

Onde viver

Histórias das coisas
mais memoráveis
ocorridas no Maranhão
(e no Brasil também)

Leonardo Braga Martins

Historiador e Oficial de Marinha Submarinista





é um risco

Este artigo é sobre avaliação dos níveis de segurança no Brasil. Pública, alimentar, social, do trabalho? Não. É sobre segurança das populações civis, na sua interpretação mais ampla, amparada pela Constituição Federal. Segundo seu artigo 5º “*todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade*”¹. Portanto tudo o que coloca em risco a vida ou a integridade dos cidadãos que residem no país é de interesse para esta análise, sendo necessário então definir a que Brasil me refiro e como é possível mensurar o risco de viver aqui.

1. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 56 de 20 de dezembro de 2007. Disponível em <http://www.senado.gov.br/SF/legislacao/const/con1988/CON1988_20.12.2007/index.htm>

De início volto meus olhares para a Região Norte, nos séculos XVI e XVII.

Diante de uma esparsa presença portuguesa, estes rincões conheceriam animação somente com os franceses. Seus projetos de colonização, embora pouco longevos, dariam origem à cidade de São Luís e a episódios dignos de registro como a viagem de índios tupinambás para a França e a produção de um livro cuja publicação fora frustrada por motivos políticos - mas que veria sua reedição no Brasil em 2009, a partir do único exemplar salvo da destruição.

Sob uma colonização que seguiria periférica aos grandes ciclos econômicos e centros político-culturais do país, esta vasta região que engloba hoje estados do Norte e parte considerável no Nordeste, seguiria um caminho distinto de (sub)desenvolvimento. Tomemos por empréstimo dois parágrafos do livro de 1860 “Memórias para a História do Extinto Estado do Maranhão”, do Padre José de Moraes, como oportuna ilustração:

“O Imperio do Brazil se compõe de duas grandes regiões, bem discriminadas em qualquer carta geographica, que constituirão duas grandes colonias da Monarchia Portugueza. Huma a do Nor-

te ou Amazonica, antigamente denominada – Estado do Maranhão - do primeiro nome do famoso gigante dos rios; outra do sul, denominada Estado do Brazil, sujeitos ambos à Corôa portugueza, mas sob diferentes administrações.

O segundo, precedendo ao primeiro, na descoberta e colonisação, e conseguindo no futuro impôr-lhe seu nome, estendia-se do rio da Prata ao cabo de S. Roque, limite que posteriormente alargou-se, reinando D. João V, até a serra da Ibiapaba. Tinha por chefe do governo um vice-rei; e sendo sua primeira sede a cidade da Bahia, teve por ultimo de ceder o lugar à do Rio de Janeiro.”

As macrorregiões do Sul, Sudeste e parte do Nordeste compuseram na prática um outro país, mais diretamente beneficiado pelas atividades econômicas relacionadas às monoculturas de exportação, à pecuária, à lavra de metais preciosos. Além da economia, temos a transferência para o país da corte portuguesa e mesmo os problemas de fronteira com a América espanhola, como fatores que contribuíram para o estabelecimento de uma maior presença de serviços e equipamentos públicos, além de acesso a emprego e renda, no Sul e no Sudeste. Em-

bora possamos reconhecer a precariedade dos sistemas de saúde e educação estatais nessas regiões e a presença de grandes bolsões de miséria, nada se compara ao que pode ser observado, por assim dizer, no “Grande Maranhão”.

Mas antes de partir para a viagem a este Brasil dividido, precisamos construir uma boa nau, capaz de navegar pelo oceano traiçoeiro de dados pulverizados e análises setoriais que caracterizam o fórum da segurança civil no país neste século XXI. Vamos construí-la com a madeira de certa árvore do conhecimento humano, muitíssimo vocacionada para este fim – a epidemiologia. A epidemiologia estuda “os diferentes fatores que intervêm na difusão e propagação de doenças, sua frequência, seu modo de distribuição, sua evolução e a colocação dos meios necessários a sua prevenção”². De fato, parte das ameaças à população, no âmbito da segurança civil, está relacionada à propagação de doenças. Nesses casos a epidemiologia dialoga intimamente com as ações conduzidas na área, e o termo epidemia, no Brasil, já ganhou o foro público (embora nem sempre seja perfeitamente compreendido).

Duas medidas são primárias em epidemiologia. A *incidência*,

2. HOUAISS, Antônio. Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa. Ver 1.0.5. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002. CD-ROM.

PARTE DAS AMEAÇAS
À POPULAÇÃO,
NO ÂMBITO DA
SEGURANÇA CIVIL,
ESTÁ RELACIONADA
À PROPAGAÇÃO DE
DOENÇAS

como expressão da quantidade de novos casos que surgem de uma doença e a *prevalência*, como a quantidade de pessoas que estão doentes num determinado instante do tempo. Considerando as consequências de uma doença como o aspecto qualitativo do seu dano, podemos afirmar que, quantitativamente, a perda (no âmbito coletivo) é proporcional à prevalência. A expressão desses dois fatores depende do comportamento da doença ao longo do tempo.

De fato, elevadas taxas de incidência não implicam necessariamente altas proporções de prevalência, particularmente quando a duração do problema de saúde em questão é curta. É o que acontece, por exemplo, com algumas doenças infecciosas agudas, cujos pacientes acometidos evoluem para a cura ou o óbito, em um curto espaço de tempo. Assim, mesmo apresentando altos níveis de incidência, particularmente nos períodos epidêmicos, os casos de doenças como dengue ou doença meningocócica só “existem”, ou se mantêm, por pouco tempo.

Em contrapartida, elevadas proporções de prevalência podem se sobrepor a baixos níveis de incidência, quando a duração de uma doença é longa o suficiente. É o caso das doenças crônicas, de natureza degenerativa, como a hipertensão arterial. Ainda que sejam poucos os casos novos que

surgem a cada intervalo do tempo, os pacientes, mesmo evoluindo para o óbito em muitas ocasiões, sobrevivem (ou “existem”) por longos períodos³.

Pois bem, se somarmos às doenças todas as outras mazelas que acometem os brasileiros, como acidentes de carro, ataques com armas de fogo, deslizamentos de terra, incêndios e uso abusivo de drogas, poderemos utilizar as mesmas ferramentas epidemiológicas aplicáveis à saúde pública para avaliarmos os níveis de segurança. O desastre, seja ele de qualquer natureza, passa a ser entendido como uma “doença social”.

Quando uma ameaça se concretiza e faz suas vítimas sem resultar em morte, o dano decorrente pode ser traduzido por um bom número de métodos disponíveis na literatura especializada. Alguns autores procuram representá-lo por números (escalas de sofrimento, algo que repudio por me parecer desumano e impessoal) ou categorias de sofrimento como dificuldade de locomoção, perda da rede familiar, perda da residência e etc. Essa dimensão da segurança, relacionada aos riscos não fatais, será objeto de reflexão futura. Há um bom motivo para

3. MEDRONHO [et al], Roberto de Andrade. *Epidemiologia*, 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009, p.27

isso. Sobre esta categoria de dano, muitíssimo importante e de baixa visibilidade social, não existem estatísticas minimamente aceitáveis. Seria preciso inicialmente padronizar as categorias e a partir de então acumular dados sobre a quantidade de pessoas afetadas, idade, gênero e distribuição espacial para então tomarmos pé da situação. Enquanto isso não é feito, seguimos sem saber quantas pessoas permanecem desabrigadas após enchentes, quantas crianças ficaram órfãs porque perderam seus pais em acidentes de transporte terrestre, ou ainda quantos usuários de crack estão internados. Um enorme substrato de dor, trauma e desespero permanece oculto ao grande público.

Na epidemiologia encontramos para esses danos não fatais o conceito análogo de “morbidade”, termo definido como qualquer afastamento de um estado de bem-estar fisiológico ou psicológico, aferido objetivamente ou referido de forma subjetiva⁴. Um evento mórbido representa, portanto, um estado ou condição distante, em alguma medida, do estado de saúde, caracterizado pela normalidade ou bem-estar orgânico, psíquico ou funcional.

4. LAST, John. Dictionary of Epidemiology, 4^{ed}. New York: Oxford University Press, 2001.

5. MEDRONHO..[et al], Roberto de Andrade. Epidemiologia, 2^{ed}. São Paulo: Editora Atheneu, 2009,p.67.



Conceituar morbidade implica, necessariamente, uma referência ao conceito de saúde⁵.

Quando avaliamos o risco de eventos fatais, fazemos uso dos diversos índices de mortalidade utilizados em saúde pública. Mas antes de prosseguir cabe citar um outro artigo da *Insight-Inteligência*, complementar à discussão: “O óbito não suscita dúvidas de interpretação ou registro, sendo amplamente utilizado como indicador de saúde. Ele não é, contudo, uma consequência danosa de fácil interpretação, como somos levados a crer à primeira vista. A morte faz parte inexoravelmente

do ciclo natural da vida, e não há sistema que possa evitá-la. A questão fundamental, nesse caso, não é “o que”, mas “por que” e “quando”. Num cenário ideal, espera-se que um indivíduo viva a sua vida em plenitude e ela se encerre pela degradação natural e inevitável do seu organismo, considerando o nível de desenvolvimento global da sociedade em que vive (portanto os mecanismos externos que podem ampliar ou abreviar a sua expectativa de vida) e as escolhas individuais que realizou (parcela correspondente ao seu livre arbítrio, exercitado preferencialmente no espaço cir-



ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS (APVP)

Por 1.000 habitantes da população masculina residente nas macrorregiões Sudeste, Sul e Centro Oeste, calculados pelo método MIDeS-C, para o ano de 2007



- Baixa qualidade de dados estatísticos – não avaliado
- De 0 até 90 anos
- De 90 até 110 anos
- De 110 até 130 anos
- Acima de 130 anos

cunscrito aos seus direitos e liberdades legítimos).⁶

Desconsiderando os óbitos atribuíveis a causas contra as quais não é possível lutar, teremos uma taxa de mortalidade por fatores evitáveis. A meta dos setores envolvidos com a defesa e segurança das populações civis seria, num cenário ideal, reduzir essa taxa a zero. Mas havíamos concluído que o dano, em analogia à doença, está ligado à prevalência. Como poderíamos representar a prevalência de um dano de morte?

6. CAVALINI, L. T., MARTINS, L. B. Anatomia do Desastre. Insight Inteligência (Rio de Janeiro), v.48, p.118 - 120, 2010.

Em saúde pública o cômputo de um indivíduo doente no cálculo da prevalência se encerra se o desfecho é o óbito ou a cura. Não poderíamos dizer o mesmo dentro da lógica construída neste artigo. O óbito por causas evitáveis significa a interrupção de um ciclo mais longo, de forma prematura. Algo como se a morte prematura fosse considerada uma doença, e o tempo em que a pessoa está “doente” terminasse no momento em que de fato ela deveria ter morrido (sua expectativa de vida). Na segurança civil, portanto, na prevalência do dano tipo

“morte” (dano fatal) é preciso levar em conta os anos potenciais de vida perdidos (APVP), decorrentes do óbito evitável. O APVP é um indicador presentemente utilizado em epidemiologia, sendo definido do mesmo modo como se propõe no âmbito da segurança: “O indicador anos potenciais de vida perdidos (APVP) é uma medida de mortalidade baseada não só na dimensão da frequência com que os óbitos ocorrem – como são os coeficientes de mortalidade e as medidas de mortalidade proporcional –, mas também na dimensão do tempo que se

*deixou de viver em decorrência de uma morte.*⁷

Diante do desafio de tornar o risco compreensível pelo grande público e assim favorecer o estabelecimento do diálogo claro e franco, colocamo-nos diante de uma questão adicional: como traduzir os indicadores técnicos para as comunidades pobres e outros atores leigos? Taxas de mortalidade ou anos de vida perdidos por 100.000 habitantes não são suficientemente simples para cidadãos que cursaram, por exemplo, o ensino fundamental. Na busca por alternativas mais esclarecedoras, encontramos no acervo da Epidemiologia o risco relativo, ou a razão de riscos (RR).

A razão de riscos é usualmente empregada na comparação entre os riscos de adoecer a que estão sujeitos indivíduos expostos a determinado fator de risco, em comparação aos que não estão expostos. O risco relativo pode ser usado, por exemplo, para dizer quantas vezes é maior o risco de um fumante desenvolver câncer de pulmão, em relação a um não fumante (fator de risco - fumo).

Ora, percebemos que o habitat tem correlação direta com boa parte dos riscos a que o homem está submetido. Viver em uma determinada região não pode, portanto, ser elencado como um

fator de risco? Sim, aparentemente pode. Mas é necessário tecer algumas considerações sobre a escolha da população de “não expostos”, a referência para o risco.

Ao utilizar como “não-expostos” o conjunto das populações vizinhas sob a mesma jurisdição, é possível verificar quais são as áreas menos seguras e privilegiar as ações nessas áreas (para cada área teremos os não expostos como os das outras áreas). A amplitude da análise dependerá da amplitude de ação da esfera de poder (Estado, Município, União). Um município poderá, por exemplo, identificar os bairros mais perigosos, enquanto o Estado terá um retrato dos municípios sob maior risco, comparativamente. Deste modo é possível tomar o risco relativo como critério de intervenção. Num primeiro instante, atuar sobre as regiões que apresentam maior RR. Num segundo instante, em que todos compartilham dos mesmos níveis de segurança, iniciar ações que reduzam o risco em toda área de jurisdição.

Se os “não expostos” são populações da mesma área, em instantes diferentes, é possível avaliar a evolução temporal do nível de segurança de uma área. Poderíamos observar, por exemplo, que o risco de contrair determinada doença na cidade é três vezes maior na década de 80 em relação à década de 30. Períodos mais curtos de tempo permitem

determinar o comportamento do risco ao longo de ciclos menores, como um dia, ou uma semana, identificando associações com fatores sazonais.

Por fim, podemos tomar como “não expostos” populações sob as condições mais seguras, tecnicamente possíveis. Essa linha de ação privilegia as análises de cunho técnico-científico pois permitem a comparação ao longo do espaço e do tempo entre regiões e épocas distintas, utilizando um referencial fixo. Permite ainda determinar a diferença entre a realidade e a situação considerada ideal.

Para proporcionar ao leitor uma breve, mas significativa amostragem dos níveis de segurança da população brasileira, os indicadores propostos foram aplicados na análise de ocorrências fatais que vitimaram a população masculina do Brasil, utilizando bases de dados de caráter público do ano de 2007 (IBGE e DATASUS). Como referência de expectativa de vida foi utilizada a Tábua de Vida da população japonesa em 2006⁸.

A comparação do perfil de

7. MEDRONHO.[et al], Roberto de Andrade. Epidemiologia, 2ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009,p.64.

8. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Statistical Information System (WHOSIS) - Life Tables for WHO Member States. Apresenta tábuas de vida dos países membros da ONU. Disponível em: <http://apps.who.int/whosis/database/life_tables/life_tables.cfm>

mortalidade masculina brasileira com a tábua de vida japonesa implica tentativa de se obter a quantidade de anos de vida perdidos por todas as causas evitáveis e o risco relativo. Esta lógica segue o pressuposto de que a referência adotada conta com os melhores níveis de segurança que uma sociedade é capaz de atingir na atualidade, com os recursos e técnicas disponíveis, e que portanto, dentro do humanamente possível, representa a mortalidade por causas inevitáveis. Cabem duas ressalvas.

Em primeiro lugar é preciso perceber que o fato de um óbito ser tecnicamente evitável não quer dizer que ele seja socialmente evitável. Para reduzir o APVP é necessário mais do que técnica – a sociedade precisa contar com recursos humanos, materiais e uma cultura que viabilizem um estilo de vida mais seguro e saudável, acessível a todo o extrato social.

Em segundo lugar, a escolha da população de referência é uma decisão metodológica do pesquisador que irá aplicá-la. Atualmente a população japonesa é a de maior longevidade no mundo, e por isso foi escolhida como referência. Não há rigidez nessa escolha e podemos substituí-la por uma média entre as tábuas de vida dos países de maior longevidade ou considerar no cálculo apenas os mais seguros de cultura ocidental. Estas estratégias po-

dem minimizar o efeito das peculiaridades culturais e das ameaças regionais no estabelecimento da referência. De qualquer modo, para minimizar a influência de fatores não relacionados à segurança global, é prudente excluir da análise os extremos da faixa etária. Nesse trabalho as idades foram limitadas entre 1 e 75 anos.

O Estado foi o ente federado escolhido, a despeito das limitações advindas dessa linha de ação. De fato, a geografia dos riscos não encontra, necessariamente, suas fronteiras nos limites jurisdicionais. Outros fatores regem a morfologia das ameaças e da vulnerabilidade das populações, incluindo também a forma como se movimentam. Desse modo, identifica-se como melhor estratégia o agrupamento de municípios em regiões que compartilhem características comuns de risco. Os municípios de uma mesma bacia hidrográfica, por exemplo, constituem um agrupamento natural de áreas que tenham como principal desafio de segurança os desastres de origem hídrica. É possível identificar um bom exemplo no Projeto Managé de desenvolvimento sustentável da bacia do Rio Itabapoana. Alguns municípios de Minas Gerais, Rio de Janeiro e Espírito Santo, distribuídos junto aos limites entre esses três estados, estão submetidos a ameaças de inundação relacionadas a uma mesma bacia

O FATO DE UM ÓBITO
SER TECNICAMENTE
EVITÁVEL NÃO QUER
DIZER QUE ELE SEJA
SOCIALMENTE

EVITÁVEL

hidrográfica, embora pertençam a diferentes unidades da Federação⁹. Isoladamente os indicadores de riscos desses três estados poderão ser relativamente mais baixos com as mazelas destes municípios “diluídas”, enquanto um arranjo metodológico diferente permitiria a identificação dessa área como um bolsão de insegurança.

Começando nossa reflexão

9. BARROS, Airton Bodstein de; BARROS, Angela M. Abreu de. Proposta de Gestão de Recursos Hídricos em Nível Municipal ou Consorciado, Integrado ao Plano Estadual e Federal, conforme previsto na Lei 9.433 de 8 de janeiro de 1997. Revista da Administração Pública, Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, Vol. 34, p. 121-132, Mar/Abr. 2000

pelos herdeiros da primeira colônia, o “Grande Maranhão”, analisemos os atuais estados modernos do Norte e Nordeste, o que inclui mesmo aqueles que no passado compuseram províncias mais ricas e centrais, como Pernambuco e Bahia. Para efetuarmos o cálculo dos anos potenciais de vida perdidos e do risco relativo são necessários dados confiáveis de nascimento e óbito. Os indicadores de qualidade desses índices são os níveis de sub-registro. Eles representam essencialmente as divergências entre o registro civil e as estimativas para uma determinada região.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sub-registros de nascimento superiores a 10% são considerados deficitários para o cálculo direto de indicadores demográficos¹⁰. Dada a sensibilidade análoga da informação de óbito, iremos considerar esse mesmo patamar como limite para o sub-registro de óbito. Pois bem, para as regiões Norte e Nordeste os níveis de sub-registro de nascimento para 2007 são respectivamente 18,1% e 21,9%, e os de óbito escan-

10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estatísticas do Registro Civil, v.34, 2007.



ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS (APVP)

Por 1.000 habitantes e Risco Relativo (RR) da população masculina na macrorregião Centro-Oeste, calculados pelo método MIDeS-C, para o ano de 2007, por estado e faixa etária.

Estado	Distrito Federal	Góias	Mato Grosso	Mato Grosso do Sul
Faixa Etária	RR	RR	RR	RR
1 a 4 anos	251%	220%	311%	386%
5 a 14 anos	255%	305%	417%	321%
15 a 24 anos	475%	445%	415%	471%
25 a 34 anos	335%	370%	390%	379%
35 a 44 anos	248%	279%	292%	314%
45 a 54 anos	178%	204%	202%	218%
55 a 64 anos	154%	174%	164%	195%
65 a 74 anos	158%	155%	165%	162%
	APVP por 1.000 hab:			
	78,06	88,84	91,34	102,26

dalosos 27,8% e 29,5%¹¹. Embora o início do século XXI tenha presenciado índices que chegavam a superar 40%¹², a redução ainda não foi suficiente para garantir a qualidade necessária. Nestas duas regiões habitam 35,9% da população-alvo desta análise, mas infelizmente os dados não permitem a aplicação do método proposto.

Alguns “campeões de sub-registro” merecem destaque, como

11. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATA-SUS. Apresenta bioestatísticas sobre a população brasileira. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>.

12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estatísticas do Registro Civil, v.34, 2007.

Roraima (40,1%) e o Piauí (33,5%) quando falamos dos nascimentos e Maranhão (54,2%) e Piauí (39,0%) no que tange à mortalidade¹³. Há, portanto, uma legião de “brasileiros fantasma” vagando por lá, algo ainda mais fantástico do que qualquer relato do século XVII sobre a França Equinocial. Para resgatar esses povos desaparecidos, propõe-se uma emenda constitucional que inclua, em pé de igualdade com o direito à vida e à incolumidade, o direito de ser estatística. Como avançada socie-

13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estatísticas do Registro Civil, v.34, 2007.

dade que seremos ao abraçar essa iniciativa, poderemos dar início a campanhas internacionais para incluí-lo também na Declaração Universal dos Direitos Humanos. Antes de querer segurança, saúde, educação e liberdade, é mandatário que, pelo menos, todo o brasileiro tenha a sua existência conhecida, por mais miserável que ela seja.

A segunda parcela do país, inspirada no “Estado do Brazil”, teria sua composição aproximada equivalente aos estados do Sul e Sudeste, acrescidos da Região Centro-Oeste (esta sob ligeira concessão, pois ultrapassou em

ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS (APVP)

Por 1.000 habitantes e Risco Relativo (RR) da população masculina na macrorregião Sul, calculados pelo método MIDeS-C, para o ano de 2007, por estado e faixa etária

Estado	Santa Catarina	Rio Grande do Sul	Paraná
Faixa Etária	RR	RR	RR
1 a 4 anos	162%	195%	192%
5 a 14 anos	279%	274%	322%
15 a 24 anos	368%	358%	506%
25 a 34 anos	287%	320%	371%
35 a 44 anos	258%	281%	283%
45 a 54 anos	193%	208%	206%
55 a 64 anos	177%	188%	187%
65 a 74 anos	169%	186%	178%
	APVP por 1.000 hab:	APVP por 1.000 hab:	APVP por 1.000 hab:
	79,49	93,01	100,06

ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS (APVP)

Por 1.000 habitantes e Risco Relativo (RR) da população masculina na macrorregião Sudeste, calculados pelo método MIDeS-C, para o ano de 2007, por estado e faixa etária

Estado	São Paulo	Minas	Espírito Santo	Rio de Janeiro
Faixa Etária	RR	RR	RR	RR
1 a 4 anos	186%	199%	260%	192%
5 a 14 anos	262%	296%	423%	325%
15 a 24 anos	325%	388%	641%	703%
25 a 34 anos	292%	346%	491%	467%
35 a 44 anos	278%	318%	346%	339%
45 a 54 anos	219%	217%	225%	261%
55 a 64 anos	189%	170%	173%	220%
65 a 74 anos	174%	149%	154%	198%
	APVP por 1.000 hab:			
	85,50	89,20	120,86	140,32

PARA CADA
SETE CARIOCAS/
FLUMINENSES QUE
EXPERIMENTASSEM
CONDIÇÕES DE VIDA
SIMILARES ÀS DO
JAPÃO, UM ANO DE
VIDA SERIA
SALVO

0,6% o nível de sub-registro considerado limite – 10%). Juntas, essas macrorregiões abrigam quase 2/3 da população-alvo (64,1% para ser mais preciso)¹⁴. Esse Brasil conta com dados de qualidade aceitável, que podem subsidiar uma boa mensuração dos níveis de segurança utilizando o método proposto, denominado MIDeS-C¹⁵. O resultado consta do mapa e das tabelas 1, 2 e 3.

Na análise de APVP, o Estado do Rio de Janeiro foi considerado o mais perigoso, tendo obtido um total de 140,32 anos potenciais de vida perdidos para cada 1.000 habitantes. Isto significa que, aproximadamente, para cada sete cariocas/fluminenses que experimentassem condições de vida similares às do Japão, um ano de vida seria salvo. Na avaliação de risco relativo foi identificada como população mais afetada os homens do Rio de Janeiro, com idade entre 15 e 24 anos – apresentaram risco de morrer correspondente a 703% do observado entre os japoneses da mesma faixa etária.

Os riscos projetados para

14. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Apresenta bioestatísticas sobre a população brasileira. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>.

15. Sigla correspondente à Metodologia de Indicadores de Defesa e Segurança – Modalidade Civil. O método foi desenvolvido pelo autor em parceria com a Dra Luciana Tricai Cavalini, epidemiologista.

2007, a partir dos dados de 2006, apontavam para um APVP de 143,58 anos potenciais de vida perdidos e um risco relativo para faixa de 15 a 24 anos de 696%, resultados que, como foi possível constatar, ficaram muito próximos da lamentável realidade aferida. A situação dos demais estados da Federação não é muito melhor, o que desnuda em dois indicadores o somatório das ineficiências brasileiras no que tange à proteção da vida, incluídas não só as questões relacionadas à estrutura do Estado e à sua capacidade de prover saúde e segurança pública, como também à forma como ocupamos o espaço, como tratamos uns aos outros e como votamos. É, portanto sinal inequívoco da nossa incompetência coletiva.

Pensei em concluir falando da minha esperança em iniciativas como a Lei Seca, o combate à violência urbana, os programas de renda mínima e outras ações nessa direção; falando também da minha fé de que o sub-registro das regiões Norte e Nordeste continue caindo até permitirem a aplicação do método. Mas os três dígitos – 703 (%) – ressonam desconfortavelmente neste texto. Vou deixá-lo assim, inacabado, tal como a vítima de uma morte evitável.

bragamartins@gmail.com

O articulista é mestre em Defesa e Segurança Civil pela UFF e Imediato do submarino Tapajó