

Universidade Santo Amaro
Mestrado em Ciências da Saúde

Fábio Boucault Tranchitella

**CAUSAS EXTERNAS DE MORTE VIOLENTA NO MUNICÍPIO
DE SÃO PAULO NO PERÍODO ENTRE 2000 E 2014**

São Paulo
2018

Fábio Boucault Tranchitella

**CAUSAS EXTERNAS DE MORTE VIOLENTA NO MUNICÍPIO
DE SÃO PAULO NO PERÍODO ENTRE 2000 E 2014**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* da Universidade Santo Amaro – Unisa, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientação: Prof. Dr. Neil Ferreira Novo

Coorientação: Prof.^a Dr.^a Yára Juliano

São Paulo

2018

Fabio Boucault Tranchitella

CAUSAS EXTERNAS DE MORTE VIOLENTA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO NO PERÍODO ENTRE 2000 E 2014. / Fabio Boucault Tranchitella . -- São Paulo, 2018. 91 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade de Santo Amaro, 2018

Orientador(a): Neil Ferreira Novo,
Coorientador(a): Yára Juliano

1.causas externas. 2.mortalidade. 3.homicídios. 4.suicídios. 5.acidentes de trânsito. I.Neil Ferreira Novo, orient. II.Yára Juliano, coorient. III.Universidade de Santo Amaro IV.Título

Fábio Boucault Tranchitella

**CAUSAS EXTERNAS DE MORTE VIOLENTA NO MUNICÍPIO
DE SÃO PAULO NO PERÍODO ENTRE 2000 E 2014**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Strictu Sensu da Universidade Santo Amaro – Unisa,
como requisito para obtenção do título de Mestre em
Ciências da Saúde.

Orientação: Prof. Dr. Neil Ferreira Novo

Coorientação: Prof.^a Dr.^a Yára Juliano

Banca Examinadora

Prof. Dr. Neil Ferreira Novo

Prof. Dr. Marco Antônio Zonta

Prof. Dr. Antônio Carlos de Pádua Milagres

Aos que já se foram, mas que de certa maneira, estiveram sempre presentes em todas etapas da minha vida.

Ao meu pai **Décio**, e meu irmão **Márcio**.

Saudade, muita saudade.

A minha Esposa e Amiga **Adriana**, pelo amor, apoio e compreensão em todos nossos momentos.

A minha Filha amada **Giórgia**, pelo meu mais puro sentimento de amor e afeto, absoluto, eterno.

A minha Tia **Ézia**, pelo carinho e ternura inesgotáveis. Sempre próxima de mim.

A minha mãe **Celina**, especialmente, que sozinha, com muito amor, sacrifício e um humor típico, sempre me incentivou aos reais valores do conhecimento e da minha profissão, conseguiu me manter forte nos bons e maus momentos.

Toda minha vitória de vida devo a você, querida Mãe.

Agradecimentos

Especialmente aos meus prezados Professores Doutores Yara Juliano e Neil Ferreira Novo, pela generosidade e dedicação plena em me orientar na escolha do melhor caminho, pelos ensinamentos, pela amizade, pelos merecidos puxões de orelha quando eu atrasava alguns “*minutos*” em nossos encontros, pelo afeto e apoio que me deram acalanto nos momentos que muito necessitei, por me edificar, por se afastarem, por vezes, da função de orientadores e revelarem-se como Mãe e Pai. Guardo comigo cada valioso segundo que passamos juntos. Meu eterno obrigado professores.

A minha querida Professora Doutora Patrícia Colombo, pelo apoio que sempre me acolheu, pela eterna amizade e pelo notável amor que se dedica a seus alunos e a nossa Universidade.

A minha estimada Professora Doutora Jane Armond, por acreditar em mim, por me dar nova oportunidade de voltar a fazer o que mais gosto, na casa que eu amo. Dívida eterna, professora. Meu muito obrigado.

A minha amiga Professora Cintia Leci Rodrigues, pelo auxílio incessante, sempre presente nas horas em que as ideias e a confiança desapareciam.

Aos meus queridos funcionários, amigos e professores da Pós Graduação, pelos doces momentos juntos. Levarei a lembrança destes tempos e de cada um de vocês em meu coração, pra sempre. Obrigado a todos.

RESUMO

Introdução: As estatísticas de mortalidade constituem-se em ferramenta imprescindível para o conhecimento dos problemas de saúde de uma população e para subsidiar os mecanismos de planejamento e gestão das suas respectivas políticas. Conhecer a magnitude desses eventos é fundamental para a formulação de programas voltados à promoção da saúde e prevenção de agravos decorrentes de acidentes e violências. **Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico das causas externas de mortes violentas ocorridas no município de São Paulo, evidenciando as ocorrências nos anos: 2000, 2005, 2010 e 2014.

Método: Estudo de base populacional, longitudinal e retrospectivo, embasado em levantamento estatístico quantitativo, coletadas em dados pesquisados em sites do Governo (Sistema de Informação da Mortalidade). Para fins de comparação entre populações, foi realizada padronização para que fossem corrigidas as distorções resultantes de possíveis diferenças na composição das mesmas, no que diz respeito a atributos ou variáveis que se relacionem com probabilidade de morte. **Resultados:** Observamos um sinal alarmante em números absolutos nos índices de ocorrências das mortes violentas em São Paulo, relacionando com a análise dos seus coeficientes padronizados por 100.000 habitantes, caracterizando assim, uma realidade mais positiva. **Conclusão:** Embora estas mortes que pudessem ter sido, em grande parte evitadas, mediante prevenção adequada, melhor atenção à saúde e segurança pública, todo este esforço não depende somente do Estado, e sim, do conhecimento, da ética e da educação de seu povo.

Palavras-chave: causas externas, mortalidade, homicídios, suicídios, acidentes de trânsito.

ABSTRACT

Introduction: Mortality statistics are an essential tool for understanding the health problems of a population and for subsidizing the planning and management mechanisms of their respective policies. Knowing the magnitude of these events is fundamental for the formulation of programs aimed at health promotion and prevention of injuries due to accidents and violence. **Objective:** To analyze the epidemiological profile of external causes of violent deaths occurring in the city of São Paulo, showing the occurrences in the years 2000, 2005, 2010 and 2014. **Method:** A population-based, longitudinal and retrospective study, based on a quantitative statistical survey, collected from data surveyed on government websites (Mortality Information System). For purposes of comparison among populations, standardization was performed to correct the distortions resulting from possible differences in the composition of the populations, in relation to attributes or variables related to the probability of death. **Results:** We observed an alarming signal in absolute numbers in the occurrence rates of violent deaths in São Paulo, related to the analysis of their standardized coefficients per 100,000 inhabitants, characterizing a more positive reality. **Conclusion:** Although these deaths could have been largely avoided through adequate prevention, better attention to health and public safety, this effort does not depend only on the state, but on the knowledge, ethics and education of its people.

Keywords: External causes, Mortality, Homicides, Suicides, Accidents.

LISTA DE ABREVIATURAS

DO	Declaração de Óbito.
SVO	Serviço de Verificação de Óbito.
IML	Instituto Médico Legal.
SUS	Sistema Único de Saúde.
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade.
OMS	Organização Mundial de Saúde.
CID 10	Classificação Internacional de Doenças, décima revisão.
ONU	Organização das Nações Unidas.
PRO – AIM	Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade.
P	Posto.
p	Proporcionalidade.
CP	Coeficiente Padronizado.
X²	Qui-quadrado.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados.
PED	Pesquisa de Emprego e desemprego.
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudo Socioeconômicos.
CVV	Centro de Valorização à Vida.
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes.
DHPP	Departamento Estadual de Homicídios e Proteção à Pessoa.
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
g/L	Gramas por Litro.
DENATRAN	Departamento Nacional de Trânsito.

Sumário

1	INTRODUÇÃO	11
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
	2.1. Contextualização das mortes por causas externas	13
	2.2. A qualidade do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)	14
	2.3. Codificação de Causas Externas	16
	2.4. O impacto da violência nos óbitos por causas externas	18
	2.4.1. Os acidentes e a mortalidade por causas externas	19
	2.4.2. Os suicídios e tentativas de suicídio	20
3	OBJETIVOS	21
4	MÉTODO	22
	4.1. Tipo de Estudo	22
	4.2. Variáveis estudadas	22
	4.3. Fonte dos Dados	25
	4.4. Análise dos resultados	26
	4.5. Cálculo da população padrão mediana	28
	4.6. Coeficiente de ocorrência de mortes violentas	28
	4.7. Análise Estatística	28
	4.8. Aspectos Éticos	29
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
6	CONCLUSÃO	79
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
	REFERÊNCIAS	82

1 INTRODUÇÃO

As estatísticas de mortalidade constituem-se em ferramenta imprescindível para o conhecimento dos problemas de saúde de uma população e para subsidiar os mecanismos de planejamento e gestão das suas respectivas políticas¹. São usadas para definir condições de saúde pública e parâmetros socioeconômicos.²

Em levantamento obtido no Sistema de Informações de Mortalidade, no ano de 2015 as principais causas de óbito entre os paulistanos são as doenças do aparelho circulatório, que incluem doenças isquêmicas, doenças cérebro vasculares, infarto agudo do miocárdio, doenças hipertensivas. Em segundo lugar, as Neoplasias, seguidas das Doenças do Aparelho Respiratório e em quarto lugar as Causas Externas, produto deste trabalho.

Os óbitos por causas externas são um grave problema de saúde pela magnitude e impactos social e econômico que representam¹, ocupando lugar de destaque no Brasil, principalmente entre jovens do sexo masculino³. São definidas como os traumatismos, lesões ou quaisquer outros agravos que incluem homicídios, agressões, suicídios, quedas acidentais, queimaduras, afogamentos, entre outros acidentes e violências⁴.

No Brasil, as causas externas (acidentes e violências) têm sido o grupo que mais revela a desigualdade entre homens e mulheres na população adulta de 20 a 59 anos de idade⁵. A literatura evidencia o comportamento mais agressivo e arriscado dos homens, o que pode explicar a maior ocorrência de mortes por causas externas em comparação às mulheres^{1,5,6}.

Para conhecimento e compreensão dos determinantes dos acidentes e violências, e da magnitude desses eventos, faz-se imprescindível a realização de análises sistemáticas aos dados sobre mortalidade por causas externas⁷.

O conhecimento destas informações, concede a possibilidade de empregar as políticas públicas e ainda subsidiar o planejamento das ações das atividades na saúde e na intersectorialidade⁸.

Estudos que abordam este objeto tornam-se relevantes, pois pretendem buscar as principais causas de mortes prematuras e identificar características que possam contribuir para o planejamento de ações e estratégias voltadas para a redução das

mortes causadas por um conjunto de agravos à saúde tais como a violência e os acidentes evitáveis e preveníveis. Assim, a prevenção das causas externas deve fazer parte da agenda de prioridades do campo da saúde^{3,9}.

Apontar a magnitude desses eventos é fundamental para a formulação de programas voltados à promoção da saúde e prevenção de agravos decorrentes de acidentes e violências¹⁰.

A maioria do conhecimento científico disponível sobre o tema é proveniente de informações acerca das mortes e do sistema de informação de mortalidade. Portanto, visto a importância do tema exposto, propõe-se este estudo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Contextualização das mortes por causas externas

A violência e os acidentes, conhecidos como causas externas, juntamente com as doenças crônicas e degenerativas representam, na atualidade, um novo cenário dos problemas de saúde no Brasil e no mundo. As causas externas entraram nesse panorama como principal causa de mortes nas faixas etárias jovens, com um aumento crescente de demanda aos serviços de saúde¹¹.

A partir da década de 1980, verificaram-se no Brasil modificações importantes no padrão de mortalidade por causa, sendo que a taxa de mortalidade por causas externas (grupo que inclui lesões, envenenamentos, todos os acidentes, inclusive os de trânsito, os suicídios e homicídios) passou da quarta para a segunda posição, ficando atrás apenas das doenças do aparelho circulatório¹².

Segundo Minayo (2009)¹³, a categoria causas externas é empregado pela área da saúde para investigação de óbitos, sendo esta operativa e têm servido, há mais de dois séculos, para as organizações internacionais de saúde e sociais efetuarem perfis, comparações e, assim, emitirem observações e sugestões aos governos nacionais e locais a respeito do fenômeno social da violência que provoca a morte, podendo então ser alvo de intervenções e comparações¹³.

A informação de qualidade referente aos óbitos por causa externa não pode ser vista, simplesmente, como uma questão técnica senão também, como uma ferramenta para a tomada de decisões coerentes. O monitoramento desses eventos constitui elemento importante para o conhecimento de suas tendências e do impacto das intervenções de políticas públicas adotadas para reduzir os índices de violência e melhorar os serviços de saúde¹⁴.

A utilização frequente dos dados de mortalidade em estudos sobre o tema tem despertado grande interesse quanto à qualidade dessas informações. Segundo Jesus e cols.(2010)¹², pesquisas realizadas em diversas cidades do Brasil e em países como Líbano, África do Sul, Índia, Ghana, Rússia, e outros, utilizando diferentes metodologias com o objetivo de verificar a confiabilidade das informações constantes na Declaração de Óbito (DO), principalmente em relação à causa básica da morte, apontam a má qualidade no preenchimento da declaração, a imprecisão do registro

de causa básica, além da subnotificação de causas, o que representa um obstáculo para o conhecimento mais fidedigno da incidência de casos¹².

2.2. A qualidade do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)

Pela legislação vigente no Brasil (Lei nº 6.216, de 30/06/1975), nenhum sepultamento pode ser realizado sem a Certidão de Óbito correspondente, lavrada no Cartório de Registro Civil, à vista da Declaração de Óbito (DO).

No caso de morte por causas naturais, a Declaração de Óbito é preenchida pelo profissional de saúde (médico) que fez atendimento ou vinha assistindo a vítima ou, quando, sem assistência, pelos Serviços de Verificação de Óbitos (SVO).

Para todo óbito resultante e/ou suspeito de uma causa externa, o preenchimento da Declaração de Óbito deve ser realizado por um perito/médico legista do Instituto Médico Legal (IML), após necropsia do corpo, ou por perito designado para tal, caso a localidade não conte com IML. O preenchimento e a assinatura da DO são de responsabilidade ética e legal do profissional médico.

Para se conhecer a magnitude e o impacto causado pelos óbitos por causas externas, é necessário que as informações registradas na Declaração de Óbito apresentem completude e qualidade. Também é fundamental a boa cobertura do sistema de informações⁵.

O aprimoramento do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) deve ser uma preocupação central entre os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de fortalecer e consolidar o SIM enquanto ferramenta de produção de informações confiáveis sobre a mortalidade no Brasil e na cidade de São Paulo¹⁵.

Estudos epidemiológicos têm mostrado que as causas de mortalidade por causas externas apresentam distribuição diferente para sexo, idade, grupos sociais e áreas de risco, revelando situações de vulnerabilidade de pessoas e de lugar. Assim, os eventos que ocorrem por causas externas devem ser abordados na perspectiva da Saúde Urbana, que integra aspectos da saúde^{3,14,15}.

Como exemplo, a abordagem dos acidentes de trânsito na perspectiva da saúde urbana associada à integração e qualificação das informações disponíveis, ao permitir a comparação das diversas fontes, contribui para a implantação, desenvolvimento e monitoramento de políticas integradas de prevenção destes

acidentes, assumindo a hipótese de que a qualificação das informações poderá revelar o real perfil de vulnerabilidade das vítimas fatais¹⁵.

Segundo Messias e cols (2016)¹, apesar da padronização estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a causa básica do óbito ainda prevalece como um problema para as estatísticas de mortalidade no Brasil e também em outros países. Assim, incompletudes e inconsistências na definição da causa básica podem conduzir a falsos diagnósticos sobre as condições de saúde da população e comprometer o planejamento e implementação das medidas de intervenção¹.

As DO por causas externas nem sempre apresentam informações precisas sobre o tipo de acidente ou violência que levou à morte. Muitos dados contidos no Sistema de Informação de Mortalidade acerca das causas externas são registradas como sendo de intenção indeterminada ou com diagnósticos incompletos.

Segundo Soares Filho (2016)¹⁶, o expressivo número de mortes de causas externas não definidas pode ser um dos principais indicadores de má qualidade dos registros produzidos pelo sistema médico legal, na medida em que reflete a sua capacidade de não aferir adequadamente o motivo que levou ao óbito, bem como de limitações no acesso a serviços de referência para o esclarecimento da morte nos municípios¹⁶.

O preenchimento correto da causa de mortalidade firma-se na qualidade do exame pericial do médico legista que, por sua vez, depende das condições materiais de trabalho, da atualização dos profissionais, e da coleta de informações minuciosas sobre a cena em que o evento ocorreu.

Os médicos legistas não poucas vezes, colocam no atestado somente a natureza da lesão, negligenciando o tipo de causa externa. Esse fato levou o Ministério da Saúde a incluir variáveis na DO que informam as prováveis circunstâncias da morte não natural, as quais, entretanto, nem sempre são preenchidas.

Soares Filho (2011)¹⁷, ainda aponta que alguns estudos, contudo, verificaram que os IML comumente dispõem de dados detalhados, mas não os transcrevem para as DO.

Outro fator capaz de influenciar a incompletude de algumas variáveis seria a não digitação no sistema dos campos da Declaração de Óbito, por este motivo, é muito importante que os municípios monitorem e realizem a crítica constante de seus bancos de dados e da codificação aplicada³.

Portanto, é necessário que todos os profissionais dedicados ao registro de dados na DO e no SIM, seja no preenchimento, processamento ou gerenciamento dos dados de óbitos, compreendam sua responsabilidade como parte integrante e essencial de um sistema nacional de informações, e a importância de qualificá-lo com seu trabalho, inclusive como um instrumento de cidadania³.

2.3. Codificação de Causas Externas

Em razão da diversidade de agravos abarcados pelo grupo das causas externas, a literatura científica nacional e internacional se debruça em diferentes recortes que consideram a natureza da injúria e o grupo populacional mais vulnerável. Os acidentes de trânsito, os homicídios e suicídios são mais frequentemente estudados com enfoque na população de jovens. As quedas têm sido mais abordadas entre idosos e as injúrias não intencionais, sobretudo os acidentes domésticos, são mais analisados nas crianças e adolescentes¹⁸.

Quadro 1. Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidad (V01-Y98), segundo o Capítulo Internacional das Doenças (CID-10).

Codificação	Causas Externa de Mortalidade
V01-X59	Acidentes
X60-X84	Lesões autoprovocadas intencionalmente
X85-Y09	Agressões
Y10-Y34	Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada
Y35-Y36	Intervenções legais e operações de guerra
Y40-Y84	Complicações de assistência médica e cirúrgica
Y85-Y89	Sequelas de causas externas de morbidade e de mortalidade
Y90-Y98	Fatores suplementares relacionados com as causas de morbidade e de mortalidade classificados em outra parte

Utiliza-se a sigla CID (Classificação Internacional das Doenças) para a Classificação de Bertillon e suas revisões porque, mesmo com nomes diferentes, todas elas são classificações internacionais da doença. Acompanhando a sigla, deve ter um número que representa a revisão a qual a CID se refere, por exemplo, a CID-10 para a Décima Revisão¹⁹ (Quadro 1).

A análise estatística de uma variável com grande número de categorias - como é o caso da variável doença - só é possível classificando essas categorias. Uma classificação de doenças é um sistema que agrupa as doenças análogas, semelhantes ou afins, segundo uma hierarquização ou eixo classificatório. Uma classificação estatística de doenças implica, portanto, um conjunto de grupos de diagnósticos ou doenças, visto que o interesse principal são os agrupamentos e não os casos individualizados como em uma nomenclatura²⁰.

No Brasil e no mundo os acidentes e as violências são um problema de saúde pública de grande relevância, com forte impacto na morbimortalidade da população. São eventos com elevada frequência, revelando-se como causa importante de lesões e incapacidades em pessoas de todos os grupos etários²¹.

Os acidentes e as violências representam um conjunto de agravos à saúde, que podem ou não levar a óbito, compreendendo como causas acidentais aquelas devidas ao trânsito, quedas, trabalho, afogamentos, envenenamentos, dentre outros tipos de acidentes, e, como causas intencionais, as agressões e lesões autoprovocadas.

Esse conjunto de eventos encontra-se incluído na Classificação Internacional de Doenças (CID) sob a denominação de causas externas²¹. Estas configuram-se

como um dos mais importantes temas na atualidade, adquirindo caráter epidêmico e, em muitas áreas do Brasil, como a cidade de São Paulo, representando uma das principais causas de mortalidade, com uma tendência crescente²¹.

2.4. O impacto da violência nos óbitos por causas externas

A problemática da violência, se faz presente na história da humanidade através de negligência, abuso sexual, agressões física e psicológica, e ocorrem no ambiente intrafamiliar ou extrafamiliar^{22,23}.

Acerca da violência, trata-se de um fenômeno mundial que atinge todas as classes sociais. Por isso, vários países vêm aplicando medidas de prevenção e controle na tentativa de cessar essas ações.

Como resultado dessa atuação, a violência começou a ser tratada como um problema a ser combatido por meio de políticas públicas²³.

Segundo Phebo (2005)²⁴, as diversas formas de violência que acontecem no meio urbano têm como ponto em comum a estrutura das grandes cidades, que promove por si só um distanciamento da natureza.

A massa de construções faz perder a simples perspectiva do horizonte, da natureza, inclusive da natureza humana. A isso se pode adicionar as formas de viver em geral, cada vez mais empilhadas e apertadas.

A aglomeração populacional é inversamente proporcional à possibilidade de contatos afetivos mais profundos. O anonimato e a sensação de "não pertencer" são duas condições constantes nas cidades grandes.

O tempo é escasso tanto para os outros como para si mesmo. Há pressa e uma sensação de falta de lugar e de oportunidades para todos, imperando a competição e o imediatismo.

Prevalecem angústias e vazios, os quais se busca preencher e apaziguar por meios de estímulos sonoros e visuais e através de um consumo desenfreado e inconsequente.

Há um ruído enorme, ambiental e nas comunicações de modo geral. É difícil escutar e escutar-se. Todos esses fatores contribuem para estados emocionais e comportamentais que são meios propícios à produção de várias formas de violência²⁴.

Ainda em relação às questões de violência, é importante considerar dois aspectos. O primeiro é que essas mortes atingem desproporcionalmente o grupo de adolescentes e adultos jovens.

No que tange a violência, Gawryszewski (2005)²⁵, descreve a importância da questão dos efeitos da desigualdade e iniquidade sobre as condições de saúde das populações vem gerando grande interesse nos últimos anos. Por vezes usadas como sinônimos, essas palavras não tem a mesma definição.

As desigualdades podem ter duas classificações: as **naturais**, que correspondem às diferenças entre os indivíduos, como no caso do sexo, raça e idade e, as **sociais**, que são originadas na ocupação de posições diferentes na organização social. Elas ocorrem em todas as sociedades conhecidas e não remetem à ideia de injustiça.

A perversidade social refere-se a grupos em vantagem ou desvantagem social e a iniquidade em saúde como manifestação mensurável da injustiça social, representada por diferentes riscos de adoecer ou morrer e que pode ser evitável. Esses riscos se originam pelas condições heterogêneas de existência e acesso a bens e serviços, inclusive os da saúde²⁵.

2.4.1. Os acidentes e a mortalidade por causas externas

As Políticas de saúde devem se adequar às constantes mudanças no perfil de saúde das populações. No Brasil, a transição demográfica e epidemiológica vem desenhando um novo cenário para a ação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a configuração de tripla carga de doença manifestada pela concomitância de doenças crônicas, doenças infecciosas e causas externas²⁶.

No Brasil, homicídios e acidentes de trânsito juntos representam, aproximadamente, dois terços dos óbitos por causas externas. Estas ocupam o terceiro lugar entre as causas de morte no país. As mortes violentas trazem uma série de outras implicações para a sociedade, a exemplo da influência em indicadores de saúde, como os anos potenciais de vida perdidos, e custos emocionais e sociais, como a desestruturação ou ruptura de famílias, associados a intensos sentimentos de medo, revolta, insegurança, sofrimento e desespero²⁷.

É inegável a relevância de estudos sobre mortalidade por homicídios e acidentes de trânsito, responsáveis pela maior proporção de óbitos entre as causas externas no país.

É preciso estudar e discutir mais, no âmbito da Saúde Pública, a visibilidade dos homicídios e dos acidentes oferecida pelos indicadores de morbimortalidade. Conhecer a magnitude desses eventos é pré-requisito para a formulação de programas voltados à promoção da saúde e prevenção de agravos decorrentes de acidentes e violências²⁸.

2.4.2. Os suicídios e tentativas de suicídio

O suicídio se tornou uma epidemia de proporções globais, segundo Rosa²⁹, com aumento de 60% da mortalidade por essa causa nos últimos 45 anos. Dentre as causas externas, as lesões autoprovocadas voluntariamente estão entre as três principais causas de morte no mundo para todas as idades, superadas apenas pelos homicídios, e 75% dos casos são registrados em países em desenvolvimento²⁹.

O suicídio é um fenômeno humano complexo, universal e representa um grande problema de saúde pública em todo o mundo. O risco de suicídio aumenta de acordo com o número de tentativas e também está associado a intervalos de tempo menores entre essas tentativas.

As tentativas de suicídio tendem a ser recorrentes e a história de tentativa prévia representa o mais importante preditor de suicídio completo³⁰.

Várias ações podem ser realizadas no âmbito da saúde pública, entre elas: elaboração de estratégias nacionais e locais de prevenção do suicídio, conscientização e questionamento de tabus na população, detecção e tratamento precoces de transtornos mentais, controle de meios letais (redução do acesso e porte ilícito de armas de fogo, regulação do comércio de agrotóxicos, arquitetura segura em locais públicos) e treinamento de profissionais de saúde em prevenção de suicídio³¹.

3 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar o perfil epidemiológico das causas externas de mortes violentas ocorridas no município de São Paulo, evidenciando as ocorrências nos anos: 2000, 2005, 2010 e 2014.

Objetivos Específicos

- Avaliar o real panorama de periculosidade de São Paulo entre 2000 e 2014.
- Considerar as principais razões quanto ao impacto epidemiológico relacionado à estes agravos.
- Apresentar programas de prevenção para o controle destes agravos.

4 MÉTODO

4.1. Tipo de Estudo

Trata-se de estudo de base populacional, longitudinal e retrospectivo (séries temporais) será embasado em um levantamento estatístico quantitativo das causas externas de mortes violentas ocorridas no Município de São Paulo no período de 2000 a 2014, utilizando dados contidos no Sistema de Informações de Mortalidade.

4.2. Variáveis estudadas:

- Variáveis relacionadas à **mortalidade**: causa externa do óbito divididas em cinco grupos:

1. **Acidentes de trânsito**: englobando Atropelamento de pedestres, Acidentes com ciclistas, Acidentes com motociclistas e demais Acidentes envolvendo trânsito e transporte (veículos).
2. **Acidentes em geral**: envolvem acidentes relacionados às Quedas acidentais, Afogamentos acidentais, Choques elétricos acidentais, Exposição ao fogo acidental, Outros riscos acidentais à respeito e Acidentes não especificados.
3. **Suicídio**.
4. **Homicídio**.
5. **Outras Ocorrências**: abrangem as causas de óbito relacionadas às Lesões de intenção indeterminada e demais causas externas, sendo as intervenções legais adicionadas como causa a partir de 2001.

- Variáveis relacionadas às **datas das ocorrências**: foram analisados os anos separadamente: 2000, 2005, 2010 e 2014.

- Variáveis relacionadas ao **local do óbito**: conforme a geografia do Município foram agrupadas as subprefeituras em seis regiões de São Paulo: Sul, Sudeste, Norte, Leste, Oeste e Centro (Figuras 1 e 2).

Figura 1. Mapa da Cidade de São Paulo - Regiões.



Figura 2. Mapa da Cidade de São Paulo - Subprefeituras.



Perus

Pirituba

Freguesia /
Brasilândia

Casa Verde

Cachoerinha

Santana /
Tucuruvi

Vila Maria /
Vila Guilherme

Sé

Mooca

Penha

Emílio

Matarazzo

São Miguel

Itaim Paulista

Guaiabás

Lapa

Pinheiros

Butantã

Vila Mariana

Ipiranga

Vila Prudente

Arcanduba

Itaquera

Cidade Tridontes

Sapopemba

São Mateus

Campo Limpo

Santo Amaro

Jabaquara

M'Boi Mirim

Cidade Ademar

Capela do Socorro

Parelheiros

4.3. Fonte dos Dados

Nos países desenvolvidos a aferição da prevalência de eventos criminais geralmente é realizada a partir de três fontes de informações principais: pesquisas domiciliares de vitimização periódicas, registros policiais, e base de dados sobre mortalidade, da área de saúde. Como no Brasil, o primeiro tipo de pesquisa é inexistente e não há confiabilidade quanto às informações dos registros policiais, os dados provenientes do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, se revestem de importância especial, pois representam a única base de dados confiável, com cobertura nacional, periódica e transparente, que permite a aferição dos eventos violentos com desfechos fatais. De fato, essa é a principal fonte de dados do Brasil, utilizada por organizações como a ONU³⁵.

O Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo (PRO-AIM) processa as declarações dos óbitos que ocorreram no Município de São Paulo³².

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) foi criado em 1975 para a obtenção regular de dados de mortalidade no País. A partir da criação do SIM foi possível a captação de dados sobre mortalidade, de forma abrangente e confiável, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública. Com base nessas informações é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área.

Este Sistema proporciona a produção de estatísticas de mortalidade e a construção dos principais indicadores de saúde. A análise dessas informações permite estudos não apenas do ponto de vista estatístico e epidemiológico, mas também sócio demográfico.

O documento base para a captação dos dados de mortalidade é a Declaração de Óbito (DO). Trata-se de um documento fornecido pelo Ministério da Saúde, em três vias, pré-numeradas sequencialmente e distribuído pelas Secretarias Municipais de Saúde.

A responsabilidade na emissão da DO é do médico, sendo fundamental o seu empenho no preenchimento correto de todas suas variáveis.

Estão disponibilizados para tabulação os arquivos de óbitos dos indivíduos residentes e ocorridos no município de São Paulo, a partir do ano de 1996, codificados pela CID10.

A partir de 2001 é possível a tabulação de todos os óbitos ocorridos no município de São Paulo (inclusive das pessoas residentes em outros municípios).

A partir dos dados do SIM é possível a formulação de indicadores epidemiológicos que possibilitarão a análise da situação de saúde, subsidiando a tomada de decisão.

A possibilidade de acesso ao microdado permite análises segundo as diversas variáveis da Declaração de Óbito, como sexo, faixa etária, raça/cor, estado civil, escolaridade, ocupação, local de ocorrência, causas externas de morte, etc.

Poucos países do mundo têm um sistema de informações com a cobertura e a qualidade que o SIM proporciona.

Com a adoção da plataforma Web o tempo para a transferência dos dados do nível municipal para o federal diminuiu drasticamente, possibilitando a divulgação no ano seguinte ao ano de referência e aumentando a relevância política do uso dessas informações ³².

Contudo, tais informações utilizadas em nosso estudo, somente foram atualizados até agosto de 2015, até a finalização deste trabalho, portanto não foi considerado este ano para a análise desta dissertação.

4.4. Análise dos resultados

População padrão mediana

O coeficiente de mortalidade geral, constitui um dos indicadores do nível de saúde de uma população. Para fins de comparação entre populações, torna-se indispensável sua padronização para que sejam corrigidas as distorções resultantes de possíveis diferenças na composição das mesmas, no que diz respeito a atributos ou variáveis que se relacionem com probabilidade de morte³³.

Tendo em mente que o objetivo do trabalho foi o de comparar as regiões do município de São Paulo em relação aos valores dos coeficientes e levando em consideração que as populações de cada região têm diferentes porcentagens de

participação na população total do Município, dada a previsível diferença dos números de habitantes, resolveu-se padronizar, a referida diferença das composições, mediante o cálculo da população mediana das seis regiões.

A escolha da mediana das percentagens de participação, em lugar da média aritmética, visou a afastar a influência que, no caso desta, seria exercida pela eventual ocorrência, em certas populações, de percentagens de participação fortemente discrepantes das demais³⁴.

Com essa padronização, todas as regiões tiveram o coeficiente de ocorrência padronizado, seguindo a constituição da população padrão mediana.

Pelo fato das prováveis mudanças ocorridas em cada uma das populações no tempo transcorrido entre os anos de 2000 a 2014, o cálculo da população padrão mediana foi realizado para cada ano da coleta de informações.

Justificou-se o cálculo da mediana das populações envolvidas, uma vez que a média seria fortemente influenciada pela notória diferença entre os tamanhos das populações envolvidas.

Tabela 1. Regiões do Município de São Paulo, segundo as populações e a população mediana e os respectivos postos (P) ordenados em ordem crescente, nos anos de 2000, 2005, 2010 e 2014.

Região	2000	P	2005	P	2010	P	2014	P
Sul	2.250.714	4	2.408.507	5	2.551.020	5	2.657.643	5
Leste	2.256.462	5	2.326.697	4	2.379.685	4	2.429.169	4
Sudeste	2.531.989	6	2.596.056	6	2.648.640	6	2.678.653	6
Oeste	921.629	2	973.558	2	1.022.564	2	1.048.539	2
Centro	374.680	1	403.220	1	430.599	1	444.932	1
Norte	2.090.910	3	2.158.535	3	2.213.477	3	2.254.900	3
População mediana	2.170.812		2.242.616		2.296.581		2.342.034	

4.5. Cálculo da população padrão mediana

Pelo fato de termos 6 regiões, a mediana será representada pela média das populações situadas no 3º e no 4º posto da ordenação das populações em ordem crescente.

A mediana foi calculada para cada um dos anos considerados no estudo. Na tabela 1, são apresentadas as regiões, os valores das populações, a ordenação em ordem crescente das mesmas, para cada um dos anos do levantamento e o cálculo das populações medianas.

4.6. Coeficiente de ocorrência de mortes violentas

Uma vez que estabelecidas as populações medianas, para cada ano, os valores dos coeficientes correspondentes a cada uma das ocorrências, foram todos calculados seguindo a população padrão, para cada ano do levantamento, seguindo a expressão:

$$\text{Coeficiente de ocorrência} = \frac{\text{número de eventos} \times 100.000 \text{ habitantes}}{\text{População padrão mediana}}$$

4.7. Análise Estatística

Para análise dos resultados foram aplicados os seguintes testes:

- Teste do Quiquadrado para as tabelas (2XN), com o objetivo de comparar inicialmente, as regiões do município de São Paulo em relação às percentagens de cada uma das ocorrências, separadamente, para os anos de 2000, 2005, 2010 e 2014.
- O mesmo teste foi aplicado para comparar os anos 2000, 2005, 2010 e 2014 em relação à cada uma das ocorrências de morte violentas.³⁴

Em todo teste fixou-se em 0,05 ou 5,0% o nível de significância.

4.8. Aspectos éticos

Por se tratar de trabalho que utilizou fonte de dados secundários de domínio público não houve a necessidade de se passar por apreciação ética.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Comparação populacional entre as regiões e cálculo da população mediana padrão

Analisaremos os resultados obtidos juntamente com respectivas discussões separadamente para cada uma das cinco ocorrências de mortes violentas elencadas (Suicídios, Homicídios, Acidentes de Trânsito, Acidentes Gerais e Outras Ocorrências), evidenciando para cada uma destas, o estudo em dois padrões de tabelas a seguir:

a) Tabelas que demonstram os Números de Ocorrências e de não ocorrências, segundo a população padrão mediana, de cada ano (2000, 2005, 2010 e 2014) e respectivos coeficientes de ocorrências x 100.000 calculados em cada região de São Paulo (Sul, Sudeste, Norte, Oeste, Centro e Leste). Resultado do teste da partição do Quiquadrado, aplicado para comparar as regiões.

b) Tabelas que demonstram os Números de Ocorrências e de não ocorrências, segundo a população padrão mediana, de cada região do município de São Paulo e os respectivos coeficientes de ocorrências x 100.000 calculados separadas em cada ano estudado (2000, 2005, 2010 e 2014). Resultado do teste de partição do Quiquadrado, aplicado para comparar os anos de estudo.

Ocorrência: **SUICÍDIOS**

Tabela 2 - Número de ocorrência de Suicídio, nas regiões Sul, Sudeste, Norte, Oeste, Centro e Leste do Município de São Paulo, com os respectivos valores dos Coeficientes Padronizados (CP%) de ocorrência por 100.000 habitantes, calculados para as populações padrão medianas para cada ano. Resultado do teste da partição do Qui-quadrado, aplicado para comparar as regiões.

Região	Ano											
	2000			2005			2010			2014		
	População Padrão 2.170.812			População Padrão 2.242.616			População Padrão 2.296.580			População Padrão 2.342.035		
	Sim	Não	CP(%)									
Sul	66	2.170.746	3,0	76	2.242.540	3,4	99	2.296.481	4,3	124	2.341.911	5,3
Sudeste	93	2.170.719	4,3	107	2.242.509	4,8	121	2.296.459	5,3	99	2.341.936	4,2
Norte	91	2.170.721	4,2	95	2.242.521	4,3	108	2.296.472	4,7	97	2.341.938	4,1
Oeste	45	2.170.767	2,2	51	2.242.565	2,3	51	2.296.529	2,2	60	2.341.975	2,6
Centro	28	2.170.784	1,3	37	2.242.579	1,6	28	2.296.552	1,2	42	2.341.993	1,8
Leste	84	2.170.728	3,9	78	2.242.538	3,5	109	2.296.471	4,7	97	2.341.938	4,1
Total	407	13.024.465	3,1	444	13.455.252	3,3	516	13.778.964	3,7	519	14.051.691	3,7

Teste do Qui-quadrado $X^2 = 52,23$ ($p < 0,0001$)	Teste do Qui-quadrado $X^2 = 46,60$ ($p = 0,0001$)	Teste do Qui-quadrado $X^2 = 81,35$ ($p < 0,0001$)	Teste do Qui-quadrado $X^2 = 51,63$ ($p < 0,0001$)
Sul, Sudeste, Norte e Leste > Oeste e Centro.	Sul, Sudeste, Norte e Leste > Oeste e Centro.	Sul, Sudeste, Norte e Leste > Oeste e Centro.	Sul, Sudeste, Norte e Leste > Oeste e Centro.

Tabela 3 - Coeficientes Padronizados (CP%) por 100.000 habitantes de Suicídios ocorridos por regiões do Município de São Paulo, calculados para as populações padrão medianas para cada ano. Resultado do teste da partição do Qui-quadrado, aplicado para comparar as regiões.

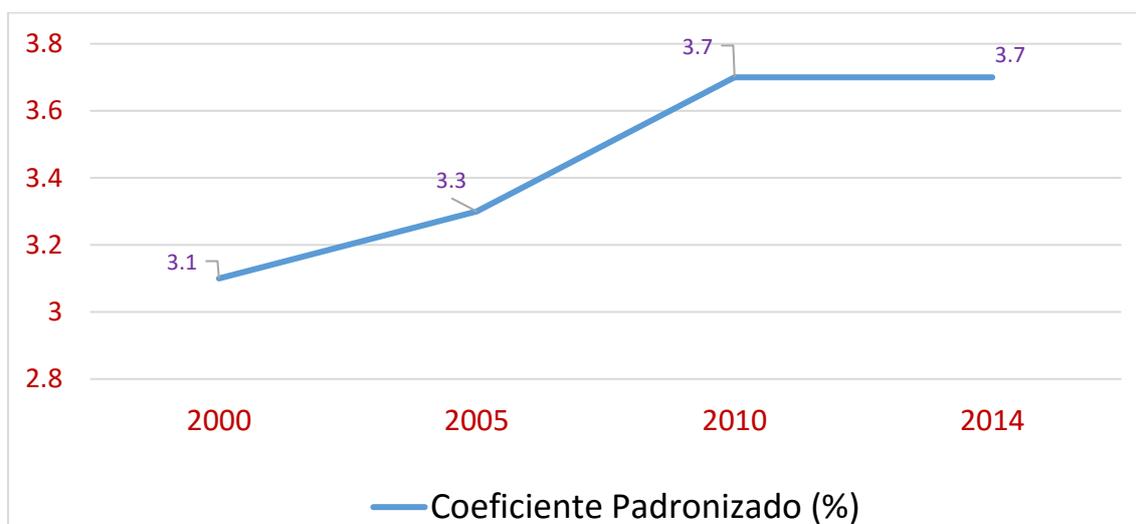
Região	Ano				CP (%)	Teste do Qui-quadrado
	2000	2004	2010	2014		
Sul	3,0	3,4	4,3	5,3	4,0	$X^2 = 17,3$ $p=0,0005$ 2014 > demais anos 2010 > 2000 e 2005 2000 e 2005 semelhantes
Sudeste	4,3	4,8	5,3	4,2	4,6	$X^2 = 3,49$ $p=0,3221$ Não significativa
Norte	4,2	4,3	4,7	4,1	4,3	$X^2 = 1,07$ $p=0,8990$ Não significativa
Oeste	2,2	2,3	2,2	2,6	2,3	$X^2 = 1,26$ $p=0,8690$ Não significativa
Centro	1,3	1,6	1,2	1,8	1,5	$X^2 = 3,54$ $p=0,4716$ Não significativa
Leste	3,9	3,5	4,7	4,1	4,1	$X^2 = 4,76$ $p=0,3129$ Não significativa

“A morte do suicida é diferente. Pois ela não é coisa que venha de fora, mas gesto que nasce de dentro. O seu cadáver é o seu último acorde, término de uma melodia que vinha sendo preparada no silêncio do seu ser... Mas no corpo do suicida encontra-se uma melodia para ser ouvida. Ele deseja ser ouvido. O seu silêncio é um pedido para que ouçamos uma história cujo acorde necessário e final é aquele mesmo, um corpo sem vida”

Rubem Alves

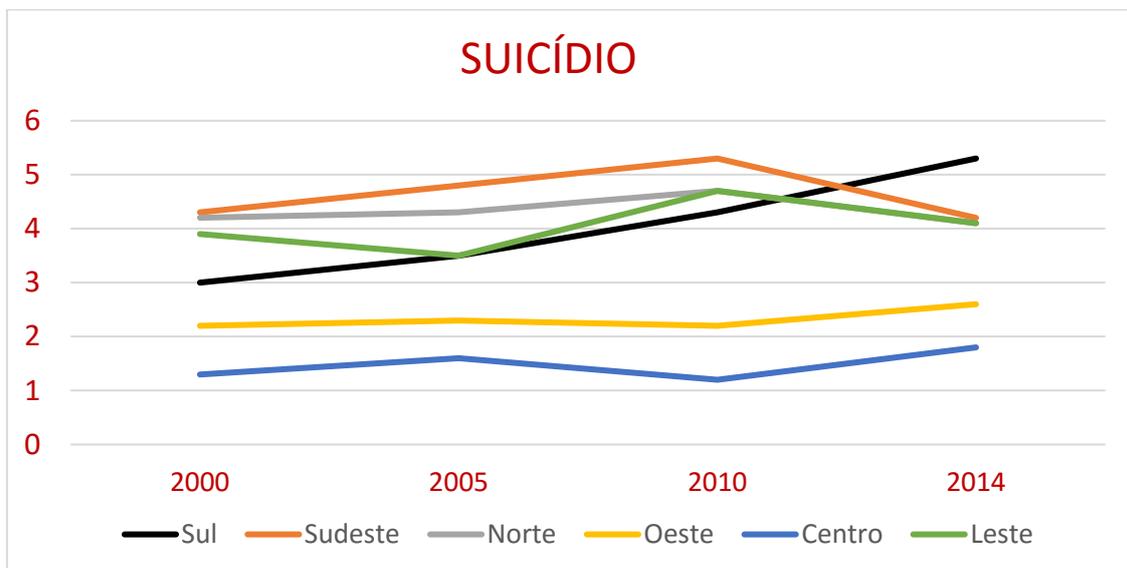
Conforme os resultados obtidos em nossa análise estatística, observou-se que a taxa do coeficiente padronizado global das ocorrências de suicídio aumentaram de 3,1 / 100.000 habitantes em 2000 para 3,7 / 100.000 habitantes em 2014 no município de São Paulo.

Gráfico 1: Taxa de ocorrência de suicídio durante 2000 à 2014 em relação ao coeficiente padronizado (S.I.M.)



Durante os períodos de 2000, 2005, 2010 e 2014 as regiões Sul, Sudeste, Norte e Leste apresentaram maior taxa de suicídios que Oeste e Centro. Não foram significantes as alterações dos coeficientes padronizados das ocorrências de suicídios nas demais regiões de São Paulo (Sudeste, Norte, Oeste, Centro e Leste) nestes períodos, evidenciando tendência de aumento progressivo na região Sul de 2000 à 2014.

Gráfico 2: Taxa de coeficiente padronizado de suicídio durante 2000 à 2014 em relação às regiões do município de São Paulo (S.I.M.)



O termo suicídio deriva do latim “*SUICIDIUM*”, formado por “*su*” (si próprio), e “*caedere*” (bater, golpear, matar) que significa a interrupção voluntária da própria vida. Apesar do suicídio não ser considerado legalmente crime em nosso País, tal atitude ainda é, de certa forma, julgada preconceituosamente por grande parte da sociedade. Considerado um tabu marginal aos preceitos religiosos, culturais e morais, sendo comum o encobrimento das informações pelos familiares e amigos próximos de uma vítima que praticou o autoextermínio, por vezes, notificando erroneamente sua causa de morte no documento de declaração de óbito ocultando seu real conhecimento epidemiológico.

Em São Paulo, assim como no Brasil, as taxas de mortalidade por suicídio apresentam níveis baixos quando comparadas a outros países do mundo. Enquanto Lituânia, Bielorrússia, Rússia, Cazaquistão, Hungria, Japão e Coreia do Sul registram índices que variam entre 20 e 40 óbitos por 100 mil habitantes, o Brasil teve 5,8 em 2014 e São Paulo 5,6 por 100 mil (Figura 3). Apesar dos baixos índices, este evento torna-se importante quando se considera o volume de vítimas em números absolutos, pois coloca o Brasil em 8º lugar em número de suicídios, segundo relatório da Organização Mundial de Saúde de 2014^{36,37}.

COEFICIENTES DE SUICÍDIO

(Número de óbitos por 100 000 habitantes em um ano)

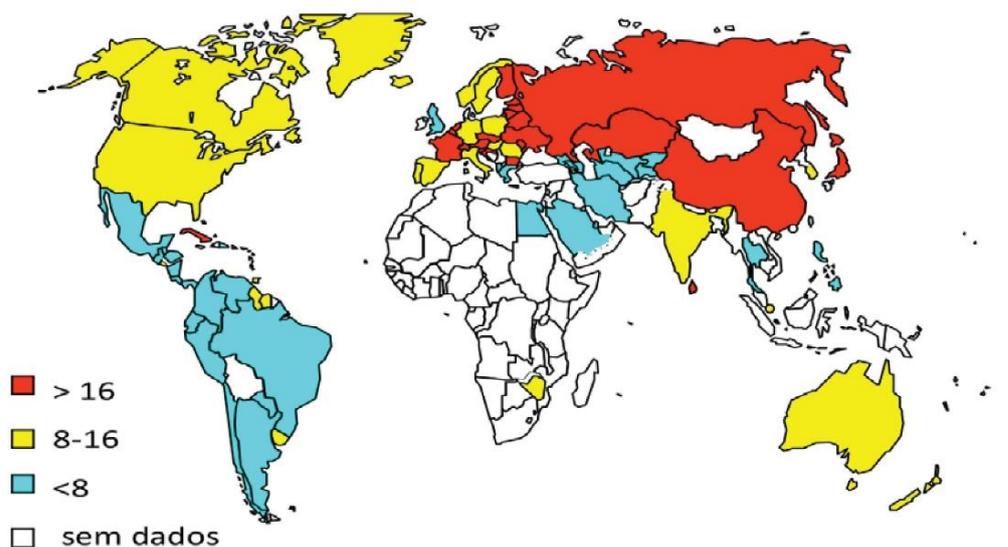


Figura 3: Coeficientes de mortalidade por suicídio (por 100.000 habitantes), segundo a Organização Mundial da Saúde, tomando por base dados de 2009 ³⁶.

As causas de um suicídio (fatores predisponentes) são invariavelmente mais complexas que um acontecimento recente, como a perda do emprego ou um rompimento amoroso (fatores precipitantes).

Os transtornos mentais mais comumente associados ao suicídio são: depressão, transtorno do humor bipolar e dependência de álcool e de outras drogas psicoativas. Esquizofrenia e certas características de personalidade também são importantes fatores de risco. A situação de risco é agravada quando mais de uma dessas condições combinam-se, como, por exemplo, depressão e alcoolismo; ou ainda, a coexistência de depressão, ansiedade e agitação ³⁸.

Conforme informações contidas no Sistema de Informação de Mortalidade (S.I.M.) os suicídios apresentam características significativas segundo a distribuição por sexo, raça, localização e idade, com predominância na população masculina, em brancos que habitam regiões extremas do município de São Paulo na faixa etária entre 20 a 49 anos de idade.

A menor incidência de mortes entre as mulheres vem sendo atribuída principalmente à menor dependência de álcool, maior religiosidade, percepção mais precoce de sinais de risco para depressão e doença mental, além de

buscarem ajuda com maior frequência em momentos de crise e de participarem mais ativamente de redes de apoio social. Em contrapartida, os homens desempenham comportamentos que predispõem mais ao suicídio, tais como: competitividade, impulsividade, maior acesso à armas, maior sensibilidade às instabilidades econômicas, como desemprego e empobrecimento, etc^{39,40,41}.

Embora para ambos os sexos a morte por sufocação / enforcamento apareça em primeiro lugar, para os demais meios as diferenças são significativas. Entre os homens a utilização de armas de fogo aparece como o segundo meio mais utilizado, seguido pelo envenenamento. Entre as mulheres destacam-se envenenamentos, quedas (precipitação), intoxicações por drogas lícitas e ilícitas e queimaduras (autoimolação).

De certa forma, tal diferença explicaria, em parte, a maior incidência de mortes entre os homens, pois sua escolha costuma privilegiar técnicas mais eficientes, como armas de fogo, que àquelas utilizadas pelas mulheres, como intoxicações por veneno, medicamentos e queimaduras. A distinção entre os meios utilizados para cometer o suicídio explicaria porque, apesar de existirem mais tentativas de suicídios entre as mulheres, a mortalidade é maior entre os homens. Entretanto, alguns estudos também têm mostrado que mesmo quando os homens usam métodos menos eficientes, o resultado é maior e mais eficaz do que entre as mulheres⁴².

Embora as estações do ano no Estado de São Paulo não sejam tão bem definidas como em países de clima temperado, esse comportamento mostrou-se bastante similar com estudos europeus e americanos, que identificaram aumento da mortalidade nos períodos mais quentes do ano, principalmente no início da primavera.

Embora não haja consenso dos motivos que levam a esse padrão, algumas hipóteses são levantadas como, por exemplo, o fato de a vida social tornar-se mais intensa nos meses mais quentes, podendo gerar estresses em pessoas com quadro de depressão, aumentando o risco de morte por suicídio. No entanto, outros estudos demonstram que a luz interage com o neurotransmissor serotonina, de modo que a exposição à luz solar poderia alterar seus níveis e influenciar comportamentos e emoções como humor, impulsividade e agressividade^{43,44}.

Gabennesch (1988) propôs o efeito da “teoria das promessas quebradas” para explicar a maior ocorrência de suicídio nos períodos mais quentes do ano, feriados e finais de semana, pois promovem uma aspiração ou expectativa de coisas boas, porém nem sempre elas são alcançadas, o que torna as pessoas com ideias suicidas mais vulneráveis⁴⁵.

Ponderando os motivos elencados anteriormente, devemos considerar que o comportamento social, econômico, religioso e cultural da cidade de São Paulo apresenta grande diversidade em cada uma das regiões mediante o reflexo de sua expressiva dimensão associado à sua miscigenada população de 11.253.503 de habitantes, segundo o IBGE 2010.

Os moradores do extremo sul e da zona leste da cidade de São Paulo foram, sob pontos de vistas diferentes, os mais afetados pela piora do mercado de trabalho na capital paulista, conforme estudo feito pela Fundação Seade (Sistema Estadual de Análise de Dados). Enquanto o extremo sul teve a maior alta da taxa de desemprego, a zona leste teve a maior diminuição do número de pessoas ocupadas.

Entre 2015 e 2016, período em que se estima que o PIB teve queda em torno de 3,5%, a taxa de desemprego de São Paulo saltou de 12,8% para 16%, um aumento de 25%, segundo a Pesquisa de Emprego e Desemprego (PED), calculada pelo Dieese (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos). Enquanto isso, o extremo sul da capital (composto por bairros como Parelheiros e Grajaú) viu o seu nível de desocupação subir de 12,6% para 17,5%.

O poder de letalidade dos métodos de suicídio deve ser contraposto à presteza de um possível resgate e à viabilidade de tratamento das pessoas que tentam se matar. No caso em região desprovida de serviço médico próximo e agentes de saúde especializados envolve maior risco de morte. O contrário ocorre em centros urbanos, quando o socorro médico pode ser feito com agilidade e qualidade ⁴².

O serviço de saúde atende pessoas que tentaram o suicídio, todavia não prosseguem com o encaminhamento para o serviço de saúde mental, interrompendo o acompanhamento desse paciente, facilitando que novas tentativas venham a aparecer ⁴⁸. Estas ações ainda são mais precárias e

deficientes em regiões periféricas da cidade de São Paulo, como se observa no extremo da região Sul, concordando com nossa análise.

Quanto às religiões, explica Daniel Hideki Bando (2008)⁴⁹: “O suicídio varia na razão inversa do grau de integração dos grupos sociais que a pessoa faz parte”. Contudo, a identificação dos católicos diverge com o levantamento da OMS que aponta o protestantismo como fator de risco ao suicídio. “A explicação se adapta à peculiaridade de São Paulo.

No nosso caso (Brasil), se observa que os evangélicos estão mais unidos entre eles”, ressalva Bando. Esse aspecto dos evangélicos funciona como uma “ajuda social” contra o suicídio⁴⁹.

Essa realidade tão cruel e que manifesta tendências de crescimento assustador do número de casos até o ano 2020, e já considerado um dos maiores problemas de saúde pública pela OMS, carece de intervenções da sociedade como um todo, indivíduos, famílias, escolas, universidades, todas organizações de saúde e governo⁴⁶.

O assunto necessita ser trabalhado.

Há necessidade de procedimentos específicos objetivando uma coordenação de ação entre os profissionais envolvidos para permitir o direcionamento adequado e evitar que os casos percam a continuidade de acompanhamento e tratamentos necessários⁴⁶.

O suicídio representa um afrouxamento da estrutura social, um enfraquecimento dos laços grupais, uma desintegração e, portanto, deve ser mais observado e discutido a fim de que se viabilizem melhores formas de prevenção⁵⁰. Mediante este panorama, salientamos alguns tópicos importantes quanto às políticas públicas:

- Elaboração de Planos de Prevenção do Suicídio.

Estellita-Lins (2012)⁵¹ observa que o Brasil é o primeiro país da América Latina a ter conduzido uma proposta nacional para a prevenção do suicídio, desde 2005-2006. Dentre os principais pontos temos a estruturação da rede de atendimento, incentivos à pesquisa e capacitação de profissionais.

- Circulação de Manual didático dirigido aos profissionais das Equipes de Saúde Mental, principalmente nas zonas de risco.
- Atuação em escolas, principalmente às localizadas nas regiões periféricas do município.

Baggio et al. (2009)⁵² destacam a escola como meio para que as principais estratégias de prevenção sejam adotadas, salientando o papel promocional e de proteção à saúde dos alunos, já que é neste ambiente que os padrões de relacionamento e comportamento podem ser reproduzidos. Ainda mostram que relações adversas na família, isolamento, agressões e sintomas depressivos são fatores relacionados à prevalência do planejamento suicida. Destaca-se também a importância dos professores para identificar estes problemas e trabalhá-los com os jovens.

- A descentralização nas Unidades Básicas de Saúde e a ideia de uma política de saúde mais ampla, abrangendo regiões mais periféricas da cidade.
- Maior divulgação dos meios de atendimento telefônico / internet para indivíduos em crise de depressão, que bem funcionam em nosso País (C.V.V. – Centro de Valorização à Vida).

Outra questão é a imposição e a intermediação da mídia em pregar como meta a busca por uma vida perfeita, um corpo ideal, que os bens materiais são deliberadamente mais importantes que o ser, que o poder é mágico e que o homem só será plenamente feliz se tiver status. Tudo isso se atrela a angústia provocada no ser que não consegue atingir as metas impostas pela sociedade, não alcança o ideal que ele criou para si a partir das ideologias de uma vida ideal, sem perdas e sem sofrimento⁴⁶.

Vale citar também o efeito atual da fácil circulação e comunicação nas redes sociais, como atividade intensa dos jovens, podendo atuar tanto como um mecanismo de desabafo de qualquer usuário em uma fase de angústia que pode configurar-se como vulnerável a um ato suicida, alertando outros seguidores a ajudá-lo ou mesmo em outras circunstâncias funcionando como efeito contrário em indivíduos que elaboram e divulgam jogos que incitam a autolesão (“*Baleia azul*”) ou propagam reverências macabras de exercícios que estimulam o “prazer” gerado pela asfixia gradual, podendo-os levar à morte.

Diversas pesquisas mostraram que o suicídio geralmente aparece associado a doenças mentais. Nos últimos 20 anos, foram constadas evidências crescentes de que o comportamento suicida tem forte determinante neurobiológico, não sendo apenas uma resposta lógica a um estresse extremo.

Fatores genéticos transmitidos independentemente explicam em parte os riscos para depressão maior e para o suicídio, porém a compreensão deste mecanismo ainda está longe de ser totalmente elucidada. Perspectivas futuras apontam nesta direção o que poderá servir para o desenvolvimento de programas e estratégias específicas para a prevenção do comportamento suicida ⁴⁷.

Ocorrência: Homicídios

Tabela 4 - Número de ocorrência de Homicídio, nas regiões Sul, Sudeste, Norte, Oeste, Centro e Leste do Município de São Paulo, com os respectivos valores dos Coeficientes Padronizados (CP%) de ocorrência por 100.000 habitantes, calculados para as populações padrão medianas para cada ano. Resultado do teste da partição do Quiquadrado, aplicado para comparar as regiões.

Região	Ano											
	2000			2005			2010			2014		
	População Padrão 2.170.812			População Padrão 2.242.616			População Padrão 2.296.580			População Padrão 2.342.035		
	Sim	Não	CP(%)	Sim	Não	CP(%)	Sim	Não	CP(%)	Sim	Não	CP(%)
Sul	1.563	2.169.249	72,0	857	2.241.759	38,2	426	2.296.154	18,5	425	2.341.610	18,1
Sudeste	1.003	2.169.809	46,2	412	2.242.204	18,4	247	2.296.333	10,8	279	2.341.756	11,9
Norte	976	2.169.836	45,0	120	2.242.104	22,8	285	2.296.295	12,4	31	2.342.004	13,3
Oeste	186	2.170.626	8,6	69	2.242.496	5,3	73	2.296.507	3,2	67	2.341.968	2,9
Centro	132	2.170.680	6,1	626	2.242.547	3,1	50	2.296.530	2,2	39	2.341.996	1,7
Leste	1.591	2.169.221	73,3	626	2.241.990	27,9	307	2.296.273	13,4	397	2.341.638	17,0
Total	5451	13.019.421	41,9	2596	13.453.100	19,3	1388	13.778.092	8,8	1.238	14.050.972	8,8
	Teste do Quiquadrado			Teste do Quiquadrado			Teste do Quiquadrado			Teste do Quiquadrado		
	X ² = 2238,3 (p<0,0001)			X ² = 1049,9 (p<0,0001)			X ² = 452,63 (p<0,001)			X ² = 812,4 (p<0,0001)		
	Sul e Leste > demais			Sul > demais			Sul > demais			Sul e Leste > demais		
	Sudeste e Norte > Oeste e Centro			Sudeste, Norte e Leste > Oeste e Centro.			Sudeste, Norte e Leste > Oeste e Centro.			Sudeste e Norte > Oeste e Centro		

Tabela 5 - Coeficientes Padronizados (CP%) por 100.000 habitantes de Homicídios, ocorridos por regiões do Município de São Paulo, calculados para as populações padrão medianas para cada ano. Resultado do teste da partição do Quiquadrado, aplicado para comparar as regiões.

Região	Ano				CP (%)	Teste do Quiquadrado
	2000	2004	2010	2014		
Sul	72,0	38,2	18,5	18,1	36,1	X ² = 1182,2 p<0,0001 2000 > demais anos 2005 > 2010 e 2014
Sudeste	46,1	18,4	10,8	11,9	21,4	X ² = 852,3 p<0,0001 2000 > demais anos 2005 > 2010 e 2014
Norte	45,0	22,8	12,4	1,3	19,9	X ² = 1164,2 p<0,0001 2000 > demais anos 2005 > 2010 e 2014
Oeste	8,6	5,3	3,2	2,9	4,9	X ² = 93,78 p<0,0001 2000 > demais anos 2005 > 2010 e 2014
Centro	6,1	3,1	2,2	1,7	3,2	X ² = 81,1 p<0,0001 2000 > demais anos 2005 > 2010 e 2014
Leste	73,3	27,9	13,4	17,0	32,3	X ² = 1570,3 p<0,0001 2000 > demais anos 2005 > 2010 e 2014 2014>2010

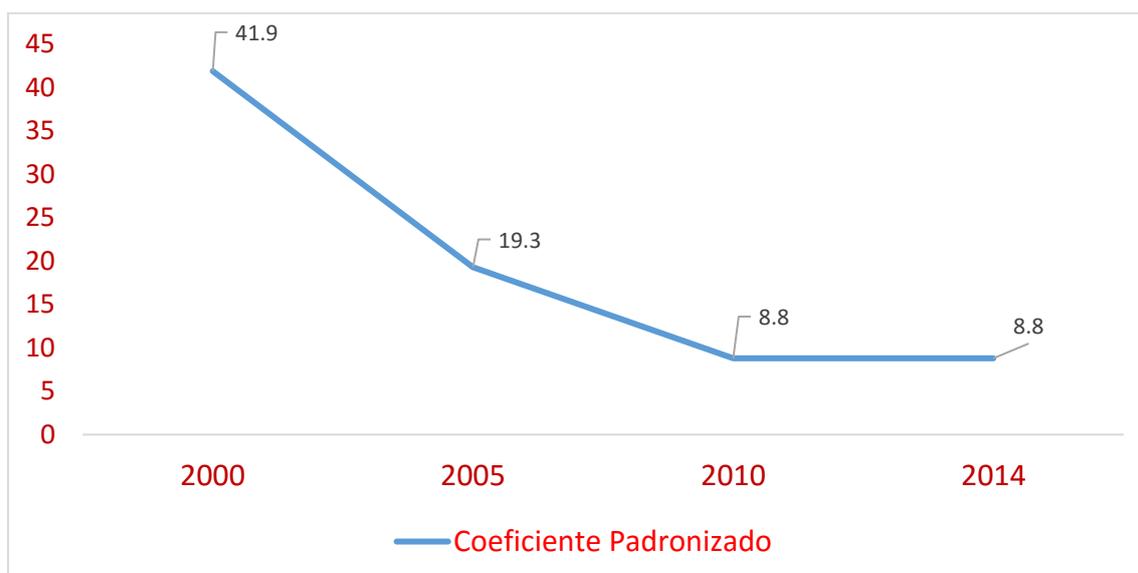
“Life is very short, and there's no time for fussing and fighting, my friend.”

Lennon / McCartney

Os resultados encontrados neste estudo mostram que durante os períodos de 2000 e 2014 as regiões Sul e Leste do município de São Paulo registraram maiores taxas de homicídios que as demais regiões (Sudeste, Centro, Oeste e Norte), entretanto nos períodos de 2005 e 2010, prevaleceu somente a região Sul em relação ao resto da cidade.

Os números de óbitos por esta causa dominou consideravelmente sobre as demais, conforme se observa em gráfico abaixo.

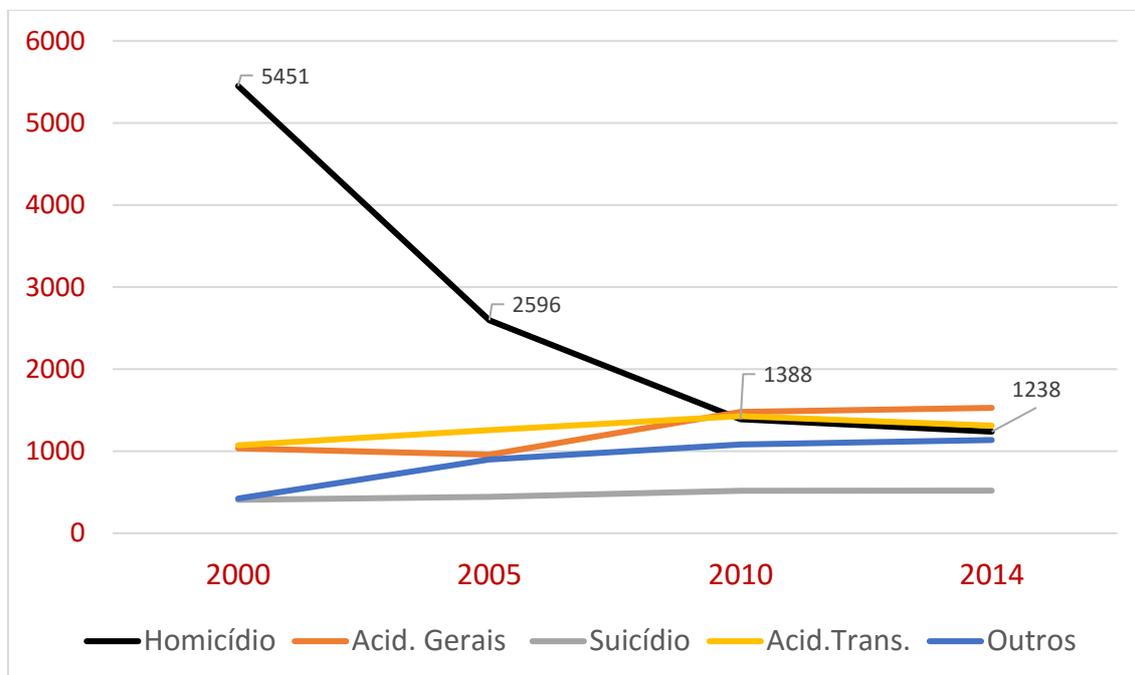
Gráfico 3: Taxa de ocorrência de homicídios durante 2000 à 2014 em relação ao coeficiente padronizado (S.I.M.)



Segundo Camila Caldeira Nunes Dias (2013)⁵³, as Zonas Sul e Leste, por serem mais extensas geograficamente possuem um grande número de bairros periféricos (dito em diversos textos como “*quebradas*”) com forte presença das organizações criminosas que controlam o comércio, a segurança e o narcotráfico local. Tais regiões também apresentam como características, serem bem populosas e situadas em extremos, são mais distantes do polo econômico do

município, conseqüentemente apresentando maior desigualdade social, econômica e cultural.

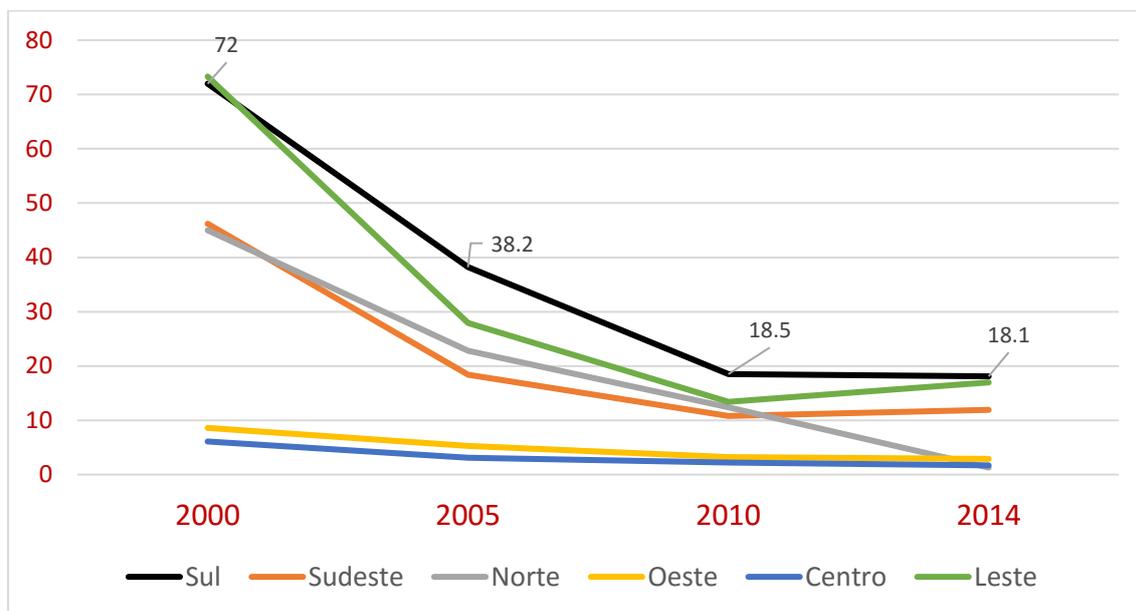
Gráfico 4: CAUSAS EXTERNAS DAS MORTES VIOLENTAS EM SÃO PAULO (2000 À 2014).



Sistema de Informação de Mortalidade

Durante os períodos de 2000, 2005, 2010 e 2014, ocorreu acentuada queda progressiva da taxa de homicídios em todas as regiões, mais evidente no Sul, Leste, Norte e Sudeste, o qual procuramos buscar explicações para este fato singular, que torna São Paulo, como uma das cidades com menores taxas de homicídios por cem mil habitantes em relação às outras capitais do País, contudo em números absolutos a maior cidade das Américas, reflete situação assombrosa de violência.

Gráfico 5: Taxa de coeficiente padronizado de homicídios durante 2000 à 2014 em relação às Regiões do município de São Paulo (S.I.M.).



A Organização Mundial da Saúde estima que, aproximadamente 1,6 milhões de pessoas morrem a cada ano, em decorrência da violência.⁵⁴ Segundo dados do Sistema de Informação de Mortalidade da Prefeitura de São Paulo, as principais causas de homicídios que ocorreram no período de 2000 à 2014 vitimaram mais homens, brancos e pardos, na faixa etária de 15 a 39 anos, em número variável conforme as regiões do município, frequentemente com o uso de armas de fogo.

Estudo sobre homicídios feito pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) e publicado em 2014 aponta que 95% dos assassinos no mundo são homens. Eles também são a maioria das vítimas de mortes violentas.

Acadêmicos há anos tentam buscar respostas para a questão da particular brutalidade masculina. Os achados empíricos variam e as explicações vão desde testosterona a diferentes tipos de aspectos comportamentais.

Ser homem era sinônimo, sobretudo, de não ter medo, não chorar, não demonstrar sentimentos, arriscar-se diante do perigo, demonstrar coragem, ser ativo.

Determinados símbolos como armas, carros, esportes radicais, fazem parte desse universo masculino. Rejeita, portanto, qualquer afirmação universal sobre o que é ser homem como uma espontânea e instintiva inclinação a praticar atos de violência física⁵⁵.

Contudo vinculando todas estas características ao vigor físico, maior atração por armas de fogo, competitividade e o impulso de ousadia do jovem pode-se observar o resultado de inúmeras análises estatísticas quanto sua estreita ligação com a morte violenta.

O Estado de São Paulo e sua capital têm registrado reduções sucessivas nos indicadores de violência, particularmente de homicídios. No entanto, as explicações desse fenômeno ainda são objeto de intenso debate.

Seu entendimento tem interesse não só acadêmico, mas sobretudo no campo das políticas públicas, pois conhecer os fatores que levaram a uma trajetória tão positiva dos indicadores de violência em São Paulo permite aperfeiçoar os programas públicos em execução nesse Estado e desenhar outros, passíveis de serem implementados nas demais áreas do país.

O Brasil e o Estado de São Paulo passaram – ou estão passando – por profundas mudanças de ordens demográfica e social que, associadas a novas práticas na formulação, gestão e execução de políticas de segurança pública e de prevenção da violência, contribuem, em maior ou menor grau, para explicar a trajetória daqueles indicadores. O indicador paulista passou a ser menor do que o nacional⁵⁶.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta como causas da grande presença de jovens na criminalidade fatores de vulnerabilidade, proporcionados pela vida em grandes cidades e agravados pela habitação em regiões periféricas.

Entre os fatores de vulnerabilidade, que contribuem para o aumento da violência nos grandes centros urbanos, estão relacionamento familiar conturbado, presença de gangues, circulação de armas de fogo na comunidade, tráfico de drogas e enfraquecimento da coesão social, além das características sociodemográficas, como a questão da legitimidade e confiança nas instituições, sobretudo de segurança, investimento em políticas sociais, normas culturais que sustentam violência de gênero e características de personalidade.

De início, nas décadas de 80 e 90, observou-se crescimento constante dos índices de criminalidade e violência e da sensação de insegurança da população – que ainda é a realidade em vários estados.

O próprio crescimento da incidência de atos violentos nas décadas passadas levou algumas Unidades da Federação, particularmente o Estado de São Paulo, a iniciar uma série de reformas gerenciais de suas polícias e buscar formas de integrar os esforços das várias instituições que compõem esse sistema que, no limite, é o responsável por processar e solucionar conflitos em nossa sociedade⁵⁶.

Participação da Segurança Pública do Estado na queda da taxa de homicídios em São Paulo

Um dos argumentos mais mobilizados na explicação da recente e acentuada queda nos homicídios em São Paulo está associado à gestão das políticas de Segurança Pública, particularmente às reformas gerenciais focalizadas e ao planejamento estratégico adotado nos últimos dez anos pela Secretaria de Segurança Pública.

Entre essas iniciativas, mencionam-se a ampliação do DHPP (Departamento Estadual de Homicídios e de Proteção à Pessoa), a criação da Superintendência de Polícia Técnica e Científica, o estabelecimento de prioridade para a prisão de homicidas seriados, a compatibilização de áreas de atuação das duas polícias territoriais e o policiamento comunitário, entre outras. Também se adéquam a essa visão os que destacam que os governos federal e paulista têm concentrado esforços para o aprimoramento técnico da atividade policial e da gestão da justiça e das instituições de segurança pública, nas seguintes vertentes:

- Planejamento e avaliação de políticas⁵⁶;
- Modernização e ampliação dos sistemas de comunicação e do uso de novas tecnologias⁵⁶;
- Gestão da informação⁵⁶ (Infocrim: Sistema de Informações Policiais – sistema de georeferenciado de acompanhamento do crime, criado em 1999 e lançado oficialmente em 2000 é um banco de dados informatizado,

interligando em rede de distritos policiais com informações contidas nos boletins de ocorrência registrados nas delegacias)⁵⁷.

- Criação do Fotocrim, um banco de fotos de criminosos procurados e presos, criado em 1999.^{58,59}
- Criação do Disque-Denúncia, linha telefônica anônima para denunciar crimes. Estadual. 2000.^{58,59}
- Práticas e procedimentos de ação com referências aos pressupostos de garantia de direitos (Proteção a Testemunhas, Programa Bem Me Quer)⁵⁶;
- Políticas locais de prevenção (como o policiamento comunitário)⁵⁶;
- Formação e valorização profissionais, inclusive a inclusão de disciplinas sobre direitos humanos nas academias de polícia e escolas dos profissionais do campo⁵⁶;
- Ampliação dos meios de controle interno e externo (Ouvidorias e Corregedorias; Comissão para Redução da Letalidade Policial)⁵⁶;

Adicione-se a isso o aumento dos recursos públicos destinados à área de segurança pública em São Paulo a partir de 2001⁵⁶.

Participação do Município

De modo simplificado, cinco políticas de natureza municipal se destacam: criação das Guardas Municipais; institucionalização de conselhos, secretarias e planos municipais de segurança; acesso dos municípios aos recursos do Fundo Nacional de Segurança Pública; e, em algumas cidades, criação da lei de restrição de funcionamento de bares e venda de bebidas alcoólicas⁵⁶.

Participação Federal

Lei do desarmamento

Após ampla discussão entre sociedade civil e o Estado é aprovada, pelo Congresso Nacional, a Lei nº 10.826, de 22 de dezembro de 2003, o chamado Estatuto do Desarmamento, regulamentada pelo Decreto nº 5.123, de 1º de julho de 2004, verifica-se a atuação do Estado no sentido de minimizar os problemas ocasionados pela produção, comercialização e porte de arma de fogo e, assim, combater a criminalidade nos centros urbanos e na zona rural do país⁶⁰.

No Brasil verifica-se uma redução no número de homicídios por arma de fogo (em termos absolutos) entre os anos de 2003 e 2004, ano da implementação do Estatuto do Desarmamento⁶⁰.

O Estatuto do desarmamento foi considerado um marco no combate aos delitos causados com a utilização de arma de fogo, mas não podemos precisar sua efetividade isoladamente, já que a política pública é nacional, contudo diversos estados não obtiveram resultado, pelo contrário, vários tiveram aumento no número de homicídios, sendo São Paulo com o melhor desempenho⁶⁰.

Lei Maria da Penha

Segundo o Mapa da Violência 2015 – Homicídio de Mulheres no Brasil, de 1980 a 2013 o número de mulheres vítimas de homicídio cresceu 252%, uma taxa de 4,8 homicídios por 100 mil mulheres, o que coloca o Brasil na 5ª posição, em um ranking composto por 83 países, atrás apenas de El Salvador, Colômbia, Guatemala e Rússia.

Os dados apontam que mulheres adolescentes, jovens e adultas são vítimas de agressões cometidas pelos pais, parceiros ou ex-parceiros, sendo que para as idosas o agressor, em geral, é o filho, informações estas que comprovam a ocorrência da violência doméstica⁶¹.

Entretanto, mesmo com taxas espantosas, o **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)**, evidenciou que com o advento da Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006) ocorreu redução em cerca de 10% o número de

feminicídios domésticos em relação à projeção anterior de aumento desta taxa desde 2006, quando a legislação entrou em vigor. Ou seja, a nova lei, visando incrementar o rigor das punições para esse tipo de crime, ajudou a diminuir o crescimento nos números de assassinatos de mulheres vítimas da violência doméstica, ou seja, coibiu seu aumento desenfreado.

Em março de 2015 seria aprovada a Lei 13.104/2015, a **Lei do Femicídio**, classificando-o como crime hediondo e com agravantes quando sucede em circunstâncias específicas de vulnerabilidade (gravidez, menor de idade, violência na presença de filhos pequenos).

Ainda conforme análise estatística do Mapa da Violência 2015 em registros do Sistema de Informações de Mortalidade (S.I.M.), a cidade de São Paulo confere a menor taxa de homicídios de mulheres por cem mil habitantes em 2013, com 2,8 / 100.000 habitantes, quase a metade da média nacional (5,5 / 100.000 hab.) e decréscimo de 61% da percentagem de mortes femininas entre o período de 2003 e 2013.

Apesar da boa resposta desta recente legislação e o progresso das políticas públicas no sentido de diminuir a violência doméstica neste século, uma vez, que a lei Maria da Penha foi lançada há poucos anos, em resposta a um fato indigno que ocasionou deficiência permanente em uma cidadã brasileira, que cedeu seu nome, para proteger demais mulheres. Nosso povo deveria celebrar por este sucesso, contudo não esquecer o quão tardiamente evoluímos em relação ao reconhecimento da igualdade dos gêneros, deixando de considerar a mulher como desprezível domínio masculino.

Participação Não Governamental

Além do poder público, entre diferentes órgãos públicos e no planejamento de políticas de segurança, cabe ressaltar duas organizações, o **Instituto Sou da Paz** e o **Instituto São Paulo contra a Violência**⁶⁰.

O *Instituto Sou da Paz* é uma organização não governamental que trabalha para reduzir a violência no Brasil. Sua missão é contribuir para a efetivação de políticas públicas de segurança e prevenção da violência que

sejam eficazes e pautadas pelos valores da democracia, da justiça social e dos direitos humanos⁶⁰.

Por sua vez, o *Instituto São Paulo contra a Violência* foi criado a partir do estímulo oferecido pelo encontro no seminário “*São Paulo Sem Medo*” ocorrido no ano de 1997, realizado pelo Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo, onde se reuniram especialistas e representantes de organizações governamentais e não governamentais para uma discussão coletiva acerca dos altos índices de violência e criminalidade no Estado de São Paulo.

O Instituto São Paulo contra a Violência é uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) vocacionada a contribuir com a formulação, implementação, monitoramento e avaliação de projetos, programas e políticas de redução e prevenção da violência e da criminalidade⁶⁰.

Transformações Demográficas em População Masculina Jovem

A estrutura demográfica tem um papel significativo para explicar a dinâmica dos homicídios.⁶² Entretanto, em termos agregados, as consequências de mudanças na estrutura demográfica sobre a criminalidade violenta é objeto ainda de intensa discussão na literatura⁶³. Ou seja, observa-se que nos últimos anos a composição demográfica jovem onde se aglomera indivíduos mais vulneráveis aos homicídios (como autor e como vítima) vem diminuindo no País.

Pelo que sabemos, no Brasil, De Mello e Schneider (2010) foram os únicos que analisaram o efeito isolado da mudança da parcela etária juvenil sobre a taxa de homicídios. Esses autores estimaram que o aumento de 1% da parcela de jovens de 15 a 24 anos na população, gera um crescimento de 4,5% na taxa de homicídios em São Paulo⁶⁴.

Por outro lado, a interação de alguns desses fatores com a juventude pode arrefecer ou potencializar a criminalidade juvenil. Um exemplo se refere às oportunidades no mercado de trabalho. O aumento do contingente de jovens na população, ao elevar a competição pelos postos de trabalho em que se necessita de menos experiência, pode fazer aumentar a taxa de desemprego de jovens e diminuir o seu salário, o que poderia funcionar como um incentivo a favor do crime, conforme apontado por Gould, Weinberg e Mustard (2002) e Cerqueira e Moura (2014).^{65,66}.

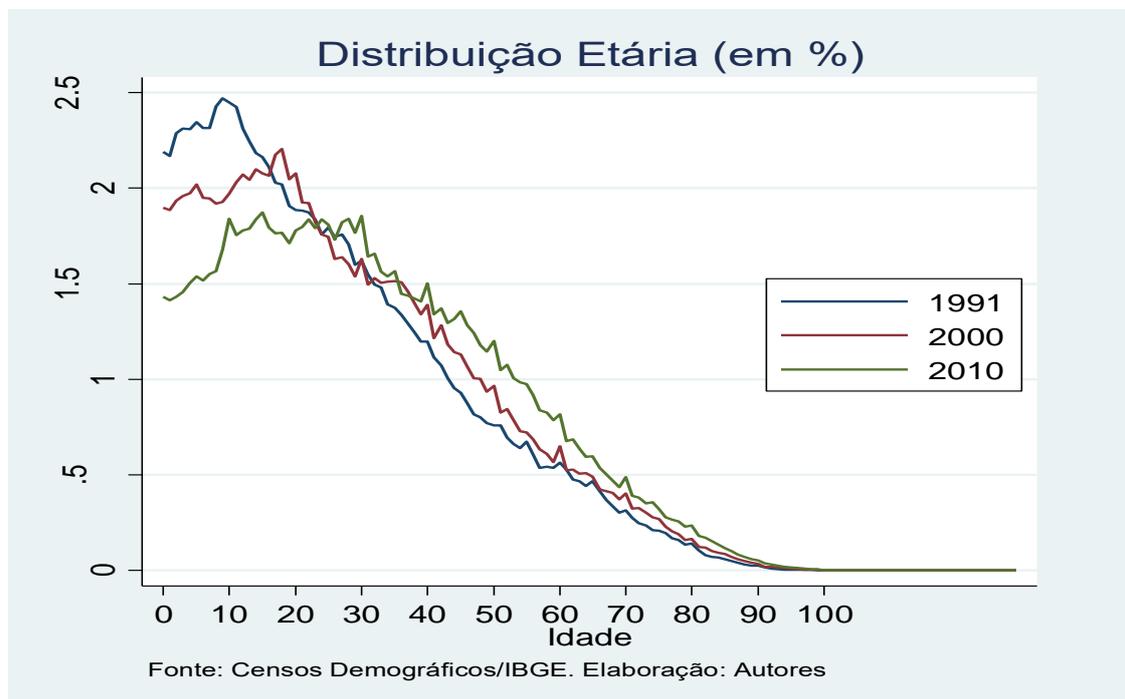


Figura 4 – Distribuição da População por Idade – Brasil⁶³

Ao mesmo tempo em que ocorria a mudança demográfica, descrita na Figura 4, cresceram as agressões letais. De 1991 a 2010, a taxa de homicídios aumentou de 20,9 para mais de 27,2 mortes por 100 mil habitantes⁶³.

Estruturação das Organizações Criminosas

O surgimento das primeiras organizações criminosas cariocas data de fins da década de 1970, com atuação visível a partir da década de 1980.

Tal coletivo, teria surgido a partir da convivência de presos comuns com presos políticos, estes enquadrados na Lei de Segurança Nacional, e colocados em convívio no lendário Presídio Candido Mendes, localizado na Ilha Grande.

Os primeiros teriam aprendidos com os últimos, formas de organização, de planejamento e de estruturação que teriam sido fundamentais na conformação do agrupamento até hoje existente^{67,68}.

É certo que não há consenso entre estudiosos a respeito do quanto e de como a convivência com os presos políticos teriam propiciado a formação de organizações criminosas nas prisões.

Além da convivência com os chamados “*leis de segurança*”, os conflitos abertos entre as diversas quadrilhas nas prisões, as precárias condições físicas destes estabelecimentos, a corrupção e a violência institucional, os fatores macrossociais expostos anteriormente e a chegada da cocaína, abrindo um novo e extremamente lucrativo mercado ilícito, são elementos que forneceram, cada qual a seu modo, matéria prima para o amálgama a partir do qual tais grupamentos são formados e passam a atuar.⁶⁹

Ainda nesse contexto, os presidiários que dispunham de maior prestígio, oriundo na maioria das vezes da demonstração de força e capacidade de exercício da violência, dominavam os demais, subjugando física e moralmente os presos mais fracos. Por se tratar de um domínio de cunho individual e se basear na força física, essa relação era instável e precária, com constantes alterações de poder.

O resultado de um sistema social assentado nessas bases é evidente: violência, mortes frequentes, falta de previsibilidade acerca da própria vida e instabilidade⁷⁰.

Nesta relação com presos políticos da ditadura militar, grupo composto de jovens estudantes ou muitos formados em nível superior, os criminosos comuns aprenderam as primeiras lições de economia, estrutura hierárquica, logística organizacional e a substituir demais ações violentas, passando a praticar crimes mais elaborados e rentosos como assaltos a bancos e sequestros.

Em São Paulo nas décadas de 1980 e 1990 o comércio e tráfico de drogas era fragmentado e desorganizado, proliferando “*bocas de fumo*”, pontos de venda de drogas ilícitas no varejo, sem existência de qualquer agrupamento que detivesse mínimo controle sobre esse comércio que, na ausência de qualquer mecanismo regulador, abria espaço para disputas violentas como instrumento para assegurar o poder local⁷¹.

Até então a força física e violência abusiva era garantia de poder, entretando os conflitos entre gangues rivais que lutavam pelo domínio lucrativo de tais pontos, gerava progressivo número de homicídios na cidade.

Com isso, tais organizações iniciadas nos presídios, atravessavam seus largos muros, mesmos nos conceituados ditos de segurança máxima, onde se alojavam os principais quadros de liderança destes comandos.

Passavam também a atuar do lado de fora das prisões, ampliando controle e tráfico de drogas ilícitas e aumentando suas reservas financeiras e assim fortalecendo-se gradativamente com o domínio deste próspero mercado, organizando-se em agrupamento único, rico e mais estruturado, distanciando da cada vez mais da violência dentro e fora dos presídios, desde que seus elementos continuem seguindo disciplinadamente suas próprias regras.

Ocorrência: **ACIDENTES DE TRÂNSITO**

Tabela 6 - Número de ocorrência de Acidentes de Trânsito, nas regiões Sul, Sudeste, Norte, Oeste, Centro e Leste do Município de São Paulo, com os respectivos valores dos Coeficientes Padronizados (CP%) de ocorrência por 100.000 habitantes, calculados para as populações padrão medianas para cada ano. Resultado do teste da partição do Quiquadrado, aplicado para comparar as regiões.

Região	Ano											
	2000 População Padrão 2.170.812			2005 População Padrão 2.242.616			2010 População Padrão 2.296.580			2014 População Padrão 2.342.035		
	Sim	Não	CP(%)	Sim	Não	CP(%)	Sim	Não	CP(%)	Sim	Não	CP(%)
Sul	237	2.170.575	10,9	302	2.242.314	13,5	347	2.296.233	15,1	347	2.341.688	14,8
Sudeste	265	2.170.547	12,2	290	2.242.326	12,9	321	2.296.259	10,3	242	2.341.793	10,3
Norte	254	2.170.558	11,7	277	2.242.339	12,4	304	2.296.276	13,2	313	2.341.722	13,4
Oeste	66	2.170.746	3,0	76	2.242.540	3,4	91	2.296.489	4,0	80	2.341.955	3,4
Centro	36	2.170.776	1,7	29	2.242.587	1,3	50	2.296.530	2,2	35	2.342.000	1,5
Leste	214	2.170.598	9,9	281	2.242.335	12,5	314	2.296.266	13,7	293	2.341.742	12,5
Total	1.072	13.023.800	8,2	1.255	13.454.441	9,3	1.427	13.778.053	10,4	1.310	14.050.900	9,3

Teste do Quiquadrado

$X^2 = 984,49$ ($p < 0,0001$)

Sul, Sudeste, Norte e Leste >
Centro e Oeste.

Teste do Quiquadrado

$X^2 = 359,11$ ($p < 0,0001$)

Sul, Sudeste, Norte e Leste >
Oeste e Centro.

Teste do Quiquadrado

$X^2 = 361,02$ ($p < 0,0001$)

Sul > todos os outras.
Sudeste, Norte e Leste > que
Centro e Oeste.

Teste do Quiquadrado

$X^2 = 386,60$ ($p < 0,0001$)

Sul > todos os outras.
Sudeste, Norte e Leste > que
Centro e Oeste.

Tabela 7 - Coeficientes Padronizados (CP%) por 100.000 habitantes de Acidentes de Trânsito, ocorridos por regiões do Município de São Paulo, calculados para as populações padrão medianas para cada ano. Resultado do teste da partição do Quiquadrado, aplicado para comparar as regiões.

Região	Ano				CP (%)	Teste do Quiquadrado
	2000	2004	2010	2014		
Sul	10,9	13,5	15,1	14,8	13,6	$X^2 = 17,88$ (p=0,0005) 2000 > demais anos
Sudeste	12,2	12,9	10,3	10,3	12,4	$X^2 = 13,29$ (p=0,0040) 2000 e 2005 > 2010 e 2014.
Norte	11,7	12,4	13,2	13,4	12,7	$X^2 = 3,26$ (p=0,5153) Não significativa.
Oeste	3,0	3,4	4,0	3,4	3,5	$X^2 = 2,83$ (p=0,5870) Não significativa.
Centro	1,7	1,3	2,2	1,5	1,7	$X^2 = 5,92$ (p=0,1156) Não significativa.
Leste	9,9	12,5	13,7	12,5	12,2	$X^2 = 14,25$ (p=0,0025) 2005, 2010 e 2014 > que 2000.

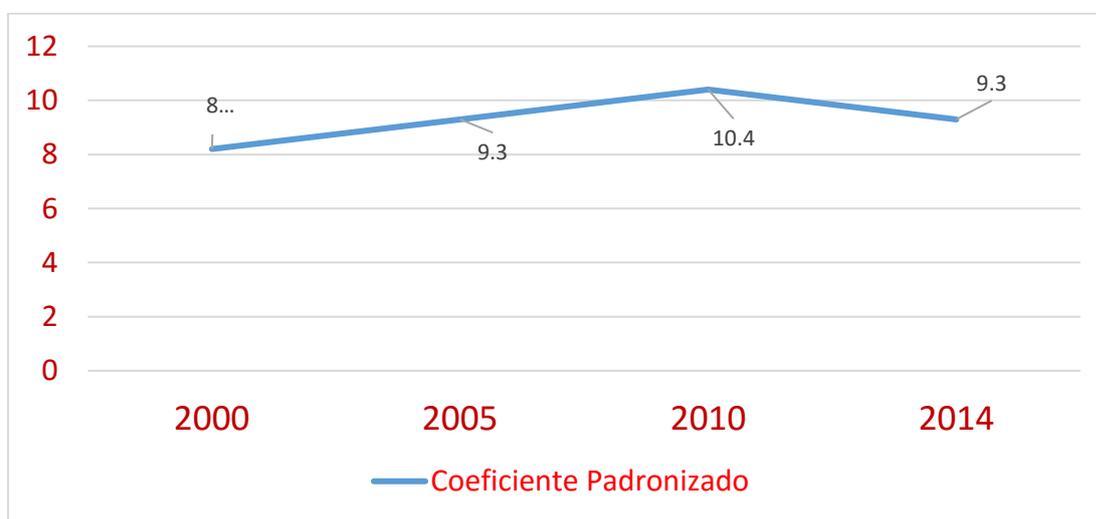
*“Iracema, eu sempre dizia
Cuidado ao travessar essas ruas
Eu falava, mas você não me escutava não
Iracema você travessou contramão*

*E hoje ela vive lá no céu
E ela vive bem juntinho de nosso Senhor
De lembranças guardo somente suas meias e seus sapatos
Iracema, eu perdi o seu retrato”.*

Adoniram Barbosa

Conforme os resultados obtidos em nossa análise estatística, observou-se que as taxas do coeficiente padronizado global das ocorrências de Acidentes de Trânsito aumentaram de 8,2 / 100.000 habitantes em 2000 para 10,4 / 100.000 habitantes em 2010, sofrendo queda em 9,3 / 100.000 habitantes em 2014 no município de São Paulo.

Gráfico 7: Taxa de ocorrência de Acidentes de Trânsito durante 2000 à 2014 Em relação ao coeficiente padronizado (S.I.M.)

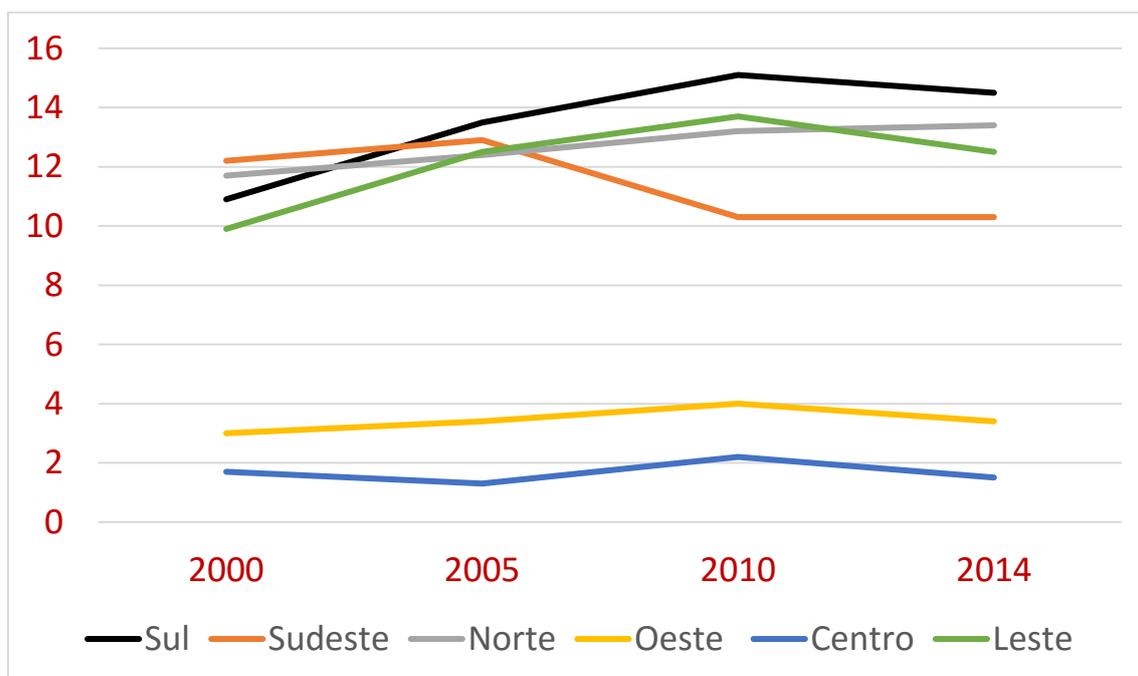


Durante os períodos de 2000, 2005, 2010 e 2014 as regiões Sul, Sudeste, Norte e Leste apresentaram maior taxa de Acidentes de Trânsito que Oeste e Centro, sendo que nos períodos de 2010 e 2014 as regiões Sul apresentou maior taxa de Acidentes de Trânsito que Sudeste, Norte e Leste.

Nas regiões Sul, Norte e Leste apresentaram aumento na taxa do coeficiente padronizado de Acidentes de Trânsito por 100.000 habitantes, com pico em 2010. Na região Sudeste houve leve diminuição e não foram significantes as alterações dos coeficientes padronizados das ocorrências de Acidentes de Trânsito nas Oeste e Centro nestes períodos.

Conforme as taxas do Sistema de Informações de Mortalidade (Ministério da Saúde), dentro destas ocorrências, os atropelamentos de pedestres foram numericamente predominantes em todos os períodos estudados, seguidos pelas colisões de veículos e motocicletas. De maneira geral, suas vítimas foram os jovens (20 – 29 anos de idade), predominando brancos e pardos.

Gráfico 8: Taxa de coeficiente padronizado de Acidentes de Trânsito durante 2000 à 2014 em relação às regiões do município de São Paulo (S.I.M.).



Conforme a análise estatística empregada em nosso trabalho o município de São Paulo, entre as dez cidades mais populosas do mundo, corresponde a uma das capitais brasileiras com menores taxas de mortalidade, mantendo-se abaixo de 15 óbitos por 100 mil habitantes ao longo dos últimos anos, embora ainda com números absolutos alarmantes. O Estado de São Paulo conseguiu grandes avanços com relação aos acidentes fatais de trânsito⁷².

Os acidentes no trânsito podem estar associados a diversos fatores, como deficiência na conservação de veículos e rodovias, falhas humanas ou consumo de substâncias psicoativas⁷³. Evidências demonstram um nexo de causalidade entre o consumo de bebidas alcoólicas e a ocorrência de acidentes de trânsito, tendo em vista os efeitos dessa substância sobre a percepção, a visão, os reflexos, a consciência e o comportamento dos indivíduos, que deixam de usar o cinto de segurança e dirigem em alta velocidade⁷⁴.

O álcool é a principal substância psicoativa consumida em todo o mundo⁷⁵ e, na sociedade contemporânea, seu uso tem conotação distinta das demais drogas, pois, sendo lícita, de baixo custo e de fácil acesso, tem maior aceitação social, o que dificulta seu enfrentamento⁷⁶.

O álcool é uma substância psicoativa que pode alterar percepções e comportamentos; aumenta a agressividade e diminui a atenção⁷⁷. Sua associação com a ocorrência de acidentes e violências vem sendo estudada de longa data ^{78,79,80}, deixando claro que o seu consumo favorece de tal maneira o envolvimento do indivíduo em comportamentos violentos que o álcool chegou a ser chamado de “*facilitador*” da violência⁸¹. Também mencionam que jovens que abusam de bebida alcoólica apresentam 3,2 vezes mais chance de se tornarem transgressores, quando comparados a seus pares que não fazem uso dessa substância⁸².

O consumo de bebida alcoólica prejudica a função visual e espacial, a velocidade e a transmissão do processamento neural, a integração no córtex visual e diferentes mecanismos cerebrais ⁸³.

A presença de álcool no sangue do condutor reduz sua atenção, diminui a capacidade de avaliação crítica, prejudica a percepção da velocidade dos obstáculos e do cálculo da distância segura para realizar uma ultrapassagem ⁸⁴. Interfere, ainda, nas habilidades psicomotoras, reduzindo a coordenação motora, os reflexos e a habilidade de controlar o veículo (manter a trajetória, realizar curvas, etc.).

A intoxicação pelo álcool influencia, de forma significativa, vários aspectos da percepção visual (estruturas oculares, funções visuais e neurais). A alcoolemia promove alterações nas características neurais e ópticas do sistema visual, reduzindo a acuidade visual, prejudicando a visão estereoscópica,

noturna e crepuscular, promovendo estreitamento do campo visual e diminuindo, progressivamente, a visão periférica⁸⁵.

O consumo de bebida alcoólica provoca, ainda, alterações do comportamento, das noções de perigo e do nível de consciência, inibindo barreiras morais e causando perda da autocrítica. A euforia e a empolgação refletem-se no descontrole do pé, “que fica mais pesado”, fazem com que o alcoolizado negligencie riscos, incrementam a impetuosidade e a agressividade, causam sono, fadiga, depressão, desatenção e estimulam tendência autodestrutiva. O consumo do álcool está fortemente associado com a impulsividade e comportamentos de risco⁸⁶.

No Brasil, até recentemente, os altos índices de Acidentes de trânsito sempre estiveram associados à falta tanto de uma legislação, como de políticas públicas adequadas, em relação a tal fenômeno.

A partir de 1988, o Novo Código de Trânsito veio dotar, pelo menos ao nível da legislação, um instrumento adequado para se poder lidar com o problema.

Conquanto o Novo Código de Trânsito tenha introduzido uma disciplina muito maior no trânsito, produzindo, em consequência, uma redução nos índices de mortalidade, ele necessita de ações coadjuvantes provenientes de uma política pública adequada, que envolva, através da educação no trânsito, uma mudança cultural profunda no sentido de transformar motoristas e pedestres em cidadãos mais conscientes em relação aos seus direitos e deveres⁸⁷.

Em 1998, o Código de trânsito Brasileiro passou a considerar crime dirigir alcoolizado (concentração $\geq 0,6$ grama de álcool por litro de sangue) e, em 20 de junho de 2008, a Lei nº 11.705 entrou em vigor, modificando o limite de alcoolemia do condutor para zero (com tolerância até 0,2 g/L) e prevendo maiores penas, inclusive prisão em flagrante se constatada alcoolemia superior a 0,6 g/L⁸⁸.

Quanto a densidade de veículos, motocicletas, bicicletas presentes no município de São Paulo, observa-se quantidade relevante. Obviamente, um país cuja população possui poucos automóveis vai ter taxas de acidentes bem inferiores aos de outro país com grande número de carros⁸⁹.

Podemos observar, em primeiro lugar, a crescente importância que vem adquirindo a motocicleta no contexto veicular do país. Além disso, o uso maciço da motocicleta como meio de transporte é um fenômeno relativamente recente.

Segundo o próprio Denatran, em 1970 era um item de baixa representatividade: num parque total de 2,6 milhões de veículos, só havia registradas 62.459 motocicletas: 2,4% do parque total⁸⁹.

Na virada do século, no ano 2000, temos 4,0 milhões de motocicletas registradas, o que já representa 13,6% do parque veicular. Para 2011, o número pula para 18,4 milhões, representando 26,1% do total nacional de veículos registrados pelo Denatran⁸⁹.

Concomitantemente, o automóvel vai perdendo participação relativa: de 70% em 1998, cai sistematicamente até 2011, quando representa 56,5% do total⁸⁹. Assim, com legislação mais rigorosa, manutenção e melhoria das rodovias e vias, fiscalização reforçada por parte dos órgãos federais, estaduais e municipais, maior segurança dos veículos, vistoria mais rígida dos veículos e equipamentos de segurança para os pedestres, ciclistas e motociclistas, espera-se redução considerável nas taxas de mortalidade dos acidentes de transportes nos próximos anos⁷².

Tais parâmetros, juntamente com o melhor controle do abuso do uso de bebidas alcoólicas em motoristas, devem ser mais eficientes e dinâmicos em toda a cidade, focando principalmente as regiões de maior índice de acidentes de trânsito como revelado nesta pesquisa, as Zonas Sul e Leste de São Paulo.

Ocorrência: **ACIDENTES GERAIS.**

Tabela 8 - Número de ocorrência de Acidentes Gerais, nas regiões Sul, Sudeste, Norte, Oeste, Centro e Leste do Município de São Paulo, com os respectivos valores dos Coeficientes Padronizados (CP%) de ocorrência por 100.000 habitantes, calculados para as populações padrão medianas para cada ano. Resultado do teste da partição do Quiquadrado, aplicado para comparar as regiões.

Região	Ano											
	2000 População Padrão 2.170.812			2005 População Padrão 2.242.616			2010 População Padrão 2.296.580			2014 População Padrão 2.342.035		
	Sim	Não	CP(%)	Sim	Não	CP(%)	Sim	Não	CP(%)	Sim	Não	CP(%)
Sul	226	2.170.586	10,4	186	2.242.430	8,3	303	2.296.277	13,2	301	2.341.734	12,8
Sudeste	245	2.170.567	11,3	267	2.242.349	11,9	353	2.296.227	15,4	389	2.341.646	16,6
Norte	229	2.170.583	10,5	211	2.242.405	9,4	311	2.296.269	13,5	331	2.341.704	14,1
Oeste	80	2.170.732	3,7	71	2.242.545	3,2	129	2.296.451	5,6	146	2.341.889	6,
Centro	50	2.170.762	2,3	41	2.242.575	1,8	71	2.296.509	3,1	73	2.341.962	3,2
Leste	206	2.170.606	9,5	181	2.242.435	8,0	310	2.296.270	13,5	288	2.341.747	12,3
Total	1036	13.023.836	8,0	957	13.454.739	7,1	1477	13.778.003	10,7	1528	14.050.682	10,9

Teste do Quiquadrado

$$\chi^2 = 208,48 \text{ (p}<0,0001)$$

Sul, Sudeste, Norte e Leste > Centro e Oeste.

Teste do Quiquadrado

$$\chi^2 = 233,54 \text{ (p}<0,0001)$$

Sul, Sudeste, Norte e Leste > Oeste e Centro.

Teste do Quiquadrado

$$\chi^2 = 273,56 \text{ (p}<0,0001)$$

Sul, Sudeste, Norte e Leste > que Oeste e Centro.

Teste do Quiquadrado

$$\chi^2 = 282,52 \text{ (p}<0,0001)$$

Sul, Sudeste, Norte, Oeste e Leste > que Centro.

Tabela 9 - Coeficientes Padronizados (CP%) por 100.000 habitantes de Acidentes Gerais, ocorridos por regiões do Município de São Paulo, calculados para as populações padrão medianas para cada ano. Resultado do teste da partição do Quiquadrado, aplicado para comparar as regiões.

Região	Ano				CP (%)	Teste do Quiquadrado
	2000	2004	2010	2014		
Sul	10,4	8,3	13,2	12,8	11,22	$X^2 = 31,92$ (p=0,0001) 2000, 2010 e 2014 > que 2005.
Sudeste	11,3	11,9	15,4	16,6	13,9	$X^2 = 33,13$ (p<0,0001) 2010 e 2014 > que 2000 e 2005.
Norte	10,5	9,4	13,5	14,1	12,0	$X^2 = 29,89$ (p<0,0001) 2010 e 2014 > que 2000 e 2005.
Oeste	3,7	3,2	5,6	6,2	4,7	$X^2 = 31,77$ (p<0,0001) 2010 e 2014 > que 2000 e 2005.
Centro	2,3	1,8	3,1	3,2	2,6	$X^2 = 10,43$ (p=0,0338) 2010 e 2014 > que 2000 e 2005.
Leste	9,5	8,0	13,5	12,3	10,9	$X^2 = 38,92$ (p<0,0001) 2010 e 2014 > que 2000 e 2005.

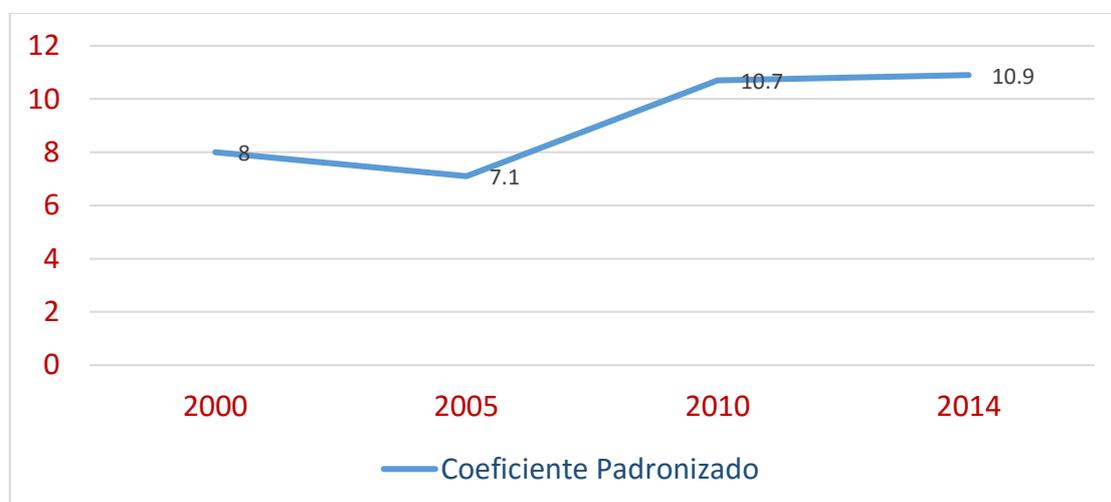
*“Devia ter complicado menos, trabalhado menos
Ter visto o sol se pôr
Devia ter me importado menos, com problemas pequenos
Ter morrido de amor
Queria ter aceitado a vida como ela é
A cada um cabe alegrias e a tristeza que vier*

*O acaso vai me proteger
Enquanto eu andar distraído...”*

Sérgio Brito – Titãs

Conforme descrito no Sistema de Informações de Mortalidade, nas Ocorrências por **Acidentes Gerais**, foram englobados: Quedas acidentais, Afogamentos acidentais, outros riscos acidentais à respiração, Choque elétrico acidental, Exposição ao fogo acidental e Acidentes não especificados.

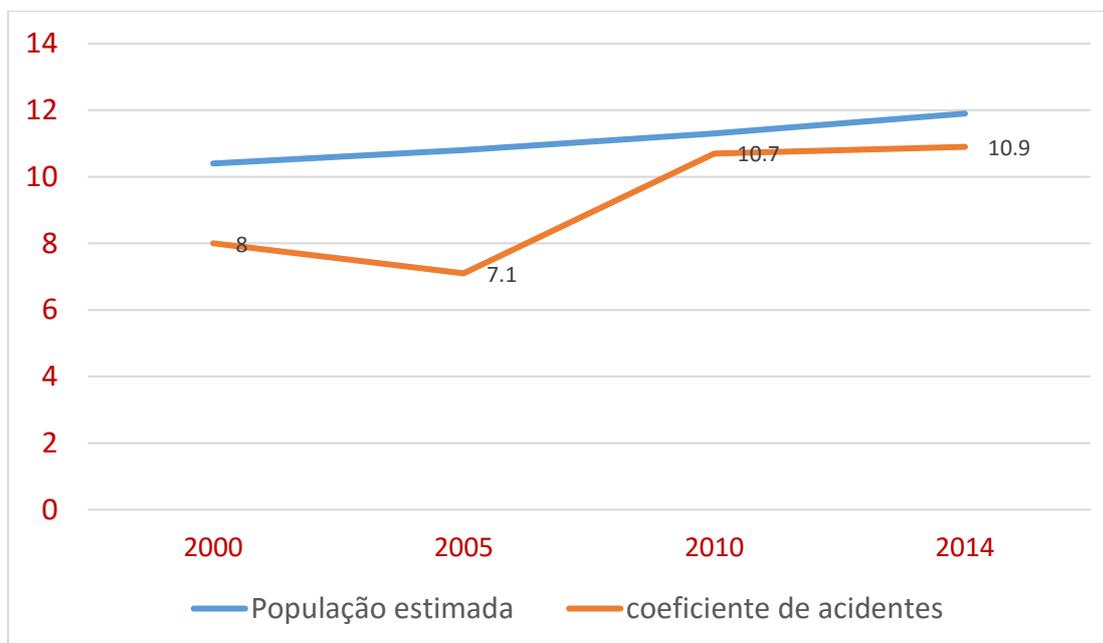
Gráfico 9: Taxa de ocorrência de Acidentes Gerais durante 2000 à 2014 em relação ao coeficiente padronizado



Conforme os resultados obtidos em nossa análise estatística, observou-se que a taxa do coeficiente padronizado global das ocorrências de Acidentes Gerais aumentaram de 8,0 / 100.000 habitantes em 2000 para 10,9 / 100.000 habitantes em 2014, sofrendo queda em 7,1 / 100.000 habitantes em 2005 no município de São Paulo. Verificado em demais números absolutos em tabelas do Sistema de Informação de Mortalidade observa-se que estas taxas de

ocorrências vem aumentando gradativamente conforme o aumento da população da cidade (Gráfico 10), salvo alguns períodos de diminuição não significantes.

Gráfico 10: Taxa de ocorrências de Acidentes Gerais na cidade de São Paulo comparada com crescimento da população estimada (em milhões de hab.).



Sistema de Informações de Mortalidade

Durante os períodos de 2000, 2005, 2010 e 2014 as regiões Sul, Sudeste, Norte e Leste apresentaram maior taxa de Acidentes Gerais que Oeste e Centro, sendo que nos períodos de 2010 e 2014 as regiões Leste apresentou queda mais expressiva em relação às demais.

Conforme as taxas do Sistema de Informações de Mortalidade (Ministério da Saúde), dentro destas ocorrências, as quedas acidentais em idosos (acima de 75 anos) apresentaram-se numericamente predominantes em todos os períodos estudados, seguidos pelos Outros Riscos Acidentais à Respiração em crianças abaixo de 4 anos. De maneira geral, suas vítimas foram homens, principalmente brancos e pardos.

Gráfico 11: Relação entre o número de Acidentes Gerais, as Quedas Acidentais e Quedas em idosos acima de 75 anos de idade no período de 2000 à 2014 (S.I.M.).

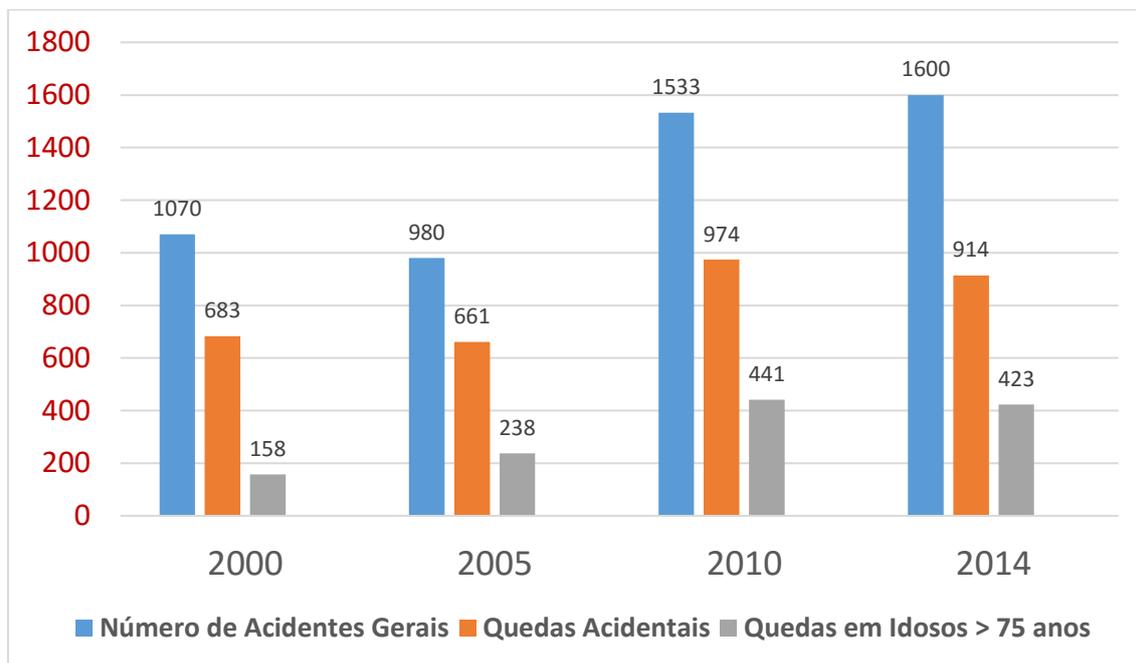
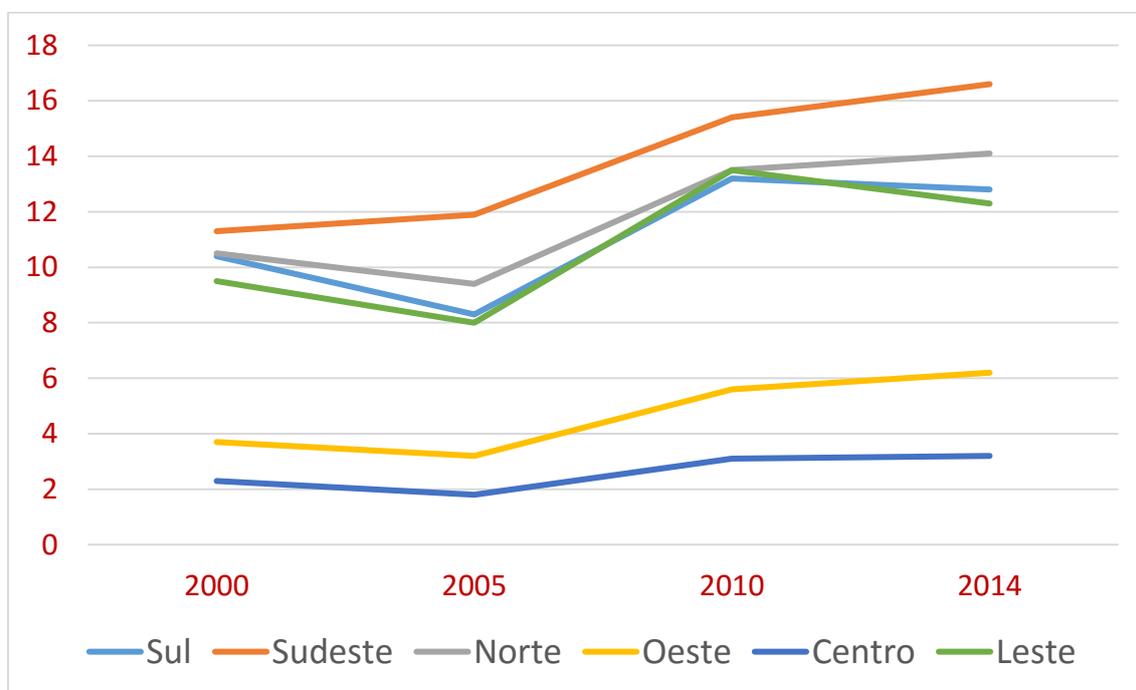


Gráfico 12: Taxa de coeficiente padronizado de Acidentes Gerais durante 2000 à 2014 em relação às regiões do município de São Paulo (S.I.M.).



Quedas Acidentais

A Queda Acidental pode ser definida como uma mudança inesperada e não intencional de posição, que leva inadvertidamente o indivíduo a um nível inferior.⁹⁰

Devido a sua repercussão na saúde dos idosos, a queda é considerada um evento limite, pois em geral está associada a fragilidade, dependência, institucionalização e morte.⁹¹ Ocorrem também em epiléticos, alcoólatras e usuários de drogas.

Sendo assim, as quedas são consideradas um problema de saúde pública, já que sua ocorrência está relacionada a altas taxas de morbimortalidade, além do elevado custo social e econômico.⁹²

Aproximadamente 30-40% dos idosos brasileiros, residentes na comunidade, caem ao menos uma vez por ano, enquanto 11% caem de forma recorrente.^{94,95}

É importante destacar ainda que a incidência de quedas aumenta expressivamente a partir dos 75 anos de idade, sendo que as mulheres apresentam maior risco de cair que os homens.^{93,94}

Essa diferença pode ser explicada pela maior fragilidade, prevalência de doenças crônicas, consumo de medicações e longevidade das mulheres em relação aos homens.^{94,96}

Considerando a repercussão das quedas na saúde dos idosos, bem como nos gastos despendidos no tratamento de suas consequências, se faz importante identificar fatores de risco para as quedas e desenvolver intervenções eficazes para o adequado planejamento de ações preventivas, sejam essas de caráter primário ou secundário.

Atualmente, quase dois terços da população mundial são representados por idosos⁹⁷. Esse elevado crescimento populacional é um fenômeno decorrente de mudanças demográficas e epidemiológicas entre esses indivíduos, fato que implica na necessidade de se estudar melhor essa população e os problemas a que estão expostos, a exemplo da ocorrência de quedas, considerada uma das principais causas de morbidade e mortalidade por causas externas entre os idosos.^{98,99,100}

As causas provocadas por esse evento podem ser agrupadas em fatores **intrínsecos**, aqueles relacionados com as alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, como condições patológicas e consumo de medicamentos, e os fatores **extrínsecos**, que estão ligados aos perigos ambientais, devido às inadequações arquitetônicas e de mobiliário, que a maioria dos idosos está exposta¹⁰¹.

Os idosos institucionalizados (asilos e casas de repouso) geralmente possuem características peculiares, como hábitos sedentários, diminuição da autonomia e abandono familiar, questões essas que contribuem para o aumento de prevalências relacionadas às morbidades e comorbidades, em especial associadas às quedas, por ser um dos agravos mais relevantes decorrentes do envelhecimento, devido ao elevado custo social e econômico¹⁰².

No Brasil, o Ministério da Saúde define como umas das prioridades a atenção ao idoso¹⁰³. Essa decisão foi estabelecida na revisão dos objetivos e metas da política do **Pacto pela Vida**, considerando a necessidade de identificação dos idosos em situação de fragilidade ou em risco de fragilização, desenvolver ações de promoção e de prevenção da saúde para a melhoria da qualidade de atenção prestada a essa população¹⁰⁴.

O crescimento populacional de idosos é uma realidade vivenciada em todo mundo, principalmente por países desenvolvidos e em desenvolvimento¹⁰⁵.

A consolidação de parcerias efetivas com outros setores governamentais e/ou não governamentais, para a integralidade e intersectorialidade na atenção à pessoa idosa, poderá fortalecer políticas públicas a exemplo da Política de Atenção à Saúde do idoso e a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência¹⁰⁶.

A articulação intersectorial favorece o engajamento de toda a sociedade, na busca de soluções efetivas e comprometidas com a saúde do idoso, como projetos que estimulem a adoção de um estilo de vida ativo e saudável, considerados elementos essenciais para a redução do número de acidentes por quedas decorrentes do processo de envelhecimento¹⁰⁶.

O fato do risco de quedas ser considerado uma das principais causas de morte entre os idosos indica a necessidade de ações preventivas que estimulem a responsabilidade do autocuidado e do exercício da autonomia entre esses indivíduos, favorecendo assim a manutenção e a sistematização da rotina asilar

e uma maior interação entre os profissionais de saúde (equipe multidisciplinar mais especializada) e os idosos residentes nestas Instituições¹⁰⁶.

Certo que nossa população esteja apresentando maior sobrevivência com notório aumento de idosos vivendo sozinhos, as medidas preventivas tornam-se programas fundamentais para a sociedade atual, impedindo desde o desamparo total destes indivíduos, como o estímulo à prática da atividade física, o uso de roupas adequadas (calçados confortáveis e firmes, calças não muito largas ou compridas, cintos), casas seguras com pisos não escorregadios, poucos tapetes de pano e antiderrapantes em box de chuveiro, boa iluminação, corrimões em banheiros e escadas, consertar carpetes e tacos, evitar excesso de móveis, vaso sanitário mais elevado.

É evidente que na periferia do município de São Paulo, tais programas não são tão expressivos como nos polos urbanos (Zona Oeste e Centro). Devido a desigualdade social, cultural e econômica, essas regiões tornam-se mais vulneráveis a estas ocorrências e seu mau resultado estatístico, chamando a atenção para um foco mais criterioso às políticas públicas para a diminuição destes agravos.

Outros Riscos Acidentais à Respiração

Apesar de óbitos por acidentes domésticos em crianças abaixo de quatro anos serem também decorrentes de trânsito, afogamentos, envenenamentos por remédios ou produtos tóxicos, quedas de altura, queimaduras e choques elétricos, a aspiração de corpos estranhos ocupa um dos primeiros lugares das causas externas e deve ser lembrada pelo pediatra, toda vez que estiver diante de uma síndrome broncopulmonar de causa incerta. A criança pequena tem tendência a colocar objetos na boca e por vezes acidentalmente, aspira estes objetos, podendo ocorrer desde um episódio de engasgo até uma obstrução aguda e fatal das vias aéreas^{107,108,109}.

A aspiração de conteúdo estomacal também é comum em lactentes e crianças nos primeiros anos de vida¹¹⁰, que variam desde sólidos (amendoim, balas, milho) como líquidos (leite, água, sucos), podendo culminar somente em um engasgo ou levar a sufocação e morte.

A fim de evitar a aspiração de alimentos, a dieta deve ser adequada para a idade e para suas condições clínicas, no caso de alguma doença associada, de acordo com a capacidade de o paciente mastigar e engolir. Conscientizar pediatras, pais, irmãos mais velhos e cuidadores sobre o fornecimento de alimentos de tamanho e textura apropriados, assim como afasta-los de brinquedos e objetos pequenos, inapropriados para sua idade, é essencial na prevenção destes agravos¹¹¹.

Também nestas regiões periféricas e pobres a exposição das crianças aos riscos de acidentes domésticos reflete-se significativamente. A proximidade das grande represas (região Sul), a falta de informação, a falta de ambientes para a prática de esportes e lazer, a má estruturação das escolas e creches, o baixo nível educacional dos pais, geralmente mais jovens e desatentos aos filhos evidenciam em nosso estudo maior vulnerabilidade estatística para estes locais.

É imperioso que nestas comunidades uma estratégia política de prevenção seja adotada e mais enérgica, avaliando inicialmente seus pontos fracos, orientando os responsáveis pelas crianças e modificando adequadamente o meio em que vivem, pois tais agravos são, na grande maioria das vezes, simplesmente evitáveis.

Ocorrência: **OUTRAS OCORRÊNCIAS.**

Tabela 10 - Número de Outras Ocorrências, nas regiões Sul, Sudeste, Norte, Oeste, Centro e Leste do Município de São Paulo, com os respectivos valores dos Coeficientes Padronizados (CP%) de ocorrência por 100.000 habitantes, calculados para as populações padrão medianas para cada ano. Resultado do teste da partição do Quiquadrado, aplicado para comparar as regiões.

Região	Ano											
	2000 População Padrão 2.170.812			2005 População Padrão 2.242.616			2010 População Padrão 2.296.580			2014 População Padrão 2.342.035		
	Sim	Não	CP(%)									
Sul	78	2.170.734	3,6	219	2.242.397	9,8	294	2.296.286	12,8	275	2.341.760	11,7
Sudeste	100	2.170.712	4,6	228	2.242.388	10,2	246	2.296.334	10,7	264	2.341.771	11,3
Norte	101	2.170.711	4,6	163	2.242.453	7,3	160	2.296.420	7,0	185	2.341.850	7,9
Oeste	35	2.170.777	1,6	62	2.242.554	2,8	62	2.296.518	2,7	61	2.341.974	2,6
Centro	21	2.170.791	1,0	41	2.242.575	1,8	24	2.296.556	1,0	31	2.342.004	1,3
Leste	88	2.170.724	4,0	186	2.242.430	8,3	294	2.296.286	12,8	320	2.341.715	13,7
Total	423	13.024.449	3,2	899	12.454.797	6,7	1.080	13.778.400	7,8	1.136	14.051.074	8,1

Teste do Quiquadrado

$X^2 = 83,32$ ($p < 0,0001$)

Sul, Sudeste, Norte e Leste > que Centro e Oeste.

Sudeste, Norte e Leste > que Sul.

Teste do Quiquadrado

$X^2 = 213,15$ ($p < 0,0001$)

Sul, Sudeste, Norte e Leste > que Centro e Oeste.

Sul, Sudeste e Leste > que Norte.

Teste do Quiquadrado

$X^2 = 383,41$ ($p < 0,0001$)

Sul, Sudeste, Norte e Leste > que Centro e Oeste.

Sul, Sudeste e Leste > que Norte.

Teste do Quiquadrado

$X^2 = 377,91$ ($p < 0,0001$)

Sul, Sudeste, Norte e Leste > que Centro e Oeste.

Sul, Sudeste e Leste > que Norte.

Tabela 11 - Coeficientes Padronizados (CP%) por 100.000 habitantes de Outras Ocorrências, ocorridos por regiões do Município de São Paulo, calculados para as populações padrão medianas para cada ano. Resultado do teste da partição do Quiquadrado, aplicado para comparar as regiões.

Região	Ano				CP (%)	Teste do Quiquadrado
	2000	2005	2010	2014		
Sul	3,6	9,8	12,8	11,7	9,6	$X^2 = 117,78$ ($p < 0,0001$) 2005, 2010 e 2014 > que 2000.
Sudeste	4,6	10,2	10,7	10,3	9,2	$X^2 = 68,25$ ($p < 0,0001$) 2005, 2010 e 2014 > que 2000.
Norte	4,6	7,3	7,0	7,9	6,7	$X^2 = 19,84$ ($p = 0,0005$) 2005, 2010 e 2014 > que 2000.
Oeste	1,6	2,8	2,7	2,6	2,4	$X^2 = 7,99$ ($p = 0,0921$) Não significativa.
Centro	1,0	1,8	1,0	1,3	1,3	$X^2 = 7,86$ ($p = 0,0968$) Não significativa.
Leste	4,0	8,3	12,8	13,7	9,8	$X^2 = 134,99$ ($p < 0,0001$) 2005, 2010 e 2014 > que 2000.

“...Oh morte, tu que és tão forte, que matas o gato, o rato e o homem.
Vista-se com a tua mais bela roupa quando vieres me buscar.
Que meu corpo seja cremado e que minhas cinzas alimentem a erva.
E que a erva alimente outro homem como eu.
Porque eu continuarei neste homem,
nos meus filhos, na palavra rude
que eu disse para alguém que não gostava
e até no uísque que eu não terminei de beber aquela noite...”

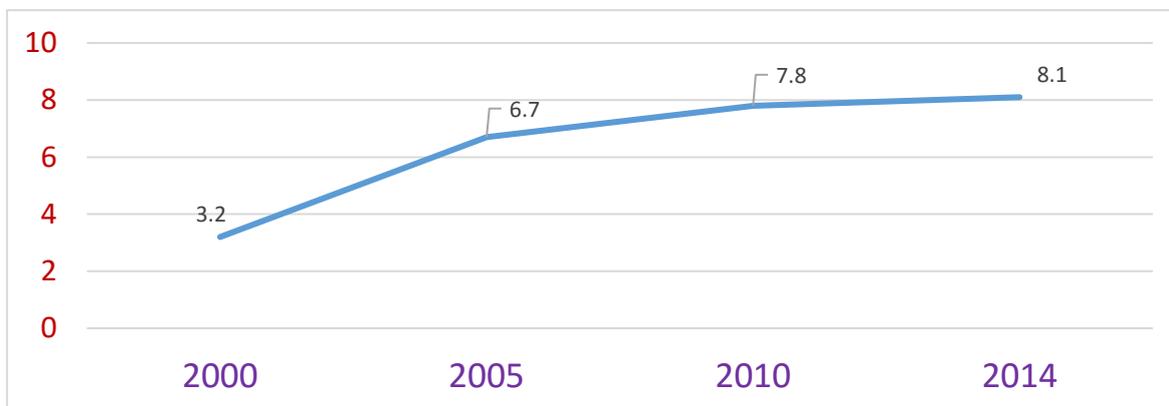
Raul Seixas

Dentro das Outras Ocorrências de causas de morte violenta foram englobadas:

1. **Lesões de intenção indeterminada.**
2. **Intervenções legais** (embate entre policiais e criminosos).
3. **Demais causas externas** (englobam o capítulo XIX do Código Internacional de Doenças 10: Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas – CID 10: S.00 a T.98).

Conforme os resultados obtidos em nossa análise estatística, observou-se que a taxa do coeficiente padronizado global das **Outras Ocorrências** de Causas Externas aumentaram gradativamente de 3,2 / 100.000 habitantes em 2000 para 8,1 / 100.000 habitantes em 2014, sendo observado uma elevação acentuada de 6,7 / 100.000 habitantes em 2005, pelo fato da causa por Intervenção Legal ser adicionada no Sistema de Informações de Mortalidade somente em 2001, logo, não figurando entre as causas externas em 2000.

Gráfico 13: Taxa de outras ocorrências durante 2000 à 2014 em relação ao coeficiente padronizado.

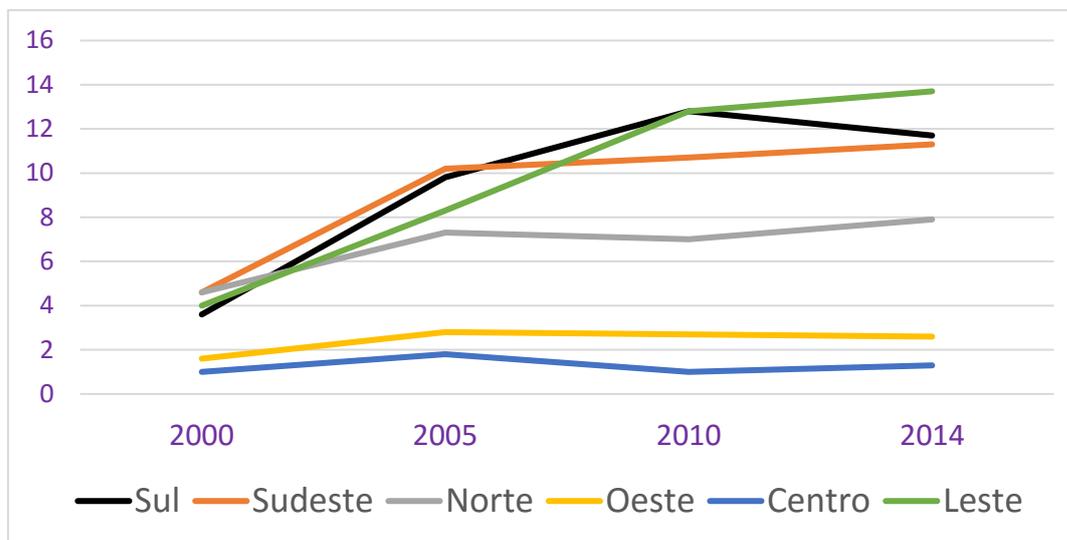


Durante os períodos de 2000, 2005, 2010 e 2014 as regiões Sul, Sudeste, Norte e Leste apresentaram maior taxa de destas Ocorrências que Oeste e Centro, sendo estas últimas sem alterações significantes durante todo o período.

Nas regiões Sul, Sudeste, Norte e Leste apresentaram aumento gradativo na taxa do coeficiente padronizado por 100.000 habitantes.

Conforme as taxas do Sistema de Informações de Mortalidade, dentro destas ocorrências, as Lesões por Causa Indeterminada foram numericamente predominantes em todos os períodos estudados. De maneira geral, suas vítimas foram indivíduos na faixa etária entre 15 e 59 anos de idade, chamando a atenção para o número considerável de crianças abaixo de 4 anos, predominando brancos e pardos.

Gráfico 14: Taxa de coeficiente padronizado de outras ocorrências durante 2000 à 2014 em relação às regiões do município de São Paulo.



Sistema de Informações de Mortalidade

Mortes de Causas Indeterminadas

As **Lesões de intenção Indeterminada** abrangem mortes que no momento do preenchimento da declaração de óbito, o médico responsável não tinha como classificar sua causa, ou por não ter em mãos os resultados de exames laboratoriais colhidos naquele instante ou por não apresentar quaisquer elementos que pudesse elucidá-la, necessitando de mais informações não apresentados até aquele momento.

Muitos são os casos em nossa rotina como médicos legistas, de jovens ou indivíduos aparentemente saudáveis, mortos, sem nenhum sinal de violência física, sendo constatado após alguns dias a presença de agentes tóxicos ou álcool etílico em resultado de análises laboratoriais de amostra de sangue ou urina enviados, constatando-se então, a intoxicação exógena (dito “Overdose”), sendo aos olhos do profissional que elaborou a Declaração de óbito, naquele momento, um diagnóstico Indeterminado.

A análise dos dados evidenciou a morte em pessoas em idade produtiva, principalmente em homens, o que demonstra que as mortes por causas externas associados a álcool (e/ou outros agentes tóxicos) é um importante problema de

saúde pública que requer medidas preventivas com urgência¹¹², uma vez que tal soma encontra-se presente em quase todo o ato violento que culmina em morte.

A verdade é que há a necessidade de tratamentos para o usuário de cocaína e álcool, mas é possível que ainda demore muito o descobrimento de um método que leve à cura definitiva. Ainda a melhor forma de frear seu uso são a educação e prevenção. Dentro dessa linha de raciocínio podemos citar três formas de tratamentos: familiar, ambulatorial e a internação.

Tendo em vista que a melhor forma de modificar a grave situação ligada à drogas é através da prevenção, e esta engloba a educação, o social, o cultural e o clínico, considera-se que andou bem a nova legislação antidrogas ao aplicar e exigir para o viciado, métodos de tratamentos e não apenas a punição a exemplo da lei anterior.¹¹³

Outros são os exemplos que limitam o preenchimento preciso do atestado, como os cadáveres em avançado estado de putrefação, também sem indícios físicos de morte violenta e de imprecisa constatação de substâncias ilícitas em exames laboratoriais toxicológicos.

Um óbito declarado como sendo de causa mal definida (Indeterminada) pode ser consequência de problemas relacionados ao acesso aos serviços à saúde e a qualidade da assistência prestada à população nestes serviços, em especial, os meios de apoio diagnóstico (serviços de laboratório e de radiologia, por exemplo) e o atendimento médico. Assim, um elevado coeficiente de mortalidade por causas mal definidas e, dentre elas, as atribuídas à falta de assistência médica, sugere uma baixa qualidade e resolutividade dos serviços de saúde e uma precária organização do serviço de vigilância em saúde de um município¹¹⁴.

Os altos percentuais de óbitos de causas mal definidas impedem o uso da informação sobre a causa da morte para determinar sua contribuição na mudança do padrão de mortalidade e o impacto nos diferentes grupos da população¹¹⁵.

O problema das altas taxas de óbitos por causas mal definidas em muitos estados brasileiros tornou-se alvo das discussões da Vigilância em Saúde e, em 2004, os municípios tiveram que estabelecer metas de redução das taxas de mortalidade por causas mal definidas na **Pactuação Programada e Integrada**^{114,115}.

O tema também passou a ser incluído no **Pacto Pela Saúde** (Pacto pela Vida) em 2007, propondo uma meta de óbitos com causa definida de 90% no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)^{116,117}.

Como consequência, as equipes de vigilância tiveram que implementar em suas ações a investigação dos óbitos de causas mal definidas, no intuito de encontrar registros e evidências sobre possíveis doenças e agravos pré-existentes dos falecidos, de modo a estabelecer nexos causais com a morte, reclassificar e definir a causa do óbito e, assim, qualificar os registros do SIM.

Para orientar as equipes de vigilância sobre como investigar os óbitos de causas mal definidas, em 2008, o Ministério da Saúde propôs o uso do formulário “**Autopsia Verbal**”. Neste formulário, são registradas informações a respeito dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente no período anterior ao óbito, bem como, resultados de laudos de laboratório, de radiologia, entre outros dados, que auxiliem a identificar as prováveis causas da morte¹¹⁸.

Morte violenta, ou em que haja suspeita de causa externa, ou no caso de cadáveres desconhecidos, o corpo deverá ser encaminhado ao Instituto Médico Legal, para realização do exame necroscópico, mediante requisição da autoridade policial.

Nos municípios em que não haja Serviço de Verificação de Óbitos, que, todavia, possuam médicos do serviço de saúde assistencial, Servidores Públicos Federais, Estaduais, ou Municipais, cabe a esses médicos o fornecimento das declarações de óbitos nos casos de morte natural sem assistência médica. Nesses casos, devido à impossibilidade do diagnóstico preciso da causa da morte, os médicos dos serviços de saúde, servidores públicos, ou na ausência de médicos do serviço público da saúde, qualquer médico, do serviço privado declararão o óbito como sendo também de **causa indeterminada**¹¹⁹.

Mortes Decorrentes de Intervenção Policial

Desde o início da divulgação das estatísticas trimestrais pela Secretaria de Segurança Pública de São Paulo em 1995, as informações quantitativas acerca das pessoas mortas em confronto com as polícias civil e militar são divulgadas de maneira separada.

O acesso desagregado desta informação é fundamental para que se possa estabelecer mecanismo de controle externo da atividade policial possibilitando o

acompanhamento de tendências e flutuações nestas duas modalidades. Importante ressaltar que estes dados não são computados para efeito do cálculo da taxa de homicídio no Estado, o que requer um controle ainda maior para que não haja distorção nas estatísticas.

No ano de 2000, com a publicação da resolução nº 516/00 SSP-SP, os dados sobre confronto com as polícias passaram a ser disponibilizados também desagregados para cada uma das regiões de grande comando das polícias, permitindo identificar a região geográfica do estado onde estas ocorrências aconteciam.

No entanto, o que se observa desde o início da divulgação desta informação são alterações no entendimento sobre o que deveria ser computado como mortes decorrentes de intervenção policial. O problema destas mudanças é que tanto pode ocasionar diferenças na taxa de homicídios do estado como pode acarretar uma interpretação equivocada sobre a atuação da polícia. Por exemplo, se as mortes cometidas por policiais fora de serviço são enquadradas como homicídio doloso, produz aumento da taxa de homicídio, ao passo que se forem enquadradas como morte decorrente de intervenção policial aumenta a taxa de letalidade da polícia¹²⁰

6 CONCLUSÃO

Conforme direção dos nossos objetivos, conseguimos analisar neste trabalho, o perfil epidemiológico das causas externas ocorridas na cidade de São Paulo no período de 2000 a 2014, acionando um sinal de alerta próprio para cada uma de suas ocorrências analisadas individualmente.

Para cada ocorrência, analisamos algumas de suas principais causas e aspectos relacionados às suas prevenções, porém difícil foi mensurar a contribuição de cada um dos seus efeitos sobre cada evento.

De maneira geral evidenciamos o predomínio da brutalidade nos homens, comumente brancos e pardos, entre as vítimas de todas as ocorrências sendo o jovem mais vulnerável, salvo às quedas acidentais que prevaleceu nos idosos, em ambos os sexos, acima de 75 anos.

A dinâmica em prol da melhora e da diminuição da violência, deve ser amplamente estudada com a implicação de elaborar estratégias eficazes e enérgicas, para o controle destes tristes agravos, tendo como finalidade uma exemplar qualidade de vida em nossa cidade e porque não, de sua propagação para o resto do País.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mortes violentas são fenômenos complexos, antigos, com registros encontrados desde quando os primeiros habitantes do planeta habitavam cavernas.

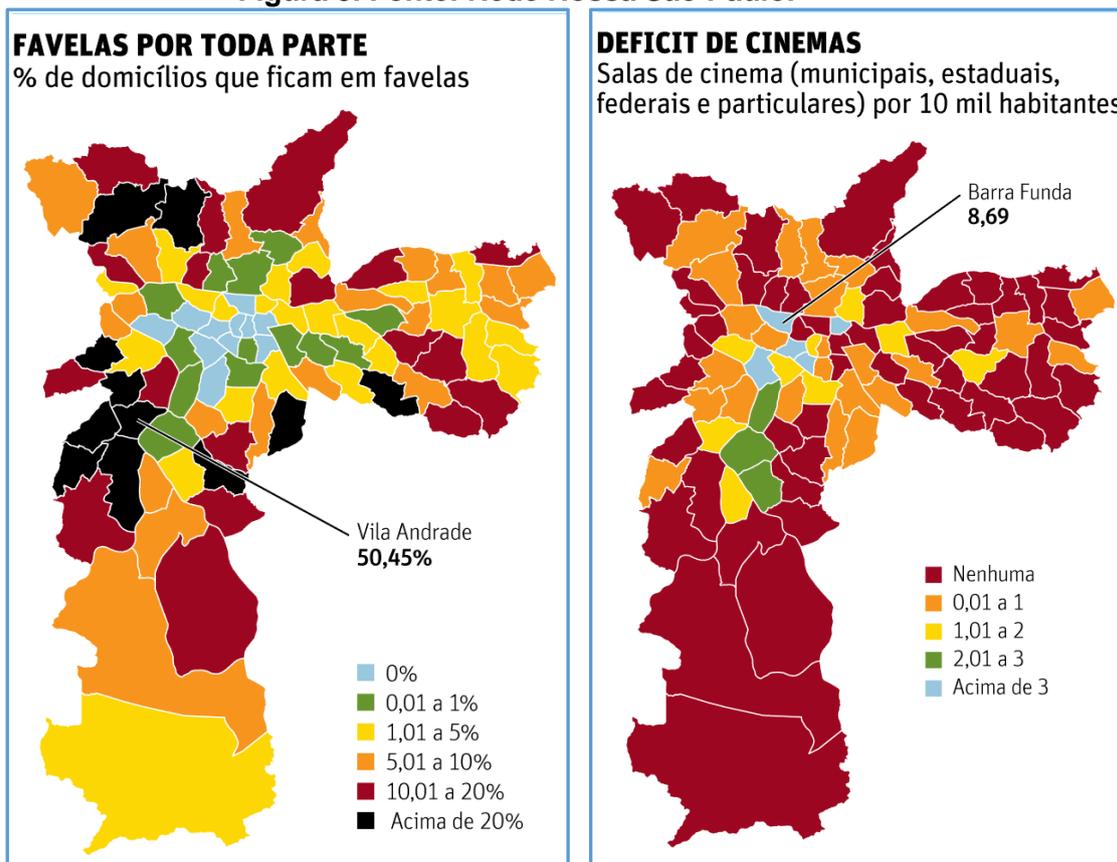
Predominam em homens, jovens e entre os menos favorecidos pela sociedade. A violência é a mesma em intensidade mas suas particularidades modificam-se com o passar do tempo, com os diferentes povos, com seus costumes. E em nossa era, a cidade de São Paulo também apresenta suas características e sua própria identidade.

Os habitantes das zonas periféricas do município foram os que mais sofreram por estes agravos, principalmente moradores das zonas Sul e Leste, onde pudemos observar que a distância do polo comercial do centro da cidade; a desigualdade social, econômica e educacional (Figura 5); o policiamento insuficiente; as políticas públicas escassas; a fiscalização ruim; a dificuldade por centros de saúde com profissionais especializados e aparelhagem inadequadas; o tráfico de drogas e seu mais fácil acesso; a prevalência dos comandos criminosos; as más condições das rodovias e ruas; a carência de locais propícios ao lazer, à cultura e ao esporte, todos são fatores preponderantes às respostas das nossas análises estatísticas.

Pudemos confirmar em números absolutos os preocupantes índices de ocorrências das mortes violentas e seu constante avanço que acompanha o aumento populacional da cidade, porém conforme a análise em mortes pelo seu coeficiente padronizado por 100.000 habitantes, observamos outra realidade, principalmente na espantosa queda abrupta dos homicídios no período estudado.

Os homicídios podem ser expressivos em nossa mídia atual, porém conforme nosso estudo fica claro enxergar com certa positividade um coeficiente padronizado destas ocorrências que demonstram uma realidade para a cidade de São Paulo bem diferente em relação às outras capitais do País.

Figura 5. Fonte: Rede Nossa São Paulo.



Reais números mais baixos da mortalidade violenta, refletem resposta favorável à atenção de um maior contingente policial e da melhor condição laboral destes e dos profissionais da saúde, às ações das políticas públicas e de programas de prevenção, quando bem desenvolvidos e aplicados, porém abrangendo de maneira diferente a cada região.

Contudo, como em extremo negativo, observa-se preocupante domínio e estruturação dos grupos criminosos envolvidos ao rentável comércio de drogas ilícitas e armas, bem observados em levantamento bibliográfico apresentado.

Embora estas mortes que pudessem ter sido, em grande parte evitadas, mediante prevenção adequada, melhor atenção à saúde e segurança pública, todo este esforço não depende somente do Estado, e sim, do conhecimento, da ética e da educação de seu povo.

REFERÊNCIAS

1. Messias KLM, et al. Qualidade da informação dos óbitos por causas externas em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016; 21 (4): 1255-1267.
2. Martins RC, Buchalla CM. Codificação e seleção automáticas das causas de morte: adaptação para o uso no Brasil do software Iris. *Rev. bras. epidemiol*. 2015; 18 (4): 883-893.
3. Melo GBT, Valongueiro S. Incompletude dos registros de óbitos por causas externas no Sistema de Informações sobre Mortalidade em Pernambuco, Brasil, 2000-2002 e 2008-2010. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015; 24 (4): 651-660.
4. Moura LA, Cruz NM, Oliveira LCA, Gurgel PKF, Teixeira MC, Soares WLP. Years of Potential Life Lost due to External Causes in Rio Grande do Norte, 2003 a 2012. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde*. 2015; 17 (2):101-106.
5. Moura EC, Gomes R, Falcão MTC, Schawrs E, Neves ACM, Santos W. Gender inequalities in mortality due to external causes in Brazil, 2010. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20 (3):779-788.
6. Campos MR, VonDoellinger VR, Costa MFS, Pimentel TG, Schramm JMA. Morbidity and mortality associated with injuries: results of the Global Burden of Disease study in Brazil, 2008. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(1):1-17.
7. Melo CM, Bevilacqua PD, Barletto M. Produção da informação sobre mortalidade por causas externas: sentidos e significados no preenchimento da declaração de óbito. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013; 18 (5): 1225-1233.
8. Medeiros TJ, Malfitano APS. Mortalidade de jovens por causas externas em São Carlos, SP, de 2000 a 2010: consequência da interiorização da violência? *BEPA*. 2012; 9 (105): 04-17.
9. Gonsaga RAT, Rimoli CF, Pires EA, Zogheib FS, Fujino MVT, Cunha MB. Avaliação da mortalidade por causas externas. *Rev. Col. Bras. Cir*. 2012; 39 (4): 263-267.
10. Barreto MS, Teston EF, Latorre MRDO, Mathias TAF, Marcon SS. Traffic accident and homicide mortality in Curitiba, Paraná, Brazil, 1996-2011. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2016; 25 (1): 95-104.
11. Lima ALA, Bezerra IAD, Sousa LML, Costa MSS, Castro SR, Maciel ACC. Mortalidade por causas externas nos municípios de Arapiraca (AL) e Mossoró (RN) – 1999-2008. *Rev. baiana de saúde pública*. 2012; 36 (1): 134-147.
12. Jesus T, Mota E. Fatores associados à subnotificação de causas violentas de óbito. *Cad. Saúde Colet*. 2010; 18 (3): 361-370.

13. Minayo MCS. Seis características das mortes violentas no Brasil. *Rev. bras. estud. popul.* 2009; 26 (1): 135-140.
14. Oliveira MLC, Souza LAC. Causas externas: investigação sobre a causa básica de óbito no Distrito Federal, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2007; 16 (4): 245-250.
15. Paixão LMM, Contijo ED, Mingoti SA, Costa DAS, Friche AAL, Caiaffa WT. Óbitos no trânsito urbano: qualificação da informação e caracterização de grupos vulneráveis. *Cad. Saúde Pública.* 2015; 31 [Sup]:S1-S15.
16. Soares Filho AM, Cortez-Escalante JJ, França E. Revisão dos métodos de correção de óbitos e dimensões de qualidade da causa básica por acidentes e violências no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva.* 2016; 21 (12): 3803-3818.
17. Gotsens M, Olmo MMD, Rodríguez-Sanz M, Martos D, Espelt A, Pérez G, Pérez K, Teresa Brugal M, Barbería Marcalain E, Borrell C. Validación de la causa básica de defunción en las muertes que requieren intervención médico-legal. *Rev. Esp. Salud Publica* 2011; 85(2):163- 174.
18. Pedrosa AAG, Mascarenhas MDM, Costa EM, Cronemberger LP. Atendimentos por causas acidentais em serviços públicos de emergência - Teresina, Piauí – 2009. *Ciênc. saúde coletiva.* 2012; 17 (9): 2269-2278.
19. Martins RC. Codificação automática das causas de morte e seleção da causa básica de morte: a adaptação para o Brasil do software Iris [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2012.
20. Laurenti R, Quadros AAJ, Conde MTRP, Oliveira ASB. A Classificação Internacional de Doenças, a Família de Classificações Internacionais, a CID-11 e a Síndrome Pós-Poliomielite. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 2011; 71 (9): 3-10.
21. Albuquerque NMG, Cavalcante CAA, Macêdo MLAF, Oliveira JSA, Medeiros SN. Causas externas: características de crianças e adolescentes assistidas em um hospital do Rio Grande do Norte. *Rev. Bras. 2014.Pesq. Saúde.*16: 7-14.
22. Faraj SP, Siqueira AC, Arpini DN. Notificação da Violência: Percepções de Operadores do Direito e Conselheiros Tutelares. *Psicol. cienc. prof.* 2016; 36 (4): 907-920.
23. Amaral NA, Amaral CA, Amaral TLM. Mortalidade feminina e anos de vida perdidos por homicídio/agressão em capital brasileira após promulgação da Lei Maria da Penha. *Texto contexto - enferm.* 2013; 22 (4): 980-988.
24. Phebo L, Moura ATMS. Urban violence: a challenge for pediatricians. *J. Pediatr.* 2005; 81 [supl 5]: 89-196.
25. Gawryszewski VP, Costa LS. Homicídios e desigualdades sociais no Município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública.* 2005; 39 (2): 191-197.

- 26.** Marinho F, Passos VMA, França EB. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2016; 25 (4): 713-724. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2016; 25 (2): 323-330.
- 27.** Rocha GG, Nunes BP, Silva EF, Wehrmeister FC. Análise temporal da mortalidade por homicídios e acidentes de trânsito em Foz do Iguaçu, 2000-2010.
- 28.** Barreto MS, Teston ES, Latorre MRDO, Mathias TAF, Marcon SS. Mortalidade por acidentes de trânsito e homicídios em Curitiba, Paraná, 1996-2011. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2016; 25 (1): 95-104.
- 29.** Rosa NM, Agnolo CMD, Oliveira RR, Mathias TAF, Oliveira MLF. Tentativas de suicídio e suicídios na atenção pré-hospitalar. *J. bras. psiquiatr.* 2016; 65 (3): 231-238.
- 30.** Armond JE, *et al.* Autoagressões e tentativas de suicídio entre crianças e adolescentes na cidade de São Paulo no ano de 2013. *Pediatr. mod.* 2015; 51 (10), pp. 355-360.
- 31.** Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicol. USP.* 2014; 25 (3): 231-236.
- 32.** São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Sistema de Informação de Mortalidade- SIM [Internet]. São Paulo: Prefeitura de São Paulo; [acesso em 11 mar. 2017].
- 33.** Juliano Y, Novo NF, Goihman S, Paiva ER, Leser W. Coeficiente padronizado de anos de vida perdidos, de Haenszel. Comparação com o coeficiente padronizado de mortalidade geral, quanto à utilização como indicador de nível de saúde de populações. *Rev. Saúde Pública* vol.21 no.2 São Paulo Apr. 1987.
- 34.** Cochran WG - Some methods for strengtering the comman X² test. *Biometrics* 10, 1954. Pp. 417 – 451.
- 35.** Cerqueira D – Mortes Violentas Não Esclarecidas e Impunidade no Rio de Janeiro. *Economia Aplicada*, v. 16, n. 2, 2012, pp. 201-235.
- 36.** Who - World Health Organization. Country reports and charts available. Recuperado: www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html. 2014.
- 37.** Ferreira CEC, Castiñeiras LL - Sobrevivência e esperança de vida em São Paulo. Primeira Análise, São Paulo, Fundação Seade, n. 28, jul. 2015.
- 38.** BERTOLETE, J. M., & FLEICHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. *World Psychiatry*, 1, 181-185.2002.

- 39.** Schmitz M, Torres JB, Soares PFB - Tentativas de suicídio por auto envenenamento: um estudo sobre 684 casos. São Paulo, Associação Brasileira de Psiquiatria-Psiquiatria da América Latina, v. 14, n. 2, 1992.
- 40.** Meneghel SN et al. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. Revista Saúde Pública, São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, v. 38, n. 6, dez. 2004.
- 41.** Macente LB, Santos EG, Zandonade E. Tentativas de suicídio e suicídio em município de cultura pomerana no interior do estado do Espírito Santo. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria da UFRJ, v. 58, n. 4, 2009, pp.238-244.
- 42.** Botega NJ - Comportamento suicida: epidemiologia - Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, SP, Brasil. Psicologia USP - volume 25, número 3. 2014, pp.231-236.
- 43.** Lambert GW et al. Effect of sunlight and season on serotonin turnover in the brain. The Lancet, London, v. 360, n. 9.348, Dec 2002, p. 1.840-1.842.
- 44.** Vriese SR, Christophe AB, Maes M - In humans, the seasonal variation in poly-unsaturated fatty acids is related to the seasonal variation in violent suicide and serotonergic markers of violent suicide. Prostaglandins, Leukot Essent Fatty Acids, Belgium, v. 71, 2004, p.13-18.
- 45.** Gabennesch H - When Promises Fail: A Theory of Temporal Fluctuations in Suicide. Social Forces Journal, Oxford University Press, n. 67, 1988, pp.129-145.
- 46.** Peres AL, Nicoli BS, Crespo BRC, Rodrigues CAS, Rodrigues ESS, Zoppé GSS e Cabral HG. Morte Silenciada: O suicídio e a Representação Social. Rev. Ambiente Acadêmico, v. 2, n. 1, ano 2016, p. 109-122.
- 47.** Segal J - Aspectos genéticos do comportamento suicida. Tese de Doutorado apresentado ao programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2009, p.60-63.
- 48.** Barbosa FO, Macedo PCM, Silveira RMC. Depressão e o Suicídio. Revista da SBPH, v. 14, n. 1, p. 233243, 2011.
- 49.** Bando DH – Padrões espaciais do suicídio na cidade de São Paulo e seus correlatos socioeconômico-culturais. Dissertação de Mestrado na Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. Orientadora: Barrozo, Ligia Vizeu. São Paulo. 2008.
- 50.** Lopes FF, Milani RG. Suicídio: um desafio para o psicólogo clínico. Centro Universitário de Maringá. s.d. Disponível em <<https://drive.google.com/file/d/0B7PI-xV4lhWOSkk5NW5BN05uQW8/view>>. Acesso em 06 abr. 2016, pp.10-76.

51. Estellita - Lins C. Trocando seis por meia dúzia: Suicídio como Emergência do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: FAPERJ. 2012.

52. Baggio L, Palazzo LS et cols. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1. 2009.

53. Dias, CCN - Da pulverização ao monopólio da violência: expansão e consolidação do Primeiro Comando da Capital (PCC) no sistema carcerário paulista. Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Sociologia do Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Doutor em Sociologia. 2011.

54. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: Who; 2002.

55. Souza ER - Masculinidade e violência no Brasil: Contribuições para a reflexão no campo da saúde. Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Av. Brasil 4036, sala 700, Manguinhos, 21040-361. Rio de Janeiro.2004, p.60-70.

56. Ferreira SP, Lima RS, Bessa V – Criminalidade Violenta e Homicídios em São Paulo: fatores explicativos e movimentos recentes - Apoio das equipes técnicas da Fundação Seade e do Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Coleção Segurança com Cidadania [Vol. III] Homicídios: Políticas de Prevenção e Controle. 2010. p. 11-20.

57. Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo. Institucional Histórico. Acesso:17 de Setembro de 2014.

58. Kahn T, Zanetic A – O Papel dos municípios na segurança pública. In. Secretaria do estado da Segurança Pública. Estudos Criminológicos. São Paulo, julho de 2005, pp.83-123.

59. Biderman C, Mello J, Schneider A – Dry Law and Homicides: Evidence from the São Paulo Metropolitan Area. Rio de Janeiro, PUC Rio, 2006, pp.1-28.

60. Hieda E H - Impacto do Estatuto do desarmamento em saúde pública: uma análise de indicadores de mortalidade e morbidade por causas externas no estado de São Paulo. Trabalho de Conclusão de Curso (bacharelado em Gestão de Políticas Públicas da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo). 2014.

61. Prates SO, Quintana CR – Dez anos da Lei Maria da Penha - Evolução do Sistema de Garantia de Direitos no Combate à Violência Doméstica e Familiar no Município de Campinas. Trabalho de Conclusão do Curso de Serviço Social/UNIP. 2016.

- 62.** Mello JMP, Schneider A - Mudança Demográfica e a Dinâmica dos Homicídios no Estado de São Paulo. São Paulo em Perspectiva, v. 21, n. 1, jan./jun. 2007, p.19-30.
- 63.** Cerqueira D (IPEA-RJ). Moura R L (IBRE/FGV-RJ e UERJ) – Efeito da Mudança Demográfica sobre a taxa de Homicídios no Brasil. Área Anpec 12: Economia Social e Demográfica Econômica. 2014, pp. 1-18.
- 64.** De Mello J e Schneider A. Age Structure Explaining a Large Shift in Homicides: The Case of the State of São Paulo, Departamento de Economia, PUC-Rio. 2010, 549.
- 65.** Gould ED, Weinberg B A, Mustard D B (2002). Crime Rates and Labor Market Opportunities in The United States: 1979 – 1997. The Review of Economics and Statistics, 84(1): 45-61.
- 66.** Cerqueira D, Moura R L. Oportunidades para o Jovem no Mercado de Trabalho e Taxa de Homicídios. 2014, pp. 2-18.
- 67.** Amorim C. CV-PCC: A irmandade do crime. Rio de Janeiro: Record. 2005.
- 68** Coelho EC. Oficina do Diabo e outros estudos sobre a criminalidade. Rio de janeiro: Record. 2005.
- 69.** Misse M. - Mercados ilegais, redes de proteção e organização local do crime no Rio de Janeiro. Estudos Avançados. São Paulo, v. 21, n° 61, 1984, 139-57.
- 70.** Dias CCN. PCC – Hegemonia nas prisões e monopólio da violência. Editora Saraiva 1° edição. 2013.
- 71.** Dias CCN- Estado e PCC em meio às tramas do poder arbitrário nas prisões. Tempo Social, revista de sociologia da USP, v. 23, n°. 2. 2009, pp.213-233.
- 72.**Camargo ABM; Maia PB – 1° Análise. O Perfil das mortes por acidentes de trânsito no Estado de São Paulo – Seade – n° 2 , Maio 2013, pp. 4-17.
- 73.** Nunes MN, Nascimento LFC - Análise espacial de óbitos por acidentes de trânsito, antes e após a Lei Seca, nas microrregiões do estado de São Paulo. Rev. Assoc. Med. Bras. 2012, 685-90.
- 74.** Cunha FV, Julien TMS, Santos JCS. Characterization of car accidents in the city of Guaratinguetá, Brazil involving motorcycles. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011, 1112-20.
- 75.** Oliveira GF, Luchesi LB - O discurso sobre álcool na Revista Brasileira de Enfermagem: 1932-2007. Rev Latino-Am Enfermagem. 2010, 626-33.
- 76.** Araújo TA, Oliveira ADS, Souza IBJ, Guedes FJ, Nery IS, Monteiro CFS. – Acidentes de Trânsito e sua relação com consumo de Álcool: revisão integrativa. Revista de Enfermagem 9 (supl.5). 2015, 2-5.

- 77.** Exum ML. “The Application and Robustness of the Rational Choice Perspective in the Study of Intoxicated and Angry Intentions to Aggress”, in *Criminology*, 40, 2002, pp. 933-66.
- 78.** Mura P et al. “Comparison of the Preventive of Alcohol, Cannabis and Other Drugs Between 900 Injured Drivers and 900 Control Subjects: Results of a French Collaborative Study”, in *Forensic Science International*, 133, 2003, pp. 79-85.
- 79.** Duailibi S et al. “The Effect of Restricting Opening Hours on Alcohol-related Violence”, in *Am. J. Public Health*, 97, 2007, pp. 2.276-80.
- 80.** World Health Organization (Who). *Global Status Report on Alcohol*. Geneva, Department of Mental Health and Substance Abuse, 2004, pp.1-36.
- 81.** Dinh-Zaar T et al. “Interventions for Preventing Injuries in Problem Drinkers”, in *Cochrane Review Cochrane Library*, I, 2006, pp. 1922-28.
- 82.** Shepherd J P et al. “Relations Between Alcohol, Violence and Victimization in Adolescence”, in *Jornal of Adolescence*, v.29(4), 2006, pp. 539-53.
- 83.** Galdino MKC et al. “The Effect of Alcohol Ingestion on Visual Perception. Systematic Review”, in *Neurobiologia*, 73 (4), 2010, pp. 151-61.
- 84.** Marczinki CA et al. “Effects of Alcohol on Simulated Driving and Perceived Driving Impairment in Binge Drinkers”, in *Alcohol Clin. Exp. Res.*, 2008, 32(7).
- 85.** ABRAMET – Associação Brasileira de Medicina no Tráfego. F. E. Adura et al. *Alcoolemia e Direção Veicular Segura*, 2008, p.25-33.
- 86.** Treolar HR et al. “Direct and Indirect Effects of Impulsivity Traits on Drinking and Driving in Young Adults”, in *J. Stud. Alcohol Drugs*, 73 (5), 2012, 794-803.
- 87.** Queiroz MS, Oliveira PCP – *Acidentes de trânsito: uma análise a partir da perspectiva das vítimas em Campinas. Psicologia & Sociedade*; jul./dez.2003. 15 (2): 101-123.
- 88.** Bacchieri G, Barros AJD – *Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: muitas mudanças e poucos resultados. Ver. Saúde Pública*. 45 (5) – 2011.16-18.
- 89.** Waiselfisz JJ - *Mapa da Violência 2013 – Acidentes de trânsito e Motocicletas*. 26-29.
- 90.** Masud T, Morris RO. *Epidemiology of falls. Age Ageing* 2001;30(Suppl 4):3-7.
- 91.** 2. Ensrud KE, Ewing SK, Taylor BC, Fink HA, Stone KL, Cauley JA, et al. *Frailty and risk of falls, fracture, and mortality in older women: the study of osteoporotic fractures. J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci* 2007;62(7):744-51.

- 92.** 3. Gelbard R, Inaba K, Okoye OT, Morrell M, Saadi Z, Lam L, et al. Falls in the elderly: a modern look at an old problem. *Am J Surg* 2014;208(2):249-53.
- 93.** Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age Ageing* 2006;35(Suppl 2):37-41.
- 94.** Perracini MR, Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública* 2002;36(6):709-16.
- 95.** Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(5):749-56.
- 96.** Saari P, Heikkinen E, Sakari-Rantala R, Rantanen T. Fall-related injuries among initially 75- and 80-year old people during a 10-year follow-up. *Arch Gerontol Geriatr* 2007;45(2):207-15.
- 97.** Vancarenghi RV, Santos SSC, Barlen ELD, Pelzer MT, Gomes GC, Lange C. Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas. *Acta paul enferm* 2011; 24(Supl. 6):828-833.
- 98.** Ferreira DCO, Yoshitone AY. Prevalência e características das quedas em idosos institucionalizados. *Rev Bras de Enferm* 2010; 63(Supl. 6):991-997.
- 99.** Pighills AC, Torgerson DJ, Sheldon TA, Drummond AE, Bland JM. Environmental Assessment and Modification to prevent falls in older People. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59(Supl. 4):26-36.
- 100.** Rebelatto JR, Castro AP, Chan A. Quedas em idosos institucionalizados: características gerais, fatores determinantes e relações com coma força de preensão manual. *Acta Ortop Bras* 2007; 15(Supl. 13):151-154.
- 101.** Menezes RL, Bachion MM. Estudo da presença de fatores de risco intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. *Cien Saude Colet* 2008; 13(Supl. 4):1209-1218
- 102.** Ribeiro AP, Souza ER, Atie S, Souza AC, Schilithz AO. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Cien Saude Colet* 2008; 13(4):1265-1273.
- 103.** Bernardo WM, Nobre MRC, Jatene FB. A prática clínica baseada em evidências. Parte II Buscando as evidências em fontes de informação. *Rev Assoc Med Bras* 2004; 50(Supl. 1):104-108.
- 104.** Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura [dissertação]. Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo; 2005.

- 105.** Veras R. - Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Cad Saude Publica 2007; 23(Supl. 10):2463-2466.
- 106.** Gomes ECC, Marques APO, Leal MCC, Barros BP. Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. Ciência e Saúde Coletiva, 2014. 19(8):3543-3551.
- 107.** Carvalho WB. Obstrução das vias aéreas superiores. Corpo estranho em vias aéreas. In: Rozov T. Doenças pulmonares em pediatria: diagnóstico e tratamento. São Paulo :Atheneu;1999 p 504-513.
- 108.** Fraga JC, Nogueira A, Palombini BC. Corpo estranho em via aérea de crianças. J Pneumol.1994; 20:107-111.
- 109.** Arvedson J, Roger SB, Smart, P et al . Bronchoscopy and tracheotomy removal of bronchial foreign body. J Pediatr Surg. 2002;37(8): 1239-1240.
- 110.** Santos RG, Andrade SM, Silva AMR, Mathias AF, Ferrari LL, Mesas AE. Mortes infantis evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde: comparação de duas coortes de nascimentos. Ciênc Saúde Coletiva. 2014;19(3):907-16.
- 111.** Singh A, Ghosh D, Samuel C, Bhatti W. Pediatric foreign body aspiration: How much does our community know? J Indian Assoc Pediatr Surg. 2010 Oct;15(4):129-32.
- 112.** Santos LA. O álcool como causa associada de mortes por causas externas. Cad. Bras. Saúde Mental, Vol 1, no1, jan-abr. 2009. 8-10.
- 113.** Muakad IB. A Cocaína e o Crack: As Drogas da Morte. Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, v. 106/107, jan/dez, 2011/2012.465-494.
- 114.** Rosa JAR, Biasus L, Giacomello F, Rosiak JG e Pizzol M. Relatório Epidemiológico (Bento Gonçalves). Mortalidade por Causas Mal Definidas - 2ª Revisão - 1990 a 2012 - Rio Grande do Sul - Secretaria Municipal da Saúde Serviço de Vigilância Epidemiológica. 2013. 6-10.
- 115.** Secretaria estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Centro Estadual de Vigilância na Saúde. Programação pactuada integrada epidemiologia e controle de doenças (PPI-ECD) 2004. Notas Técnicas. RS, 2004. 4-20.
- 116.** Ministério da Saúde. Portaria nº 91/GM de 10 de janeiro de 2007.
- 117.** Ministério da Saúde. Portaria nº 1.580/GM de 19 de julho de 2012.
- 118.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual para investigação do óbito com causa mal definida. Brasília, 2008.

119. Gonçalves HC (Conselheiro). Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer aprovado na reunião da Câmara Técnica de Medicina Legal, em 13/02/2014. Homologado na 4.599ª Reunião Plenária, em 08.04.2014.

120. Risso MI. Mortes Intencionais na Cidade de São Paulo: um novo enfoque. Instituto Igarapé – Artigo Estratégico - Agosto 2014. 53 - 67.