

Selonia Patrícia Oliveira Sousa<sup>1</sup>  
Otacílio Batista de Sousa Néto<sup>2</sup>

Atualmente os acidentes e violências são classificados pelo Ministério da Saúde (MS), conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID) como Causas Externas. O impacto destas na qualidade de vida da população representa um grande problema a ser enfrentado em todo o mundo. Atinge um número muito maior de pessoas do que aquelas que se encontram diretamente envolvidas, e seus efeitos ultrapassam o sofrimento individual e coletivo, incidindo na cultura e no modo de viver das pessoas. A partir da publicação da matéria *Acidentes e violências causam 700 mil internações e gasto de R\$ 900 milhões*, vejamos as características, bases conceituais além de um breve panorama epidemiológico das causas externas no Mundo, Brasil e Piauí.

## Acidentes e violências causam 700 mil internações e gasto de R\$ 900 milhões<sup>3</sup>

Causas externas (acidentes e violências) são responsáveis, por quase 700 mil internações hospitalares, a um custo de aproximadamente R\$ 900 milhões. Os dados foram divulgados, no seminário "Epidemia da Violência: Informação para Ação", promovido pela Secretaria de Estado de Saúde e pelo Iser (Instituto de Estudos da Religião) para discutir uma política de unificação dos dados sobre violência no Rio de Janeiro.

As causas externas tratadas pelos especialistas como uma epidemia são a segunda causa de morte no Brasil (perdem apenas para as doenças do aparelho respiratório), representando 15% do total de óbitos. Na faixa etária dos 5 aos 39 anos, as causas externas já são o primeiro fator de morte, especialmente os homicídios e os acidentes de trânsito. Os acidentes e violências são um fenômeno mais claro nas áreas urbanizadas, que acumulam 75% dos casos.

"Todos esses dados são preocupantes e o ministério está empenhado em combatê-los", afirmou, em sua apresentação no seminário, Cláudia Araújo dos Santos, coordenadora da Assessoria Técnica de Trauma e Violência do Ministério da Saúde. O secretário de Saúde do Rio, disse que o seminário terá o objetivo de unificar os dados informativos sobre violência no Estado. Segundo ele, esse esforço terá de envolver todos os envolvidos no problema, como a própria secretaria e a polícia, já que os boletins de ocorrências policiais estão entre as principais fontes de informação.



Figura 1 – Software Epi Info Windows 3.3.2 para processamento e análise de dados de causas externas.

<sup>1</sup> Acadêmica do 8º período de Enfermagem do CEUT e monitora do Observatório Epidemiológico

<sup>2</sup> Professor da disciplina de epidemiologia do CEUT e orientador do Observatório Epidemiológico

<sup>3</sup>Fonte: [www1.folha.uol.com.br](http://www1.folha.uol.com.br) em 02 de agosto de 2010.



Figura 2 – Uma das principais iniciativas para o enfrentamento de causas externas (acidentes e violências) no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), Ministério da Saúde do Brasil.

## Aspectos conceituais

- **Vigilância:** Consiste na observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças e agravos mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação dessas informações a todos os que necessitam conhecê-la.
- **Violência:** O uso da força contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.
- **Acidentes:** Definido como evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e emocionais, no âmbito doméstico ou social como trabalho, escola, esporte e lazer.
- **Causas Externas:** Todos os acidentes e violências que provocam algum tipo de lesão seja física, mental, ou psicológica, que podem ou não ter o óbito como desfecho.
- **Serviços Sentinela:** São serviços cujo objetivo é obter informações relativas à incidência e aspectos mais importantes do comportamento de determinados eventos adversos à saúde, são baixo custo operacional, há possibilidade de aumento da qualidade das informações, além da sensibilização e adesão da rede de serviços notificadores. É limitado por não garantir a representatividade e generalização de dados.
- **Eventos Sentinela:** Constitui um sistema de alerta, ou seja, evidencia situações indesejáveis e possibilita o monitoramento de serviços e sistema de saúde, portanto, pode ser considerado como um indicador da qualidade dos serviços.

## SIVVA, o novo Sistema de Vigilância Epidemiológica

- **Descrição:** A Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) possibilita o acesso às informações acerca das causas externas (acidentes e violência) ainda pouco conhecidas na maioria dos países. As causas externas constituem um problema de grande relevância para a saúde pública, pelo fato de

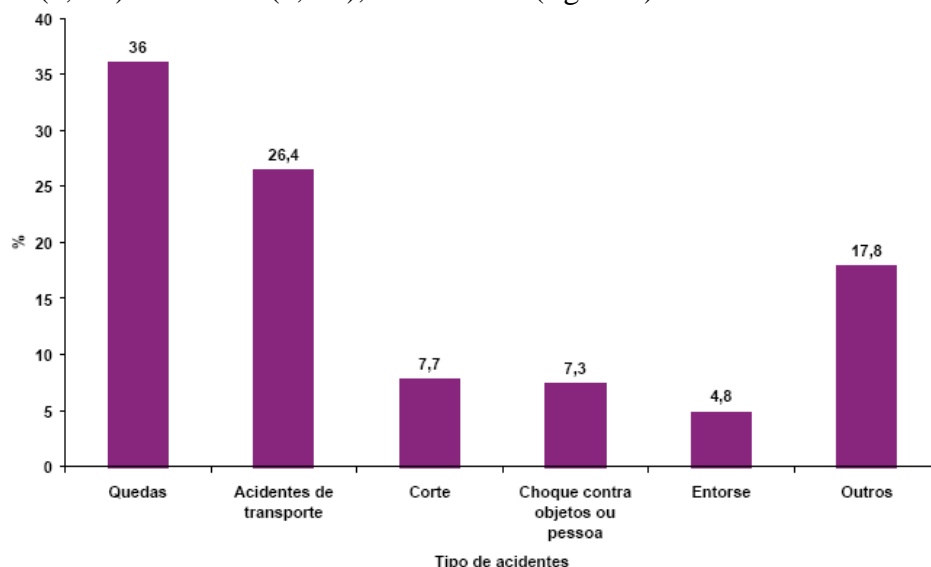
Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) - SVS - CGDANT - MS

provocar forte impacto na morbi-mortalidade da população brasileira. Fatores como a insensibilidade, o tabu, o medo, o preconceito e a falta de capacitação dos profissionais de saúde, a tendência da medicalização dos casos e pouca articulação entre os diferentes setores da sociedade, tornam o problema ainda mais complexo e de difícil abordagem.

- **Histórico e bases legais:** O sistema VIVA foi implantado em 2006 no Brasil, sustentada pela Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria no 737, de 16 de maio de 2001). Complementadas pela Política Nacional de Atenção às Urgências do Ministério da Saúde (Portaria no 1.863, de 29 de setembro de 2003); Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria no 936, de 18 de maio de 2004) e Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria no 687, de 30 de março de 2006).
- **Importância:** O sistema abrange desde os casos graves, cujo desfecho tenha sido o óbito ou internação, até os casos menos graves. Assim, a VIVA possui um caráter complementar as análises epidemiológicas já realizadas com os dados dos sistemas de mortalidade (SIM) e de morbidade hospitalar (SIH-SUS), ao fornecer informações detalhadas do perfil da vítima e do provável autor da agressão nos casos de violências, entre outros.
- **Objetivo:** Caracterizar a magnitude das causas externas para balizar as medidas de prevenção e controle, promovendo saúde e cultura de paz. Além de reduzir seu impacto no perfil de morbimortalidade da população, construindo desta forma, um diagnóstico mais sensível da situação.
- **Instrumentos utilizados:** Teve como estrutura dois componentes: 1) vigilância contínua de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA Contínuo), este possui a Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências e 2) vigilância sentinela de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA Sentinela) que possui a Ficha de Notificação de Acidentes e Violências em Unidades de Urgência e Emergência.

## Resultados do Inquérito VIVA Sentinela

- **Quanto aos tipos de acidentes:** As quedas apresentaram a maior proporção (36,0%), seguidas dos acidentes de transporte (26,4%), ferimentos com objetos cortantes (7,7%), choque contra objetos/pessoas (7,3%) e entorses (4,8%), entre outros (figura 3).



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

Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) - SVS - CGDANT - MS

Figura 3- Distribuição proporcional de atendimentos em serviços sentinelas de urgência e emergência segundo tipo de acidente. Municípios selecionados e Distrito Federal – Brasil, 2007.

- **Quanto aos tipos de Violência:** Foram registrados 5.756 atendimentos de emergência por violências, dentre os quais predominaram as agressões e maus-tratos (89,6%), seguidas das tentativas de suicídio/suicídio ( 9%) e intervenção legal (1,4%).

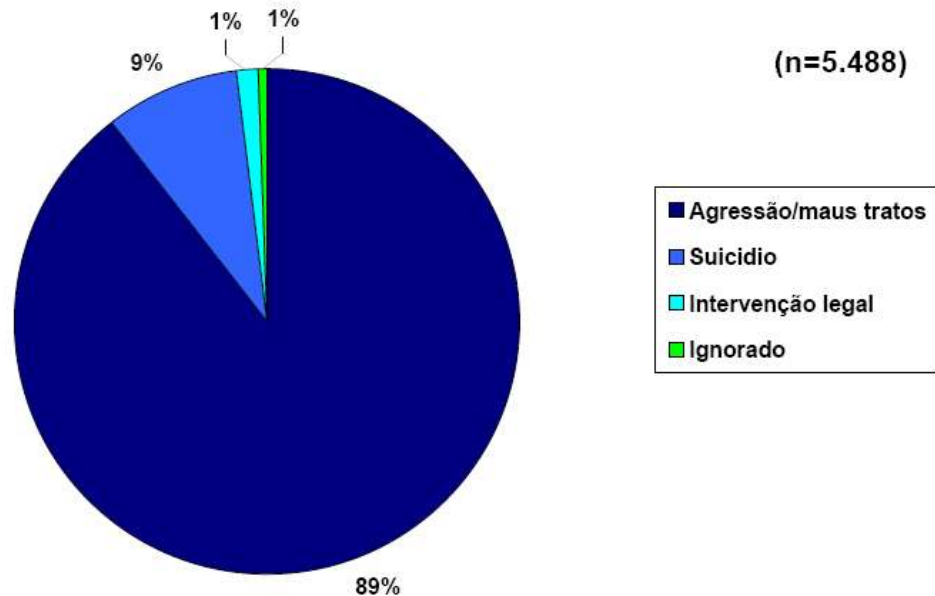


Figura 4 - Distribuição proporcional de atendimentos em serviços sentinelas de urgência e emergência segundo tipo de violência. Municípios selecionados e Distrito Federal – Brasil, 2007.

- **Quanto ao tipo de evento:** Foram registrados 59.544 atendimentos, dos quais 53.788 (90,3%) foram devidos a causas acidentais e 5.756 (9,7%) classificados como eventos de natureza violenta.
- **Quanto ao sexo:** Os homens foram atendidos em maior proporção do que as mulheres em ambos os tipos de atendimentos, principalmente nos atendimentos por eventos violentos.
- **Quanto a faixa etária:** Destacaram-se pessoas com idade de 20 a 29 anos tanto nos acidentes (22,9%) como nas violências (35,9%).
- **Quanto a raça/cor da pele:** Pessoas de cor de pele parda representaram a maior proporção dos atendimentos tanto nos eventos acidentais (52,6%) quanto nos eventos violentos (55%).
- **Quanto a escolaridade:** As maiores proporções de atendimentos foram observadas entre as pessoas que cursaram o ensino médio completo ou incompleto (30,4%) nos casos de acidentes. Entre os atendimentos por violência, a maior parcela das vítimas tinha concluído da 5ª à 8ª série do ensino fundamental (31,1%). A menor proporção de atendimento ocorreu entre as pessoas com maior nível de escolaridade.
- **Quanto a hora de ocorrência:** Os eventos acidentais foram mais frequentes no período diurno, aumentando a partir das 6h (1,7%) até o primeiro pico por volta das 10h (6,5%). Os eventos violentos apresentaram um padrão inverso: tendência crescente no decorrer do período diurno, A ocorrência máxima de eventos violentos foi percebida por volta das 20h (6,9%), diminuindo para 1,7% às 6h.

## Tendências das Causas Externas no Mundo

Quando as causas de morte no mundo são estudadas, as chamadas “causas externas” ocupam a quarta posição (cerca de 11%). São precedidas pelas doenças cardiovasculares (cerca de 31%), pelas doenças infecciosas e parasitárias (cerca de 18%) e pelas neoplasias (cerca de 13%). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as causas externas são responsáveis por taxas de mortalidade mais elevadas na população jovem, do sexo masculino e que vive em países pobres. Aliás, a análise das diferentes regiões do mundo revela um panorama ilustrativo.

Na África, as causas externas representam a segunda causa de morte e as causas etiológicas mais frequentes são as guerras e os homicídios. Na Europa, nas Américas, nos países do Leste do Mediterrâneo e nos do Sudeste da Ásia, as causas externas constituem-se na terceira causa de morte. Entretanto, o perfil etiológico modifica-se substancialmente de região para região. Na Europa e nas Américas predominam os assim denominados “acidentes” por veículos automotores, em sua maioria colisões e atropelamentos. Nos países do Leste do Mediterrâneo as guerras são o agente etiológico que mais se destaca, com mais de 35% do total. No Sudeste da Ásia, as diferentes causas etiológicas, intencionais e não-intencionais, distribuem-se de maneira mais uniforme. Nos países do Pacífico, as causas externas são a quarta causa de morte e, curiosamente, a maioria destacada das mortes (mais de 30% do total) deve-se a suicídio.

Esta heterogeneidade torna-se ainda mais explícita se focalizarmos, especificamente, os países das Américas. Na América do Norte e nos países do Cone Sul (exceção feita ao Paraguai), os óbitos por causas externas situam-se na faixa de 6 a 7%, e o coeficiente de mortalidade por 100 mil habitantes é da ordem de 55 a 60. As mortes resultam, em proporção consistente, de colisões e atropelamentos, suicídios e quedas. México e Brasil guardam uma razoável semelhança: óbitos por causas externas na faixa de 12 a 13%, coeficiente de mortalidade por 100 mil habitantes de 65 a 70 e causa etiológica mais comum, o homicídio.

O Caribe Inglês parece-se com a América do Norte e o Caribe Latino assemelha-se ao México e ao Brasil. A área Andina é uma catástrofe. As taxas praticamente duplicam-se, e cerca de 50% das mortes estão relacionadas a homicídios. Os dados disponíveis não permitem evidenciar qualquer correlação significativa entre taxas de mortalidade por causas externas e PIB anual per capita, gasto total em saúde ou número de médicos por 10.000 habitantes.

## A Rede de Serviços Sentinelas no Piauí

A Rede de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinelas (Rede VIVA) a fim de dimensionar e monitorar os acidentes e violências, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, implantou a Rede VIVA, a partir de 2006, afim de conhecer as características, distribuição, magnitude das violências e acidentes, buscando subsidiar o planejamento e a implementação de ações de prevenção e promoção da saúde e cultura de paz. Essas ações devem estar articuladas com a “Rede de Atenção e de Proteção às Vítimas de Violências”.

Destaca-se que, além dos municípios prioritários, o estado do Piauí já tem a notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências implantadas pelos municípios de Piri-piri, São José do Divino e Valença do Piauí, que iniciaram a notificação desses agravos, a partir de 2009, no sistema Sinan Net (Figura 5).

Mesquita *et al.*,(2009) mostra que a cidade de Teresina possui elevadas taxas de mortalidade por causas externas e em relação à morbidade por estas causas, apresentou em 2005, uma proporção de 6,64 internações por lesões, envenenamentos e outras causas externas, com uma taxa de 383,3 por 100 mil habitantes, correspondendo à terceira maior do Nordeste. Portanto, semelhante aos

valores apresentados pela nação, de 6,68 internações, com uma taxa de 390,7 por 100 mil habitantes.

Municípios prioritários para implantação de NPVPS	
Com NPVPS implantados	Sem NPVPS implantados
Teresina	-
Meta pactuada: 100% (1 município)	
Resultado alcançado em relação ao número de municípios prioritários: 100% (1 município)	

\* NPVPS financiados pelo Ministério da Saúde (Editais, Convênios e Portarias) de acordo com a Portaria GM/MS nº 936/2004

Fonte: SISPACTO/MS

Figura 5 - Municípios prioritários no Pacto pela Vida para implantação de notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Piauí, 2008.

## Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. **SAÚDE BRASIL 2008: 20 Anos de Sistema Único de Saúde (SUS) Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: relatório de situação: Piauí**. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **VIVA: Vigilância de Violências e Acidentes, 2006 e 2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

GAWRYSZEWSKI, V. P. *et al.* A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 11(Sup), p. 1269-1278, 2007.

MASCARENHAS M. D. M *et al.* Atendimentos de emergência por acidentes na Rede de Vigilância de Violências e Acidentes – Brasil, 2006. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 14, no. 5, p. 1657-1668, 2009.

MALTA, D. C. *et al.* Iniciativas da vigilância e prevenção de acidentes e violência no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Vol 16, no 1, p. 45-55 – jan/mar, 2007.

MESQUITA *et al.* Análise dos custos hospitalares em um serviço de emergência. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, Vol. 18, no 2, p. 1273-9, Abr-Jun, 2009.

PEPULIM, P. Como anda a epidemia do trauma? **Revista da Associação Médica Brasileira**. Vol 47, no 1, p. 1-23, 2001.

WALDMAN, E. A. **Vigilância em Saúde Pública** – (Série Saúde & Cidadania). volume 7. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

\_\_\_\_\_, “Vigilância como Prática de Saúde Pública”. IN: CAMPOS *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fio Cruz, 2006. Cap. 15. p. 487-528.