

MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS EM CRIANÇAS, ADOLESCENTES E JOVENS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Mortality by External Causes in Children, Teenagers and Young Adults: a Bibliographic Review

Karla Fonseca de Matos¹, Christine Baccarat de Godoy Martins²

-
1. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso.
 2. Enfermeira. Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Docente da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT).

► **CONTATO:** Karla Fonseca de Matos | Rua 04, Quadra 07, Casa 16, CPA 3 Setor 2 | CEP 78058-330 | Cuiabá | MT | Brasil | Telefone: (65) 3646-4071 | Email: karla.matos88@gmail.com

Resumo

O estudo objetivou identificar na literatura dos últimos cinco anos acerca da mortalidade por causas externas em crianças, adolescentes e jovens. As causas externas têm determinado um importante impacto na saúde das populações de vários países do mundo, principalmente entre crianças e jovens. Trata-se de um estudo bibliográfico desenvolvido no período de janeiro a dezembro de 2010. A busca foi realizada a partir das bases de dados MedLine, Lilacs, Scielo, Periódicos Capes e em sites oficiais, sendo encontrados ao total 69 trabalhos, consistindo em 43 artigos, 5 dissertações, uma tese, 13 relatórios e manuais e 7 políticas de enfrentamento e prevenção à violência. Os trabalhos encontrados abordavam dados epidemiológicos, fatores associados ao evento, o impacto para o setor saúde e social, importância da prevenção e as políticas públicas em relação à mortalidade por causas externas. No Brasil, dentre os óbitos por causas externas, as agressões e os acidentes de transporte ocupam o primeiro e o segundo lugar. A mortalidade por causas externas constitui-se um problema de etiologia multifatorial, envolvendo vários níveis de influência, desde o nível individual até o social. As causas violentas podem ocasionar consequências que geram altos custos econômicos, emocionais e sociais. No Brasil, e até mesmo internacionalmente, o perfil das vítimas da mortalidade por causas externas delinea as seguintes características: jovens, do sexo masculino, com baixo nível socioeconômico e da etnia negra. Percebe-se uma produção de políticas voltadas para a problemática. Por fim, compreendemos a importância deste tema, uma vez que as causas externas são passíveis de prevenção.

PALAVRAS-CHAVE: Causas externas; Criança; Adolescente; Mortalidade.

Abstract

This study aimed to on the literature of the last five years about mortality by external causes in children, teenagers and young adults. In many countries around the world the external causes have determined an important impact in populations health, mainly among children and young adults. This is a bibliographical study conducted during the period from January to December 2010. The search was performed from the databases MedLine, Lilacs, Scielo, Capes Periodicals and official web sites, and found to total 69 publications, with 43 papers, 5 dissertations, 1 thesis, 13 reports and manuals and 7 confrontation policies and violence prevention. The articles found addressed epidemiological data, factors related to an event, the impact on health and social sector, the matter of prevention and public policies related to mortality by external causes. In Brazil, among the deaths by external causes, the aggression and the transport accidents have taken the first and second place. The mortality by external causes are a multifactorial etiology problem, covering many levels of influence, since the individual level until the social. The consequences of violent causes can bring high economic, emotional and social costs. In Brazil and even abroad, the victims of mortality by external causes profile are: young, male, with low social-economic level and black ethnicity. Perceives a policies production for the problem. Lastly, we understand the matter of this theme, once the external causes can be prevent.

KEYWORDS: External Causes; Children; Teenager; Mortality.

Introdução

Os acidentes e as violências, sob a denominação de causas externas (causas não intencionais e intencionais)¹ configuram-se como um dos mais importantes temas da atualidade, tornando-se um dos mais sérios problemas de saúde pública no mundo^{2,4}.

O Ministério da Saúde⁵ (MS) define como acidente “o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer”. Ainda segundo o MS⁵, entende-se por violência o evento representado por ações realizadas intencionalmente por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros.

Os acidentes e as violências configuram um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais – devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de

acidentes – e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças – CID 10 – sob a denominação de causas externas (capítulo XX da CID 10)¹. Quanto à natureza da lesão, tais eventos e ou agravos englobam todos os tipos de lesões e envenenamentos, como ferimentos, fraturas, queimaduras, intoxicações, afogamentos, entre outros (capítulo XIX da CID 10).

Ao se analisar as causas externas sob o prisma dos segmentos populacionais, observam-se peculiaridades marcantes, tanto em relação à frequência quanto às características e circunstâncias. No grupo infanto-juvenil (faixa etária de 0 a 24 anos de idade) as causas externas ocupam as primeiras colocações como causa de mortalidade⁶⁻⁸. A criança, por sua imaturidade, curiosidade e intenso crescimento e desenvolvimento⁹⁻¹⁰, e o adolescente, em decorrência da marginalidade, da exposição a drogas, entre outros eventos negativos¹¹⁻¹². Enquanto na infância o ambiente doméstico é o principal local onde são gerados esses agravos, na adolescência

o espaço extradomiciliar tem prioridade no perfil epidemiológico das causas externas^{6,9,13}.

Estima-se¹⁴ que, em 2004, cerca de 830.000 jovens com idade de 18 anos morreram em consequência de lesões não intencionais. Globalmente, mais de 95% de todas as mortes por causas externas em crianças ocorrem em países em desenvolvimento. Embora a taxa de mortalidade infantil seja muito menor entre crianças de países desenvolvidos, as lesões intencionais e não intencionais ainda são uma das principais causas de morte, responsáveis por cerca de 40% de todos os óbitos infantis.

No Canadá¹⁵, as causas externas foram a principal causa de morte e morbidade em adolescentes entre 15 e 19 anos no período de 1979-2003. Em San Diego¹⁶, no período de 2000-2006, de todas as mortes na faixa etária de 0-17 anos, 8,8 óbitos (100.000 habitantes) foram decorrentes de causas externas.

Atualmente, milhares de crianças morrem a cada ano de acidentes ou violência, e milhões de outras sofrem as consequências de lesões não fatais¹⁴, contribuindo para a perda de anos potenciais de vida¹⁷. Quanto à morbidade, para cada morte de menor de 18 anos, estima-se que há 12 crianças internadas em hospital ou com invalidez permanente e 34 que necessitam de cuidados médicos ou não foram à escola ou trabalho por causa de uma lesão¹⁴.

No Brasil¹⁸, as causas externas são a terceira causa de mortalidade na população geral. No período de 1980 a 2006, registraram-se 2.824.093 óbitos por causas externas, sendo 850.559 na década de 1980, 1.101.029 entre 1990 e 1999, 872.505 no período de 2000 a 2006.

Apesar da magnitude dos dados, ainda se torna necessário conhecer melhor as diferentes faces que envolvem o evento. Neste sentido, o objetivo do estudo foi identificar na literatura dos últimos cinco anos as publicações sobre mortalidade por causas externas em crianças, adolescentes e jovens, no sentido de contribuir para ampliar o conhecimento

sobre o tema e subsidiar a discussão e reflexão nos diferentes segmentos.

Metodologia

Trata-se de um estudo bibliográfico acerca das causas externas na infância, adolescência e juventude, desenvolvido no período de janeiro a dezembro de 2010, durante a elaboração de dissertação de mestrado, defendida junto à Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Foram selecionados artigos publicados entre 2005 e 2010 nas bases de dados MedLine, Lilacs, Scielo, Periódicos Capes e sites oficiais (Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde).

Utilizaram-se como descritores: causas externas, mortalidade, injúria, infância, criança e adolescente, não se fazendo restrição aos idiomas português, espanhol e inglês. Foram utilizados como critérios de seleção dos artigos: ter sido publicado entre os anos de 2005 e 2010 e estar disponível on-line gratuitamente. O conhecimento produzido foi organizado nas seguintes categorias de análise: dados epidemiológicos, impacto das causas externas, fatores associados às causas externas, políticas desenvolvidas na atenção às causas externas, importância da prevenção.

Resultados e Discussão

1. Produção Científica

Foram encontrados 69 trabalhos referentes à mortalidade por causas externas em crianças, adolescentes e jovens (Quadro 1).

Quadro 1. Distribuição dos trabalhos segundo sua categoria.

CATEGORIA DOS TRABALHOS	N
Artigo original	43
Dissertação	05
Tese	01
Relatórios e manuais	13
Políticas de enfrentamento e prevenção	7
TOTAL	69

2. Dados epidemiológicos

2.1 Alguns dados internacionais

Vários estudos apontam que as causas externas se modificam conforme o nível de desenvolvimento do país, com queda na mortalidade nos países desenvolvidos. Pesquisas desenvolvidas no Canadá^{15,19} ao analisarem a mortalidade por causas externas em menores de 15 anos no Canadá, no período de 1979-2003, encontraram como a principal causa os acidentes de transporte, seguido por asfixia.

Em estudo em San Diego¹⁶, onde analisaram as lesões fatais no grupo etário de zero a 17 anos no período de 2000-2006, as causas mais prevalentes de óbito foram os acidentes de transporte (40,2%), seguidos por asfixia (22,7%), homicídio (24,2%) e suicídio (9,4%). Outro estudo²⁰ realizado na Estônia sobre as mortes por causas externas em crianças de zero a 14 anos, no período de 2001-2005, e também verificaram a asfixia e os acidentes de transporte como as principais causas de morte. A asfixia foi principalmente em crianças menores de um ano e os acidentes de transporte em maiores de um ano. Na Escócia²¹, no período de 2002-2006, as principais causas de morte também foram os acidentes de transporte e a asfixia.

Há estudos que apontam uma tendência de declínio na mortalidade em alguns tipos de causas externas e aumentos significativos em outros no grupo etário jovem. No Canadá^{15,19}, pesquisadores encontraram uma tendência de declínio na maioria das causas de mortalidade por causas externas, com exceção da asfixia e o suicídio. As lesões autoinfligidas, por sua vez, apresentaram tendência de crescimento, principalmente o suicídio por enforcamento, levando a um aumento significativo da asfixia em crianças de 10-14 anos. Estudo²¹, no período de 2002-2006 na Escócia, também encontrou tendência de declínio nas mortes por causas externas em menores de 15 anos, contudo o suicídio mostrou uma leve tendência de aumento na faixa etária de 10-14 anos.

2.2 Panorama Nacional

Desde a década de 1980 o Brasil vem apresentando elevação nas taxas de mortalidade por causas externas, constituindo-se esta a terceira causa de mortalidade na população geral¹⁸.

Um estudo²² sobre os acidentes e violências no Brasil e suas capitais, em 2002-2003, verificou que, em 2003, a taxa de mortalidade por causas externas nas capitais brasileiras variou de 53,8 a 120,1 por 100 mil habitantes. Entre todas as capitais, sete delas apresentaram taxas de mortalidade por causas externas maiores que 90 por 100 mil habitantes: Porto Velho, Boa Vista, Macapá, Recife, Vitória, Rio de Janeiro e Cuiabá.

Dentre os óbitos brasileiros por causas externas, as agressões (homicídio) e os acidentes de transporte estão se alternando entre o primeiro e o segundo lugar²³. Ainda segundo o estudo, em 1980, as agressões representavam 29,9% e ao final de 2005 atingiram 56,1% de todos os óbitos por causas externas, sendo que os acidentes de transporte sofreram uma leve redução, passando de 24,5% em 1980, para 23,7% em 2005. Outro estudo²⁴, no qual foi descrita a mortalidade por causas externas entre a população residente em São Paulo, no ano de 2005, encontrou que a maioria dos óbitos foi devido aos homicídios (32,6%), seguido dos acidentes de transporte (25,8%), ambos com incidência em maior proporção na faixa etária de 20 aos 29 anos.

Outra casuística²⁵ avaliou a evolução da mortalidade por causas violentas em menores de 19 anos, em Feira de Santana, no período de 1979-1999. Os acidentes (quedas, afogamentos, acidentes com fogo e chama) representaram os maiores coeficientes de mortalidade tanto no grupo etário menores de 15 anos quanto na faixa de 15 a 19 anos, no triênio de 1979-1981. Foi verificado o aumento expressivo (230,0%) dos óbitos por acidentes de trânsito em menores de 15 anos, assumindo o segundo lugar entre as causas de morte, principalmente a partir de 1994. Os homicídios apresentaram expressivo crescimento (21 vezes maior) a partir da década de 90, na faixa

etária de 15 a 19 anos. Os autores ainda chamam a atenção para a transição epidemiológica do perfil de mortalidade a partir da década de 90 e, como consequência, o aumento das taxas de mortalidade por acidentes de transporte e homicídios. Outro estudo²² mostrou que, no ano de 2003, 51.043 brasileiros foram assassinados no país, sendo quase 140 mortes por dia, predominando a faixa etária dos 15 aos 29 anos (40,3%).

Nos países em desenvolvimento, o suicídio está entre a terceira e quarta causa de morte por causas externas entre os jovens, dados semelhantes aos encontrados em estudos dos países desenvolvidos^{12,26-27}. Porém as taxas de mortalidade por suicídio, embora apresentem pequeno crescimento ao passar de 3,5 por cem mil habitantes em 1991 para 4,0 por cem mil em 2000, não são tão significativas, quando comparadas nacionalmente com os índices de homicídio e internacionalmente com as taxas de vários países da Europa e os da América do Norte, embora estejam elevadas em algumas cidades brasileiras e se incrementando na população jovem masculina²⁶.

3. Impacto das Causas Externas

As causas externas têm determinado um importante impacto em vários países do mundo, com consequências econômicas, emocionais e sociais, que se traduzem em dias de ausência no trabalho, custos para o sistema de saúde, demanda aos serviços sociais, perda de vida produtiva por morte, danos mentais e emocionais incalculáveis para as vítimas e famílias. É difícil calcular o impacto exato de todos os tipos de violência sobre os sistemas de saúde ou os seus efeitos sobre a produtividade econômica em todo o mundo^{10,28-29}. Conceitualmente, o custo econômico pode ser classificado como direto e indireto, sendo o primeiro os gastos com a atenção médica, tratamento, exames complementares, internação e reabilitação. O segundo diz respeito à perda de dias de trabalho, menor produtividade, danos materiais. Ainda existem os custos de mensuração mais difícil, gerados pelo impacto social, os quais podem ter

reflexos no ambiente econômico. Além disso, há o custo humano de dor e sofrimento.

Pesquisa²⁹ mostrou que o Brasil deixou de arrecadar US\$ 20 bilhões entre 1998 e 1999 com o turismo, em razão do impacto negativo da violência no país. Também observaram que é forte o impacto dos acidentes e violências nos custos hospitalares, uma vez que estas causas ocuparam o sexto lugar em número de internações, mas em terceiro lugar no valor total pago pelo SUS, consistindo assim no valor de R\$155.091.524,39 dos cofres públicos.

Estudo³ apontou que as vítimas de violência doméstica e sexual desenvolvem mais problemas de saúde, custos significativamente mais altos de tratamento e consultas mais frequentes aos atendimentos de emergência durante toda a sua vida do que os que não sofreram tais abusos.

Outra consequência importante das causas violentas é a mortalidade e os anos potenciais de vida perdidos (APVP). Os anos potenciais de vida perdidos é um indicador de saúde que traduz o número de anos que uma pessoa, morta prematuramente, poderia ter vivido. Tem como objetivo permitir a comparação da importância relativa das diferentes causas de morte para uma dada população. O seu cálculo leva em consideração o estabelecimento de um limite de idade para referência abaixo do qual a morte é considerada prematura. Este limite costuma ser fixado em 65 ou 70 anos. O controle dos óbitos por causas externas revela-se, assim, como de grande importância na luta pela redução das mortes precoces³⁰⁻³¹.

4. Fatores Associados às Causas Externas

A mortalidade por causas externas constitui-se um problema de etiologia multifatorial, envolvendo desde o nível individual até o social. Vários autores apontam algumas características associadas a estas causas, tais como: a idade jovem^{10,13,22,32}, o sexo masculino^{16,33-34}, a etnia negra³⁵⁻³⁶, o baixo nível socioeconômico e de escolaridade^{9,37-38}.

Pesquisadores³⁹ analisaram a mortalidade por causas externas em adolescentes no estado do Ceará, em 2000, e observaram que estas causas constituíram a principal causa de óbito na faixa etária de 10 a 19 anos. Estudo⁴⁰ sobre a mortalidade por causas externas no Espírito Santo, no período de 1979 a 2003, observou que na faixa etária de 15 a 49 anos concentraram-se cerca de 70% dos óbitos por estas causas. Autores²² descreveram a morbidade e mortalidade por acidentes e violência no Brasil e suas capitais em 2002-2003 e identificaram, nas faixas etárias que compreendem os adolescentes e os adultos jovens (dos 15 aos 29 anos), as taxas de mortalidade por homicídios mais altas do que as verificadas na população geral.

Os adolescentes e os jovens têm sido frequentemente identificados como as principais vítimas das causas externas. Fatores como inexperiência, busca de emoções, prazer em experimentar situações de risco, impulsividade e o acesso a armas, álcool, drogas, parecem estar associados aos comportamentos deste grupo etário⁹.

O predomínio do sexo masculino entre as vítimas de acidentes ou violências tem sido constantemente relatado. Estudo⁴¹ encontrou que, no período de 1991 a 2000, a taxa média de mortalidade masculina por causas externas foi de 119,6 por 100 mil habitantes, sendo cinco vezes maior do que a taxa média observada para as mulheres de 24 por 100 mil habitantes. Em Macapá também há a maior sobremortalidade masculina (10,3 mortes masculinas para cada óbito feminino). João Pessoa também apresenta um risco masculino (nove vezes maior que o feminino). Em outras capitais como Recife, Vitória, São Paulo e Cuiabá, observam-se taxas masculinas em torno de sete vezes maiores que as taxas femininas. Outra casuística⁴² encontrou que praticamente 90% do total de óbitos juvenis por causas violentas são de homens.

As representações históricas e constitutivas das culturas de gênero explicam, em grande parte, a maior vulnerabilidade dos homens em relação a

esses agravos. Um fator cultural é a maior liberdade que é dada aos meninos e em compensação uma maior vigilância sobre as meninas. Outro fator diretamente ligado às mortes por homicídio e acidentes de transporte é o acesso mais fácil dos homens a armas de fogo e a carro. Há que se ressaltar que a arma e o carro são inseridos na vida dos meninos desde criança como brinquedos e passam a fazer parte do seu cotidiano.

Em relação à raça³⁵ os negros têm maior perda de anos potenciais de vida por homicídio e acidentes de transporte. Estes são considerados vítimas de homicídio duas vezes mais que brancos⁴³. A etnia em si não é considerada um fator de risco, mas a inserção social adversa de um grupo racial/étnico se constitui em característica de vulnerabilidade²⁷. Estes últimos autores, por exemplo, verificaram a etnia como um importante marcador de desigualdade social, sendo a chance de morte entre negros aproximadamente quatro vezes maior que entre brancos. As diferenças étnicas associam-se a desigualdades sociais e condicionam a forma de viver e de morrer de grupos populacionais.

A Organização Mundial de Saúde¹⁴ traz uma ampla variedade de fatores socioeconômicos associados às causas externas, como a renda familiar, a escolaridade materna, a idade materna, número de filhos. Também relatam que, em família com renda baixa, os pais podem não ser capazes de supervisionar adequadamente os filhos, que às vezes são deixados sozinhos ou na companhia de um irmão, para que os pais possam trabalhar. Além disso, crianças que vivem em situação de pobreza podem ser expostas a perigos ambientais diversos, tais como estruturas físicas que propiciam o acidente, espaços inadequados para lazer, exposição à rua e suas ameaças, entre outros^{10,13}. Nesses mesmos espaços sociais os jovens costumam ser recrutados para o exercício de atividades ilegais, muitas vezes transformando-se em agentes de violência (contra seus companheiros e parceiras) e em vítimas.

As mortes por causas violentas entre a faixa etária mais jovem, de baixas condições socioeconômicas e com níveis de escolaridade

baixos, são relatadas por muitos autores como uma complexa rede de fatores que envolvem as mortes por causas externas.

5. Políticas Desenvolvidas na Atenção às Causas Externas

Em toda a sociedade ocidental, mais particularmente no Brasil, é na década de 1980 que o tema causas violentas ganha prioridade na agenda de debates políticos e sociais e no campo programático da saúde. Oficialmente somente a partir da década de 1990, a Opas e a OMS começaram a falar especificamente do tema violência⁴⁴.

No Brasil, a consideração do tema violência na área da saúde vem se fazendo de forma fragmentada e progressiva. A sensibilização em relação à importância do tema como pauta para a ação de saúde se inicia pioneiramente com a questão da violência contra crianças, culminando com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), promulgado em 1990⁴⁴.

Na tentativa de reduzir a morbimortalidade dos acidentes de transporte, em 1998 entrou em vigor no país o novo Código de Trânsito Brasileiro (CTB), instituído pela Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, estabelecendo medidas de intervenção para a redução dos acidentes de trânsito, com punições mais severas para os infratores⁴⁵.

Em 2001, o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade de Acidentes e Violências (PNRMAV)⁵, aprovada pela portaria nº 737/GM em 16 de maio de 2001, que destaca a importância e o papel do setor saúde no enfrentamento dos acidentes e violência no país, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas, em conformidade com as diretrizes que são:

- Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis;
- Monitorização da ocorrência de acidentes e de violências;

- Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;
- Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências;
- Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação;
- Capacitação de recursos humanos;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

A Secretaria de Estado dos Direitos Humanos do Ministério da Justiça, juntamente com o Ministério da Saúde, desenvolveu o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil de 2002, que inclui diagnóstico da situação, condições de defesa de direitos das crianças e adolescentes vítimas, indicadores para monitoramento e comprovação da efetividade da ação nacional⁴⁶.

Para tentar reduzir a violência e suas consequências, o Brasil instituiu a Lei n.º 10.826, de 22 de dezembro de 2003⁴⁷, que dispõe sobre registro, posse e comercialização de armas de fogo e munição, como também define os crimes e penas.

Em 2005, foi implantado o Plano de Ação da PNRMAV⁴⁸, pelo Ministério da Saúde, através da portaria 936 do MS em 18 de maio de 2004, que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em estados e municípios.

Em 2006, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), com a finalidade de viabilizar a obtenção de dados e divulgação de informações sobre violências e acidentes, o que possibilita conhecer a magnitude desses graves problemas de saúde pública. O VIVA foi estruturado em dois componentes: 1) vigilância contínua de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA

Contínuo); e 2) vigilância sentinela de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA Sentinela)⁴⁹.

Em 2008, no sentido de enfrentar o elevado número de mortes provocadas por condutores que dirigem sob efeito de álcool, instituiu em 20 de julho de 2008 a Lei nº 11.705, chamada “Lei Seca”. Esta Lei altera dispositivos da Lei no 9.503, com a finalidade de estabelecer alcoolemia 0 (zero) e de impor penalidades mais severas para o condutor que dirigir sob a influência do álcool⁵⁰.

6. Importância da Prevenção

As medidas preventivas para promover a saúde tentam impedir a ocorrência das causas externas e o agravamento de suas consequências, ao mesmo tempo em que favorecem condições capazes de reduzir a reprodução das situações de riscos. Sendo a violência um problema multifatorial com raízes biológicas, psicológicas, sociais e ambientais, ela deve ser enfrentada em níveis diferentes concomitantemente, seja primária (quando a ação da prevenção ocorra antes da violência), secundária (quando o ato violento já ocorreu, as abordagens ficam centradas nas reações mais imediatas, tentando evitar episódios novos ou mais graves) ou terciária (abordagens que enfocam os cuidados prolongados após a violência, com a intenção de evitar maiores danos e melhorar a qualidade de vida).

Alguns autores⁹⁻¹⁰ ressaltam que a atuação desejada no enfrentamento da violência é a sua prevenção primária, evitando as consequências. Esse enfoque baseia-se no fato de que quanto mais se investe na prevenção primária, menor é o custo no atendimento às vítimas e maior o impacto e a abrangência na proteção da população. Os fatores responsáveis por reações violentas, quer sejam derivados de atitudes e comportamentos ou de condições sociais, econômicas, políticas e culturais, podem ser modificados. Acresce-se a isso que cada um dos acidentes e das violências, em maior ou menor grau, é passível de prevenção.

Autores⁵¹ tratam da proposta da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) para a prevenção da violência, seguindo as orientações do Informe Mundial sobre Violência e Saúde da Organização Mundial de Saúde, e ressaltam que independentemente do caso, do nível de prevenção sujeito à intervenção, é necessário levar-se em conta que as propostas precisam ser analisadas com prudência. É necessário definir as intervenções com base em provas científicas analisadas sob critérios que permitam afirmar se elas produzem impacto, se são eficientes ou promissoras em termos de custo. As intervenções devem ser feitas mediante projetos examinados e baseados em princípios gerais claros e com sustentabilidade e resultados a longo prazo.

A violência é um fenômeno complexo e atual e a sua prevenção deve partir de uma abordagem que exige uma articulação intersetorial, interdisciplinar e multiprofissional, com a participação do estado e da sociedade civil organizada. Cabe aos gestores, em suas respectivas áreas de abrangência, estabelecer a indispensável parceria efetiva com diferentes segmentos governamentais e não governamentais. A sociedade deverá ser mobilizada, sobretudo por intermédio dos diferentes segmentos sociais que a representam, estabelecendo compromissos mútuos que resultem em medidas concretas, como, por exemplo, a adoção de hábitos e estilo de vida saudáveis – elementos capazes de refletir decisivamente na redução dos acidentes e da violência no país⁵.

Conclusões

A literatura aponta que as causas externas continuam sendo um grande problema de saúde pública em todos os países, sendo os jovens do sexo masculino, da raça negra e de baixo nível socioeconômico mais expostos à mortalidade por causas externas. Entretanto, há diferenças entre os países desenvolvidos, nos quais os acidentes de transporte e agressões encontram-se em tendência de declínio, ao mesmo tempo em que há aumentos significativos na violência autoinfligida. Já no Brasil, país em desenvolvimento, os acidentes

de transporte e as agressões, especificamente o homicídio, se mantêm entre os primeiros lugares de morte por causas externas. Estas diferenças se dão no âmbito da prevenção, a prevenção primária, especialmente, que deve promover a não violência, reduzir as agressões e mudar as circunstâncias e as condições que favorecem a explosão das causas violentas.

O Brasil vem tentando realizar essas ações através da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência e designando responsabilidades a todos os envolvidos – gestores e sociedade.

Por fim, compreendemos a importância deste tema, já que as causas externas em maior ou menor grau são passíveis de prevenção.

Sugerimos, ainda, novos estudos que venham complementar o conhecimento sobre o evento, principalmente em Cuiabá, que ganha destaque nos estudos nacionais como sendo uma das capitais que tem a taxa de mortalidade por causas externas mais elevada e possibilitando aos gestores desenvolverem e definirem estratégias e ações prioritárias, a fim de contemplar a prevenção dessas causas.

Referências Bibliográficas

1. OMS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão (CID-10). Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 8.ed. 10ª revisão - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo (EDUSP); 2000.
2. Blank D, Liberal EF. O pediatra e as causas externas de morbimortalidade. *J Pediatra* 2005; 81(5Supl):S119-S122.
3. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 11(supl):S1163-S1178.
4. Fortunato MAB. Morbimortalidade por causas externas no Distrito Federal e entorno. Dissertação, Universidade de Brasília, Brasília, 2009.
5. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília. 2002.
6. Paes CEN, Gaspar VLV. As injúrias não intencionais no ambiente domiciliar: a casa segura. *J Pediatra* 2005; 81(5Supl):S146-S154.
7. Oliveira ZAR, Bettiol H, Gutierrez MRP, Silva AAM, Barbieri MA. Factors associated with infant and adolescent mortality. *Braz J Med Biol Res* 2007; 40(9):1245-1255.
8. Kanchan T, Menezes RG. Mortalities among children and adolescents in Manipal, Southern India. *J Trauma* 2008; 64(6):1600-07.
9. Phebo L, Moura ATMS. Violência urbana: um desafio para o pediatra. *Jornal de Pediatria (Rio J)*. 2005; 81(5 supl):S189-S196.
10. Martins CBG, Andrade SM. Causas externas entre menores de 15 anos em cidade do sul do Brasil: atendimentos em pronto-socorro, internações e óbitos. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2005; 8(2): 194-204.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens, Brasília, DF, 2006.
12. Fonzar UJV. Análise espacial da mortalidade por causas externas no município de Maringá, Estado do Paraná, 1999 a 2001. *Acta Sci. Health sci*. 2008; 30(2):145-154. [Acesso em 2010 abr. 26]. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1900/1900>
13. Nagaraja J, Menkedick J, Phelan KJ, Ashley P, Zhang X, Lanphear BP. Deaths From Residential Injuries in US Children and Adolescents, 1985-1997. *Pediatrics* 2005; 116:454-461. [Acesso 2011 maio 26]. Disponível em: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/116/2/454>
14. OMS. World report on child injury prevention. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2008. Capítulo 7, Conclusions and recommendations; p.145-156.

15. Pan SY, Desmules M, Morisson H, Semenciw R, Ugnat AM, Thompson W, Mao Y. Adolescent injury deaths and hospitalization in Canada: magnitude and temporal trends (1979-2003). *Journal of Adolescent Health* 2007; 41:84-92. [Acesso 2011 maio 26]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17577538>
16. Fraga AMA, Fraga GP, Stanley C, Constantini TW, Coimbra R. Children at danger: injury fatalities among children in San Diego county. *Eur J Epidemiol.* 2010; 25:211-217. [Acesso 2010 maio 26]. Disponível em: <http://www.springerlink.com/content/8n140331q751336v/fulltext.pdf>
17. Cavalcanti AL, Martins VM, Lucena RN, Granville-Garcia AF, Menezes VA. Morbidade por causas externas em crianças e adolescentes em Campina Grande, Paraíba. *Arquivos Catarinenses de Medicina* 2008; 37(30):27-33. [Acesso 2010 abr. 23]. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/561.pdf>.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. A violência no Brasil: abordando diferentes fontes. In: _____. *Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde*. Brasília, DF, 2008. cap. 7, p.183-456.
19. Pan SY, Ugnat AM, Semenciw R, Desmeules M, Mao Y, Macleod M. Trends in childhood injury mortality in Canada, 1979-2002. *Injury Prevention* 2006; 12:155-160. [Acesso 2010 abr. 26]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2563519/pdf/155.pdf>
20. Väli M, Lang K, Soonets R, Talumäe M, Grjibovski AM. Childhood deaths from external causes in Estonia, 2001-2005. *BMC Public Health* 2007; 7:158-165. [Acesso 2010 abr 26]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-7-158.pdf>
21. Pearson J, Stone DH. Pattern of injury mortality by age-group in children aged 0-14 years in Scotland, 2002-2006, and its implications for prevention. *BMC Pediatrics* 2009; 9:26-33. [Acesso 2010 abr. 26]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2431-9-26.pdf>
22. Souza ER, Lima MLC. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 11(Suplemento):1211-22.
23. Minayo MCS. Seis características das mortes violentas no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População* 2009; 26(1):135-40.
24. Gawryszewski VP, Morita M, Hidalgo NT, Valencich DMO, Brumini R. A mortalidade por causas externas no Estado de São Paulo em 2005. *Boletim Epidemiológico Paulista* 2006; 3(33):2-7. [Acesso 2011 abr. 26]. Disponível em: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/outros/bol_bepa3306.pdf
25. Carvalho RC, Costa COM, Almeida MF, Rebouças MC. Evolução da mortalidade por causas violentas em crianças e adolescentes, Feira de Santana, Brasil. *Revista Baiana de Saúde Pública* 2005; 29(1): 80-90. [Acesso 2010 abr. 26]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/rbsp/volumes.html>
26. Souza ER, Minayo MCS, Cavalcante FG. O impacto do suicídio sobre a morbimortalidade da população de Itabira. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 11 Supl:1333-42.
27. Bastos MJRP, Pereira JA, Smarzarzo DC, Costa EF, Bossanel RCL, Oliosia DMS, et al. Análise ecológica dos acidentes e da violência letal em Vitória, ES. *Revista de Saúde Pública* 2009; 43(1): 123-132.
28. Mesquita Filho M, Mello-Jorge MHP. Características da morbidade por causas externas em serviço de urgência. *Rev Bras Epidemiologia* 2007; 10(4):679-91.
29. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Grupo Técnico de Prevenção de Acidentes e Violências. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Coordenadoria de Controle de Doenças. O impacto dos acidentes e violências nos gastos da saúde. *Rev. Saúde Pública [online]* 2006; 40(3):553-56. [Acesso 2010 maio 04]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artext&pid=S003489102006000300028&lng=en&rm=iso

30. Pordeus AMJ, Fraga MNO, Pessoa TNFP. Contextualização epidemiológica das mortes por causas externas em crianças e adolescentes de fortaleza na década de noventa. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* 2006; 19(3): 131-39.
31. Santana VS, Araújo-Filho JB, Silva M, Albuquerque-Oliveira PR, Barbosa-Branco A, Nobre LCC. Mortalidade, anos potenciais de vida perdidos e incidência de acidentes de trabalho na Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(11):2643-2652.
32. Cardona D, Pelaez E, Aidar T, Ribotta B, Alvarez MF. Mortalidad por causas externas em três ciudades latinoamericanas: Córdoba (Argentina), Campinas (Brasil) y Medellín (Colômbia), 1980-2005. *Revista Brasileira de Estudo de População* 2008; 25(2): 335-52.
33. Duarte EC, Duarte E, Sousa MC, Tauil PL, Monteiro RA. Mortalidade por acidentes de transporte terrestre e homicídios em homens jovens das capitais das Regiões Norte e Centro-Oeste do Brasil, 1980-2005. *Epidemiol Serv Saúde* 2008; 17(1):7-20.
34. Andrade SMO, Pontes ERJC, Contini MLJ, Gomes AM, Nachif MCA. Vítimas da Violência em Campo Grande: um retrato de seis anos revelado pelos dados oficiais. *Saúde e Sociedade* 2008; 17(3):201-10.
35. Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Mota ELA, Araújo TM, Oliveira NF. Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. *Revista Saúde Pública* 2009; 43(3): 405-12.
36. Costa IER, Ludermir AB, Silva IA. Diferenciais da mortalidade por violência contra adolescentes segundo estrato de condição de vida e raça/cor na cidade de Recife. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009;14(5):1781-88.
37. Costa IER, Ludermir AB, Avelar I. Violência contra adolescentes: diferenciais segundo estratos de condição de vida e sexo. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(5): 1193-1200.
38. Soares Filho AM, Souza MFM, Gazal-Carvalho C, Malta DC, Alencar AP, Silva MMA, et al. Análise da mortalidade por homicídios no Brasil. *Epidemiol e Serv de Saúde* 2007; 16(1):7-18.
39. Grangeiro DN, Silva GAP. Mortalidade por causas externas em adolescentes no estado do Ceará, Brasil. *Anais da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco* 2006; 51(1): 52-8.
40. Tavares FL. A mortalidade por causas externas no Espírito Santo de 1979 a 2003. *Dissertação, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.*
41. Souza ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(1):59-70.
42. Waiselfisz JJ. Relatório de Desenvolvimento Juvenil; 2007. Capítulo 5, Saúde; p. 91-114.
43. Brasil. Casa Civil. Lei n. 11.705, de 19 de junho de 2008. Dispõe sobre a finalidade de estabelecer alcoolemia zero. [Acesso 2010 maio 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11705.htm
44. Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 11(Supl):1259-67.
45. Brasil. Lei n. 9.503, de 23 de Setembro de 1997. Código de Trânsito Brasileiro. Diário Oficial da União. [Acessado 2011 maio 18]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L9503.htm>
46. Brasil. Ministério da Justiça. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2002.
47. Brasil. Casa Civil. Lei n. 10.826, de 22 de dezembro de 2003. Dispõe sobre registro, posse e comercialização de armas de fogo e munição, sobre o Sistema Nacional de Armas – Sinarm, define crimes e dá outras providências. [Acesso 2010 maio 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.826.htm

48. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Redução de Acidentes e Violências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

49. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

50. Brasil. Ministério da Saúde. Painel de indicadores SUS. Vol 5, Temático prevenção de violência e cultura de paz III. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 60p.

51. Concha-Eastman A, Malo M. Da repressão à prevenção da violência: desafio para a sociedade civil e para o setor saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2007; 11(Supl):1179-87.