

Segurança pública e saúde:

a prevenção como desafio para a atuação sobre as violências e acidentes

Bóris Ribeiro de Magalhães

Thiago Teixeira Sabatine

Como citar: MAGALHÃES, Bóris Ribeiro de; SABATINE, Thiago Teixeira. Segurança pública e saúde: a prevenção como desafio para a atuação sobre as violências e acidentes. *In:* SOUZA, Luís Antônio Francisco de; MAGALHÃES, Bóris Ribeiro de; SABATINE, Thiago Teixeira (org.). **Desafios à segurança pública:** controle social, democracia e gênero. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. p. 127-140.
DOI: <https://doi.org/10.36311/2012.978-85-7983-280-2.p127-140>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-No comercial-Sin derivados 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Marília



**CULTURA
ACADÊMICA**
Editora



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-No comercial-Sin derivados 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

SEGURANÇA PÚBLICA E SAÚDE: A PREVENÇÃO COMO DESAFIO PARA A ATUAÇÃO SOBRE AS VIOLÊNCIAS E ACIDENTES

Bóris Ribeiro de Magalhães

Thiago Teixeira Sabatine

O modelo atual de segurança pública ainda dá ênfase às ações de caráter reativo, enquanto que as políticas da área de saúde têm uma longa tradição preventiva. A primeira procura combater o crime e a violência com ações padronizadas em busca de alocar seus recursos com a eficiência do modelo burocrático. A segunda concebe suas práticas sempre na perspectiva da racionalidade entre meios e fins a serem alcançados.

Neste contexto, foca-se sobre a necessidade de um trabalho conjunto entre segurança e saúde, principalmente em termos de prevenção das violências e dos acidentes, uma vez que deparamos com pouco diálogo entre os dois setores.

No Brasil a ideia de segurança tradicionalmente foi ligada a uma postura de combate e repressão aos inimigos do convívio social pacífico e ordenado por meio do aparato disponível (forças policiais, sistema de

justiça criminal, entre outros), que ensejam medidas, sobretudo de caráter punitivo ou conciliador.

A concepção centrada na repressão ao crime reverberou em práticas pouco eficientes na garantia da segurança como direito, e impôs limites ao campo das políticas desta área, distanciadas das possibilidades de interlocução com outras políticas públicas e atores sociais, que podem convergir para a construção da convivência pacífica.

De modo geral, o modelo do setor de segurança pública possui as seguintes características: dissociação entre repressão ao crime e prevenção como estratégias para garantia de direitos; reduzidos canais de diálogo entre as instituições policiais e da justiça criminal com a sociedade civil e outras instituições do poder público; investimento pouco concentrado na qualificação dos profissionais da segurança, bem como nas suas condições de trabalho e saúde; valorização da força em detrimento de estratégias de garantia de direitos e de redução da letalidade. Por exemplo, as ações policiais repressivas que violam direitos contra populações mais vulneráveis (SOUZA, 2009).

Entender a segurança de modo ampliado auxilia na compreensão de suas complexidades e enraizamentos culturais e a necessidade de ações intersetoriais articuladas, entre o poder público e a sociedade civil. A reconstrução de territórios urbanos marcados pelas fragilidades e exclusões de direitos básicos e pela violência, neste sentido, passa ao lado da criação e ampliação de equipamentos públicos de cultura, lazer, esporte, saúde e educação, investimento em saneamento e iluminação, regularização de territórios ilegalmente ocupados, entre outros (SOUZA, 2009).

Enxergar a valorização do tecido relacional e dos equipamentos públicos de saúde, cultura, lazer, esporte e educacionais são fundamentais para o fortalecimento dos laços entre as pessoas, como promoção de novas configurações da relação com a cidade, bem como no enfrentamento das vulnerabilidades vivenciadas por parcelas da sociedade como a juventude.

A segurança pública mostra-se pouca afeita a colaboração da sociedade civil e outros setores. Especialmente em comparação com o setor de saúde pública, que incorporou, em suas estratégias, mecanismos como

conselhos, conferências¹ e estudos que mostram caminhos no sentido de formulação de políticas e diretrizes mais próximas da sociedade.

O ponto de conexão entre as instituições de segurança e de saúde diz respeito à vitimização e aos danos causados pelas violências e acidentes. A violência torna-se um problema para o setor de saúde em primeiro lugar porque compromete a qualidade de vida e cria agravos à saúde (MINAYO, 1997).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como o “[...] estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez.” A Constituição brasileira define saúde como direito social (art. 6º) e como responsabilidade, opção e dever da sociedade e do Estado garantir as “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196). Esta definição está em flagrante relação com a segurança pública. Cabe ressaltar que o conceito ampliado de segurança diz respeito à garantia de direitos, liberdade e a incolumidade das pessoas (art. 144).

No setor de saúde as violências são inseridas nos dados de notificação de “causas externas”, seguindo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (CID-10), que congrega eventos como acidentes, suicídio, homicídios, lesões que podem ser intencionais ou acidentais².

As causas externas são responsáveis por 12,5% das mortes entre brasileiros no ano de 2009 (MASCARENHAS et al., 2011b). De 1.103.088 mortes em 2009, 138.697 foram por causas externas. A distribuição dos

¹No Brasil somente em 2009 foi realizada uma conferência de caráter nacional e propositiva para o setor de segurança pública com a sociedade, conhecida como I Conferência Nacional de Segurança Pública (CONSEG), de outro lado, a área de saúde vem realizando conferências nacionais desde 1941, com a participação de profissionais, gestores e sociedade civil organizada.

²Os códigos do capítulo XX da CID-10 distingue os seguintes agrupamentos entre as causas externas (V01-Y98). **Acidentes (V01-X59):** - Acidentes de transporte terrestre – ATT (V01-V89): pedestres (V01-V09), motociclistas (V20-V39) e ocupantes de veículos (V40-V79) – Quedas (W00-W19): no mesmo nível (W00-W03, W18), de um nível a outro (W04-W17), não especificadas (W19) – Demais acidentes (V90-V99, W20-X59). **Violências (X60-Y09, Y35-Y36):** - Homicídios – agressões, intervenções legais e operações de guerra. Em intervenções legais (Y35) inclui-se violências infligidas pela polícia. (X85-Y09, Y35-Y36): incluem agressões por arma de fogo (X93-X95), agressões por instrumento perfurocortante (X99) e outras violências. - Lesões autoprovocadas intencionalmente – suicídios – (X60-X84). Eventos cuja intenção é indeterminada (Y10-Y34). Demais causas externas (Y40-Y98).

casos de mortes deste grupo revelam discrepâncias regionais como segunda causa nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, a terceira causa na região Sul e a quarta na região Sudeste. Segundo a distribuição por grupos etários, foi a terceira causa entre crianças de zero a 9 anos, primeira causa entre adultos jovens de 10 a 39 anos; terceira causa na faixa etária de 40 a 59 anos e sexta entre idosos com 60 anos ou mais.

Para a saúde as causas externas incluem diferenças entre acidentes e violência, que podemos observar nas diretrizes e conceitos da *Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violências* (Portaria MS/GM n.737 de 16/5/2001), um marco no que diz respeito a inserir as violências como problemas de saúde. O texto define a violência como ações que produzem danos físicos, emocionais e espirituais a si próprio ou aos outros, e nela está implícita a noção do uso da força e intencionalidade que leva a cabo a responsabilização dos sujeitos individuais e coletivos diante das ações violentas, e traz igualmente uma historicidade para a compreensão e superação da mesma (MINAYO, 2006, p. 70).

De outro lado, os acidentes são caracterizados como eventos que causam agravos de modo não intencional, ao mesmo tempo em que podem ser evitáveis. Na prática a operacionalização do conceito deixa sempre uma ambiguidade e imprecisão quando, por exemplo, questiona-se a responsabilidade das famílias que deixam produtos tóxicos ao alcance das crianças, dos homens embriagados que se acidentam no trânsito, e dos danos provocados no trabalho como a negligência do trabalhador e a do empregador, das quedas, por negligências e devido aos espaços arquitetônicos inadequados a uma sociedade que envelhece ou que recebe maus tratos de seus familiares (MINAYO, 2006, p. 70).

As violências têm custos materiais, econômicos, emocionais e sociais complexos, ligadas a diferentes fatores, da sociedade atravessada por hierarquias e conflitos.

No que diz respeito especialmente ao homicídio, cujas taxas são elevadas no país, destacam-se os impactos como sofrimentos, medos e revoltas que ensejam várias conseqüências sociais. Num sentido mais restrito, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) calculou que a violência custou ao Brasil cerca de US\$ 30 bilhões em 2004, assim

onerou-se o setor público, e o Sistema Único de Saúde, com internações hospitalares por agressões, muitas das quais relacionadas à tentativa de homicídio.

A violência e as lesões (acidentais ou não) representam o 3º lugar nas causas de mortalidades no Brasil, e ocupa o 6º lugar das causas de internações hospitalares, além de alta prevalência de violência doméstica que demanda cuidados no sistema de saúde pública.

Homens jovens, negros, pobres são os principais agressores e consequentemente as grandes vítimas da violência. De outro lado, as mulheres e crianças negras e pobres ilustram as estatísticas como as principais vítimas dessa violência, incluindo a doméstica (REICHENHEIM et al., 2011).

Há diversos caminhos para a compreensão dos fatores que levam a violência. Nas comunidades excluídas de benefícios e recursos sociais viceja o tráfico de drogas e armas, a violência policial, a incivilidade social que atravessa o cotidiano, e que são corroboradas por políticas de segurança ineficazes, marcadas pela negação de direitos e por procedimentos penais.

O uso de drogas lícitas ou ilícitas são fatores presentes em situações violentas de vitimização, e de produção de agravo à saúde. A disseminação do uso de drogas e seus efeitos tanto individuais e sociais devem constituir um incentivo ao diálogo entre as áreas da saúde, educação, segurança e sociedade de maneira ampla.

É certo que as instituições policiais, sobretudo em relação às drogas ilícitas vêm pautando suas ações na inibição do usuário e nas desarticulações de redes de tráfico, com ênfase na punição dos infratores.

A política em torno das drogas no Brasil apresenta outros caminhos estratégicos de enfrentamento e de responsabilização do Estado, suscitando a ênfase na prevenção e em ações de acolhimento ambulatorial para o tratamento de dependentes.

Por exemplo, por meio dos dispositivos de atenção à saúde mental, revistos em função da reforma psiquiátrica, existem experiências diversas de implantação de Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) com ênfase no tratamento de dependentes de álcool, cocaína, crack e outras drogas, oferecendo acompanhamento clínico e ambulatorial diário.

A estes investimentos somam-se outras necessidades como a transformação das condições de vida dos usuários de drogas, como o acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (REICHENHEIM et al., 2011).

Portanto, aspectos relativos à garantia da saúde é parte integrante das questões que afetam a gestão da segurança. A pressão das violências e suas dinâmicas nos setores de saúde pública e as respostas da área ilustram um cenário que contradiz as expectativas para uma sociedade mais segura.

As causas externas relacionadas a óbitos, as internações e as notificações nos serviços de saúde destacam um perfil dos principais indicadores que envolvem as violências, com a contabilização e vigilância, e acena para as respostas institucionais para minimizar e enfrentar a situação levadas a cabo pelo setor.

No ano de 2009 a taxa de mortes por violências chegou a 32,1 óbitos por 100 mil habitantes, ao mesmo tempo em que a taxa de acidentes apresentou incidência com 32,6 óbitos por 100 mil habitantes (MASCARENHAS et al., 2011b). As ocorrências relacionadas ao trânsito, que representam grande parte das pressões das causas externas com agravos sobre a saúde dos indivíduos podem ser ilustrativas para pensar novas maneiras de dissolver as fronteiras estanques das agências públicas voltadas para o enfrentamento do fenômeno.

A VIOLÊNCIA NO TRÂNSITO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Os acidentes de transporte terrestre (ATT) respondem a 26,5% das mortes por causas externas no Brasil no ano de 2009 contabilizados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), com a taxa de 19,6 óbitos por 100 mil habitantes. No período de 2000 a 2009 ocorreu o incremento de 14,9% neste tipo de óbito, sobretudo em relação aos acidentes com motocicletas que variam em 224,2%, para a taxa atual de 4,9 óbitos por 100 mil habitantes (MASCARENHAS et al., 2011a).

Os óbitos de ocupantes de veículos sofrem o acréscimo de 36,1%, e decréscimo em mortes envolvendo pedestres com variação de -9,9%. Observando a partir das faixas etárias, 45,6% dos casos de óbitos por ATT

ocorreram com pessoas entre 20 e 39 anos, o que corresponde à taxa de 26,7 óbitos por 100 mil habitantes deste grupo. Nesta faixa etária, entre os homens, a taxa de óbitos chega a 46,4, enquanto entre as mulheres 7,3 óbitos por 100 mil habitantes (MASCARENHAS et al., 2011a).

O vertiginoso impacto de acidentes de trânsito nos índices de mortalidade relaciona-se a fatores como a imprudência e incivildades, o consumo de álcool e drogas, a falta de investimentos nas malhas viárias, o aumento da frota de motocicletas e outros veículos, que compõem o triste quadro da letalidade e das morbidades que sobrecarregam o sistema de saúde e corroboram com o aumento dos dados estatísticos vinculados pelas agências que contabilizam as vítimas.

Desde 1966, com o Código Nacional de Trânsito (CNT), se produz leis que visam regulamentar os transportes terrestres e reduzir as incidências de agravos à saúde. Ao longo dos anos o código passou por reformas e acréscimos como a introdução de medidas como o seguro obrigatório; o uso de cinto de segurança, bem como, a efetivação dos estados e municípios em legislarem dentro de suas fronteiras as especificidades de seus trânsitos; a periodicidade dos testes psicológicos obrigatórios aos motoristas profissionais e os limites de velocidade para fins de violações e penalidades; a venda de bebidas nas estradas e o limite zero para o teor de álcool no sangue dos condutores, assim como, mecanismos de divulgação de mensagens para conscientização da segurança no trânsito e o estabelecimento de uso obrigatório de dispositivos de restrição complementar (airbag) e regras para o transporte de crianças menores de 10 anos de idade.

As polícias têm se dedicado a aplicar os regulamentos legais e medidas punitivas aos infratores das leis. Não obstante, a articulação entre os operadores da segurança pública e as diversas áreas de atuações sobre os ATTT ainda está por se fazer. Medidas discricionárias como a fiscalização da “Lei Seca” esbarram com a falta aparelhos etilômetros para regulação de infrações com o uso de álcool, tanto quanto a articulação entre a ênfase nas operações de trânsito realizadas pelas polícias, punição dos infratores, o atendimento a saúde das vítimas e a prevenção (REICHENHEIM et al., 2011).

Com efeito, a interação entre álcool e trânsito e o alto índice de jovens vitimados, aliada ao aumento da frota de veículos automotivos³ impulsionam os índices de letalidade e morbidades no trânsito. As motocicletas chamam atenção como um transporte mais barato e acessível economicamente, utilizado como alternativa nos centros urbanos inclusive para o trabalho de transporte de pessoas e mercadorias, e contribuem para o crescimento dos danos provocados por ATT.

Estes constituem a segunda causa de internações hospitalares por causas externas contabilizadas no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), e correspondem a 15,7% do total de hospitalizações. ATT com motociclistas respondem a taxa de 3,7 internações por 10 mil habitantes em 2010. Os homens são mais afetados pelo ATT com a hospitalização de 12,2 por 10 mil habitantes, sobretudo devido ao acidente com motocicletas envolvendo 6,2 internações por 10 mil habitantes. As mulheres apresentam taxas também em crescimento, e respondem a 7,6 internações por 10 mil habitantes envolvendo ATT, e a taxa de 3,7 com motocicletas (MASCARENHAS et al., 2011a).

Os estudos vêm apontando como o desrespeito às regras de trânsito, a incivilidade e o uso de bebidas alcoólicas são preponderantes como fator de risco que levam a este cenário violento no Brasil. Mesmo com medidas como a Lei Seca (11.705), de 2008, que reduziu para zero o teor de álcool permitido no sangue de motoristas, fomentando impactos positivos para a redução de acidentes (MELCOP; CHAGAS; AGRIPINO FILHO, 2011).

A pesquisa *O consumo de álcool e os acidentes de trânsito* (MELCOP; CHAGAS; AGRIPINO FILHO, 2011) identificou o impacto do uso de álcool em acidentados em seis capitais brasileiras (Recife, Manaus, Fortaleza, Brasília, São Paulo e Curitiba). Para o conjunto das cidades a colisão (34,1%) representa o principal evento do acidente, seguidos de queda (21,7%) e atropelamento (20,5%).

³ O Brasil registra uma frota motorizada de aproximadamente 71 milhões de veículos, sendo que em janeiro de 2012 conforme dados do DENATRAM – Departamento Nacional de Trânsito – Ministério das Cidades, cerca de 40 milhões são automóveis, e 15 milhões de motocicletas. Com o aumento do poder aquisitivo das classes sociais menos favorecidas se observa o crescimento da frota de motocicletas que vitimam, portanto, os mais pobres.

O estudo observou a prevalência de teor de álcool que ultrapassa 0,2g/l de sangue entre motoristas acidentados, que por sua vez, respondem a 27%. Prevaecem os homens adultos com a combinação álcool e direção, comportamento observado em menor proporção entre jovens acidentados do que em mais velhos entre 50 e 59 anos, que responde a 32,6% deste grupo e entre 40 e 49 anos, 32,4%. O álcool também está associado à imprudência de pedestres, ciclistas e motociclistas, os últimos que constituem a maior proporção das vítimas 40,1% observadas nos atendimentos de ATT nos hospitais (MELCOP; CHAGAS; AGRIPINO FILHO, 2011).

Frente a crescente demanda, causada pela violência no trânsito nos sistemas de atendimento hospitalar, o Ministério da Saúde, ainda que de maneira incipiente, tem patrocinado desde 2001 (BRASIL, 2005) projetos educativos em direitos no trânsito, especialmente com a ampliação do atendimento de emergência às vítimas.

No ano de 2011 o Ministério da Saúde e Ministério das Cidades lançaram o Pacto Nacional pela Redução dos Acidentes no Trânsito – Pacto pela Vida, com o objetivo de reduzir a letalidade e lesões em acidentes de transporte pela próxima década. Com isso, o país passa a aderir ao Plano de Ação da Década de Segurança no Trânsito 2011-2020 lançado pela OMS em 2010.

O Pacto estabelece ações entre as quais se destacam a integração entre as bases de dados dos setores de Segurança Pública, Saúde, e Transportes, para monitoramento de indicadores e produção de análises para identificação de ocorrências das lesões e mortes no trânsito; prevenção a partir de projetos conjuntos com as unidades da federação e municípios para ações educativas, implantação de rede de atenção às urgências com ênfase para vítimas de motocicletas; *advocacy* para novas legislações e políticas públicas, desenvolvimento de estudos e qualificação de recursos humanos para a vigilância e prevenção de ATT.

O desenvolvimento de ações concretas para a prevenção de ATT ainda que limitados começam a surgir com projetos no setor de saúde com recursos financeiros previstos do Fundo Nacional de Saúde para os 26

estados e Distrito Federal para desenvolvimento de ações como o Projeto Vida no Trânsito lançado em 2010 e para execução até 2014.

Apesar dos esforços os cenários se apresentam críticos e as ações de caráter pouco abrangente frente às associações de risco que criam as condições para o elevado impacto do ATT sobre a vida. Resvalam em diversos fatores que contribuem para a expansão da incivilidade no trânsito, com o equipamento viário urbano e rodoviário sucateado. Um exemplo dos problemas da área são os profissionais que trabalham no trânsito sejam caminhoneiros ou *motoboys* que possuem jornadas desgastantes, mal remuneradas, pressionadas pela lógica da velocidade induzida pelo mercado em expansão de circulação de bens e pessoas.

A falta de transparências das políticas e do emprego de recursos financeiros deixa um fosso entre as expectativas normativas e diretrizes das políticas e sua real efetividade. Assim como ganha destaque a necessidade de investimentos na segurança das malhas viárias urbanas e rodoviárias, e dos veículos como fatores estratégicos para a mudança do cenário violento do trânsito no Brasil, e, sobretudo das práticas educativas e preventivas voltadas para o respeito aos direitos.

Assim como os acidentes, as morbidades associadas à violência doméstica e interpessoais representam indicadores dos problemas de segurança para a saúde.

AS VIOLÊNCIAS DOMÉSTICAS, SEXUAIS E INTERPESSOAIS

A notificação de violências no Sistema Único de Saúde se dá por meio da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências Interpessoais, documento padronizado relativo a cada paciente quando há suspeita da ocorrência de agravo decorrente de violência. Com a criação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) no Ministério da Saúde, desde o ano de 2006, vem se permitindo coletar dados e gerar informações sobre violências e acidentes para subsidiar políticas em saúde pública direcionadas a esses agravos (BRASIL, 2010).

O VIVA possui dois componentes: 1- VIVA Contínuo, com a vigilância contínua nos serviços de saúde em relação a violência doméstica,

sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas. 2- VIVA Inquérito, baseado em levantamento sobre violências e acidentes atendidos em serviços de urgência e emergência em municípios selecionados, o último inquérito realizado no ano de 2009 abrangeu 136 serviços situados no Distrito Federal, capitais de Estado e municípios selecionados (BRASIL, 2010).

A notificação desde o ano de 2006 é contínua e compulsória nas situações de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos conforme determinado pelas Leis nº 8.069, de 1990 (Estatuto da Criança e Adolescente), nº 10.741, de 2003 (Estatuto do Idoso), e nº 10.778, de 2003 (Notificação de Violência contra Mulher). Com a integração da notificação ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) no ano de 2009, assumiu caráter universal nos serviços do SUS.

Os dados disponíveis no Sinan, para o primeiro ano de notificação de violência na rede de saúde, apontam uma cifra de 36.604 casos com uma tendência crescente, observadas em dados parciais divulgados pelo Ministério da Saúde para os anos seguintes, com uma projeção para o primeiro biênio do mecanismo compulsório em 108.393 vítimas e o ano de 2011 com 98.115 casos (MASCARENHAS et al., 2011a).

Tomando como base o ano 2009 observamos que as mulheres representam aproximadamente 66% dos casos notificados. Tendência que se distribui com os dados do ano seguinte (2009-2010), com a faixa etária de 20 a 59 anos com 53,8% dos casos deste grupo, seguidas das faixas etárias de 10 a 19 anos e de zero a 9 anos. Entre os homens há maior incidência na faixa etária de 20 a 59 anos (43%), seguidos de 10 a 19 anos e de 0 a 9 anos (MASCARENHAS et al., 2011a).

A violência física chama atenção com predomínio de agressão física (64,7%) no biênio 2009-2010. A violência física atinge especialmente as mulheres e os homens como primeira causa do atendimento. Os homens respondem a 70,1% dos casos como vítimas de violência física seguida da negligência que afeta 14,6%. Entre as mulheres as violências psicológicas e morais ocupam a segunda posição no grupo e também em termos globais (24,4% das notificações), seguida da violência sexual (18,7% das notificações) (MASCARENHAS et al., 2011a).

Os homens apresentam maior número quanto ao dano à saúde provocado por meio de agressão por força física que permeia as relações de poder que se observam nas performances viris, e leva o grupo a ser mais vitimado por objetos perfurocortantes, armas de fogo, que também se ligam fortemente ao *ethos* guerreiro e a produção de masculinidades. As mulheres por outro lado além de serem vitimadas com o uso de força física acrescenta-se a ameaça e os danos psicológicos, as humilhações e subalternização frente aos companheiros e familiares.

Os dados acerca da agressão apontam a predominância de agressores homens tanto em relação às mulheres quanto em relação aos próprios homens, entre os últimos geralmente na condição de amigos ou conhecidos da vítima, e as mães. Entre as mulheres os agressores são homens do convívio familiar, especialmente cônjuges, amigos, e também fora do círculo de conhecimento da vítima.

Os dados do Sinan sobre violências constituem uma oportunidade para conhecermos o cenário impactante do fenômeno no setor de saúde, bem como, as características das vítimas e grupos, permitindo estabelecer políticas públicas focadas sobre a situação.

Expandiram-se consideravelmente as informações sobre violências que não geraram nem óbito e internação no SUS. Articula-se a coleta de dados a garantia de direitos, uma vez que pressupõe nesta prática a integração com a rede de proteção social e serviços de referências voltados ao atendimento de vítimas de violências presentes nas localidades, como Conselhos Tutelares, Ministério Público, Defensorias, Varas e Juizados e Delegacias. O desafio, portanto é que se garantam intervenções abrangentes entre os setores para promover a qualidade de vida e a cidadania de grupos fragilizados.

Nos anos de 2009-2010 os dados do Sinan contabilizaram o encaminhamento das vítimas do sistema de saúde para instituições como o Conselho Tutelar da Criança e dos Adolescentes, para meninos e meninas vitimadas, seguidos das delegacias de polícia. Bem como, 20,5% das mulheres são atendidas pelas Delegacias Especializadas da Mulher, e de outras delegacias (16,6%). 2% dos indivíduos atendidos faleceram devido

à violência, entre aqueles cujo destino foi o hospital, a maioria passou por altas (MASCARENHAS et al., 2011a).

Os cenários de vitimização encerrados no cotidiano como negócios interpessoais e familiares e a capacidade dos recursos humanos para o uso do instrumento de notificação constituem obstáculos e desafios para a vigilância e controle.

A padronização do uso da ficha de notificação não é suficiente para a melhoria do registro dos dados, e os registros realizados nem sempre convergem como instrumento de inclusão dos indivíduos nas redes externas de atendimento e proteção as vítimas. Assim são inegáveis os limites técnicos do setor, na incorporação de várias diretrizes, que por vezes na prática são marcadas por esquivas e olhares que se fecham e negligenciam as violências e seus impactos.

Atendimentos especializados, centros de referências, casas abrigo, defensorias, juizados, delegacias especializadas, e também delegacias comuns, serviços de saúde, de assistência social, para estas instituições colocam-se desafios para que os serviços funcionem de maneira estrategicamente articulada a fim de intervir numa realidade complexa de violações.

Os diferentes casos observados indicam como os acidentes de trânsito, as violências domésticas, o uso de drogas, entre outros, a pertinência de se pensar em políticas públicas articuladas, em torno da segurança pública e da saúde, envolvendo a prevenção como componente estratégico para a garantia de direitos.

Embora o país tenha dado passos importantes para o reconhecimento de direitos de cidadania, ainda são pouco debatidos e explorados como questões relacionadas à segurança e a saúde, não apenas em relação ao combate dos crimes e das violências, mas também para a atenção aos danos provocados nos grupos sociais específicos.

Ainda há muita falta de informação e muitas concepções valorativas que depreciam, no interior das políticas públicas, estes mesmos grupos. Portanto, é necessário focar estas questões para que as políticas incorporem uma versão moderna e intersetorial.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências*: Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01, publicada no DOU n.º 96 seção 1E de 18/5/01. 2. ed. Brasília, DF, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Viva: vigilância de violências e acidentes*, 2008 e 2009. Brasília, DF, 2010.
- BRASIL. Ministério das Cidades. Departamento Nacional de Trânsito (DENATRAN). *FROTA 2012*. Disponível em: <<http://www.denatran.gov.br/frota.htm>>. Acesso em: 1 mar. 2012.
- MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros et al. Epidemiologia das causas externas no Brasil: morbidade por acidentes e violências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde*. Brasília, DF, 2011a. p. 203-224.
- MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros et al. Epidemiologia das causas externas no Brasil: mortalidade por acidentes e violências no período de 2000 a 2009. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde*. Brasília, DF, 2011b. p. 203-249.
- MELCOP, Ana Glória Toledo; CHAGAS, Denise Maria Maia; AGRIPINO FILHO, Djalma. *O consumo de álcool e os acidentes de trânsito: pesquisa sobre a associação entre o consumo de álcool e os acidentados de trânsito nas cinco regiões brasileiras*. Recife: CCS Gráfica e Editora, 2011.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência, direitos humanos e saúde. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). *Ciências sociais e saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 247-260.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português – CBCD. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10*. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em: 1 mar. 2012.
- REICHENHEIM, Michael Eduardo et al. *Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros*. *The Lancet*, London, v. 377, n. 9781, p. 75-89, maio 2011. (Saúde no Brasil, 5). Disponível em: <www.thelancet.com>. Acesso em: 5 mar. 2012.
- SOUZA, Luís Antônio Francisco de. Violência, crime e políticas de segurança pública no Brasil contemporâneo. In: SOUZA, Luís Antônio Francisco de (Org.). *Políticas de segurança pública no estado de São Paulo: situações e perspectivas a partir das pesquisas do Observatório de Segurança Pública da UNESP*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. p. 13-31.