



Conass Documenta n. 15

VIOLÊNCIA: UMA EPIDEMIA SILENCIOSA

Brasília, 2007 - 1ª edição

Equipe de Elaboração

Organização

Nereu Henrique Mansano

Colaboradores

Armando Raggio

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Fernando Cupertino

Jurandi Frutuoso Silva

Márcia Huçulak

Maria José Oliveira Evangelista

Nereu Henrique Mansano

Revisão Técnica

René Moreira dos Santos

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Edição

Vanessa Pinheiro

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
Violência: uma epidemia silenciosa./ Conselho Nacional de Secretários de
Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.
134 p. (CONASS Documenta; 15)

ISBN 85 - 89545 - 50 - 1

Sistema de Saúde. I Conselho Nacional de Secretários de Saúde. II. Violência:
uma epidemia silenciosa

NLM WA 525
CDD – 20.ed. – 362.1068



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

PRESIDENTE

Osmar Terra (RS)

Vice-Presidente Região Centro-Oeste

Beatriz Figueiredo Dobashi (MS)

Vice-Presidente Região Nordeste

Edmundo da Costa Gomes (MA)

Vice-Presidente Região Sul

Luiz Eduardo Cheren (SC)

Vice-Presidente Região Sudeste

Sérgio Luiz Côrtes (RJ)

Vice-Presidente Região Norte

Wilson Duarte Alecrim (AM)

Vice-presidentes Adjuntos

Região Centro-Oeste

Geraldo Maciel/DF

Região Nordeste

Rogério Carvalho/SE

Região Sul

Região Sudeste

Luiz Roberto Barradas Barata/SP

Região Norte

Eugênio Pacceli/TO

COMISSÃO FISCAL

Titulares

Eduardo Cheren/SC

Augustinho Moro/MT

Milton Moreira/RO

Suplentes

Adelmaro Cavalcanti/RN

Cairo Alberto de Freitas/GO

Eugênia Glaucy Moura Ferreira/RR

Representantes do CONASS

Conselho Nacional de Saúde

Titular

Osmar Terra/RS

Primeiro suplente: Jurandi Frutuoso/
Secretário Executivo do CONASS

Segundo suplente: Armando Raggio/CONASS

**Câmara de Saúde Suplementar da
Agência Nacional de Saúde Suplementar**

Titular

Marcus Pestana/MG

Suplente

Regina Nicoletti/CONASS

Mercosul

Cairo Alberto de Freitas/GO

Hemobrás

Jorge Gomes/PE



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

SECRETÁRIOS ESTADUAIS DE SAÚDE

Adelmaro Cavalcanti Cunha Júnior (RN)
André Valente (AL)
Anselmo Tose (ES)
Assis Carvalho (PI)
Augustinho Moro (MT)
Beatriz Figueiredo Dobashi (MS)
Cairo Alberto de Freitas (GO)
Edmundo da Costa Gomes (MA)
Eugênia Glaucy Moura Ferreira (RR)
Eugênio Pacceli de Freitas Coêlho (TO)
Geraldo de Almeida Cunha Filho (PB)
Gilberto Berguio Martin (PR)
Halmélio Alves Sobral Neto (PA)
João Ananias Vasconcelos Neto (CE)
Jorge Gomes (PE)
Jorge José Santos Pereira Solla (BA)
José Geraldo Maciel (DF)
Luiz Eduardo Cherem (SC)
Luiz Roberto Barradas Barata (SP)
Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva (MG)
Milton Luiz Moreira (RO)
Osmar Terra (RS)
Oswaldo Leal (AC)
Pedro Paulo Dias de Carvalho (AP)
Rogério Carvalho Santos (SE)
Sérgio Luis Côrtes (RJ)
Wilson Duarte Alecrim (AM)



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Secretaria Executiva do CONASS

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

ASSESSOR ESPECIAL

René Santos

ASSESSOR PARLAMENTAR

Ricardo Nogueira

ASSESSORA JURÍDICA

Alethele de Oliveira Santos

ASSESSORA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Vanessa Pinheiro

JORNALISTAS

Adriane Cruz

Tatiana Rosa

**COORDENADORA ADMINISTRATIVA
E FINANCEIRA**

Regina Nicoletti

**COORDENADORA DE
NÚCLEOS TÉCNICOS**

Rita de Cássia Bertão Cataneli

**COORDENADOR DE DESENVOLVIMENTO
INSTITUCIONAL**

Ricardo F. Scotti

ASSESSORIA TÉCNICA

Eliana Dourado

Gilson Cantarino O'Dwyer

Júlio Müller

Lore Lamb

Lourdes Almeida

Márcia Huçulak

Maria José Evangelista

Nereu Henrique Mansano

Viviane Rocha de Luiz

GERENTE ADMINISTRATIVA

Lívia Costa

GERENTE FINANCEIRA

Luciana Tolêdo Lopes

NÚCLEO ADMINISTRATIVO E FINANCEIRO

Adriano Salgado de Farias

Ana Lúcia Melo

Carolina Abad Cunha

Gabriela Barcellos

Gutemberg Silva

Ilka Costa

Julio Barbosa de Carvalho Filho

Lucília de Melo Sousa

Maria Luiza Campolina

Mariana Vila Real Mendes Sales

Melissa Amaral

Rodrigo Fagundes Souza

Sheyla Ayala Macedo

ÍNDICE

	PG
	07
	Apresentação
1. Introdução	09
1.1 Definição e classificação	10
	13
	2. Origens da violência
3. Impacto da violência na saúde – A epidemia silenciosa	17
3.1. Impacto da violência na mortalidade	19
3.2. Impacto da violência na morbidade	51
3.3. Impacto da violência nos custos da atenção à saúde	65
3.4. Violência de gênero - Violência contra a mulher	68
3.5. Violência e ciclos de vida - violência contra grupos etários mais vulneráveis	73
3.6. Impacto do uso abusivo de álcool na violência e acidentes de trânsito	89
	105
	4. Diretrizes de atuação das secretarias de saúde para o enfrentamento da violência enquanto problema de saúde pública
	106
	4.1 Introdução e diretrizes
	108
	4.2. Proposta de organização da rede de atenção
	112
	4.3. Medidas de redução dos danos causados pelo uso abusivo do álcool para prevenção da violência e acidentes de trânsito
Referências Bibliográficas	131

Apresentação

A violência vem sendo objeto freqüente de debate na mídia e na sociedade brasileira, abordada geralmente como um problema da área de segurança. Tem origens históricas e sociais, apresentando múltiplos fatores causais. Portanto, só poderá ser enfrentada através da articulação de diversos setores e instituições do poder público e da sociedade.

Por afetar profundamente a área de saúde, causando mortes, lesões, incapacidades, alterações emocionais, reduzindo a qualidade de vida e aumentando as demandas não só para as áreas de urgência e emergência e reabilitação, mas em todas as áreas de atenção, vigilância e promoção da saúde, se mostra como um importante problema para o setor, exigindo que a violência seja também encarada como uma questão de Saúde Pública.

Esta edição do "CONASS Documenta" pretende trazer informações sobre o impacto da violência na saúde da população, em seus diversos aspectos (impacto sobre a mortalidade, morbidade, custos para o sistema de saúde), com atenção especial a questão do gênero e ciclos de vida mais vulneráveis, além de trazer sugestões de diretrizes e ações que podem ser implementadas pelo setor com vistas não só ao atendimento das vítimas, mas também para sua prevenção e promoção da saúde e qualidade de vida.

Esta publicação faz parte de uma iniciativa do CONASS que objetiva inserir a questão da violência como um problema de saúde pública na agenda de prioridades do Sistema Único de Saúde. A realização de cinco seminários regionais e um grande seminário nacional, pretende ampliar o debate, propiciando especialmente a troca de conhecimento sobre as diversas experiências que vem sendo executadas pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, em parceria com diversas outras instituições públicas e não governamentais.

Osmar Terra

Presidente do CONASS

INTRODUÇÃO

1.1 Definição e classificação

I. Introdução:

Na assembléia do CONASS, realizada em 26 de setembro de 2007, foi discutida e aprovada a inclusão do tema **violência como um problema de saúde pública** na agenda de prioridades da entidade e das Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Os secretários decidiram pela realização de cinco seminários macro-regionais e um grande seminário nacional para discussão do tema e identificação de experiências bem sucedidas no enfrentamento do problema.

Considerando a importância da articulação interinstitucional, estabeleceu-se contato com a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco); Organização Panamericana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS); Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef); Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (Unifem); Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud); e Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (Unodc), objetivando potencializar os resultados, pois as referidas instituições detêm acúmulo de conhecimentos e experiências no mundo e no Brasil, no enfrentamento do problema em seus diversos aspectos, tais como educação, saúde, atenção à criança, equidade de gênero, desenvolvimento social e combate ao crime e drogas.

A idéia foi também apresentada aos parceiros de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), com a pronta adesão do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), devendo ainda ser apresentada a outros potenciais parceiros, como os demais setores da administração pública, setor acadêmico e instituições da sociedade civil.

A partir da identificação de experiências bem sucedidas no plano municipal e estadual, será elaborado um documento contendo propostas concretas de ação, já testadas nas diferentes regiões do país, que poderão ser replicadas em todo o Brasil.

Esta nota técnica pretende trazer informações sobre o impacto da violência na saúde da população, sugestões que o setor pode e deve implementar no atendimento às vítimas da violência em suas necessidades de recuperação da saúde e reabilitação, bem como ações que visam a prevenção, a promoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis e a uma cultura de paz e não violência.

I.1. DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO:

Segundo definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), as violências são

caracterizadas pelo “uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade que possa resultar ou tenha alta probabilidade de resultar em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação”.¹

A violência pode ser classificada, também segundo a OMS, em três categorias: violência dirigida contra si mesmo (auto-infligida); violência interpessoal (classificadas em dois âmbitos: violência intrafamiliar ou doméstica – entre parceiros íntimos ou membros da família, e violência comunitária – que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos e desconhecidos) e violência coletiva (atos violentos que acontecem nos âmbitos macro-sociais, políticos e econômicos, caracterizados pela dominação de grupos e do estado). Quanto à natureza, os atos violentos podem ser classificados como abuso físico, psicológico, sexual e envolvendo abandono, negligência e privação de cuidados².

Com base na definição acima, estariam excluídos os incidentes não intencionais, tais como as lesões ocasionadas pelos acidentes de trânsito, quedas e queimaduras, dentre outros. Considerando porém a relevância epidemiológica dos acidentes de transporte, bem como à tendência de importantes autores nacionais, como MINAYO, que o incluem como uma forma de violência (uma vez que nem sempre podemos excluir a intencionalidade, além de envolver geralmente infrações de trânsito – que na verdade poderiam ser chamados de crimes), optamos por incluir este tema entre os eixos a serem discutidos nesta nota técnica.

Esta nota técnica enfoca, assim, os seguintes eixos:

- Violência auto-infligida (suicídios);
- Violência/acidentes no trânsito;
- Violência interpessoal (agressões/homicídios);
- Violência interpessoal (doméstica ou comunitária) envolvendo gênero (contra a mulher), e grupos etários mais vulneráveis (criança, adolescente e idoso).

ORIGENS DA VIOLÊNCIA

2. Origens da violência

Há três formas de adoecer: das agressões da natureza, das doenças hereditárias e das relações entre os homens, sendo esta a mais perversa.

Sigmund Freud, 1929

De fato! Sigmund Freud preconizava que para conter as agressões do indivíduo contra a humanidade só havia um caminho, a civilização. Só a civilização seria capaz de conter o ímpeto de destruição que habita cada um de nós, e mesmo assim a barbárie se insinua e irrompe a qualquer momento. Contra essa ameaça, não há garantia. Haverá, todavia, como ser saudável em meio ao mal estar? O homem em estado de natureza venceu espécies semelhantes, nutrindo-se da carne dos vencidos, fonte de proteína indispensável para sustentar seu máximo desenvolvimento neurológico e alcançando desse modo a maior proporção cérebro-corporal de todas as espécies, mesmo assim, sob a lei do mais forte!

No começo vivíamos na intempérie, sofrendo toda forma de agressão da natureza, ameaçados pelo raio e inundação, pela erupção vulcânica e nevasca, senão expostos ao ataque dos animais, ao veneno das plantas ou ao parasitismo metazoário, à infestação de protozoários e à infecção bacteriana ou viral. As doenças herdadas nem eram manifestas, pois não havia esperança de vida suficiente para que fossem identificadas.

Vencidas as primeiras adversidades, só então pudemos ter evidência dos males hereditários, alguns só se revelando mais recentemente como as neoplasias de tendência familiar. Outras situações puderam ser evitadas com o progresso da genética e do seu aconselhamento, assim como já se descortinam possibilidades de superar deficiências diversas com aporte da biotecnologia, da cultura de células tronco e da modelagem de órgãos.

Agora, a civilização preconizada como remédio de toda a barbárie se manifesta como tal, comprometendo vidas saudáveis, quando faz crescer vidas em vão, sem lhes assegurar como ser plenas, na periferia ou no "down-town" de metrópoles glamurosas, até mesmo nos povoados mais rurais que urbanos.

Maior que toda e qualquer pandemia infecciosa, a violência toma conta do mundo inteiro. Sem causa específica, atribuída a todo tipo de falta ou insuficiência, tendo sido concentrada nas grandes guerras ou nas guerras coloniais mais remotas aos centros em conflito, a violência se apresenta mais difusa a cada dia e assim vai se configurando em lugar comum, uma epidemia que se transforma numa endemia conhecida de todos, crescendo entre a miséria e a opulência, cada vez mais naturalizada e menos estranha ao olhar acostumado.

Violência não é natural, mas resultado exatamente do desequilíbrio das nossas

relações sociais, econômicas e políticas, o mais cruel dos produtos que acabamos gerando em nome do crescimento econômico, da transformação de tudo em mercadoria, da civilização ocidental que se mundializa sob a égide do capitalismo global.

Naturalizar a violência é um fenômeno de efeito tão perverso quanto a mesma, pois acabamos retornando às teses ultrapassadas de uma biotipologia para o crime, nos tornando suscetíveis à oferta de bens e serviços de prevenção e proteção contra o mal, envidamos esforços redobrados e recursos já tão escassos em iniciativas pouco eficazes que acarretam mais violência, brutalizando as pessoas ainda mais, ao invés de desarmar os espíritos.

Os serviços de saúde não atuam diretamente sobre a causação objetiva da violência, não têm alcance aparente sobre a sua determinação e permanecem assim contemplando a generalização da epidemia, atendendo vítimas sem cessar, cuja recuperação é incerta e muitas vezes insatisfatória, mas sempre e cada vez mais custosa em trabalho, em atenção intensiva, em leitos e em recursos materiais.

Por outro lado, não há talvez outro setor de atividade tão bem organizado e presente na vida das pessoas do que o setor saúde, cuja principal característica é proteger desde a coletividade até o indivíduo por meio do cuidado.

Cuidar é a nossa missão primordial, mesmo que nada mais haja por fazer, devemos cuidar sempre, a essência do sentido de civilização na obra de Freud. Esta é a melhor resposta para uma sociedade que sofre às raias da violência endêmica, pois só o cuidado é capaz de identificar o sujeito que reside em cada um dos seres humanos e reificar a pessoa que há em nós.

O mal estar que toma conta da civilização tem de fato múltiplos determinantes, como a falta generalizada de condições que nos permitam viver com esperança de realizar nossos sonhos precisa ser superada ainda que em parte. Porém, nem mesmo a supressão total de nossas carências materiais será capaz de obturar o essencial, a falta subjetiva que confere ao humano a sua própria humanidade, qual seja o desejo. A falta se exprime em desejo. Desejo de ter, de possuir, mas acima de tudo desejo de ser. E o ser, só o é enquanto significa, enquanto interage com outro ser e se identifica pela relação que lhe atribui significado.

Esta é uma réstia de esperança com que os serviços de saúde podem iluminar o caminho da superação da violência e readquirir sentido para além da reparação do mal consumado: **dar atenção e cuidado a todos em todas as situações que nos façam sofrer, das mais simples às mais complicadas. Não deixar sem atenção quem quer que seja e, mais do que acolher e reparar, dar valor à pessoa, reconhecendo-a como ser significativa que ela é.** Aceitar e nutrir o vínculo, condição indispensável a um sistema de proteção da saúde e do bem estar.

Embora tarde, sempre é tempo de fazer o que é preciso e indispensável, ou seja, construir um sistema social baseado na pessoa e não na produção pura e simples.

Isto serve para nós do sistema de saúde especialmente, pois em duas décadas de Sistema Único de Saúde ainda estamos longe de unificar as práticas assistenciais, preventivas e promocionais da saúde. Seguimos em inércia, iludidos na idéia de produzir saúde pelo consumo de bens e serviços adquiridos por procedimentos, privilegiando a produtividade em prejuízo da qualidade, a máquina em prejuízo da clínica, a droga em prejuízo da ação terapêutica.

É preciso reconhecer a necessidade da oferta de serviços no vértice de maior agregação tecnológica e de mão-de-obra especializada para atender a situação de fato. Irrecorrível que assim seja, mas ao mesmo tempo, não vamos lograr êxito no domínio e controle de uma epidemia que se "endemisa", sem a devida reversão do sistema de saúde e o aporte de outras políticas públicas como a educação para a sociedade promover e conquistar a cidadania plena.

IMPACTO DA VIOLÊNCIA NA SAÚDE – A EPIDEMIA SILENCIOSA

- 3.1.** Impacto da violência na mortalidade
- 3.2.** Impacto da violência na morbidade
- 3.3.** Impacto da violência nos custos da atenção à saúde
- 3.4.** Violência de gênero -
Violência contra a mulher
- 3.5.** Violência e ciclos de vida
- violência contra grupos etários mais vulneráveis
- 3.6.** Impacto do uso abusivo de álcool na violência e acidentes de trânsito

3. Impacto da violência na saúde – A epidemia silenciosa

Apesar do grande destaque que a mídia vem dando ao tema da violência, este ainda é frequentemente abordado como um assunto restrito à segurança pública, destaca-se a morte prematura e absurda das vítimas do tráfico de drogas e dos assaltos que terminam em homicídios brutais ou em anos de vida com incapacidades. Por outro lado, omitem-se os modos de produção dos fatos violentos, bem como sua ocorrência quase natural nos espaços domésticos.³

Pouco também tem se destacado na mídia a dimensão e gravidade do impacto da violência. Considerando-se somente o número absoluto de óbitos (que correspondem à “ponta do iceberg”, uma vez que o número de pessoas vitimadas, muitas vezes com seqüelas, é muito maior) informados ao Sistema de Informações de Mortalidade do Ministério da Saúde⁴, tivemos em 2005 um total de 47.578 óbitos por homicídio, 35.994 mortes pela violência no trânsito (acidentes de transporte terrestre) e 8.550 suicídios (este número provavelmente subestimado, conforme será discutido a seguir). Estes números correspondem a aproximadamente 130 óbitos por homicídio, 99 por acidentes de trânsito e 23 por suicídio a cada dia (a soma destes números, 252 óbitos diários, é superior às mortes causadas por recente acidente aéreo, de grande repercussão na imprensa).

Analisando-se dados preliminares do primeiro semestre de 2006 verificamos que a situação pouco se alterou (salvo por discreta diminuição na média diária de óbitos por acidentes no trânsito). Neste período ocorreram em média 130 óbitos diários por homicídio (total de 23.627 mortes no semestre), 92 por acidentes de trânsito (16.729 óbitos no período) e 22 suicídios (4.048 mortes em 6 meses), num total de 244 óbitos a cada dia. Permanece portanto a situação de uma grande catástrofe, uma verdadeira epidemia ocorrendo de forma silenciosa, uma vez que se destacam alguns episódios, mas não se tem a percepção da dimensão total deste grave problema, com grande repercussão social, especialmente no setor saúde.

O impacto da violência na área de saúde vem sendo objeto de diversos estudos e análises nos últimos anos, pretendemos nesta nota destacar aspectos e resultados relevantes, obtidos em alguns destes estudos e nos sistemas de informações oficiais do Ministério da Saúde.

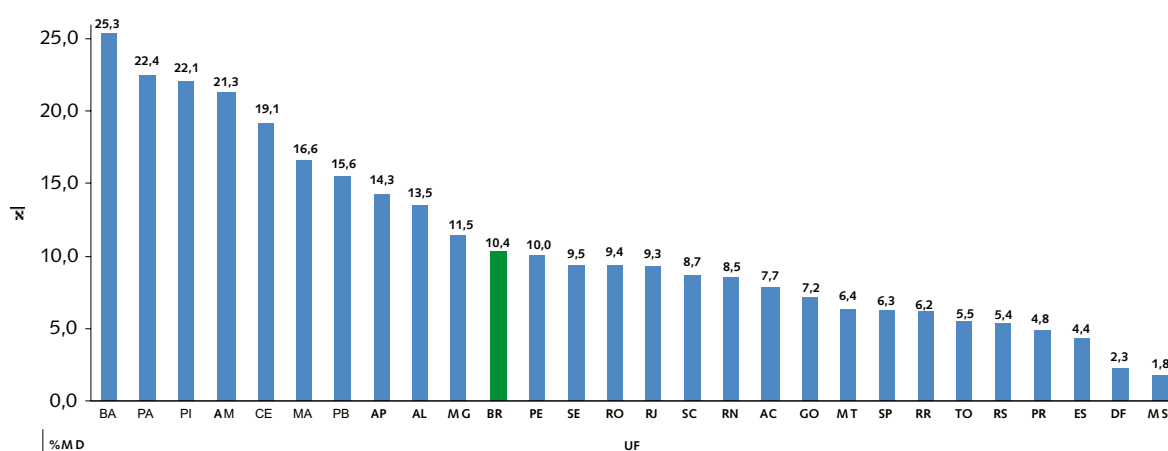
3.1. Impacto da violência na mortalidade

Na análise da mortalidade por violências e acidentes deverão sempre ser consideradas as limitações relacionadas ao Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) no que tange tanto à cobertura dos eventos, quanto à qualidade das informações. Apesar do crescente aprimoramento do SIM, com aumento da cobertura e diminuição das mortes por causas mal definidas, ainda existem diferenças entre as diferentes unidades da federação (UF), o que implica que todas as comparações devem ser feitas com cuidado.

Cabe ressaltar também que no caso da mortalidade por causas externas existe grande influência da determinação da intencionalidade. Existem diferentes níveis de envolvimento dos Institutos Médico-Legais no adequado preenchimento das declarações de óbito. Da mesma forma, alguns estados vêm investindo no aprimoramento da qualidade da informação, inclusive com a investigação dos óbitos por causas externas com intenção indeterminada. Estados com baixas coberturas do SIM, altos percentuais de óbitos por causas mal-definidas e óbitos por causas externas com intenção indeterminada, podem ter suas taxas de mortalidade por homicídios, suicídios, acidentes de trânsito e outras causas externas definidas subestimadas.

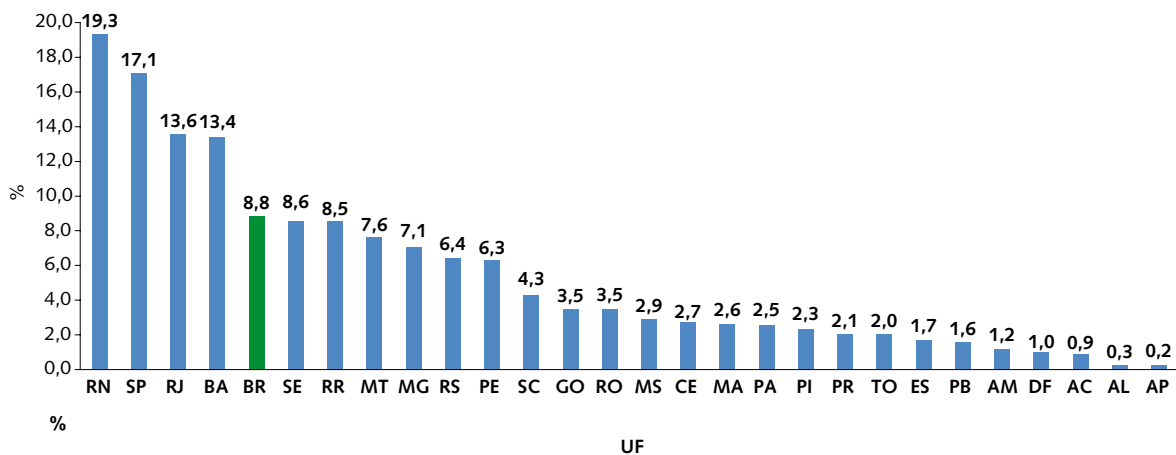
Nas figuras 1 e 2 podem ser observados os diferentes percentuais de óbitos por causas mal-definidas e óbitos por causas externas com intenção indeterminada informados ao SIM nas diversas Unidades da Federação.⁴

Figura 1: Percentual de óbitos por causas mal definidas por Unidade da Federação, Brasil - 2005



Fonte: SIM / SVS / MS

Figura 2: Percentual de óbitos por causas externas cuja intenção é indeterminada segundo Unidades da Federação, Brasil - 2005



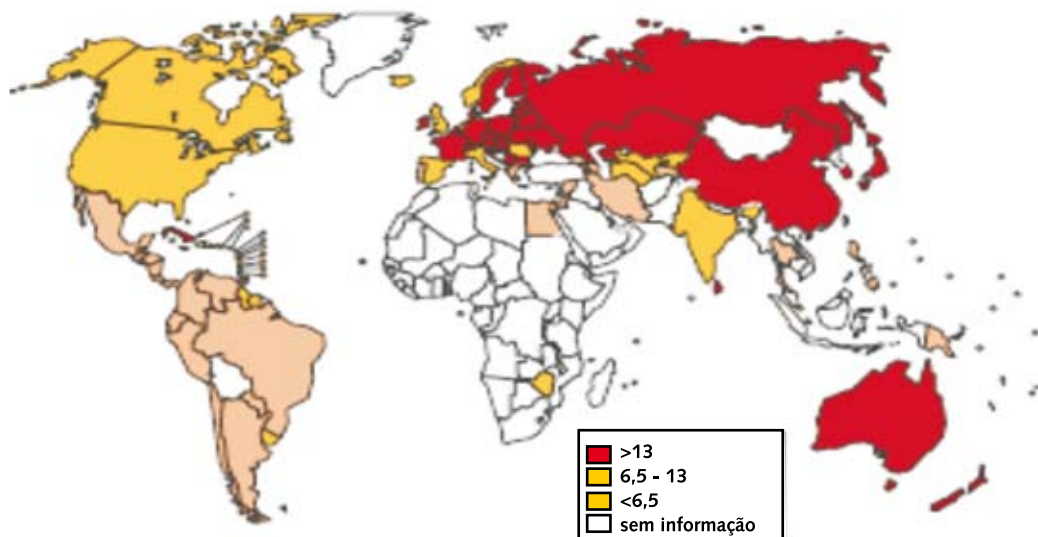
Fonte: SIM / SVS / MS

3.1.1 Mortalidade por suicídios (violência auto-infligida)

A confiabilidade da notificação dos suicídios deve ser considerada com mais cuidado, uma vez que esta informação geralmente é subnotificada, tanto nas informações de mortalidade (classificadas erroneamente como lesões com intenção indeterminada) como de morbidade, quando por exemplo, em serviços de emergência, no atendimento de pessoas intoxicadas pela ingestão de medicamentos e outras substâncias, não se dá atenção à intencionalidade do evento, diagnosticando-se a intoxicação e não tentativa de suicídio. Por ser um tema tabu na maioria dos grupos sociais⁵, as taxas de mortalidade aferidas nos demais países, estão também, provavelmente (em maior ou menor grau), subestimadas.

As maiores taxas de mortalidade por suicídio a nível mundial, ocorrem em países considerados mais desenvolvidos, especialmente da Europa e Ásia (figura 1). Embora tradicionalmente as taxas de suicídio mais altas sejam observadas entre homens idosos, as taxas entre jovens vêm crescendo, sendo atualmente o maior grupo de risco nos países desenvolvidos e em desenvolvimento.⁵

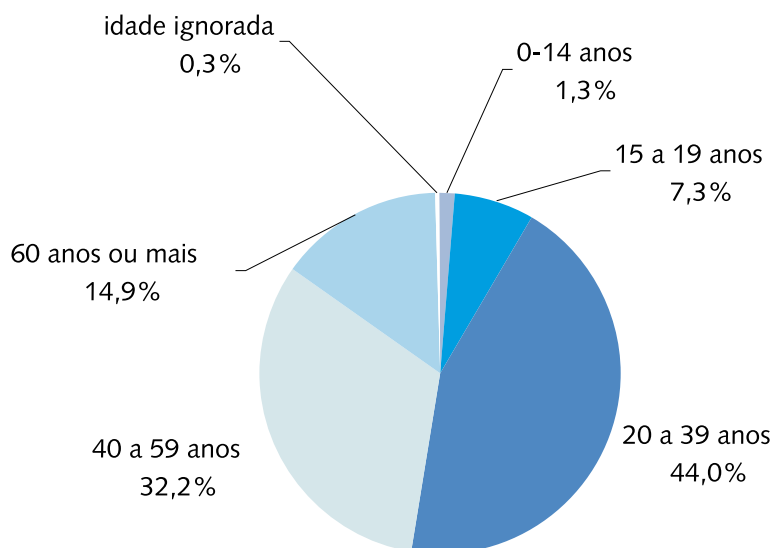
Figura 3: Taxas de Mortalidade por suicídio por 100.000 habitantes, 2002



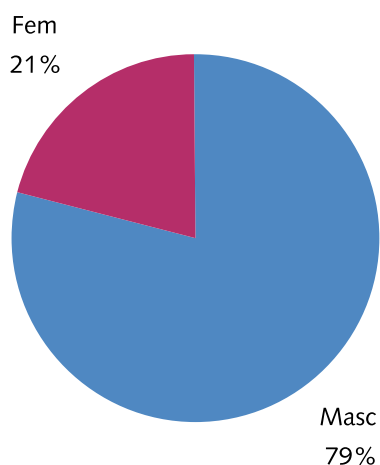
Fonte: Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2006 - Uma análise da desigualdade em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p 567 (extraído e adaptado de WHO - Suicide Prevention Report, disponível em www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html)

No Brasil, em 2005, a maioria dos óbitos por suicídio ocorreu em adultos jovens, de 20 a 39 anos, do sexo masculino (figuras 4 e 5). Quando consideramos porém a taxa específica de mortalidade segundo faixa etária (figura 6), verifica-se que as maiores taxas se concentram na faixa etária de mais de 60 anos e de 40 a 59 anos, com taxas respectivamente de 8,2 e 8,0 óbitos por 100.000 habitantes.

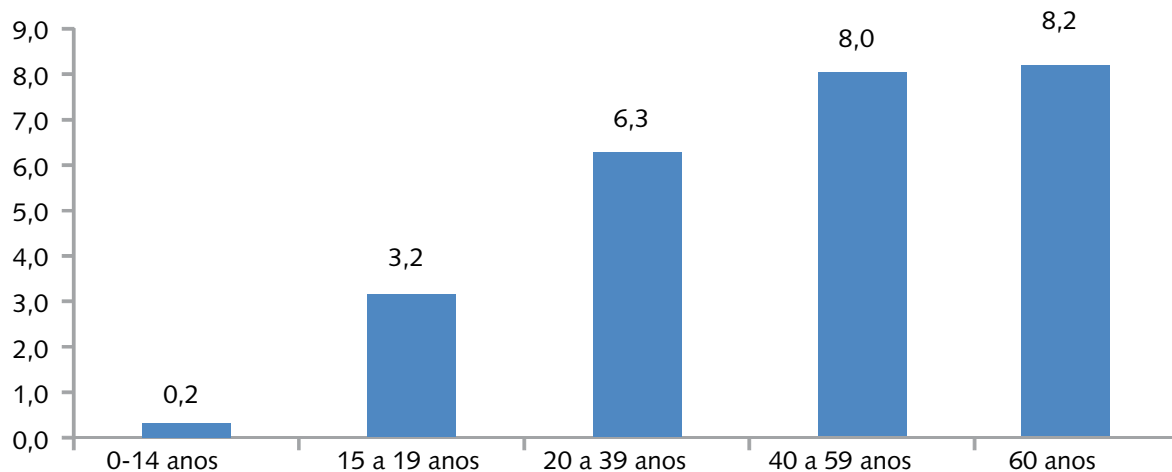
Figura 4: Distribuição percentual dos óbitos por suicídio segundo faixa etária, Brasil - 2005



Fonte: SIM / SVS / MS

Figura 5: Distribuição dos óbitos por suicídio segundo sexo, Brasil - 2005

Fonte: SIM / SVS / MS

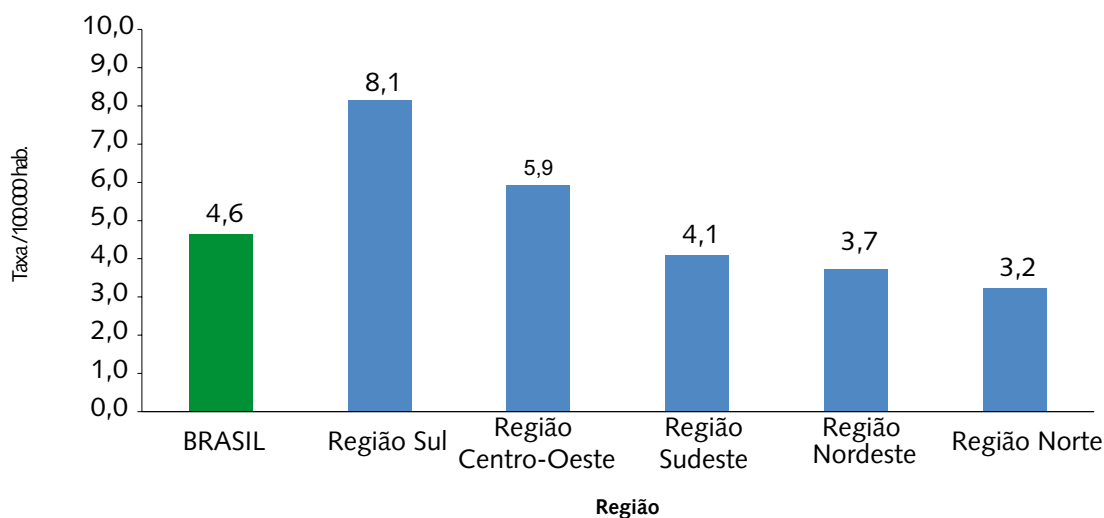
Figura 6: Taxa específica de mortalidade por suicídios por 100.000 habitantes segundo faixa etária, Brasil - 2005

Fonte: SIM / SVS / MS

O meio mais freqüente utilizado para cometer suicídio em 2005 foi o enforcamento – estrangulamento ou sufocação, em ambos os sexos (56% no total, 60% nos homens, 43% nas mulheres). O disparo de arma de fogo foi o segundo mais freqüente entre os homens e quarto entre as mulheres (14% no total, 16% nos homens, 7% nas mulheres). A ingestão intencional de pesticidas foi o segundo meio mais freqüente entre as mulheres e terceiro entre os homens (8% no total, 6% entre os homens, 13% nas mulheres).⁴

Na comparação das Taxas Brutas de Mortalidade devem ser levados em consideração, além das questões relacionadas à qualidade da informação anteriormente referidas, os diferentes perfis demográficos da população de cada unidade da federação. O Brasil apresentou uma Taxa Bruta de Mortalidade (TBM) por suicídio de 4,1 óbitos por 100.000 habitantes em 2005. A Região Sul apresentou a maior taxa (TBM de 8,1 óbitos por suicídio por 100.000 habitantes) dentre as regiões brasileiras (figura 7).⁶

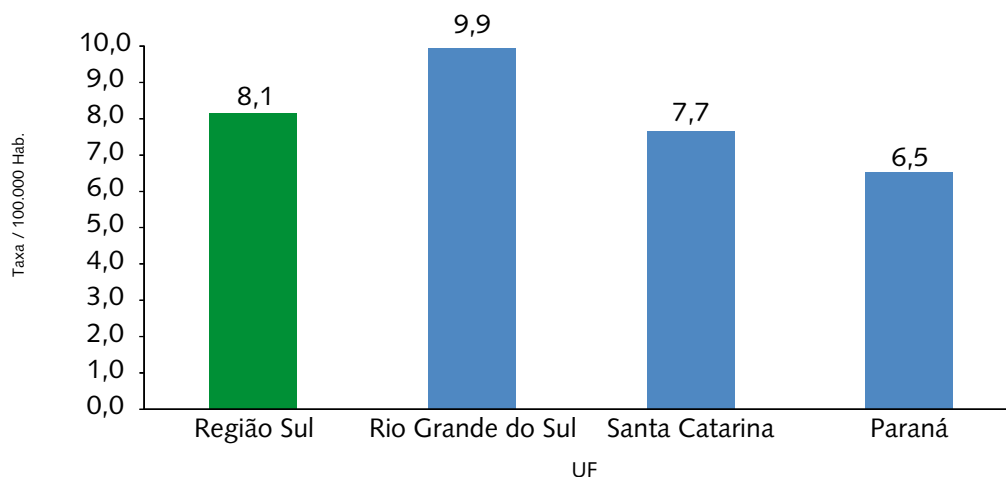
Figura 7: Taxa bruta de mortalidade por suicídio por 100.000 habitantes segundo região - Brasil, 2005



Fonte: SIM / SVS / MS e IBGE

Na Região Sul, a TBM por suicídio foi de 9,9 por 100.000 habitantes no estado do Rio Grande do Sul em 2005 (maior dentre os estados na região e no País); 7,7 em Santa Catarina e 6,5 no Paraná (figura 8).⁶

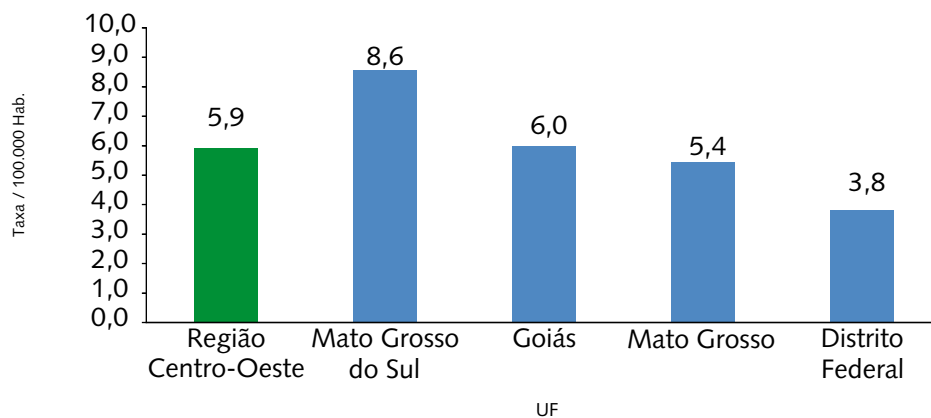
Figura 8: Taxa bruta de mortalidade por suicídio por 100.000 habitantes nos estados da Região Sul - Brasil, 2005



Fonte: SIM / SVS / MS e IBGE

Na Região Centro-Oeste, em 2005, a TBM por suicídio foi de 5,9 por 100.000 habitantes. O estado de Mato Grosso do Sul apresentou um coeficiente de 8,6, (maior TBM por suicídio na região e segunda no País); Goiás 6,0; Mato Grosso 5,4 e o Distrito Federal 3,8 (figura 9).⁶

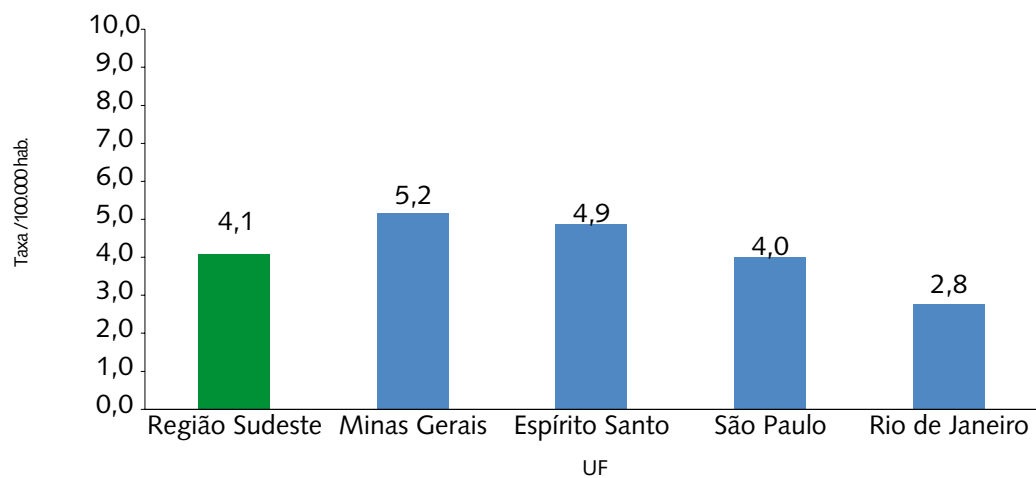
Figura 9: Taxa bruta de mortalidade por suicídio por 100.000 habitantes nos estados da Região Centro-Oeste - Brasil, 2005



Fonte: SIM / SVS / MS e IBGE

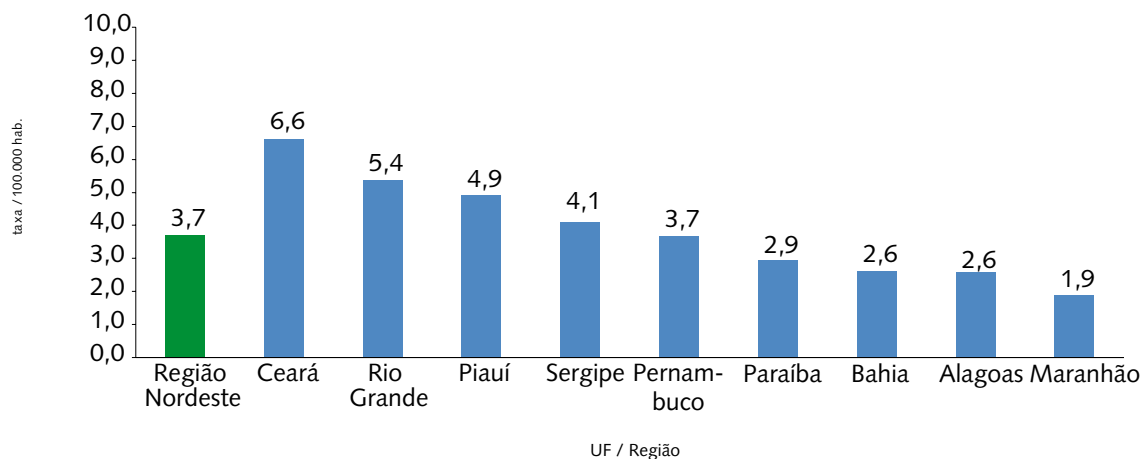
As taxas brutas de mortalidade por suicídio nas regiões Sudeste e Nordeste foram respectivamente de 4,1 e 3,7 por 100.000 habitantes. Os coeficientes de seus estados podem ser observados, respectivamente, nas figuras 10 e 11.⁶

Figura 10: Taxa bruta de mortalidade por suicídio por 100.000 habitantes nos estados da Região Sudeste - Brasil, 2005



Fonte: SIM / SVS / MS e IBGE

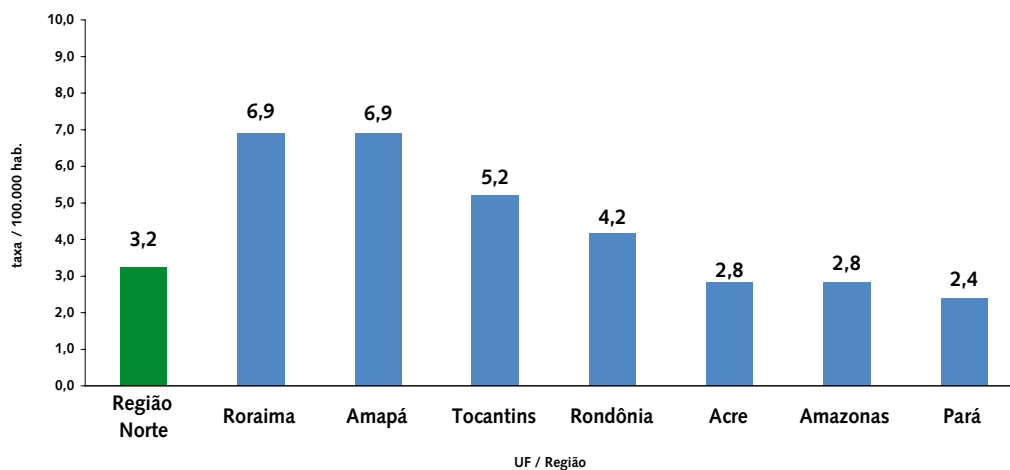
Figura 11: Taxa bruta de mortalidade por suicídio por 100.000 habitantes nos estados da Região Nordeste - Brasil, 2005



Fonte: SIM / SVS / MS e IBGE

A Região Norte (figura 12) apresentou em 2005 a menor TBM por suicídios no País (3,2 óbitos por 100.000 habitantes), contudo dois de seus estados apresentam coeficientes elevados (3º e 4º estados com maiores taxas no País): Roraima e Amapá (ambos com TBM de 6,9 mortes por suicídio por 100.000 habitantes)⁶.

Figura 12: Taxa bruta de mortalidade por suicídio por 100.000 habitantes nos estados da Região Norte - Brasil, 2005

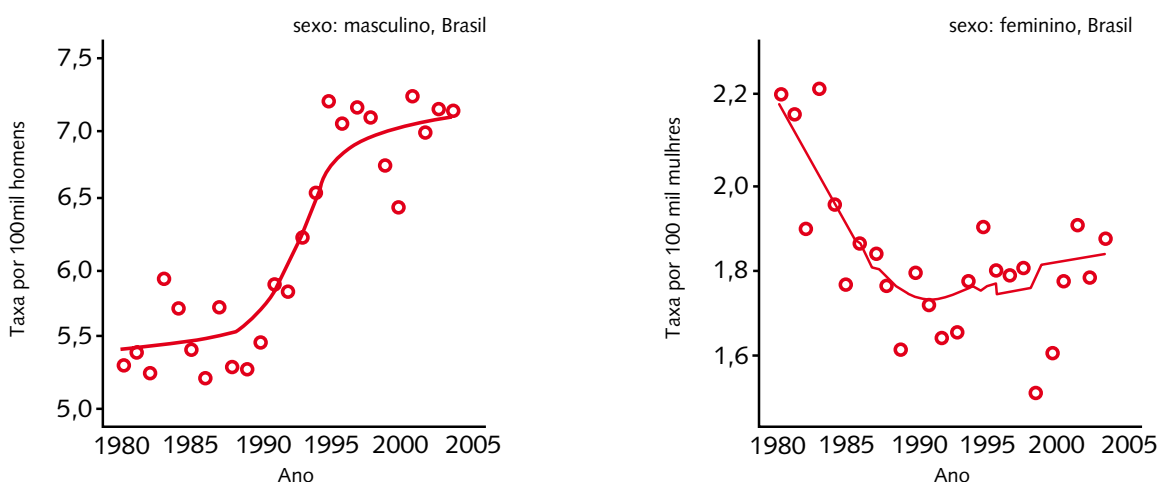


Fonte: SIM / SVS / MS e IBGE

TENDÊNCIAS DAS TAXAS PADRONIZADAS DE MORTALIDADE POR SUICÍDIO

Observa-se no Brasil uma tendência de aumento das taxas padronizadas de mortalidade por suicídio entre os homens entre 1980 e 2004, principalmente entre 1988 e 1998. Já entre as mulheres, a tendência é de queda entre 1980 e 1990, com discreto aumento entre 1990 e 2004, conforme pode ser observado na figura 13.⁵

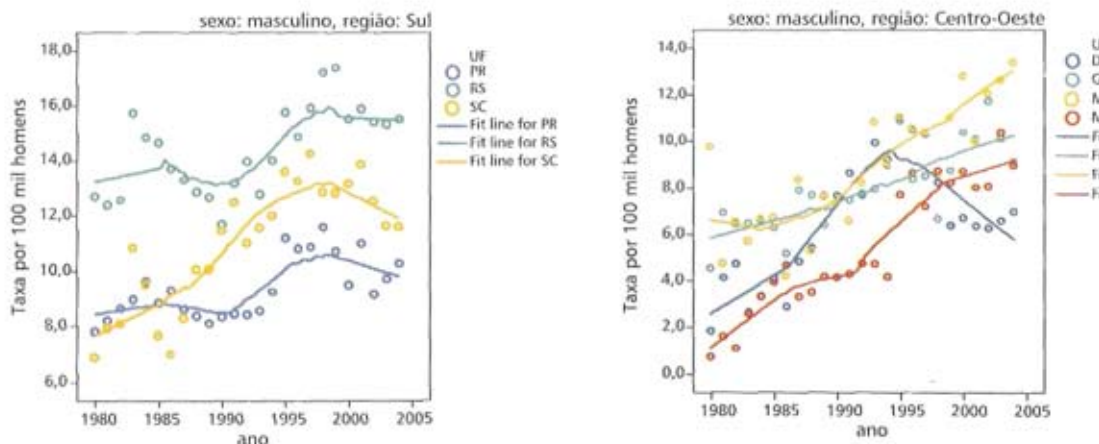
Figura 13: Taxas padronizadas de mortalidade por suicídio para o sexo masculino e feminino – Brasil, 1980 a 2004



Fonte: Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2006 - Uma análise da desigualdade em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p 581 e 582

Na tabela 2, pode ser observada uma grande diferença nas taxas padronizadas de mortalidade por suicídio entre o sexo masculino e feminino no Brasil em 2004 (7,1 suicídios por 100.000 habitantes no sexo masculino e 1,9 no sexo feminino) e nos estados.

Figura 14: Taxas padronizadas de mortalidade por suicídio para o sexo masculino e feminino – Região Sul, 1980 a 2004



Fonte: Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2006 - Uma análise da desigualdade em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p 581 e 582

Verifica-se também significativa diferença entre os diversos estados, com taxas maiores nos estados da região sul, principalmente no Rio Grande do Sul, onde entre 1980 e 2004, a taxa padronizada de mortalidade para o sexo masculino aumentou de 12,7 para 15,5 óbitos/100.000 habitantes, enquanto para o sexo feminino houve queda de 4,9 para 3,3 (queda na verdade verificada principalmente no período entre 1980 e 1990, seguida de estabilização, conforme pode ser observado na figura 14).⁵

Tabela 2: Taxa padronizada de mortalidade por suicídio segundo o sexo – Brasil e estados, 1980 e 2004

UF	Masculino		Feminino	
	1980	2004	1980	2004
RO	6,1	7,1	2,8	1,9
AC	2,3	6,7	1,5	3,3
AM	4,4	6,1	1,3	1,0
RR	13,5	13,7	0,0	1,6
PA	3,3	3,3	1,6	1,1
AP	1,6	14,5	0,0	1,6
TO	0,0	7,1	0,0	3,1
MA	0,6	2,7	0,6	1,1
PI	1,5	8,8	0,7	2,8
CE	2,7	10,3	1,0	2,3
RN	3,8	7,7	1,5	0,6
PB	3,3	4,4	1,8	1,1
PE	2,8	5,8	1,1	1,6
AL	4,1	5,7	1,8	1,4
SE	2,4	6,7	0,4	2,4
BA	1,5	3,1	0,6	0,9
MG	5,7	7,5	2,1	2,0
ES	4,7	7,0	1,9	2,1
RJ	3,2	3,7	1,9	1,1
SP	6,8	6,1	2,9	1,4
PR	7,8	10,3	3,4	3,0
SC	6,9	11,6	2,2	2,8
RS	12,7	15,5	4,9	3,3
MS	9,8	13,4	3,5	4,2
MT	0,8	8,9	0,3	3,1
GO	4,5	9,1	2,7	3,3
DF	1,9	7,0	1,0	2,4
Brasil	5,3	7,1	2,2	1,9

Fonte: Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2006 - Uma análise da desigualdade em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p 579.

Na região Norte, apesar da grande variabilidade dos dados, é notável o crescimento das taxas padronizadas de mortalidade para o sexo masculino no estado do Amapá. No estado de Roraima, observa-se que a taxa se mantém elevada em 1980 e 2004. Na região Nordeste, destaca-se também no sexo masculino a elevação da taxa no estado do

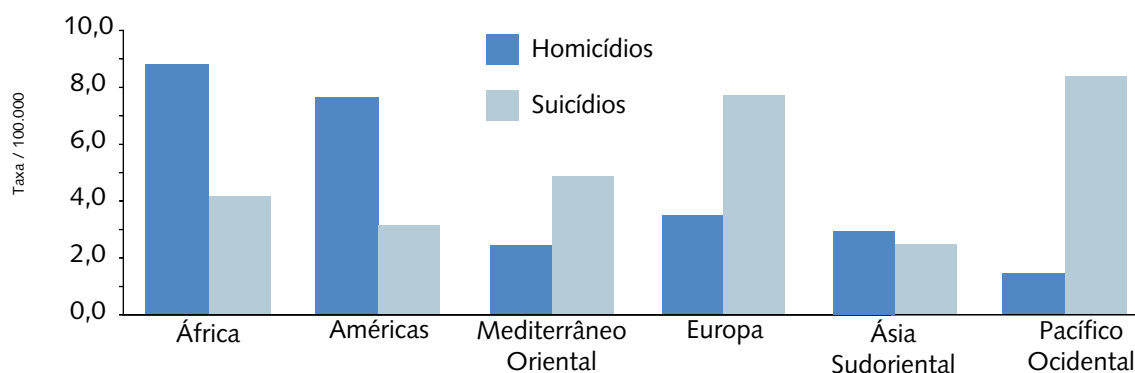
Ceará.⁵

Na região Centro-Oeste, destaca-se a elevada taxa de mortalidade do estado do Mato Grosso do Sul, notando-se grande elevação nas taxas referentes ao sexo masculino dos anos de 1980 e 2004 em todos os estados (exceto Distrito Federal). Observa-se também nesta região elevação nas taxas padronizadas de mortalidade por suicídio no sexo feminino, notadamente nos estados do Mato Grosso do Sul (estado com maior taxa neste sexo em 2004) e Mato Grosso. Na Região Sudeste todos estados, exceto São Paulo apresentaram elevação nas taxas no sexo masculino. Nesta região o estado com maior crescimento foi o Espírito Santo, em ambos os sexos.⁵

3.1.2 Mortalidade por homicídios (agressões - violência interpessoal)

Ao contrário do observado em relação à mortalidade por suicídios, as maiores taxas de mortalidade por homicídios ocorrem em países de menor renda. Em 2000, a taxa média de mortalidade por homicídios foi de 14,4 por 100.000 habitantes em países de alta renda, enquanto nos países com média e baixa renda foi de 32,1 por 100.000 habitantes. Existe também uma diferença grande nas taxas entre as diversas regiões do mundo. Análise das taxas segundo as regiões administrativas da Organização Mundial de Saúde, conforme pode ser observado na figura 15, mostra que enquanto na África e Américas as taxas de mortalidade por homicídios são aproximadamente três vezes maiores que as taxas por suicídio, nas regiões da Europa e Mediterrâneo Oriental as taxas de suicídio são mais de 2 vezes maiores que as de homicídios. No Pacífico Ocidental, as diferenças são ainda maiores (taxa de mortalidade por suicídio quase 6 vezes superior à de homicídios).¹

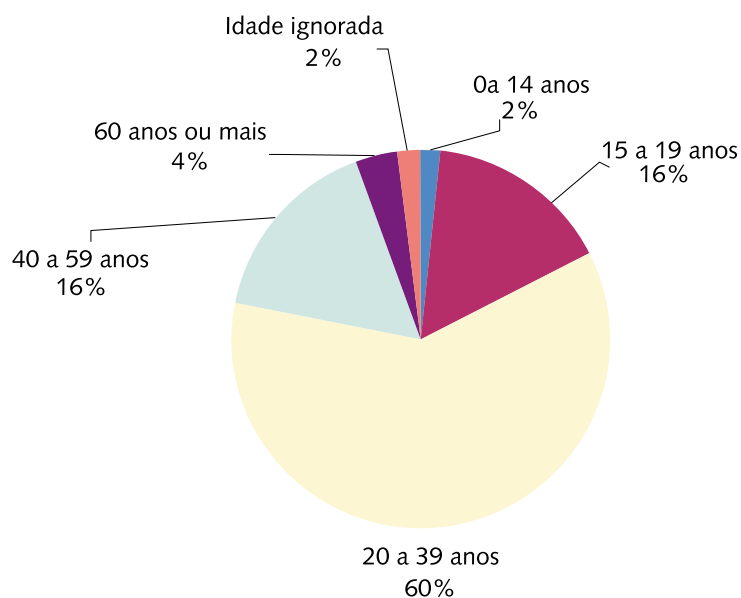
Figura 15: Taxa de mortalidade por homicídios e suicídio segundo regiões administrativas da OMS, 2000



Fonte: OMS - Informe mundial sobre la violencia y la salud, disponível em www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia_2003.htm

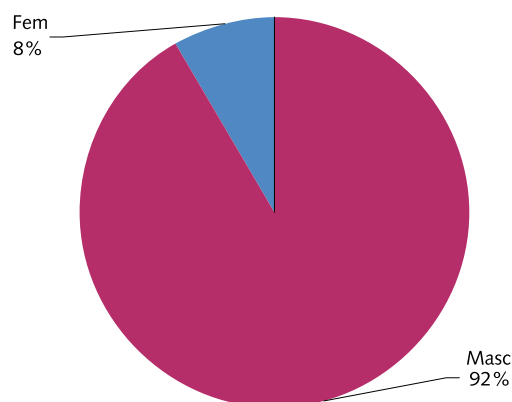
No Brasil, em 2005, foram informados 47.578 mortes por agressões (homicídios) ao Sistema de Informações de Mortalidade do Ministério da Saúde. A maioria dos homicídios ocorreu (em percentual ainda maior se compararmos aos óbitos por suicídio) entre adultos jovens, de 20 a 39 anos (60%) e no sexo masculino (92%). Foi observado também um percentual significativo de óbitos na faixa etária de 15 a 19 anos (16%).⁴

Figura 16: Distribuição percentual dos óbitos por homicídio segundo faixa etária, Brasil - 2005



Fonte: SIM / SVS / MS

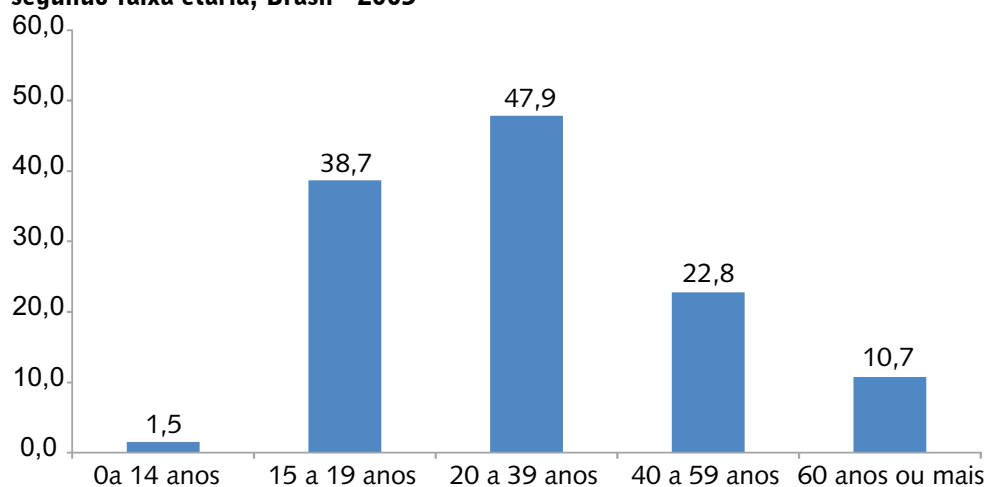
Figura 17: Distribuição percentual dos óbitos por homicídio segundo sexo, 2005



Fonte: SIM / SVS / MS

As taxas específicas de mortalidade segundo faixa etária (figura 18) também demonstraram que os maiores coeficientes estão na faixa de 20 a 39 anos (47,9 óbitos por 100.000 habitantes desta faixa de idade), a taxa específica observada nos adolescentes de 15 a 19 anos foi de 38,7 homicídios por 100.000 habitantes.

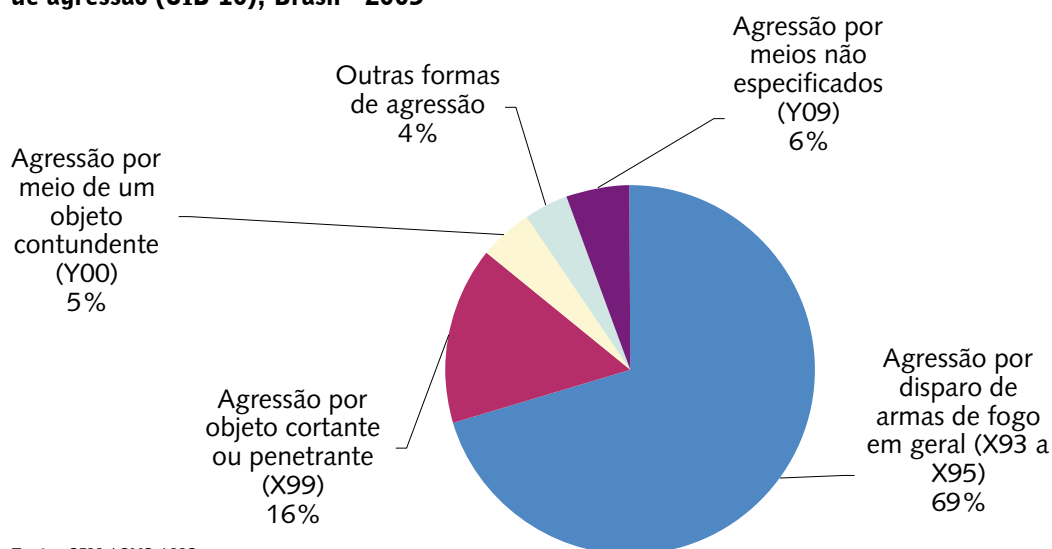
Figura 18: Taxa específica de mortalidade por agressões/homicídios por 100.000 habitantes segundo faixa etária, Brasil - 2005



Fonte: SIM / SVS / MS

Ao analisarmos estes óbitos segundo forma de agressão (categorias da CID 10), observamos que a imensa maioria ocorreu por disparo de armas de fogo (33.419 óbitos, 69% do total). Ocorreram 7392 homicídios por arma branca - objetos cortantes ou penetrantes (16%) e 2208 por objetos contundentes (5%). Outros meios e formas de agressão causaram 1.896 óbitos (4%), e em 2.663 (6%) os meios não foram especificados (figura 19).⁴

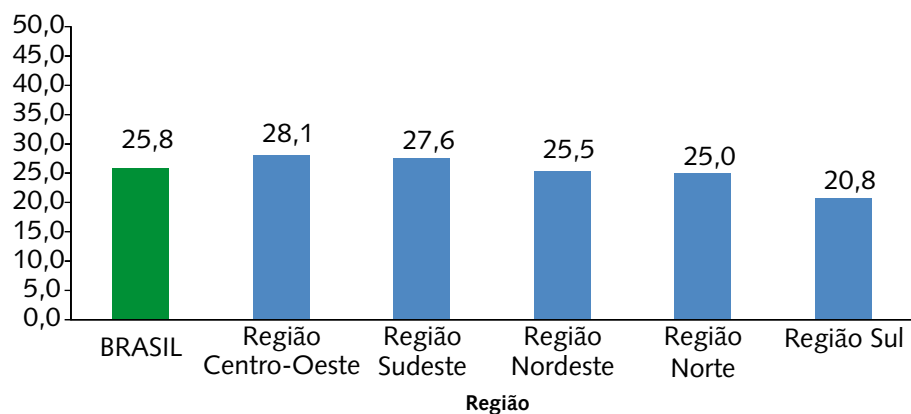
Figura 19: Distribuição percentual dos óbitos por homicídio segundo forma de agressão (CID 10), Brasil - 2005



Fonte: SIM / SVS / MS

O Brasil apresentou uma taxa bruta de mortalidade (TBM) por homicídios (agressões) de 25,8 óbitos por 100.000 habitantes em 2005. Não foram observadas grandes diferenças entre as taxas médias por região, conforme pode ser observado na figura 20, existiram porém diferenças mais significativas dentre as diversas unidades da federação, conforme pode ser observado nas figuras 21 a 25.⁵

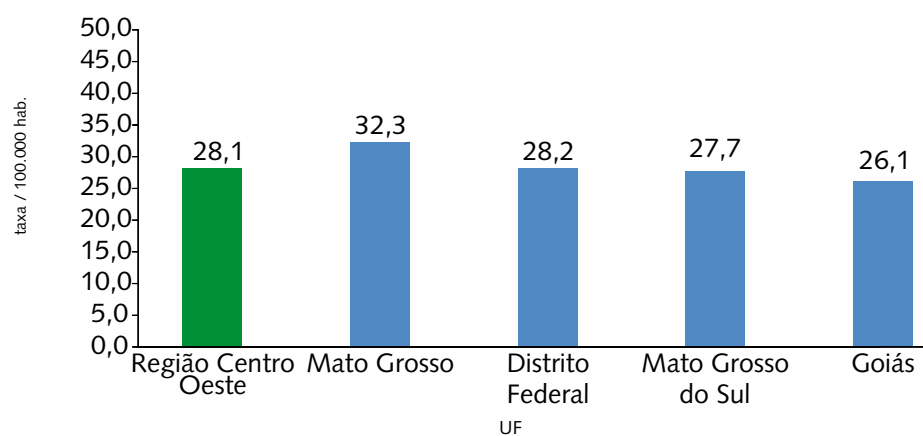
Figura 20: Taxa bruta de mortalidade por agressões / homicídios segundo região, Brasil - 2005



Fonte: SIM / SVS / MS e IBGE

Em 2005, a taxa bruta de mortalidade por agressões foi de 25,8 por 100.000 habitantes na região Centro-Oeste, a região com maior TBM média por homicídios, porém sem grandes diferenças dentre seus estados, conforme pode ser observado na figura 21. O estado de Mato Grosso apresentou uma taxa de 32,3, a maior da região e sétima do País.⁵

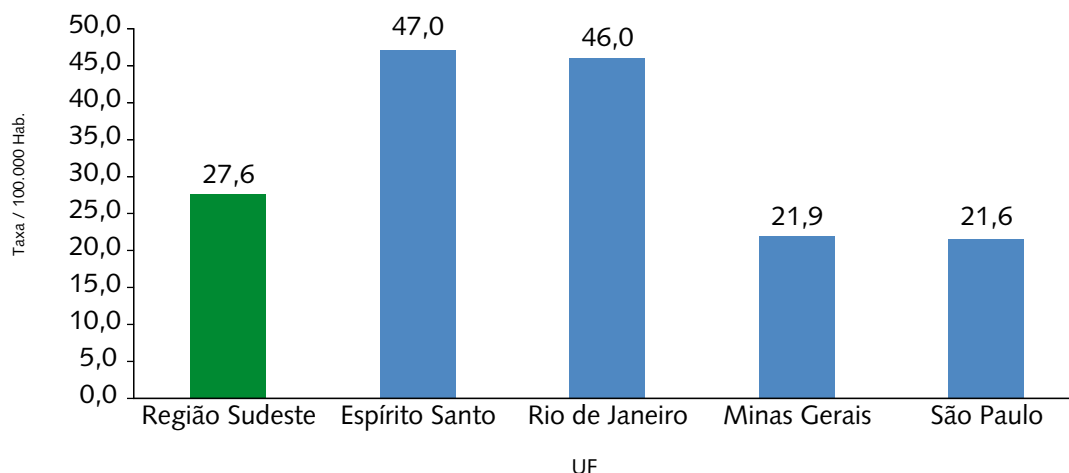
Figura 21: Taxa bruta de mortalidade por agressões / homicídios nos estados da Região Centro-Oeste, Brasil - 2005



Fonte: SIM / SVS / MS e IBGE

Na região Sudeste (figura 22), a TBM por homicídios foi de 27,6 por 100.000 habitantes em 2005. Dois de seus estados apresentaram a segunda e terceira maiores TBM no país (Espírito Santo com taxa de 47,0 e Rio de Janeiro com 46,0 óbitos por 100.000 habitantes). São Paulo apresentou neste ano um coeficiente de 21,6, enquanto Minas Gerais apresentou TBM de 21,9 homicídios por 100.000 habitantes.⁵

Figura 22: Taxa bruta de mortalidade por agressões / homicídios nos estados da Região Sudeste, Brasil - 2005

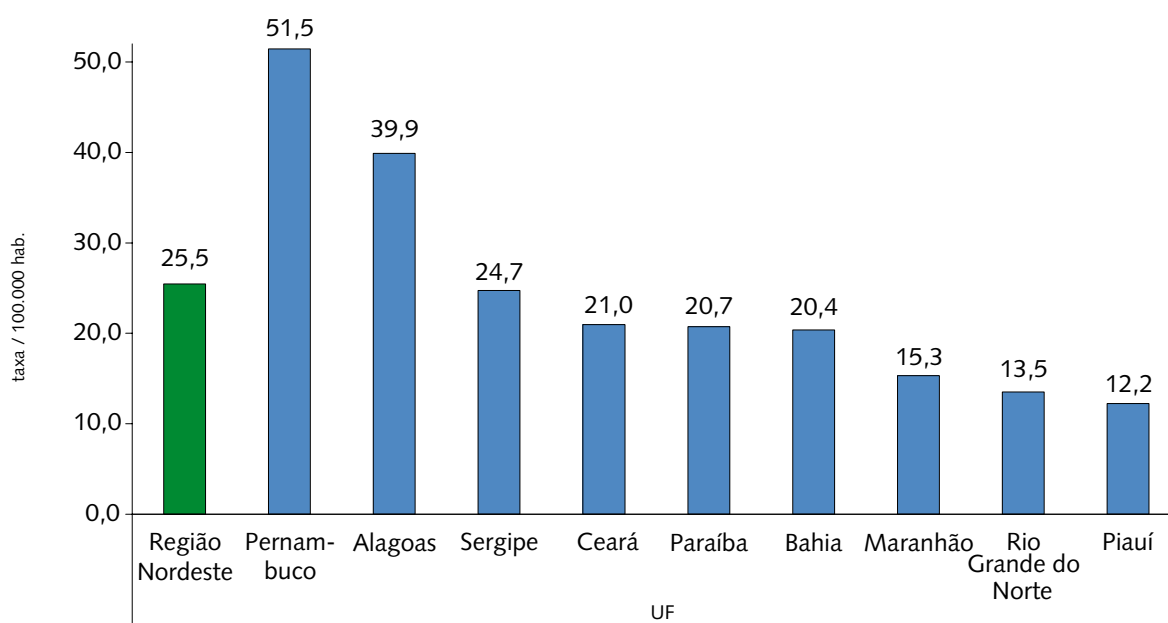


Fonte: SIM / SVS / MS e IBGE

A região Nordeste apresentou a terceira TBM por homicídios dentre as regiões do País (25,5 por 100.000 habitantes). As taxas de seus estados podem ser observadas na figura 23. Pernambuco foi o estado com a maior taxa nesta região e no País em 2005, com um coeficiente de 51,5 homicídios por 100.000 habitantes. Alagoas apresentou a segunda maior taxa da região e quarta do País (39,9 homicídios por 100.000 habitantes). Dentre os óbitos informados ao SIM, apresentaram menores taxas na região os estados do Maranhão (15,3), Rio Grande do Norte (13,5) e Piauí, que apresentou a menor TBM por homicídios da região e segunda menor do País, com 12,2 homicídios por 100.000 habitantes.

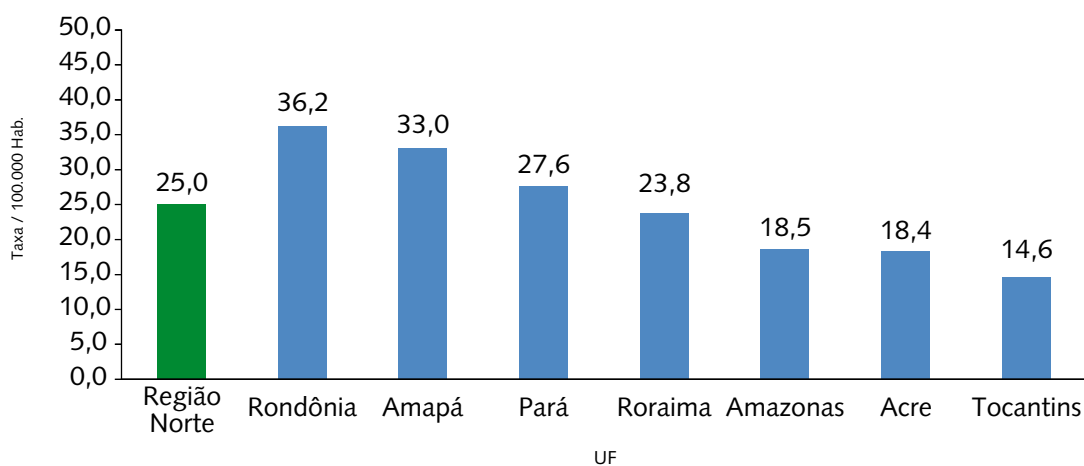
Na região Norte, o coeficiente de mortalidade por homicídios foi de 25 óbitos por 100.000 habitantes. Nesta região, os estados com maior TBM foram Rondônia e Amapá, quinto e sexto estados com maior coeficiente no País (respectivamente 36,2 e 33 mortes por agressões por 100.000 habitantes). As taxas de mortalidade por homicídios dos estados desta região podem ser observadas na figura 24.

Figura 23: Taxa bruta de mortalidade por agressões / homicídios nos estados da Região Nordeste, Brasil - 2005



Fonte: SIM / SVS / MS e IBGE

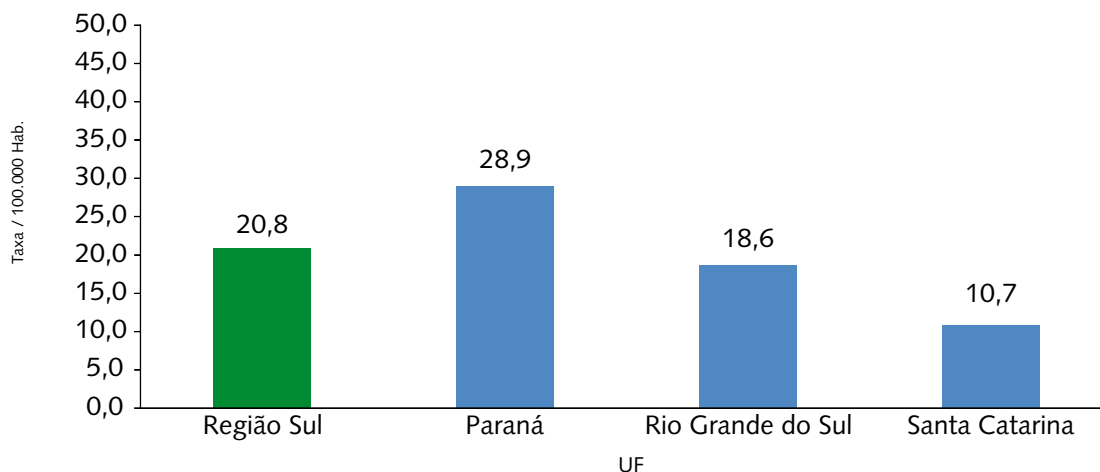
Figura 24: Taxa bruta de mortalidade por agressões / homicídios nos estados da Região Norte, Brasil - 2005



Fonte: SIM / SVS / MS e IBGE

A região Sul (figura 25) apresentou a menor TBM por agressões dentre as regiões do País, com um coeficiente de 20,8 homicídios por 100.000 habitantes. Nesta região, o estado com maior coeficiente foi o Paraná, com uma taxa de 28,9 homicídios por 100.000 habitantes. Santa Catarina apresentou o menor coeficiente na região e no País, com uma TBM de 10,7 homicídios por 100.000 habitantes, dado relevante quando consideramos que este estado apresenta bons níveis de cobertura e qualidade do Sistema de Informações de Mortalidade.

Figura 25: Taxa bruta de mortalidade por agressões / homicídios nos estados da Região Sul, Brasil - 2005



Fonte: SIM / SVS / MS e IBGE

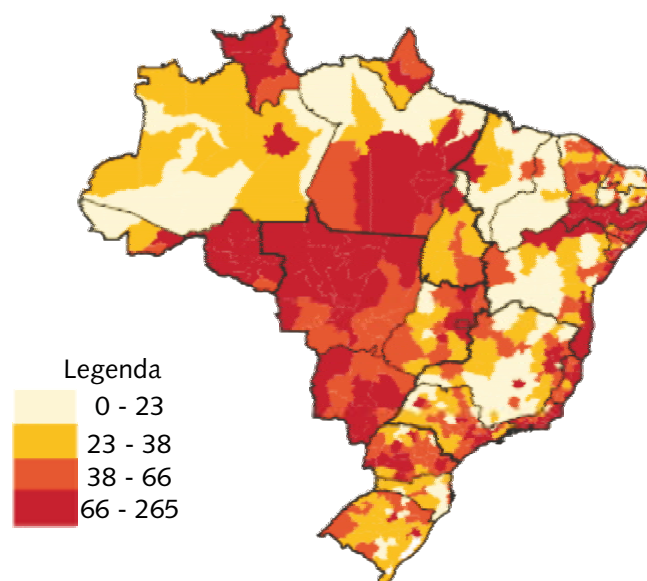
DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS ÓBITOS POR HOMICÍDIOS NA POPULAÇÃO MASCULINA JOVEM

Em estudo realizado pelo Departamento de Análise de Situação de Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde para análise da mortalidade por homicídios na população masculina jovem (15 a 49 anos), foram agregadas as informações referentes ao período de 2002 a 2004 e calculadas taxas específicas de mortalidade por homicídios para a referida faixa etária segundo microrregiões do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foi então construído um mapa (figura 26), que permite visualizar as áreas com maior e menor magnitude do problema no território do País.⁷

De modo geral, as áreas menos violentas estão situadas fora das regiões metropolitanas e em zonas com baixa densidade populacional. Os estados que concentram maiores áreas com menores taxas são: Santa Catarina, Piauí, Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Paraíba.⁷

Áreas de risco mais elevado (entre 1,8 e 3 vezes maior) estão amplamente dispersas no Brasil e em todos os estados, especialmente nas microrregiões vizinhas de áreas metropolitanas.⁷

Figura 26: Taxa de mortalidade por agressão em homens jovens por microrregião – Brasil, 2002 a 2004



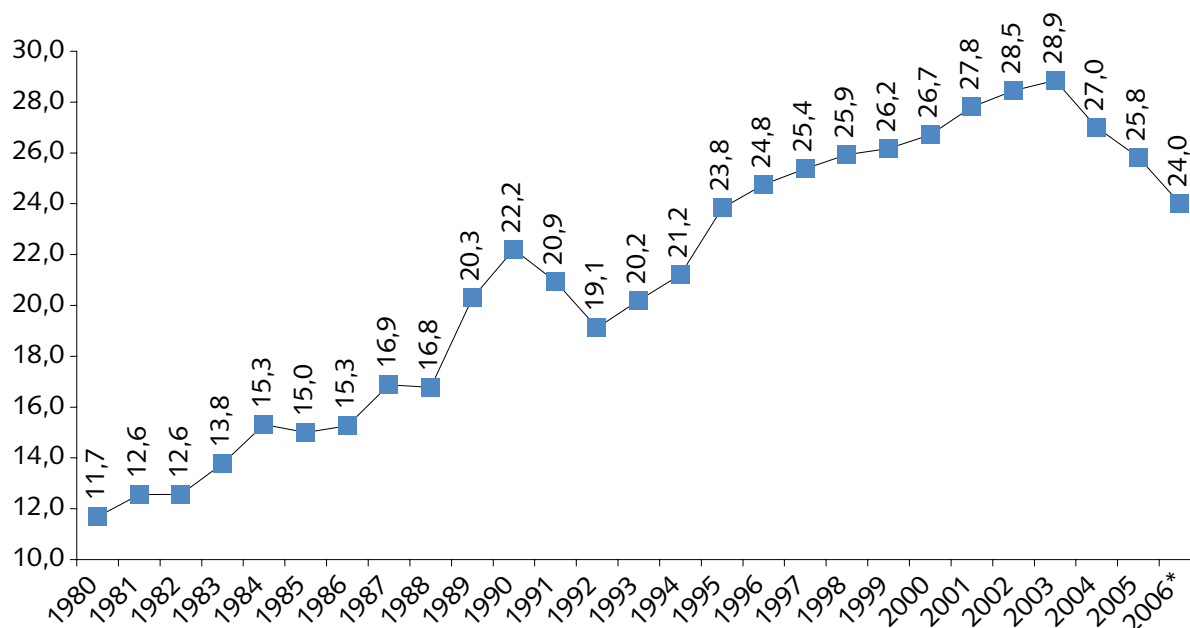
Fonte: Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2006 - Uma análise da desigualdade em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p 413. SIM / SVS / MS e IBGE

Destaca-se, porém que 25% das microrregiões (140 unidades geográficas), apresentam um risco 7,8 vezes maior que as de menor risco. Estas abrigam 56% da população de jovens do sexo masculino, concentrando 83% dos homicídios específicos nesta faixa etária e sexo. A taxa específica de mortalidade chega a 129.9 por 100 mil e está disposta segundo uma tendência de aglomerações urbanas, situadas especialmente nas regiões metropolitanas, com alta densidade demográfica e centros atratores de migração.⁷ Apresentaram um grande número de microrregiões com taxas maiores os estados de Pernambuco, Alagoas, Rondônia, Rio de Janeiro e Espírito Santo.

Poderão ser observadas nos anexos I, II e III o ranking dos municípios com maiores taxas de mortalidade por homicídios segundo dados agregados para o período de 2002 a 2004, respectivamente para os municípios com mais de 100.000 habitantes, de 20 a 100.000 habitantes e capitais.

TENDÊNCIAS DAS TAXAS DE MORTALIDADE POR HOMICÍDIOS

Avaliando-se a série histórica das taxas de mortalidade por homicídios desde 1980 (figura 27), incorporando-se dados ainda preliminares referentes a 2006, nota-se que após um período contínuo de progressivo aumento (excetuando-se leve queda nos anos de 91 e 92) do risco de morte por homicídios, em 2003 se atinge um pico de 28,9 óbitos por 100.000 habitantes, referentes ao maior número já registrado de óbitos por homicídio em um único ano no país – 51.043 vítimas. A partir deste ano, porém, observa-se uma reversão nesta tendência, com uma queda de 17% de 2003 a 2006.

Figura 27 : Taxa de mortalidade por agressões (homicídios), Brasil - 1980 a 2006*

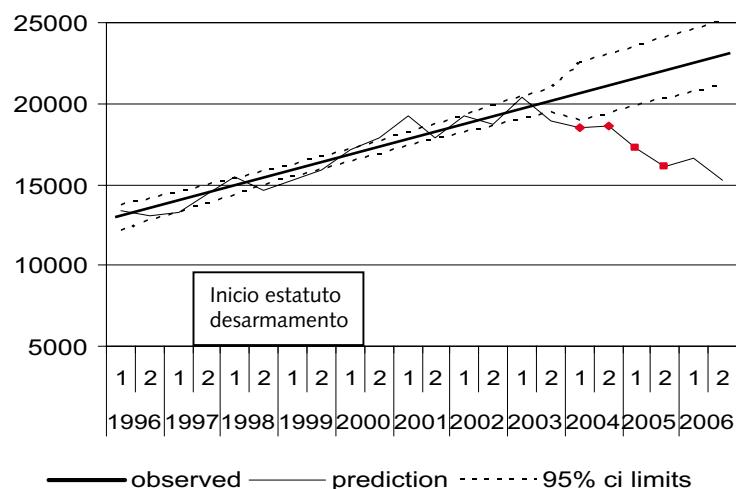
Fonte: SIM / SVS / MS e IBGE

*2006: Dados preliminares

Estudo ainda não publicado do Departamento de Análise de Situação de Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde buscou discutir os principais fatores relacionados a esta redução. Considerando que grande parte dos homicídios são causados por arma de fogo, a análise foi centrada na redução dos óbitos por arma de fogo, considerando o efeito do Estatuto do Desarmamento, das campanhas de recolhimento de armas e do engajamento dos municípios em ações de segurança pública e a respectiva criação de estruturas municipais para atuar nessa área, tais como a criação de guardas municipais, secretarias municipais e conselhos municipais de segurança pública.⁸

De 2003 a 2006, o estudo mostrou uma redução significativa no número de mortos por arma de fogo. Em 2003, morreram 39.325 pessoas por arma de fogo. Em 2004, foram 37.113 óbitos, em 2005, foram 36.060, e em 2006, foram 34.648. Assim, observou-se uma queda de 4.677 óbitos entre 2003 e 2006, ou seja, 12% considerando números absolutos. O risco de mortalidade por arma de fogo, que era de 22 por 100 mil habitantes em 2003, caiu 18% em 2006, passando para 18/100 mil habitantes. Se fossem considerados os óbitos esperados caso a tendência observada de crescimento permanecesse (figura28), teriam ocorrido 45.745 óbitos, em 2006. A redução verificada é portanto ainda mais significativa, com uma queda de 11.097 óbitos, ou seja, menos 24% de óbitos por arma de fogo em relação ao que se esperava (tabela 3).⁸

Figura 28 - Tendência do número de óbitos semestrais por arma de fogo no Brasil



Fonte: DASIS / SVS / MS

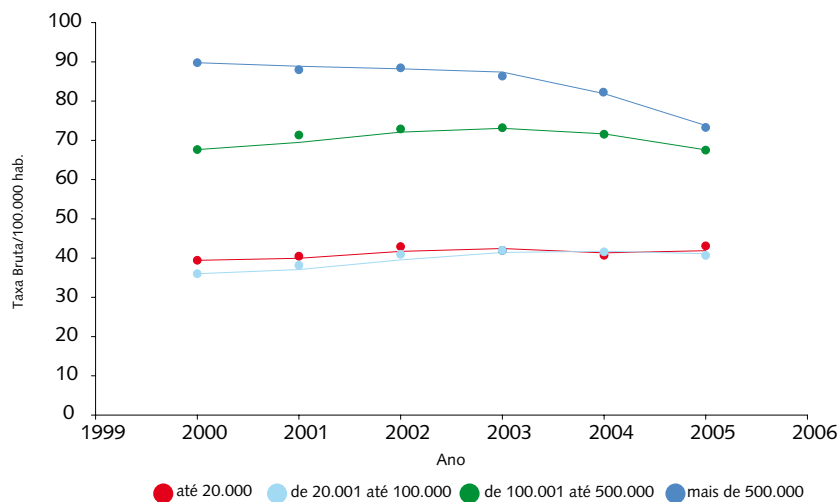
Tabela 3 – Óbitos por arma de fogo observados e previstos – Brasil 2004 e 2006

2004			2006		
observado	previsto	≠ entre obs. e previsto	observado	previsto	≠ entre obs. e previsto
37113	41859	-4746	34648	45745	-11097

Fonte: DASIS/SVS/MS

A tendência de redução das taxas brutas de óbitos por homicídios passou a ocorrer a partir de 2003 para municípios de maior porte (Figura29). Esta redução do risco de óbito por arma de fogo foi maior nos municípios com mais de 500 mil habitantes. Nos municípios com população entre 100 mil e 500 mil habitantes foi observada uma menor redução. Nos municípios com menos de 20 mil e aqueles com 20 a 100 mil habitantes foi observado risco semelhante e com tendência de estabilidade no período analisado.⁸

Figura 29: Risco de homicídio segundo porte do município. Brasil - 2000 a 2005.



Fonte: DASIS/SVS/MS

AVALIAÇÃO DOS FATORES DETERMINANTES DA QUEDA DA MORTALIDADE POR HOMICÍDIOS

Primeiro fator apontado pelas análises como significativo na redução dos homicídios no Brasil foi o impacto da criação do Estatuto do Desarmamento e das ações de recolhimento de armas nos óbitos por arma de fogo. Elaborando um quadro para avaliar a associação entre o resultado das atividades de recolhimento de armas nos estados, em termos de número de armas recolhidas, e a situação do risco de vitimização por homicídios nos estados, em termos da posição segundo a taxa brasileira e a evolução entre 2003 e 2005, verificou-se que a maior parte dos estados que teve baixo recolhimento de armas são justamente os estados que, apesar de estarem em uma situação relativamente melhor em termos de incidência de homicídios, passaram por uma situação de incremento no risco de mortalidade por homicídio – Pará, Piauí, Maranhão, Minas Gerais e Amazonas. Por outro lado, a maior parte dos estados que teve alto recolhimento de armas são justamente os estados que estavam em uma situação relativamente pior em termos de incidência de homicídios e tiveram uma redução no risco de mortalidade por homicídio – Pernambuco, Rio de Janeiro, Mato Grosso do Sul, Distrito Federal e São Paulo.⁸

Quadro 1: Relação entre recolhimento de armas e evolução da incidência de homicídios nas unidades da federação. Brasil – 2003 a 2005

		Recolhimento de Armas			
		Baixo	Médio	Alto	
Incidência de Homicídios (2003/2005)	Crescendo	Acima Taxa Nacional	Goiás	Paraná Alagoas	
		Abaixo Taxa Nacional	Pará Piauí Maranhão Minas Gerais Amazonas	Ceará Rio Grande do Sul	
	Decrescendo	Acima Taxa Nacional	Espírito Santo Amapá Rondônia	Mato Grosso	Pernambuco Rio de Janeiro Mato Grosso do Sul Distrito Federal São Paulo
		Abaixo Taxa Nacional		Rio Grande do Norte Tocantins Roraima Acre	Sergipe Santa Catarina

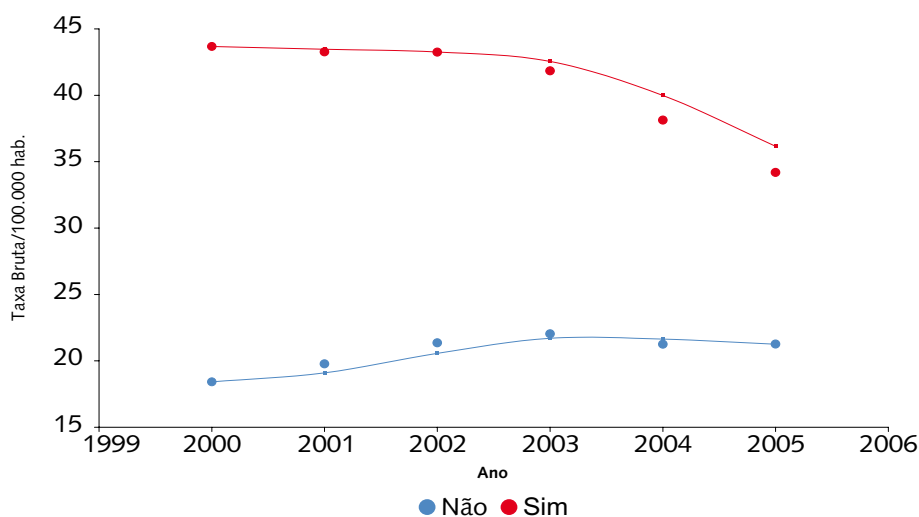
Pior Situação **Melhor Situação**

Fonte: MS / DASIS / SVS e MJ / SENASP

A análise apontou também a queda do risco de homicídios nos municípios que receberam recursos financeiros da Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP) do Ministério da Justiça, enquanto que os que não receberam recursos apresentam estabilidade nas taxas de homicídio (Figura 30). O mesmo comportamento de redução foi observado em relação a existência de estrutura municipal para atuar na área de segurança pública (Figura 31). Observou-se uma tendência de redução nas taxas de homicídio para

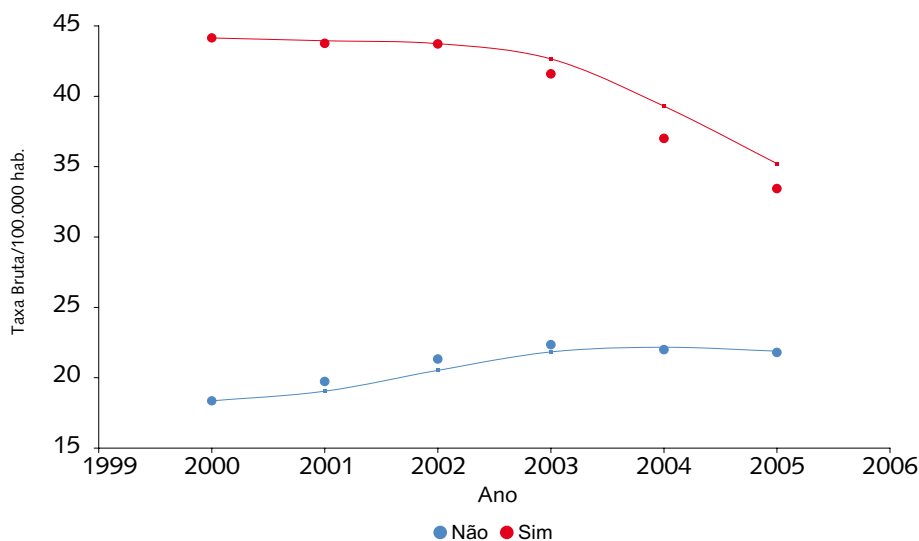
os municípios que possuem estrutura para atuar na área de segurança pública, envolvendo a criação de guardas municipais, secretarias municipais e conselhos municipais de segurança pública, e estabilidade das taxas de homicídio para os municípios que não possuem este tipo de estrutura. Cabe destacar que estes dois fatores - investimento de recursos pela SENASP e criação de uma estrutura municipal para lidar com a questão da segurança pública – devem ser vistos como resultando de um mesmo fator: o engajamento dos municípios no enfrentamento do problema da segurança pública. Um dos princípios do Sistema Único de Segurança Pública é estabelecer para os municípios um papel na área de segurança pública complementar às ações de responsabilidade da polícia e se voltando principalmente para a execução de ações de prevenção à violência e criminalidade.⁸

Figura 30 - Risco de homicídio nos municípios segundo repasse de recursos financeiros. Brasil - 2000 a 2005.



Fonte: DASIS / SVS / MS

Figura 31 - Risco de homicídio nos municípios segundo incremento da estrutura municipal de segurança. Brasil - 2000 a 2005.



Fonte: DASIS / SVS / MS

Em relação ao contexto nacional, o risco de homicídio aumentou significativamente, no período de 2000 a 2005, nos municípios que não receberam recursos ou nos municípios que não tiveram incremento na segurança, o aumento foi de 2,81/100.000 hab. e 2,88/100.000 hab. respectivamente. Nos municípios que receberam recursos financeiros houve redução média nas taxas de mortalidade por agressão, de 2000 para 2005, de 2,94/100.000 hab. Porém essa redução não foi significativa, enquanto que nos municípios que tiveram incremento na segurança a taxa de mortalidade por agressão, de 2000 a 2005, reduziu significativamente em média 3,83/100.000 hab. A análise estatística dos dados evidenciou que a existência dessa estrutura foi mais importante que o repasse de recursos na determinação da redução do risco de homicídios. A relação desta redução com repasse de recursos não foi estatisticamente significativa, enquanto que a relação com a existência da estrutura de segurança pública foi estatisticamente significativa.⁸

As principais causas identificadas para esta redução envolvem esforços e ações realizadas nas diversas esferas de governo, nas organizações não governamentais e na sociedade. O Estatuto do Desarmamento e o recolhimento de armas foram importantes por conseguirem sintetizar uma série de iniciativas e movimentos, servindo como um marcador de intervenção mais ampla. Os investimentos em segurança pública, tanto da União, por meio da Senasp, quanto por estados e municípios, tiveram o papel de estimular o desenvolvimento de estruturas de segurança pública e de projetos locais para o enfrentamento da violência, induzindo políticas locais, com ênfase em ações de prevenção da violência e criação de estrutura dedicada à segurança pública. Devem também ser destacados os demais esforços de mobilização da sociedade, organizações e movimentos comunitários. É fundamental se resgatar neste processo o papel da área de saúde, que tem incentivado o desenvolvimento de projetos para o enfrentamento da violência, como a criação de núcleos de prevenção da violência, realização de pesquisas sobre impacto na saúde, ocorrência, estudos das tendências e monitoramento, dentre outros.⁸

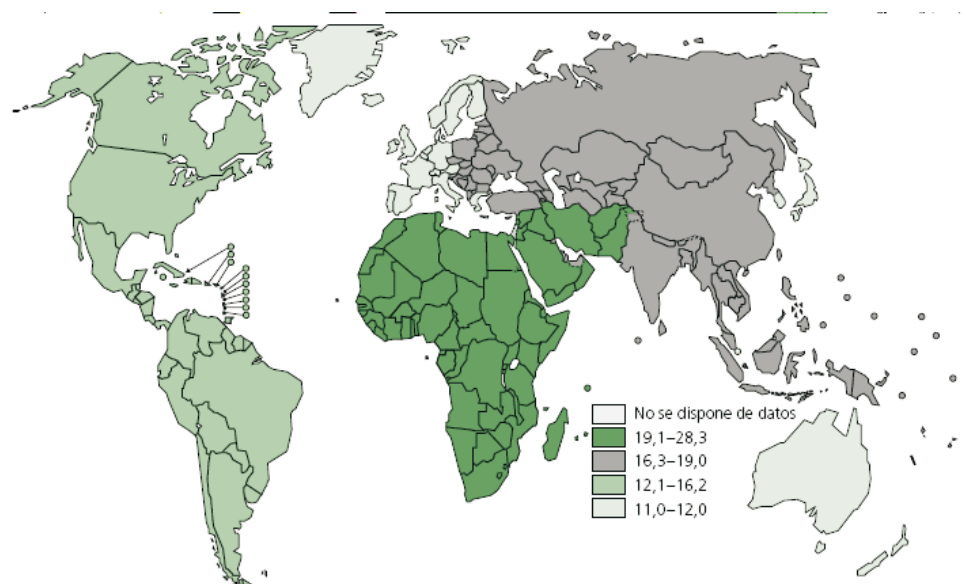
3.1.3 Mortalidade por acidentes de trânsito

Antes da invenção dos automóveis já existiam acidentes de transporte, envolvendo carruagens, pessoas e animais. Em 1896, se registrou em Londres, o primeiro caso de morte envolvendo o atropelamento de um pedestre por um automóvel. Desde então, as lesões e mortes causadas pelo trânsito vem aumentando exponencialmente. Em 1997, se estimou um total acumulado de mortes causadas pelo trânsito no mundo em 25 milhões. Estima-se que em 2002 morreram 1,18 milhão de pessoas em via pública, com uma média mundial de 3.242 falecimentos diários, o que converte as lesões causadas pelo trânsito na décima primeira causa de morte no mundo. Além dos óbitos, estima-se entre 20 a 50 milhões de feridos por ano. A cifra estimada de anos potenciais de vida perdidos em 2002

foi de 38,4 milhões, o que representa 2,6% do total de anos potenciais perdidos, o que situa os traumatismos causados pelo trânsito no 9º posto na lista de responsáveis pela carga mundial de doenças.⁹

As taxas de mortalidade causadas pelo trânsito variam notavelmente entre as regiões do mundo e seus países (figura 31). Em geral as taxas dos países de baixa e média renda são mais elevadas que os de alta renda. O conjunto de países de baixa e média renda concentrou em 2002, 90% das mortes causadas pelos acidentes de trânsito.⁹

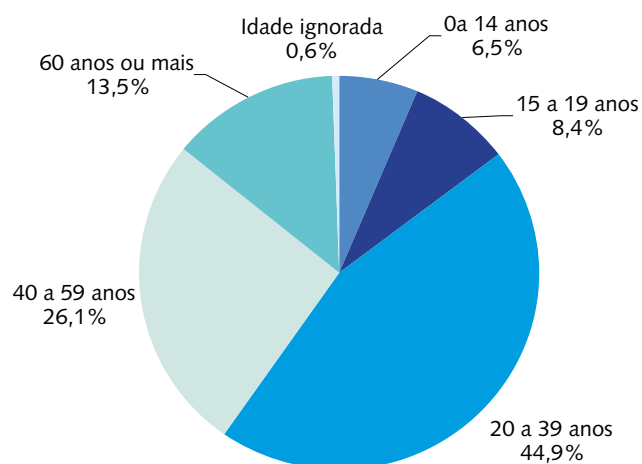
Figura 31: Vítimas fatais de acidentes de trânsito segundo regiões da Organização Mundial de Saúde, 2002



Fonte: Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial sobre prevenção dos traumas causados pelo trânsito. Genebra: OMS; 2004

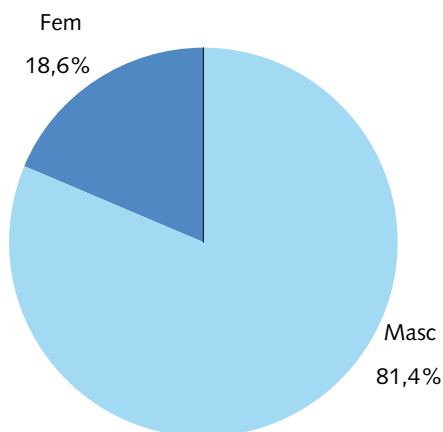
No Brasil, em 2005, foram informados ao Sistema de Informações de Mortalidade, do Ministério da Saúde, 35.994 óbitos por acidentes de transporte terrestre. A maioria, assim como observado em relação aos homicídios e suicídios, ocorreu entre adultos jovens, de 20 a 39 anos (44,9%) e no sexo masculino (81,9%), conforme pode ser observado nas figuras 32 e 33.⁴

Figura 32 : Distribuição percentual dos óbitos por acidentes de transporte terrestre segundo faixa etária - Brasil, 2005



Fonte: SIM / SVS / MS

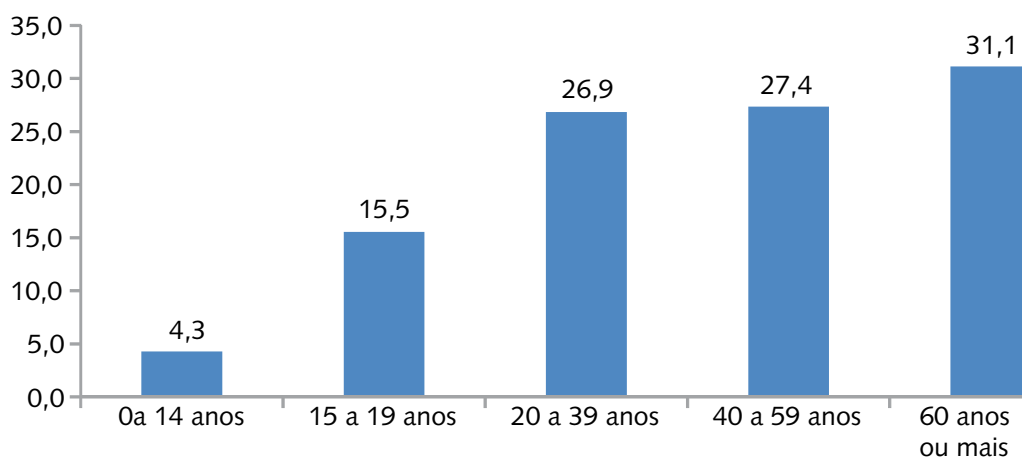
Figura 33: Distribuição percentual dos óbitos por acidentes de transporte terrestre segundo sexo - Brasil, 2005



Fonte: SIM / SVS / MS

Ao calcularmos, porém as taxas específicas de mortalidade segundo faixa etária (figura 34), nota-se que quanto maior a faixa de idade maiores as taxas. A taxa específica para a população acima de 60 anos em 2005 foi de 31,1 óbitos por 100.000 habitantes.⁶

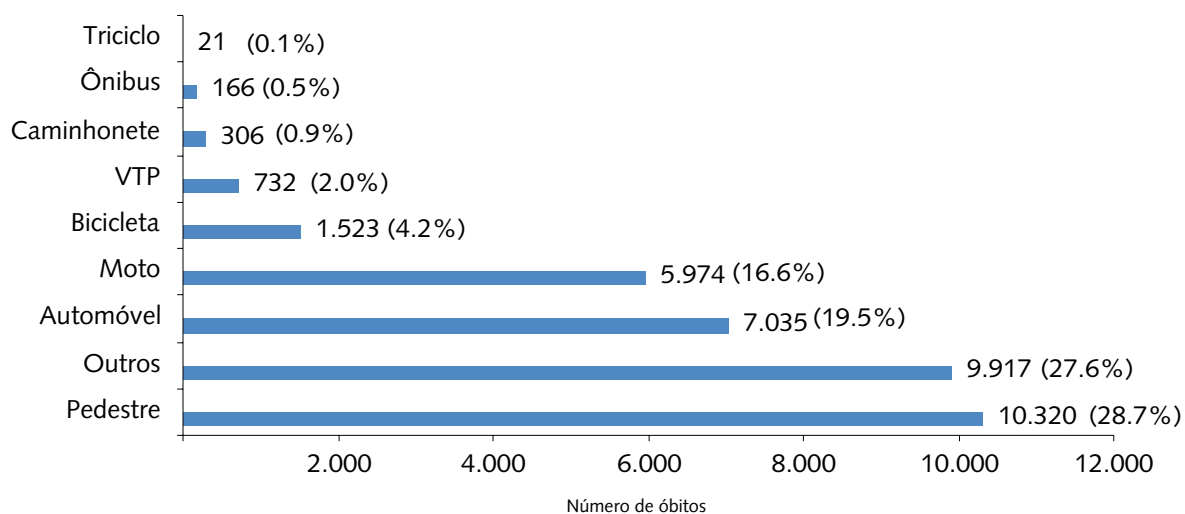
Figura 34: Taxa específica de mortalidade por acidentes de trânsito, por 100.000 habitantes segundo faixa etária, Brasil - 2005



Fonte: SIM / SVS / MS E IBGE

A Figura 35 mostra o número de óbitos por acidentes de transporte terrestre (ATT) ocorridos em 2005, de acordo com o meio de transporte da vítima. A maior parte dos óbitos (28,7%) foi por atropelamento de pedestres.⁴

Figura 35: Número de óbitos por ATT segundo meio de transporte da vítima Brasil 2005



Fonte: SIM / SVS / MS

A categoria "Outros" teve a segunda maior proporção de óbitos (27,6%). Essa categoria é composta principalmente por acidentes com veículo a motor não especificado (CID10: V89.2), acidentes de trânsito com veículo não especificado, a motor ou não (CID10: V89.9), além de acidentes ocorridos com ocupantes de trem, bonde, veículos de transportes especiais, usados em áreas industriais ou agrícolas, entre outros.⁴

Em terceiro lugar estavam os ocupantes de automóvel (19,5%), seguidos dos

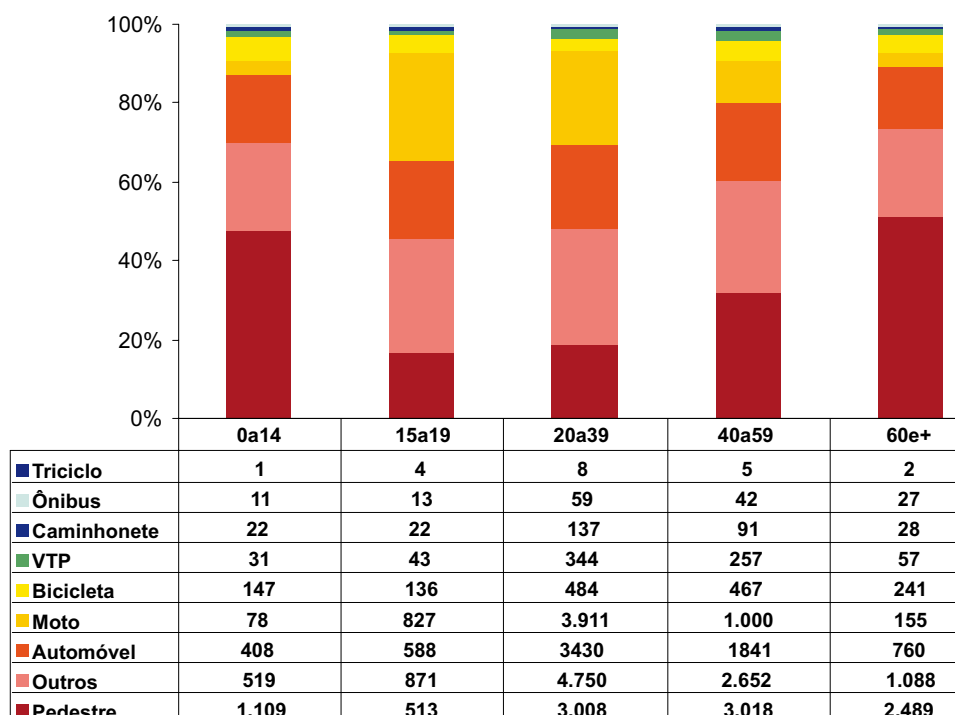
motociclistas (16,6%). As demais categorias juntas (ciclistas e ocupantes de veículos de transporte pesado, caminhonete, ônibus e triciclo) responderam pelo restante dos óbitos (7,7%).⁴

A Figura 36 mostra a mortalidade proporcional por ATT segundo o meio de transporte e faixa etária em 2005. Para os indivíduos entre 0 e 14 anos e idosos maiores de 60 anos, o atropelamento foi a primeira causa, respondendo por cerca de 50% dos óbitos. A segunda causa mais freqüente foi o acidente com veículo não especificado, e a terceira o acidente com automóvel.⁴

Na faixa de 40 a 59 anos, o atropelamento também foi a primeira causa, mas sua contribuição foi menor (32%). A segunda causa foi o acidente com veículo não especificado (28%), seguida do acidente com automóvel (20%) e de moto (11%).⁴

Nas faixas de 15 a 19 anos e de 20 a 39 anos, o acidente com veículo não especificado foi a primeira causa (cerca de 29%), seguida dos acidentes com moto (27% e 24%, respectivamente), automóvel (19% e 21%) e atropelamentos (17% e 19%).⁴

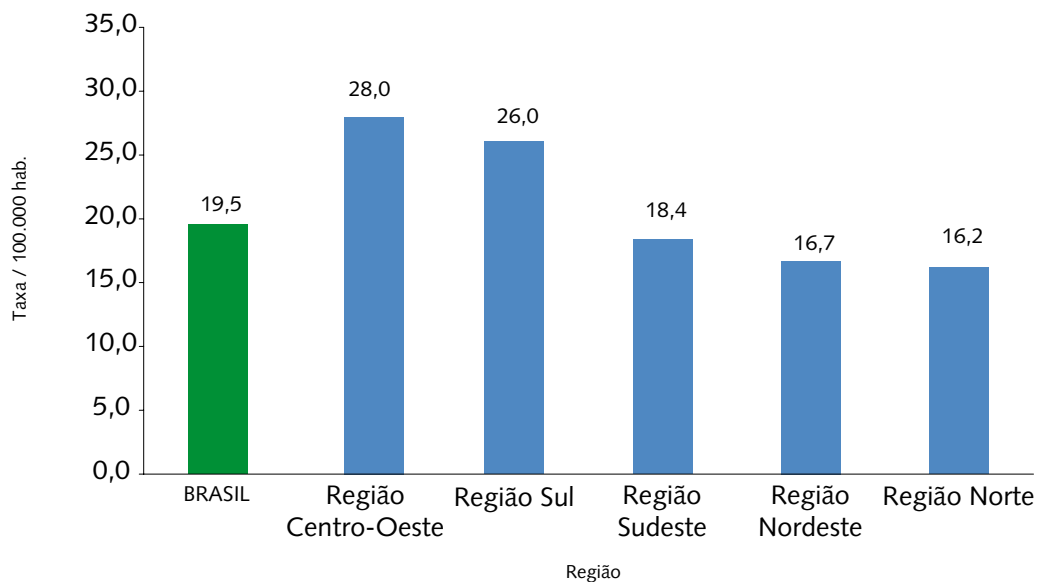
Figura 36: Mortalidade proporcional por ATT segundo o meio de transporte da vítima e faixa etária - Brasil, 2005



Fonte: SIM / SVS / MS

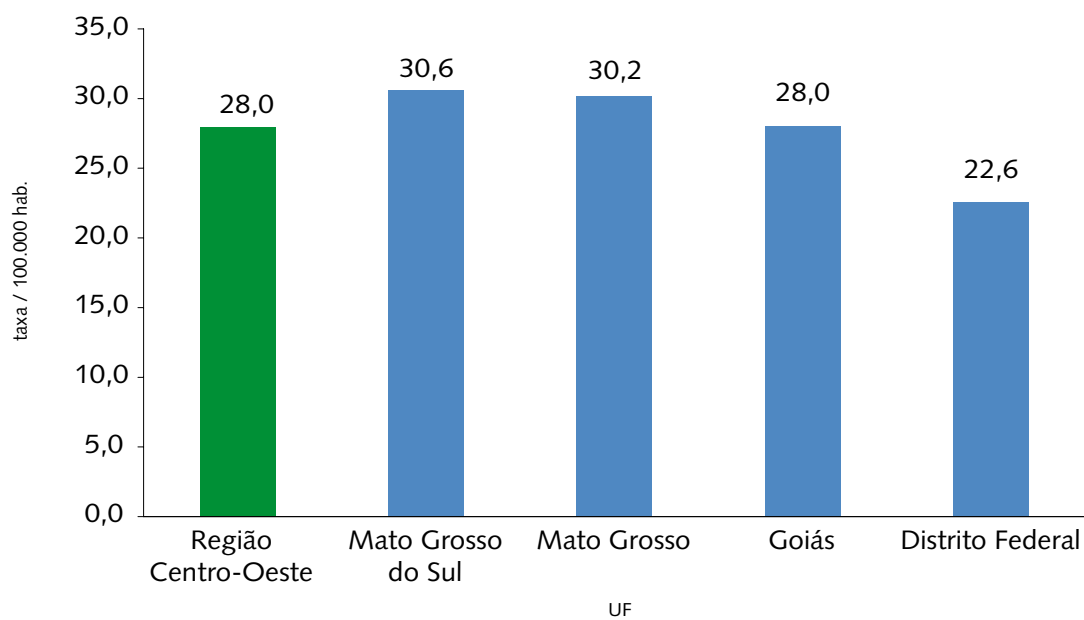
O Brasil apresentou uma taxa bruta de mortalidade (TBM) por acidentes de transporte terrestre (ATT) de 19,5 óbitos por 100.000 habitantes em 2005. As regiões com maiores coeficientes foram a região Centro-Oeste e a região Sul, com TBM respectivamente de 28,0 óbitos e 26,0 óbitos por 100.000 habitantes. As taxas de mortalidade das diversas regiões podem ser observadas na figura 37.⁶

Figura 37: Taxa bruta de mortalidade por acidentes de transporte terrestre por 100.000 habitantes nas regiões brasileiras, 2006



Fonte: SIM / SVS / MS e IBGE

Figura 38: Taxa bruta de mortalidade por acidentes de transporte terrestre por 100.000 habitantes nos estados da Região Centro-Oeste, Brasil - 2005



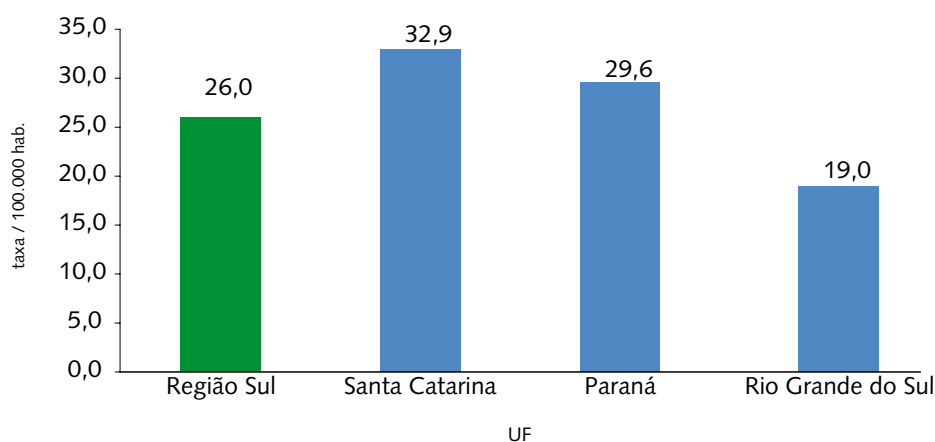
Fonte: SIM / SVS / MS E IBGE

Na região Centro-Oeste (figura 38) estão três dos cinco estados com maiores coeficientes de mortalidade por acidentes de trânsito. O Mato Grosso do Sul, com uma TBM de 30,6 mortes por ATT por 100.000 habitantes apresentou a maior taxa na região e segunda no país. O Mato Grosso apresentou uma taxa de 30,3, segunda na região e

terceira no país. Goiás apresentou TBM de 28,0 mortes por 100.000 habitantes, terceira na região e quinta no Brasil.⁶

Na região Sul (figura 39), Santa Catarina apresentou a maior taxa de mortalidade por ATT na região e no país, com um coeficiente de 32,9 por 100.000 habitantes. O Paraná apresentou a segunda maior taxa na região e quarta no Brasil: 29,6 óbitos por 100.000 habitantes.⁶

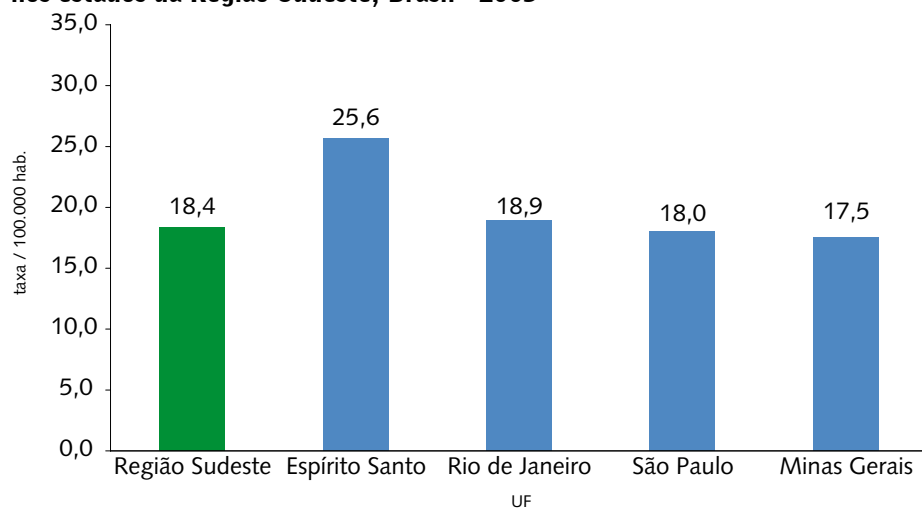
Figura 39: Taxa bruta de mortalidade por acidentes de transporte terrestre por 100.000 habitantes nos estados da Região Sul, Brasil - 2005



Fonte: SIM / SVS / MS e IBGE

O Espírito Santo apresentou o maior coeficiente de mortalidade por ATT na região Sudeste (figura 40), com uma taxa de 25,6 óbitos por 100.000 habitantes. Minas Gerais, apesar de ter a maior malha rodoviária do país, apresentou a menor taxa na região (17,5 mortes por 100.000 habitantes).⁶

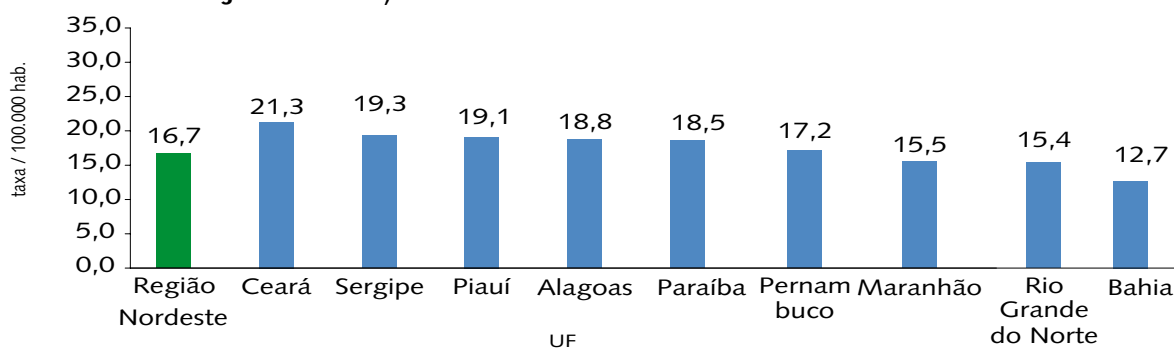
Figura 40: Taxa bruta de mortalidade por acidentes de transporte terrestre por 100.000 habitantes nos estados da Região Sudeste, Brasil - 2005



Fonte: SIM / SVS / MS e IBGE

Na região Nordeste (figura 41), o estado com maior TBM em 2006 foi o Ceará, com uma taxa de 21,3 por 100.000 habitantes. Todos os demais estados apresentaram taxas inferiores à média do país. A Bahia apresentou a segunda menor taxa de mortalidade por ATT no país, com um coeficiente de 12,7 mortes por 100.000 habitantes.⁶

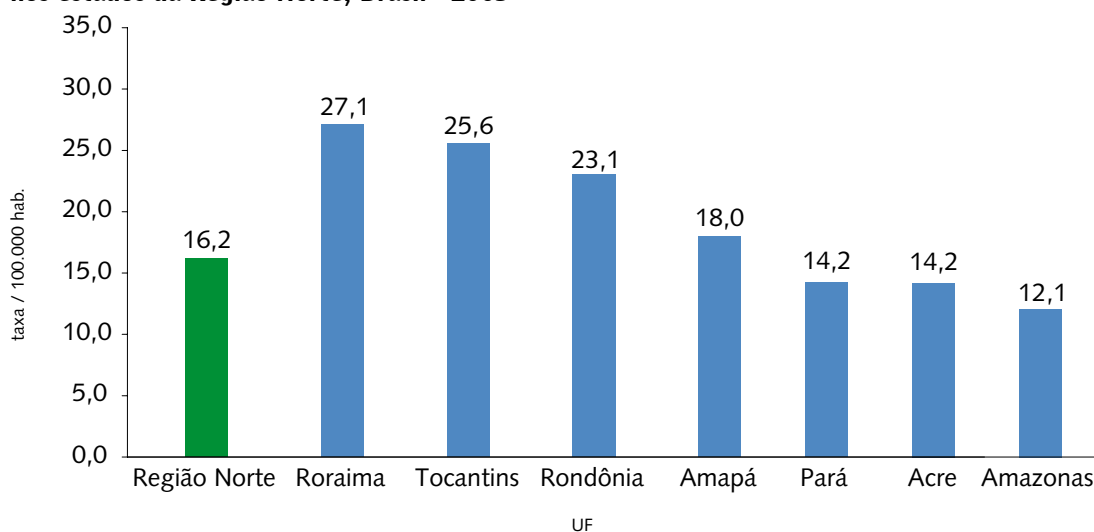
Figura 41: Taxa bruta de mortalidade por acidentes de transporte terrestre por 100.000 habitantes nos estados da Região Nordeste, Brasil - 2005



Fonte: SIM / SVS / MS e IBGE

A região Norte (figura 42) apresentou a menor taxa de mortalidade por ATT dentre as regiões do país, com um coeficiente de 16,2 por 100.000 habitantes. Três de seus estados, porém têm taxas acima da média do País: Roraima, Tocantins e Rondônia, com taxas respectivamente de 27,1, 25,6 e 23,1 óbitos por 100.000 habitantes. O estado do Amazonas apresentou o menor coeficiente da região e do Brasil, com uma TBM de 12,1 por 100.000 habitantes.⁶

Figura 42: Taxa bruta de mortalidade por acidentes de transporte terrestre por 100.000 habitantes nos estados da Região Norte, Brasil - 2005



Fonte: SIM / SVS / MS e IBGE

Conforme destacado anteriormente, todas as comparações dentre as taxas devem ser feitas com cuidado, uma vez que os diferentes níveis de qualidade da informação podem interferir significativamente nos resultados.

ANÁLISE ESPACIAL DA MORTALIDADE POR ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE NO BRASIL NO TRIÊNIO 2002 - 2004

A Figura 43 mostra o padrão espacial das taxas de mortalidade por ATT por todos os meios de transporte. Observa-se uma concentração das microrregiões com maiores riscos nas regiões Centro Oeste – estados de Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul; Norte – estados de Rondônia, Roraima, Tocantins e Pará; região Sul – estados de Santa Catarina e Paraná; e região Sudeste – estados do Rio de Janeiro e Espírito Santo.⁷

A Figura 44 mostra o risco para os pedestres, observa-se que os maiores riscos estão mais concentrados nas microrregiões compostas de municípios mais populosos como as das regiões metropolitanas das capitais. Este padrão muda para as microrregiões da região norte do país, onde se concentra grande número de microrregiões com pequenas taxas de mortalidade em pedestres.⁷

A taxa de mortalidade em motociclistas foi alta nas microrregiões no interior de Mato Grosso, Roraima, Tocantins, sul do Pará e nas regiões compreendidas entre o Piauí e Ceará, além da região litorânea de Santa Catarina, norte do Paraná e no estado de Roraima (Figura 45).⁷

Para os ocupantes de veículos, observa-se altas taxas concentradas nos estados da região Centro-Oeste, particularmente em Mato Grosso e Goiás, além do Rio de Janeiro, e algumas microrregiões do Paraná e Santa Catarina. Grande parte dos estados do Pará e Amazonas e interior do Nordeste apresentam pequenas taxas (Figura 46).⁷

Poderão ser observadas nos anexos IV, V e VI o ranking dos municípios com maiores taxas de mortalidade por ATT segundo dados agregados para o período de 2002 a 2004, respectivamente para os municípios com mais de 100.000 habitantes, de 20 a 100.000 habitantes e capitais.

Figura 43: Taxa padronizada de mortalidade por ATT nas microrregiões, Brasil 2002-2004.

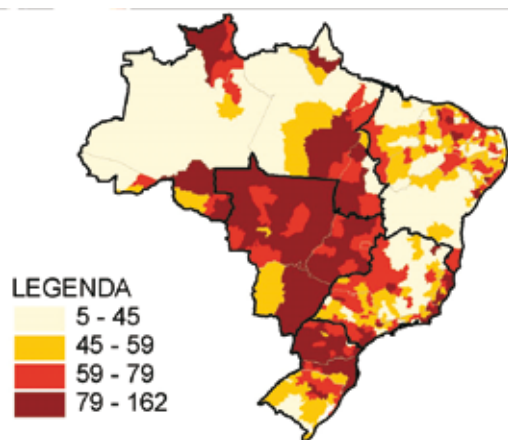
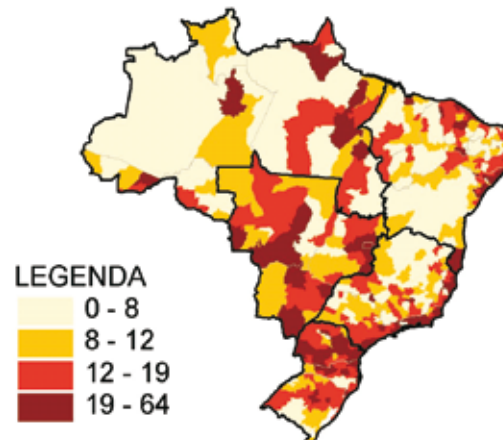


Figura 44: Taxa padronizada de mortalidade por ATT em pedestres nas microrregiões, Brasil 2002-2004.



Fonte: Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2006 - Uma análise da desigualdade em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p 485
SIM / SVS / MS e IBGE

Figura 45: Taxa padronizada de mortalidade por ATT em motociclistas nas microrregiões, Brasil 2002-2004.

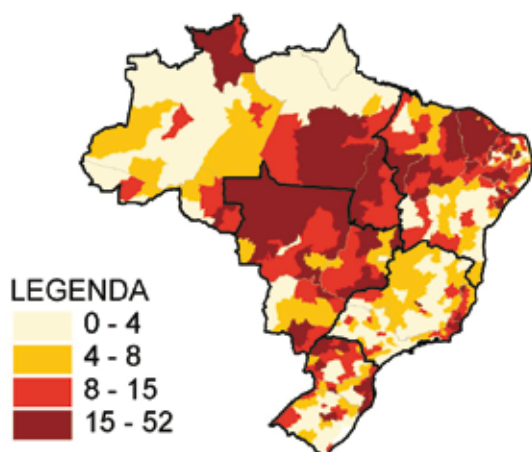
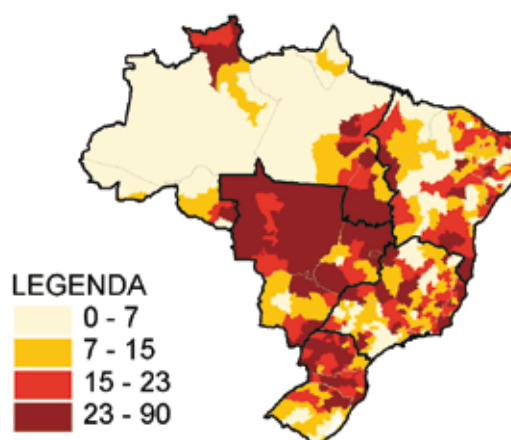


Figura 46: Taxa padronizada de mortalidade por ATT nos ocupantes nas microrregiões, Brasil 2002-2004.

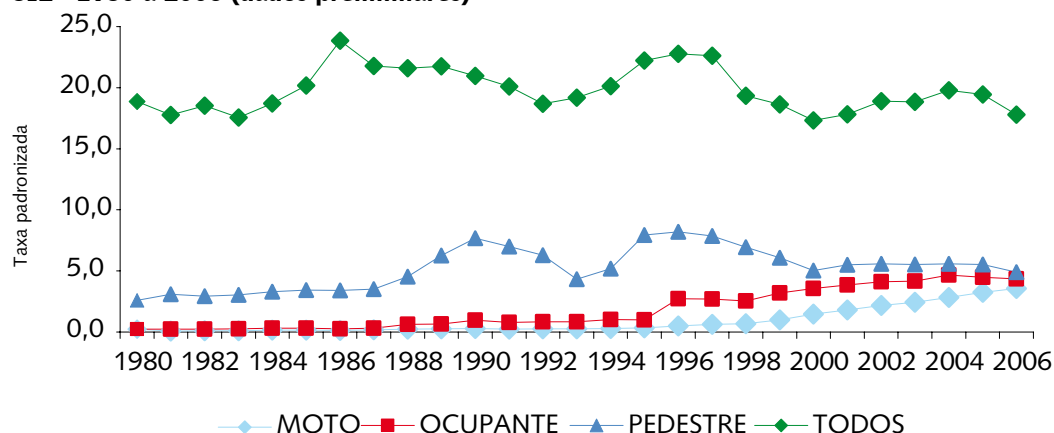


Extraído de: Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2006 - Uma análise da desigualdade em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p 486
Fonte: SIM / SVS / MS e IBGE

TENDÊNCIAS DAS TAXAS DE MORTALIDADE POR ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

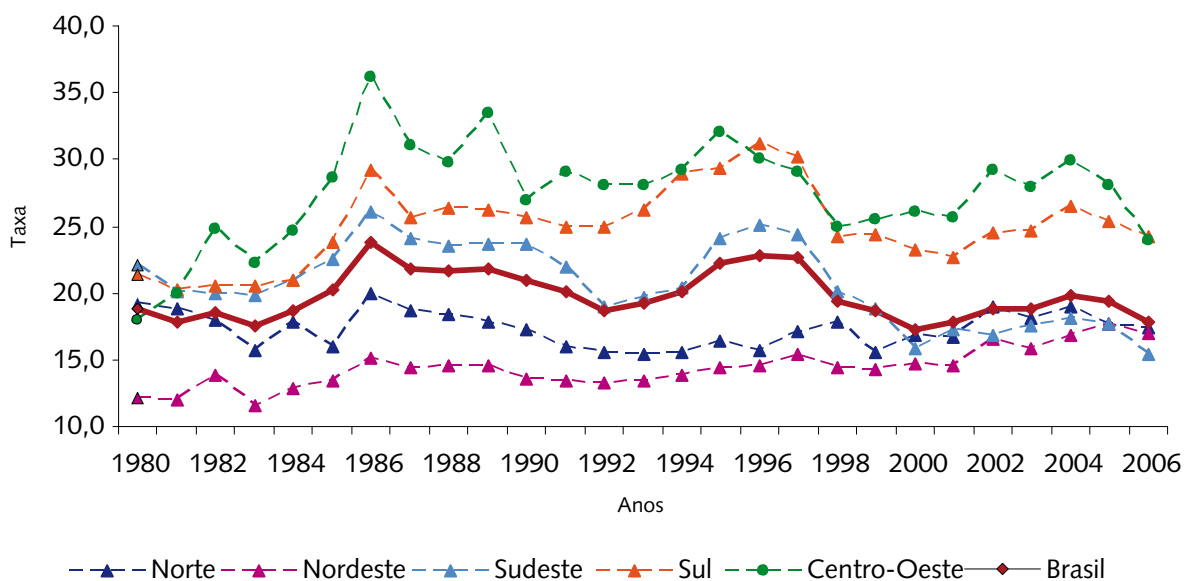
Avaliando-se a série histórica das taxas de mortalidade padronizadas por ATT no Brasil desde 1980 (figura 47), incorporando-se dados ainda preliminares referentes a 2006, nota-se uma tendência de crescimento das taxas em pedestres até o ano de 1996 e 1997, seguida de queda e a partir de 2000, estabilização. Já a tendência de mortalidade entre ocupantes de veículos é de elevação a partir de 1996 e estabilidade de 2004 a 2006. Entre os motociclistas nota-se contínua elevação dos coeficientes a partir de 1999.⁸

Figura 47: Evolução da taxa padronizada de mortalidade por acidentes de transporte terrestre, BRASIL - 1980 a 2006 (dados preliminares)



Fonte: DASIS / SVS

Figura 48: Taxa padronizada de mortalidade por acidentes de transporte terrestre, por 100.000 habitantes, segundo região - Brasil 1980 a 2006



Fonte: DASIS / SVS

A Figura 48 mostra a taxa de mortalidade por ATT nas grandes regiões do país. Observa-se em geral uma tendência de elevação das taxas até 1986 em todas as regiões, seguido de queda em todas as regiões até 1992, exceto na região sul, onde a tendência é mais estável neste período. A partir de 1992 a tendência é de nova elevação nas regiões sul, sudeste e centro-oeste, sendo as duas primeiras até 1996 e a terceira até 1995. A partir destes anos a tendência é de nova queda até 1998 nestas regiões, seguida de nova elevação até 2004. Nas regiões Norte e Nordeste a tendência é de discreta elevação no período de 1992 a 2004. No período de 2004 a 2006 nota-se uma tendência de queda nas taxas em todas as regiões, exceto a nordeste. Devemos porém considerar que os dados de 2006 são ainda preliminares. ⁸

3.2. Impacto da violência na morbidade

3.2.1 Morbidade hospitalar – Internações por lesões causadas pela violência

Segundo informações do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, ocorreram no período de julho de 2006 a junho de 2007, 796.854 internações por causas externas (tabela 4). Destas, a maior parte foi classificada como originadas por “outras lesões acidentais” (534.510 internações), tais como quedas, afogamentos e outros acidentes. Neste sub-grupo (tabela 5) as lesões que mais frequentemente motivaram internações foram as causadas por quedas (332.295 internações).¹⁰

Foram informadas neste período ao SIH: 123.233 internações causadas por acidentes no trânsito; 43.437 por agressões (violência inter-pessoal); e 9.469 internações causadas por lesões auto-provocadas.¹⁰

Cabe ressaltar, porém, que todas as análises realizadas com base neste sistema devem ser feitas com cautela, uma vez que freqüentemente não se registra a intencionalidade das lesões, causando assim subnotificação, especialmente das lesões por agressão e auto-provocadas. Deve também ser levado em conta que a maioria dos hospitais ainda são financiados por prestação de serviços, assim o maior foco dos serviços se dá no preenchimento dos campos relacionados ao financiamento dos procedimentos. A qualidade do preenchimento das informações também é influenciada pela eficiência maior ou menor dos serviços de controle e avaliação.

Observam-se também contradições quando avaliamos as taxas de internação, cruzando o número de internações com a população. Percebemos que diversos estados com altas taxas de mortalidade por homicídios apresentam baixas taxas de internações por agressões e vice-versa, o que também ocorre quando comparamos as taxas de mortalidade por suicídios e as taxas de internação por lesões auto-provocadas e as taxas de mortalidade e de internação por acidentes de trânsito. Cabe análise mais aprofundada para verificar se alguns estados apresentam maior freqüência de lesões que acabam não levando ao óbito. Também devem ser considerados os diversos níveis de qualidade do preenchimento das informações do SIM e SIH nestes estados.

Tabela 4: Número de internações por causas externas segundo grupo de causas por local de residência. Brasil – julho de 2006 a junho de 2007

Região/UF	V01-V99		X85-V09		X00-X84 Lesões autocomunocadas voluntariamente		W00-X59 Outras causas externas - lesões acidentais (quedas, afogam entos e outros acidentais)		Y10-Y34		Y35-Y36		Y40-Y84 Com plto assistência médica e cirúrgica		Y85-Y89		Y90-Y98.Fatores relacionados a outras causas		S-T Causas externas não classificadas		Total
	Acidentes de transporte	Agressões	afogamentos entre	afogam entos e outros acidentais)	Intenções e Interferência	Intervenções legais e operações de guerra	assistência médica e cirúrgica	Seqüelas de causas externas	suplem entares	S-T Causas externas não classificadas											
Região Norte	6.178	3.204	1.569	49.602	7.669	9	610	661	44	2	4	69.450									
Rondônia	1.787	465	56	4.309	87	0	137	314	2	0	7.157										
Acre	392	364	520	2.822	5	0	50	14	15	1	4.183										
Amazonas	475	155	17	2.411	5.869	1	68	100	14	0	9.110										
Roraima	510	42	10	853	7	2	9	14	0	0	1.447										
Pará	2.484	1.611	960	30.291	490	6	274	76	5	3	36.200										
Amapá	382	454	4	680	52	0	19	28	2	0	1.621										
Tocantins	148	113	2	8.236	1.159	0	53	15	6	0	9.732										
Região Nordeste	32.929	14.106	1.246	123.492	4.342	7	6.577	2.484	2.079	1	187.263										
Maranhão	6.473	175	22	10.233	59	0	268	96	25	0	17.351										
Piauí	2.011	475	70	5.301	411	4	334	18	220	0	8.844										
Ceará	10.678	3.418	277	19.710	596	0	3.218	366	211	1	38.475										
Rio Grande do Norte	2.164	808	67	5.269	50	0	300	5	173	0	8.836										
Paraíba	2.509	936	410	8.670	68	0	107	1.226	37	0	13.863										
Pernambuco	1.048	209	10	28.034	10	0	424	468	593	0	30.786										
Alagoas	2.125	1.294	11	5.923	625	0	46	9	11	0	10.044										
Sergipe	780	176	81	5.764	774	0	11	6	2	0	7.594										
Bahia	5.141	6.615	298	34.688	1.749	3	1.869	300	807	0	51.470										
Região Sudeste	60.323	18.460	5.427	218.365	14.781	285	18.546	8.364	2.976	7	347.534										
Minas Gerais	14.766	4.748	1.895	59.670	1.808	1	2.698	4.245	1.231	4	90.766										
Espírito Santo	2.032	1.351	193	10.093	62	0	221	55	152	0	14.159										
Rio de Janeiro	9.637	2.466	547	27.210	2.480	4	1.744	682	402	0	45.072										
São Paulo	33.888	9.895	2.792	121.382	10.731	280	13.883	3.482	1.181	3	187.537										
Região Sul	13.380	5.211	697	96.071	4.482	1	4.083	3.410	731	3	127.969										
Paraná	3.941	1.466	212	43.825	1.257	0	1.115	1.709	27	0	53.632										
Santa Catarina	3.489	1.132	171	20.801	303	1	1.076	886	136	0	27.995										
Rio Grande do Sul	5.900	2.583	314	31.445	2.872	0	1.842	815	668	3	46.342										
Região Centro-Oeste	10.423	2.466	530	46.990	1.545	5	1.483	783	433	0	64.638										
Mato Grosso do Sul	1.038	233	92	11.815	163	3	261	7	9	0	13.621										
Mato Grosso	1.963	278	31	10.449	34	0	157	53	18	0	12.983										
Goiás	6.147	1.216	251	18.943	970	2	708	339	98	0	28.674										
Distrito Federal	1.275	729	156	5.773	378	0	367	384	308	0	9.360										
BRASIL	123.233	43.437	9.469	534.510	32.769	307	31.249	15.802	6.263	15	736.854										

Fonte: MS / SAS / SIH

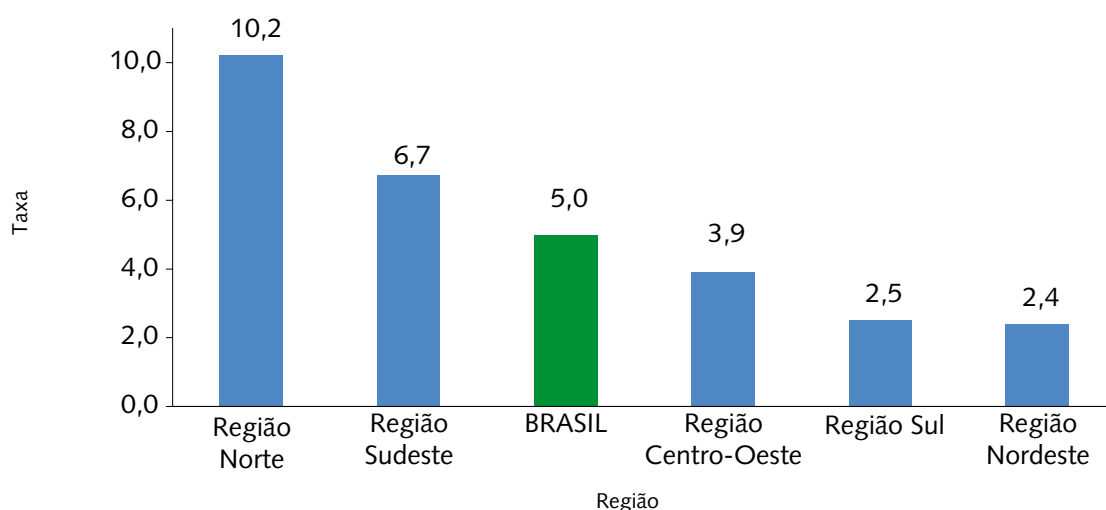
Tabela 5: Número de internações por “outras causas externas / lesões acidentais” segundo sub-grupo, por local de residência. Brasil – julho de 2006 a junho de 2007

Região/UF	W00-W19 Quedas inanimadas	W20-W49 Exposição a forças mecânicas inanimadas	W50-W64 Exposição a forças mecânicas animadas	W65-W74 Afogamento e submersão acidentais	W75-W84 Outros riscos acidentais à respiração	W85-W89 Exposição à corrente elétrica emp. pressão ex-ter	X00-X09 Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	X10-X19 Contato fonte de calor e subst. quentes	X20-X29 Contato animais e plantas venenosas	X30-X39 Exposição às forças da natureza	X40-X49 Eventos/Incidentes acidentais por expos. a subst. nocivas	X50-X57 Excesso de estímulos por viagens e privações	X58-X59 Exposição a outros fatores e não espec.	Total
Região Norte	21.662	1.941	573	13	169	10.044	688	1.759	3.686	25	2.059	2.244	4.739	49.602
Rorondônia	2.402	246	30	4	2	73	12	33	486	11	57	2	952	4.309
Acre	1.225	64	68	4	2	8	21	29	91	5	78	2	1.225	2.822
Amazonas	1.420	46	5	0	3	107	6	21	773	0	18	0	13	2.411
Roraima	217	446	11	1	2	1	27	9	136	0	3	1	0	853
Pará	12.979	1.074	447	2	158	9.899	540	634	1.966	3	195	147	2.447	30.291
Amapá	359	18	9	1	1	120	20	23	126	0	2	0	1	680
Tocantins	3.060	50	3	1	1	36	62	1.010	108	6	1.706	2.092	101	8.236
Região Nordeste	60.601	6.276	3.104	2.542	400	4.533	2.272	3.172	2.248	277	1.484	1.484	35.704	123.482
Maranhão	6.005	346	97	0	339	1.115	381	61	314	2	51	1.362	170	10.233
Piauí	3.888	373	177	7	7	13	38	104	108	0	15	1	595	5.301
Ceará	8.830	646	1.530	9	32	196	555	709	216	9	116	44	6.818	19.710
Rio Grande do Norte	4.481	390	63	7	4	1	2	169	20	75	31	0	26	5.269
Paraíba	4.286	480	167	8	2	262	237	671	57	42	170	4	2.184	8.570
Pernambuco	2.384	406	13	2.276	3	329	36	16	9	69	25	79	22.390	28.034
Alagoas	3.368	427	890	7	1	540	6	69	10	1	26	0	588	5.923
Sergipe	4.993	50	8	2	0	5	206	133	8	1	10	3	345	5.764
Bahia	22.386	3.158	159	226	17	2.072	812	1.240	1.507	78	434	1	2.588	34.888
Região Sudeste	188.246	16.774	1.847	227	466	2.270	4.560	3.368	3.268	253	3.528	117	13.462	218.365
Minas Gerais	46.474	3.038	316	78	65	478	1.114	1.022	1.757	151	1.380	18	4.779	59.670
Espírito Santo	6.646	1.540	238	30	5	31	406	336	397	2	119	0	344	10.093
Rio de Janeiro	21.462	2.604	245	24	33	120	560	286	201	31	322	48	1.284	27.210
São Paulo	94.674	9.592	1.048	95	353	1.641	2.480	1.724	913	69	1.707	51	7.045	121.392
Região Sul	57.652	5.769	656	93	696	15.734	1.720	1.259	1.242	396	938	85	9.841	96.071
Paraná	18.966	1.506	223	8	499	15.147	780	396	509	381	446	9	4.955	43.825
Santa Catarina	17.263	1.271	215	34	148	378	183	301	378	12	257	32	329	20.801
Rio Grande do Sul	21.423	2.982	218	51	49	209	757	562	355	3	235	44	4.557	31.445
Região Centro-Oeste	24.135	4.202	403	34	75	542	1.469	1.751	1.146	74	695	23	7.552	48.980
Mato Grosso do Sul	5.215	288	235	4	5	151	104	38	357	47	83	5	5.283	11.815
Mato Grosso	4.266	696	65	2	6	3.803	98	147	428	3	68	4	773	10.448
Goiás	11.187	2.368	55	5	21	842	1.107	1.434	317	23	324	4	1.256	18.943
Distrito Federal	3.467	850	48	23	43	525	160	132	44	1	230	10	240	5.773
Total	332.295	34.952	6.583	2.909	1.796	38.002	10.709	11.309	11.591	1.025	8.088	3.953	71.288	534.510

Fonte: MS / SAS / SIH

Na figura 49 observa-se que a maior taxa de internação no segundo semestre de 2006 e 1º semestre de 2007 (utilizando-se como denominador a população estimada pelo IBGE para 2007), por lesões auto-provocadas, ocorreu na região Norte, devido principalmente às altas taxas observadas nos estados do Acre e Pará (figura 50). Cabe aqui uma análise mais cuidadosa especialmente quanto à situação do estado do Acre, com taxa muito mais elevada que todos os demais estados. Sugere-se avaliar se o estado apresenta um número mais elevado de tentativas de suicídio (que não se consumam, uma vez que a mortalidade por suicídios no estado é muito baixa), ou se está ocorrendo algum erro de registro. O estado do Pará apresentou no período a segunda maior taxa de internação por lesões auto-provocadas no país, apesar de ter apresentado a segunda menor taxa de mortalidade por suicídios em 2005.¹¹

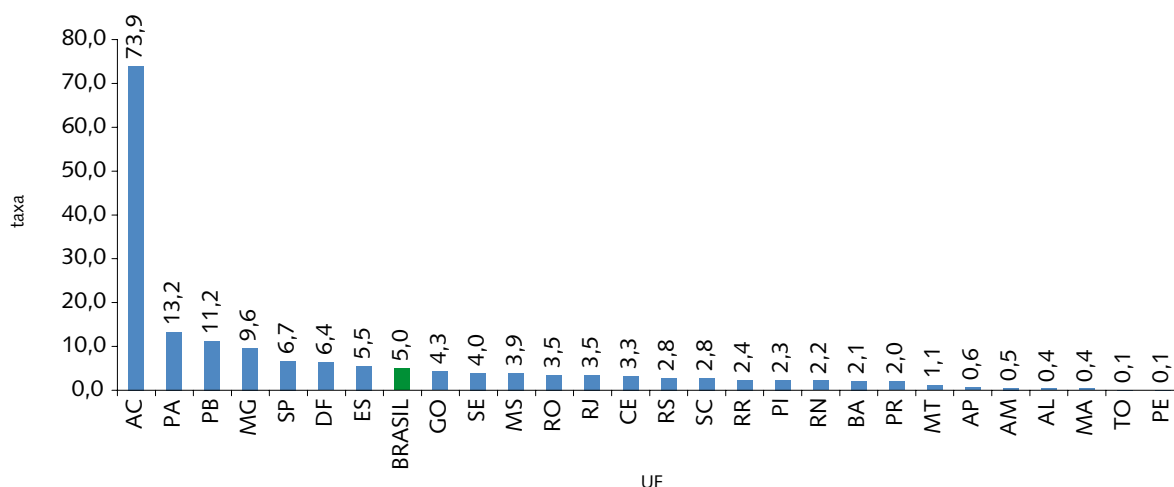
Figura 49: Taxa de internação por lesões autoprovocadas, por 100.000 habitantes, segundo região. Brasil - julho de 2006 a junho de 2007.



Fonte: MS / SAS / SIH

Também a Paraíba apresentou taxa de internações por lesões auto-provocadas acima da média do país, apesar de ter apresentado taxa de mortalidade por suicídios relativamente baixa em 2005. Minas Gerais apresentou ambas as taxas (mortalidade e internações) acima da média do país. Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul e Santa Catarina, que apresentaram as maiores taxas de mortalidade por suicídio em 2005, apresentaram taxas de internação por lesões auto-provocadas abaixo da média do país no período de julho de 2006 a junho de 2007.¹¹

Figura 50: Taxa de internação por lesões autoprovocadas, por 100.000 habitantes, segundo unidade da federação. Brasil - julho de 2006 a junho de 2007



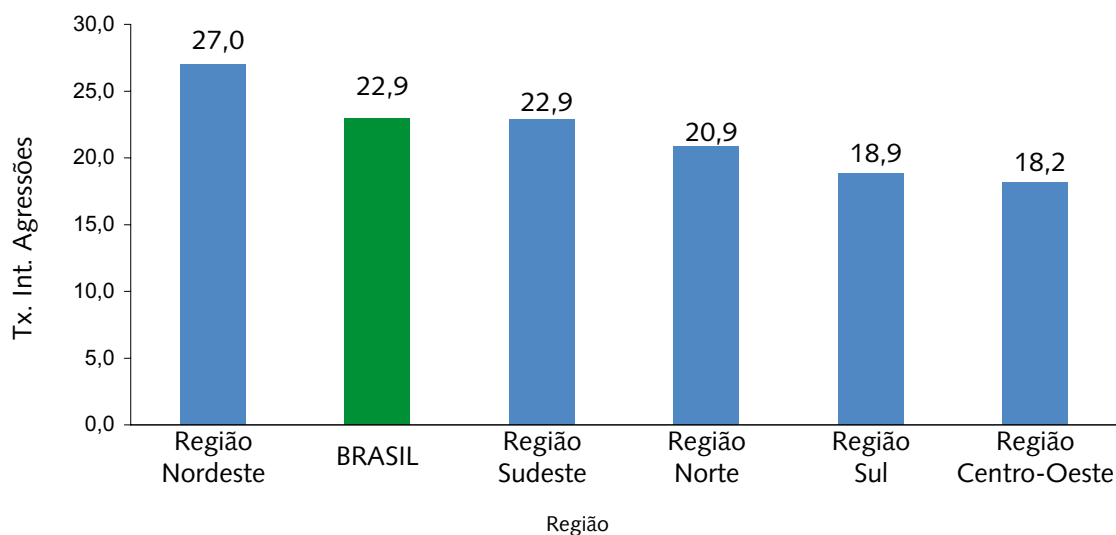
Fonte: MS / SAS /SIH

A região Nordeste apresentou a maior taxa de internações por lesões causadas por agressões no período de julho de 2006 a junho de 2007, seguido da região sudeste, sem grandes diferenças de taxas desta com as demais regiões do país (figura 51).¹¹

O estado do Amapá foi o que apresentou a maior taxa de internação por lesões causadas por agressão (71,3 internações por 100.000 habitantes), apresentou também taxa de mortalidade por homicídios acima da média do país (figura 52). Os estados de Alagoas, Espírito Santo, Rondônia e Distrito Federal também apresentaram tanto taxas de internação como de mortalidade acima da média. Já os estados do Acre e da Bahia apresentaram a segunda e a terceira maiores taxas de internação por lesões causadas por agressão, apesar de terem apresentado baixas taxas de mortalidade por homicídio em 2005.¹¹

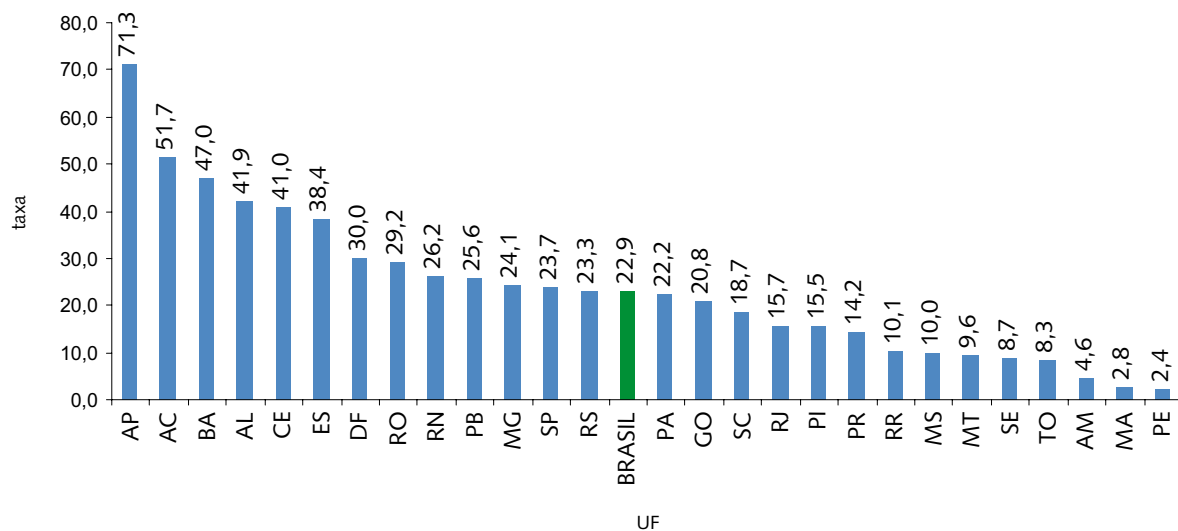
O estado de Pernambuco, responsável pela maior taxa de mortalidade por homicídios em 2005 (51,5 óbitos por 100.000 habitantes), apresentou a menor taxa de internação por agressões no país (2,4 internações por lesões causadas por agressão por 100.000 habitantes). Sugere-se também uma análise mais aprofundada neste estado quanto à qualidade do registro das informações hospitalares, porém não podemos afastar a hipótese de que o estado apresenta um número muito maior de ocorrências graves, que levam ao óbito, em relação às agressões com lesões não fatais.¹¹

Figura 51: Taxa de internação por lesões causadas por agressões, por 100.000 habitantes, segundo região. Brasil - julho de 2006 a junho de 2007



Fonte: MS / SAS /SIH

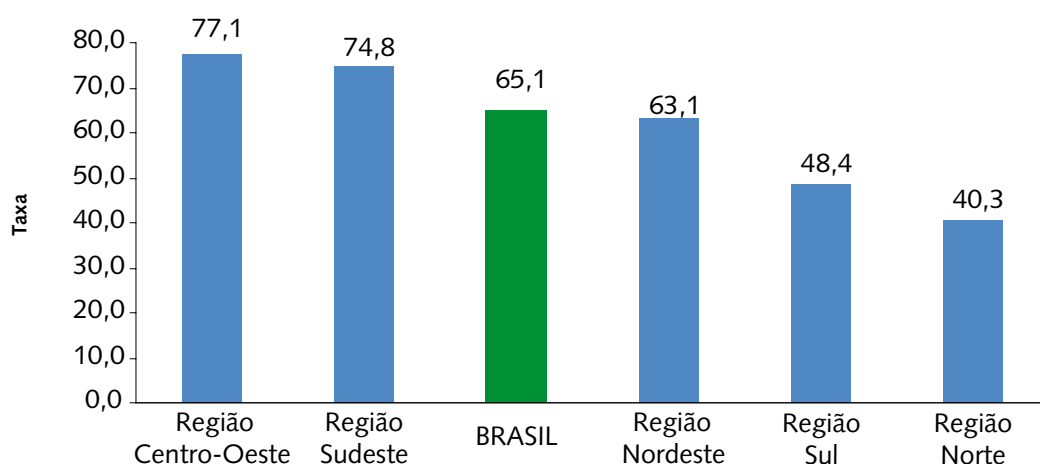
Figura 52: Taxa de internação por lesões causadas por agressões, por 100.000 habitantes, segundo unidade da federação, Brasil - julho de 2006 a junho de 2007



Fonte: MS / SAS /SIH

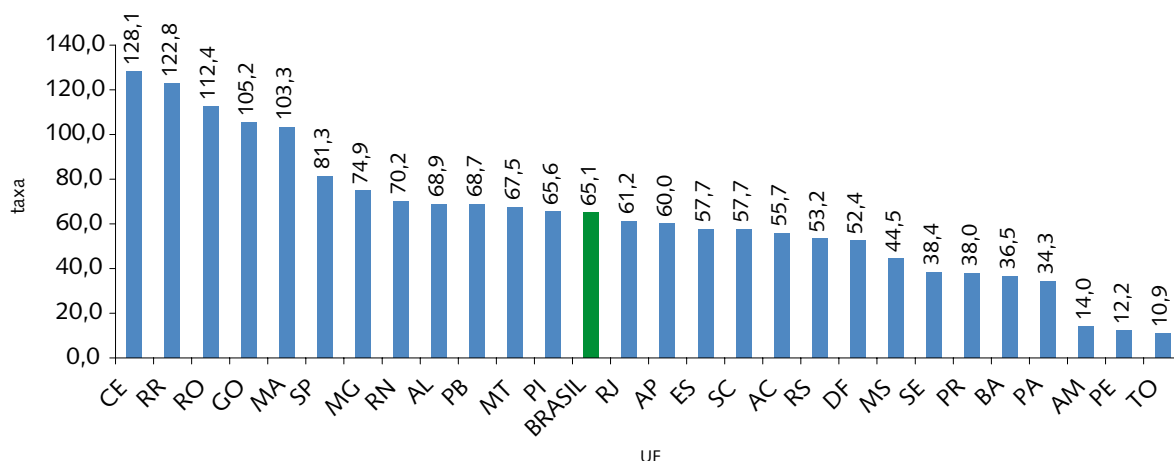
As maiores taxas de internação por acidentes de transporte ocorreram na região Centro-Oeste (77,1 internações por lesões causadas por acidentes de trânsito por 100.000 habitantes), seguido da região Sudeste, com uma taxa de 74,8 (figura 53). Regiões Norte e Sul apresentaram menores taxas.¹¹

Figura 53: Taxa de Internação por lesões causadas por acidentes de transporte, por 100.000 habitantes, segundo região. Brasil - julho de 2006 a junho de 2007



Fonte: MS / SAS / SIH

Figura 54: Taxa de Internação por lesões causadas por acidentes de transporte, por 100.000 habitantes, segundo unidade da federação. Brasil - julho de 2005 a junho de 2007



Fonte: MS / SAS / SIH

Os estados com maiores taxas de internação por lesões causadas por acidentes de trânsito foram Ceará, Roraima, Rondônia, Goiás e Maranhão, todos com taxas superiores a 100 internações por 100.000 habitantes (figura 54). Todos tiveram taxas de mortalidade por acidentes de transporte terrestre acima da média nacional, exceto Maranhão, com uma taxa de mortalidade de 15,5 por 100.000 habitantes, uma das mais baixas do país. Já o estado de Santa Catarina, que apresentou a maior taxa de mortalidade, apresentou taxa de internações pouco abaixo da média do país. O estado do Tocantins apresentou a menor taxa de internações por lesões causadas por acidentes de trânsito (10,9 por 100.000 habitantes), apesar de apresentar taxa de mortalidade acima da média (25,6 óbitos por 100.000 habitantes). Também os estados de Pernambuco e Amazonas apresen-

taram baixas taxas de internação por acidentes de transporte, ambos com taxas de mortalidade abaixo da média do país, especialmente o Amazonas, que apresentou a menor taxa de mortalidade por acidentes de transporte terrestre.¹¹

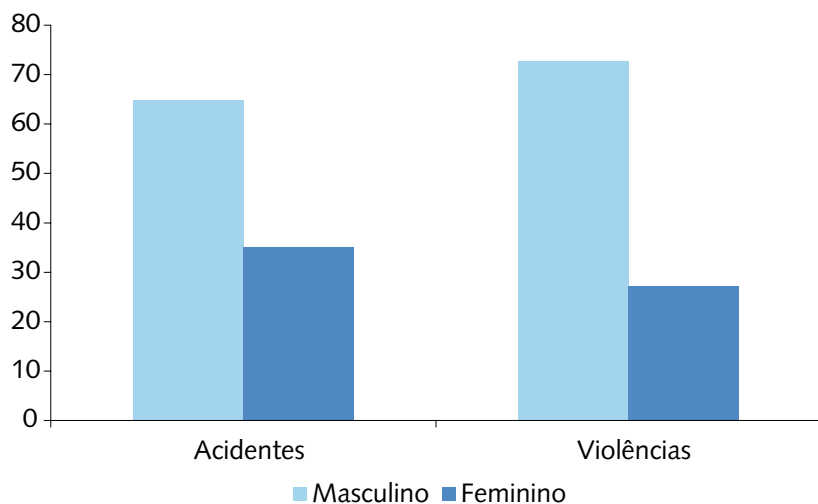
3.2.2. Morbidade em serviços sentinela de urgência e emergência - Projeto “VIVA” – Vigilância de acidentes e violências

Considerando que as informações de mortalidade e da morbidade hospitalar estão restritas a casos mais graves, com informações limitadas a dados sucintos, referentes à vítima, e à necessidade de dimensionar e caracterizar a demanda gerada por violências e acidentes nos serviços de urgência e emergência, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Vigilância em Saúde implantou o projeto Vigilância de Acidentes e Violências (Viva). O projeto tem ainda como objetivos identificar as lesões de menor gravidade, conhecer a magnitude das violências e acidentes, tipificar as várias formas de violências, conhecer a violência silenciada, principalmente, doméstica e sexual e caracterizar, além do perfil das vítimas, o dos agressores. Foi implantado em 63 unidades de urgência e emergência (serviços sentinela) de 33 municípios, nos 26 estados e Distrito Federal. Foram definidos como critérios para inclusão no projeto serviços de municípios com elevada mortalidade por causas externas, serviços que contassem com boa infra-estrutura e a adesão à proposta de vigilância. O projeto realiza pesquisas anuais, pelo período de 30 dias, em plantões de 12 horas em turnos alternados, tendo como população de estudo as vítimas de acidentes e violências atendidas por demanda espontânea. A coleta de dados é feita em formulários pré-testados para identificação dos pacientes, tipo e local da ocorrência e características do evento.¹²

Os dados obtidos pela pesquisa no período de setembro a novembro de 2006, referentes a 47.263 atendimentos, mostraram que 42.350 (89,6%) dos atendimentos foram caracterizados como acidentes e 4.913 (10,4%) como violências. Em ambos, a grande maioria das vítimas foram do sexo masculino (figura 55). A maioria das vítimas de violências foi de adultos jovens (20 a 29 anos), seguido de adultos de 30 a 39 anos e adolescentes de 10 a 19 anos. As vítimas de acidentes também foram em maior percentual na faixa de 20 a 29 anos, porém as diferenças foram mais discretas em relação às faixas etárias de 10 a 19 anos, 0 a 10 anos e 30 a 39 anos (figura 56).¹²

Figura 55: atendimentos de emergência segundo tipo de ocorrência e sexo da vítima.

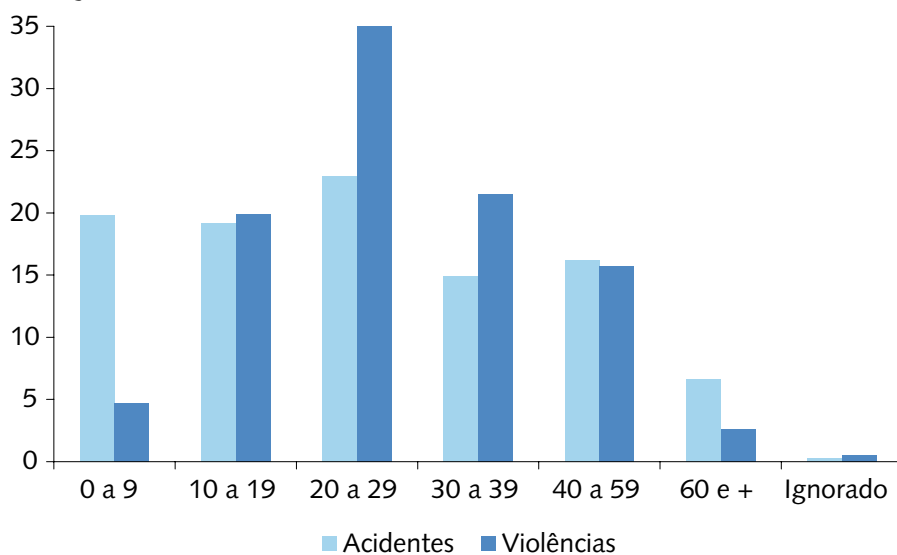
Serviços Sentinelas, 2006



Fonte: MS / SVS / DASIS / CGDANT

Figura 56: atendimentos de emergência segundo tipo de ocorrência e faixa etária da vítima.

Serviços Sentinelas, 2006

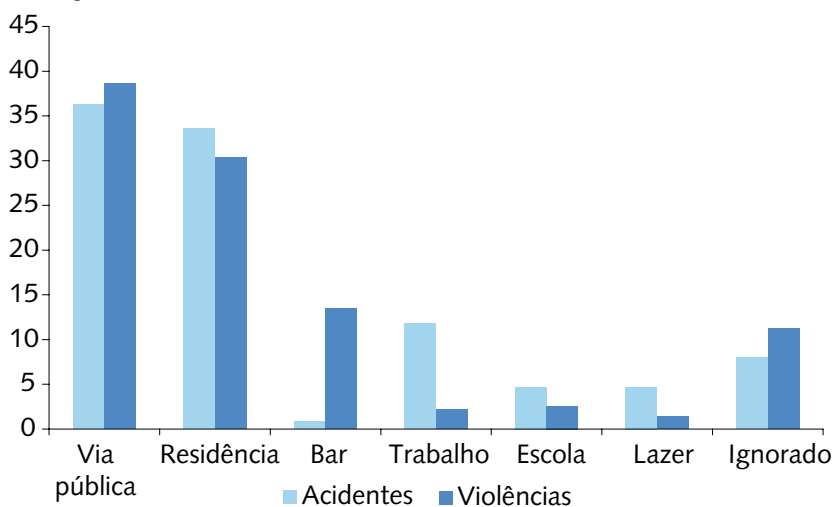


Fonte: MS / SVS / DASIS / CGDANT

Tanto os acidentes como as violências tiveram como principais locais de ocorrência as vias públicas, seguido das residências, porém ocorreram um percentual significativo (cerca de 10%) de violências em bares e acidentes nos locais de trabalho (figura 57).¹²

Figura 57: atendimentos de emergência segundo tipo e local de ocorrência.

Serviços Sentinelas, 2006

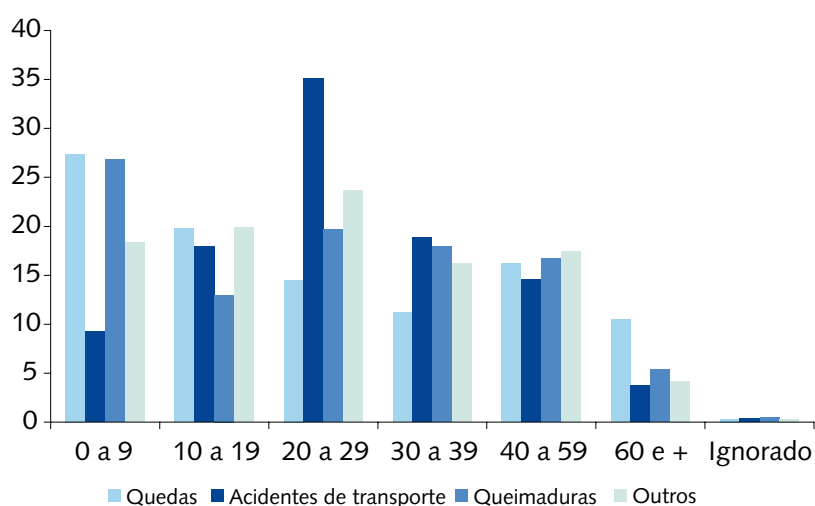


Fonte: MS / SVS / DASIS / CGDANT

Dentre os acidentes por quedas o maior percentual foi nas faixas etárias de 0 a 9 e 10 a 19 anos. A maioria das queimaduras também ocorreu na faixa de 0 a 9 anos. Já os acidentes de transporte tiveram maior proporção de vítimas na faixa etária de 20 a 29 anos (figura 58).¹²

Figura 58: atendimentos de emergência segundo tipo de acidente e faixa etária da vítima.

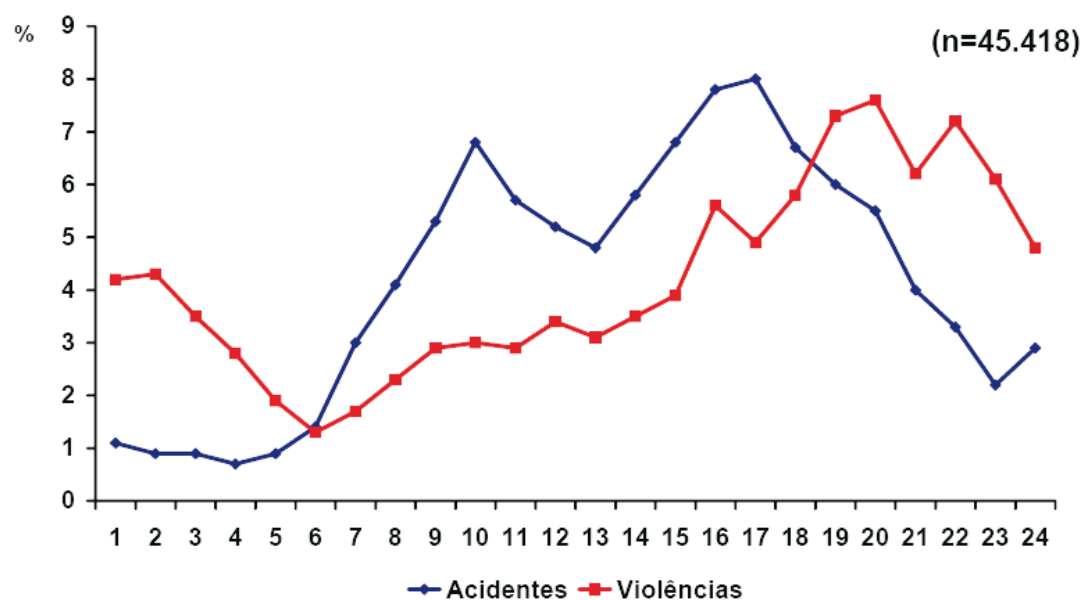
Serviços Sentinelas, 2006



Fonte: MS / SVS / DASIS / CGDANT

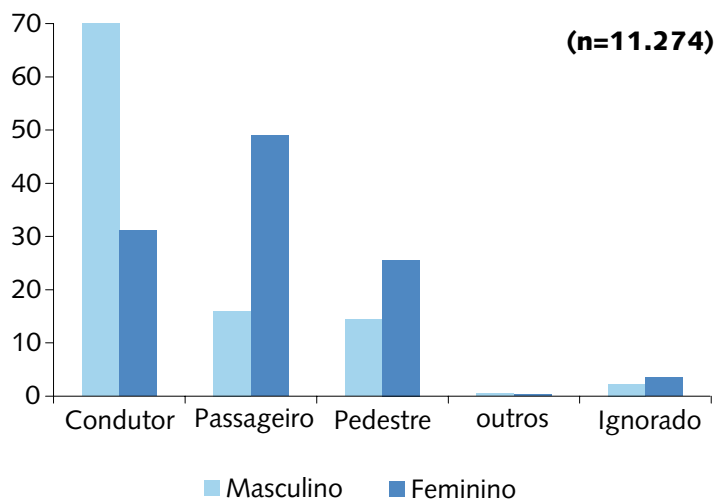
Na figura 59 podemos observar que na maior parte dos atendimentos por violência, o horário de ocorrência dos eventos, foi no período das 17h às 24h, e que o percentual vai se elevando lentamente ao longo do dia, voltando a cair das 2h às 6h da madrugada. Já dentre os acidentes, a elevação do percentual ocorre no período das 7h às 10h, diminuindo um pouco das 10 às 14 horas, voltando a aumentar a partir das 14h até as 17h, horário à partir do qual vai diminuindo gradualmente. De maneira geral, a maioria dos eventos por violência ocorre durante a noite e os acidentes durante o dia.¹²

Figura 59: Atendimentos de emergência segundo horário de ocorrência. Serviços Sentinelas, 2006

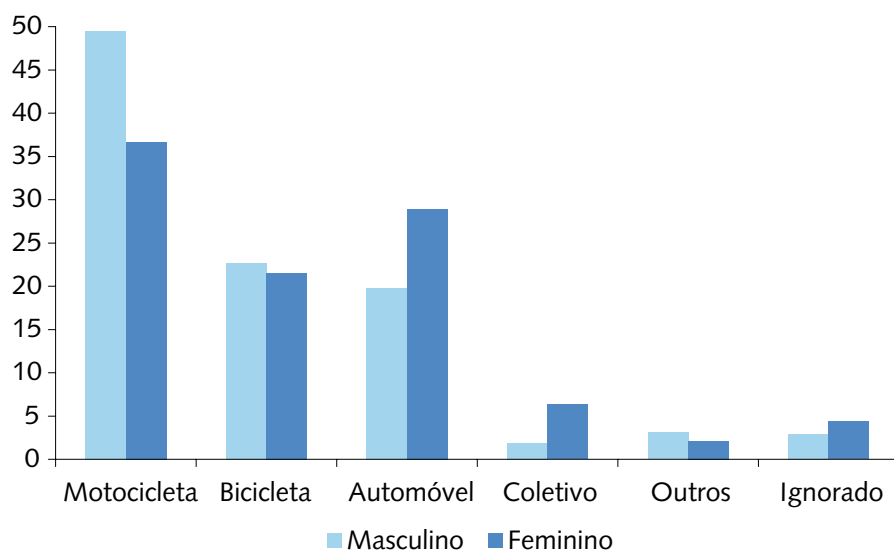


Fonte: MS / SVS / DASIS / CGDANT

Dentre os acidentes de transporte (figura 60), na maior parte dos casos das vítimas do sexo masculino (quase 70%) este era o condutor, e em menor percentual passageiro e pedestre (pouco mais de 10%). No sexo feminino, a maior parte das vítimas estava na condição de passageiro (aproximadamente 40%), em menor percentual era condutor (cerca de 30%) e pedestre (cerca de 20%). Na grande maioria dos atendimentos, o meio de transporte envolvido foi a motocicleta (aproximadamente 50% dentre os homens e 35% das mulheres). A bicicleta foi o segundo meio de transporte mais freqüentemente envolvido dentre os homens e terceiro entre as mulheres. Os automóveis foram o meio de transporte em percentual pouco menor que as bicicletas entre os homens e o segundo mais freqüente entre as mulheres (figura 61).¹²

Figura 60: atendimentos de emergência por acidentes de transporte segundo tipo e sexo da vítima.**Serviços Sentinelas, 2006**

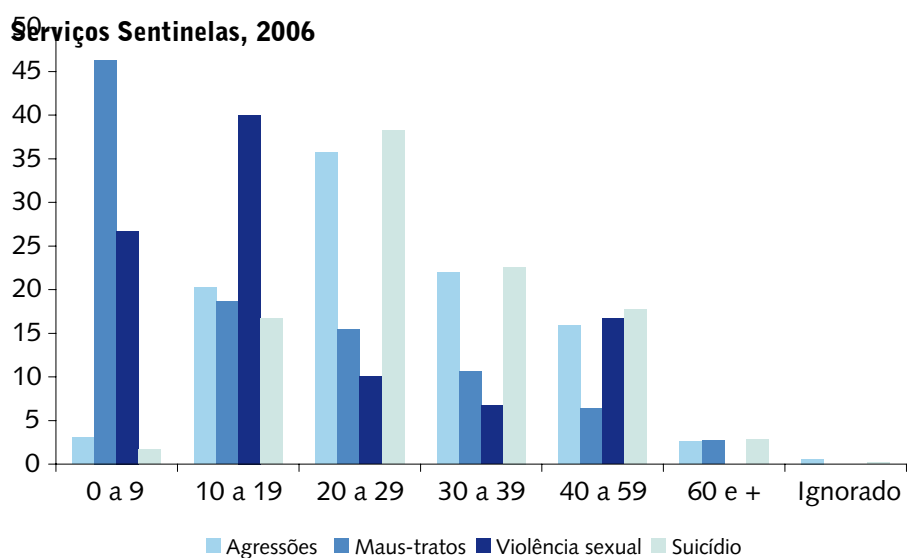
Fonte: MS / SVS / DASIS / CGDANT

Figura 61: atendimentos de emergência por acidentes de transporte segundo meio de transporte e sexo da vítima. Serviços Sentinelas, 2006

Fonte: MS / SVS / DASIS / CGDANT

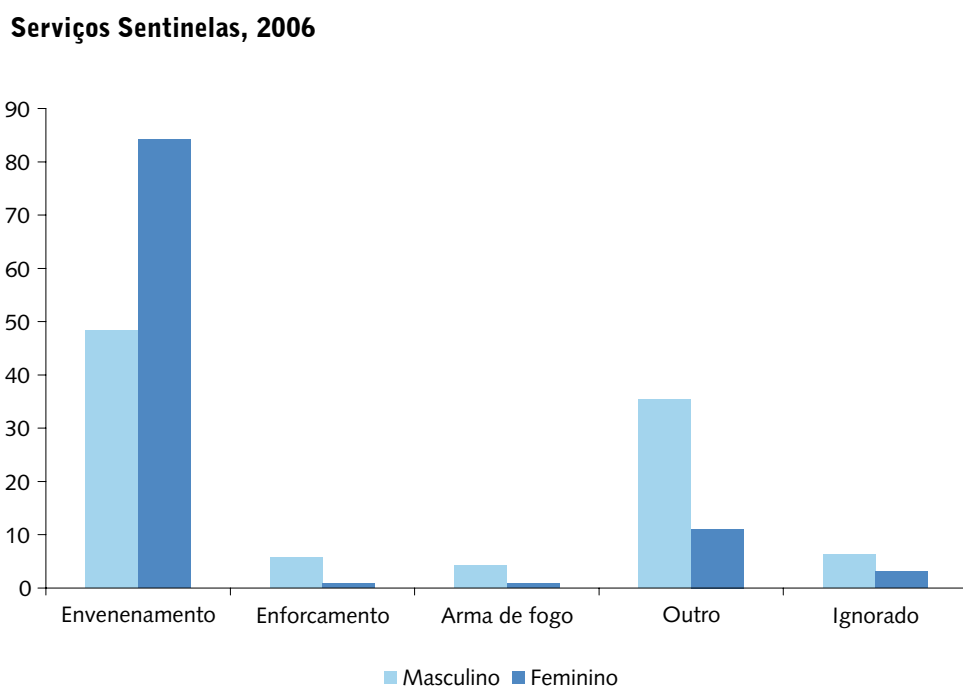
Dentre os atendimentos por violência que foram caracterizados como maus tra-
tos, o maior percentual foi entre crianças de 0 a 9 anos (pouco mais de 45%). Já dentre
os casos caracterizados como violência sexual a maioria das vítimas eram adolescentes de
10 a 19 anos (cerca de 40%). Dentre as agressões a maior parte das vítimas foi da faixa
etária de 20 a 29 anos (cerca de 35%), as vítimas de 30 a 39 anos foram pouco mais
de 20% e os adolescentes cerca de 20% das vítimas (figura 62). Dentre as tentativas de
suicídio, cerca de 37% estava na faixa etária de 20 a 29 anos.¹²

Figura 62: atendimentos de emergência segundo tipo de violência e faixa etária da vítima.



Fonte: MS / SVS / DASIS / CGDANT

Figura 63: atendimentos de emergência segundo tipo de tentativa de suicídio e sexo da vítima.



Fonte: MS / SVS / DASIS / CGDANT

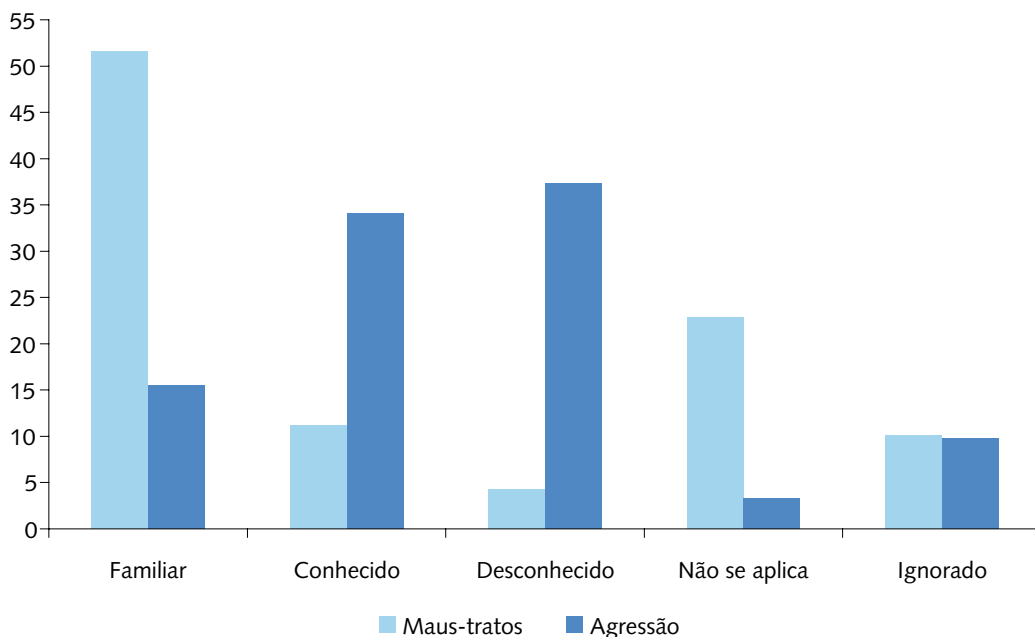
Dentre os 424 atendimentos caracterizados como tentativas de suicídio (figura 63), a grande maioria ocorreu por envenenamento, especialmente entre as mulheres (cerca de 80%), que em percentual menor foi também o principal meio utilizado pelos homens (aproximadamente 50%).¹²

Nos casos de violência por maus tratos, na maioria dos casos o agressor provável foi um familiar (cerca de 50%). Nas demais agressões, a maior parte dos prováveis agressores foram desconhecidos (pouco mais de 35%), porém pouco menos de 35% foram

conhecidos e cerca de 15% familiares (figura 64). Em ambas as situações a maior parte dos prováveis agressores foram do sexo masculino (figura 65).¹²

Figura 64: atendimentos de emergência segundo provável agressor e tipo de agressão.

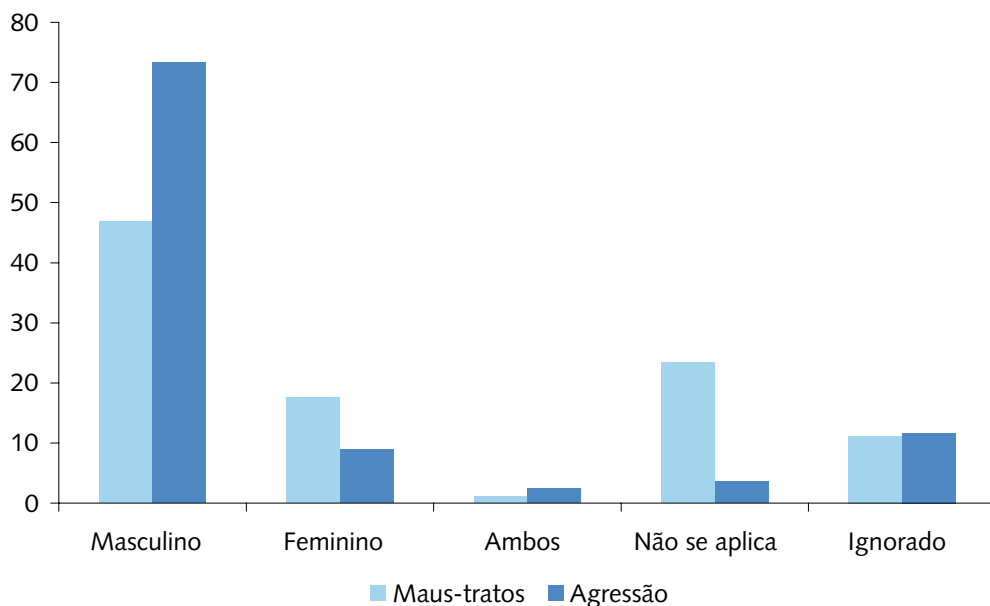
Serviços Sentinelas, 2006



Fonte: MS / SVS / DASIS / CGDANT

Figura 65: atendimentos de emergência segundo sexo do provável agressor e tipo de agressão.

Serviços Sentinelas, 2006



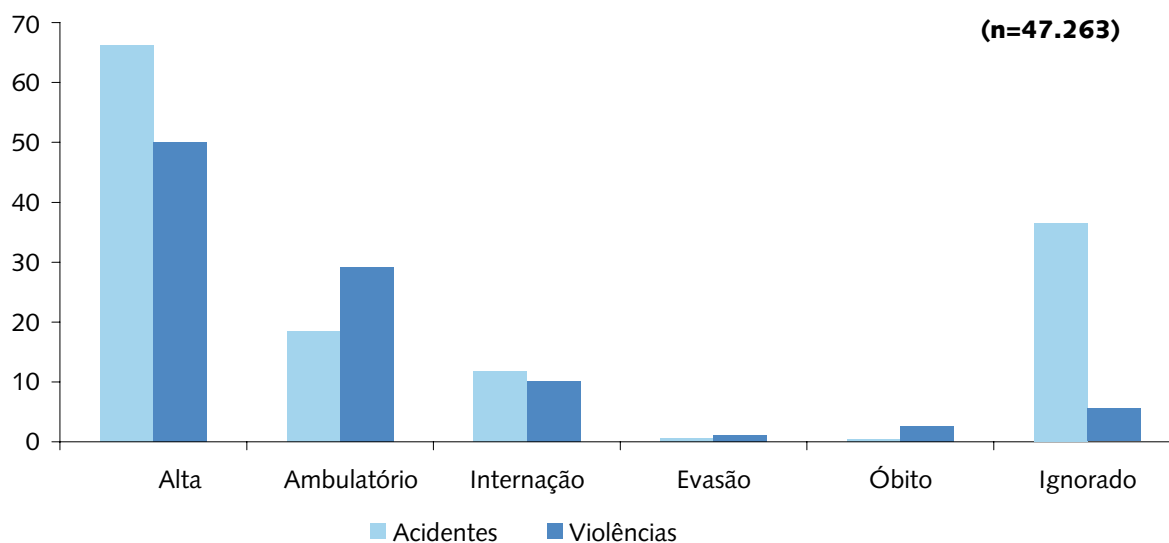
Fonte: MS / SVS / DASIS / CGDANT

Quanto à evolução, a grande maioria das vítimas atendidas nos serviços de urgência e emergência sentinela recebeu alta e, em menor percentual, encaminhada para aten-

dimento ambulatorial. Pouco mais de 10% necessitaram de internação e número muito pequeno das vítimas que chegaram aos serviços evoluíram para óbito (figura 66).¹²

Figura 66: atendimentos de emergência por acidentes e violências segundo evolução.

Serviços Sentinelas, 2006



Fonte: MS / SVS / DASIS / CGDANT

3.3. Impacto da violência nos custos da atenção à saúde

Estudo publicado pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea), vinculado ao Ministério do Planejamento, buscou estimar o custo econômico da violência no país. Segundo esta estimativa, em 2004, o custo da violência no Brasil foi de R\$ 92,2 bilhões, o que representou 5,09% do PIB, ou um valor per capita de R\$ 519,40. Deste total, R\$ 28,7 bilhões corresponderam a despesas efetuadas pelo setor público e R\$ 60,3 bilhões foram associados aos custos arcados pelo setor privado.¹³

Parte deste custo total foi baseado na parcela de recursos alocada para o tratamento de vítimas da violência, também estimado por técnicos do Ipea (RODRIGUES et al, 2007). Duas limitações nos dados disponíveis dificultam o cálculo do custo do sistema de saúde pública com a violência no Brasil. Em primeiro lugar, as informações disponíveis não permitem uma distinção dos procedimentos – e custos associados – adotados para o tratamento das vítimas de violência, daqueles atendimentos devido às demais causas de morbidade, no nível ambulatorial do SUS. Em segundo lugar, os pagamentos por serviços produzidos, que são registrados nos Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA) e Hospitalar (SIH), representam apenas uma parte das despesas governamentais destinadas à rede de atendimento pública. De fato, uma parcela importante dos recursos provém dos orçamentos públicos estaduais e municipais que complementam os recursos

repassados para “remuneração por serviços produzidos” a partir do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Para contornar estas dificuldades, RODRIGUES et al. (2007) propuseram uma metodologia que cruza informações do sistema de saúde com informações sobre a demanda por atendimento ambulatorial, do suplemento de saúde da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio (Pnad) 2003.¹³

Neste trabalho, a fim de calcular os custos associados às internações os autores utilizaram informações do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) para os anos de 1998 a 2004. Os valores monetários registrados nas AIH's foram atualizados pela série mensal do Índice Geral de Preços da Fundação Getúlio Vargas (IGP-DI FGV), tomando como período de referência o mês de julho de 2005.¹³

Os custos associados ao tratamento ambulatorial foram obtidos por RODRIGUES et al. (2007) a partir do cruzamento de várias fontes de dados, entre os quais, as despesas governamentais com saúde nas três esferas de governo utilizando os resultados fiscais da União, de todos os estados e para um conjunto dos municípios com as 100 maiores despesas na função saúde no ano de 2004. Tais dados foram oriundos do SUS, que são disponibilizadas nos arquivos de “Movimento de Autorização de Internação Hospitalar” (CD-ROM) disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datapus) através do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (Siops).¹³

Tabela 6: Custo estimado (em milhares de Reais) do tratamento das vítimas de violência. Brasil, 2004

Causa	Custo Estimado
Causas Externas (total)	3.815.310,76
Agressões	205.579,13
Acidentes de Transporte	768.671,66

Fonte: IPEA

Estas informações foram cruzadas com dados sobre a demanda por serviços de saúde coletadas pelo suplemento de saúde da Pnad 2003. Segundo essas estimativas, em 2004, o custo para o tratamento de vítimas de causas externas, de agressões e de acidentes de transporte, apontados na Tabela 6, corresponderam a R\$ 3,8 bilhões, R\$ 206 milhões e R\$ 769 milhões, respectivamente. Esses resultados são cerca de sete vezes maiores que os custos verificados em outros trabalhos, que computaram apenas os custos com internações.¹³

Tabela 7: Valor total gasto com internações por causas externas segundo grupo de causas por local de residência. Brasil – julho de 2006 a junho de 2007

Região/UF	W00-X59 Outras causas										Total
	W01-W99 Acidentes de transporte	X85-Y09 Agressões	X60-X84 Lesões autoinocuidades voluntárias	W00-X59 Outras causas externas - lesões acidentais (queadas, afogamentos e outros acidentes)	Y10-Y34 Eventos cuja intenção é indefinida	Y35-Y36 Intenções legais e operações de guerra	Y40-Y84 Comorbidade assistencial médica e cirúrgica	Y85-Y89 Seqüelas de causas externas	Y90-Y98 Fatores suplementares relacionados a outras causas	S-T Causas externas não classificadas	
Região Norte	3.377.157,23	1.718.975,42	584.620,35	26.285.951,45	4.595.888,61	2.440,78	583.771,70	469.016,70	23.627,87	2.067,15	37.643.517,25
Roraima	779.273,28	270.383,61	11.468,50	1.811.661,97	21.148,77	0,00	126.370,46	340.836,85	570,26	0,00	3.361.691,70
Acre	264.341,08	219.576,55	97.400,48	1.607.021,61	1.550,52	0,00	34.777,14	29.813,88	1.947,86	182,47	2.256.421,67
Amazonas	370.884,54	562.115,22	3.937,00	752.603,76	3.882.551,10	314,36	56.414,57	30.651,74	18.743,30	0,00	5.152.315,69
Roraima	368.040,79	22.133,63	2.193,28	483.724,41	2.394,36	483,66	4.279,00	5.468,17	0,00	0,00	826.707,20
Pará	1.233.959,63	879.522,27	488.294,17	16.942.751,85	372.567,75	1.642,76	330.684,46	36.247,16	689,87	1.884,68	19.268.244,69
Amapá	287.250,31	228.549,51	967,32	303.917,11	17.391,03	0,00	4.644,09	14.778,18	254,70	0,00	867.752,25
Tocantins	85.407,59	42.594,73	371,60	5.484.280,74	318.285,08	0,00	26.601,99	11.430,74	1.411,79	0,00	5.920.384,26
Região Nordeste	26.742.400,05	12.605.934,10	562.808,04	82.759.091,11	2.518.248,10	1.231,62	4.610.929,88	2.130.681,34	632.524,96	2.331,73	132.867.181,03
Maranhão	3.874.472,07	120.572,62	11.102,16	5.318.370,90	36.838,80	0,00	183.659,22	43.446,53	3.267,10	0,00	9.591.729,40
Piauí	1.611.016,83	312.278,55	12.492,22	3.246.944,76	138.659,48	579,07	221.108,25	23.225,16	34.864,55	0,00	5.600.168,81
Ceará	7.403.077,55	2.307.117,93	87.092,74	12.448.117,46	273.406,95	0,00	2.691.947,78	163.788,48	31.827,83	2.331,73	25.408.708,45
Rio Grande do Norte	2.034.067,29	685.062,84	54.413,54	4.194.148,65	17.993,21	0,00	144.360,70	3.039,93	33.361,00	0,00	7.176.437,16
Paraíba	2.770.957,66	1.022.563,12	213.438,93	6.966.160,46	33.161,80	0,00	60.018,12	1.047.515,65	4.767,30	0,00	12.118.683,04
Pernambuco	1.433.365,92	116.089,42	1.697,90	22.100.174,26	11.595,21	0,00	338.637,64	564.307,60	76.212,41	0,00	24.642.010,16
Alagoas	1.727.114,39	1.447.924,86	5.434,74	3.478.137,35	416.723,14	0,00	39.298,90	6.067,25	2.659,37	0,00	7.123.360,00
Sergipe	797.650,01	193.759,48	94.019,75	3.180.531,78	687.105,82	0,00	6.056,71	5.188,91	280,00	0,00	4.364.572,46
Bahia	5.090.658,33	6.391.555,28	83.116,16	21.827.505,48	902.753,74	662,55	925.942,66	274.101,94	446.315,40	0,00	35.341.611,55
Região Sudeste	63.975.883,96	18.309.724,67	2.385.112,85	153.113.678,90	9.348.228,01	184.761,72	23.462.865,86	12.451.501,55	1.554.919,80	6.623,13	282.813.300,55
Minas Gerais	17.262.474,97	5.166.437,05	1.023.198,04	44.574.576,54	812.077,29	366,05	3.486.867,04	3.366.103,09	746.115,71	1.993,22	76.439.199,01
Espírito Santo	1.834.165,27	1.137.555,88	46.124,47	6.933.066,30	26.095,60	0,00	160.461,33	51.462,86	52.913,57	0,00	10.240.824,88
Rio de Janeiro	9.128.892,71	1.929.463,68	161.366,16	19.530.710,66	1.311.389,94	1.346,95	2.259.383,22	1.417.183,66	82.710,49	0,00	35.822.457,47
São Paulo	35.750.351,01	8.077.268,05	1.155.424,18	82.075.325,40	7.198.665,28	183.058,72	17.576.164,37	7.616.752,24	673.180,03	4.629,91	160.310.819,19
Região Sul	16.392.349,65	4.207.023,62	236.200,60	74.593.184,94	3.443.471,93	127,35	4.518.940,78	3.338.814,03	708.073,74	11.878,45	107.418.962,09
Paraná	4.848.242,00	1.204.072,16	90.277,21	37.034.575,86	915.485,59	0,00	1.456.724,58	1.233.938,16	47.16,92	0,00	46.788.032,58
Santa Catarina	5.312.037,62	1.215.137,60	63.815,65	16.415.822,17	162.921,87	127,35	1.055.534,15	748.863,24	86.405,28	0,00	25.060.664,93
Rio Grande do Sul	6.232.067,03	1.787.813,86	81.107,74	21.112.786,91	2.365.064,47	0,00	2.008.881,95	1.356.012,83	616.951,54	11.878,45	35.570.264,68
Região Centro-Oeste	9.080.852,06	2.119.633,88	158.071,22	29.856.126,10	824.992,93	1.574,23	2.537.396,04	554.980,23	108.213,91	0,00	44.335.740,60
Mato Grosso do Sul	704.715,54	131.853,10	17.616,92	6.864.564,42	83.702,54	887,52	363.009,46	6.112,66	1.917,52	0,00	8.164.379,67
Mato Grosso	1.452.036,51	163.690,71	18.698,62	6.209.789,30	13.260,69	0,00	169.726,08	36.678,63	2.282,29	0,00	8.095.160,73
Goiás	5.600.166,47	1.219.893,20	68.716,32	13.256.076,03	281.121,00	686,71	1.073.423,52	208.365,18	45.801,50	0,00	21.754.049,93
Distrito Federal	1.323.933,54	568.396,87	53.039,36	3.535.716,35	146.908,70	0,00	931.236,99	304.725,86	58.202,60	0,00	6.922.160,27
BRASIL	119.568.639,95	36.956.291,69	3.925.813,06	366.578.082,50	20.430.828,68	190.135,70	36.733.804,46	18.944.893,85	3.027.360,28	22.900,46	606.378.701,53

Os gastos com internações através do Sistema de Saúde com as diversas causas externas por região e unidades da federação no período de julho de 2006 a junho de 2007 estão discriminados na tabela 7.

Dentre as despesas que o estado incorre para tratar das conseqüências da violência, além dos custos associados ao sistema de saúde, devem também ser computadas as despesas do sistema de seguridade social para fazer face às pensões e aposentadorias por mortes e invalidez decorrentes de incidentes violentos. Por outro lado, há as despesas que ocorrem como resposta ao crime: despesas para manutenção de todo o sistema de segurança pública, despesas para auto-proteção e contratação de segurança privada para manter os ativos do estado; despesas com seguro para cobrir eventos de natureza violenta ou criminosa e dispêndios associados a programas de prevenção ao crime como aqueles direcionados aos indivíduos em situação de risco, dentre outros.¹³

Devem também ser considerados os custos privados, dentre os quais os custos das vítimas, o custo dos ofensores e outros custos que a sociedade como um todo arca (não necessariamente vítimas), que decorrem de externalidades negativas da violência. Além das perdas materiais e despesas com processos judiciais, as vítimas podem incorrer em gastos com tratamentos médicos e terapêuticos no setor privado.¹³

Existem ainda outros custos intangíveis de grande magnitude, dentre os quais podem ser destacados a perda de rendimentos por dias não trabalhados; a dor, o sofrimento e a diminuição de qualidade de vida, além da perda de capital humano por mortalidade, morbidade ou traumas psicológicos, que levam a uma diminuição da produtividade do indivíduo.¹³

3.4. Violência de gênero - Violência contra a mulher

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no Primeiro Relatório Mundial sobre Violência e Saúde em 2002, define violência como "uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação" e aponta que, na maioria dos países, meninas apresentam maior risco do que meninos para o infanticídio, o abuso sexual, as negligências física e nutricional, assim como para a prostituição forçada. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará/ONU) em 1994 considera como violência contra a mulher "qualquer ato ou conduta baseado no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como privada".¹⁴

A violência se apresenta de forma diferenciada para homens e mulheres. Con-

tra a mulher é definida de diversas formas: violência intrafamiliar, na década de 1950; violência contra a mulher, a partir de 1970; violência doméstica, nos anos 1990. Na atualidade a forma de violência contra a mulher consiste em entender tal temática como uma das formas de violência de gênero e deve muito de sua força ao movimento feminista, importante movimento social do século XX.¹⁴

A violência de gênero é um problema que está ligado ao poder e abrange a que é praticada por homens contra as mulheres, por mulheres contra homens, entre homens e entre mulheres. Mesmo considerando que a mulher possa vir a ser agente de violência na sua relação com o homem, culturalmente, na sociedade brasileira e no mundo, em sua grande maioria a mulher é a vítima preferencial. Suas várias formas de opressão, de dominação e de crueldade incluem assassinatos, estupro, abusos físicos, sexuais e emocionais, prostituição forçada, mutilação genital, violência racial e outros.¹⁵

Pode ser praticadas por parceiros, familiares, conhecidos, estranhos ou agentes do estado. Estudos apontam um número importante de mulheres que foram vítimas de violência física exercida por seu próprio parceiro, chegando em alguns países ao percentual de 50%. São também relevantes os estudos do Grupo Parlamentar Interamericano sobre População e Desenvolvimento (ONU/2002), mostrando a ocorrência de mais de 205 mil agressões no período de um ano, segundo informações das Delegacias da Mulher.¹⁵

A violência contra a mulher constitui um problema de saúde pública devido a comprovação de que a violência de gênero está associada a um maior risco para diversos agravos à saúde física e mental, além de trauma físico direto, e também a uma procura mais frequente dos serviços de saúde (OLIVEIRA E SCHRAIBER,1999).¹⁵

Dados de uma pesquisa conduzida em 2001, pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sob coordenação da Organização Mundial da Saúde, mostram que os principais serviços procurados pelas mulheres em situação de violência foram os hospitais e os centros de saúde (16% na cidade de São Paulo e 11% na Zona da Mata em Pernambuco). Os problemas mais frequentemente relatados eram relacionados à saúde mental, sendo observada maior taxa de tentativas de suicídio, assim como maior frequência de consumo e problemas relacionados ao uso de bebidas alcoólicas.¹⁴

Pesquisa realizada com 2004, pela Fundação Perseu Abramo em 187 municípios de 24 estados das cinco macrorregiões brasileiras, encontrou que 19% das mulheres espontaneamente referiu ter sofrido violência por parte de algum homem e quando incentivadas para citarem algum tipo de agressão, 43% informaram que foram agredidas por homens, 11% afirmaram ter sofrido espancamento com cortes, marcas ou fraturas e 8% foram ameaçadas por armas de fogo. A pesquisa mostra que uma em cada cinco mulheres brasileiras sofreu algum tipo de violência, indicando através de projeção que pelo menos 6,8 milhões de brasileiras já foram espancadas por ano, ou seja uma a cada 15 segundos.^{15 16}

Também a violência sexual acarreta uma série de agravos à saúde física e emocional de mulheres. A pesquisa Juventude e Sexualidade (ABRAMOVAY, CASTRO E SILVA, 2004), estima que uma em cada três ou quatro meninas jovens sofre violência sexual antes de completar 18 anos. O Ministério da Justiça registra anualmente cerca de 50 mil casos de abuso sexual contra crianças e adolescentes. ¹⁶

As formas mais habituais de maus tratos e abusos contra as mulheres, segundo GOMES, MINAYO E RIBEIRO DA SILVA (2005) são:

1. Violência Sexual:

- Forçar relações sexuais quando a mulher está com alguma doença, colocando sua saúde em risco;
- Forçar relações sexuais, em geral;
- Estuprar e assediar sexualmente;
- Produzir gestos e atitudes obscenos, no trato com as mulheres;
- Discriminar a mulher por sua orientação sexual.

2. Violência Física:

- Agredir deixando marcas como hematomas, cortes, arranhões, manchas e fraturas;
- Quebrar seus objetos, utensílios e móveis;
- Rasgar suas roupas;
- Esconder ou rasgar seus pertences e documentos
- Trancar a mulher em casa.

3. Violência Psicológica:

- Humilhar e ameaçar, sobretudo diante de filhos e filhas;
- Impedir de trabalhar fora, de ter sua liberdade financeira e de sair;
- Deixar o cuidado e a responsabilidade do cuidado e da educação dos filhos e das filhas só para a mulher;
- Ameaçar de espancamento e de morte;
- Privar de afeto, de assistência e de cuidados quando a mulher está doente ou grávida;
- Ignorar e menosprezar o seu corpo;
- Insinuar que tem amante para demonstrar desprezo;
- Ofender moral sua família;
- Desrespeitar seu trabalho de cuidado com a família ou fora de casa;
- Criticar de forma depreciativa e permanentemente sua atuação como mãe e mulher;
- Usar linguagem ofensiva.

4. Violência Social:

- Oferecer menor salário que ao homem, para o mesmo trabalho;

- Discriminar por atributos de gênero ou por aparência;
- Assediar sexualmente;
- Exigir atestado de laqueadura ou negativo de gravidez para emprego;
- Promover e explorar a prostituição e o turismo sexual de meninas e de adultas.¹⁵

Em relação à violência sexual, dados baseados em registros das delegacias brasileiras levantados pela Secretaria de Segurança do Estado do Rio de Janeiro em 2004 revelam que entre os anos de 1999 e 2000, 54.176 pessoas foram vítimas de estupro e de atentado violento ao pudor. As vítimas de estupro são mulheres de todas as idades, enquanto que as de atentado violento ao pudor são, predominantemente, crianças e adolescentes. Em relação ao estado do Rio de Janeiro especificamente no que se refere a registros de estupro contra mulheres as notificações cresceram de 1991 até 1999 e tiveram uma leve queda até 2001. Em relação aos atentados de violência ao pudor, o percentual de mulheres vítimas desse atentado cresceu ao longo dos anos, passando de 21,4% para 73,3% em 2001 no conjunto das vítimas (Governo do Rio de Janeiro, 2004). O aumento do número de casos de estupro e atentados violentos ao pudor se explicam em parte pelo aumento dos registros de informações, nas Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM).¹⁵

Os dados da Polícia Civil do estado do Rio de Janeiro indicam que os homens são as maiores vítimas da violência fatal, enquanto as mulheres são as maiores vítimas de golpes, abusos e maus tratos, perpetrados pelos homens.¹⁵

Quanto às violências não fatais, os dados de internações do SUS, classificados pelo CID, constata o contrário: as taxas de internações masculinas por lesões e traumas associados à violência entre 1995 a 2000 chegam a ser o dobro das femininas. As taxas de internação por acidentes e violências eram 6,48 por mil para os homens, e 3,01 para mulheres. Verificando-se também que entre 1964 e 2000, a taxa de internação por acidentes e violências aumentou 18,9%, quando são analisadas todas as causas. Nas faixas etárias acima de 60 anos, houve maior número de internações femininas do que masculinas, com as proporções de 7,2% e 6,2%, respectivamente.¹⁵

Os dados de internações não dão conta de analisar com profundidade as consequências provocadas pelos abusos e maus tratos à saúde da mulher. ALMEIDA em 2001 mostrou um estudo em que 90,1% das mulheres com dores crônicas atendidas por um centro específico para atenção a esse problema no Rio de Janeiro, sofreram ou ainda sofriam de violência física doméstica e 46,2% delas tinham sido ou ainda eram vítimas de violência sexual. MINAYO et al (2003) e CAVALCANTE E MINAYO (2004) observaram, num estudo qualitativo, a relação muito grande entre violência contra a mulher e tentativas de ideação suicida, como também problemas elevados como: depressão, fobias, pesadelos, crises de angústia, psicoses, medo de relações sexuais, dentre outros.¹⁵

Para o enfrentamento das desigualdades entre as mulheres e os homens foi criada

a Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, em 1º de janeiro de 2003, que tem a atribuição de formulação, coordenação e articulação de políticas que promovam a igualdade entre mulheres e homens. Um passo importante foi a elaboração do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres em 2006 que tem como um dos objetivos o enfrentamento à violência através de uma Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher, prevendo a redução dos índices de violência, a garantia do atendimento integral, humanizado e de qualidade às mulheres em situação de violência, e a garantia do cumprimento dos acordos internacionais e da legislação brasileira de enfrentamento à violência contra a mulher.¹⁷

Outra medida importante foi a instituição da Lei nº 11.340, em 07/8/2006, que coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher, a Lei Maria da Penha (mulher que protagonizou um caso simbólico de violência doméstica e familiar, em 1983, por duas vezes seu marido tentou assassiná-la, tendo como resultado lesões irreversíveis à sua saúde, como paraplegia e outras seqüelas). Ela tipifica a violência doméstica como uma das formas de violação dos direitos humanos, altera o Código Penal e possibilita que os agressores sejam presos em flagrante ou tenham sua prisão preventiva decretada, quando ameaçarem a integridade física da mulher. Na sua elaboração teve um amplo processo de participação de diversas entidades representativas das mulheres e finalmente dá cumprimento à Convenção para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, da Organização dos Estados Americanos - OEA (Convenção de Belém do Pará) de 1994.¹⁸

LEI MARIA DA PENHA (LEI Nº 11.340, DE 07 DE AGOSTO DE 2006)

Inovações da Lei:

Tipifica e define a violência doméstica e familiar contra a mulher.

Estabelece as formas de violência doméstica contra a mulher como física, psicológica sexual, patrimonial e moral.

Determina que a violência doméstica contra a mulher independe de sua orientação sexual.

Determina que a mulher somente poderá renunciar à denúncia perante o juiz.

Ficam proibidas as penas pecuniárias (pagamento de multas ou cestas básicas).

É vedada a entrega da intimação pela mulher ao agressor.

A mulher vítima de violência doméstica será notificada dos atos processuais, em especial quando do ingresso e saída da prisão do agressor.

A mulher deverá estar acompanhada de advogado(a) ou defensor(a) em todos os atos processuais.

Retira dos juizados especiais criminais (lei 9.099/95) a competência para julgar os crimes de violência doméstica contra a mulher.

Altera o Código de Processo Penal para possibilitar ao juiz a decretação da pri-

são preventiva quando houver riscos à integridade física ou psicológica da mulher.

Altera a lei de execuções penais para permitir o juiz que determine o comparecimento obrigatório do agressor a programas de recuperação e reeducação.

Determina a criação de juzgados especiais de violência doméstica a familiar contra a mulher com competência cível e criminal para abranger as questões de família decorrentes da violência contra a mulher.

Caso a violência doméstica seja contra mulher com deficiência, a pena será aumentada em 1/3.

Autoridade Policial:

Prevê um capítulo específico para o atendimento pela autoridade policial para os casos de violência doméstica contra a mulher.

Permite a autoridade policial prender o agressor em flagrante sempre que houver qualquer das formas de violência doméstica contra a mulher.

Registra o boletim de ocorrência e instaura o inquérito policial.

Remete o inquérito policial ao Ministério Público

Pode requerer ao juiz, em 48 horas, que sejam concedidas diversas medidas protetivas de urgência para a mulher em situação de violência.

Solicita ao juiz a decretação da prisão preventiva com base na nova lei que altera o código de processo penal.

Processo Judicial:

O juiz poderá conceder, no prazo de 48 horas, medidas protetivas de urgência, dependendo da situação.

O juiz do juzgado de violência doméstica e familiar contra a mulher terá competência para apreciar o crime e os casos que envolvem questões de família.

O Ministério Público apresentará denúncia ao juiz e poderá propor penas de três meses a três anos de detenção, cabendo ao juiz a decisão e sentença final.¹⁸

3.5. Violência e ciclos de vida - violência contra grupos etários mais vulneráveis

3.5.1 Violência contra a criança e o adolescente

A infância e a adolescência é um período de intensas mudanças físicas, sexuais, cognitivas e emocionais. Esta fase, exacerbada de desafios, contradições, inseguranças e oposições pode desequilibrar relações afetivas familiares, escolares e sociais. Entender como a violência afeta crianças e adolescentes é um aspecto que vem sendo recentemente abordado em pesquisas.¹⁹

VIOLÊNCIA NÃO FATAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES:

Não é fácil obter dados sobre a violência não-fatal de crianças e adolescentes, faltam registros. As pesquisas sobre violência na sua grande maioria incluem somente pessoas com idade superior a 12 anos. Os registros de dados de morbidade em serviços de saúde em geral são insuficientes e só acontecem após a pessoa buscar ajuda no setor saúde. Portanto, o registro depende do acesso às unidades de saúde e da forma de abordagem dos profissionais que atendem esse tipo de situação.¹⁹

Em países onde há dados da área da saúde sobre violência, o quadro é preocupante. Estima-se (KRUG et al., 2002) que para cada homicídio de jovem ocorram de 20 a 40 vítimas de violência não-fatal. A ocorrência de violências não-fatais cresce à medida que avança a idade, em especial, entre os jovens do sexo masculino.¹⁹

Além de pesquisas, outra fonte de dados sobre a violência que atinge crianças e jovens são os estudos sobre a exposição destes grupos à violência, mostrando qual o grau de contato direto e indireto das crianças com a violência na comunidade, na escola ou na família.

Dados da National Survey of Adolescents (1996), que monitora o desenvolvimento de adolescentes nos Estados Unidos revelam que, em 1995, entre jovens de 12 a 17 anos de idade em algum momento da vida foram vítimas de agressão sexual (8,1%); lesão corporal grave (17,1%); punição física abusiva (9,4%); e testemunho de violência grave, ou seja, alguém recebendo um tiro, levando uma facada, sendo agredido sexual ou fisicamente ou sendo ameaçado com uma arma (39,4%) (KILPATRICK, SAUNDERS E SMITH, 2003).¹⁹

Pesquisa da Nacional Crime Victimization Survey, em 1995, mostra que crianças e jovens entre 12 e 17 anos tinham sido vítimas de lesão corporal (72%); lesão corporal grave (17%); de assalto à mão armada (8%); e de abuso sexual/estupro (3%) (LAURITSEN, 2003). Em 1997 a mesma pesquisa demonstrou que 11% das vítimas de crime, tinham menos de 18 anos de idade.¹⁹

Nos Estados Unidos em 1997, em 12 estados, as polícias começaram a registrar a idade das vítimas de violência não fatal sendo identificada a grande representação de jovens com menos de 17 anos de idade como vítimas de delitos violentos. As crianças e jovens entre zero e 17 anos representaram: 71% das vítimas de abuso sexual (ou estupro), 38% das vítimas de seqüestro e 12% das vítimas de todos os crimes violentos registrados pela policia, sendo a lesão corporal a violência mais freqüente, representando 41% dos casos registrados pela policia nessa faixa etária.¹⁹

Outros dados relativos a crianças com menos de 12 anos de idade expõem a extensão de crianças como vítimas da violência não-fatal, permitindo identificar a super-representação desse grupo como vítimas de vários delitos violentos. Entre 1991 e 1996, crianças com menos de 12 anos representaram 5,5% das vítimas de todos os crimes

violentos registrados pelas polícias. Mais de um terço das vítimas (37%) tinha menos de sete anos de idade e quase a metade (47%) eram meninas (WILSON, 2000). O estudo demonstrou também que crimes contra crianças têm maior probabilidade de ser conhecido se ocorrer dentro da escola e se o agressor for um adulto não familiar.¹⁹

FINKELHOR et al. (2005), em uma pesquisa nos Estados Unidos com crianças e jovens entre dois e 17 anos de idade, examinou 34 tipos de violência envolvendo crimes, maus-tratos, agressões por irmãos e por colegas, abuso sexual e testemunho de violência (violência indireta). Os resultados desse estudo revelaram que entre 2001 e 2002, em média, cada criança e jovem foi vítima de até três tipos de violência e que de cada mil crianças e jovens:¹⁹

- 530 foram vítimas de agressão corporal, em que 103 sofreram alguma lesão em consequência desta agressão;
- 357 testemunharam violência;
- 273 foram vítimas de crimes contra o patrimônio;
- 136 foram vítimas de maus-tratos;
- 82 foram vítimas de crimes sexuais.

As crianças entre 6 e 12 anos são, com maior frequência, vítimas de agressão física, de bullying (que inclui, além de provocações e humilhações, agressões físicas e sexuais) e de assédio. Os adolescentes são vítimas de lesão corporal, seqüestro e agressão.

A conclusão dos autores é que a maioria das pesquisas subestima o grau de violência contra crianças e jovens e revela a existência de padrões de vitimização crônica. Essas violências não sendo detectadas, deixam de ser alvo de ações de prevenção e que aumentam o risco de mais violência e de se tornarem estatísticas fatais.

A grande contribuição desses estudos sobre violência é a de trazer para o conhecimento o que ocorre antes das estatísticas de homicídio: o papel da experiência de violência recorrente, provocada pela violência não-fatal na construção do desfecho final e, portanto, da prevenção deste desfecho. Conhecer o perfil das vítimas da violência não fatal é um dos elementos necessários para o desenho de programas de prevenção mais eficientes, como também é importante identificar quem são os agressores, ou seja, é necessário prevenir tanto a vítima da violência como o agressor.

Dados dos Estados Unidos (FINKELHOR E OSMOND, 2000) revelam que em 55% dos casos de violência contra crianças, o agressor é um adulto e que com frequência os agressores são membros da família (55%) ou conhecidos (44%). As crianças pequenas são vítimas de agressões e maus-tratos dentro de casa pelos pais, avós e irmãos.¹⁹

Estudos têm relacionado a influência da violência não-fatal nos desfechos fatais. É comum que o homicídio de crianças, adolescentes e jovens seja ponto cumulativo de um histórico de agressões diversas. Estudos sobre violência sexual intra-familiar (RIBEIRO

et al.,2004) contra crianças e adolescentes atendidos nos Conselhos Tutelares e no Centro de Referência da Criança e do Adolescente em Ribeirão Preto constata esse cenário. ¹⁹

Em pesquisa realizada entre profissionais de serviços pediátricos na cidade de Campinas (SP) 86% dos profissionais disseram já haver atendido situação de maus-tratos em crianças e adolescentes, sendo 87,2% espancamentos; 61,5% estupros e 41% negligência. Os agressores eram das relações interpessoais e intra-familiares: parentes próximos (pais, irmãos,tios) ou pessoas conhecidas (MARMO et al.). ¹⁹

Estudo sobre atendimento de vítimas da violência doméstica atendidos em Centros Regionais de Atenção aos Maus Tratos na Infância (DESLANDES, 1994) mostrou que a maioria dos agressores possui histórico de consumo abusivo de drogas e álcool. ¹⁹

Dados da Rede de Proteção à Criança e do Adolescente em Situação de Risco para a Violência, de Curitiba (PR), apontam que o agressor mais freqüente é a mãe (60%), o pai (24%), o padrasto (5%) e os avós (3%). A violência não-fatal contra crianças e adolescentes é justificada freqüentemente como forma de disciplina. ²⁰

No anexo VII podem ser avaliadas as características mais comuns de crianças e adolescentes que apresentam risco para maus-tratos.

CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DA VIOLÊNCIA FATAL

As mortes de crianças e adolescentes por causas externas cresceram ao longo dos últimos anos em vários países, destacando-se o homicídio como a causa principal. De um modo geral são os jovens do sexo masculino que correm o maior risco de serem mortos, de acordo com estudos internacionais.

YUNES E ZUBAREW (1997) analisaram os homicídios de jovens entre 15 e 24 anos em 16 países das Américas, no período entre 1980 e 1994 e comparando os coeficientes de homicídio com os de outros tipos de mortalidade por causas externas, o homicídio de jovens correspondia a 28,7% de todas as mortalidades por causas externas (suicídio, acidentes em geral e acidentes de transito). Os mais altos coeficientes de homicídio de jovens foram encontrados na Colômbia, em El Salvador, em Porto Rico, na Venezuela e no Brasil. Resultados dos estudos constataram que a "epidemia" de homicídio não era uniforme e mesmo ao considerar os grupos de maior risco, estes variam entre cidades e dentro de cidades, entre bairros, predominando entre os moradores de áreas mais pobres de grandes zonas urbanas. ¹⁹

Dados do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, no capítulo sobre violência juvenil da Organização Mundial da Saúde, demonstram que os homicídios crescem quando deterioram as condições de vida - em grupos sociais e economicamente mais vulneráveis a concentração de homicídios de crianças e jovens é maior.¹

Pesquisadores nos Estados Unidos em meados dos anos de 1980, período em que os homicídios cresceram de forma acentuada, identificaram uma "epidemia de homicídios" no país, que vitimava em sua maioria jovens de minorias raciais, moradores de

áreas deterioradas de grandes centros urbanos. Em 1993, o pico de homicídios de crianças e adolescentes nos Estados Unidos atingiu o coeficiente de 4,3 homicídios por 100 mil habitantes. A partir de então este coeficiente vem declinando, chegando ao coeficiente de 2,3 por 100mil habitantes em 2000. ¹⁹

O estudo da evolução dos homicídios no Brasil apresenta problemas metodológicos oferecidos pelas fontes de informação sobre mortalidade por causas externas, na qual se inserem os homicídios: o formulário de declaração de óbito é padronizado em todo país pelo Sistema de Informações de Mortalidade, o mesmo não ocorrendo na área de segurança pública onde não há um Boletim de Ocorrência Policial padronizado para o país, cada estado possui o seu, o que implica em vários problemas: falta de padrões de registro, processamento e divulgação dos dados, não havendo, portanto comunicação entre os sistemas estaduais de segurança pública, tendo como consequência incompatibilidade entre as diferentes fontes de informação, tanto no Boletim de Ocorrência Policial quanto nas declarações de óbito por mortalidade externa, documento sob responsabilidade dos serviços de saúde, mesmo considerando que a verificação de óbito por mortalidade externa seja de responsabilidade do Instituto Médico-Legal (IML), órgão subordinado à esfera policial estadual. ¹⁹

Há disparidades entre as estatísticas de homicídios apresentadas pelos serviços de segurança pública e as estatísticas de óbito por causas externas do Sistema de Informações de Mortalidade. Na região metropolitana de São Paulo variaram de 47,09%, em 1981 a 18,79%, em 1995. Essa disparidade vem sendo reduzida em decorrência da integração entre estatísticas vitais e laudos de necropsias. ¹⁹

A ABORDAGEM DA PRESENÇA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO MUNDO DA VIOLÊNCIA SOB DUPLA PERSPECTIVA: VÍTIMAS OU AGRESSORES?

Quando crianças e adolescentes são autores de infração penal as dúvidas aparecem. As crianças e os adolescentes no mundo da delinqüência, portando armas de fogo, no tráfico de drogas, nessa perspectiva, parte dos formadores de opinião, refletindo algumas correntes de opinião, tende a ter dificuldades de tratá-los como vítimas. ¹⁹

No espaço acadêmico esse debate está pautado no confronto entre políticas distributivas e políticas retributivas. Para alguns pesquisadores, a violência é resultado da desigualdade social, que vem se mantendo no Brasil, nessa perspectiva não haveria sentido em distinguir vítimas e agressores, seriam secundariamente todos vítimas, tanto os atores passivos, quanto os atores ativos da violência. O ponto de vista dos que responsabiliza a fragilidade das políticas retributivas como uma das causas do crescimento dos crimes e da violência inclusive envolvendo crianças e adolescentes, entendem que o crime e a violência aumentaram porque as respostas do estado e dos governos pós-transição democrática não foram capazes de assegurar lei e ordem e de formular e programar políticas de contenção repressiva, mesmo que para isso fosse necessário endurecer o tratamento penal até mes-

mo aplicável a crianças e adolescentes.¹⁹

Tudo indica que a maioria das crianças e adolescentes vítimas da violência fatal não esteja envolvida, compromissada ou enraizada no mundo da delinqüência juvenil (CASTRO,1993). A maioria são pobres, moradores de bairros nas periferias das cidades, vivendo em situações precárias. Frequentemente possuem vínculos frágeis com as instituições que representam a ordem por excelência, como família, escola, o mercado formal de trabalho, contudo é provável que parte dos jovens assassinados esteja também no mundo da delinqüência, podem ser vítimas das guerras entre quadrilhas e gangues inimigas, que hoje parece caracterizar o mundo do crime nas metrópoles e nas cidades médias (ZALUAR, 2004; SPAGNOL, 2005).¹⁹

EVOLUÇÃO DOS HOMICÍDIOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL

Há poucas avaliações ou estudos cobrindo o território brasileiro. A maior parte são procedentes do SIM/Ministério da Saúde. Os resultados indicam que os homicídios são responsáveis pelo crescimento das mortes por causas externas no Brasil. Crianças, adolescentes e jovens do sexo masculino das classes populares urbanas vem constituindo os grupos de risco, os mais vulneráveis à violência fatal. De acordo com SOUZA (1994), no período de 1980 a 1988, a violência fatal contra crianças e adolescentes no Brasil cresceu 79,5% na faixa etária de 10 a 14 anos e 45,3% na faixa etária de 15 a 19 anos.²¹

Dadas as dificuldades de abordagem nacional da epidemia de violência fatal, os estudos tem se concentrado nas regiões metropolitanas ou de grandes capitais.

Na região Centro-Oeste, o crescimento da violência tem sido mais intenso em Cuiabá, no Distrito Federal e no seu entorno (DILLON SOARES,1998 e 2000).¹⁹

No município de São Paulo, no período de 35 anos (1960 a 1995), o coeficiente de homicídios para adolescentes do sexo masculino na faixa etária de 15 a 19 anos, passou de 9,6 para 186,7 por 100 mil habitantes, um crescimento de 1.800% (MELLO JORGE,1998). Observou ainda que em 1960, 52,0% dos homicídios estavam concentrados na faixa etária acima de 30 anos, a situação inverte-se no final do período considerado onde esse percentual passa a representar as mortes ocorridas nas faixas etárias abaixo de 30 anos.¹⁹

No Rio de Janeiro, o estudo de SOUZA et al. (1997) mostrou que as taxas evoluíram de 29,2% em 1980 para 65,6 homicídios por 100mil habitantes no ano de 1994, na faixa etária de 10 a 19 anos. Um crescimento de 124,65%.¹⁹

No Recife, o coeficiente de mortalidade aumentou 300% na faixa etária de zero a nove anos no período estudado de 1979 a 1995. Na faixa etária de 10 a 19 anos o crescimento foi de 601,3% (BARROS et al., 2001). Em Salvador, a participação dos homicídios entre as mortes violentas de crianças e adolescentes até 17 anos saltaram de 15% em 1989 para 26% em 1990 (PAIM et al., 1999) de acordo com os registros do

Instituto Médico Legal “Nina Rodrigues”. Em Porto Alegre, no grupo etário de 10 a 19 anos o aumento proporcional dos homicídios foi de 38,77%, no período de 1990 a 1997 (SAN’TANNA E LOPES;2002).¹⁹

Alguns estudos procuram caracterizar o perfil sóciodemográfico e sócio-econômico das vítimas. Embora elas possam ser encontradas em todos os grupos sociais, é em determinados grupos que as taxas são mais elevadas proporcionalmente, são os grupos mais vulneráveis, mais expostos à violência, inclusive não-fatal, e mais associados aos comportamentos de risco. Compreendem adolescentes e jovens na faixa de 15 a 29 anos, do sexo masculino e, proporcionalmente, mais representados entre negros e habitantes dos bairros mais periféricos das regiões metropolitanas.¹⁹

Quanto ao sexo e ao gênero, as taxas masculinas de vítimas da violência por homicídio são muito mais altas do que as femininas (DILLON SOARES, 2000), não sendo características de um ou outro ano particularmente, nem de um ou dois estados.¹⁹

Para todo o país no período de 1980 a 1988, o crescimento dos homicídios foi proporcionalmente superior (93%) para as crianças e adolescentes do sexo masculino, na faixa etária de 10 a 14 anos, quando comparado com o crescimento (79,5%) na mesma faixa etária, porém independentemente de sexo (SOUZA, 1994). As vítimas do sexo feminino estão mais representadas nos casos de violência sexual não-fatal (RIBEIRO et al., 2004). A razão é de 8,8 mulheres para cada homem segundo o estudo realizado junto ao Centro de Referência da Criança e do Adolescente (CRCA) e nos conselhos tutelares de Ribeirão Preto (SP) no período de 1995 a 2000.¹⁹

Estudos até o início de 1990, que sustentavam relações de casualidade entre pobreza, delinqüência e violência são hoje bastante contestados e este debate não está concluído, sendo um tema bastante explorado pela literatura especializada. ZALUAR E MONTEIRO (1998) em estudo sobre estimativas de mortalidade indireta concluíram que o risco de ser vítima de violência fatal, entre crianças e adolescentes dobra quando a mãe é membro de uma família cuja renda per capita é inferior a um salário mínimo e para mães que vivem em favelas.¹⁹

A influência da desigualdade social sobre a violência é matéria de muitas análises e tem se argumentado que, se as condições de concentração de renda permanecem as mesmas de anos atrás, como explicar então a influência da desigualdade social sobre a violência? Sabe-se que a desigualdade social não é socialmente vivida e experimentada como era há duas décadas atrás: Ampliaram-se o acesso e padrões de consumo a bens duráveis proporcionado pelo progresso tecnológico aos segmentos populacionais mais pobres, porém permanecem as restrições de direitos e acesso às instituições promotoras do bem-estar e da cidadania (ADORNO, 2002).^{19 22}

Onde as condições sociais e a qualidade de vida são acentuadamente precárias, registros de mortes violentas revelam maior incidência. CÁRDIA et al. (2003) mostraram que as taxas de homicídio tendem a ser mais acentuadas nos locais onde há concentração

demográfica, congestionamento habitacional e acumulação de baixa renda e baixa escolaridade do país. ¹⁹

As relações entre o tráfico de drogas e o crescimento de homicídios nas populações mais pobres e, em especial entre adolescentes e adultos jovens, são responsáveis pela virada epidemiológica da mortalidade por causas violentas, mais propriamente os homicídios intencionais, segundo estudos pioneiros de ZALUAR na região metropolitana do Rio de Janeiro. ¹⁹

Há de se contabilizar, finalmente, as mortes violentas provocadas por tensões nas relações intersubjetivas que nada parecem ter em comum com a criminalidade cotidiana. São inúmeras situações envolvendo conflitos entre pessoas conhecidas, que acabam muitas vezes na morte até acidental e inesperada de uma das vítimas, provocadas por diversos motivos: desentendimentos variados entre conhecidos ou parentes, desentendimentos acerca da posse de algum bem, conflitos entre companheiros, etc. Revelam que o tecido social encontra-se vulnerável a tensões e os confrontos mais agressivos que no passado, com desfechos fatais. Os casos e as denúncias de assassinatos de homossexuais ressaltam isso (SPAGNOL,2005). ¹⁹

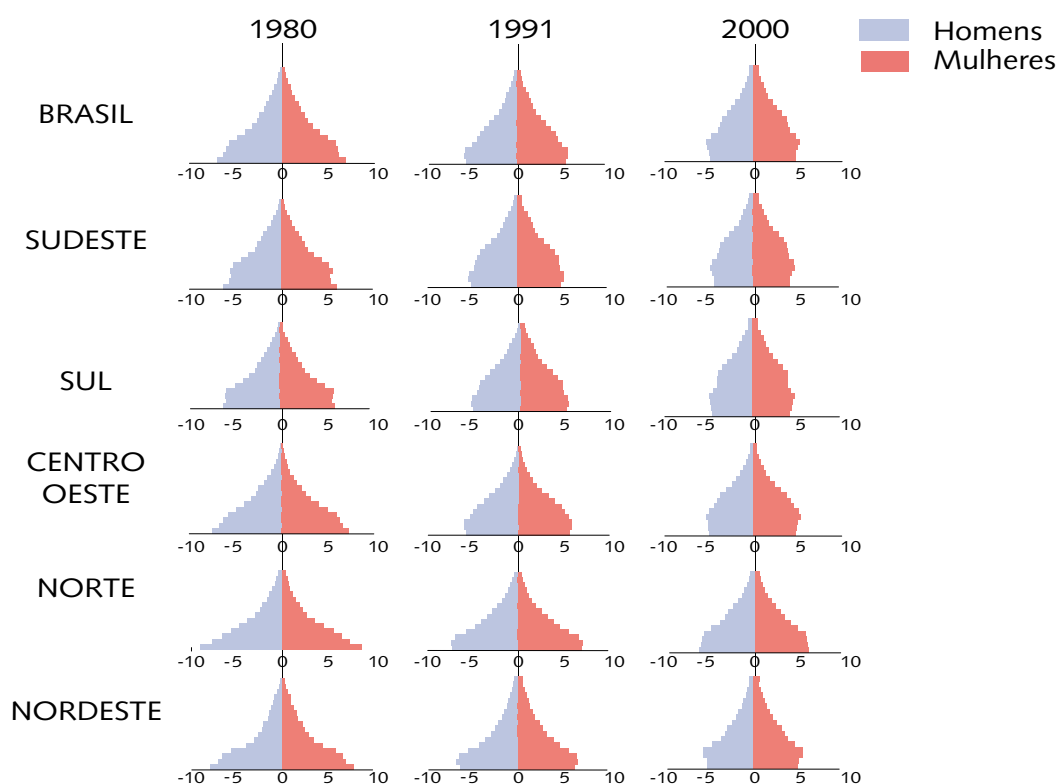
3.5.2 Violência contra o idoso

Define-se como população idosa as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, conforme estabelecido pela Política Nacional do Idoso (Lei 8.842/94) e no Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003), aprovado pelo Congresso Nacional.

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. Atualmente no Brasil a população idosa é o grupo que apresenta as taxas mais elevadas de crescimento. As pessoas com mais de 60 anos representam 8,6 % da população, esta proporção chegará a 11,4% em 2020 (25 milhões), a faixa de 60 a 69 anos é a que aumenta mais rapidamente. No Brasil existe pelo menos uma pessoa idosa em 26% dos lares e projeta-se também um crescimento mais acentuado do grupo de idosos com mais de 80 anos, sendo que hoje já existem mais de 130 mil pessoas com mais de 100 anos no país (MINAYO, 2005), tendo-se como consequência uma heterogeneidade deste segmento e mudanças importantes nos arranjos familiares nas quais há pelo menos um idoso. Ainda hoje, a permanência do idoso na família é a forma de apoio informal mais utilizada no Brasil. Nas regiões Sudeste e Sul, a proporção de idosos em relação à população geral já ultrapassa 10% (figura 67). ^{23 24}

Considerando-se as altas taxas de vulnerabilidade (que afetam as capacidades básicas, as adquiridas ao longo da vida e pelas relações sociais) e dependência deste contingente, este processo altera a vida da pessoa idosa, as dinâmicas e as estruturas familiares e da sociedade .

Figura 67: Estrutura etária, segundos anos censitários. Brasil – 1980, 1991 e 2000



Fonte: IBGE – CENSOS POPULACIONAIS

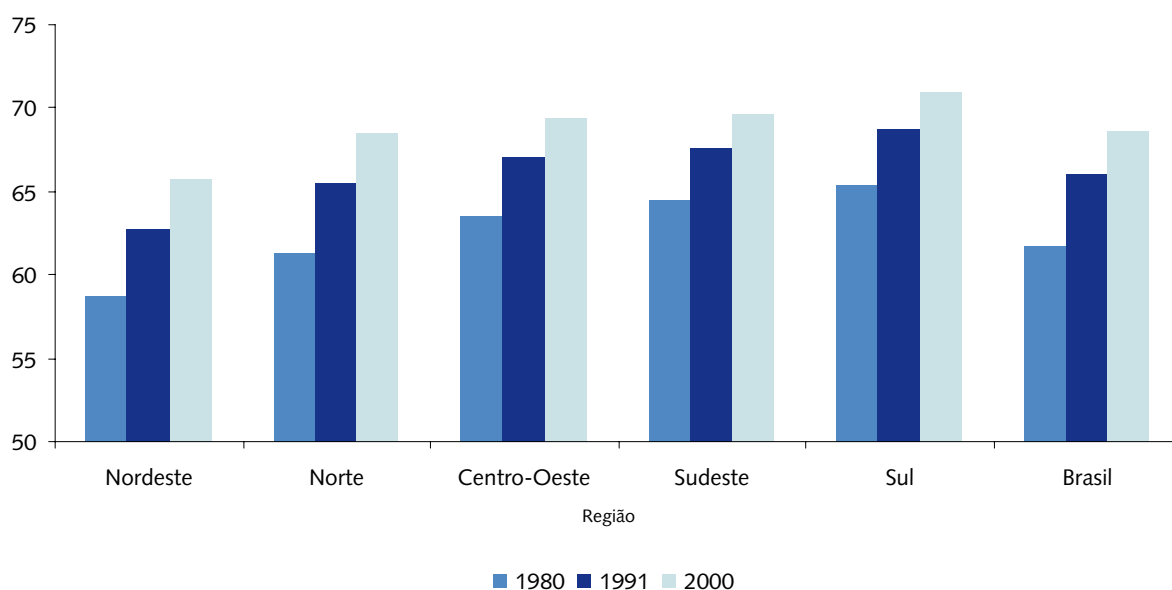
Do ponto de vista da dependência da população idosa dois fatores são importantes: as condições de saúde e autonomia funcional e de renda. Atualmente parte da população idosa apresenta taxas elevadas de vulnerabilidade e dependência, enquanto outra parte está desempenhando o papel de provedor na família e na sociedade. A proporção de domicílios chefiados por idosos vem aumentando, bem como a de idosos vivendo sós. Dentro dos arranjos familiares com a presença de idosos, observa-se uma predominância de casais com filho, que em 2003 foi responsável por 32,8% destes arranjos, seguida de casais sem filhos.²³

A violência apresenta uma forte associação com a pobreza, resultante das desigualdades sociais e da exclusão. Grande parte dos idosos sofre muitos problemas sociais: 43% dos que têm 60 anos ou mais possuem renda per capita abaixo de um salário mínimo e 30,4% continuam a trabalhar ou para se manter ou para auxiliar a subsistência de sua família. Apenas 25% das pessoas com mais de 60 anos ganham três salários mínimos ou mais, cerca de 75% é pobre existindo 43% na faixa de miserabilidade e dependendo dos serviços públicos. Essas desigualdades sociais também indicam riscos diferenciados de sofrer violência e maus tratos. Os mais pobres são especialmente mais vulneráveis.²⁴

Já se sabe que os idosos brasileiros em geral estão vivendo mais e em melhores condições de vida. A esperança de vida ao nascer da população masculina aumentou de

58,5 anos em 1980 para 67,5 anos em 2000 e a feminina, de 64,6 anos para 75,9 anos no mesmo período (figura 68). A esperança de vida aos 60 anos de idade, passou, para os homens, de 15,6 anos em 1980 para 19,7 anos em 2000, enquanto para as mulheres passou de 17,4 anos para 23,1 anos no mesmo período.²³

Figura 68: Esperança de vida ao nascer segundo regiões - Brasil, 1980, 1991 e 2000



Fonte: IBGE – CENSOS POPULACIONAIS

As principais causas de morte da população idosa brasileira ainda são as doenças cérebro-vasculares e isquêmicas, embora venham decrescendo proporcionalmente nos últimos 20 anos. No entanto, aumentou a proporção de mortes por neoplasias, diabetes mellitus, pneumonias e doenças hipertensivas.²³

A principal morbidade referida da população idosa é a hipertensão, seguida das artrites e reumatismo. A proporção de idosos que declarou ter hipertensão e diabetes mellitus aumentou, e está atribuído ao envelhecimento do grupo populacional idoso e à maior cobertura dos serviços de saúde.²³

TIPOS DE VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS

Os idosos são vítimas dos mais diversos tipos de violência e maus tratos que se referem a abusos físicos, psicológicos e sexuais, como abandono, negligências, abusos financeiros e auto-negligências.

A violência contra a pessoa idosa é um problema universal. Estudos em vários países têm demonstrado que pessoas idosas de todos os níveis socioeconômicos, etnias e religiões são vulneráveis aos maus tratos de diversas formas. A pessoa idosa pode sofrer ao mesmo tempo vários tipos de maus tratos que vão desde insultos, espancamentos pelos próprios familiares e cuidadores (violência doméstica) até maus tratos sofridos em transportes públicos e em instituições públicas e privadas (violência institucional).²⁴

Em 1997, estudo realizado no Canadá revelou que em 2% de todos os crimes violentos registrados, a vítima era uma pessoa idosa, com mais de 65 anos.²⁵

Outro estudo norte-americano demonstra que a violência contra os idosos aumentou 106% no período de 1986 a 1994. Pesquisa inglesa aponta incidência de um a dois milhões de casos por ano de violência contra os idosos, mas apenas um caso em 14 é denunciado. Evidenciou-se nos casos de violência a prevalência de negligência, em 45%; abuso físico, em 26%; abuso financeiro, em 20%; abuso emocional, em 14%; abuso sexual, em 1,6% e autonegligência, em 50% dos casos, na mesma pesquisa.²⁵

Todos os pesquisadores que têm analisado os arquivos de Emergências Hospitalares e do IML comprovam a existência de ações violentas contra os idosos, com presenças de lesões e traumas físicos, emocionais e mentais (CHAVES, 2002; PAVLICK et al.2001; MENEZES, 1999; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). A promotoria de Atendimento ao Idoso de São Paulo recebe queixas de maus tratos contra idosos cometidos por instituições ou por familiares e 40% das cerca de 60 denúncias semanais dizem respeito à violência doméstica. Assim como ocorre com mulheres, adolescentes e crianças, as mulheres com 65 anos ou mais são vítimas de violência doméstica com mais frequência do que os homens da mesma faixa etária.²⁵

As violências contra os idosos se manifestam de diferentes formas:

- estrutural, decorrente da desigualdade social e é encontrada nas situações de pobreza, miséria e de discriminação;
- interpessoal, nas formas de comunicação e de interação cotidiana;
- institucional, na aplicação ou omissão na gestão das políticas sociais pelo Estado e pelas instituições de assistência.²⁶

Na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências do Ministério da Saúde (Portaria MS/GM nº. 737, 16/5/01) foram designadas as diversas formas de violências praticadas contra as pessoas idosas com a seguinte terminologia:

- Abuso físico, maus tratos ou violência física são expressões que se referem ao uso da força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-los, provocar-lhes dor, incapacidade ou morte.
- Abuso psicológico, violência psicológica ou maus tratos psicológicos correspondem a agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar os idosos, humilhá-los, restringir sua liberdade ou isolá-los do convívio social.
- Abuso sexual ou violência sexual são termos que se referem ao ato ou jogo sexual de caráter homo ou hetero-relacional, utilizando pessoas idosas. Esses abusos visam a obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física

ou ameaças.

- Abandono é uma forma de violência que se manifesta pela ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção.
- Negligência refere-se à recusa ou omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos, por parte dos responsáveis familiares ou institucionais. A negligência é uma das formas de violência contra os idosos mais presente no país. Ela se manifesta, freqüentemente, associada a outros abusos que geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais, em particular para as que se encontram em situação de múltipla dependência ou incapacidade.
- Abuso financeiro e econômico consiste na exploração imprópria ou ilegal dos idosos ou ao uso não consentido por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais. Esse tipo de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar.
- Autonegligência diz respeito à conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, pela recusa de prover cuidados necessários a si mesma. ²⁶

SITUAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS NO BRASIL

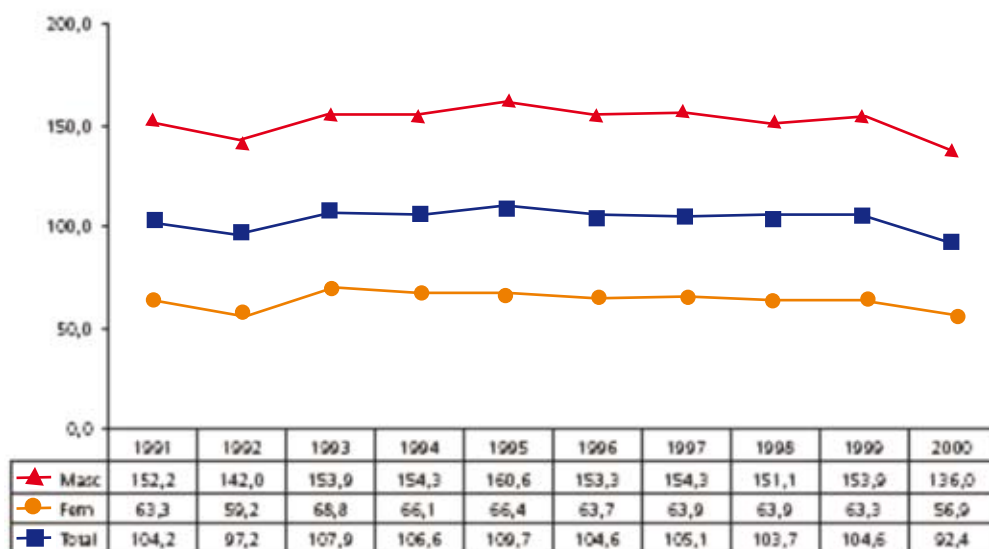
A notificação da violência contra idosos no Brasil e no mundo é recente. A partir do Estatuto do Idoso (Lei nº.10.741 de 1º de outubro de 2003) as notificações se avolumaram por causa da obrigatoriedade de registrar maus tratos, ainda assim, há de se perguntar se aumentou ou não a violência ou se melhorou o processo de notificação no Brasil. ²⁴

Os dados quantitativos sobre a mortalidade e a morbidade da população idosa brasileira têm como fonte os bancos do Sistema de informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) que registra a situação em que a pessoa se internou no hospital do SUS. ²⁶

Entre as causas de óbitos de idosos no Brasil, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID), as causas externas referem às informações de homicídios, suicídios e óbitos por acidentes em geral. Do total de óbitos na população idosa, as violências e os acidentes representam 3,5% da mortalidade geral no Brasil. Em 2000 constituíram 2,8% do total (MINAYO E SOUZA, 2003), indicando uma tendência de queda. As violências e os acidentes ocupam atualmente o sexto lugar nessa mortalidade geral. Em 2000, morreram 13.439 idosos por acidentes e violências no Brasil, por dia são cerca de 37 óbitos, dos quais 8.884 (66,12%) foram de homens e 4.552 (33,87%) de mulheres. ²⁶

As taxas de mortalidade por acidentes e violências contra os idosos caíram de 104,2 óbitos por 100.000 habitantes em 1991 para 92,4 por 100.000 hab. em 2000. Em 2000, corresponderam a 136 em homens e 56,9 por 100.000 hab. em mulheres, confirmando um padrão brasileiro e internacional que evidencia maior risco de mortalidade por causas violentas para as pessoas do sexo masculino em todas as idades (figura 69). ²⁶

Figura 69: Taxas de mortalidade por causas externas em idosos segundo sexo. Brasil, 1991 a 2000

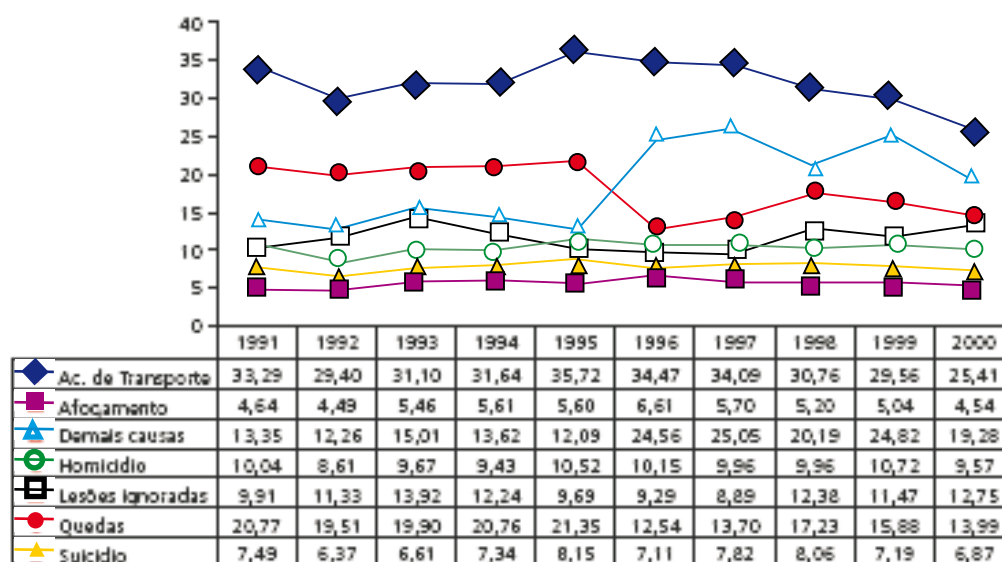


Fonte: Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p 148

Fonte: SIM / SVS / MS e IBGE

A maior vulnerabilidade dos idosos às lesões causadas por acidentes de trânsito e quedas pode ser atribuída a vários fatores: fragilidade física, uso de medicamentos que costumam provocar algum tipo de alteração no equilíbrio, na visão, ou estão associadas à presença de enfermidades como osteoporose, mas podem ser frutos da omissão e de negligências dos que deveriam prestar assistência nas casas, nas instituições e nas comunidades em que vivem.²⁶

Acidente de trânsito é a causa externa de óbito em idosos que mais mata no Brasil: 30,3% para os homens e 22,8% para as mulheres no ano de 2002. A partir de 80 anos foram responsáveis por 22,3% dos óbitos por causas externas em homens e 9,8% em mulheres. Em seguida vêm as quedas, com 13,3% das mortes por causas externas em 2002 para os homens e 22% para as mulheres, estas são as principais vítimas de quedas e ficam com maior desvantagem com o passar da idade.²⁶

Figura 70: Taxas de mortalidade por causas externas específicas em idosos. Brasil, 1991 a 2000

Fonte: Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p 148

Fonte: SIM / SVS / MS e IBGE

Os homicídios representaram 13,8% do total de óbitos por causas externas entre os homens idosos e 4,1% entre as mulheres. A ocorrência de mortes por homicídios em idosos segue o padrão brasileiro dos outros grupos de idade: morrem mais homens que mulheres.²⁶

São elevadas as taxas de suicídio de idosos, 8,4% do total dos óbitos por causas externas entre os idosos do sexo masculino e 3,9% para as mulheres idosas em 2002. Como nos homicídios os homens também se suicidam mais.²⁶

Os dados sobre doenças, lesões e traumas decorrentes de violências não fatais no Brasil nem sempre aparecem nos registros do setor saúde, os existentes ainda são poucos e inconsistentes, fato também observado em outros países.²⁴

Esses dados na maioria das vezes encontram-se nos registros das delegacias, hospitais e centros de convivências de idosos, sendo a agressão física e psicológica importantes fatores a serem observados e analisados.²⁴

As únicas informações sobre violências não fatais que permitem obter estatísticas sobre doenças, lesões e traumas por violências contra idosos, são dados do SIH/SUS e são insuficientes para analisar todas as dimensões do problema.

Estudo internacional estimou que em torno de 70% das lesões e traumas sofridos pelos idosos não aparecem nas estatísticas (CHAVEZ, 2002). A violência contra os idosos é muito mais intensa do que revelam os números institucionais.

No SUS em 2000 foram internados por violências e acidentes 92.796 idosos, com os seguintes motivos:

- Quedas – 52,1%;
- Acidentes de Trânsito – 19,1%;
- Agressões – 3,0%;
- Lesões auto-provocadas – 0,8%.

Desse total, 63,2% causaram fraturas; 19,7% provocaram lesões traumáticas; 6,3% ferimentos; 3,5% luxações e 3,1% amputações. ²⁴

Nas internações femininas provocadas por violências e acidentes (50.013), pesa o grande número de quedas. As internações masculinas foram 42.783, sendo o grupo de 60 a 69 anos (52,28%) os que mais procuram os serviços hospitalares, ultrapassados pelas mulheres a partir de 70 anos. O tempo médio de internação foi de seis a sete dias. A mortalidade dos velhos que se internam em consequência de acidentes e violências também é muito elevada (5,29/100.000hab.). ²⁴

Embora os acidentes de trânsito sejam a primeira causa externa específica de mortes de idosos, as quedas são o principal tipo de agravo que leva à internação e o mais importante motivo pelo qual os idosos chegam aos serviços de emergência. As quedas estão geralmente associadas a enfermidades como a osteoporose, deficiência visual e problemas posturais da idade e a negligência de que são vítimas. Esses estudos atestam a existência de uma razão de três quedas não fatais para cada queda fatal (SOUZA et.al,1998; MINAYO, 2003). ²⁴

Evidencia-se também a elevada relação entre mortes e lesões que também costuma ser uma expressão de diversos tipos de maus tratos por parte dos familiares ou cuidadores, dentro dos lares ou instituições. ²⁴

Pesquisas realizadas em várias partes do mundo indicam que cerca de 2/3 dos agressores são filhos homens e cônjuges (REAY E BROWE, 2001; WILLIAMSON E SCHAFFER, 2001). Em geral o agressor físico e emocional usa drogas e 90% dos casos de violências e negligências contra os idosos ocorrem no interior dos lares (CHAVEZ, 2002 e KLEINSCHMIDT, 1997). No Brasil estudos focalizados comprovam a gravidade da violência familiar contra os idosos. Estudo do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais que consolidou os dados de 1.500 notificações da Delegacia de Proteção ao Idoso em São Paulo, no período de 1991 a 1998, atestou que 40% das queixas dos idosos são contra filhos, netos ou cônjuges e outros 7% se referem a outros parentes. Em torno de 13% são de agressão física e mais de 60% de abusos econômicos ou negligências familiares (IBCCRIM, 2004). ^{24 26}

Em 2003, foram analisados em Delegacias Especializadas de Proteção ao Idoso de Belo Horizonte 1.388 casos de idosos vítimas de violência no período de 1998 a 2001, sendo que 72,5% das vítimas eram mulheres e 27% eram homens. O estudo mostra que, ao observar o gênero, as mulheres são mais abusadas que os homens e ao contrário, na

rua eles são as maiores vítimas. Dos agressores, os filhos correspondem a 45,3% do total, vindo a seguir, companheiros e cônjuges, 15,4% e noras e genros, 8,2%. A maioria das violências físicas cometidas pelos filhos está associada a alcoolismo deles próprios ou dos pais idosos (COSTA E CHAVES, 2003).^{24 26}

Alguns pesquisadores brasileiros e estrangeiros estudaram as características dos agressores e encontraram os seguintes sinais de vulnerabilidade e risco para os idosos nos lares (MENEZES, 1999; ORTMANN et al. 2001; WOLF, 1995; SANMARTIN et al., 2001; COSTA E CHAVES, 2002; REAY E BROWE, 2001; WILLIAMSON E SCHAFFER, 2001; LACHS et al., 1998; ANETZBERGER et al., 1994):²⁴

- O agressor viver na mesma casa que a vítima.
- O fato de filhos serem dependentes financeiramente de pais idosos.
- Os idosos dependerem da família de seus filhos para sua manutenção e sobrevivência.
- O abuso de álcool e drogas pelos filhos, por outros adultos da casa ou pelo próprio idoso.
- Os vínculos afetivos entre os familiares serem frouxos e pouco comunicativos.
- O isolamento social dos familiares ou da pessoa idosa.
- O idoso ter sido ou ser uma pessoa agressiva nas relações com seus familiares.
- Haver história de violência na família.
- O cuidador ter sido vítima de violência doméstica e estar deprimido ou com qualquer tipo de sofrimento mental ou psíquico.²⁴

Ressalta-se nos estudos como fator de vulnerabilidade dos idosos à violência familiar a forte associação entre maus tratos e dependência química, sendo que 50% dos abusadores entrevistados tinham problemas relacionados com bebidas alcoólicas (ANETZBERGER et al., 1994).²⁴

Há no país em torno de 2% da população idosa internada em asilos e clínicas. Uma expressão importante da violência institucional ocorre na relações e formas de tratamento que os asilos e clínicas de longa permanência mantêm com os idosos. Em muitos asilos e clínicas privadas, públicas ou conveniadas com o estado, frequentemente os idosos são maltratados em vários aspectos: falta alimentação adequada, higiene e cuidados de saúde, às vezes com mais de um idoso ocupando apenas um leito, quase inexistente a necessária vigilância e fiscalização pública dessas instituições. Aí se reproduzem abusos, maus tratos e negligências que chegam à morte, incapacitações e aumentos de processos mentais de depressão e demência.²⁴

Existem muitas leis brasileiras a favor dos idosos, em recente pesquisa foram compilados 53 leis, decretos, resoluções e portarias (BARROSO, 2001), entretanto falta muito a fazer no plano das implementações concretas que assegurem os direitos desse grupo social.²⁴

3.6. Impacto do uso abusivo de álcool na violência e acidentes de trânsito

O consumo de substâncias psicoativas acompanha a história da humanidade, estando presente durante todo o processo de civilização. As circunstâncias desse consumo variaram bastante ao longo dos tempos e ainda hoje são diferentes a depender do contexto em que este consumo acontece. O consumo de drogas nas sociedades modernas reflete as importantes mudanças sociais e econômicas dos últimos séculos. “No pólo oposto ao do vegetal transformado artesanalmente em substância psicoativa, temos hoje a droga em série, produto de transformação laboratorial e que é produzida, lícita ou clandestinamente, em escala repetitiva como qualquer outro bem de consumo generalizado” (MELCOP, 2004).²⁷

A época moderna fez surgir novas motivações e novas formas de obtenção de substâncias psicoativas, tanto por jovens como por adultos de todas as classes sociais. Apesar da existência de novos e diversificados padrões de consumo de drogas, lícitas e ilícitas, as substâncias psicoativas são usadas de forma recreativa pela maioria das pessoas, muitas vezes sem danos ao indivíduo ou à sociedade.²⁷

O álcool talvez seja uma das substâncias psicoativas mais utilizadas em todo o mundo e pode, dependendo da dose, frequência e circunstâncias, ser consumido sem problemas.²⁸ O consumo de bebidas alcoólicas é um comportamento adaptado à maioria das culturas, com seu uso associado com celebrações, situações de negócio e sociais, cerimônias religiosas e eventos culturais.²⁷

Entretanto, estudos recentes indicam que uma fração importante da população substitui esse uso recreativo por outros, chamados de risco ou prejudicial, que podem acarretar graves conseqüências físicas, psicológicas e sociais.²⁷ O consumo nocivo de álcool é responsável por cerca de 3% de todas as mortes que ocorrem no planeta, incluindo desde cirrose e câncer hepáticos até acidentes, quedas, intoxicações e homicídios (MELONI E LARANJEIRA, 2004). Nos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, as bebidas alcoólicas são um dos principais fatores de doença e mortalidade, com seu impacto deletério sendo considerado entre 8% e 14,9% do total de problemas de saúde dessas nações (MELONI E LARANJEIRA, 2004; WORLD HEALTH REPORT, 2002).²⁸

Segundo LARANJEIRA (2007), tradicionalmente, os países onde o consumo de álcool é permitido são divididos em países “molhados” (culturas nas quais os índices de abstinência são baixos e o vinho é a principal bebida de escolha) e “secos” (a abstinência é mais comum, mas aqueles que bebem costumam consumir grandes quantidades). Essa tipologia vem perdendo força e sendo substituída por uma crescente homogeneização dos padrões do beber e das preferências por tipo de bebida alcoólica. Atualmente, os pesquisadores direcionam sua atenção sobre outros comportamentos relacionados ao beber,

como, por exemplo, a regularidade (frequência) com que se bebe, a quantidade do beber, a frequência do beber em "binge" (beber consumindo um volume excessivo de álcool num curto espaço de tempo, acima de 5 doses para os homens e 4 doses para as mulheres).²⁸

Os efeitos do beber em "binge" podem ser agravados de acordo com o peso da pessoa, a idade, a rapidez com que consomem, o fato de ter-se alimentado ou não e o número de doses que consumiu. Fatores sociais e psíquicos podem contribuir para esse agravamento, como o desemprego, a falta de perspectiva – especialmente entre os mais jovens – e conflitos familiares e de relacionamento. Em quase todos os países onde esse fenômeno foi estudado, o beber em "binge", mesmo que esporádico, causou maiores custos e danos à saúde do que o uso contínuo e dependente. Isso se dá pelo fato de ocorrerem, durante o episódio desse tipo de beber, importantes modificações neurofisiológicas tais como: desinibição comportamental, comprometimento cognitivo, diminuição da atenção, piora da capacidade de julgamento, diminuição da coordenação motora, etc. (LARANJEIRA, 2007).²⁸

Segundo o mesmo autor, merecem especial destaque dentre as conseqüências do beber em "binge" os acidentes e as violências. Dentre os acidentes, destacam-se os de trânsito, inclusive atropelamentos e também quedas e afogamentos. Dentre as violências, estão bastante relacionados homicídios, roubos, violência doméstica, agressões físicas e violência sexual.²⁸

Outra questão a ser destacada é o uso do álcool em adolescentes e jovens. Na vida das pessoas, os períodos da adolescência e da juventude costumam ser aqueles em que mais se bebe, tanto em termos de quantidade como na frequência de uso de álcool. Beber pela primeira vez é talvez um dos ritos de passagem mais estendidos na sociedade brasileira e em muitos outros países onde o álcool é a droga mais consumida.²⁹ Nos adolescentes, as conseqüências negativas são ainda maiores, como problemas nos estudos, sociais, praticar sexo sem proteção e/ou sem consentimento, maior risco de suicídio ou homicídio e acidentes relacionados ao consumo. Seus cérebros, ainda em formação, são mais susceptíveis a agentes externos, como o álcool e demais substâncias psicotrópicas, e a diferentes fatores psicossociais. É quando a inserção no grupo se torna fundamental e o beber pode aparecer, por exemplo, como um meio de integração. Cabe destacar que o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil só é legalmente permitido após os 18 anos de idade, no entanto, os empecilhos são pequenos para que os adolescentes comprem e consumam álcool.²⁸

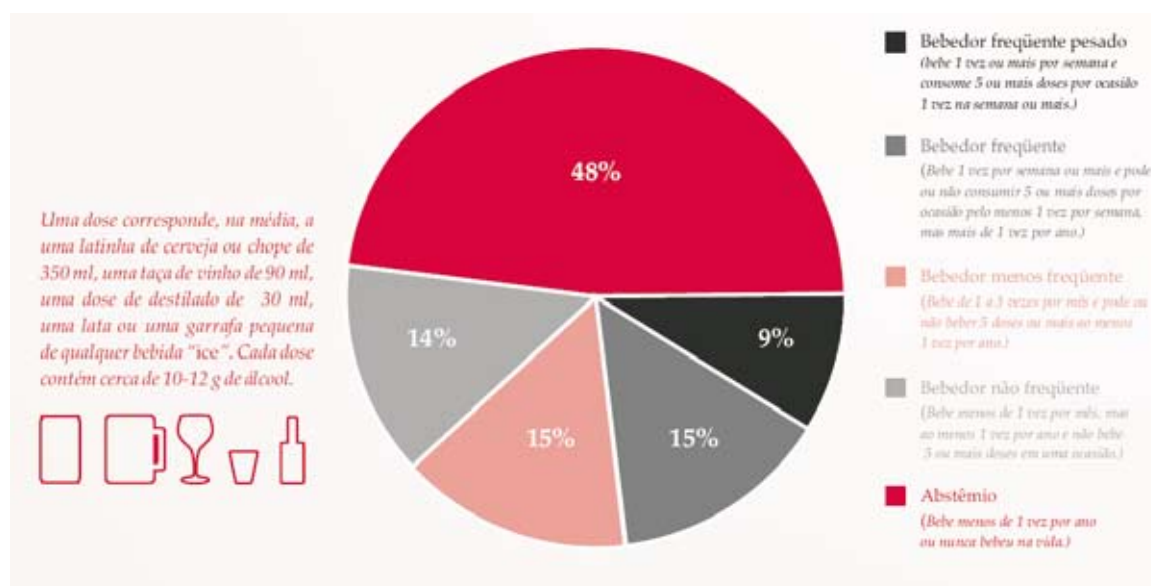
3.6.1 Padrões de consumo de álcool na população brasileira

De acordo com o I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, realizado através da Secretaria Nacional Antidrogas do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, 52% dos brasileiros

acima de 18 anos bebem (pelo menos 1 vez ao ano). Entre os homens são 65% e entre as mulheres 41%. Na outra ponta estão os 48% de brasileiros abstinentes, que nunca bebem ou que bebem menos de uma vez por ano. No grupo dos adultos que bebem, 60% dos homens e 33% das mulheres consumiram 5 doses ou mais na vez em que mais beberam no último ano. Do conjunto dos homens adultos, 11% bebem todos os dias e 28% consomem bebida alcoólica de um a quatro vezes por semana, são os que bebem "muito frequentemente" e "frequentemente". Embora a maior porcentagem de pessoas que bebem esteja nas classes A e B e na região Sul, é nos estados do Norte, do Centro-Oeste e do Nordeste e na classe E que se consome o maior número de doses a cada vez que se bebe. ²⁸

Na figura 71 são apresentados os índices da intensidade do beber do brasileiro, segundo o citado levantamento, considerando a integração das variáveis frequência e quantidade de consumo. Perguntou-se sobre o consumo mínimo e máximo de vinho, cerveja, destilados e bebidas "ice" dos indivíduos nos últimos 12 meses. A frequência foi codificada em categorias variando de "nunca" a "três a mais vezes por dia". A quantidade do consumo foi avaliada por meio de perguntas sobre o número de ocasiões nas quais o indivíduo bebeu cinco doses ou mais, três ou quatro e um ou dois copos de vinho, cerveja, destilados e bebidas "ice". Essas informações foram combinadas e os sujeitos foram classificados de acordo com as categorias "bebedor frequente pesado", "bebedor frequente", "bebedor menos frequente", "bebedor não frequente" e "abstêmio". Cabe destacar que o levantamento considerou como "abstêmios" os indivíduos que relatam nunca terem bebido como aqueles que não beberam no último ano, mas já beberam na vida (cerca de 7% da amostra). ²⁸

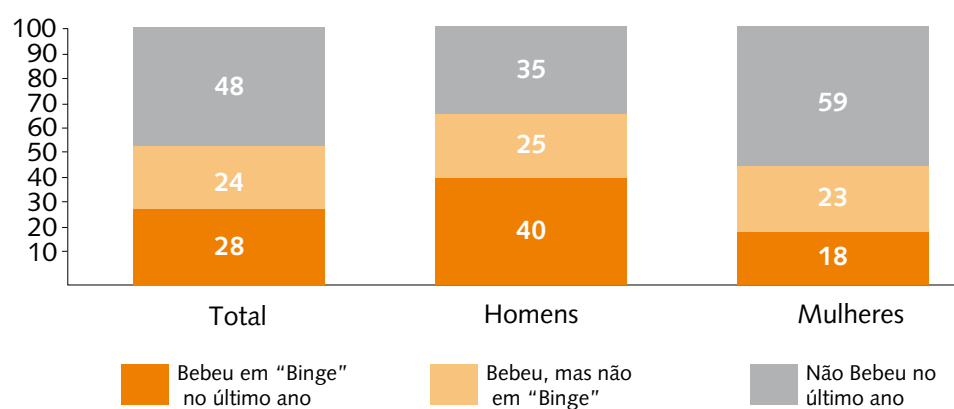
Figura 71: Intensidade do beber entre adultos. Brasil, 2006



Fonte: LARANJEIRA R. et al. Levantamento nacional sobre padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República / Secretaria Nacional Antidrogas; 2007. p. 36

Do total da população adulta brasileira, 28% já bebeu em "binge" pelo menos uma vez nos 12 meses anteriores à pesquisa. Considerando uma população de 120 milhões com 18 anos ou mais, tem-se que 33,6 milhões de adultos já beberam de forma abusiva em pelo menos uma ocasião. Aqueles que consomem bebida alcoólica, mas não beberam em "binge" são 24%. O grupo que não bebeu nada no último ano foi de 48%. Os homens foram os que mais beberam em "binge": 40% da população masculina, enquanto entre as mulheres foram 18% (figura 72).²⁸

Figura 72: Beber em "binge" – adultos – distribuição percentual segundo gênero. Brasil, 2006 (n = 2.346)

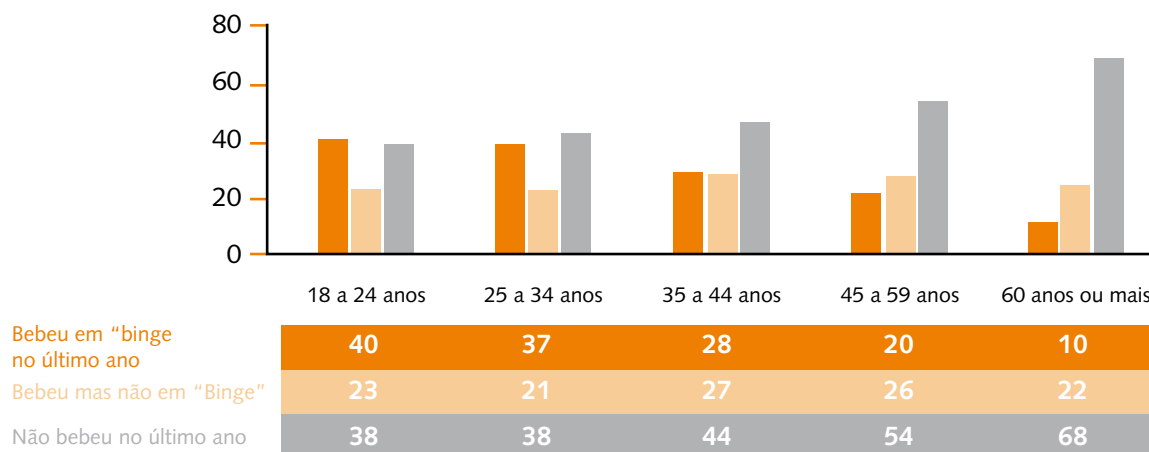


Fonte: LARANJEIRA R. et al. Levantamento nacional sobre padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República / Secretaria Nacional Antidrogas; 2007. p. 48

O beber em grandes quantidades é um fenômeno que diminui com a idade (figura 73). Enquanto 40% dos jovens de 18 a 24 anos já beberam em "binge", este número cai para 20% entre aqueles com 45 e 59 anos, e desce para 10% entre os mais velhos. Existe uma relação inversa entre as taxas de abstinência e as taxas de "binge", ou seja, a abstinência aumenta com a idade e o "binge" diminui. Esse fenômeno é importante do ponto de vista de políticas, pois a população mais jovem é a mais vulnerável a apresentar maiores problemas com o álcool.²⁸

Figura 73: Beber em “binge” – adultos – distribuição percentual segundo idade.

Brasil, 2006 (n = 2.346)

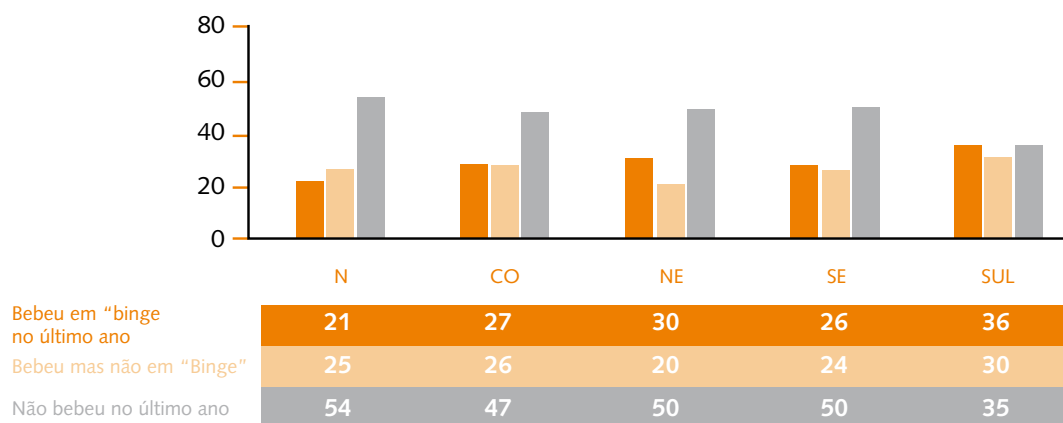


Fonte: LARANJEIRA R. et al. Levantamento nacional sobre padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República / Secretaria Nacional Antidrogas; 2007. p. 48

Existem variações regionais significantes (figura 74). No Sul, 36% da população masculina bebeu em “binge”. No Norte, esse número cai para 21%, e está associado a uma taxa de abstinência de mais de 50%. A Figura 72 mostra que tanto o beber em “binge” quanto as taxas de abstinência variam marcadamente por região. Esse dado pode apontar a necessidade do planejamento de intervenções.²⁸

Figura 74: Beber em “binge” – adultos – distribuição percentual segundo região.

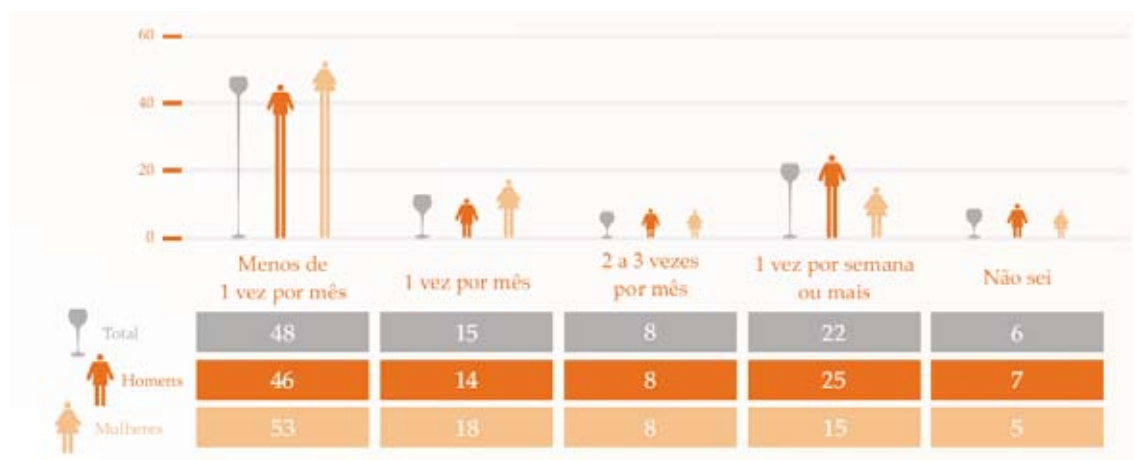
Brasil, 2006 (n = 2.346)



Fonte: LARANJEIRA R. et al. Levantamento nacional sobre padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República / Secretaria Nacional Antidrogas; 2007. p. 48

A cerveja é a bebida mais consumida entre os que bebem grandes quantidades. De todas as doses consumidas por aqueles que beberam em “binge” no último ano, 73% foram de cerveja. Os destilados vêm em segundo lugar, com 13%, e o vinho com 12%. As bebidas “ice” representam somente 1%.²⁸

Figura 75: Frequência do beber em “binge” – adultos – distribuição percentual segundo gênero. Brasil, 2006 (n = 609)



Fonte: LARANJEIRA R. et al. Levantamento nacional sobre padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República / Secretaria Nacional Antidrogas; 2007. p. 51

A frequência do beber em “binge” está relacionada ao aumento dos riscos de acidente e de dependência, e ao agravamento de doenças (figura 75). Segundo o levantamento, dentre aqueles que tinham bebido em “binge” no último ano (n = 609) mais da metade dos bebedores o fez mais de 1 vez por mês. Para mais de 20% desses bebedores, a frequência foi maior do que semanal.²⁸

A avaliação dos locais onde estavam as pessoas que beberam excessivamente pode contribuir para a adoção de medidas que reduzam os riscos para o bebedor e aqueles que estão próximos (tabela 9). Beber muito no bar ou em festas, por exemplo, pode significar um dirigir embriagado no retorno para casa ou alguma forma de violência. Do conjunto de adultos que beberam em “binge” nos 12 meses anteriores à pesquisa, 27% beberam no bar ou na balada. Os jovens beberam mais quando estavam no bar e na balada, enquanto os mais idosos estavam em casa. Os do Sul bebem menos no bar ou balada (13%) e mais em festas (35%). A casa foi o segundo local mais utilizado pelas pessoas na vez que mais beberam nos últimos 12 meses. Na média, 23%, ou quase um quarto daqueles que beberam em “binge” no último ano, tomaram sua maior bebedeira na própria casa.²⁸

Tabela 9: Locais com maior frequência de ingestão de bebidas alcoólicas em “binge”, segundo gênero, idade e região (adultos). Brasil, 2006

Local	Total	Gênero		Faixa Etária					Região				
		Masc.	Fem.	18-24	25-34	35-44	45-59	60+	N	CO	NE	SE	SUL
Bar/restaurante próximo à escola ou faculdade	5	6	3	4	3	10	8	0	0	7	8	3	8
Bar/balada	27	28	23	38	26	21	11	0	37	18	34	27	13
Casa de amigo	11	13	9	16	10	11	6	0	5	27	12	11	8
Casa de Parentes	9	8	11	7	11	8	11	0	7	6	9	13	4
Evento esportivo	1	1	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	1
Festa	17	16	19	19	20	16	12	0	14	7	14	12	35
Restaurante	2	1	4	1	2	5	1	0	6	0	2	1	3
Sua Casa	23	22	24	23	22	25	38	0	22	29	18	24	26
Outro	4	3	4	1	4	3	7	0	2	6	3	5	2

Extraído de: LARANJEIRA R. et al. Levantamento nacional sobre padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República / Secretaria Nacional Antidrogas; 2007. p. 52

Perguntou-se a todos os adultos pesquisados se tiveram problemas decorrentes do álcool nos últimos 12 meses ($n = 2.346$). No geral, 29% da população disse que bebeu e não teve problema. Outros 23% disseram que beberam e tiveram problemas. O restante, 48%, nunca bebe ou não bebeu no último ano. Considerando uma população adulta de 120 milhões, a pesquisa revelou que 27,6 milhões têm ou já podem ter tido algum problema relacionado ao uso do álcool. Mais uma vez os homens apresentaram maiores taxas de problemas do que as mulheres; a população mais jovem também apresentou mais problemas do que os mais velhos. ²⁸

A Tabela 10 mostra os resultados apenas com a população de adultos que bebem, ou seja, 52% da população ($n = 1.152$). Nesse grupo, 55% disseram não ter ou não ter tido problemas relacionados ao álcool. Os outros 45% disseram que têm ou tiveram pelo menos um problema. A porcentagem daqueles com pelo menos um problema foi maior entre os homens (58%), em comparação com os 26% das mulheres. ²⁸

Os bebedores com problemas diminuem com a idade, passando de 53% na faixa dos 18 a 24 anos para 35% no grupo com mais de 60 anos. Os moradores da região Centro-Oeste foram os que mais indicaram problemas ao beber (57%). Já os da região Sul foram os que apontaram menos problemas (35%). As diferenças regionais não foram significantes do ponto de vista estatístico. ²⁸

Tabela10: Problemas com o uso de álcool na população de bebedores adultos (n=1152)

		Frequência do "binge"		
		Bebe e não teve problema	Bebe e teve problema	Base
Gênero	Total	55	45	1.152
	Masc.	42	58	599
	Fem.	74	26	553
Idade	18-24	47	53	225
	25-34	53	47	335
	35-44	59	41	260
	45-59	60	40	219
	60+	65	35	113
Região	N	51	49	70
	CO	43	57	96
	NE	52	48	313
	SE	56	44	478
	SUL	65	35	195
Classe	A	72	28	30
	B	58	42	183
	C	53	47	424
	D	58	42	420
	E	36	64	95

Fonte: LARANJEIRA R. et al. Levantamento nacional sobre padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República / Secretaria Nacional Antidrogas; 2007. p. 54

O consumo de álcool é, portanto, mais freqüentemente associado com problemas do que se poderia pensar numa análise superficial do fenômeno. Quase a metade dos que bebem refere algum tipo de problema relacionado ao consumo de álcool no último ano.²⁸

Os problemas físicos apareceram como os mais citados por todos os segmentos (tabela 11). Do total dos entrevistados, 38% disseram ter problemas físicos decorrentes do álcool. Esse tipo de problema foi mais citado pelos homens (51%) e pelos moradores das regiões Nordeste (41%), Norte (43%) e Centro-Oeste (49%).²⁸

Tabela11: Prevalência de problemas decorrentes do uso de álcool (%).

		Teve Problemas					
		sociais	no trabalho	familiares	físicos	legais	com violência
Gênero	Total	17	8	18	38	2	17
	Masc.	23	13	26	51	4	23
	Fem.	8	2	6	21	0	9
Idade	18-24	18	8	15	42	3	23
	25-34	17	11	19	40	3	18
	35-44	16	7	16	36	1	13
	45-59	16	6	21	36	3	16
	60+	15	10	19	29	2	9
Região	N	21	12	70	43	4	13
	CO	20	8	14	49	1	18
	NE	14	9	17	41	2	16
	SE	17	8	17	37	3	17
	SUL	15	7	21	30	1	20
Classe	A	1	0	7	20	0	9
	B	11	6	13	38	3	14
	C	17	7	19	38	1	20
	D	19	9	17	36	3	15
	E	26	23	31	55	5	23

Extraído de: LARANJEIRA R. et al. Levantamento nacional sobre padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República / Secretaria Nacional Antidrogas; 2007. p. 54

Os problemas familiares vêm em segundo lugar, citados por 18% dos entrevistados. Os grupos com mais problemas na família decorrentes do uso do álcool foram os homens em geral (26%), as pessoas entre 45 e 59 anos ou mais (21%) e os moradores do Sul (21%). Os problemas sociais e os problemas com violência vieram em seguida nos vários segmentos. Os homens e os moradores das Regiões Norte e Centro-Oeste foram os que mais citaram os problemas sociais, ao redor de 21%.²⁸

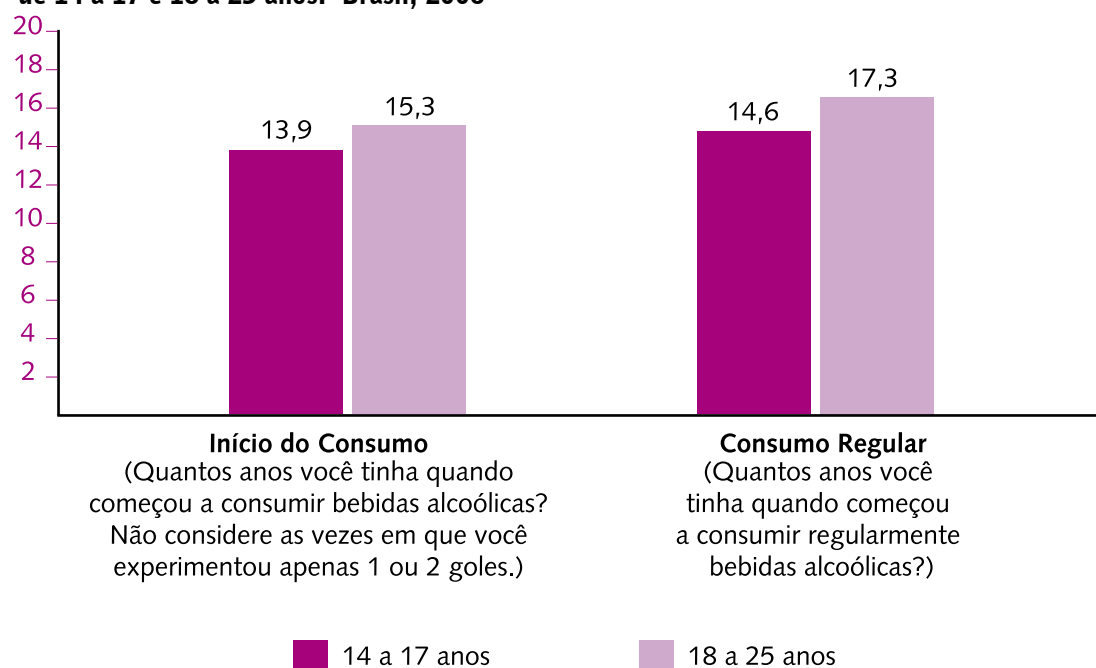
Entre os problemas com violência, são 23% entre a população mais jovem, de 18 a 24 anos, e 23% entre os homens. Os homens acima de 60 anos foram os que menos citaram a violência, 9%.²⁸

PADRÕES DE CONSUMO DE ÁLCOOL DOS ADOLESCENTES BRASILEIROS

O I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira pesquisou também como bebem os adolescentes brasileiros de 14 a 17 anos. Pelas particularidades desse grupo, a análise dos padrões de consumo inclui algumas variáveis muito importantes. Pesa muito a idade em que começam a beber, o número de doses que tomam em média a cada vez que bebem e a quantidade de bebida ingerida nas ocasiões em que bebem muito.²⁸

Comparando-se os padrões de consumo entre os adolescentes (14 a 17 anos) e os jovens adultos (18 a 25 anos), o levantamento mostrou estes grupos apresentam diferenças na idade média do início do consumo (na vida, fora 1 ou 2 goles) e no começo do consumo regular, como se pode ver na figura 76. Houve diferenças significativas em relação ao começo da experimentação e do uso regular. Isso sugere que os adolescentes estão iniciando seu consumo de álcool cada vez mais cedo. ²⁸

Figura 76: Médias do início do consumo de álcool (em anos) nas faixas etárias de 14 a 17 e 18 a 25 anos. Brasil, 2006



Fonte: LARANJEIRA R. et al. Levantamento nacional sobre padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República / Secretaria Nacional Antidrogas; 2007. p. 42

A pesquisa também mostrou que os meninos e meninas consomem bebidas alcoólicas com freqüências semelhantes, e que cerca de dois terços dos adolescentes de ambos os gêneros são abstinentes. Apesar do consumo de bebidas alcoólicas ser legalmente proibido para menores de 18 anos no Brasil, quase 35% dos adolescentes menores de idade consomem bebidas alcoólicas ao menos uma vez no ano. Chamou também atenção o fato de que 24% dos adolescentes bebem pelo menos uma vez no mês. ²⁸

Infelizmente, aqueles que bebem consomem quantidades importantes. A Figura 77 apresenta a quantidade usualmente consumida pelos adolescentes que beberam ao menos uma vez no último ano. Destes, quase metade dos meninos consumiu 3 doses ou mais por situação habitual. Ao contrário do citado em relação à freqüência, existem diferenças significativas na quantidade de bebida ingerida por meninos e meninas. Quase um terço dos meninos que bebem consumiu cinco doses ou mais no último ano, contrastando com 11% para as meninas. ²⁸

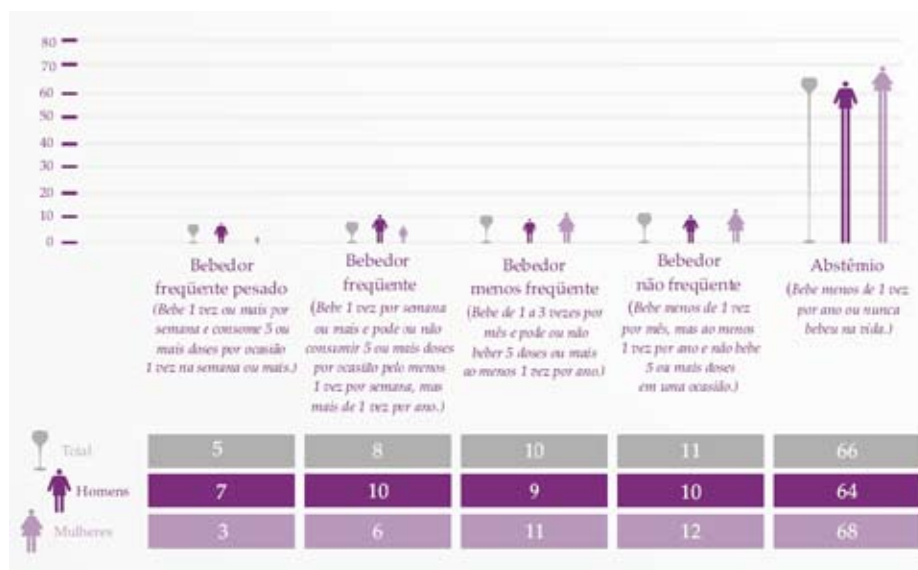
Figura 77: Quantidade de doses usualmente ingerida segundo gênero na faixa etária de 14 a 17 anos. Brasil, 2006



Fonte: LARANJEIRA R. et al. Levantamento nacional sobre padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República / Secretaria Nacional Antidrogas; 2007. p. 44

Entre todos os adolescentes da amostra, 13% (17% para os meninos) apresentou padrão intenso de consumo de álcool; 10% dos adolescentes consomem ao menos 1 vez no mês e potencialmente em quantidades arriscadas. Há uma tendência de diferença entre o consumo de meninos e meninas, mas esta diferença não chega a ser estatisticamente significativa (figura 78).²⁸

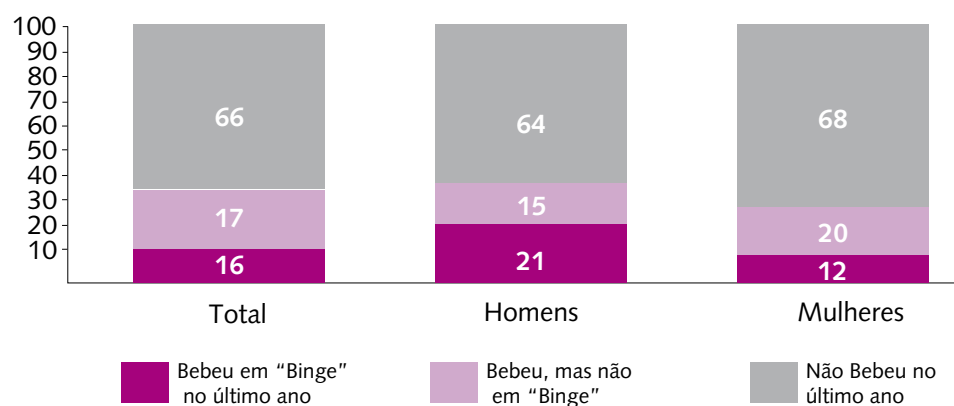
Figura 78: Intensidade do beber segundo gênero (em %) na faixa etária de 14 a 17 anos. Brasil, 2006



Fonte: LARANJEIRA R. et al. Levantamento nacional sobre padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República / Secretaria Nacional Antidrogas; 2007. p. 44

Da mesma forma que entre os adultos, o beber com maior risco em um curto espaço de tempo (beber em "binge"), é a prática que mais deixa o adolescente exposto a uma série de problemas de saúde e sociais. A Figura 79 mostra que da amostra total de adolescentes (incluindo os não bebedores), pouco menos de um quarto dos meninos e 12% das meninas já beberam em "binge" ao menos uma vez nos últimos 12 meses.²⁸

Figura 79: Frequência do beber em "binge" segundo gênero (em %) na faixa etária de 14 a 17 anos. Brasil, 2006



Fonte: LARANJEIRA R. et al. Levantamento nacional sobre padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República / Secretaria Nacional Antidrogas; 2007. p. 45

O levantamento mostrou também que, dentre os adolescentes que beberam "em binge", metade o fez menos de uma vez por mês. Por outro lado, 30% deles beberam em "binge" duas vezes por mês ou mais. Assim, uma parte significativa dos adolescentes que bebem grandes quantidades apresenta tal comportamento com regularidade. Metade das doses consumidas por adolescentes é de cerveja ou chope. Os vinhos tiveram também uma participação importante, com mais de 30% das doses consumidas por adolescentes. Não houve nenhuma diferença significativa entre os gêneros no que diz respeito aos tipos de bebida (embora os meninos tivessem uma tendência a beber mais destilados do que as meninas).²⁸

3.6.2 Impacto do uso de álcool no aumento da violência

Segundo FRANCH (2004), muitas pesquisas voltadas à compreensão da violência entre os jovens brasileiros levam em consideração o uso e o tráfico de drogas ilícitas, mas não dão muita atenção ao consumo de álcool entre a população mais jovem. Em parte, essa ênfase desigual decorre do impacto do tráfico de drogas nas dinâmicas da violência no país. Outros fatores que influenciam nessa diferença são a própria naturalização do consumo de álcool e a ausência de uma tradição de testagem de alcoolemia entre vítimas de violência. Porém, a extensão do uso de álcool entre adolescentes e jovens

justificaria um esforço maior nesse sentido, quanto mais que já há fortes indícios sobre a existência de uma interface entre o uso de bebidas alcoólicas e a ocorrência de agressões em diferentes grupos populacionais. ²⁹

Estudo sobre homicídios nas periferias de São Paulo mostrou que 12% das ocorrências pesquisadas foram atribuídas apenas a “brigas de bar” ou “uso de álcool” pelos entrevistados ou pelas informações dos boletins policiais. Outra pesquisa realizada no período do carnaval na cidade de Recife mostrou que 85,2% das vítimas (fatais e não fatais) de violência tinham álcool no sangue. Nesse caso, há de se considerar que o carnaval, como outras grandes festas, é um período no qual o consumo de álcool aumenta consideravelmente. ²⁹

Na ausência de pesquisas específicas, um dos indicadores que pode sugerir a influência do álcool na violência entre jovens é a sazonalidade dos homicídios. Os mapas da violência da Unesco vêm mostrando que a violência juvenil acontece principalmente em horários recreativos: os homicídios crescem mais de 70% nos finais de semana em relação aos dias da semana. Considerando-se que o consumo de bebidas alcoólicas acontece com maior frequência nesses dias, é evidente que a relação entre ambos eventos precisa ser melhor explorada. Considerar a relação entre álcool e violência não implica estigmatizar o consumidor de álcool nem incorrer em ações repressivas que lesem seus direitos humanos. Trata-se, antes, de jogar luz a um fenômeno que permanece oculto por estar profundamente impregnado no viver social, ou até mesmo por interesses econômicos. ²⁹

Apesar de não se poder traçar uma relação de causalidade simples entre o consumo de álcool e o comportamento agressivo ou a violência. A organização Mundial de Saúde, por exemplo, considera que o álcool atua como um fator capaz de transformar a violência potencial em violência real, especialmente na violência entre jovens. O uso de bebidas alcoólicas também tem sido evidenciado como importante fator de risco nas violências de gênero. Quando consumido pelo agressor (usualmente homem), o álcool pode reduzir as inibições e afetar tanto a capacidade de emitir julgamentos como de interpretar sinais, precipitando casos de violência sexual e outras violências perpetradas por parceiros íntimos. Beber também aumenta a vulnerabilidade das mulheres, por dificultar sua percepção dos sinais de perigo e sua capacidade de reagir. ²⁹

FRANCH cita também estudos realizados em vários países a respeito de agressões entre homens jovens em bares, que trazem significativos elementos para o debate. Quando embriagadas, muitas pessoas manifestam dificuldades para lidar com contingências, sobrestimam seu poder, aceitam correr mais riscos e respondem com maior agressividade às provocações. Essas mudanças terminam por exacerbar elementos de conflitos presentes na socialização masculina, derivando em brigas pela honra, por lealdade, por frustração ou, simplesmente, como uma forma a mais de se divertir. A autora considera também que a relação do álcool com violência se manifesta sobretudo em estados de intoxicação etílica, ou seja: a história pregressa de alcoolismo não parece influir tanto na

agressão como a quantidade de álcool ingerida no momento do confronto.²⁹ Esta informação é extremamente relevante quando consideramos o importante problema do beber em quantidades excessivas em curto espaço de tempo (beber em “binge”) observado no Brasil, conforme descrito anteriormente.

Segundo a autora, devem também ser considerados outros fatores inerentes aos ambientes em que os jovens bebem, que aumentam a probabilidade de ocorrer atos violentos, tais como barulho, fumaça, aglomerações, presença de objetos cortantes, atitudes permissivas em relação ao álcool e à violência. Assim, ocorrem mais brigas naqueles locais onde os jovens são estimulados a beber até a embriaguez e onde não são tomadas medidas efetivas para evitar conflitos.²⁹

Outra questão a ser observada é que em muitas sociedades a embriaguez é considerada um time out, no qual é possível se comportar fora dos padrões sem ser socialmente punido. Assim, espera-se que os indivíduos dêem mais vazão à sua agressividade (incluindo a possibilidade de praticar violência sexual) sem que isso acarrete as mesmas conseqüências de um comportamento similar em estado sóbrio.²⁹

FRANCH (2004, p. 49-71) nos lembra também que:

Beber não se restringe ao espaço do bar. Se pensarmos nas populações de áreas periféricas, onde a vulnerabilidade à violência é maior, as casas ou as ruas do bairro fazem as vezes de local de lazer onde é possível beber mais por menos dinheiro em companhia dos amigos e vizinhos. Nesse caso, os jovens têm um controle maior quanto às companhias, mas ficam mais expostos a vinganças e outros acertos de contas envolvendo pessoas do convívio próximo. Muitos homicídios de jovens acontecem nas proximidades do local de moradia. É também no âmbito do bairro, mais concretamente da casa, onde se praticam as violências contra as mulheres, sendo a embriaguez um fator que tanto estimula o agressor como aumenta a vulnerabilidade da vítima.²⁹

Estratégias que persigam reduzir os danos e riscos da violência entre consumidores de álcool deverão, assim, levar em consideração uma multiplicidade de cenários, de tempos e de motivações.²⁹

3.6.3. Impacto do uso de álcool nos acidentes de trânsito

Segundo MELCOP (2004):

O uso prejudicial de drogas e a violência no trânsito são fenômenos complexos e dinâmicos na vida em comunidade, permeados por questões sociais, econômicas e políticas e ligados à subjetividade humana. Logo, o espaço de circulação das pessoas e dos veículos é o palco para as relações de poder, de conflitos que refletem as desigualdades da nossa sociedade. Esses conflitos e tensões sociais se particularizam na forma de conflitos e tensões no trânsito.²⁷

Segundo a autora, beber e dirigir são símbolos de conquista social. Carros e bebidas indicam sucesso e riqueza. Possuir automóveis mais ou menos caros indicam um lugar diferenciado entre seus proprietários e os demais atores do trânsito (passageiros, motociclistas, ciclistas, pedestres). Como existem poucos equipamentos de segurança (como ilhas de proteção, passarelas e faixas de retenção, dentre outros) os últimos parecem cidadãos de “segunda categoria”, sem a garantia de todos seus direitos. Assim, esses valores sociais provocam e reforçam comportamentos de transgressão, agressividade e risco no trânsito, com o consumo de álcool aparecendo como um importante fator causal de violência no trânsito.²⁷

A mesma autora destaca dados que correlacionam o consumo de álcool em situação de lazer e a condução de carros e motos. Dados obtidos em 1995, pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas em Salvador mostraram que uma grande proporção dos entrevistados (25,5%) referiram ocorrência anterior de acidente de trânsito conduzindo veículo, sendo que destes, 37,7% haviam ingerido bebida alcoólica na ocasião. Pesquisa realizada em 1996, pelo Instituto Recife de Atenção Integral às Dependências, mostrou que no Recife, 23% dos entrevistados estavam legalmente impedidos de dirigir e, destes, 28% já tinham se acidentado anteriormente. Observou-se também que a auto-avaliação do estado alcoólico é um mal indicador das reais condições do motorista, uma vez que a maioria deles subestima a influência negativa da bebida na condução de veículos. “Os entrevistados manifestaram uma percepção adequada em relação ao que deveria ser feito após a ingestão do álcool, como entregar o carro à outra pessoa ou tomar um táxi – mas não realizam essa intenção”.²⁷ Os efeitos dos diferentes níveis de consumo de álcool em relação ao trânsito estão descritos no anexo VIII.

Um outro aspecto importante observado nas duas cidades foi o fato dos motoristas que não usavam cinto de segurança apresentaram maiores teores de alcoolemia. Outra pesquisa citada pela autora mostrou que em casos de atropelamento a maioria dos atropelados estava sob efeito do álcool.²⁷

BARBOSA (2005), em apresentação realizada em Recife, no I Seminário Nordeste sobre Redução de Danos Relacionados ao Consumo de Álcool e outras Drogas cita pesquisa coordenada pela Associação Brasileira de Detrans em 2001, nas cidades de Brasília, Curitiba, Salvador e Recife, observando-se que 61% das pessoas envolvidas em acidentes de trânsito havia ingerido bebida alcoólica, índice este que chegou a 77,4% em Brasília. O mesmo estudo mostrou que a maioria dos acidentes fatais ocorre nos finais de semana, especialmente nas noites de sábado.³⁰

Estes dados corroboram a conclusão de MELCOP, que considera que grande parte dos acidentes de trânsito não é casual, sendo passível de prevenção:

Os acidentes de trânsito são decorrentes de um conjunto de circunstâncias e fatores ligados ao indivíduo, ao veículo e à via pública. Dentre os fatores ligados ao indivíduo destacamos o consumo prejudicial do álcool. A grande incidência dos acidentes motivados, direta ou indiretamente, pelo uso de bebidas pode estar relacionada às mudanças de comportamento provocadas por esse uso – prepotência, liberação da censura, diminuição ou ausência da crítica, entre outros, tanto nos condutores de veículos quanto nos pedestres.²⁷

**DIRETRIZES DE ATUAÇÃO
DAS SECRETARIAS DE SAÚDE
PARA O ENFRENTAMENTO
DA VIOLÊNCIA ENQUANTO
PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA**

- 4.1.** Introdução e diretrizes
- 4.2.** Proposta de organização da rede de atenção
- 4.3.** Medidas de redução dos danos causados pelo uso abusivo do álcool para prevenção da violência e acidentes de trânsito

4. Diretrizes de atuação das secretarias de saúde para o enfrentamento da violência enquanto problema de saúde pública

A mensagem mais importante que se pode dar a partir do setor saúde é que, na sua maioria, os eventos violentos e os traumatismos não são acidentais, não são fatalidades, não são falta de sorte: eles podem ser enfrentados, prevenidos e evitados.

Maria Cecília de S. Minayo

4.1. Introdução e diretrizes

Os dados até aqui apresentados demonstram a ampla interface e o grave impacto da violência na saúde. Além das milhares de mortes e incapacidades que ocorrem todos os anos devem ser considerados o sofrimento pessoal e familiar, sem contar o sofrimento social imposto pela tributação exigida para que o Estado consiga responder às demandas dessas pessoas por cuidados de saúde e benefícios previdenciários.

A iniciativa do CONASS repousa, portanto sobre a necessidade de se encarar a violência como uma questão de saúde pública, merecendo, por conseguinte, a adoção das conhecidas estratégias de prevenção, assistência e reabilitação. Inserir a noção de que se pode evitar a violência através de ações preventivas é uma necessidade que se impõe, deixando de lado o hábito de se encarar a violência apenas como uma questão de polícia, mas trazendo-a para a reflexão e a ação do Sistema Único de Saúde e da sociedade como um todo.

Com base no exposto, o CONASS apresenta para discussão as seguintes diretrizes:

- Inclusão da questão da violência como um problema de saúde pública na agenda de prioridades das Secretarias de Saúde, inserção do tema no rol de ações e indicadores do Pacto pela Saúde/Pacto de Gestão;
- O enfrentamento da violência como problema de saúde pública deve passar necessariamente não só pela organização do atendimento às vítimas e reabilitação, mas também por ações de promoção à saúde, de vigilância e de prevenção;
- É fundamental desenvolver trabalho integrado e intersetorial, envolvendo os vários segmentos para o enfrentamento do problema (saúde, educação, segurança pública, judiciário, dentre outros) tanto na área governamental como extra-governamental;

▪ É essencial a efetiva participação da comunidade em todo o processo. Esta se dá não só através do efetivo controle social, pelos Conselhos de Saúde e demais conselhos vinculados aos outros setores, mas especialmente pela adoção da perspectiva do protagonismo dos atores envolvidos, ou seja, promover as pessoas (especialmente de grupos mais vulneráveis) como sujeitos das intervenções, participando ativamente da definição de prioridades, implementação das ações e avaliação dos resultados.

Considerando estas diretrizes, de acordo com a realidade de cada local ou região, podem ser definidas diversas estratégias de intervenção. Destacaremos nesta nota técnica proposta de organização da rede de atenção à saúde, enfocando as diversas ações que podem ser realizadas nos diversos níveis de atenção.

A seguir, considerando que a área de saúde pode intervir de forma bastante efetiva no enfrentamento da questão do consumo abusivo de álcool, que conforme discutimos tem uma importante interface com o problema da violência, faremos algumas considerações a respeito de medidas de redução de danos.

Cabe antes, porém, destacar algumas ações relevantes que devem também ser implementadas:

- Identificar as situações de risco e estabelecer meios para que a comunidade e profissionais de saúde possam denunciar situações de violência.
- Prover assistência interdisciplinar e meios de prevenção da violência contra a criança, adolescente, mulher e idoso.
- Monitorização da ocorrência de acidentes e violências por meio do estabelecimento de ações padronizadas de vigilância epidemiológica, como por exemplo, a notificação da violência contra a mulher, criança e adolescente e a implantação de serviços sentinela de vigilância de acidentes e violências.
- Estimular a notificação dos casos, padronizando um instrumento para a notificação para que se possa produzir informações e construir indicadores que permitam conhecer o problema e buscar soluções.
- Estabelecer mecanismos de apoio às vítimas e acompanhamento dos casos, com vistas a diminuição de ocorrência de violência.
- Oferecer atendimento visando contribuir para a superação das condições geradoras de violência e as seqüelas resultantes dos maus tratos.
- Desenvolver propostas e projetos para a prevenção da violência, que busquem a participação ativa da comunidade (envolvendo os diversos atores como protagonistas, evitando que estes sejam objeto de um mero repasse de normas e informações).
- Incentivo à adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis, reforçando estratégias intersetoriais;

4.2. Proposta de organização da rede de atenção

A organização da atenção objetiva, com base nos indicadores de saúde e no diagnóstico elaborado pelas equipes de saúde, disponibilizar ações e serviços de saúde (pontos de atenção) de acordo com território sanitário e o nível de atenção. A seguir propõe-se a matriz de desenho da rede de atenção à saúde.

A atenção primária, por meio das unidades básicas de saúde (UBS) e as Equipes de Saúde da Família (ESF), deve se constituir a porta de entrada para o atendimento à saúde de crianças, adolescentes, mulheres e idosos vítimas de violência, para os casos leves e moderados, e os hospitais de emergência, para os casos graves, quando se tratar de lesões que exigem atendimento hospitalar.

Nos casos moderados e graves, o atendimento à criança, ao adolescente, à mulher e ao idoso e ao agressor será priorizado pela unidade de saúde, seja na própria unidade ou com o encaminhamento ao pronto atendimento. Para os casos de violência sexual deve-se definir protocolo específico.

As Secretarias de Saúde devem estabelecer protocolos de atendimento à saúde física e mental contendo os seguintes procedimentos:

- avaliação clínica da vítima e procedimentos imediatos necessários: curativos, suturas, medicação, etc.;
- encaminhamento para exames complementares e serviços hospitalares, quando necessários, sendo obrigatório o encaminhamento imediato para os hospitais de referência quando se tratar de violência sexual;
- agendamento de retorno para acompanhamento;
- encaminhamento para atendimento em saúde mental, priorizando os casos de violência sexual e os casos de drogadição;
- agendamento de visitas domiciliares para avaliação inicial e para acompanhamento familiar, incluindo a violência como critério de risco;
- incluir a violência familiar nas atividades educativas com grupos de gestantes e mães, bem como nos programas de saúde a detecção e o acolhimento a gestantes e mães com dificuldades para estabelecer vínculos com o bebê ou que apresentam depressão pós parto;
- encaminhamento de alcoolistas para o grupo de alcoólicos anônimos ou instituições comunitárias;
- encaminhamento para outros recursos comunitários de apoio às famílias de risco;
- internamento hospitalar, sempre que o estado clínico da vítima indicar, ou como medida de proteção à vítima que se encontra em situação de risco para novas agressões.

4.2.1. Matriz de desenho da rede de atenção

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO À SAÚDE	TERRITÓRIO SANITÁRIO
ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE	Hospital Especializado (referência para assistência e reabilitação) Hospital Geral Pronto Socorro (unidade de emergência, UTI, centro cirúrgico 24 horas) Ambulatório de referência para reabilitação	MACRORREGIÃO
ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE	Pronto Atendimento, Unidade 24 horas e Pronto Socorro Centro de Referência / Unidade ambulatorial especializada / Centro de Atenção Psicossocial	MICRORREGIÃO
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	Pronto Atendimento, Unidade 24 horas e Pronto Socorro ----- UBS / PSF / Unidade de Saúde 24 horas e Pronto Atendimento ----- ACS	MUNICÍPIO ----- ÁREA DE ABRANGÊNCIA ----- MICRO-ÁREA

AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO À SAÚDE

(equipe das UBS, PSF e ACS)

- Identificar e mapear situações de risco na comunidade (alcooolismo, drogas, violência doméstica, doença mental, meio ambiente, ambientes que estimulam a situações de risco e violência).
- Apoiar, quando necessário, o Conselho Tutelar, as escolas e as creches, na avaliação de situações que indiquem violência, negligência.
- Registrar o acompanhamento familiar de casos notificados pela Unidade de Saúde, ou por ela acompanhados, averiguando reincidências, dificuldades na realização dos encaminhamentos propostos, prestando orientação às famílias ou aos responsáveis, encaminhando-os a outros serviços existentes na comunidade.
- Capacitar/sensibilizar os componentes da equipe da Unidade de Saúde para o reconhecimento de sinais de violência em crianças, adolescentes e suas famílias.
- Manter a equipe alerta para os sinais de violência.
- Preservar a identidade, a imagem e os dados pessoais do protegido e dos seus familiares.

- Garantir os encaminhamentos/procedimentos necessários para o atendimento.
- Comunicar os casos moderados e graves ao Conselho Tutelar e a outros órgãos da comunidade.
- Receber as solicitações do Conselho Tutelar, escolas, creches, e da comunidade para apoio na avaliação de sinais de violência.
- Incluir o tema violência intradomiciliar nas ações educativas promovidas pelas unidades de saúde e destinadas a grupos de mães, gestantes, idosos e a comunidade.
- Identificar grupos sociais na comunidade (igrejas, escolas, clubes) que possam interagir contribuindo para a promoção da solidariedade e cultura da paz.
- Promover mecanismos de negociação e mediação como forma de resolver conflitos na família e na comunidade.
- Respeitar a diversidade nas relações humanas.
- Estabelecer projetos de intervenção que promovam a saúde e o desenvolvimento sustentado.
- Estabelecer ações intersetoriais (escolas, clubes, igrejas, associações, creches, centro de convivência) para a discussão dos problemas que estimulam a violência na comunidade e propostas de intervenção.
- Propor ações de mobilização social na comunidade para o desenvolvimento de atividades que visem combater a violência.
- Realizar campanhas educativas que promovam a disseminação de informações sobre os dados da violência e suas causas, sobre os direitos das vítimas de violência, e promoção da cultura da paz e não violência.

AÇÕES DE ASSISTÊNCIA

- Organizar a rede de atenção à saúde:
 - Definir as responsabilidades na assistência de cada ponto de atenção na rede;
 - Estabelecer fluxos e mecanismos de referência e contra referência para os diferentes pontos e níveis de atenção.
 - Realizar atendimento as vítimas de violência de natureza física, psicológica, sexual, negligência e abandono.
 - Realizar atendimento as vítimas de acidentes de transito e a violência interpessoal.
- Identificar serviços de apoio as vítimas de violência (assistência social; apoio psicológico; grupos da comunidade; apoio legal contemplando defensoria pública, conselho tutelar, delegacias e varas especializadas).
- Estabelecer comunicação com os órgãos de polícia e segurança pública.
- Definir serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, inclusive a integração dos serviços de saúde e segurança pública.

- Capacitação permanente dos profissionais de saúde, profissionais que atuam na segurança pública, professores, educadores, líderes comunitários, para as questões de gênero, raça ou etnia.
- Estabelecer mecanismos de acompanhamento e avaliação do perfil da violência que são atendidos nos serviços de saúde.
- Definir ações de acompanhamento das vítimas da violência.

AÇÕES DE REABILITAÇÃO

- Estabelecer as competências de cada ponto de atenção nas ações de reabilitação das pessoas vítimas de violência.
- Implantar protocolos de atendimento para a reabilitação física, psicológica, laboral, social.
- Identificar seqüelas e ou incapacidades nas vítimas.
- Identificar serviços de referência para reabilitação física e social e apoio na reinserção das vítimas e dos agressores.
- Estabelecer parcerias com outros setores para o encaminhamento de situações de exclusão social.
- Criar mecanismos de articulação entre os serviços específicos para informação, orientação e assessoramento das vítimas da violência nos envolvidos com questões de natureza criminal, civil, familiar ou constitucional.
- Possibilitar a imediata internação hospitalar, tratamento, medicamentos, próteses ou outros recursos médicos essenciais à reabilitação das vítimas.
- Elaborar em parceria com outros órgãos estratégias de proteção às vítimas para educar a população em condutas de prevenção à vitimização e cumprir seu papel de contribuir para a investigação e a responsabilidade de atos criminosos.
- Garantir assistência psicológica às vítimas de crimes violentos e aos seus familiares. Especialmente nos casos de estupro, abuso sexual e crimes conexos.

4.3. Medidas de redução dos danos causados pelo uso abusivo do álcool para prevenção da violência e acidentes de trânsito

Reduzir danos significa diminuir os agravos que podem advir do consumo de determinada substância psicoativa. Esses danos podem ser orgânicos, pois o uso de drogas pode afetar a saúde do usuário de várias maneiras dependendo do seu organismo, da frequência de uso e da quantidade consumida. Entretanto, muitos danos não são decorrentes diretamente do uso do álcool (ou outras drogas), mas sim de uma série de riscos aos quais o usuário pode se expor sob seu efeito. As políticas de redução de danos buscam, principalmente, reduzir as consequências adversas do consumo de álcool (ou outras drogas), não estando focadas na redução do consumo propriamente dito.²⁷

MEDIDAS DE REDUÇÃO DE DANOS PARA A PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

Segundo FRANCH (2004, p 49-71):

Para muitas pessoas beber não apenas constitui um importante ritual de sociabilidade como representa um dos componentes mais agradáveis de sua rotina semanal. Beber até a embriaguez, especialmente nos jovens, faz parte do exagero próprio de quem sabe ser esse um atributo social da idade e do processo de experimentação com a bebida, com o próprio corpo e com os outros. Para alguns jovens, a violência é um contexto para a sobrevivência, uma linguagem com que expressam descontentamento ou procuram excitação. Uma resposta a condições aviltantes de vida ou, pelo contrário, uma forma de inscrever o desprezo em relação ao outro, seja este o negro, a mulher, o pobre, o homossexual, o índio. Para a maioria dos jovens, entretanto, a violência é apenas uma ameaça no horizonte que não impede curtir a vida, traçar projetos e ser cidadão. É para todos esses jovens que as estratégias de redução de danos devem se dirigir.²⁹

A mesma autora considera que qualquer ação que vise diminuir os riscos dos jovens se envolverem com violência em situações de consumo de álcool precisa, antes de tudo, adotar a perspectiva do protagonismo juvenil, ou seja, promover os jovens como sujeitos das intervenções, capazes de participar ativamente na definição das prioridades, na implementação de ações e na avaliação dos resultados. "Para trazer os jovens a cena é imprescindível redefinir posturas que estão ainda muito enraizadas na escola, na política, na comunidade, na família e em muitos outros espaços de circulação juvenil".²⁹

Este estímulo ao protagonismo juvenil não deve, porém, afastar os outros atores do cenário da luta para a diminuição da violência. "Para serem efetivas, as estratégias de redução de danos precisam ser elaboradas em conjunto com os jovens, que são os principais interessados, mas contando com o respaldo do Estado, promotor de políticas públicas, da sociedade civil, das comunidades e famílias, que devem exercer controle social sobre essas políticas".²⁹

FRANCH (2004, p 49-71) considera também que diversas questões devem ser melhor discutidas, dentre as quais:

- Os aspectos legais (uma vez que, como vimos a ingestão de álcool é cada vez mais precoce, apesar de sua venda ser ilegal antes dos 18 anos);
- Questões culturais e relações de gênero (padrões de masculinidade tornam os homens mais suscetíveis a correrem riscos e mais propensos a fazer uso da violência física contra outros homens e contra as mulheres);
- Representação das drogas ilícitas versus drogas lícitas (sociedade tem dado às drogas ilícitas o status de principal perigo, com um processo de “demonização” de drogas como a maconha, ao mesmo tempo em que ocorre a banalização do consumo de outra droga que é o álcool. Ambas posturas são consideradas contraproducentes, uma vez que não envolvem o principal elemento para que os jovens possam decidir e ter controle sobre o consumo de drogas: a informação; ²⁹

Por outro lado, indica que as estratégias de redução de danos devem considerar:

- A importância das armas de fogo na mortalidade juvenil por homicídios;
- A existência de muitas violências silenciadas que precisam se tornar públicas; ²⁹

Experiências internacionais e nacionais na área de drogas e/ou de trabalhos com juventude têm mostrado a importância de realizar ações integradas em vários espaços de maior relevância na experiência juvenil, são também importantes os esforços que vêm sendo feitos no sentido de construir uma “cultura de paz” que priorize o diálogo e a tolerância em detrimento da imposição da própria vontade a qualquer custo. Dentre as estratégias que podem ser implementadas podem ser sugeridas:

- Na escola: os jovens, como vimos, obtêm informação sobre drogas e sobre álcool entre os amigos ou através da propaganda da mídia. A escola, como uma das principais instituições para a socialização secundária, precisa abrir esse debate de uma forma não repressiva. Ações que envolvem os jovens estudantes como sujeitos de ações educativas nas escolas têm se mostrado muito eficazes dentro e fora do Brasil;
- Bares e locais de lazer são cenários privilegiados para o consumo de álcool. É possível tornar esses lugares mais seguros, evitando aglomerações, objetos cortantes e outros elementos que causam perigo. Garçons e proprietários devem se conscientizar para não estimular o consumo de álcool até a embriaguez. Igualmente, é preciso discutir com estes atores formas mais eficazes de lidar com os conflitos que acontecem nesses locais.

- Muitos jovens vão até aos bares armados. Guardar suas armas até a saída não é suficiente para garantir a segurança e a vida de quem vai até o bar. Os bares podem ser incluídos como locais de abordagem para usuários de álcool que usam armas;
- Grandes eventos como o carnaval, megashows, etc. apresentam o desafio de como aliar diversão e segurança. Ações efetivas podem incluir um controle maior sobre a venda de bebidas (que hoje não existe), cuidados com o transporte dos participantes, informações sobre formas mais seguras de beber, etc.;
- Mídia: apesar do forte poder das indústrias de bebidas, a sociedade precisa exercer maior controle social nas propagandas e informações veiculadas. Negociar espaços para programas informativos e “contra-propagandas” são algumas das sugestões mais comuns;
- Família/comunidade: é preciso estimular os trabalhos voltados às mudanças culturais e melhorar o acesso das pessoas a informações válidas sobre o álcool, outras drogas e a violência. Fortalecer os trabalhos que já existem é uma boa forma de integrar a comunidade e tornar as estratégias mais adequadas. ²⁹

MEDIDAS DE REDUÇÃO DE DANOS PARA A PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO

Conforme referido anteriormente as políticas e leis voltadas à prevenção de acidentes de trânsito em geral são somente repressivas e voltadas para o comportamento ao volante: impõem-se limites de velocidade, limites no consumo de álcool e outras drogas, limites de idade para obtenção da carteira, definem-se diversas punições. Pouco porém se faz na área da prevenção, educação e intervenção comunitária, com o objetivo de aumentar a consciência e mudar a cultura e os valores sociais da população em relação ao trânsito e ao consumo de drogas. ²⁷

Algumas intervenções recentes, dentro dos princípios da redução de danos, têm tentado tornar os veículos, carros, motocicletas, bicicletas, etc. – e as vias públicas mais seguros, como também, implementar estratégias para evitar e/ou diminuir as situações de risco no trânsito para pedestres e condutores.

MELCOP destaca dentre elas:

- Programas que fornecem transporte, gratuito ou não, para pessoas alcoolizadas tornando mais fácil a essas pessoas optarem por um transporte mais seguro para voltarem para suas casas;
- Programas de designação do motorista. Trata-se de programas que incentivam um grupo de pessoas, que sai freqüentemente, a escolher – designar um membro para abster-se de beber naquela ocasião. A idéia é que ele poderá conduzir o grupo, não só no trânsito, mas também em outras situações de risco. Os participantes do grupo devem fazer rodízio nessa função;
- Blitz educativa. Policiais e educadores de trânsito, intervindo no fluxo de veículos e de

peessoas solicitando o uso de bafômetro para aferição da alcoolemia e repassando informações úteis sobre beber e transitar;

- Capacitação e treinamento de proprietários, gerentes, garçons e barmen dos estabelecimentos de lazer com o objetivo de informar sobre as leis de responsabilização de provedores (proíbem que sirva álcool a indivíduos já alcoolizados e a crianças e adolescentes), sobre o processo de alcoolização e o papel social deles para intervirem nas situações de risco com seus clientes;
- Ações de inserção do tema – trânsito – nos currículos escolares. O trânsito visto como uma escola de cidadania, de democracia e de respeito à vida;
- Programas de orientação para adolescentes e jovens, nas escolas e faculdades sobre as formas seguras de consumir bebidas alcoólicas;
- Inserção das questões das drogas nos cursos das auto-escolas para aquisição da carteira de habilitação;
- Barracas de orientação atrativas – distribuição de fôlderes informativos e camisinhas e uso de bafômetro para desestimular os comportamentos de risco no trânsito nas grandes festas populares, como o carnaval, entre outras;
- Campanhas educativas freqüentes, sobre comportamentos seguros e éticos que estimulem a segurança, a cordialidade e a solidariedade no trânsito.²⁷

A autora propõe também que outras estratégias de redução de danos devam ser pensadas e criadas na tentativa de se aproximar de grupos que, por suas características, se tornam mais vulneráveis no trânsito, como pedestres, crianças, idosos e analfabetos.²⁷ Assim como Franch, Melcop também considera fundamental estimular e garantir o protagonismo dos usuários de álcool no planejamento e na execução de todas as ações de redução de danos.^{27 29}

No anexo IX podem ser avaliadas as recomendações para a Política Nacional, Integral e Intersetorial de Redução dos Danos à Saúde e ao Bem Estar Causados Pelas Bebidas Alcoólicas, emitidas por Grupo de Trabalho Interministerial instituído em 2003 pela Presidência da República com o objetivo de revisar, propor e discutir a política do Governo Federal para a atenção a usuários de álcool.

ANEXO I**Ranking da taxa padronizada de mortalidade por agressão (por 100 mil habitantes), nos municípios de 20 a 100 mil habitantes – Brasil, acumulado 2002 a 2004**

N	UF	município	População de 2003	Agressões de 2002 a 2004	Taxa Bruta	Taxa padronizada
1	PA	Tailândia	44.821	156	348,1	358,1
2	PE	Trindade	22.894	57	249,0	273,5
3	RJ	Itaguaí	87.738	239	272,4	269,7
4	PE	Ribeirão	41.581	105	252,5	267,8
5	PE	Ibimirim	23.182	48	207,1	259,8
6	PE	Rio Formoso	21.299	48	225,4	257,4
7	PA	Jacundá	43.804	103	235,1	246,8
8	PE	Itapissuma	21.258	52	244,6	246,7
9	RJ	Rio das Ostras	42.025	101	240,3	238,2
10	PE	Sirinhaém	32.976	69	209,2	230,8
11	SP	Embu-Guaçu	63.274	149	235,5	230,1
12	PE	Agrestina	20.663	43	208,1	229,7
13	ES	Pedro Canário	22.149	50	225,7	227,6
14	PE	Limoeiro	56.771	120	211,4	224,1
15	PE	Cupira	22.490	40	177,9	212,8
16	PR	Piraquara	85.675	189	220,6	209,7
17	PE	Amaraji	21.714	41	188,8	207,2
18	ES	Conceição da Barra	27.792	55	197,9	205,3
19	SP	São Sebastião	65.478	146	223,0	203,6
20	MG	Vespasiano	85.180	183	214,8	203,5
21	RO	Ariquemes	79.678	160	200,8	200,9
22	MS	Ponta Porã	64.000	124	193,8	200,6
23	RO	Buritis	32.772	71	216,6	194,3
24	PE	Aliança	37.105	69	186,0	193,9
25	PA	Parauapebas	81.427	152	186,7	191,9
26	PA	Novo Repartimento	45.909	73	159,0	191,4
27	PR	Palmas	36.734	66	179,7	191,4
28	PE	Santa Cruz do Capibaribe	65.429	125	191,0	190,1
29	PE	Santa Maria da Boa Vista	39.889	68	170,5	189,3
30	PE	Goiana	73.339	138	188,2	187,9
31	PE	Palmares	55.193	95	172,1	187,4
32	PR	Guaira	28.246	52	184,1	187,4
33	SP	Caraguatatuba	86.944	171	196,7	186,2
34	PE	Petrolândia	29.029	49	168,8	185,5
35	MT	Peixoto de Azevedo	22.746	43	189,0	185,0
36	PA	Rondon do Pará	42.555	79	185,6	184,3
37	GO	Planaltina	84.043	149	177,3	179,7
38	RO	Machadinho D'Oeste	25.645	49	191,1	179,4
39	ES	Viana	56.406	108	191,5	178,7
40	AL	Flar	31.801	54	169,8	177,2
41	PE	Abreu e Lima	92.738	170	183,3	176,3
42	AL	Rio Largo	65.156	111	170,4	175,3
43	RJ	Guapimirim	40.993	75	183,0	174,9
44	PR	Rio Branco do Sul	29.894	53	177,3	174,5
45	GO	Novo Gama	83.577	144	172,3	171,3
46	RJ	Seropédica	70.065	120	171,3	170,6
47	SP	Peruíbe	57.203	93	162,6	168,1
48	PE	Floresta	25.832	37	143,2	167,5
49	PE	Escada	57.805	90	155,7	167,4
50	PE	Vicência	29.066	47	161,7	166,0

Fonte: Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2006 - Uma análise da desigualdade em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p 416 e 417

Fonte: SIM / SVS / MS e IBGE

* População padrão: Brasil 2000

ANEXO II

Ranking da taxa padronizada de mortalidade por agressão (por 100 mil habitantes), nos municípios com mais de 100 mil habitantes – Brasil, acumulado 2002 a 2004

N	UF	município	População de 2003	Agressões de 2002 a 2004	Taxa Bruta	Taxa padronizada
1	ES	Serra	351.684	1113	316,5	305,5
2	PE	Olinda	376.066	1057	281,1	279,7
3	PR	Foz do Iguaçu	279.620	775	277,2	277,5
4	ES	Cariacica	339.612	966	284,4	272,4
5	RJ	Macaé	144.209	404	280,1	271,5
6	PE	Jaboatão dos Guararapes	610.645	1581	258,9	254,4
7	PE	Cabo de Santo Agostinho	160.969	418	259,7	253,0
8	RJ	Itaboraí	201.442	521	258,6	229,0
9	SP	Itapeverica da Serra	143.255	338	235,9	225,6
10	PA	Marabá	181.684	378	208,1	221,3
11	SP	Embu	223.583	521	233,0	218,8
12	MG	Ribeirão das Neves	278.572	640	229,7	216,2
13	RJ	Belford Roxo	457.198	1018	222,7	212,6
14	RJ	Nilópolis	152.362	309	202,8	207,2
15	SP	Mogi das Cruzes	131.451	282	214,5	204,9
16	RJ	Queimados	129.131	264	204,4	203,3
17	SP	Diadema	373.013	815	218,5	202,8
18	RJ	Nova Iguaçu	792.206	1610	203,2	200,0
19	RJ	Duque de Caxias	808.614	1596	197,4	199,9
20	MG	Santa Luzia	199.405	417	209,1	199,2
21	PE	Recife	1.461.318	2877	196,9	198,3
22	SP	Taboão da Serra	209.217	420	200,7	191,1
23	PE	Vitória de Santo Antão	120.921	225	186,1	190,8
24	ES	Vila Velha	370.729	722	194,8	190,7
25	RJ	São João de Meriti	456.774	895	195,9	189,2
26	BA	Juazeiro	188.677	359	190,3	187,9
27	SP	Itaquaquecetuba	306.209	578	188,8	185,9
28	PE	Caruaru	265.934	482	181,2	184,8
29	RO	Porto Velho	353.965	659	186,2	184,6
30	SP	Cubatão	113.595	219	192,8	180,5
31	MG	Contagem	565.258	1071	189,5	178,2
32	RJ	Cabo Frio	142.986	259	181,1	178,1
33	RJ	Mesquita	174.047	319	183,3	176,5
34	SP	Hortolândia	173.061	318	183,8	174,2
35	ES	Vitória	302.633	529	174,8	174,2
36	RS	Alvorada	196.884	331	168,1	172,3
37	MG	Betim	348.493	608	174,5	165,6
38	MG	Ibirité	149.955	261	174,1	164,6
39	SP	Osasco	678.584	1173	172,9	163,2
40	ES	Linhares	116.947	192	164,2	160,8
41	AL	Maceió	849.734	1355	159,5	160,5
42	PE	Petrolina	235.821	375	159,0	159,9
43	SP	Cotia	161.784	269	166,3	159,7
44	PE	Paulista	277.872	454	163,4	159,4
45	RJ	Angra dos Reis	129.622	225	173,6	158,6
46	RJ	Rio de Janeiro	5.974.082	9012	150,9	157,1
47	SP	Guarulhos	1.160.469	1916	165,1	156,1
48	SP	Ferraz de Vasconcelos	156.613	245	156,4	153,9
49	RJ	Niterói	466.630	669	143,4	151,6
50	SP	Praia Grande	215.174	323	150,1	151,3

Fonte: Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2006 - Uma análise da desigualdade em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p 414 e 415

Fonte: SIM / SVS / MS e IBGE

* População padrão: Brasil 2000

ANEXO III**Ranking da taxa padronizada de mortalidade por agressão nas capitais (por 100 mil habitantes),****– Brasil, acumulado 2002 a 2004**

N	UF	município	População de 2003	Agressões de 2002 a 2004	Taxa Bruta	Taxa padronizada
1	PE	Recife	1461318	2877	196,9	198,3
2	RO	Porto Velho	353965	659	186,2	184,6
3	ES	Vitória	302633	529	174,8	174,2
4	AL	Maceió	849734	1355	159,5	160,5
5	RJ	Rio de Janeiro	5974082	9012	150,9	157,1
6	MT	Cuiabá	508153	704	138,5	133,5
7	SP	São Paulo	10677017	14599	136,7	133,3
8	MG	Belo Horizonte	2305813	3105	134,7	131,7
9	AP	Macapá	317787	384	120,8	121,5
10	AC	Rio Branco	274556	295	107,4	110,7
11	SE	Aracaju	479767	525	109,4	108,3
12	BA	Salvador	2556430	2950	115,4	107,6
13	PB	João Pessoa	628837	647	102,9	102,8
14	RR	Boa Vista	221029	231	104,5	102,4
15	RS	Porto Alegre	1394087	1298	93,1	95,1
16	MS	Campo Grande	705973	649	91,9	90,4
17	DF	Brasília	2189792	2080	95,0	89,2
18	PR	Curitiba	1671193	1536	91,9	86,0
19	CE	Fortaleza	2256235	1856	82,3	84,5
20	AM	Manaus	1527314	1232	80,7	79,5
21	GO	Goiânia	1146103	971	84,7	78,7
22	SC	Florianópolis	369101	302	81,8	77,5
23	MA	São Luís	923527	683	74,0	73,1
24	PA	Belém	1342201	1006	75,0	71,7
25	PI	Teresina	751463	518	68,9	69,9
26	RN	Natal	744794	498	66,9	67,5
27	TO	Palmas	172177	103	59,8	60,5

Fonte: Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2006 - Uma análise da desigualdade em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p 418

Fonte: SIM / SVS / MS e IBGE

* População padrão: Brasil 2000

ANEXO IV

Ranking da taxa padronizada de mortalidade por acidentes de transporte terrestre para municípios com população de 20.000 até 100.000 Brasil, 2002 a 2004 (acumulado)

N	UF	Municípios	População 2003	Acidentes de 2002 a 2004	Taxa Bruta	Taxa Padronizada
1	PA	Tailândia	44.821	110	245,4	266,0
2	SC	Guaramirim	27.552	57	206,9	204,7
3	ES	Jaguaré	20.306	36	177,3	189,5
4	PE	Trindade	22.894	39	170,4	188,7
5	SP	Miracatu	23.434	39	166,4	165,3
6	MT	Campo Verde	20.684	33	159,5	162,2
7	MT	Primavera do Leste	48.277	71	147,1	161,3
8	SC	São Francisco do Sul	34.968	57	163,0	158,9
9	MT	Peixoto de Azevedo	22.746	33	145,1	152,9
10	SP	Juquitiba	28.458	42	147,6	147,4
11	PA	Xinguara	32.881	44	133,8	146,3
12	PA	Goianésia do Pará	26.274	37	140,8	146,0
13	MT	Sorriso	41.857	60	143,3	145,9
14	MA	Estreito	24.010	31	129,1	144,4
15	ES	Conceição da Barra	27.792	37	133,1	143,2
16	CE	Ibiapina	22.815	30	131,5	142,9
17	PA	Redenção	66.931	88	131,5	142,1
18	RO	Vilhena	58.688	78	132,9	142,1
19	MG	Sacramento	21.619	30	138,8	141,5
20	PA	Jacundá	43.804	57	130,1	140,5
21	SC	Imbituba	37.171	54	145,3	139,4
22	SE	Itabaiana	80.504	107	132,9	139,3
23	GO	Ipameri	23.193	34	146,6	138,4
24	SP	Juquiá	21.613	31	143,4	138,4
25	SC	Rio do Sul	53.490	76	142,1	136,8
26	GO	Cristalina	36.947	49	132,6	136,7
27	PR	Francisco Beltrão	68.938	90	130,6	135,4
28	MT	Alta Floresta	47.110	61	129,5	135,2
29	PA	Tucumã	23.440	33	140,8	135,1
30	PA	Parauapebas	81.427	92	113,0	135,0
31	MT	Jaciara	25.337	36	142,1	134,1
32	AL	Joaquim Gomes	20.656	25	121,0	133,2
33	SC	Xanxerê	38.858	53	136,4	133,0
34	PR	Palmas	36.734	46	125,2	132,9
35	PA	Novo Repartimento	45.909	55	119,8	131,0
36	MG	Medina	21.600	26	120,4	130,8
37	MA	Buritcupu	57.421	66	114,9	128,3
38	SC	Navegantes	44.137	56	126,9	127,8
39	SE	Umbaúba	20.449	24	117,4	126,6
40	SC	Sombrio	24.351	31	127,3	125,5
41	SC	Tijucas	24.686	32	129,6	125,5
42	SC	Araranguá	57.930	72	124,3	124,6
43	MS	Ponta Porã	64.000	75	117,2	124,0
44	PA	Santana do Araguaia	35.929	42	116,9	123,1
45	MT	Tangará da Serra	64.455	79	122,6	122,4
46	SC	Brusque	81.556	102	125,1	122,4
47	MG	Itaobim	21.553	24	111,4	122,1
48	SC	Itapema	30.087	37	123,0	121,7
49	GO	Formosa	84.352	99	117,4	121,0
50	GO	Nerópolis	20.298	25	123,2	120,8

Fonte: Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2006 - Uma análise da desigualdade em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p 488 e 489
 Fonte: SIM / SVS / MS e IBGE
 * População padrão: Brasil 2000

ANEXO V**Ranking da taxa padronizada de mortalidade por acidentes de transporte terrestre para municípios com mais de 100.000 habitantes Brasil, 2002 a 2004 (acumulado)**

N	UF	Municípios	População 2003	Acidentes de 2002 a 2004	Taxa Bruta	Taxa Padronizada
1	MT	Rondonópolis	158.389	224	141,4	141,8
2	RJ	Campos dos Goytacazes	416.441	593	142,4	140,1
3	PR	Cascavel	261.504	314	120,1	123,3
4	SC	Itajaí	156.075	178	114,0	115,2
5	PA	Marabá	181.684	189	104,0	114,1
6	GO	Rio Verde	124.753	144	115,4	113,9
7	PR	Toledo	101.883	117	114,8	113,0
8	SC	Jaraguá do Sul	118.197	140	118,4	112,7
9	AL	Arapiraca	193.103	199	103,1	112,3
10	RR	Boa Vista	221.029	215	97,3	111,6
11	SC	Palhoça	113.312	125	110,3	110,6
12	TO	Araguaína	120.214	120	99,8	108,9
13	TO	Palmas	172.177	168	97,6	105,0
14	PR	São José dos Pinhais	227.993	231	101,3	102,1
15	RO	Porto Velho	353.965	333	94,1	102,1
16	MS	Dourados	173.874	174	100,1	101,9
17	ES	Linhares	116.947	116	99,2	101,5
18	PR	Guarapuava	160.933	155	96,3	100,1
19	AP	Macapá	317.787	275	86,5	99,8
20	GO	Goiânia	1.146.103	1.131	98,7	98,4
21	RJ	Macaé	144.209	145	100,5	97,7
22	GO	Luziânia	160.330	142	88,6	96,4
23	GO	Anápolis	298.154	293	98,3	96,3
24	PE	Vitória de Santo Antão	120.921	111	91,8	95,6
25	PR	Foz do Iguaçu	279.620	244	87,3	95,3
26	ES	Cachoeiro de Itapemirim	184.577	176	95,4	94,6
27	RO	Ji-Paraná	109.572	96	87,6	92,9
28	GO	Aparecida de Goiânia	385.033	339	88,0	92,8
29	PR	Paranaguá	135.925	124	91,2	92,7
30	PR	Maringá	303.550	290	95,5	92,5
31	SP	Atibaia	118.989	114	95,8	91,5
32	PR	Araucária	104.285	90	86,3	90,1
33	ES	Serra	351.684	303	86,2	88,7
34	ES	Colatina	106.900	98	91,7	88,0
35	MS	Campo Grande	705.973	612	86,7	87,4
36	RS	São Leopoldo	201.448	177	87,9	86,4
37	MT	Cuiabá	508.153	415	81,7	86,3
38	SP	Mogi das Cruzes	131.451	119	90,5	85,8
39	SC	Criciúma	177.841	155	87,2	85,7
40	PR	Apucarana	111.760	99	88,6	84,9
41	SC	Chapécó	157.927	134	84,8	84,9
42	PR	Pinhais	111.449	97	87,0	84,5
43	SC	São José	185.036	159	85,9	84,2
44	AC	Rio Branco	274.556	208	75,8	83,7
45	RJ	Itaboraí	201.442	174	86,4	83,1
46	SP	Itapetininga	132.869	114	85,8	82,5
47	RJ	Teresópolis	143.435	120	83,7	82,0
48	PR	Colombo	203.528	153	75,2	82,0
49	PB	Campina Grande	365.559	356	97,4	81,9
50	PR	Ponta Grossa	286.687	234	81,6	81,7

Extraído de: Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2006 - Uma análise da desigualdade em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 490 e 491
 * População padrão: Brasil 2000
 Fonte: SIM / SVS / MS e IBGE

ANEXO VI

Ranking da taxa padronizada de mortalidade por acidentes de transporte terrestre nas capitais (por 100 mil habitantes). Brasil, 2002 a 2004 (acumulado)

N	UF	Municípios	População 2003	Acidentes de 2002 a 2004	Taxa Bruta	Taxa Padronizada
1	RR	Boa Vista	221.029	215	97,3	111,6
2	TO	Palmas	172.177	168	97,6	105,0
3	RO	Porto Velho	353.965	333	94,1	102,1
4	AP	Macapá	317.787	275	86,5	99,8
5	GO	Goiânia	1.146.103	1.131	98,7	98,4
6	MS	Campo Grande	705.973	612	86,7	87,4
7	MT	Cuiabá	508.153	415	81,7	86,3
8	AC	Rio Branco	274.556	208	75,8	83,7
9	DF	Brasília	2.189.792	1.618	73,9	76,5
10	PI	Teresina	751.463	525	69,9	76,0
11	PR	Curitiba	1.671.193	1.163	69,6	67,3
12	SC	Florianópolis	369.101	255	69,1	66,0
13	CE	Fortaleza	2.256.235	1.401	62,1	65,8
14	PB	João Pessoa	628.837	388	61,7	63,2
15	SE	Aracaju	479.767	284	59,2	60,5
16	AL	Maceió	849.734	478	56,3	60,0
17	ES	Vitória	302.633	179	59,1	57,6
18	AM	Manaus	1.527.314	786	51,5	56,9
19	MG	Belo Horizonte	2.305.813	1.205	52,3	51,1
20	PE	Recife	1.461.318	685	46,9	47,4
21	MA	São Luís	923.527	398	43,1	46,4
22	RS	Porto Alegre	1.394.087	675	48,4	46,2
23	RJ	Rio de Janeiro	5.974.082	2.936	49,1	45,8
24	PA	Belém	1.342.201	498	37,1	38,5
25	SP	São Paulo	10.677.017	3.915	36,7	35,5
26	RN	Natal	744.794	231	31,0	31,6
27	BA	Salvador	2.556.430	354	13,8	14,1

Fonte: Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2006 - Uma análise da desigualdade em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p 492

Fonte: SIM / SVS / MS e IBGE

* População padrão: Brasil 2000

ANEXO VII

CARACTERÍSTICAS MAIS COMUNS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUE APRESENTAM RISCO PARA MAUS-TRATOS

Na convivência com outras crianças, no relacionamento com os familiares e na reação ao contato com estranhos, como numa avaliação de saúde, podemos perceber algumas características e atitudes comuns das crianças agredidas cronicamente.²⁰

As crianças que sofrem maus-tratos ou negligência, demonstram auto-estima diminuída, geralmente são bastante tímidas, sem iniciativa, com medo de tudo e de todos. Reagem a qualquer estímulo em sua direção, escondendo-se ou se protegendo.²⁰

São bebês e crianças difíceis de ganhar peso, independentemente do padrão econômico da família, ou seu baixo ganho de peso e altura contrasta com a aparência saudável e bem nutrida do pai ou mãe.²⁰

Podem apresentar um desenvolvimento psicomotor muitas vezes abaixo do esperado para a idade, bem como dificuldade de aprendizado.²⁰

Em alguns casos, principalmente na idade escolar e adolescência, desenvolvem agressividade exagerada ou apresentam sinais de desenvolvimento sexual precoce, reproduzindo com os colegas e amigos o que sofrem em casa.²⁰

Há condições que podem predispor para o desenvolvimento de relações agressivas entre pais ou responsáveis e os filhos.³¹

Entre estas pode-se enumerar:

- Crianças não desejadas, não planejadas e que não foram aceitas já na gravidez.
- Crianças prematuras ou hospitalizadas por grandes períodos, ou com risco de vida, cujo vínculo mãe e filho foi prejudicado.
- Crianças de sexo diferente da expectativa, ou com características físicas muito diferentes das dos pais.
- Crianças adotadas ou sob guarda por imposição ou circunstâncias alheias à vontade dos responsáveis.
- Menores afastados dos pais, criados por outras pessoas, ou que passam a maior parte dos dias com outra família, perdendo o relacionamento com os responsáveis.
- Filhos de outros relacionamentos.
- Crianças hiperativas, ou que não aprenderam a respeitar limites.
- Crianças ou adolescentes com capacidade intelectual muito diferente dos responsáveis.
- Adolescentes com perspectivas de vida muito diferentes dos responsáveis;
- Portadores de doença crônica ou deficiência, considerados um problema para os seus pais.³¹

CARACTERÍSTICAS MAIS COMUNS DE PAIS OU RESPONSÁVEIS QUE APRESENTAM RISCO PARA A AGRESSÃO

É preciso estar alerta para a possibilidade de comportamento agressivo quando diante de pais ou responsáveis que:

- Têm baixa idade, imaturos emocionalmente, sem suporte familiar adequado.
- Provêm de famílias com conflitos constantes ou história de violência, tendo sido, muitas vezes, maltratados quando crianças.
- Demonstram baixa tolerância em relação às ações próprias da infância.
- Mães com história de depressão pós-parto de difícil resolução.
- São agressivos e ou demonstram desprezo por outros membros da família como esposa, pais, etc.
- Necessitam manter ou demonstrar o controle sobre outras pessoas.
- Alegam problemas como desemprego, dificuldades no trabalho, uso de álcool ou outras drogas para justificar a perda de controle.
- Apresentam distúrbios de comportamento ou doenças mentais. ³¹

CARACTERÍSTICAS MAIS COMUNS DAS FAMÍLIAS QUE APRESENTAM RISCO PARA A AGRESSÃO

- Família que não aceita o contato com os profissionais.
- Demonstra pouco ou nenhum vínculo com a criança.
- Desinteresse pela saúde ou desenvolvimento e aprendizado da criança.
- Família com critérios educacionais, morais ou religiosas, extremamente rígidos, que conflitam com os padrões da comunidade.
- História de conflitos constantes.
- Histórico de violência contra a mulher.
- Família com graves dificuldades econômicas, cujas necessidades básicas não são atendidas.
- Família conivente ou impotente frente aos maus-tratos dos responsáveis, vizinhos, parentes ou outros. ³¹

ANEXO VIII**NÍVEIS DE ALCOOLEMIA E EFEITOS NO TRÂNSITO**

Quando uma pessoa ingere bebidas alcoólicas, o nível de concentração de álcool no sangue vai depender da sua altura, peso e das condições físicas e emocionais. Em função destes fatores, uma dada concentração poderá ter efeitos diferentes para as pessoas. Em geral, concentrações até 0,2 grama por litro de sangue (um copo de cerveja) não costumam provocar nenhum efeito sobre os reflexos no trânsito. A partir daí, a maioria das pessoas começa a ter seus reflexos afetados comprometendo suas reações no trânsito (ver quadro abaixo). O risco começa a crescer com qualquer consumo e dá um primeiro salto no intervalo de 0,5 – 0,9 g/l (risco nove vezes maior de envolvimento em algum tipo de acidente). Motoristas e pedestres alcoolizados geralmente não estão intoxicados, não estão bêbados, mas sua circulação no trânsito está seriamente comprometida.

Efeitos do consumo de álcool no trânsito	
Gramas/álcool – litro/sangue	Efeitos
0,2 – 0,3 g/l – equivalente a um copo de cerveja, um cálice grande vinho, uma dose de uísque ou outra bebida destilada	As funções mentais começam a ficar comprometidas.
0,3 – 0,5 g/l – dois copos de cerveja, dois cálices grandes de vinho, duas doses de bebidas destiladas	Grau de vigilância diminui, assim como o campo visual. O controle cerebral relaxa, dando sensação de calma e satisfação.
0,5 1– 0,8 g/l - três a quatro copos de cerveja, três cálices grandes de vinho, três doses de bebidas destiladas.	Reflexos retardados, dificuldades de adaptação da visão a diferenças de luminosidade, superestimação das possibilidades e minimização de riscos e tendência à agressividade.
0,8 – 1,5 g/l	Dificuldades de conduzir/controlar veículos e de transitar, a pé, no trânsito - Incapacidade de coordenação, falhas na coordenação neuromuscular.

ANEXO IX

RECOMENDAÇÕES GERAIS PARA A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL, INTEGRAL E INTERSETORIAL DE REDUÇÃO DOS DANOS À SAÚDE E AO BEM ESTAR CAUSADOS PELAS BEBIDAS ALCOÓLICAS

1. As diretrizes para uma Política Nacional, Integral e Intersetorial de Redução dos Danos à Saúde e ao Bem Estar Causados Pelas Bebidas Alcoólicas contêm princípios fundamentais à sustentação de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas em questão, devendo ser consideradas como referência para as recomendações seguintes;
2. Da mesma forma, devem ser considerados os aspectos concernentes à mesma finalidade, e contidos em outros documentos produzidos e / ou utilizados pelo Grupo Técnico Interministerial em suas atividades;
3. Deve ser implantada uma política integral e intersectorial de redução dos danos causados pelo álcool, que contemple a atenção integral à saúde e à vida, buscando atenuar, minimizar e/ou eliminar os danos causados pelo uso de bebidas alcoólicas;
4. Esta política deve envolver governo e sociedade, em todos os seus segmentos: saúde pública e privada, áreas cultural e educacional, meios de comunicação, setor produtivo, comércio e serviços, organizações não-governamentais etc;
5. A política em questão deve prever a sua descentralização e autonomia de gestão e execução pelos níveis federal estadual e municipal, com a devida definição dos papéis e competências de cada nível;
6. Devem estar claramente definidos os mecanismos de captação, utilização e repasse de recursos financeiros pelos três níveis de governo, possibilitando a equalização dos gastos necessários. Tais mecanismos devem estar claramente normatizados, ampliando o seu controle e visibilidade social, de modo a assegurar sua utilização mais eficaz e adequada;
7. As instâncias estaduais e municipais de controle da política de álcool e drogas devem ser reorientadas e recompostas, de forma a resgatar o seu papel de articular o protagonismo dos diversos segmentos envolvidos, não se constituindo em executoras paralelas de ações;
8. O conceito vigente de bebida alcoólica (Lei 9.294 de 15 de julho de 1996) deve ser revisto e reformulado, para a necessária inclusão de cervejas e vinhos, e bebidas tipo "ice";
9. Os segmentos populacionais de maior vulnerabilidade (crianças e adolescentes – incluindo os que vivem em um contexto de violência doméstica: gestantes, indígenas, portadores de comorbidades psiquiátricas, e outros) devem ser protegidos em relação aos danos causados pelo consumo de álcool;
10. A política em questão deve ainda utilizar a lógica ampliada de redução de danos como referencial para as ações políticas, educativas, terapêuticas e preventivas relativas ao uso

de álcool, em todos os seus níveis;

11. As ações mencionadas acima devem estar disponíveis a todos, consumidores ou não de bebidas alcoólicas, devendo ser considerados, para efeito de seu planejamento, o nível de consumo de álcool, o grau de acometimento e as características de cada subpopulação específica que venha a ser alvo das mesmas;

12. Para tanto, a redução de danos deve ser considerada como um conjunto estratégico de medidas de saúde pública, voltadas para minimizar os riscos à saúde e à vida, decorrentes do consumo de álcool. Tem como princípio fundamental o respeito à escolha do usuário, o que tem como consequência inequívoca a maior aceitação de propostas relativas a projetos terapêuticos e de vida. Permite e potencializa o trabalho articulado via rede de atenção integral, possibilitando aos usuários a reconstrução de identidades individuais, a reinclusão social, o protagonismo, a produção de autonomia e o resgate de cidadania;

13. Devem ser implantadas / implementadas redes locais de atenção integral às pessoas que apresentam problemas decorrentes do consumo de bebidas alcoólicas. Estas redes locais, na ambiência do Sistema Único de Saúde, devem ser compostas por unidades extra-hospitalares especializadas (Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas – os CAPSad, e ambulatorios especializados), as quais devem funcionar de forma articulada aos demais dispositivos componentes da rede de cuidados em Saúde Mental, aos dispositivos assistenciais componentes da rede básica de saúde (unidades básicas, ambulatorios, Programa de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde), à rede de cuidados em DST/AIDS, à rede hospitalar não-psiquiátrica (somente quando os recursos extrahospitalares se esgotarem), bem como às redes locais de suporte social;

14. Devem ser enfaticamente estimuladas a participação / aceitação comunitárias em relação à política proposta, na condição de pré-requisito para o sucesso de sua aplicação;

15. A rede local de cuidados deve ter inserção e atuação comunitárias, devendo ser multi-cêntrica, comunicável e acessível aos usuários, devendo contemplar, em seu planejamento e funcionamento, as lógicas de território e de redução de danos;

16. Os trabalhadores de saúde que atuam (ou irão atuar) na rede de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas do SUS devem ser alvo de programa de formação específica, em seus níveis de atuação profissional;

17. A formação de profissionais potencialmente componentes de equipes de cuidados a usuários de álcool deve sofrer alteração em sua grade curricular, para a inclusão de conteúdos sobre o álcool – com ênfase na questão social, diagnóstico precoce e perspectiva preventiva, devendo também ser contemplada a lógica da redução de danos;

18. A formação de técnicos para a atuação em unidades de cuidados que não sejam componentes da rede SUS deve ser objeto de regulamentação específica;

19. Devem ser promovidas ações voltadas para a comunicação e informação relativas às consequências do uso de álcool, na condição de direito incontestado da população, a qual

também deve ser informada sobre as possibilidades de modificação em padrões de consumo, sempre tendo em vista a responsabilização e a autonomia da pessoa, bem como a modificação do atual imaginário social relativo ao consumo de álcool;

20. Os recursos educacionais e de comunicação devem ser utilizados, em benefício da melhor informação e conhecimento sobre os danos associados ao consumo de álcool. Desta forma, as campanhas de mídia devem abordar a temática de forma criativa e pragmática, mencionando a disponibilidade de tratamento, ações comunitárias voltadas para a atenção aos usuários de álcool, na perspectiva de redução de danos, e outras ações;

21. A população deve ter acesso a alternativas culturais e de lazer, que possam constituir escolhas naturais e alternativas para a composição de projetos de vida que não considerem o consumo de álcool;

22. A propaganda de bebidas alcoólicas deve ser controlada e regulamentada, de modo a proteger segmentos populacionais vulneráveis à estimulação para o consumo de álcool. Deve também proteger o consumidor de associações indevidas entre o efeito decorrente do consumo de bebidas e estereótipos de sucesso e integração social que não correspondam à realidade destes usuários;

23. Deve haver o banimento da propaganda de bebidas alcoólicas em horários que alcancem a parcela populacional que é mais vulnerável, com avanço progressivo relativo às restrições gerais;

24. Deve ser evitada a associação entre o consumo de bebidas alcoólicas e eventos esportivos, devendo ainda o patrocínio de eventos esportivos ser objeto de restrição e controle;

25. Deve haver a desvinculação pelo Governo Federal do apoio a qualquer tipo de evento onde haja a presença da indústria do álcool;

26. Devem ser enfaticamente desestimuladas mensagens que estimulem o consumo, e que sejam baseadas em evidências científicas sobre possíveis efeitos protetores / medicamentosos de bebidas alcoólicas, uma vez que não são positivamente significativas para o estabelecimento de políticas voltadas para o álcool, e encorajam o consumo, resultando provavelmente em mais prejuízo para a população em geral;

27. Ainda que na vigência de iniciativas oriundas da auto-regulamentação publicitária, de forma relativa à propaganda de bebidas alcoólicas, o governo deve endossar a necessidade de legislação específica sobre o assunto, face ao hiato existente entre as propostas para a autoregulamentação e a realidade evidenciada no país. Esta aponta, de forma inconteste, para a necessidade de maior presença do Governo Federal na defesa do bem comum, em detrimento dos interesses da indústria de bebidas;

28. O acesso às bebidas alcoólicas deve sofrer restrição em sua venda e consumo, em contextos de maior vulnerabilidade a situações de violência e danos sociais;

29. Devem ser induzidas posturas municipais e outras medidas que restrinjam, espacial e temporalmente, os pontos de venda e consumo de bebidas alcoólicas, e que estabeleçam formas de licenciamento municipal para a comercialização e distribuição destes produtos,

na condição de importante medida sanitária;

30. A venda e o consumo também devem sofrer restrições na proximidade de escolas, estradas, postos de gasolina, hospitais, em transportes coletivos e em locais de grande concentração de pessoas;

31. A venda de bebidas alcoólicas em distribuidores, supermercados e atacadistas deve ser realizada em locais específicos e isolados, restringindo assim o acesso às mesmas;

32. Devem ser estimuladas, de forma imperativa e sistemática, as medidas previstas em lei e que visam coibir a associação entre o consumo de álcool e o ato de dirigir. Tais medidas podem prevenir acidentes e salvar vidas;

33. Da mesma forma, devem ser estimuladas medidas para o controle da venda de bebidas a pessoas reconhecidamente embriagadas;

34. Deve ser adotada política fiscal específica e relativa às bebidas alcoólicas, buscando desestimular o seu consumo. Tal providência deve ser fundamentada em estudos específicos visando à realização do aumento de taxas e preços finais, de forma escalonada;

35. O Governo Federal não deve conceder qualquer forma de subsídio aos produtores de bebidas alcoólicas;

36. A taxaçoão de bebidas alcoólicas deve ser fortemente considerada como um instrumento de política social, e deve ser um reflexo da seriedade com que o Governo encara a prevenção das conseqüências diretas e indiretas do consumo de bebidas alcoólicas. Deve ser acompanhada de estudos relativos à sua viabilidade tributária;

37. Deve ser considerada, por todos os ministérios envolvidos direta ou indiretamente com aspectos relativos à taxaçoão, a presença dos interesses da saúde pública nacional, que devem ser levados em consideração por todos;

38. A taxaçoão do álcool deve ser aplicada para afastar o sofrimento relacionado ao seu uso, salvando vidas;

39. Dentro de um essencial contexto preventivo, devem ser estimuladas, em todo o País, práticas educativas relativas ao uso de álcool, que estimulem a percepçoão, a reflexão e a articulaçoão das pessoas frente à temática em questão, de forma pragmática e responsável;

40. Todos os ministérios do governo devem estar implicados intersetorialmente nas iniciativas de educaçoão, promoçoão de saúde e de hábitos saudáveis, reforço da mudança de padrões de consumo, ênfase na responsabilizaçoão e no autocuidado;

41. As escolas, sejam de natureza pública ou privada, devem ser consideradas como espaços privilegiados para iniciativas de prevençoão ao consumo de bebidas alcoólicas, devidamente inseridas em um contexto mais amplo de ação comunitária. Deve ser estimulada a inclusão de ações de prevençoão ao uso de bebidas alcoólicas nos projetos pedagógicos das escolas de educaçoão básica;

42. Os ambientes de trabalho também devem ser considerados espaços privilegiados para iniciativas de prevençoão ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas;

43. Governo, sociedade, empregadores e empregados devem ser chamados a desenvolver e participar de políticas integrais de prevenção e tratamento dos danos à saúde e à vida, causados pelas bebidas alcoólicas. Devem aqui ser contemplados imperativamente o respeito aos direitos individuais, à privacidade e à cidadania dos trabalhadores;
44. Devem ser propostos mecanismos que permitam a avaliação do impacto das ações propostas, implantadas e implementadas pelos executores das ações que compõem a política específica em questão;
45. Deve haver a interação sistemática entre instituições formadoras (nível superior e técnico) e centros de pesquisa e serviços de saúde / sociais / de educação, na constituição de sistemas locais para o desenvolvimento de tecnologia e evidências científicas relacionadas aos danos sociais e à saúde decorrentes do consumo de álcool, gerando conhecimento fundamentado na realidade nacional;
46. O investimento no desenvolvimento de produção de conhecimento e tecnologia assistencial específica deve ter como meta a busca de soluções para melhorar, em médio prazo, a condição de vida das pessoas que apresentam conseqüências decorrentes do uso de álcool, trazendo, em longo prazo, respostas potentes e relativas ao tratamento, reabilitação e prevenção de tais agravos;
47. As diversas instituições governamentais envolvidas na formulação e execução da política que é alvo destas recomendações devem promover, em seus respectivos campos de atuação, estudos e pesquisas potencialmente colaborativos para a consolidação nacional desta mesma política;
48. Considerando a realidade mundial da utilização cada vez mais freqüente de múltiplas substâncias psicoativas, e que tais associações invariavelmente contemplam o consumo conjugado de álcool e outras drogas, devem ser desconsideradas e não-recomendadas quaisquer práticas de caráter punitivo aos usuários destas substâncias, isoladamente ou de forma associada;
49. Considerando o impacto global das conseqüências do consumo de álcool sobre a saúde e a vida das pessoas, o GTI recomenda enfaticamente que os aspectos propostos para a Política Nacional, Integral e Intersetorial de Redução dos Danos à Saúde e ao Bem Estar Causados Pelas Bebidas Alcoólicas, e relativos ao controle das propagandas de bebidas alcoólicas, bem como do acesso e taxação das mesmas, sejam objeto de Lei Federal específica;
50. As recomendações constantes deste documento devem se traduzir pelo Plano de Ação para a Redução dos Danos Sociais e à saúde Causados pelo Consumo de Bebidas Alcoólicas, o qual deverá conter a sua indispensável contextualização, objetivos, metas, atribuição de competências (inerentes a cada ministério, ou em caráter intersetorial) e demais parcerias possíveis, incluindo entidades internacionais ligadas à saúde pública;
51. Para o devido acompanhamento, monitoramento e avaliação das atividades de cada ministério envolvido, pela necessidade de revisão permanente, e pela dimensão da proble-

mática em questão, o Plano de Ação em questão demanda por acompanhamento em caráter interministerial, a qual deverá ser realizada pelo Grupo de Trabalho Interministerial que gerou as recomendações acima;

52. Pela dimensão social das conseqüências diretas e indiretas do uso de álcool, pela perenidade histórica e mundial dos problemas relacionados a este consumo, e pela necessidade contínua de reorientação (orientada por demanda) das ações propostas, o GTI deve assumir um caráter permanente, consolidando a integração interministerial evidente e necessária à política em questão;

53. As ações acima propostas estão em consonância com as diretrizes e deliberações emanadas da III Conferência Nacional de Saúde Mental, convocada pelo Conselho Nacional de Saúde, instância máxima de controle social para a saúde pública.

Referências Bibliográficas

- ¹ OPAS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS; 2002.
- ² MINAYO, M.C.S. **Violência: um problema para a saúde dos brasileiros**. In: Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos Brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 9-41.
- ³ MALTA, D.C.; CASTRO, A.; SILVA, M.M.A.; MASCARENHAS, M.D.M; MORAIS NETO, O. L. **O desafio contemporâneo da violência e a promoção da saúde**. Revista Médica de Minas Gerais 2006; 16 (4 Supl 2):66-71.
- ⁴ BRASIL. Ministério da Saúde/SVS/DASIS. **Sistema de Informações de Mortalidade**. Dados disponíveis em <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>
- ⁵ ALENCAR A.; MARCELO. F.; NASCIMENTO, A. F.; SOUZA, M. F. M. **O suicídio no Brasil**. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2006 – Uma análise da desigualdade em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p.565-585.
- ⁶ BRASIL. Ministério da Saúde/SVS/DASIS. **Sistema de Informações de Mortalidade e IBGE**. Dados disponíveis em <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>
- ⁷ CONCEIÇÃO, G. M. C.; SOARES FILHO, A. M.; RAMALHO, W. M.; MONTENEGRO, M. M. S.; MORAIS NETO, O. L. **Desigualdades e determinantes da mortalidade por violência**. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2006 – Uma análise da desigualdade em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p 391 a 523.
- ⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2007: Uma análise da situação de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. in press.
- ⁹ OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial sobre prevenção dos traumas causados pelo trânsito**. Genebra: OMS; 2004.
- ¹⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares**. Dados disponíveis em <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>
- ¹¹ BRASIL. IBGE; Ministério da Saúde: SVS/ SAS. **Sistema de Informações Hospitalares**. Dados disponíveis em <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>
- ¹² MASCARENHAS, M. D. M. **Caracterização dos Atendimentos de Emergência por Acidentes e Violências em Serviços Sentinelas**. Brasil, 2006. Brasília: Ministério da Saúde; Apresentação Realizada no Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS - EPISUS.
- ¹³ CERQUEIRA, D. R. C.; CARVALHO, A. X. Y.; LOBÃO, W. J. A.; RODRIGUES, R.

I. Análise dos Custos e Conseqüências da Violência no Brasil. Texto para discussão Nº 1284. Brasília: Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas; 2007.

¹⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

¹⁵ GOMES, R.; MINAYO, M. C. S.; RIBEIRO DA SILVA, C. F. **Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero**. In: Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde dos Brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 117-140.

¹⁶ ROCHA, M.M. **Violência contra a mulher** in: Taquette SR (org.). Violência contra a mulher adolescente / jovem. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2007. p 91-96.

¹⁷ BRASIL. Presidência da República: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2006.

¹⁸ BRASIL. Presidência da República: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Lei Maria da Penha – Lei Nº 11.340 de 07/08/2006**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2006.

¹⁹ PERES, M. F. T.; CÁRDIA, N.; SANTOS, P. C. **Homicídios de crianças e jovens no Brasil:1980- 2002**. São Paulo: Núcleo de Estudos da Violência /USP; 2006. p 17-40.

²⁰ BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. **Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em situação de Risco para a Violência**. Volume I - Manual de Atendimento, 2002.

²¹ SOUZA, E. R. **Homicídios no Brasil: o grande vilão da saúde pública na década de 80**. Cadernos de Saúde Pública; 1994; 10:45-60.

²² ADORNO, S. **Exclusão Socioeconômica e violência urbana**. Sociologias, Revista do PPGS-UFRGS; 2002; 8:84-35.

²³ BRASIL. Presidência da República: Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Idosos brasileiros: Indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas**. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2005.

²⁴ MINAYO, M. C. S. **Violência Contra os Idosos: O avesso do respeito à experiência e à sabedoria**. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2005.

²⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência Intrafamiliar**. Cadernos de Atenção Básica nº8. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

²⁶ MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. **Violência contra idosos: É possível prevenir**. In: Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde dos Brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 141-165.

²⁷ MELCOP, A. G. T. **Vamos parar por aqui? Os desafios da abordagem de redução de danos nas violências no trânsito.** In: Ministério da Saúde. *Álcool e Redução de Danos: Uma abordagem inovadora para países em transição.* Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 85-102.

²⁸ LARANJEIRA, R.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; CAETANO, R. I **Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira.** Brasília: Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República / Secretaria Nacional Antidrogas; 2007. Dados disponíveis em <http://www.obid.senad.gov.br>.

²⁹ FRANCH, M. **Um brinde à vida: Reflexões sobre violência, juventude e redução de danos no Brasil.** In: Ministério da Saúde. *Álcool e Redução de Danos: Uma abordagem inovadora para países em transição.* Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p 49-71

³⁰ BARBOSA, J. **Vigilância e prevenção de acidentes de trânsito relacionados ao consumo de álcool e outras drogas;** 2005. Brasília: Ministério da Saúde; Apresentação Realizada no I Seminário Nordestino sobre Redução de Danos Relacionados ao Consumo de Álcool e outras Drogas, em Recife – PE.

³¹ PFEIFER, L. **Manual de Prevenção de Acidentes e Violência.** São Paulo: Nestlé / DCS-CA / Sociedade Brasileira de Pediatria; 2004, p.7

