

Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais

The panorama of urban violence in Brazil and its Capitals

Edinilsa Ramos de Souza ¹
Maria Luiza Carvalho de Lima ²

Abstract *This article presents a descriptive epidemiological analysis of accidents and violence in Brazil and in the Brazilian capitals in recent years. The data used were made available by several sources: the Mortality Information System and the Hospital Information System of the Ministry of Health; the National Safety Department of the Ministry of Justice and the National Department of Transit of the Ministry of the Cities. The population data for the years 2002 and 2003 were available by the DATASUS of the Ministry of Health. The authors emphasize some already known aspects: the high homicide rates and high death rates due to traffic accidents, the concentration of these events in the population of young black males and the complexity and multiplicity of determinants of these phenomena. The text points to a new scenery involving the spreading of homicides to neighbor communities of metropolitan areas and to the inner regions of the States. They further verify higher morbidity than mortality rates. It calls attention to Porto Velho, Macapá, Vitória, Rio de Janeiro and Cuiabá with the highest indicators for intentional violence – high rates of homicides and injuries – and to Palmas, with high death rates from traffic accidents and non-fatal victims per 10 thousand vehicles.*

Key words *External causes, Homicides, Traffic accidents, Violence and Health*

Resumo *Neste artigo, faz-se uma análise epidemiológica descritiva da morbidade e da mortalidade por acidentes e violência no Brasil e suas capitais, em anos mais recentes para os quais as informações estão disponíveis. Usam-se dados dos Sistemas de Informações sobre Mortalidade e de Internações Hospitalares, do Ministério da Saúde; da Secretaria Nacional de Segurança, do Ministério da Justiça; e do Departamento Nacional de Trânsito, do Ministério das Cidades. Os dados populacionais de 2002 e 2003 são os disponibilizados pelo Datasus/MS. Destacam-se algumas situações que persistem no Brasil: elevadas taxas de homicídios e de mortes por acidentes de trânsito; concentração dos eventos na população jovem, negra e do sexo masculino; e a complexidade e multideterminação desses fenômenos. Como novo, aponta-se um processo de disseminação de homicídios para outros municípios das regiões metropolitanas e do interior dos Estados, com destaque para a magnitude da morbidade em relação à mortalidade. Porto Velho, Macapá, Vitória, Rio de Janeiro e Cuiabá apresentam os maiores indicadores de violência intencional – elevadas taxas de homicídios e de lesões corporais. Em Palmas ocorrem altas taxas de mortalidade por acidentes de transporte e de vítimas não fatais por 10 mil veículos.*

Palavras-chave *Causas externas, Homicídios, Acidentes de transporte, Violência e Saúde*

¹ Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, ENSP, Fiocruz. Av. Brasil 4036, sala 700, Manguinhos, 21040-361 Rio de Janeiro RJ. edinilsa@claves.fiocruz.br

² Departamento de Medicina Social, Centro de Ciências da Saúde, UFPE.

Introdução

A violência social que ocorre no Brasil e se expressa nos indicadores epidemiológicos e criminais a partir de eventos letais e não letais tem demonstrado uma magnitude e uma intensidade sem precedentes, maiores até do que as observadas em países em situação de guerra.

As taxas de mortes por causas violentas nos principais centros urbanos brasileiros estão entre as mais altas do continente americano, expressando uma tendência de crescimento que desde a década de 1980 vem se acentuando¹. Dados do Ministério da Saúde informam que o Brasil passou de 59,0 mortes por causas externas (acidentes e violências) por 100 mil habitantes na década de 1980, para 72,5 em 2002. Países da Europa Ocidental têm taxas inferiores a 3 mortes intencionais por 100 mil habitantes e os Estados Unidos encontram-se na faixa de 5 a 6 mortes intencionais por 100 mil habitantes².

Vários estudos no país têm mostrado que a violência afeta a população de modo desigual, gerando riscos diferenciados em função de gênero, raça/cor, idade e espaço social. Ademais, as taxas de mortes violentas só refletem a ponta de um enorme *iceberg* cuja magnitude dos eventos não-letais é ainda muito maior, mesmo se considerando a existência de sub-registros.

Apesar de ser um fenômeno visivelmente mais intenso nas áreas urbanas de maior densidade populacional, acumulando cerca de 75% do total das mortes por causas externas^{1,6}, estudos recentes revelaram um outro processo que se desenvolveu na sua dinâmica, ao qual alguns autores denominam interiorização da violência⁷. Esta decorre, entre outras causas, do percurso do tráfico de drogas em municípios do interior de vários Estados brasileiros, alguns dos quais produzindo-as e outros atuando como corredor para o seu transporte^{8,9}.

O presente artigo constitui um panorama da violência urbana no Brasil, analisando os dados de mortalidade e de morbidade por causas externas, focalizando os acidentes de trânsito e transportes e por homicídios, segundo diferenciais de sexo, idade e capitais.

Métodos

Foi realizada uma análise epidemiológica descritiva dos dados de morbimortalidade por causas violentas para o Brasil e suas capitais, em anos mais recentes para os quais as informações estão disponíveis.

Os dados sobre mortalidade se referem aos óbitos por causas externas (V01-Y98 da Classificação Internacional de Doenças/CID10) de residentes ocorridos em 2003, extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) fornecido pelo Datasus/MS. A cobertura e qualidade dos dados do SIM é variável, sendo melhor nos Estados do Sul e Sudeste do país, onde mais de 80% dos municípios possuem informação regular sobre registro de óbitos, enquanto nos municípios das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste essa proporção fica em torno de 60%¹⁰, mas vem melhorando paulatinamente. No entanto, nas capitais o registro cobre praticamente a totalidade dos óbitos.

Os dados de morbidade foram coletados a partir de três fontes: Sistema de Internação Hospitalar (SIH) do Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Trânsito (Denatran) do Ministério das Cidades e da Secretaria Nacional de Segurança Pública (Senasp), ligada ao Ministério da Justiça. Tais dados se referem a anos mais recentes para os quais se dispunha de informação.

As informações sobre internações por lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas (S00-T98 da CID10) foram retiradas do SIH/SUS, que processa os formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH). O sistema possui algumas limitações: não contempla os agravos agudos com tempo de permanência menor de 48 horas e rápida evolução. Também não existe controle de múltipla internação, o que pode comprometer a qualidade da informação ao gerar o registro do mesmo paciente mais de uma vez. A cobertura da realidade é parcial, envolve apenas internações da rede própria do SUS e conveniada a esse sistema, e a fidedignidade é condicionada à natureza contábil do sistema¹¹⁻¹⁵.

Foram também analisadas as informações sobre os acidentes de trânsito, para o ano de 2002, fornecidas pelo Denatran no Anuário Estatístico de Acidentes de Trânsito¹⁶. Esse sistema, apesar de possuir sub-registro decorrente da notificação de alguns Departamentos Estaduais de Trânsito, fornece indicadores que permitem avaliar e dimensionar a morbidade e gravidade dos acidentes de trânsito, na grande maioria dos Estados e capitais brasileiras. E ainda foram coletados dados sobre lesões corporais das estatísticas elaboradas pela Senasp, a partir do número de ocorrências registradas no Sistema Nacional de Estatística de Segurança Pública e Justiça Criminal para o ano de 2003¹⁷. Uma limitação que pode ocorrer nesse sistema é o sub-registro de ocorrências decorrente da subnotificação em algumas delegacias de polícia. As variações no volume de

ocorrências registradas também resultam de distintos procedimentos adotados em cada sistema de registro e coleta de informações criminais específico de cada uma das 27 polícias civis do país. O sub-registro de ocorrências nos órgãos de segurança pública varia de intensidade entre as diferentes capitais aqui analisadas.

Os dados de população para os anos de 2002 e 2003 foram estimativas realizadas a partir do censo de 2000, disponibilizadas pelo Datasus/MS¹⁸.

Resultados e discussão

Mortalidade: a ponta do *iceberg* da violência brasileira

Em 2002 morreram 126.657 pessoas no Brasil devido aos acidentes e violências, constituindo 12,6% dos óbitos por todas as causas, com a taxa de mortalidade por causas externas de 71,6 por 100 mil habitantes. A escalada da violência não pára: houve um crescimento do risco de morrer de 17% em relação à década de 1980 e de 3,3% em relação à década de 1990 do século passado.

Dentre as causas externas específicas, as agressões (homicídios) e os acidentes de transportes apresentam, no ano de 2003, as mais elevadas taxas: 28,9 e 19,0 por 100 mil habitantes, respectivamente. Esses dois subgrupos concentram 66,8% de todas as mortes por causas externas (tabela 1), o que os torna problemas prioritários para intervenção e justifica um olhar mais aprofundado sobre eles no presente artigo.

Para dados de 2003, a taxa de mortalidade por causas externas nas capitais brasileiras variou de 53,8 a 120,1 por 100 mil habitantes (tabela 2). Entre as 27 capitais, sete delas apresentaram taxas de mortes por causas externas maiores que 90/100 mil habitantes (Porto Velho, Boa Vista, Macapá, Recife, Vitória, Rio de Janeiro e Cuiabá); oito capitais possuem taxas mais baixas (entre 50 e 69 por 100 mil habitantes), que são Manaus, Belém, São Luís, Teresina, Natal, João Pessoa, Florianópolis e Porto Alegre; e as outras 12 situam-se com taxas entre 70 e 89 por 100 mil habitantes. Ademais, a distribuição das mortes por causas externas no Brasil tanto possui características que são comuns a outras realidades como apresenta aspectos específicos e peculiares que, para o seu enfrentamento, precisam ser compreendidos.

Tabela 1

Distribuição da mortalidade (número, proporção e taxa) por causas externas específicas. Brasil, 2003.

Causas externas específicas	n	%	Taxa ¹
Acidentes de transporte	33.620	26,5	19,0
Quedas	6.017	4,8	3,4
Afogamento e submersões acidentais	5.972	4,7	3,4
Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	1.007	0,8	0,6
Envenenamento, intoxicação ou exposição a substâncias nocivas	258	0,2	0,1
Lesões autoprovocadas voluntariamente	7.861	6,2	4,4
Agressões	51.043	40,3	28,9
Eventos cuja intenção é indeterminada	11.101	8,8	6,3
Intervenções legais e operações de guerra	491	0,4	0,3
Todas as outras causas externas	9.287	7,3	5,3
Total	126.657	100,0	71,6

¹ Taxas por 100 mil habitantes.

Tabela 2

Taxas de mortalidade¹ por causas externas, homicídios e acidentes de transportes, segundo sexos. Capitais do Brasil, 2003.

Capitais	Causas externas			Homicídios			Acidentes de trânsito		
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total
Região Norte									
Porto Velho/RO	210,4	30,4	120,1	93,6	7,3	50,3	45,9	11,8	28,8
Rio Branco/AC	146,6	21,3	82,3	64,3	7,1	35,0	41,9	5,7	23,3
Manaus/AM	112,4	17,6	63,8	55,9	3,4	29,0	26,1	7,0	16,3
Boa Vista/RR	168,2	25,3	96,8	68,7	4,5	36,6	39,8	9,1	24,4
Belém/PA	97,9	13,9	53,8	52,5	3,1	26,6	25,4	4,7	14,5
Macapá/AP	158,0	26,0	90,9	79,3	5,0	41,5	43,5	9,9	26,4
Palmas/TO	121,9	30,2	76,1	39,5	3,5	21,5	47,6	20,9	34,3
Região Nordeste									
São Luís/MA	101,8	20,1	58,3	51,2	3,7	25,9	22,7	5,3	13,4
Teresina/PI	118,7	19,5	66,0	48,8	2,5	24,2	40,6	7,3	22,9
Fortaleza/CE	133,3	21,4	73,8	59,2	4,1	29,9	36,6	6,8	20,7
Natal/RN	107,0	19,0	60,3	37,2	2,0	18,5	12,9	3,8	8,1
João Pessoa/PB	127,9	13,7	67,1	71,1	1,8	34,2	36,1	7,5	20,8
Recife/PE	192,5	21,2	100,9	134,6	7,0	66,4	26,3	4,5	14,6
Maceió/AL	162,8	15,8	85,2	103,7	4,2	51,2	28,9	5,3	16,5
Aracaju/SE	142,1	24,3	79,4	73,5	3,1	36,1	33,0	7,0	19,2
Salvador/BA	134,5	21,2	74,6	54,1	2,5	26,8	8,4	2,4	5,2
Região Sudeste									
Belo Horizonte/MG	156,8	27,8	88,7	93,8	6,9	48,0	28,6	7,2	17,3
Vitória/ES	180,0	23,8	97,5	111,3	6,3	55,8	38,5	5,0	20,8
Rio de Janeiro/RJ	172,9	33,8	99,1	95,7	5,3	47,7	25,4	6,8	15,6
São Paulo/SP	149,8	23,0	83,4	91,7	6,4	47,0	22,4	6,0	13,8
Região Sul									
Curitiba/PR	128,0	27,0	75,4	54,8	4,4	28,5	37,0	9,2	22,5
Florianópolis/SC	122,0	15,2	66,9	52,1	2,1	26,3	37,5	7,9	22,2
Porto Alegre/RS	112,2	23,7	65,1	58,0	3,2	28,8	23,9	7,9	15,4
Região Centro-Oeste									
Campo Grande/MS	134,3	25,4	78,3	62,6	3,9	32,4	44,6	11,3	27,5
Cuiabá/MT	169,2	27,3	96,4	86,0	8,4	46,2	42,4	9,2	25,4
Goiânia/GO	146,1	26,8	83,7	53,4	4,5	27,8	60,6	13,0	35,7
Brasília/DF	137,2	24,9	78,6	64,7	5,4	33,8	43,3	11,7	26,9

¹ Taxas por 100 mil habitantes.

Homicídios no Brasil e suas características

Em 2003, 51.043 brasileiros foram assassinados. Foram quase 140 mortes por dia! Pior ainda, as denúncias cotidianas feitas pela mídia e todo o conhecimento adquirido pelos estudos já realizados não têm sido usados para o desenvolvimento de mecanismos sólidos de enfrentamento dessa questão. E ainda concorrem para a banalização do fenômeno!

Por sua vez, as medidas tímidas adotadas contribuíram para um entendimento fatalista em relação a esse fenômeno e fortaleceram idéias de enfraquecimento do Estado e suas instituições diante da criminalidade, gerando medo e sensação de insegurança nos sujeitos e no imaginário coletivo.

As análises têm evidenciado as tendências, distribuições e dinâmicas diferenciadas dos homicídios em nível nacional, regional e local, destacadas a seguir.

Diferenciais por áreas geográficas

Verificam-se importantes diferenças entre as capitais brasileiras no que se refere às taxas de homicídio. Quando se analisa o ano de 2003, observa-se que os índices variam de 18,5 por 100 mil habitantes em Natal, a 66,4 mortes por 100 mil habitantes em Recife. Na Região Nordeste, situa-se a cidade do Recife, com a mais alta taxa do país; e desponta Maceió, que se encontra em 4º lugar no país. Na Região Norte, Porto Velho e Macapá aparecem como as capitais mais violentas. Na Região Sudeste encontram-se Vitória, Rio de Janeiro e São Paulo no ranking das cidades violentas. Na Região Centro-Oeste, ressalta a taxa de Cuiabá. Finalmente, a Região Sul destaca-se por situar as capitais com as mais baixas taxas, diferenciando-se apenas da cidade de Natal, que se localiza na região Nordeste.

Esses diferenciais na espacialização dos homicídios são explicados a partir de diversas hipóteses e variáveis consideradas nos estudos. A grande maioria deles tenta compreender o efeito dos determinantes a partir de indicadores socioeconômicos principalmente o que se refere à pobreza relativa (desigualdade de renda)^{4,19-22}.

Lima *et al.*⁷ revelaram um espalhamento da violência por homicídios no Estado de Pernambuco, demonstrando um processo bipolarizado: um pólo concentrando elevadas taxas na região metropolitana do Recife e outro no interior do Estado, ao qual os autores denominaram de interiorização da violência, com área de *cluster* localizada nos municípios que fazem parte do Polígono da Maconha.

Em outro estudo, também em Pernambuco, Lima *et al.*²¹ investigaram a hipótese de associação entre elevadas taxas de homicídios e indicadores de desenvolvimento humano, de condições de vida, desigualdade de renda, escolaridade, entre outros. Encontraram associação inversa entre violência e índices de pobreza e de analfabetismo, mostrando que a complexidade da violência não pode ser explicada de modo linear e unicausal.

A espacialização das mortes por homicídios em capitais brasileiras com densidade populacional, percentuais de urbanização, IDH, e ICV diferenciados parece indicar que esse problema, além de se manter intensamente presente nas grandes e urbanizadas cidades do país, está assolando outros espaços sociais e envolvendo determinantes comuns, mas também distintos. Um deles se refere exatamente à conexão interna entre as diversas cidades do país e de suas capitais com as redes internacionais do tráfico de drogas, armas, mulheres/crianças, pedras preciosas, fauna e flora/madeira. Essas redes, que se articulam em torno de atividades ilegais, altamente perigosas e com rotas bem estabelecidas no país, têm se constituído como um processo social potencializador de homicídios²³.

Além dos diferenciais intermunicipais, existem disparidades intramunicipais já demonstradas em alguns estudos^{4,20,24}. Cano & Santos²⁵, analisando áreas metropolitanas do Brasil, mostraram que o número de homicídios é mais alto nos bairros pobres e mais baixo nas áreas favorecidas das cidades, sendo essa região intramunicipal a que revela mais forte influência da variável renda. No entanto, ao comparar os Estados brasileiros, os mesmos autores concluem que as variáveis renda, educação e desigualdade têm impacto menos significativo nas taxas de homicídios do que a variável urbanização. Ou seja, as municipalidades com alta proporção de população urbana detêm taxas muito mais altas de homicídio.

Diferenciais por idade, sexo e raça/cor

Uma característica marcante no padrão epidemiológico brasileiro dos homicídios é a intensidade dos coeficientes em uma população cada vez mais jovem. Nas faixas etárias que compreendem os adolescentes e os adultos jovens, dos 15 aos 29 anos, as taxas são extraordinariamente mais altas do que as verificadas na população como um todo (Tabela 3). Em relação à taxa geral, a da faixa dos 15 aos 19 é 1.5 vezes maior; no grupo dos 20 aos 24 anos a taxa é 2.5 vezes maior; e entre as idades de 25 e 29 anos, o risco também é 2.1 vezes maior que o da população geral.

A diferença por sexo revela, invariavelmente, taxas mais elevadas no grupo dos homens. No país, em 2003, a taxa foi de 52,8/100 mil habitantes homens em relação a 4,3/100 mil mulheres, com uma razão de risco de 12,3 vezes maior para os homens. Em algumas faixas etárias essa relação é ainda maior: entre os jovens de 20 aos 24 anos, a razão homem/mulher é de 17,2; e entre os adultos jovens, de 25 a 29 anos, ela é de 15,2.

Nas capitais, os riscos masculinos, comparados aos femininos, também são bastante superiores. Nas cidades nordestinas de João Pessoa, Maceió, Aracaju e Salvador os riscos de os homens morrerem por homicídio foram, respectivamente, 39,5, 24,7, 23,7 e 21,6 vezes maiores do que os da população feminina. Esse padrão também foi observado em Florianópolis, onde os homens tiveram a taxa 24,8 vezes superior à das mulheres. Em Rio Branco foi observada a menor razão de risco, mas a população masculina ainda apresenta uma taxa 9,1 vezes maior do que a das mulheres.

A sobremortalidade masculina é uma manifestação também observada em outras sociedades. Entretanto, é relevante a intensidade com que a violência vem dizimando pessoas do sexo masculino em nosso país, com sérias conseqüências na estruturação econômica, social e familiar, principalmente em relação aos adolescentes e adultos jovens nos quais se concentram as maiores taxas de homicídios.

Esse problema vem despertando a curiosidade de vários pesquisadores que têm abordado a questão do gênero para compreender as intrincadas relações entre juventude, masculinidade e violência²⁶⁻³³.

Paralelamente à heterogeneidade de idade e de sexo, observa-se que há uma dramática concentração de risco na população negra (somatório da população que se autodenomina com cor da pele preta e parda). No gráfico 1, vê-se que as taxas de homicídios são mais elevadas entre os negros em todas as faixas etárias, com muito mais intensidade

Tabela 3

Taxas de mortalidade¹ por causas externas, homicídios e acidentes de transportes, segundo sexos e faixas etárias. Capitais do Brasil, 2003.

Faixas etárias (em anos)	Causas externas			Homicídios			Acidentes de trânsito		
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total
0 - 9	13,9	8,2	11,1	0,9	0,7	0,8	5,18	3,44	4,3
10 - 14	20,4	9,1	14,8	4,3	1,7	3,1	7,19	3,69	5,5
15 - 19	129,5	19,4	74,7	78,2	6,5	42,5	23,86	6,96	15,5
20 - 24	221,8	21,6	121,4	132,6	7,7	70,0	46,96	7,95	27,4
25 - 29	205,8	20,8	111,9	115,5	7,4	60,6	47,33	7,20	26,9
30 - 39	164,3	19,4	90,0	77,5	6,1	40,9	42,70	6,72	24,2
40 - 49	149,4	21,4	83,4	51,7	4,8	27,5	46,37	8,07	26,6
50 - 59	136,8	21,9	77,0	36,2	3,3	19,1	44,35	8,78	25,9
60 +	152,5	65,8	104,7	21,9	2,7	11,3	46,80	14,65	29,1
Total	119,7	21,3	69,7	52,8	4,3	28,2	31,05	7,02	18,9

¹ Taxas por 100 mil habitantes.

entre 20-29 anos. Embora os dados relativos a esta variável padeçam de elevados sub-registros nas diferentes fontes onde eles são notificados, há indicações de que a distribuição desigual de riquezas e recursos sociais (educação, saúde, saneamento) entre brancos e negros, no Brasil, acaba por provocar desigualdade na distribuição da morte violenta. Assim, são os homens negros e, entre estes, os mais jovens, as vítimas preferenciais da violência letal. Como se sabe, "cor" no Brasil constitui um atributo social, sendo uma proxy de escolaridade, renda e outros indicadores de acesso a bens e consumo. A grande maioria dos negros em nosso país concentra-se nos estratos inferiores da pirâmide social.

Acidentes de trânsito no Brasil e suas características

Em 2003 ocorreram 33.619 óbitos devidos às violentas relações no trânsito do país, perfazendo a taxa de 26,5 mortes por acidentes de transporte por 100 mil habitantes. Grande parte desses eventos (30%) está constituída por atropelamentos de pedestres, seguidos dos ocupantes de veículos

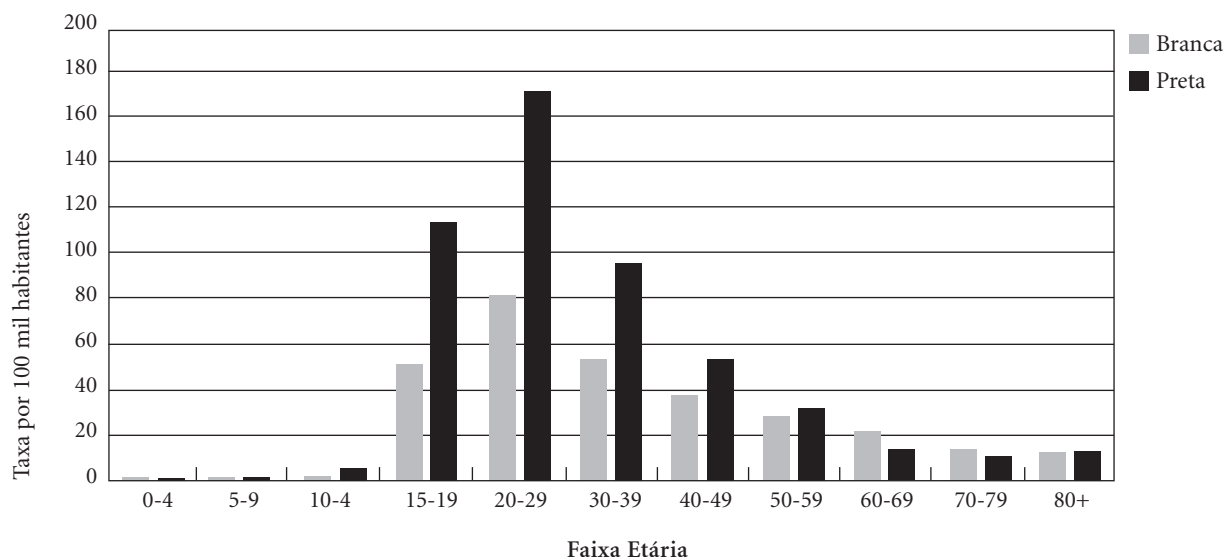
(19,3%). Desrespeito à sinalização, excesso de velocidade e consumo de bebida alcoólica, tanto por parte do condutor como do pedestre, além do péssimo estado de conservação das estradas e vias, são alguns dos fatores responsáveis pela elevada mortalidade brasileira no trânsito.

Um ponto a ser destacado é o surgimento de uma categoria que está sendo extremamente vitimizada no trânsito brasileiro – o motociclista –, representando 12,9% dos acidentes de trânsito. Suas taxas, que partiram de zero em 1980, em 2003 já representam 4,4 e 0,5 óbitos por 100 mil para os sexos masculino e feminino, respectivamente. Colaboraram para a intensificação destes acidentes categorias de trabalhadores que atuam como motofretistas e mototaxistas.

Entre as capitais brasileiras, duas se destacam com as mais elevadas taxas de mortes por acidentes de transporte, com valores acima de 30 por 100 mil habitantes: Palmas e Goiânia. A primeira, situada na Região Norte do país, encontra-se em processo recente de emancipação e desenvolvimento; a segunda situa-se na Região Centro-Oeste e é uma das cidades do Brasil com curva ascendente de mortes no trânsito. Onze apresentam taxas mais

Gráfico 1

Taxa de homicídios (por 100 mil habitantes) de homens, segundo cor da pele e idade no Brasil – 2003.



baixas, com valores menores que 20 (Manaus, Belém, São Luís, Recife, Maceió, Aracaju, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre). As 13 demais capitais possuem taxas intermediárias entre 20 e 29 óbitos por 100 mil habitantes por essas mesmas causas (Tabela 2).

Diferenciais por sexo, idade, raça/cor

Embora seja mais homogêneo do que o dos homicídios, o risco de morrer por acidente de transporte também é elevado entre pessoas jovens. Ele apresenta saltos a partir dos 15 anos de idade e na faixa dos 20 aos 24 anos. Permanece em patamares semelhantes até os 59 anos, para então elevar-se a partir dos 60 ou mais anos. Diferente do homicídio, o trânsito vitimiza sobremaneira as pessoas idosas, cujas taxas crescem com a idade, principalmente devido aos atropelamentos.

No trânsito brasileiro, assim como acontece com os homicídios, os homens também são as principais vítimas, porém os diferenciais por sexo são menos intensos. A razão de risco da sobremortalidade masculina foi de 4,4 em 2003. Ela é maior nas faixas dos 25 aos 29 anos (6,6 homem/mulher) e dos 30 aos 39 anos (6,4). Contudo, as mulheres morrem mais do que os homens nos atropelamentos e no meio de transporte como condutora de automóvel³⁴.

Entre as capitais, as maiores razões de risco masculino se encontram em Vitória (7,7 homem/mulher) e em Rio Branco (7,4). A menor delas encontra-se em Palmas (2,3).

Os diferenciais da mortalidade por acidentes de transporte segundo idade e raça/cor apresentam uma distribuição mais homogênea entre os sexos, exceto na faixa de 20-39 anos, na qual há uma maior concentração dos óbitos no sexo masculino.

Morbidade por violência no Brasil: o lado nem sempre visível do *iceberg*

No Brasil, em 2005, foram realizadas 11.429.133 internações em hospitais próprios ou conveniados do SUS. As complicações de gravidez, parto e puerpério (23%) são responsáveis pela maior parcela dessas internações. As lesões e envenenamentos decorrentes de acidentes e violências foram responsáveis por 786.768 internações (6,8%), ocupando o 6º lugar no perfil de morbidade geral da população do país. Nas capitais das regiões metropolitanas, a participação das lesões e envenenamentos nas hospitalizações é ainda mais intensa. Elas têm demandado número cada vez maior de leitos hospitalares na maioria das capitais das regiões metro-

politanas, onde já se situam entre a 2ª e 4ª causa de internações.

Os traumatismos representam a principal causa específica de internações por lesões e envenenamentos, contabilizando 81,9%, seguidos pelas intoxicações por drogas, substâncias medicinais e não medicinais (6,5%), outras complicações decorrentes de cuidados médicos (5,7%), queimaduras (3,9%) e 1,7% pelas demais causas. Os estudos apontam que a grande maioria desses traumatismos é proveniente de quedas e acidentes de trânsito e que a população jovem, como ocorre na mortalidade, também é a mais afetada¹⁷. Esse perfil é observado em todas as capitais brasileiras, embora com algumas diferenciações em termos de causas e grupos de maior incidência.

Segundo dados do Denatran, em 2002, os acidentes de trânsito geraram 337.190 vítimas no Brasil, das quais 94,4% não fatais e 5,6% fatais. A taxa de vítimas de acidentes foi 219,5 por 100 mil habitantes, cuja variação entre as capitais foi de 81,5 em São Luís a 528,2 em Boa Vista. Quando se comparam as taxas de acidentes fatais (12,3 por 100 mil habitantes) e não fatais (207,3 por 100 mil habitantes), observa-se que a cada vítima fatal corresponderam 17 vítimas não fatais. A relação vítimas de acidentes/acidentes com vítimas mostra que cada acidente envolve em média 1,5 vítimas. Em 100 acidentes com vítimas a letalidade foi de 8,5. As vítimas não fatais acometem principalmente o sexo masculino (70,7%) na idade de 18 a 59 anos (66,4%), o condutor e o passageiro são as principais vítimas, seguidas do motociclista. Ao analisar o crescimento da frota de veículos no Brasil, constata-se um crescimento de 28,8% entre 1996 e 2002. Não há, contudo, uma relação linear entre esse e o número de acidentes quando se observa que a evolução do índice de vítimas fatais e não fatais por 10.000 veículos vem diminuindo.

Comparando-se as estatísticas do SIM/MS com as do Denatran/MC, para o ano de 2002, as taxas de mortalidade por acidentes de transporte, ou seja a taxa de vítimas fatais por 100 mil habitantes foi de 19 ao invés de 12,3 como registrada pelo Denatran. Isso ocorre porque os órgãos de trânsito apenas registram os óbitos ocorridos no local do acidente, desconhecendo as mortes que ocorrem após, nos serviços de saúde. Esse dado aponta claramente para a necessidade de integração entre os sistemas de informações do trânsito e da saúde.

Ao analisar os dados da tabela 4, observa-se que mais uma vez capitais da Região Norte apresentam os maiores índices de vítimas fatais e não fatais por 10 mil veículos, dentre elas Porto Velho,

Tabela 4

Distribuição proporcional de internações por lesões e envenenamentos, taxas¹ e concentração de lesões corporais registradas. Capitais do Brasil, 2003.

Áreas	Proporção de internações por lesões, envenenamento e outras causas externas (2005) SIM/MS	Lesões corporais registradas na Polícia Civil (2003) SENASP/MJ		Acidentes de trânsito (2002) Denatran	
		Taxas	Concentração de ocorrências nas capitais	Índice de vítimas não fatais, por 10.000 veículos ²	Índice de vítimas fatais, por 10.000 veículos ²
Brasil	6,88	390,7	25,4%	104,6	6,2
Região Norte		771,9	62,5%	159,2	11,1
Porto Velho/RO	8,70	1.118,5	43,6%	284,2	10,7
Rio Branco/AC	9,73	1.538,8	77,3%	329,9	10,6
Manaus/AM	5,55	720,0	99,0%	161,4	10,3
Boa Vista/RR	7,36	271,9	77,7%	344,6	17,4
Belém/PA	10,94	596,2	47,3%	79,4	4,2
Macapá/AP	6,73	1.264,7	62,6%	-	-
Palmas/TO	17,14	400,2	31,1%	232,8	6,4
Região Nordeste		255,4	42,3%	127,8	18,4
São Luís/MA	8,36	521,3	36,4%	105,1	7,8
Teresina/PI	6,64	383,3	92,2%	138,5	5,4
Fortaleza/CE	10,47	48,3	63,4%	205,2	7,9
Natal/RN	8,82	401,5	45,7%	86,7	2,1
João Pessoa/PB	7,24	363,5	43,8%	63,1	8,5
Recife/PE	6,78	61,5	27,1%	114,3	4,8
Maceió/AL	6,62	181,8	81,6%	77,7	2,6
Aracaju/SE	10,74	252,6	58,3%	1,3	44,8
Salvador/BA	8,72	371,2	34,8%	172,9	9,3
Região Sudeste		354,7	21,0%	87,8	3,4
Belo Horizonte/MG	11,79	249,5	9,6%	156,9	2,1
Vitória/ES	10,77	763,0	26,5%	-	-
Rio de Janeiro/RJ	7,36	392,7	36,3%	-	-
São Paulo/SP	9,53	344,5	19,2%	58,4	2,7
Região Sul		609,8	15,7%	99,5	4,1
Curitiba/PR	10,08	253,5	18,8%	101,4	1,0
Florianópolis/SC	7,74	774,3	9,5%	87,1	2,1
Porto Alegre/RS	8,00	993,4	17,2%	146,9	3,1
Região Centro-Oeste		303,6	17,8%	170,2	8,5
Campo Grande/MS	11,37	143,6	2,2
Cuiabá/MT	6,62	470,1	30,5%	-	-
Goiânia/GO	10,81	325,5	28,1%	183,8	4,8
Brasília/DF	7,58	830,6	13,0%	95,6	2,4

¹ Taxas por 100 mil habitantes

² Os campos de totais das grandes regiões e Brasil não incluem: Amapá, Espírito Santo, Rio de Janeiro e Mato Grosso

(-) Dados não informados

(*) Dados incompletos

Rio Branco, Manaus, Boa Vista e Palmas. Estudo realizado por Duarte *et al.*³⁵ mostrou que esta foi a única região do país que não apresentou inflexão em sua curva de tendência da mortalidade por acidentes de transporte no período de 1991 a 2000. Esses autores não encontraram associação entre óbitos por acidentes de transporte e grau de urbanização dos Estados. Pelo contrário, concluem que Estados brasileiros com menores taxas de pobreza e níveis de alfabetização e maiores taxas de crescimento populacional tendem a ter elevadas taxas de mortes por essa causa, sendo necessário qualificar a que fatores da urbanização os acidentes de transporte estão associados.

A razão entre os dois índices apresentados é maior em Curitiba (101.4 vezes o índice de vítimas não fatais em relação ao índice de vítimas fatais), Belo Horizonte (razão de 74.7) e Campo Grande (65.3). Aracaju, salvo algum engano nos dados informados, é a única capital que apresenta o índice de vítimas fatais maior do que o de vítimas não fatais, levando-a a deter o maior índice de vítimas fatais do país e o menor de vítimas não fatais. É preciso, no entanto, olhar esse dado com ressalva, pois esta capital apresenta baixa taxa de mortalidade pelos dados do SIM.

Buscando-se um paralelo não letal para as mortes por homicídios, efetuou-se uma análise das lesões corporais a partir dos dados da Senasp. Eles informam que, em 2003, foram registradas 618.097 lesões corporais no Brasil, das quais 25,4% estiveram concentradas nas capitais. Esse montante constitui a taxa nacional de 390,7 lesões corporais por 100 mil habitantes, que é quase 10 vezes maior do que a taxa de homicídios observada nesse mesmo ano, a partir dos dados do SIM.

Cerca de metade das capitais brasileiras está abaixo da taxa nacional e outras 14 capitais situam-se acima desse valor. Na Região Norte, exceto Boa Vista, todas as capitais apresentam altas taxas, com valores que são quase quatro vezes maiores que a taxa do Brasil, como é o caso de Rio Branco (Tabela 4). Chama atenção o fato de Brasília e Porto Alegre também possuírem elevadas taxas de lesões corporais. Ao contrário, todas as capitais do Nordeste se encontram abaixo do valor nacional, com destaque para Fortaleza e Recife, que possuem as menores taxas do país.

Ainda na tabela 4 pode ser vista a concentração das lesões corporais nas capitais. Em quatro das sete cidades situadas na Região Norte a maioria desses eventos se concentra na capital. Exemplo disso é o fato de Manaus concentrar 99% das lesões corporais registradas no Estado do Amazonas. Teresina, Fortaleza, Maceió e Aracaju, capitais da

Região Nordeste, também concentram a maioria das lesões corporais registradas em 2003.

Conclusões

O que se percebe, a partir da análise efetuada, é que há permanências e novidades na morbimortalidade por acidentes e violência no Brasil. Permanecem as elevadas taxas de homicídios (crescentes há quase três décadas) e de mortes por acidentes de trânsito. Essas últimas cederam muito pouco e em algumas áreas permanecem ascendentes, mesmo com a implantação, desde 1997, de um novo Código Nacional de Trânsito.

Continua a existir elevada concentração, tanto da mortalidade como da morbidade, na população jovem do sexo masculino. Da mesma forma evidencia-se nos estudos a complexidade desses fenômenos e sua multideterminação.

O que surge de novo no panorama da violência brasileira é que está ocorrendo um processo, uma disseminação dos homicídios para outros municípios das regiões metropolitanas e do interior dos Estados que, na maioria das vezes, está associado ao tráfico de drogas e outras mercadorias ilícitas, mas também se faz presente em áreas de ocupação e desenvolvimento recente.

Em relação aos eventos e cidades estudadas também é necessário realizar alguns destaques. Dados do SIM mostram que o número de internações por acidentes e violências representa 6.2 vezes o número de mortes por essas causas. O número de lesões corporais é 8.3 vezes maior do que o de homicídios e a razão de taxa entre esses eventos é de 9,7. Dados do Denatran apontam para a existência de 17 vezes mais vítimas não fatais em acidentes de trânsito, comparadas às vítimas fatais. Todos demonstram a existência de uma morbidade bem maior que a mortalidade e, por conseguinte, uma violência bem mais ampla do que os próprios dados de morbidade mostram. Isso porque os referidos dados possuem sub-registro e muitos eventos violentos sequer são percebidos como tal pela população e pelos agentes encarregados de notificá-los.

Em relação às cidades, é importante ressaltar que Porto Velho, Macapá, Vitória, Rio de Janeiro e Cuiabá são as capitais com os maiores indicadores de violência intencional – elevadas taxas de homicídios e de lesões corporais. Enquanto isso, Teresina, Fortaleza, João Pessoa, Salvador, Curitiba e Goiânia apresentam os menores índices de violência intencional – baixas taxas de homicídios e de lesões corporais.

Recife se destaca por seu comportamento *sui generis*: elevada taxa de homicídio e baixa taxa de lesões corporais. Isso talvez possa ser explicado pela baixa concentração (27,1%) de registro de ocorrência de lesões corporais nesta capital.

Palmas é a capital onde o trânsito aparece como mais problemático, em função das suas elevadas taxas de mortalidade por acidentes de transporte e de vítimas não fatais por 10 mil veículos. Por outro lado, São Paulo é a capital que, surpreendentemente, possui baixas taxas em relação a esses dois índices.

A necessidade de buscar explicações para compreender a onda de violência que assola as cidades brasileiras mostra que é preciso trabalhar na interseção das teorias da exclusão social, do crime organizado e do quadro institucional e cultural em que a criminalização do uso de drogas se insere no Brasil.

Fatores como o desemprego, a desestruturação familiar, o sentimento de frustração e uma busca desenfreada de padrões sociais apresentados como possíveis em um mundo de consumo se acirram principalmente nos grandes centros urbanos e contribuem para a delinqüência e a violência.

Colaboradores

ER Souza e MLC Lima participaram da concepção, análise e redação do artigo.

Agradecimentos

Agradecemos a Alessandro Henrique da Silva Santos e Thiago de Oliveira Pires, estatísticos que colaboraram na elaboração dos dados.

Referências

1. Souza ER, Minayo MCS. Análise temporal da mortalidade por causas externas no Brasil: décadas de 80 e 90. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadoras. Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 83-107.
2. Ramos S. Criminalidade e resposta brasileira à violência: os "novos mediadores" e o caso do Afro Reggae. Rio de Janeiro: Claves/ENSP/Fiocruz; 2006. Trabalho de final de curso.
3. Barros MDA, Ximenes RAA, Lima MLC. Mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: tendências de 1979 a 1995. Rev Saúde Pública 2001; 35:142-9.
4. Cruz OG. Homicídios no Estado do Rio de Janeiro: análise da distribuição espacial e sua evolução [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1996.
5. Santana FS. Homicídios em Salvador, 1998-2001: efeitos das desigualdades socioeconômicas na mortalidade por violência [dissertação]. Rio de Janeiro: ENSP, Fiocruz; 2004.
6. Minayo MCS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 9-41.

6. Minayo MCS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 9-41.
7. Lima MLC, Ximenes RAA, Souza ER, Luna CF, Albuquerque MFPM. Análise espacial dos determinantes socioeconômicos dos homicídios no Estado de Pernambuco. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:176-81.
8. Bastos FIPM. Ruína & reconstrução: AIDS e drogas injetáveis na cena contemporânea [tese]. Rio de Janeiro: ENSP, Fiocruz; 1995.
9. Baptista M, Minayo MCS, Aquino MTC, Souza ER, Assis SG. Estudo global sobre o mercado ilegal de drogas no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: NEPAD/Claves; 2000. Relatório de pesquisa.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Mortalidade Brasil: 1995. Brasília: Fundação Nacional de Saúde/Centro Nacional de Epidemiologia/Coordenação de Informação Epidemiológica; 1998.
11. Souza ER. Processos, sistemas e métodos de informação em acidentes e violências no âmbito da saúde pública. In: Minayo MCS, Deslandes S.F. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 255-73.
12. Lima MLC, Souza ER, Ximenes RAA, Albuquerque MFPM, Bitoun J, Barros MDA. Evolução de homicídios em Pernambuco: análise por área geográfica, de 1980 a 1998. *Rev Saúde Pública* 2002; 36:462-9.
13. Souza ER, Minayo MCS. Análise da morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos no Brasil em 2000. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadoras. Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 109-29.
14. Souza ER, Lima MLC, Veiga JPC. Violência interpessoal: homicídios e agressões. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 171-203.
15. Njaine K, Reis AC. Qualidade da informação sobre acidentes e violências. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 313-39.
16. Brasil. Departamento Nacional de Trânsito. Anuário estatístico de acidentes de trânsito. (acessado em 15/03/2006). Disponível em: <http://www.denatran.gov.br/acidentes.htm>
17. Brasil. Ministério da Justiça. Sistema Nacional de Estatística de Segurança e Justiça Criminal. Mapa de ocorrência no Brasil 2001-2003 (acessado em 15/03/2006). Disponível em: http://www.mj.gov.br/senasp/estatisticas/estat_ocorrendencia.htm
18. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do SUS. População residente – de 1980 a 2006: Censos 1980, 1991 e 2000, Contagem 1996 e projeções intercensitárias, segundo faixa etária, sexo e situação de domicílio. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?>
19. Szwarcwald CL, Castilho EA. Mortalidade por armas de fogo no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma análise espacial. *Rev Panam Salud Publica (Panam J Public Health)* 1998; 4:161-70.
20. Najar AL. Desigualdades sociais e análise espacial: uma aplicação para o município do Rio de Janeiro utilizando sistemas de informações geográficas [tese]. Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro; 1997.
21. Lima MLC, Ximenes RAA, Feitosa CL, Souza ER, Albuquerque MFPM, Barros MDA et al. Conglomerados de violência em Pernambuco, Brasil. *Rev Panam Salud Publica (Panam J Public Health)* 2005; 18: 122-8.
22. Beato Filho CC. Conglomerados de homicídios e o tráfico de drogas em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, de 1995 a 1999. *Cad Saúde Pública* 2001; 17: 1163-71.
23. Procópio A. O Brasil no mundo das drogas. Petrópolis: Vozes; 1999.
24. Souza ER, Assis SG, Silva CMFP. Violência no município do Rio de Janeiro: áreas de risco e tendências da mortalidade entre adolescentes de 10 a 19 anos. *Rev Panam Salud Publica (Panam J Public Health)* 1997; 1: 389-98.
25. Cano I, Santos N. Violência letal, renda e desigualdade social no Brasil. Rio de Janeiro: 7 Letras; 2001.
26. Cecchetto FR. Violência e estilos de masculinidade. Rio de Janeiro: Ed. FGV; 2004.
27. Pereira CAM. Que homem é esse? O masculino em questão. In: Nolasco S, organizador. A desconstrução do masculino. Rio de Janeiro: Rocco; 1995. p. 53-8.
28. Cecarelli PR. A masculinidade e seus avatares. *Catharsis* 1998; 4:10-1.
29. Cecarelli PR. Delinquência: resposta a um social patológico. *Boletim de Novidades da Livraria Pulsional* 2001; 14:5-13.
30. Morelba JG. Elementos para la construcción de la masculinidad: sexualidad, paternidad, comportamiento y salud reproductiva. In: Briceño-León R, Minayo MCS, Coimbra Jr CEA, coordeadores. Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 361-7.
31. Spink MJP. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:1277-311.
32. Souza ER. Quando viver é o grande risco-aventura. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:1291-2.
33. Souza ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Rev C S Col* 2005; 10: 59-70.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
35. Duarte EC, Schneider MA, Paes-Sousa R, Ramalho WM, Sardinha LMV, Silva Júnior JB, Castillo-Salgado C. Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.

Artigo apresentado em 3/09/2006

Aprovado em 23/03/2006

Versão final apresentada em 23/03/2006