 2075-2084.
7. Papa MAF, Wisniewski D, Cristina IK, Carlos FAM, Yolanda DME, Laura MM. Mortalidade por acidentes de trânsito terrestre: análise comparativa. Cogitare enferm., Curitiba. 2014;19(1):49-56.
8. Moura AC, Gomes R, Falcão MTC, Schwarz E, Neves ACM, Santos W. Desigualdades de gênero na mortalidade por causas externas no Brasil, 2010. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2015 Mar [cited 2016 Dec 15] ; 20(3): 779-788., v. 20, n. 3, p. 779-788, Mar. 2015.
9. Chesnais JC. A violência no Brasil: causas e recomendações políticas para a sua

prevenção. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 1999 [cited 2016 Dec 15]; 4(1): 53-69.

10. Costa FAMM, Trindade RFC, Santos C B. Mortes por homicídios: série histórica. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto. 2014; 22 (6): p.1017-25.

11. Machado D B, Santos D N.. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. J. bras. psiquiatr. [Internet]. 2015 Mar [cited 2016 Dec 15]; 64(1): 45-54.

12. Krug EG, Dahlberg LL, James AM, Anthony BZ, Lozano R. World report on violence and health, 2002, Geneva. World Health Organization. Geneva, 2002.

13. Botega N. Debate- matéria de capa: prevenção do suicídio. Revista Debates, [S.l.]. 2010; 2(1):15-17.

14. Guimarães JMX, Vasconcelos EE, Cunha RS, Melo RD, Pinto LF. Estudo epidemiológico da violência por arma branca no município de Porto Grande, Amapá. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2005 Apr [cited 2016 Dec 15]; 10(2): 441-451.

15. Souza ER, Gomes R, Silva JG, Correia RSC, Silva MMA. Morbimortalidade de homens jovens brasileiros por agressão: expressão dos diferenciais de gênero. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 Dec [cited 2016 Dec 15]; 17(12): 3243-3248.

16. Oliveira NLB, Sousa MC. Diagnóstico de lesões e qualidade de vida de motociclistas, vítimas de acidentes de trânsito. Rev Latino Am Enfermagem. 2003; 11(6): 749-56.

17. Castro JDB. Anápolis, progresso e desenvolvimento, um estudo econômico sobre a cidade centenária. Rev. de Economia da UEG. 2009; 5(1): 20-39.

18. Andrade SM, Jorge M H P M. Características das vítimas por acidentes de transporte terrestre em município da região sul do Brasil. Rev. de Saúde Pública. 2000; 34(2):14