

Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) – Brasil, 2006

Epidemiological Profile of Violence Patients of Emergency Help Services in the Injury Surveillance System Network in Sentinel Services (VIVA) – Brazil, 2006

Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas

Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília-DF. Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI, Brasil

Marta Maria Alves da Silva

Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília-DF. Universidade Federal de Goiás, Goiânia-GO, Brasil

Deborah Carvalho Malta

Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília-DF. Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte-MG, Brasil

Lenildo de Moura

Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília-DF, Brasil

Eduardo Marques Macário

Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília-DF, Brasil

Vilma Pinheiro Gawryszewski

Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília-DF. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo-SP, Brasil

Otaliba Libânio de Moraes Neto

Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília-DF. Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás, Goiânia-GO, Brasil

Resumo

A violência vem sendo considerada uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo. Em 2006, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) para caracterizar os atendimentos de emergência por violências e acidentes, que também incluem as lesões de menor gravidade, não implicadoras de mortes ou internações. Este estudo tem por objetivo descrever as características dos casos de violência notificados pelos serviços públicos de emergência do Brasil em 2006. Registraram-se 4.854 atendimentos por violência, classificados como agressões (87,0%), tentativas de suicídio (8,7%) e maus-tratos (4,3%). O perfil da vítima consiste, principalmente, em pessoa do sexo masculino, jovem (20-29 anos), negra e com baixo nível de escolaridade. Estes resultados revelam o perfil da violência e permitem direcionar o planejamento de políticas públicas voltadas à prevenção de agravos e promoção da saúde.

Palavras-chave: violência; causas externas; vigilância; epidemiologia.

Summary

Violence is one of the leading causes of morbidity and mortality all over the world. In 2006, the Brazilian Ministry of Health established an injury surveillance system network in sentinel services (VIVA) to describe data on injuries victims treated at emergency departments, including minor injuries which do not imply deaths and hospitalization. This paper aims to describe the characteristics of violence-related cases reported by public emergency departments in Brazil, in 2006. A total of 4,854 violence-related cases were registered, as well assaults (87.0%), suicide attempts (8.7%), and maltreatment (4.3%). The victim's profile consists mainly by persons of male gender, youths (20-29 years old), blacks and referring low educational level. These results show the profile of violence, and may guide public policy planning for prevention and health promotion.

Key words: violence; external causes; surveillance; epidemiology.

Endereço para correspondência:

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, Bloco G, 1º andar, Sala 142, Brasília-DF, Brasil. CEP: 70058-900
E-mail: marcio.mascarenhas@saude.gov.br; mdm.mascarenhas@gmail.com

Introdução

A violência é um fenômeno que sempre fez parte da experiência humana. Nos últimos anos, contudo, vem-se destacando entre as principais causas de morbimortalidade em todo o mundo. Embora apresente concepção complexa, pode-se definir a violência como “o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em lesão, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação.”¹ Estima-se que, a cada ano, as causas violentas sejam responsáveis por mais de um milhão de mortes no mundo, em sua maior parte pessoas de 15 a 44 anos de idade e, mais freqüentemente, homens.^{2,3} No ano 2000, do total de mortes por causas violentas no mundo, 49,1% foram suicídios, 31,3% foram homicídios e 18,6% estiveram relacionadas a guerras. Mais de 90% dessas mortes ocorreram em países de baixa renda, com predominância dos homicídios.¹

Na abordagem da violência pela Saúde Pública, é fundamental levantar o maior número possível de conhecimentos básicos de todos seus aspectos e unir, sistematicamente, dados sobre sua extensão, características e conseqüências em nível local, nacional e internacional.¹ Atualmente, vários estudos⁴⁻⁷ vem sendo desenvolvidos no intuito de caracterizar os eventos violentos e dimensionar seu impacto na vida das pessoas. Levantamento realizado por Schraiber e colaboradores⁸ demonstra que a produção brasileira sobre violência e saúde no período de 1980 a 2005 segue a tendência internacional, a qual dá continuidade aos estudos pioneiros sobre o tema, pautados no tratamento de dados de mortalidade por causas externas, caracterização da magnitude e importância dessas causas de morte em relação às demais, para logo evoluir no sentido da sistematização do entendimento da violência enquanto processo de causas múltiplas que se diferenciam e se articulam.

No Brasil, o monitoramento da violência para fins de vigilância epidemiológica é realizado por meio da análise dos dados da declaração de óbito (DO) e da autorização de internação em hospitais públicos – ou autorização de internação hospitalar (AIH) –, fornecidos, respectivamente, pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS).

Ambos os registros são gerenciados pelo Ministério da Saúde e constituem importante ferramenta para o conhecimento da carga da violência no país.^{9,10} Em 2005, as causas externas (acidentes e violências) ocuparam o terceiro lugar entre as causas de morte, totalizando 127.633 óbitos. Destes, os homicídios (37,3%) e suicídios (6,7%) apresentaram taxa anual de mortalidade de 25,8/100.000 e 4,6/100.000, respectivamente. No mesmo ano, ocorreram 788.701 internações por causas externas em hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de sua menor proporção participativa no total de hospitalizações, os homicídios (6%) e os suicídios (1,2%) apresentaram taxas anuais de hospitalização próximas às observadas entre os óbitos por essas causas, atingindo valores de 25,9/100.000 e 5,4/100.000 respectivamente.¹⁰

Frente às limitações deste estudo, inerentes ao fato de o SIM e o SIH/SUS descreverem apenas as características dos casos violentos cujo desfecho tenha sido o óbito ou a internação, segundo cada um, o Ministério da Saúde implantou, em 2006, o Sistema de Serviços Sentinela de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) com a finalidade de viabilizar a obtenção de dados e a divulgação de informações sobre os eventos violentos não fatais e suas vítimas nos diversos segmentos populacionais e cursos da vida: crianças, adolescentes, mulheres, idosos, deficientes físicos e trabalhadores.^{11,12} O VIVA estrutura-se em dois componentes: 1) vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares; e 2) vigilância das violências sexual, doméstica e/ou outras violências interpessoais. Detalhes sobre a organização e operacionalização de cada componente encontram-se em publicação específica.¹³

A importância e a necessidade de se obter dados sobre os eventos violentos que, embora não fatais, são responsáveis por grande demanda aos atendimentos prestados pelos serviços de urgência e emergência, motivou o presente trabalho, cujo objetivo é descrever as características dos casos de violência notificados pelos serviços de emergência do Sistema VIVA no Brasil, em 2006, segundo aspectos demográficos e circunstanciais.

Metodologia

Realizou-se estudo descritivo, de corte transversal, em 65 unidades de emergência credenciadas ao SUS,

identificadas como serviços sentinelas do Sistema VIVA distribuídos em 34 Municípios e no Distrito Federal, que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: elevados coeficientes de morbimortalidade por causas externas; capacidade técnica; rede de referência para atendimento às vítimas de violências e acidentes; e experiências em curso na área de prevenção desses agravos.^{12,13}

Na amostragem de conveniência adotada, foram incluídas todas as vítimas de violência atendidas pelos serviços sentinelas em plantões alternados de 12 horas, durante 30 dias consecutivos, entre os meses de setembro e novembro de 2006. A escolha desse período, considerado típico – sem longos feriados ou férias –, atendeu à preocupação de evitar a interferência da sazonalidade das causas externas. Foram obtidas informações da pessoa atendida (escolaridade; idade; meio de locomoção utilizado para chegar ao hospital; raça/cor da pele; e sexo), evento notificado (hora e local da ocorrência; e suspeita de uso de álcool), parte do corpo atingida, evolução do caso e provável agressor (relação com a vítima; e sexo). Os eventos violentos foram classificados como: agressões (tentativas de homicídio ou lesões infligidas por outras pessoas, empregando qualquer meio, com a intenção de lesar, ferir ou matar); tentativas de suicídio (lesões ou envenenamentos auto-infligidos intencionalmente); e maus-tratos (abuso sexual, crueldade mental, sevícias físicas, tortura, negligência, abandono).

Os critérios de inclusão no estudo foram: elevados coeficientes de morbimortalidade por causas externas; rede de referência para atendimento às vítimas; e experiência em curso na prevenção de violências e acidentes.

A análise dos dados compreendeu o estudo da distribuição de percentuais e razão entre sexos – masculino/feminino (M:F) – segundo as características dos casos de violência. Os dados foram tabulados e processados pelo programa Epi Info, versão 3.4.1. Os registros duplicados (n=759; 1,6%) foram identificados e excluídos com o auxílio do programa Link Plus.

Neste trabalho, observaram-se apenas os registros de atendimentos de emergência por causas violentas, com o cuidado de excluir os casos de intencionalidade não informada.

Considerações éticas

Garantiu-se total anonimato e privacidade aos pacientes, profissionais e gestores dos serviços onde a pesquisa foi realizada, assim como a liberdade para desistir de participar da entrevista em qualquer momento, sem prejuízo de qualquer natureza para si ou familiares, segundo as recomendações da Resolução Nº 196/1996. Por se tratar de pesquisa com abrangência nacional e por ser uma atribuição da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) implantar a vigilância de acidentes e violência em todas as esferas do SUS, a assinatura do 'Termo de Consentimento Livre e Esclarecido' foi substituída pelo consentimento verbal do paciente ou responsável. O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Conep – do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, em razão da inexistência de um comitê de ética em pesquisa no interior da SVS/MS, área técnica responsável pelo desenvolvimento do estudo.

Resultados

De um total de 46.795 atendimentos de emergência por causas externas, 4.854 (10,4%) foram devidos à violência; destes, 3.535 (72,8%) para pessoas do sexo masculino e 1.319 (27,2%) para pessoas do sexo feminino (razão M:F=2,7). As maiores proporções de atendimentos foram observadas nas faixas etárias de 20 a 29 anos (35,1%), 30 a 39 anos (21,5%) e 10 a 19 anos (19,8%). A maior razão M:F (4,8) foi observada entre pessoas com idade a partir de 60 anos; e a menor (1,6), entre as crianças de 0 a 9 anos de idade. Com relação à raça/cor da pele, os pardos representaram 52,9%, acompanhados de brancos (26,2%) e pretos (16,8%), enquanto amarelos (1,1%) e indígenas (0,3%) corresponderam às menores proporções no total de atendimentos. Homens de cor preta e indígenas foram vítimas de violência em frequência três vezes superior à observada para as mulheres dessas categorias (Tabela 1).

A maior parte dos pacientes (41,3%) informou ter concluído 5 a 8 anos de estudo (Ensino Fundamental),

Tabela 1 - Características da população atendida devido a emergência por violência em Municípios selecionados e no Distrito Federal, segundo sexo da vítima. Brasil, 2006

Características	Masculino (M)		Feminino (F)		Total		Razão M:F
	n	%	n	%	n	%	
Faixa etária (anos)							
0-9	140	4,0	87	6,6	227	4,7	1,6
10-19	685	19,4	278	21,1	963	19,8	2,5
20-29	1.275	36,1	427	32,4	1.702	35,1	3,0
30-39	749	21,2	294	22,3	1.043	21,5	2,5
40-49	406	11,5	158	12,0	564	11,6	2,6
50-59	152	4,3	48	3,6	200	4,1	3,2
≥ 60	106	3,0	22	1,7	128	2,6	4,8
Sem informação	22	0,6	5	0,4	27	0,6	–
Raça/cor da pele							
Parda	1.900	53,7	668	50,6	2.568	52,9	2,8
Branca	856	24,2	415	31,5	1.271	26,2	2,1
Preta	629	17,8	187	14,2	816	16,8	3,4
Amarela	37	1,0	18	1,4	55	1,1	2,0
Indígena	10	0,3	3	0,2	13	0,3	3,3
Sem informação	103	2,9	28	2,1	131	2,7	–
Escolaridade (anos de estudo)							
Nenhum	212	6,0	49	3,7	261	5,4	4,3
1-4	738	20,9	250	19,0	988	20,4	2,9
5-8	1.432	40,5	572	43,4	2.004	41,3	2,5
9-11	496	14,0	217	16,5	713	14,7	2,3
12 e mais	40	1,1	20	1,5	60	1,2	2,0
Não se aplica	76	2,1	46	3,5	122	2,5	–
Sem informação	541	15,3	165	12,5	706	14,5	–
Meio de locomoção para chegar ao hospital							
Veículo particular	848	24,0	376	28,5	1.224	25,2	2,2
SAMU/192 ^a	751	21,2	215	16,3	966	19,9	3,5
Ambulância ^b	676	19,1	179	13,6	855	17,6	3,8
Viatura da polícia	378	10,7	151	11,4	529	10,9	2,5
Coletivo	316	8,9	182	13,8	498	10,3	1,7
Outro	257	7,3	79	6,0	336	6,9	3,2
A pé	172	4,9	85	6,4	257	5,3	2,0
Sem informação	137	3,9	52	3,9	189	3,9	–
Hora da ocorrência (turno)							
00:00 - 05:59 (madrugada)	767	21,7	213	16,1	980	20,2	3,6
06:00 - 11:59 (manhã)	436	12,3	205	15,5	641	13,2	2,1
12:00 - 17:59 (tarde)	782	22,1	329	24,9	1.111	22,9	2,4
18:00 - 23:59 (noite)	1.348	38,1	492	37,3	1.840	37,9	2,7
Sem informação	202	5,7	80	6,1	282	5,8	–

(continua)

(continuação)

Tabela 1 - Características da população atendida devido à emergência por violência em Municípios selecionados e no Distrito Federal, segundo sexo da vítima. Brasil, 2006

Características	Masculino (M)		Feminino (F)		Total		Razão M:F
	n	%	n	%	n	%	
Local de ocorrência							
Via pública	1.590	45,0	288	21,8	1.878	38,7	5,5
Residência	726	20,5	750	56,9	1.476	30,4	0,9
Bar ou similar	556	15,7	100	7,6	656	13,5	5,6
Escola	84	2,4	45	3,4	129	2,7	1,9
Trabalho	98	2,8	11	0,8	109	2,2	8,9
Local de esporte	60	1,7	4	0,3	64	1,3	15,0
Outros	251	7,1	75	5,7	326	6,7	3,3
Sem informação	170	4,8	46	3,5	216	4,4	–
Suspeita de ingestão de bebida alcoólica							
Sim	1.536	43,5	328	24,9	1.864	38,4	4,7
Não	1.638	46,3	862	65,4	2.500	51,5	1,9
Sem informação	361	10,2	129	9,8	490	10,1	–
Local da lesão^c							
Cabeça-face	1.686	47,7	554	42,0	2.240	46,1	3,0
Membros superiores	1.043	29,5	405	30,7	1.448	29,8	2,6
Tórax-dorso	673	19,0	149	11,3	822	16,9	4,5
Membros inferiores	562	15,9	189	14,3	751	15,5	3,0
Abdome-quadril	398	11,3	122	9,2	520	10,7	3,3
Boca-dentes	209	5,9	76	5,8	285	5,9	2,7
Pescoço	196	5,5	85	6,4	281	5,8	2,3
Coluna/medula	91	2,6	34	2,6	125	2,6	2,7
Outros	128	3,6	111	8,4	239	4,9	1,1
Evolução							
Alta	1.701	48,1	739	56,0	2.440	50,3	2,3
Internação	1.174	33,2	329	24,9	1.503	31,0	3,6
Ambulatório	387	10,9	173	13,1	560	11,5	2,2
Óbito	80	2,3	9	0,7	89	1,8	8,9
Evasão	52	1,5	20	1,5	72	1,5	2,6
Sem informação	141	4,0	49	3,7	190	3,9	–
TOTAL	3.535	100,0	1.319	100,0	4.854	100,0	2,7

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA).

a) Unidades de resgate e atendimento pré-hospitalar do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/192)

b) Ambulâncias de outros serviços, como clínicas, hospitais ou seguradoras de saúde.

c) Não corresponde a 100%, pois era permitido o preenchimento de mais de uma alternativa.

enquanto 14,7% concluíram 9 a 11 anos de estudo (Ensino Médio). Ainda sobre a escolaridade, as menores proporções de atendidos representaram pessoas sem escolaridade (5,4%) ou que cursaram o ensino

superior (1,2%). A maior razão M:F (4,3) foi percebida entre analfabetos, enquanto a menor razão M:F (2,0), nas vítimas com maior nível de escolaridade. Os meios de locomoção mais utilizados para se chegar

à unidade de urgência e emergência foram o veículo particular (25,2%), seguido de unidade do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/192) (19,9%), outros tipos de ambulância (17,6%) e viaturas policiais (10,9%). O transporte de homens em ambulância foi quase quatro vezes superior (razão M:F=3,8) em relação ao de mulheres (Tabela 1).

Observou-se maior ocorrência de eventos violentos durante a noite (37,9%) e menor ocorrência pela manhã. Na madrugada, a ocorrência de violência entre homens foi cerca de quatro vezes superior à observada em mulheres (razão M:F=3,6), enquanto no período da manhã, foram registrados dois casos de violência entre homens para cada ocorrência entre mulheres (razão M:F=2,1). Segundo o local de ocorrência, 38,7% dos eventos violentos aconteceram em via pública (ruas, rodovias, calçadas, passeios, praças) e 30,4% no ambiente domiciliar. Outros cenários de ocorrência de eventos violentos incluíram bar (13,5%), escola (2,7%), local de trabalho (2,2%) e área de prática de esporte (1,3%), nos quais, à exceção das escolas, a razão M:F variou de 5,5 a 15,0. Suspeita de uso de bebida alcoólica foi verificada em 38,4% de todos os atendimentos, principalmente de homens (razão M:F=4,7).

As regiões do corpo mais freqüentemente atingidas foram a cabeça-face (46,1%), membros superiores (29,8%) e tórax-dorso (16,9%). Para esta parte do corpo, verificou-se a maior razão M:F (4,5). Quanto à evolução dos casos após o atendimento de emergência inicial, 50,3% receberam alta, 31% foram internados e 11,5% encaminhados para acompanhamento ambulatorial. O percentual de óbitos foi de 1,8% (Tabela 1).

Segundo o tipo de violência, predominaram as agressões (87%), seguidas dos eventos auto-infligidos (8,7%) e maus-tratos (4,3%). Para as agressões, a razão M:F foi igual a 3,4, invertendo-se a tendência nos casos de tentativa de suicídio (razão M:F=0,8) e maus-tratos (razão M:F=0,5). Entre as agressões, as que envolviam uso de força física ou espancamento foram as mais freqüentes (55,5%), responsáveis por mais da metade dos registros desse tipo de violência em ambos os sexos, seguidas do uso de objetos perfurocortantes (28,1%) e armas de fogo (15,1%). Todas as formas de agressão predominaram no sexo masculino, marcadamente quando o instrumento usado foi a arma de fogo (razão M:F=13,5) (Tabela 2).

No que concerne aos meios usados na tentativa de suicídio, destacou-se o envenenamento (68,4%), seguido de enforcamento (3,1%) e arma de fogo (2,4%). O uso intencional de substâncias tóxicas foi superior entre as mulheres (razão M:F=0,5), enquanto enforcamento (razão M:F=5,5) e eventos envolvendo arma de fogo (razão M:F=4,0) predominaram nos homens (Tabela 2).

Com relação aos maus-tratos, prevaleceram as vítimas de violência física (49,5%) e de negligência-abandono (32,9%). Entre os homens, o tipo mais freqüente foi a negligência-abandono (45,8%), enquanto a violência física (53,6%) destacou-se entre as mulheres. Elas também foram as vítimas mais comuns nos casos de maus-tratos, independentemente do tipo de violência praticado (razão M:F=0,5) (Tabela 2).

Quando se tratava de violência (agressões e maus-tratos) contra a mulher, o agressor era, na maior parte das vezes, um familiar (38,1%), seguido de indivíduo conhecido (31,1%) e desconhecido (18,3%). Quando a vítima era do sexo masculino, predominavam os desconhecidos (41,4%), seguidos dos conhecidos (33,6%) e familiares (10,2%). A maior razão M:F (7,0) foi observada entre os agressores desconhecidos; e a menor (0,8), entre os familiares. Independentemente do sexo da vítima, o agressor era, majoritariamente, indivíduo do sexo masculino (72%) (Tabela 2).

Discussão

A abordagem da Saúde Pública direcionada ao problema da violência está baseada em quatro etapas: 1) conhecimentos básicos sobre a violência (extensão, características, conseqüências); 2) causas e fatores que aumentam ou diminuem o risco de violência; 3) proposição de formas de prevenção da violência (planejamento, monitoramento, avaliação); e 4) disseminação de intervenções promissoras e informações sobre custo e eficácia dos programas implantados.¹ A vigilância epidemiológica de violências constitui atividade relevante para a sociedade, pois, além de permitir o monitoramento e a análise de possíveis mudanças no perfil desses agravos, contribui para a educação da população e o planejamento de ações intersetoriais de prevenção.^{2,14}

No Brasil, a abordagem da violência pela Saúde Pública encontra-se nas etapas iniciais, buscando obter

Tabela 2 - Características dos tipos de violência e do agressor entre os atendimentos de emergência prestados em Municípios selecionados e no Distrito Federal, segundo sexo da vítima. Brasil, 2006

Características	Masculino (M)		Feminino (F)		Total		Razão M:F
	n	%	n	%	n	%	
Tipos de violência							
Agressão (tentativa de homicídio)							
Física-espantamento	1.649	50,4	694	73,2	2.343	55,5	2,4
Objeto perfurocortante	985	30,1	201	21,2	1.186	28,1	4,9
Arma de fogo	595	18,2	44	4,6	639	15,1	13,5
Outro	286	8,7	91	9,6	377	8,9	3,1
Subtotal^a	3.275	-	948	-	4.223	-	3,4
Tentativa de suicídio							
Envenenamento	92	48,9	196	84,1	288	68,4	0,5
Enforcamento	11	5,9	2	0,9	13	3,1	5,5
Arma de fogo	8	4,3	2	0,9	10	2,4	4,0
Outro	65	34,6	26	11,2	91	21,6	2,5
Sem informação	12	6,4	7	3,0	19	4,5	-
Subtotal	188	100,0	233	100,0	421	100,0	0,8
Maus tratos							
Violência física	30	41,7	74	53,6	104	49,5	0,4
Negligência-abandono	33	45,8	36	26,1	69	32,9	0,9
Violência psicológica	7	9,7	41	29,7	48	22,9	0,2
Violência sexual	0	0,0	14	10,1	14	6,7	0,0
Outro	2	2,8	3	2,2	5	2,4	0,7
Subtotal^a	72	-	138	-	210	-	0,5
Agressor^b							
Relação com a vítima							
Desconhecido	1.387	41,4	199	18,3	1.586	35,8	7,0
Conhecido	1126	33,6	338	31,1	1.464	33,0	3,3
Familiar	340	10,2	414	38,1	754	17,0	0,8
Sem informação	494	14,8	135	12,4	629	14,2	-
Sexo							
Masculino	2.489	74,4	702	64,6	3.191	72,0	3,5
Feminino	204	6,1	211	19,4	415	9,4	0,9
Ambos	81	2,4	23	2,1	104	2,3	3,5
Sem informação	573	17,1	150	13,8	723	16,3	-
Subtotal	3.347	100,0	1.086	100,0	4.433	100,0	3,1

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA).

a) Não corresponde a 100%, pois era permitido o preenchimento de mais de uma alternativa.

b) Os dados referem-se, exclusivamente, aos casos de agressões e maus tratos.

maior conhecimento das características e causas da violência, bem como a identificação de seus fatores de risco. Todavia, muitas dessas informações continuam inacessíveis para gestores e tomadores de decisão, seja

pelo atual modelo de vigilância, seja pela intrincada rede de fatores que favorecem o silêncio acerca da temática violência, principalmente quando as vítimas são mulheres, crianças e idosos.

De maneira geral, os homens representaram a maior proporção de vítimas de violência atendidas nas unidades de urgência e emergência pesquisadas. Em 2005, foram registrados 47.578 homicídios no Brasil, dos quais 92% ocorreram em homens, resultando em uma taxa de mortalidade de 48,2/100.000 homens, valor 12 vezes maior que o da taxa observada entre mulheres (4,1/100.000).¹⁰ O fato de os homens constituírem a maior parcela de vítimas de agressão talvez possa ser justificado pelos padrões sócio-culturais cristalizados na noção de gênero, que os expõem a situações ou comportamentos de risco para a violência. Souza¹⁵ relaciona a maior ocorrência de agressões entre os homens a um dos grandes símbolos de masculinidade no mundo atual: as armas, como materialização do poder de submissão do outro a seus desejos e interesses e do poder de vida ou morte, por meio de objetos introduzidos desde cedo na vida do menino, na forma de brinquedos, para constituir seu universo masculino.

O impacto da violência no sexo feminino foi demonstrado nos atendimentos por tentativa de suicídio e maus-tratos. Nestes casos, evidencia-se a violência de gênero, cuja natureza e padrões se diferenciam de outras violências interpessoais,¹⁶ responsável por tornar a mulher ainda mais vulnerável ao desenvolvimento de problemas físicos (principalmente quando se trata de violência física ou sexual), familiares e sociais resultantes da permanente situação de estresse e da falta de esperança em mudar sua condição de vítima.¹⁷ Dados do Ministério da Saúde¹⁰ apontam para uma maior participação de homens no número de óbitos e internações por tentativa de suicídio; porém, os atendimentos de emergência por lesões auto-infligidas apresentados neste estudo foram mais frequentes entre as mulheres, achado semelhante ao de estudos conduzidos para descrever o perfil dos atendimentos de urgência por tentativas de suicídio em algumas regiões do Brasil.^{18,19} Portanto, as tentativas de suicídio captadas pelo SIH/SUS e SIM referem-se aos eventos de maior gravidade, geralmente em homens, embora parcela considerável das lesões autoprovocadas seja por mulheres.

Quanto à faixa etária, adolescentes e adultos jovens têm sido frequentemente identificados como as principais vítimas da violência,^{10,20} o que pode ser explicado por fatores como inexperiência, busca de emoções, prazer em experimentar situações de risco,

impulsividade e abuso de substâncias psicoativas.^{21,22} Crianças menores de 10 anos de idade representaram uma parcela importante entre as vítimas da violência, evidência de sua vulnerabilidade aos maus-tratos. No estudo sobre o perfil da violência contra crianças e adolescentes a partir dos registros de Conselhos Tutelares de Feira de Santana, importante Município do Estado da Bahia, Costa e colaboradores²³ identificaram o grupo de menores de 10 anos como o mais acometido pela violência, principalmente por negligência familiar. Durante a infância, o crescimento e desenvolvimento adequados dependem de fatores relacionados aos cuidados básicos, cujos prejuízos podem-se manifestar de diferentes formas, segundo a duração e intensidade do comprometimento.^{21,23} Crianças e adolescentes são os dois grupos mais vulneráveis a sofrer violação de seus direitos, afetando, direta e indiretamente, sua saúde física, mental e emocional, requerendo prestação do atendimento adequado, alívio do sofrimento e modos de prevenção sob um modelo ampliado de assistência à saúde.²⁴

Os negros (pretos e pardos) predominaram em todos os tipos de eventos violentos, confirmando as estatísticas encontradas no Brasil.^{10,22,25,26} Segundo análises realizadas a partir de dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde,²⁵ a população negra apresenta os maiores coeficientes de mortalidade por causas externas. No período de 2000 a 2003, esses coeficientes mantiveram-se estáveis entre os brancos, enquanto na população parda e preta, observou-se crescimento no risco de morte por causas violentas. Embora um grupo social não se defina por relações de raça ou cor, diferenças étnicas associam-se a desigualdades sociais e condicionam a forma de viver e de morrer de grupos de pessoas. A etnia, em si, não é um fator de risco, mas a inserção social adversa de um grupo racial-étnico sim, pode significar condição determinante de vulnerabilidade.²⁶ Outro aspecto importante foi a considerável proporção de atendimentos de pessoas com baixo nível de escolaridade, resultado semelhante ao apresentado em outros estudos nacionais,^{4,26,27} nos quais também se verificou relação inversa entre a ocorrência de violências e o número de anos de estudo da vítima.

Além do veículo particular, o meio de locomoção mais utilizado para chegar às unidades de urgência e emergência foi a ambulância, destacando-se as unidades de resgate do SAMU/192, principal componente

da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) do Ministério da Saúde, cuja cobertura atinge 62 milhões de pessoas em 266 cidades brasileiras. As principais ações dessa política incluem: a) organização do atendimento de urgência em unidades de pronto-atendimento; b) estruturação do atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU/192); c) reorganização das grandes urgências e prontos-socorros em hospitais; d) criação de retaguarda hospitalar para os atendimentos de urgência; e e) estruturação do atendimento pós-hospitalar.¹¹ Apesar da ampla cobertura do SAMU/192, verifica-se a necessidade de ampliar a disponibilidade desse atendimento pré-hospitalar qualificado e oportuno, componente extremamente importante para reduzir a mortalidade por lesões decorrentes das violências.

A literatura assinala os espaços públicos (ruas, bares e outros locais) como o principal cenário para a ocorrência de eventos violentos, especialmente quando envolvem agressores e vítimas do sexo masculino. No espaço privado do lar, ocorre a maioria das violências contra a o sexo feminino.¹⁵ O domicílio, onde grande parte dos eventos violentos tomou lugar, favorece a ocorrência de agressões e abusos contra crianças, adolescentes e mulheres. Ao permanecer mais tempo em seus lares, essas pessoas acabam sendo violentadas, mais frequentemente, nesse ambiente privado.²³ Qualquer membro da família pode se tornar, em determinadas circunstâncias, vítima ou autor de violência. As crianças e os adolescentes, entretanto, mais indefesos e dependentes da família e da sociedade, são as principais vítimas desse tipo de violência, tanto em extensão como em gravidade dos danos e suas conseqüências.²⁸

Estudos realizados têm documentando a associação entre o uso de álcool e o exercício da violência. Frequentemente, o álcool atua como um agente desinibidor, facilitando a ocorrência desses eventos.^{29,30} Em Cali, cidade da Colômbia, quase metade das vítimas de violências atendidas em unidades de pronto-atendimento encontrava-se sob suspeita ou referiu estar sob influência do álcool.³¹ Estudo realizado em famílias do Recife, capital do Estado de Pernambuco,³² revelou que o uso abusivo de bebidas alcoólicas nos fins de semana, associado a fortes pressões socioeconômicas, estilo educacional rígido e punitivo, ambiente sociocultural complexo e exigente, com frequência conduz essas famílias a comportamentos violentos, impulsionados e modulados por esses mesmos fatores.

Neste estudo, observou-se, entre os atendimentos de causas violentas, que a cabeça-face foi a parte do corpo mais atingida, resultado consistente com análise realizada no Município de Londrina, Estado do Paraná,³³ onde as lesões na região da cabeça e pescoço foram as mais presentes. A evolução do paciente após o atendimento de emergência pode refletir a gravidade da lesão.³¹ Assim, os resultados deste estudo permitem estimar uma pequena proporção de casos graves, haja vista a menor frequência de atendimentos cujo desfecho foi o óbito ou a internação hospitalar, frente aos atendimentos que evoluíram para alta ou acompanhamento ambulatorial.

O uso abusivo de bebidas alcoólicas associado a fortes pressões socioeconômicas, educação rígida e punitiva, ambiente sociocultural complexo e exigente, frequentemente conduz famílias a comportamentos violentos.

Os tipos de agressões registrados apresentam distribuição diferenciada, segundo o sexo da vítima. Como demonstram outros estudos^{31,34} e conforme as estatísticas de morbimortalidade obtidas para o Brasil,¹⁰ a agressão física foi a forma de violência relativamente mais freqüente entre as mulheres, enquanto a arma de fogo e os objetos perfurocortantes predominaram entre os homens. A distribuição dos meios utilizados para a tentativa de suicídio foi semelhante à observada em Campinas, Estado de São Paulo,³⁵ onde os homens utilizaram mais o enforcamento e as armas de fogo, enquanto as mulheres, o envenenamento, seguido pelas armas de fogo e o enforcamento. Os dados do SIM mostram que, em 2004, a principal causa de morte por suicídio foi o enforcamento, seguido do uso de armas de fogo.²²

Sobre os maus tratos, evidencia-se a maior participação de mulheres no papel de vítima. Após a violência física, verificou-se predomínio de negligência-abandono. Importante questão social, caracterizada pela omissão ou ato de deixar de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa, o abandono é uma forma extrema de negligência. Tais achados são semelhantes

aos resultados encontrados em Guarulhos, Município da Região Metropolitana de São Paulo-SP,³⁶ e Feira de Santana-BA.²³ Merece destaque a proporção de atendimentos com relatos de violência psicológica ou violência sexual, predominantes entre as mulheres. A violência praticada contra as mulheres é conhecida como violência de gênero porque se relaciona à condição de subordinação da mulher na sociedade, incluindo-se, nessa categoria, a agressão física, sexual, psicológica e econômica. No mundo, estima-se 10 a 50% de mulheres que já sofreram alguma forma de violência perpetrada por seus parceiros íntimos, um fenômeno que vem sendo encarado como importante problema de Saúde Pública. Estudo realizado entre usuárias de serviços públicos de saúde observou que 45% das mulheres referiam ocorrência de qualquer tipo de violência, e que, pelo menos uma vez em suas vidas, tinham sido vítimas de violência psicológica (41,5%), física (26,4%) ou sexual (9,8%).³⁷

Com relação ao autor do evento violento, destaca-se a maior participação de agressores totalmente desconhecidos, quando a vítima é do sexo masculino. Para as vítimas do sexo feminino, o agressor é, predominantemente, um membro da família. Estes resultados, possivelmente, explicam-se pela maior ocorrência de violência contra homens nos espaços públicos, onde o envolvimento dos agressores com a vítima supõe relações extrafamiliares. O espaço privado do domicílio é mais propício à ocorrência de violência de parceiro íntimo, abuso sexual, negligência e violência psicológica, perpetradas por pais, cônjuges ou cuidadores que mantêm relações familiares com a vítima. Esta, na maior parte das vezes, do sexo feminino.^{15,23}

De maneira geral, a predominância dos atendimentos de emergência por violência, notificados pelo VIVA em 2006, foram prestados a vítimas do sexo masculino, jovens de 20 a 29 anos de idade, indivíduos da raça negra e pessoas com baixo nível de escolaridade. O meio de locomoção mais utilizado para se chegar ao serviço de saúde foi o veículo da própria vítima e a viatura do SAMU/192. Grande proporção dos eventos aconteceu no período noturno.

Os espaços públicos e a residência apareceram como locais privilegiados para a ação violenta. A suspeita de uso de bebida alcoólica pela vítima foi registrada em cerca de 40% dos atendimentos. As lesões decorrentes dos diversos tipos de violência localizavam-se, em maior proporção, na cabeça e

nos membros superiores. A gravidade das lesões foi avaliada pela menor proporção de atendimentos cujo desfecho foi o óbito ou a internação hospitalar. E se, entre os homens, predominaram os agressores desconhecidos da vítima, para as mulheres, os familiares destacaram-se nessa posição, sendo os agressores do sexo masculino os mais frequentemente envolvidos, independentemente do sexo da vítima.

É oportuno destacar que este trabalho se fundamentou nos primeiros dados disponíveis sobre o perfil dos atendimentos de emergência por lesões decorrentes de violência para um conjunto de cidades brasileiras. Ademais, é necessário esclarecer algumas limitações encontradas por estes autores, a saber: (i) trata-se de um sistema de vigilância sentinela que se encontra em fase inicial de implantação; (ii) a amostra foi intencional e o período de coleta de dados restringiu-se a apenas 30 dias, não permitindo, todavia, o cálculo de taxas; e (iii) a necessidade de melhoria na qualidade dos dados coletados sobre o volume de atendimentos e gravidade dos casos de emergência, que exigia dedicação plena e urgente da equipe nas ações assistenciais, em detrimento da obtenção desses dados.

O que não desmerece as grandes vantagens que o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA – apresenta, como o fornecimento de dados de maneira ágil e a baixo custo, a disponibilidade de informações – até então inexistentes – sobre os casos não captados pelo SIM ou pelo SIH/SUS, primordiais para compor o diagnóstico de tão relevante problema de Saúde Pública, e seu potencial orientador para a elaboração de políticas de ação preventiva das violências.

Agradecimentos

Agradecemos a todos os consultores e colaboradores da Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT/SVS/MS), aos técnicos das Secretarias de Estado e Municipais de Saúde e aos profissionais dos serviços de emergência integrantes do Sistema VIVA, por sua dedicação e compromisso, tornando possível a construção e implementação da vigilância de violências e acidentes.

Especialmente, estes autores apresentam seu respeito e gratidão às vítimas de violência que, mesmo passando por momentos de sofrimento, dispuseram-se a colaborar com esta pesquisa.

Referências

- World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.
- Dahlberg LL, Krug EG. Violence a global public health problem. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006;11:277-292.
- Minayo MCS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: MS; 2005. p. 9-42.
- Soares Filho AM, Souza MFM, Gazal-Carvalho C, Malta DC, Alencar AP, Silva MMA, et al. Análise da mortalidade por homicídios no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2007;16:7-18.
- Gawryszewski VP, Rodrigues EMS. The burden of injury in Brazil, 2003. *São Paulo Medical Journal* 2006;124:208-213.
- Norman R, Matzopoulos R, Groenewald P, Bradshaw D. The high burden of injuries in South Africa. *Bulletin of the World Health Organization* 2007;85:695-702.
- Vos T, Astbury J, Piers LS, Magnus A, Heenan M, Stanley L, et al. Measuring the impact of intimate partner violence on the health of women in Victoria, Australia. *Bulletin of the World Health Organization* 2006;84:739-744.
- Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Revista de Saúde Pública* 2006;40:112-120.
- Malta DC, Cezário AC, Moura L, Morais Neto OL, Silva Junior JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2006;15:47-65.
- Ministério da Saúde. Informações de saúde [dados na Internet]. Brasília: MS [acessado durante o ano de 2007]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
- Malta DC, Lemos MSA, Silva MMA, Rodrigues EMS, Gazal-Carvalho C, Morais Neto OL. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2007;16:45-55.
- Silva MMA, Malta DC, Morais Neto OL, Rodrigues EMS, Gawryszewski VP, Matos S, et al. Agenda de prioridades da vigilância e prevenção de acidentes e violências aprovada no I Seminário Nacional de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2007;16:57-64.
- Gawryszewski VP, Silva MMA, Malta DC, Mascarenhas MDM, Costa VC, Matos SG, et al. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia de vigilância de violências e acidentes. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006;11 Supl:1269-1278.
- World Health Organization. Guidelines for conducting community surveys on injuries and violence. Geneva: WHO; 2004.
- Souza ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005;10:59-70.
- Guimarães I. Violência de gênero. In: Ministério da Saúde. Violência faz mal à saúde. Brasília: MS; 2004. p. 105-109.
- Reichenheim ME, Dias AS, Moraes CL. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública* 2006;40:595-603.
- Teixeira AMF, Luis MAV. Distúrbios psiquiátricos, tentativas de suicídio, lesões e envenenamento em adolescentes atendidos em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, São Paulo, 1988-1993. *Cadernos de Saúde Pública* 1997;13:517-525.
- Werneck GL, Hasselmann MH, Phebo LB, Vieira DE, Gomes VLO. Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2006;22:2201-2206.
- Souza ER, Minayo MCS, Cavalcante FG. The impact of suicide on morbidity and mortality in the population of Itabira. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006;11:409-418.
- Deslandes SF, Assis SG, Santos NC. Violências envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: MS; 2005. p. 43-78.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2006: uma análise da desigualdade em saúde. Brasília: MS; 2006.
- Costa COM, Carvalho RC, Bárbara JFRS, Santos CAST, Gomes WA, Sousa HL. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007;12:1129-1141.

24. Souza ER, Mello Jorge MHP. Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: magnitude da morbimortalidade. In: Ministério da Saúde. Violência faz mal à saúde. Brasília: MS; 2006. p. 23-28.
25. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil: uma análise da situação de saúde. Brasília: MS; 2005.
26. Batista LE, Escuder MML, Pereira JCR. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. Revista de Saúde Pública 2004;38:630-636.
27. Minayo MCS, Souza ER. Violência para todos. Cadernos de Saúde Pública 1993;9:65-78.
28. Tavares ML. Abordagem da violência intrafamiliar no Programa Saúde da Família. In: Ministério da Saúde. Violência faz mal à saúde. Brasília: MS; 2004. p. 205-218.
29. Castillo MMA, Caufield C, Gómez Meza MV. Consumo de drogas y violencia laboral en mujeres trabajadoras de Monterrey, N. L., México. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2005;13:1164-1168.
30. Zilberman ML, Blume SB. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. Revista Brasileira de Psiquiatria 2005;27 Supl II:S51-S55.
31. Castro MB, Rendón LF, Rojas MC, Durán CA, Albornoz M. Caracterización de los pacientes con lesiones de causa externa mediante un sistema de vigilancia epidemiológica. Revista Colombiana de Cirugía 2006;21:180-189.
32. Melo ZM, Caldas MT, Carvalho MMC, Lima AT. Família, álcool e violência em uma comunidade da cidade do Recife. Psicologia em Estudo 2005;10:201-208.
33. Martins CBG, Andrade SM. Causas externas entre menores de 15 anos em cidade do Sul do Brasil: atendimentos em pronto-socorro, internações e óbitos. Revista Brasileira de Epidemiologia 2005;8:194-204.
34. Souza ER, Lima MLC. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. Ciência & Saúde Coletiva 2006;11 Supl:1211-1222.
35. Marin-León L, Barros MBA. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. Revista de Saúde Pública 2003;37:357-363.
36. Silva MAI, Ferriani MGC. Domestic violence: from the visible to the invisible. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2007;15:275-281.
37. Marinheiro ALV, Vieira EM, Souza L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. Revista de Saúde Pública 2006;40:604-610.

Recebido em 10/04/2008
Aprovado em 12/09/2008