

CAUSAS EXTERNAS: O QUE SÃO, COMO AFETAM O SETOR SAÚDE, SUA MEDIDA E ALGUNS SUBSÍDIOS PARA A SUA PREVENÇÃO.

EXTERNAL CAUSES: WHAT THEY ARE, HOW THEY AFFECT THE HEALTH SECTOR, HOW THEY CAN BE MEASURED, AND A FEW SUBSIDIES TO PREVENT THEM

Maria Helena Prado de Mello Jorge*

Maria Sumie Koizumi**

Vanessa Luiza Tono***

Resumo: Mello Jorge MHP, Koizumi MS, Tono VL. Causas externas: o que são, como afetam o setor saúde, sua medida e alguns subsídios para a sua prevenção.

As causas externas representam, na atualidade, um grande problema de saúde pública: sua mortalidade e morbidade são altas, atingem faixas etárias jovens e representam elevados gastos para o setor público. O conjunto de acidentes e violências que as constituem são previsíveis e preveníveis, razão pela qual podem e devem ser enfrentados. A política nacional para a sua redução apresenta diretrizes a serem adotadas não só pelo setor saúde, mas, também, pelas áreas correlatas.

Palavras-chave: Causas externas, Acidentes, Violências, Mortalidade, Morbidade, Prevenção.

Abstract: Mello Jorge MHP, Koizumi MS, Tuono VL. External causes: what they are, how they affect the health sector, how they can be measured, and a few subsidies to prevent them.

Currently, the external causes represent a great problem in public health: their mortality and morbidity are high; they reach young age groups and account for significant expenses for the public sector. The combination of accidents and violences that compose them are predictable and preventable, and this is why they can and must be faced. The national policy to reduce them presents guidelines that can be adopted not only by the health sector, but also by correlated areas.

Key words: External causes, Accident, Violence, Mortality, Morbidity, Prevention.

*Professora Associada do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP/USP. Email: mhpjorge@usp.br

**Professora Titular do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Guarulhos (UnG). Email: mskoizu@usp.br

***Mestranda do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

1. Preliminares

A velha questão relativa ao problema “se a vida imita a arte” ou se a recíproca é que é verdadeira continua sem resposta. A história está repleta de casos em que acidentes dos mais diferentes tipos ou a violência, praticada contra si próprio ou contra outrem, foram a causa da morte de pessoas célebres: reis, historiadores, políticos, artistas. Nas artes – literatura, cinema, pintura, escultura – os exemplos também se sucedem.¹

Esses eventos têm reflexo em várias áreas, mas é o setor saúde quem recebe seu maior impacto: tratar de feridos e contabilizar os mortos. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003²) refere que eles representam a “encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de emergência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social”.

O atendimento adequado das pessoas que sofrem lesões implica na existência de serviços de emergência, fixos e móveis, em hospitais em quantidade suficiente, com localização adequada e serviços de boa qualidade, incluindo a reabilitação.

Do ponto de vista dos óbitos decorrentes de acidentes e violências, os números, elevados e crescentes, vão implicar em indicadores de saúde bastante negativos para as diferentes populações. Sua ocorrência, principalmente nas faixas etárias jovens, vai fazer com que as pessoas deixem de viver anos que lhes eram destinados segundo a esperança de vida do país. O tempo não vivido, em razão da morte prematura, se consubstancia no indicador “Anos potenciais de vida perdidos” (APVP) para o qual as causas externas constituem-se um grupo campeão. Esse fato vai redundar em uma menor esperança de vida para a localidade, criando-se, assim, uma verdadeira bola de neve.

Para mostrar, ainda, a importância do tema, cita-se a fala do diretor da OMS, 1995, ao referir que as crianças que sobreviverem à mortalidade infantil, no mundo, correm o risco de morrer precocemente em razão da violência.³

Não é sem razão que a violência *lato sensu* tem sido considerada um problema de saúde pública porque, ao lado de afetar a saúde individual e coletiva, exige, para a sua prevenção e tratamento, a formulação de políticas específicas e a organização de práticas e de serviços peculiares ao setor.

4

2. Sua medida

Acidentes e violências estão presentes na Classificação Internacional de Doenças (CID) desde a sua criação, sendo, seus tipos, repetidos e/ou aprimorados em cada uma de suas revisões. Hoje, em vigor no Brasil desde 1996, a décima revisão da CID⁵ trata do assunto em dois de seus capítulos. O capítulo XIX (Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas) refere traumatismos, queimaduras, envenenamentos ocasionados nas pessoas, por quaisquer tipos de acidentes, homicídios e suicídios, que são, por sua vez, tratados no capítulo XX (Causas externas de morbidade e mortalidade).

Esse duplo olhar da OMS é extremamente importante na medida em que, se por um lado é necessário conhecer as lesões que afetam as pessoas, do ponto de vista de sua natureza e do segmento corpóreo afetado, para estar preparados para bem tratá-las, é fundamental a determinação das circunstâncias do evento causador dessas lesões para, aí, sim, pensar em sua prevenção. Isso porque não se previne um traumatismo, uma queimadura, mas, em todos os casos, os eventos ou circunstâncias que os determinaram. É importante notar que, no caso de óbito, essa circunstância é chamada de “causa básica”, que é referida, apresentada e analisada nas estatísticas de mortalidade de todos os países.⁵

No quadro 1 são mostradas, na primeira coluna, as lesões e, na segunda, os diferentes tipos de causas externas capazes de causar essas lesões, de acordo com os agrupamentos de causas da CID-10. É necessário salientar que cada um dos tipos de lesão pode ser causado por diferentes tipos de acidentes/violências, bem como cada um desses pode causar as mais variadas lesões.

As fontes dessas informações, segundo as causas citadas, são os atestados de óbito e os prontuários de pacientes, respectivamente para a mortalidade e a morbidade.

No caso da morte, a lei brasileira determina que o sepultamento dos corpos só possa ser feito, nos casos decorrentes de causa não natural após uma necropsia feita pelo perito legista. Seguem-se a elaboração de um laudo necroscópico e a emissão de uma declaração de óbito, na qual devem estar colocadas a lesão responsável pela morte e a causa externa responsável pela lesão.⁶ Esses atestados, no país, seguem um fluxo padronizado e chegam, em última instância, ao Ministério da Saúde, gestor do chamado Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/MS).⁷

Do ponto de vista da morbidade, os prontuários hospitalares geram, para cada paciente, um documento chamado Autorização de Internação Hospitalar (AIH) que, por sua vez, é a base do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). Nesse, além de dados que identificam cada paciente, estão presentes o diagnóstico principal (descrição da lesão) e o secundário, que contém o tipo de acidente ou da violência.

Esses dados podem ser trabalhados de várias maneiras, tais como números absolutos ou proporções, mas são os coeficientes ou taxas de mortalidade e de internações que dão a sua real medida no tempo e no espaço e fornecem, assim, subsídios para sua prevenção.

Sabe-se que uma gama significativa dessas formas de violência, ou causas externas não chegam ao conhecimento institucional oficial. Além disso, outras tantas não são sequer reconhecidas pela sociedade e, conseqüentemente, por suas instituições, como é o caso de certas expressões de violência contra crianças, adolescentes e mulheres, que permanecem invisíveis ou silenciosas. É bom lembrar também que os dados relativos a atendimentos em serviços de emergência não estão computados em nenhum sistema de informação de base epidemiológica.

Quadro 1 - Agrupamentos dos capítulos XIX e XX da CID-10

CAP. XIX – Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas	CAP. XX – Causas externas de morbimortalidade
Traumatismos da cabeça	Acidentes de trânsito
Traumatismos do pescoço	Outras causas externas de lesões de acidentes.
Traumatismos do tórax	Lesões autoprovocadas voluntariamente.
Traumatismos do abdome, dorso, coluna lombare e pelve	Agressões
Traumatismos dos membros superiores	Eventos cuja intenção é indeterminada.
Traumatismos dos membros inferiores	Intervenções legais e operações de guerra.
Traumatismos de múltiplas regiões do corpo	Complicações assistência médica e cirúrgica
Traumatismo de regiões não especificadas	Seqüelas de causas externas
Efeito de corpo estranho através de orifício natural.	Fatores suplementares relacionadas com outras causas.
Efeitos do frio (geladura)	
Intoxicação por drogas, medicamentos e substâncias biológicas	
Efeitos tóxicos de substâncias não-medicinais	
Outros efeitos e não especificados de causas externas	
Outros efeitos de causas externas e os não especificados	
Algumas complicações precoces de traumatismos	
Complicações de cuidados médicos e cirúrgicos não constantes em outra parte	
Seqüelas de traumatismos, envenenamentos e outras conseqüências de causas externas.	

Fonte: OMS, CID-10. 5

3. Mortalidade

3.1 Evolução no tempo

Os dados do SIM/MS mostram que, nos últimos 25 anos, as mortes por causas externas vêm crescendo no país: em números absolutos, quando analisados pela sua proporção em relação ao total de mortes, seja por meio das taxas, medidas em relação à população.

Na tabela 1 estão representados seus valores, nesse período. Em números absolutos, mostra que morre, no país, cerca de 127 mil pessoas em decorrência de acidentes e violências, o que significa afirmar que, em média, ocorrem quase 350 óbitos/dia por essa causa (dados de 2004). Proporcionalmente, ao total de óbitos por todas as causas, passou de 9,4% para 12,5%, patamar mais ou menos estabilizado desde o ano 2000.

Em relação à população do país, nota-se que a taxa cresceu de 59 para pouco mais de 70 para cada 100 mil habitantes, o que representou um incremento de cerca de 20%. Pelos dados da tabela 1 é possível verificar, entretanto, que o maior aumento ocorreu até 1996 (coeficiente igual a 75,9 por 100 mil habitantes), declinando, lentamente, a partir dessa data, até estabilizar-se em cerca de 70 por 100 mil habitantes de 2000 a 2004.

Do ponto de vista das características dessas vítimas, tem sido verificado que o homem é sempre mais vulnerável, visto que as taxas no sexo masculino correspondem a 3 ou 4 vezes as que ocorrem entre as mulheres.

Quanto às idades, as maiores frequências estão presentes no adulto jovem. Entretanto, na dependência do tipo de acidente/violência, crianças e/ou idosos, despontam como grupos relevantes (figura 1).

Ano	n°	%	Taxa*
1980	70.212	9,4	59,0
1985	85.845	10,9	65,5
1990	100.656	12,3	70,0
1995	114.887	12,9	73,7
1996	119.156	13,1	75,9
1997	119.550	13,2	74,9
1998	117.600	12,6	72,7
1999	116.900	12,5	71,3
2000	118.397	12,5	69,7
2001	120.954	12,6	70,1
2002	126.550	12,9	71,7
2003	126.657	12,6	70,8
2004	127.470	12,4	70,6

* por 100 mil habitantes

Ref. 1980 a 1999: Mello Jorge e Yunes, 2001
2000 a 2004 - RIPSA. IDB, disponível em www.datasus.gov.br

Tabela 1 – Óbitos por causas externas, Brasil, 1980 a 2004 (nº, % e taxa)

Ano	nº	%	Taxa*
1980	70.212	9,4	59,0
1985	85.845	10,9	65,5
1990	100.656	12,3	70,0
1995	114.887	12,9	73,7
1996	119.156	13,1	75,9
1997	119.550	13,2	74,9
1998	117.600	12,6	72,7
1999	116.900	12,5	71,3
2000	118.397	12,5	69,7
2001	120.954	12,6	70,1
2002	126.550	12,9	71,7
2003	126.657	12,6	70,8
2004	127.470	12,4	70,6

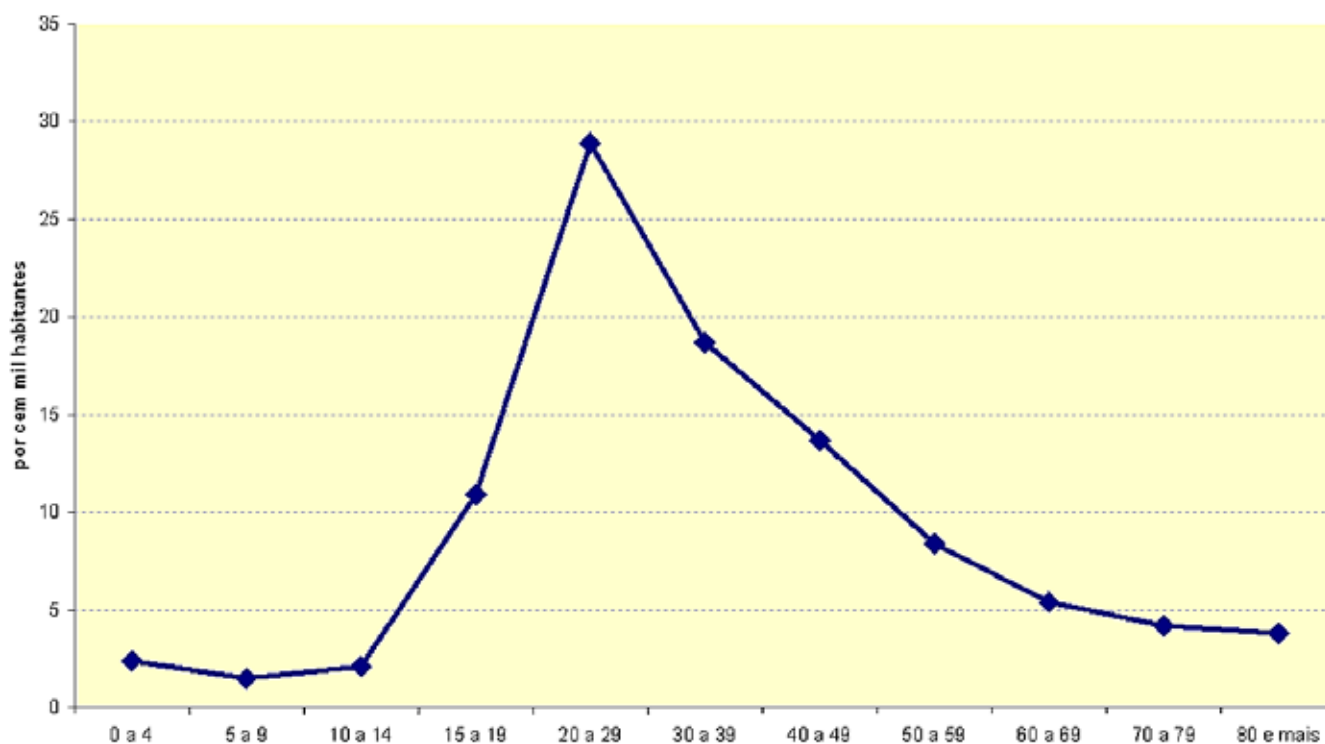
* por 100 mil habitantes

Ref. 1980 a 1999: Mello Jorge e Yunes, 20011

2000 a 2004 - RIPSA. IDB, disponível em www.datasus.gov.br

Figura 1

Taxa de mortalidade por causas externas segundo faixa etária, Brasil, 2004



3.2 Os tipos de causas externas: uma classificação necessária com vistas à prevenção

A CID, classicamente, vem apresentando as causas externas divididas ou classificadas em agravos decorrentes de acidentes e agravos decorrentes de lesões intencionalmente provocadas. As primeiras caracterizam-se, assim, como não intencionais e, as segundas, aquelas em que as lesões provocadas em si próprio ou em outrem (com intenção) levam à morte por suicídio ou homicídio. Os acidentes, por sua vez, em razão da magnitude e da importância, apresentam-se divididos em acidentes de trânsito e demais acidentes.

Dados oficiais dão conta para o Brasil, de uma situação interessante, evidenciada na tabela 2.

Acidentes de trânsito

Representam cerca de 28% do total de óbitos por causas externas, correspondendo a, aproximadamente, 35 mil mortes/ano o que faz estimar, em média, a ocorrência de 95 óbitos por dia decorrentes dessa causa.

As taxas de mortalidade por acidentes de trânsito, a partir de 1996, englobando todos os acidentes de transporte terrestre, apresentam-se em declínio até certo momento, com tendência à estabilização (figura 2). Várias hipóteses podem ser levantadas para justificar a queda ocorrida nas taxas, no período. No ano de 1998, por exemplo, a entrada em vigor do novo Código de Trânsito Brasileiro (Lei nº. 9.503 de 27 de setembro de 1997) mostra a queda verificada nesse ano e o próprio Ministério da Saúde reconhece ser ele um dos

Tabela 2 – Óbitos por causas externas segundo tipo, Brasil, 1980/2004 (nº e %)

Ano	Acidentes de Trânsito		Demais Acidentes		Suicídios		Homicídios		Ignorado		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1980	19.851	28,3	21.001	29,9	3.896	5,5	13.910	19,8	11.554	16,5	70.212	100,0
1985	24.298	28,3	23.898	27,8	4.256	5,0	19.747	23,0	13.646	15,9	85.845	100,0
1990	28.470	28,3	26.360	26,2	4.825	4,8	31.989	31,8	8.992	8,9	100.656	100,0
1995	32.532	28,3	28.437	24,8	6.594	5,7	37.128	32,3	10.196	8,9	114.887	100,0
2000	29.645	25,0	24.605	20,8	6.780	5,7	45.433	38,4	11.934	10,1	118.397	100,0
2001	31.031	25,7	22.633	18,7	7.738	6,4	48.032	39,7	11.520	9,5	120.954	100,0
2002	33.288	26,3	23.163	18,3	7.726	6,1	49.816	39,4	12.557	9,9	126.550	100,0
2003	33.620	26,5	22.541	17,8	7.861	6,2	51.534	40,7	11.101	8,8	126.657	100,0
2004	35.674	28,0	23.273	18,2	8.017	6,3	48.909	38,4	11.597	9,1	127.470	100,0

Fonte: SIM/MS (dados brutos)

principais fatores responsáveis pela redução da taxa no país.⁹

As mortes por acidentes de trânsito têm também distribuição que privilegia o sexo masculino no grupo de 20 a 39 anos. Segundo os tipos de acidentes, preponderam aqueles em que a vítima é pedestre (cerca de 30% do total de mortes) sendo que, abaixo de 15 anos e nos idosos, essa proporção é bastante mais elevada.

Vítimas motociclistas ocorrem em aproximadamente 13% do total dessas mortes, com predomínio da faixa etária de 15 a 39 anos.

Homicídios

Em 2004, morreram no Brasil, vítimas de agressões (entendidas como lesões intencionalmente provocadas), quase 50 mil pessoas, correspondendo a 38,4% do total de óbitos por causas externas. Esse valor, exatamente igual à proporção desse tipo de causa, em 2000, representou um declínio em relação aos dados de 2003, o que pode talvez significar o início de uma tendência à diminuição de suas taxas (figura 2).

A estimativa do risco de morrer por essa causa, no sexo masculino, é mais de dez vezes a apresentada pelas mulheres e, com relação às idades, de novo, o adulto jovem desponta como principal vítima. Esse fato vem de longa data sendo apontado por pesquisadores^{10, 11, 12} e, mais recentemente, está sendo mostrada também uma associação com a variável raça/cor, evidenciando serem maiores as taxas entre os negros que entre os brancos.⁹ A arma de fogo é o principal meio utilizado para a concussão do homicídio e tentativas de diminuir sua fabricação/uso/porto no Brasil têm sido levadas

a efeito com o objetivo de fazer baixar os números de feridos e, principalmente, as mortes por essas causas.

Demais acidentes

O grupo dos “demais acidentes” engloba tipos variados, (afogamentos, quedas, intoxicações e envenenamentos, impacto contra objetos etc) cujos fatores de risco e de prevenção são também múltiplos.

Chamam a atenção alguns acidentes como quedas, principalmente em crianças e idosos, e que, na idade adulta, muitas vezes se constituem em acidentes de trabalho.

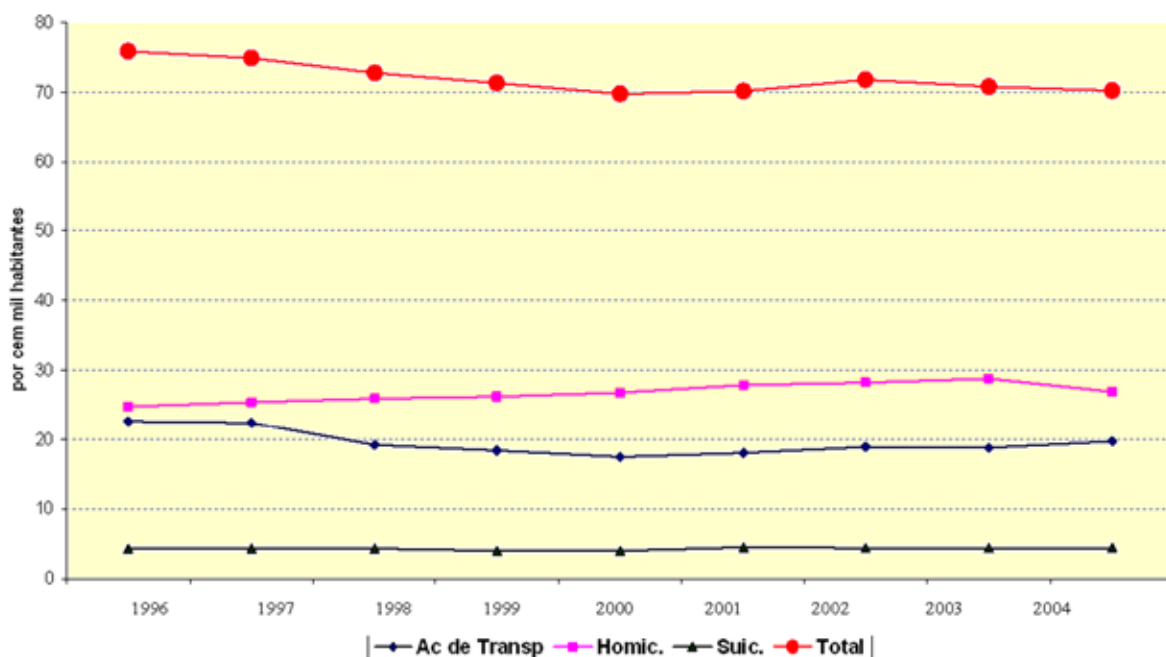
Suicídios

Chamados pela CID de lesões autoprovocadas voluntariamente, esse grupo de causas vem apresentando taxas mais ou menos estacionárias no país (figura 2). O homem é mais vulnerável que a mulher, sendo importante a constatação de que o meio usado para a consumação do ato suicida varia conforme o sexo: no masculino preponderam as armas de fogo e o enforcamento e, no feminino, a ingestão de drogas, medicamentos e outras substâncias tóxicas.

É necessária ainda uma palavra relativa à qualidade de informação, visto que a coluna “ignorado” refere-se a casos em que, apesar de investigação no sentido de esclarecer a causa de morte, os dados permitem apenas saber se teve morte por causa externa, sem, contudo determinar se ela foi decorrente de acidente ou de evento intencional. É importante notar que essa proporção vem declinando com o tempo, o que corresponde a esforços levados a efeito no sentido de melhorar a qualidade da informação.¹³

Figura 2

Taxa de mortalidade específica por causas externas, segundo tipo, Brasil, 1996 a 2004



4. Morbidade

4.1 A internação hospitalar por causas externas

O Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) tem como finalidade operacionalizar as internações dos hospitais próprios e conveniados do Sistema Único de Saúde (SUS). Quando se analisam dados provenientes desse sistema, por meio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), automaticamente se excluem as internações particulares e as cobertas por seguros saúde e, especialmente para as causas externas, os atendimentos realizados em serviços de emergência (pronto-socorro).

A cobertura do SIH/SUS mostra aproximadamente 700 mil internações/ano o que representa aproximadamente 6,6% do total de internações^{14, 15}. As AIHs, hoje, se tornaram de fácil acesso com a disseminação das bases de dados através de CD-ROM e rede da internet. Esse fato permite que se tenha um desenho, próximo do real, da morbidade que leva à internação hospitalar.

Com relação a acidentes e violências, somente a partir de 1997 os dados provenientes das internações no SUS passaram a agregar os códigos relativos ao tipo de causa externa, além da natureza da lesão, já disponíveis desde 1992. Em 2000, as causas externas representaram 5,2% do total das internações realizadas no país. Apesar de algumas limitações, esses dados trazem informações relevantes que devem ser rotineiramente analisadas porque ampliam a compreensão desse problema no país.¹⁶

4.2 Principais informações

Sabe-se que o perfil das causas externas difere quando visto das óticas da mortalidade e da morbidade. A tabela 3 demonstra o número de internações por causas externas para o Brasil em 2004, segundo tipo de causa externa, dado que o paciente foi internado com lesões.

Em 2005, das 786.768 internações por lesões, em 99,8% dos casos foi possível classificar o tipo de causa externa, verificando-se que ocorreu absoluta preponderância do grupo

Tabela 3 – Internações no SUS por lesões segundo tipo de causa externa, Brasil, 2005.

Tipo de causa externa – Capítulo XX	nº	%
Acidentes de transporte.	123.722	15,7
Outras causas externas de lesões acidentais.	521.764	66,3
Lesões autoprovocadas voluntariamente	9.845	1,3
Agressões e intervenções legais.	47.295	6,1
Eventos cuja intenção é indeterminada.	31.751	4,0
Complicações, assistência médica e cirúrgica.	29.939	3,8
Y85-Y89 Sequelas de causas externas.	15.159	1,9
Y90-Y98 Fatores suplementares relacionados a outras causas.	6.177	0,8
S-T Causas externas não classificadas.	1.116	0,1
Total	786.768	100,0

Fonte: SIH/SUS (dados brutos)

“outras causas externas de lesões acidentais”, onde 62,8% são constituídas de ferimentos causados por quedas. Lesões causadas por acidentes de transporte foram responsáveis por 15,7% das internações e 6,1% foram decorrentes de agressões. Essa distribuição mostra o panorama diferente verificado na mortalidade e na morbidade por causas externas.

Outro tipo de análise que pode ser feita é a referente à natureza da lesão (tabela 4). Chama a atenção o fato de que

fratura de membros (superiores e inferiores) totaliza 41,1% das internações. Em segundo lugar aparecem os traumatismos intracranianos (12,7%) os traumatismos de outras regiões do corpo e traumatismos múltiplos 11,8%.

Referente aos custos, as causas externas, ou conjunto de eventos não naturais, causam danos ao homem e impõem ônus econômico a todos os países e custam anualmente bilhões de dólares e, assistência à saúde, custos legais e

Tabela 4 – Internações no SUS por lesões segundo sua natureza, Brasil, 2004

Tipo de lesão	n°	%
Fratura do crânio e dos ossos da face.	29.081	3,7
Fratura do pescoço, tórax ou pelve.	16.580	2,1
Fratura do fêmur.	63.778	8,1
Fratura de outros ossos dos membros.	262.727	33,4
Fraturas envolvendo múltiplas regiões do corpo	2.881	0,4
Luxações, entorse, distensão em região específica e múltipla do corpo.	33.900	4,3
Traumatismo do olho e da órbita ocular.	2.601	0,3
Traumatismo intracraniano.	99.987	12,7
Traumatismo de outros órgãos internos.	27.375	3,5
Lesões, esmagamento, amputação traumática região específica e múltipla do corpo.	13.180	1,7
Outros traumas de região específica, não-específica e múltipla do corpo.	93.043	11,8
Efeitos de corpo estranho através de orifício natural.	5.236	0,7
Queimadura e corrosões?.	31.192	4,0
Envenenamento por drogas e substâncias biológicas	12.839	1,6
Efeitos tóxicos de substâncias de origem principalmente não-medicinais.	38.778	4,9
Síndromes de maus-tratos.	315	0,0
Outros efeitos e não-especificados de causas externas.	2.171	0,3
Certas complicações precoces traumáticas, complicações cirúrgicas e médicas.	45.206	5,7
Seqüelas e outras conseqüências de causas externas.	5.898	0,7
Total	786.768	100,0

Fonte: SIH/SUS (dados brutos)

produtividade perdida.¹⁷

Para avaliação do impacto econômico proveniente de qualquer problema de saúde devem-se avaliar dois aspectos: custos diretos e indiretos. O primeiro refere-se aos custos médicos e não médicos relacionados ao diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação da doença; os indiretos referem-se à perda de produção e produtividade trazidas pelo problema de saúde, como a perda de dias de trabalho e, por exemplo, a menor produtividade gerada por limitações físicas.¹⁸

O estudo realizado no SIH/SUS, relativo a gastos, permite avaliação do impacto sobre a saúde pública dos custos diretos dessas internações.

Apesar das limitações mencionadas referentes à abrangência da cobertura do Sistema, estudo recente, relativo à morbidade por causas externas, revelou que as internações por essas causas são mais onerosas do que as relativas às causas naturais, além da constatação de que o tempo de permanência para o atendimento de pacientes internados por lesões é menor do que o de pacientes hospitalizados por causas naturais. Quando o evento de causa externa resulta em uma internação, e desta o óbito, os custos, medidos pela grandeza “gasto médio”, quase triplicam, com relação às internações que resultam em alta.¹⁸

Pode-se afirmar, portanto, que o banco de morbidade constitui-se numa rica fonte de consulta. É possível analisar informações referentes às causas externas, e também os dados acerca da natureza da lesão, permitindo com isso melhor compreensão da cadeia de eventos relacionados ao trauma e suas conseqüências, bem como, ampliação do leque de profissionais envolvidos com prevenção das causas externas tanto no nível primário quanto no secundário.

5. Políticas públicas visando à prevenção de acidentes e violências

Souza e col., 2007¹⁹, relativamente a acidentes de trânsito, chamam a atenção para o fato de que, em vários países, a partir do final do século XX, o trânsito tem sido classificado como um problema passível de intervenção mediante práticas saudáveis. Evidentemente, não se trata de querer prevenir o problema, somente por esse meio, mas, certamente esse pensamento pode ter sua abrangência ampliada e o mesmo raciocínio ser usado para outros tipos de acidentes e violências.

As causas externas têm sido consideradas como um verdadeiro mosaico, formado por algumas peças que se encaixam quanto aos fatores de risco, outras que se justapõem quanto ao tratamento e algumas que se interligam quanto às formas de prevenção.

Os acidentes de trânsito, por exemplo, apesar de responsáveis por alta mortalidade e elevada morbidade, consumindo assistência médica-hospitalar e gastos não desprezíveis, não causam nenhum tipo de indignação na população brasileira. Governo e sociedade civil acostumaram-se com o problema; a mídia somente dá visibilidade ao mesmo se se tratar de acidente gravíssimo ou assumir a proporção de catástrofe, passando a imagem de que mortes

por acidentes só interessam se ocorrerem no atacado. O melhor exemplo disso é representado pela comparação com os acidentes aéreos como o ocorrido em outubro de 2006, em território nacional, matando todos os seus passageiros e tripulantes e que ainda ocupa espaço importante na imprensa falada e escrita.

São ainda, Souza e col.¹⁹ que referem o desenvolvimento de ações ligadas à prevenção de acidentes – e inclua-se aqui, com certeza, também a violência – com o objetivo de chamar a atenção dos governos, das empresas e da sociedade civil, para esses problemas que ceifam tantas vidas e deixam milhões de pessoas incapacitadas.

O escopo dessas iniciativas é o de melhorar a identificação, a assistência aos acidentados e a atuação necessária para a redução de mortes e traumas. A prevenção dessas mortes constitui-se, assim, em algo inadiável, tanto em razão de sua magnitude, quanto pelo fato de atingir pessoas na idade produtiva o que, com certeza, representa um ônus elevado para o país.

No Brasil, desde 2001, a Política Nacional para Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências²⁰, elaborada por grupo de especialistas, foi aprovada e começa, embora lentamente, a ser implantada.

Esse documento¹⁹ apresenta como pressupostos, os de que:

- a saúde deve ser entendida como um direito humano fundamental, essencial ao desenvolvimento socioeconômico;
- direito e respeito à vida são valores éticos da cultura e da saúde;
- a promoção da saúde é a base para o desenvolvimento de todos os planos, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes. E apresenta, como diretrizes:
- promoção e adoção de comportamentos seguros e saudáveis;
- monitoramento da ocorrência de acidentes e violências;
- sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;
- assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violências;
- estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e reabilitação;
- capacitação de recursos humanos;
- apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

É preciso ter em mente que as propostas dessa política baseiam-se, fundamentalmente, no fato de que acidentes e violências são vistos aqui do ângulo da saúde. Nessa linha de raciocínio, é necessário citar que a própria política prevê que sendo o problema das causas externas de caráter eminentemente multifacetado, seu enfrentamento só será eficaz se se apresentar também de forma multisetorial com ações integradas e entrosadas, nas diferentes esferas do governo e da sociedade civil.

É importante salientar, entretanto, que o respaldo de

uma legislação efetiva deve existir sempre. A experiência tem mostrado diminuição, por exemplo, das taxas de atropelamento em Brasília, DF, após aprovação de política específica para faixa de pedestre²¹, queda do número de vítimas com ferimento de face e comprometimento ocular após a obrigatoriedade do cinto de segurança²² e declínio das taxas de mortalidade após o Código de Trânsito Brasileiro¹⁹.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MELLO JORGE, M. H. P. & YUNES, J. *Violência e saúde no Brasil*. Em *Revista da USP*, n. 51, p. 114-127, São Paulo, 2001.
2. OMS – *Violência y Salud: resolución*. n. XIX. Washington, 1994 (mimeo)
3. ALLEYNE, G. A. O. Prefácio in MADDALENO, M. e col. *La salud del adolescente y del joven*. Washington: OPAS, publicação científica, n. 552, 1995.
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*, por SILVA, Jr. J. B. & Toro-Ocampo, H. Brasília, 2005. Série B. Textos Básicos de Saúde.
5. OMS – *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. São Paulo, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (CBCD), 1995.
6. LAURENTI, R. & MELLO JORGE, M. H. P. *O estado de óbito*. São Paulo, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (CBCD), São Paulo, 2006. Série Divulgação, n. 1.
7. LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P. & GOTLIEB, S. L. D. *O sistema de informações sobre mortalidade: passado, presente e futuro*, São Paulo, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (CBCD), 2006. Série Divulgação, n. 11.
8. REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (Ripsa). *Indicadores básicos de saúde no Brasil*. OPS/OMS, 2002. 299 p.
9. SOUZA, M. F. M e col. *Análise descritiva e de tendência de acidentes de transporte terrestre para políticas sociais no Brasil*. *Revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 16 (1) p. 33-44. 2007.
10. MELLO JORGE, M. H. P. & LAURENTI, R. *Análise dos dados de mortalidade*. *Revista de Saúde Pública*, 31. Suplemento 4, p. 5-31. 1997.
11. GAWRYSZEWSKI, V. P. & MELLO JORGE, M. H. P. *Mortalidade violenta no município de São Paulo nos últimos 40 anos*. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 3 (1/3): p. 50-69. 2000.
12. SOUZA, E. R. & col. *Análise temporal da mortalidade por causas externas no Brasil: décadas de 80 e 90*. In: MINAYO, M. C. & SOUZA, E. R. *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 83-108.
13. MELLO JORGE, M. H. P., CASCAO, A. M. & CARVALHO, R.. *Acidentes e violências: um guia para o aprimoramento da qualidade de sua informação*, São Paulo, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (CBCD), 2003, v. 1, 121 p. Série divulgação n. 10.
14. MELLO JORGE, M. H. P.; GAWRYSZEWSKI, V. P. & KOIZUMI, M. S. *Contribuição do setor saúde no atendimento às vítimas e prevenção da violência*. São Paulo, 2006 (Relatório FAPESP – Proc. 01/02768-6).
15. GAWRYSZEWSKI, V. P.; KOIZUMI, M. S.; MELLO JORGE, M. H. P. *Morbidity and mortality from external causes in Brazil, 2000*. *Caderno Saúde Pública*. [on line]. 2004, v. 20, n. 4 [cited 2007-03-30], p. 995-1003. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000400014&lng=en&nrm=iso.
16. LEBRÃO, M. L.; MELLO JORGE, M. H. P.; LAURENTI, R. *Morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos*. *Revista Saúde Pública*, ago. 1997, v. 31, n. 4, supl., p. 26-37. ISSN 0034-8910.
17. OMS. *Relatório mundial sobre o violência e saúde*. Genebra, 2002.
18. MELLO JORGE, M. H. P. & KOIZUMI, M. S. *Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: uma análise no Estado de São Paulo, 2000*. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 7(2): p. 228-238. 2004.
19. SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. & FRANCO, L. G. *Avaliação do processo de implantação do panorama de redução da morbimortalidade por acidentes e violências*. *Revista Brasileira de Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 16 (1), p. 19-32, 2007.
20. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências*. (Portaria MS/GM nº 737 de 16.05.01. Brasília, DF, 2001. (Série E, n. 8).
21. VARELLA, F. & MAZAROBBA, G. *A força da lei contra a selvageria*. *Veja*, 1998; 1530: p. 64-69.
22. SORIANO, E. S. & col. *Incidência de perfuração ocular em acidentes automobilísticos pré e pós implantação da obrigatoriedade do uso do cinto de segurança na cidade de São Paulo*. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 1998; 59: p. 382.