Parte III - A gestão em saúde na prevenção e atenção às situações de violência

17. Vigilância de violências e acidentes no Brasil

Cheila Marina de Lima
Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas
Marta Maria Alves da Silva

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

LIMA, C.M., MASCARENHAS, M.D.M., and SILVA, M.M.A. Vigilância de violências e acidentes no Brasil. In: NJAINE, K., ASSIS, S.G., CONSTANTINO, P., and AVANCI, J.Q., eds. *Impactos da Violência na Saúde* [online]. 4th ed. updat. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2020, pp. 387-403. ISBN: 978-65-5708-094-8. <https://doi.org/10.7476/9786557080948.0019>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

17. Vigilância de violências e acidentes no Brasil

Cheila Marina de Lima, Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas e Marta Maria Alves da Silva

Este capítulo apresenta um panorama da implementação da vigilância de violências e acidentes no Brasil. Ressalta a necessidade de pactuação entre setores e discute a legislação em vigor.

As lesões decorrentes de acidentes (referentes a trânsito, envenenamento, afogamento, quedas, queimaduras e outros) e violências (relacionadas a agressões, homicídios, suicídios ou tentativas, abusos físicos, sexuais, psicológicos, negligências e outras) são definidas ou classificadas como causas externas de morbidade e mortalidade.

Há mais de uma década, as causas externas de morbimortalidade figuram entre os principais problemas de saúde pública no Brasil, devido à sua magnitude e gravidade, afetando principalmente os jovens. Os impactos das violências e dos acidentes na saúde da população, no Sistema Único da Saúde (SUS) e na economia do país, demandam do poder público a adoção de estratégias para o seu controle e enfrentamento, especialmente pela mortalidade prematura, sobrecarga nos serviços de saúde, incapacidade em idade produtiva, aumento dos custos assistenciais, dentre outros.

Suas consequências para o sistema de saúde e para a sociedade apontam para a necessidade de aperfeiçoamento dos sistemas de informações sobre mortalidade e morbidade, com a finalidade de subsidiar políticas públicas para seu enfrentamento. Na maioria dos países, o conhecimento do impacto das causas externas acontece por meio da análise dos dados de mortalidade, sendo poucos os que conhecem fidedignamente as dimensões da morbidade hospitalar por essas causas (KRUG *et al.*, 2002).

Os dados sobre mortes e morbidade por causas externas podem ser acessados na página eletrônica do DATASUS (www.datasus.gov.br), permitindo fazer tabulações para as regiões, os estados e os municípios brasileiros.

No Brasil, as causas externas representam a terceira causa de morte na população em geral e a primeira na população de 1 a 49 anos. Em 2017, foram registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (MS) 158.657 óbitos por causas externas, o que representa 12,1% do total de óbitos. No período de 2007 a 2017, houve um incremento percentual de 21,1% nos óbitos atribuídos a essas causas. Em 2017, o sexo masculino respondeu por 81,9% das mortes, e o feminino, por 18,7%. Entre 2007 e 2017, a composição da mortalidade por causas externas registrou aumento: 38,7% para suicídios (de 9.401 para 13.039) e de 36% para homicídios, que passaram de 48.219 para 65.602, que equivale a uma taxa de 31,6 mortes para cada 100 mil habitantes com 35.783 (54,5%) jovens assassinados. Esse número representa uma taxa de 69,9 homicídios para cada 100 mil jovens no país, correspondendo a: 51,8% dos óbitos de jovens de 15 a 19 anos, 49,4% entre 20 e 24 anos e 38,6% das mortes entre 25 e 29 anos. Esse quadro faz dos homicídios a principal causa de mortes entre os jovens brasileiros em 2017. Entre 2016 e 2017, o Brasil experimentou aumento de 6,7% na taxa de homicídios de jovens. Em 2017 houve 6,3% (4.645 para 4.936) de aumento de assassinatos de mulheres em relação a 2016, de 30,7% de 2007 a 2017, e de 20,7% de aumento na taxa de mortalidade entre essa década (3,9 para 4,7 por 100 mil). Destaca-se que houve redução de 5,4% de acidentes de transporte terrestre (37.407 para 35.375) nesse mesmo período (DATASUS, 2018).

Em 2018, foram registradas no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) 1.183.983 internações por causas externas, representando 10% de todas as internações realizadas nos serviços próprios e conveniados ao SUS, ocupando o primeiro lugar nas hospitalizações (excluindo-se o grupo gravidez, parto e puerpério). Na distribuição das internações por causas externas, segundo sexo e idade, observou-se que 68% eram homens e 32% mulheres. As hospitalizações concentraram-se nas faixas etárias de 15 a 39 anos (41,2% do total) e de 40 a 59 anos (26,0%). As internações por quedas (34,9%) e por acidentes de transporte terrestre (ATT) (15,5%) apresentaram as maiores frequências (DATASUS, 2018).

Entretanto, apesar dos números alarmantes, ainda desconhecemos a verdadeira magnitude e gravidade desse problema, pois o que se observa é apenas a ponta de um *iceberg*, que são os casos graves, que foram a óbito ou geraram hospitalizações. As violências interpessoais e autoprovocadas contra crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos cometidas contra homens e mulheres, dentre outras violências, ainda não são dimensionadas em sua magnitude e gravidade.

Portanto, faz-se necessário ampliar o conhecimento sobre esse problema, inclusive caracterizando melhor o tipo e o local da violência e identificando o perfil da vítima e do(a) autor(a) da agressão, dentre outros.

17.1 Por que vigilância de violências e acidentes

Nas últimas décadas, a população brasileira experimentou importantes mudanças em seu perfil demográfico, epidemiológico e nutricional. Queda importante da fecundidade, aliada ao aumento da expectativa de vida, aumento da relevância das doenças crônicas não transmissíveis e das causas externas são manifestações contemporâneas dessas mudanças. Por outro lado, a persistência de antigos problemas de saúde pública e o surgimento de novas formas de adoecer e morrer por doenças transmissíveis emergentes e reemergentes adicionam complexidade a essa realidade. Todos esses fatos impõem ao setor saúde um cenário com novos e grandes desafios. Por isso, o envelhecimento, a urbanização, as mudanças sociais e econômicas e globalização impactaram o modo de viver, trabalhar e se alimentar dos brasileiros.

O Sistema Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) está apresentado com detalhes nas publicações sobre o tema apontadas a seguir.

- Portal de publicações da Secretaria de Vigilância em Saúde, com destaque para informações sobre vigilância, acidentes e violências (<http://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/publicacoes>).
- “Viva: Instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada”. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/09/instrutivo-viva_2016_2set16_isbn-web.pdf
- “Viva: Vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007”. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencias_acidentes.pdf
- “Viva: Vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009”. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_2008_2009_violencias_acidentes.pdf

- “Viva: Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, 2009, 2010 e 2011”. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_2009_2011_versao_eletronica.pdf
- “Viva: Vigilância de violências e acidentes, 2011 e 2012”. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/14/viva-2011-2012-2jun16-isbn-finalissimo.pdf>
- “Viva: Vigilância de violências e acidentes, 2013 e 2014”. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/janeiro/12/viva_vigilancia_violencia_acidentes_2013_2014.pdf
- “Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas”. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/07/cartilha_notificacao_violencias_2017.pdf
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *Vigilância em saúde*. Brasília, DF: CONASS, 2011. Disponível em: https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_5.pdf

Buscando uma visão mais ampla do contexto atual, é necessário considerar o presente cenário epidemiológico do país, o conhecimento científico disponível, as novas tecnologias incorporadas pelo SUS às ações de vigilância e a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio da Resolução do Conselho Nacional de Saúde de n. 588, de 12 de julho de 2018, que conceitua a Vigilância em Saúde como um

processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018).

A partir daí, pressupõe-se que o planejamento de intervenções eficazes para mitigar o problema não é factível sem o necessário conhecimento sobre o objeto da ação. Portanto, são essenciais sistemas de informação capazes de produzir conhecimento sobre quem e quantas são as pessoas acometidas pelo problema, onde e com que frequência ocorre e quais as causas e fatores associados, visando direcionar a intervenção à redução dos riscos e danos, bem como para racionalizar a aplicação dos recursos disponíveis. O acompanhamento das tendências permite, ainda, avaliar o efeito das intervenções, favorecendo a correção de rumos ou a intensificação da ação.

No Brasil, tradicionalmente, a vigilância de violências e acidentes tem sido feita considerando-se os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/MS), que, pela sua qualidade, permite o conhecimento fidedigno dos principais tipos de causas externas que determinam mortes. Esses dados são rotineiramente analisados e as informações divulgadas nas publicações do Ministério da Saúde. Também é feito o monitoramento das informações das internações hospitalares por causas externas realizadas no SUS (SIH/SUS). As bases, de fácil acesso, são disponibilizadas pelo MS.

Nesse sentido, a partir da necessidade de se levantar dados sobre violências e acidentes que não resultam em hospitalização ou morte, cobertos pelos sistemas já existentes citados acima, o MS, por meio da Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes da Coordenação de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT), do Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DASNT) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) implantou a Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) no âmbito do SUS em agosto de 2006. Essa iniciativa envolveu as três esferas de governo: o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde (SES e SMS) e tem como objetivo conhecer a magnitude e a gravidade das violências e dos acidentes por meio da produção e difusão de informações epidemiológicas, e definir políticas públicas de enfrentamento como estratégias e ações de intervenção, prevenção, atenção e proteção às pessoas em situação de violência.

17.2 O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes do MS

O VIVA tem o objetivo de coletar dados e gerar informações sobre violências e acidentes, a fim de subsidiar políticas em saúde pública direcionadas a esses agravos/eventos, buscando formas mais eficazes para preveni-los.

O sistema possui dois componentes. O primeiro, chamado **VIVA Contínuo/Sinan**, é o componente formado pela vigilância contínua de violências interpessoais e autoprovocada. É constituído pela notificação compulsória de violência interpessoal e autoprovocada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

A notificação de violências é realizada por meio da Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada. Ela é preenchida em todos os serviços de saúde, sejam públicos ou privados, quando da suspeita e/ou confirmação da ocorrência de violências doméstica, sexual e/ou outras violências, tanto interpessoais como autoprovocadas e, a partir do 2º semestre de 2008, passou a integrar o Sinan.

De acordo com a Portaria GM/MS n. 2.472 de 31 de agosto de 2010, a notificação de violências era compulsória em unidades sentinelas (BRASIL, 2010). A ficha de notificação deveria ser digitada no Sinan pelos serviços responsáveis pela informação e/ou vigilância epidemiológica das secretarias municipais de saúde (SMS), que deveriam repassar semanalmente os arquivos em meio magnético para as secretarias estaduais de saúde (SES). A comunicação das SES com a SVS (Secretaria de Vigilância em Saúde) ocorreria de acordo com o cronograma definido pela SVS, no início de cada ano. Em 2011, por meio da Portaria n. 104 de 25 de janeiro, a notificação de violências interpessoais e autoprovocadas passa a ser compulsória em todo o território nacional (BRASIL, 2011).

Em 2014, por meio da Portaria n. 1.271, foi instituído que os casos de violência sexual e tentativas de suicídio se tornariam então eventos de comunicação imediata, ou seja, de notificação em até 24h à vigilância epidemiológica municipal (BRASIL, 2014).

Essa orientação se mantém na Portaria n. 204 de 17 de fevereiro de 2016 – atual Portaria que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados (BRASIL, 2016).

Devido à magnitude do problema exposto, as causas externas se tornaram objeto de vigilância e de prevenção em saúde e promoção de uma cultura de paz no âmbito do SUS, sob a coordenação do Ministério da Saúde. Esse monitoramento tem subsidiado a elaboração de políticas públicas e de ações de saúde que estão voltadas para o enfrentamento desse problema, priorizando-se os grupos em situação de vulnerabilidade. Por ser dinâmico e complexo, esse cenário exige análise contínua da situação da saúde das populações, a fim de orientar a tomada de decisão nas diferentes esferas de gestão do SUS, auxiliando na redefinição de prioridades, predição de cenários futuros e avaliação das intervenções em saúde implementadas.

Os profissionais da saúde, no exercício da profissão, têm o dever de notificar. Conforme pactuações locais, profissionais de outros setores, como educação e assistência social, podem também realizar a notificação.

Serão objetos de notificação – caso suspeito ou confirmado de:

- violência doméstica/intrafamiliar (todas as naturezas/forma) contra pessoas do sexo masculino e feminino em todas as idades;
- violência sexual contra pessoas do sexo masculino e feminino em todas as idades;
- violência autoprovocada (tentativa de suicídio) contra pessoas do sexo masculino e feminino em todas as idades;
- tráfico de pessoas contra pessoas do sexo masculino e feminino em todas as idades;
- trabalho escravo contra pessoas do sexo masculino e feminino em todas as idades;
- trabalho infantil;
- intervenção legal contra pessoas do sexo masculino e feminino em todas as idades;
- violência extrafamiliar/comunitária cometida contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas, independentemente do tipo e da natureza/forma de violência, em conformidade com a legislação vigente.
- violências contra pessoas com deficiência, contra indígenas e população LGBT (lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais), independente do sexo e da idade da vítima, em função da maior vulnerabilidade desses segmentos da população.

A violência comunitária ou extrafamiliar contra homens adultos (20 a 59 anos) não serão objeto de notificação, exceto nas condições de vulnerabilidade já mencionadas.

Serão objetos de notificação imediata à autoridade sanitária municipal os casos de:

- violência sexual, a fim de que as medidas de contracepção de emergência, profilaxias (DST, HIV e hepatite B) e a coleta de material biológico sejam realizadas oportunamente;
- tentativa de suicídio, para que a notificação se torne intervenção no caso por meio do encaminhamento e vinculação da vítima de forma imediata aos serviços de atenção psicossocial e rede de atenção e proteção social.

A notificação imediata possibilita a intervenção individual adequada em tempo oportuno, pois subsidia medidas de prevenção que têm como base conhecer, identificar fatores de risco e proteção, cuidar e acompanhar os casos.

A implementação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, em seu componente do VIVA Contínuo e Sentinela, é responsabilidade do Ministério da Saúde, em parceria com as secretarias estaduais de saúde e secretarias municipais de saúde. O registro dos dados no módulo do Sinan é alimentado pelas SMS. A sistematização dos dados permite caracterizar os tipos e a natureza das violências cometidas, o perfil das vítimas e dos(as) prováveis autores(as) das violências.

Outro aspecto importante do dispositivo de notificação está relacionado à necessidade de registro dos dados coletados nas fichas, pois essas informações deverão subsidiar o Poder Público e as três esferas de gestão do SUS, nos âmbitos federal, estadual e municipal, quanto à definição de prioridades e de políticas públicas de prevenção da violência e de promoção de saúde, articulando os diversos integrantes das redes de cuidado que compõem o SUS. Dessa forma, a notificação insere-se como uma das estratégias primordiais do Ministério da Saúde no âmbito das ações contra a violência e como estratégia para articulação de políticas de saúde.

Além disso, a notificação das violências foi estabelecida como obrigatória por vários atos normativos e legais. Entre eles, destacam-se o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei n. 8.069/1990; a Lei n. 10.778/2003, que institui a notificação compulsória de violência contra a mulher; a Lei n. 10.741/2003, que define o Estatuto do Idoso, modificado pela Lei n. 12.461, de 26 de julho de 2011; a Lei n. 13.146/2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) e a Lei n. 13.819/2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os estados, o Distrito Federal e os municípios, que institui a notificação compulsória em tentativa de suicídio e automutilação (BRASIL, 1990, 2003a, 2003b, 2011, 2015, 2019a).

A segunda dimensão da vigilância de violências e acidentes é o **VIVA Inquérito**. Tem como principal objetivo conhecer a magnitude e a gravidade das violências e acidentes nos serviços de referência de urgências e emergências que atendam causas externas, nas capitais e municípios selecionados, a fim de subsidiar as políticas de enfrentamento desses agravos.

Em 2006, foi realizada a primeira edição do “Inquérito de violências e acidentes em serviços sentinela de urgência e emergência”. Novas edições ocorreram em 2007, 2009, 2011, 2014 e 2017.

Para conhecer mais sobre o tema, leia:

“Perfil do inquérito de violências e acidentes em serviços sentinela de urgência e emergência”, de Marta Maria Alves da Silva e colaboradores, em *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 26, n. 1, p. 183-194, jan./mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n1/2237-9622-ress-26-01-00183.pdf>

Desde sua criação, o Sistema VIVA expandiu a gama de eventos monitorados, a rede de unidades notificadoras e se consolidou como importante estratégia para a coleta e sistematização de dados sobre causas de violências e acidentes no Brasil. Contudo, ainda depara-se com importantes desafios, como a universalização da cobertura do VIVA Sinan, a disponibilização de dados e produção de análises de forma oportuna, o aprimoramento do VIVA Inquérito, bem como o planejamento e a garantia de financiamento para sua sustentabilidade.

Figura 1 – Componentes do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)

Fonte: Brasil (2017b).

*Em caso de violência contra crianças e adolescentes, encaminhar comunicado sobre o evento notificado para os órgãos de defesa de direitos (Conselho Tutelar ou Ministério Público), em conformidade com a Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, que institui o Estatuto da Criança e do Adolescente. Mediante casos de violência contra idosos, encaminhar comunicado sobre o evento notificado para os órgãos de defesa de direitos (Ministério Público ou Conselho do Idoso), ou de responsabilização (delegacias especializadas), de acordo com a Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003, que institui o Estatuto do Idoso. Em caso de violência contra pessoas com deficiência, encaminhar comunicado sobre evento notificado para os órgãos de defesa de direitos (Ministério Público ou Conselhos dos Direitos da Pessoa com Deficiência) ou de responsabilização (delegacias especializadas ou outra).

A notificação deverá ser preenchida em duas vias, devendo uma delas ficar na unidade de saúde e a outra, encaminhada para a vigilância epidemiológica do município, seguindo os fluxos e a rotina do Sinan; a SMS envia os dados consolidados a partir da notificação individual para a vigilância epidemiológica da SES, que, por sua vez, os envia para o MS.

17.3 Alguns resultados a partir do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

Desde a universalização no SUS (2011) até 2017, foram registradas no VIVA/Sinan 1.429.249 notificações de violências no Brasil, um crescimento de 185,2%, com 71,6% dos municípios brasileiros notificando; em aproximadamente 71% das notificações, as vítimas são do sexo feminino (BRASIL, 2017b). Alguns dados sobre o Brasil, extraídos pelo Ministério da Saúde diretamente do banco de dados VIVA/Sinan/SVS/MS apontam a melhoria do sistema de vigilância, podendo ser vistos nos Gráficos 1 a 4.

Gráfico 1 – Percentual de municípios que registraram pelo menos uma notificação de violência interpessoal ou autoprovocada, segundo UF e ano de notificação. Brasil, 2011 e 2017

Fonte: VIVA/Sinan/SVS/MS.

Gráfico 2 – Crescimento das notificações no Brasil entre 2011 e 2017 (185,2%)

Fonte: VIVA/Sinan/SVS/MS.

Gráfico 3 – Elevação da notificação de violências entre 2011 e 2017 pelos municípios brasileiros

Fonte: VIVA/Sinan/SVS/MS.

Gráfico 4 – Aumento do número de unidades notificantes no Brasil entre 2011 e 2017 (143,6%)

Fonte: VIVA/Sinan/SVS/MS.

No âmbito da vigilância de violências (interpessoais e autoprovocadas), Vigilância Contínua/Sinan, em 2017, foram registradas 307.367 notificações de violência interpessoal/autoprovocada no Brasil. Desse total, 71,8% das vítimas notificadas eram mulheres, 46,5% eram adolescentes (10-19 anos) ou jovens adultas? (20-29 anos), 45,5% eram negras, 40,4% eram brancas e 12,5% tiveram a raça/cor da pele ignorada. Do total de notificações, 22,2% foram referentes a lesões autoprovocadas e, dentre elas, 34,5% corresponderam a tentativas de suicídio.

Entre os casos de violências interpessoais, houve predomínio das agressões físicas (67,7%), seguidas pelas psicológicas (28,8%), negligência/abandono (16,4%) e sexuais (15,4%). Parceiros íntimos (28,5%) e familiares (27,3%) foram os agressores mais frequentes.

No que se refere especialmente a crianças e adolescentes, para o ano de 2017, foram registrados 20.520 casos de lesão autoprovocada e 7.098 de tentativas de suicídio. Esse cenário evidencia a necessidade de qualificação da rede de proteção para o cuidado oportuno e prevenção do suicídio.

No campo da vigilância dos acidentes (trânsito, quedas, queimaduras, dentre outros), VIVA Inquérito, 2017, foram registrados 48.532 atendimentos em 90 serviços sentinelas de urgência e emergência pesquisados, em 23 capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal. Desses, 44.243 (91,1%) corresponderam a acidentes, e 4.289 (8,9%), a violências (Brasil, 2019b).

As ocorrências mais frequentes foram queda acidental (35,4%), acidente de transporte (21,7%), agressão/maus-tratos (7,9%). As menos frequentes foram afogamento (<0,1%), ferimento por arma de fogo (0,3%) e sufocação/engasgamento (0,4%) (Brasil, 2019b).

Outros estudos estão sendo feitos a partir do *linkage* de dados do SIM e do Sinan como, por exemplo, o que é feito para identificar as mulheres em todo o curso da vida que tiveram notificação de violências e foram a óbito por DCNT e por causas externas, conforme os dados a seguir.

Risco de óbito por causas externas em mulheres com notificação de violência no Brasil, 2011 a 2016

- três mulheres com notificação de violência morreram por causas externas a cada dia, em média;
- 54,5% brancas e 44,3% negras;

- 63,1% com ensino fundamental I ou II (9º ano);
- 58,0% solteiras e 27,6% casadas ou em união estável;
- 78,4% residentes em municípios de até 500 mil habitantes;
- alto percentual de violência de repetição: 34,6% em mulheres adultas;
- residência: principal local onde a violência ocorreu – 85,6% entre as idosas e 73,9% entre as adultas;
- importante percentual de lesão autoprovocada: mais de 47,0% em adultas e idosas;
- predominância da violência física (62,6%);
- entre crianças e idosas, os principais autores das violências foram os familiares; já no grupo de adolescentes, jovens e adultas foram os parceiros íntimos.

Estudo exploratório da mortalidade feminina por doenças crônicas não transmissíveis com notificação anterior de violência

- duas mulheres com notificação de violência morreram por causas não transmissíveis a cada dia, em média;
- 58,2% brancas e 41,0% negras;
- 60,9% com ensino fundamental I ou II (9º ano);
- 35,6% solteiras e 32,7% viúvas;
- 64,2% residentes em municípios de até 500 mil habitantes;
- alto percentual de violência de repetição: 65,2%;
- residência: principal local onde a violência ocorreu – mais de 88,0% entre as idosas e 83,5% entre as adultas;
- predominância da violência física (35,4%) e negligência (28,3%).

Estudos como esses vêm demonstrando que:

- O ambiente doméstico é o principal local para a ocorrência de violências contra mulheres, sendo os principais agressores os familiares e parceiros íntimos, demonstrando o caráter íntimo e relacional das violências.
- O elevado grau de repetição demonstra o caráter crônico e perverso das violências contra as mulheres e a fragilidade da rede intersetorial em prover cuidados de saúde, de proteção e justiça.
- Os episódios de violência tendem a se tornar progressivamente mais graves com o passar do tempo, especialmente quando há a denúncia ou separação do casal.

- Mulheres com notificação de violência têm maior risco de morrerem por causas externas e por causas não transmissíveis, em comparação com a população feminina geral, especialmente por violências interpessoais e autoprovocadas.
- No Brasil, as mulheres expostas à violência têm um risco estimado de mortalidade que é quase oito vezes maior do que o da população geral de mulheres, com uma estimativa combinada de 100 mortes por semana, como consequência direta e indireta da exposição à violência.
- As mulheres expostas à violência terão um risco aumentado de mortalidade, independentemente do seu local de residência, grupo etário, origem racial/étnica, situação do estado civil e estatuto socioeconômico.

17.4 Avanços do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

Os avanços obtidos no Brasil em relação ao Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes são significativos, dentre os quais destacamos:

- Exigência legal para notificação de violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas e pessoas com deficiência.
- Visibilidade do problema, permitindo conhecer sua magnitude, gravidade e perfil.
- Elemento-chave na atenção integral às pessoas, permitindo que a rede de proteção e de garantia de direitos seja acionada e se articule.
- Instrumento de cuidado e não de denúncia!

A necessidade de superar os desafios para o enfrentamento das violências e acidentes é reforçada em um contexto de elevada morbidade e mortalidade por causas externas, e em face às dificuldades para monitorar e alcançar diversas metas nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que contemplam a redução da ocorrência desses eventos.

Os ODS buscam fortalecer a paz universal com mais liberdade, com destaque para alguns compromissos aqui destacados: até 2020, reduzir pela metade as mortes e lesões em consequência dos acidentes de trânsito; acabar com todas as formas de discriminação contra todas as mulheres e meninas em todas as partes; eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas

e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos; eliminar todas as práticas nocivas, como os casamentos prematuros, forçados e de crianças, e mutilações genitais femininas; reduzir significativamente todas as formas de violência e as taxas de mortalidade relacionada em todos os lugares; acabar com abuso, exploração, tráfico e todas as formas de violência e tortura contra crianças, dentre outras (Brasil, 2018b). A efetividade dessa agenda dependerá de sua atuação sobre o território, de sua expressão em agendas territorializadas, cuja governança e gestão estratégica, em especial a avaliação de efetividade, são os desafios mais relevantes e, para isso, é necessário difundir e dar transparência ao seu processo de implementação.

17.5 Finalizando...

Com o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), o Ministério da Saúde espera:

- promover vigilância contínua de violências nos serviços públicos e privados de saúde;
- identificar e monitorar os casos de violência notificados nos serviços públicos e privados de saúde;
- caracterizar e monitorar o perfil da violência segundo características da vítima, da ocorrência e do provável autor(a) da agressão;
- identificar fatores de risco e proteção associados à ocorrência das violências;
- identificar áreas de maior vulnerabilidade para ocorrência de violência;
- monitorar os encaminhamentos para a rede de atenção e proteção integral;
- intervir nos casos, a fim de prevenir consequências das violências e encaminhar para a rede de atenção e proteção;
- implantar/implementar políticas públicas de enfrentamento das violências e promoção da cultura de paz.

Especificamente sobre o Vigilância Sentinela de Violências e Acidentes espera-se descrever o perfil epidemiológico das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços sentinela de urgência e emergência, selecionadas segundo aspectos demográficos, tipos de ocorrência (violências e acidentes), circunstâncias, natureza das lesões e evolução do atendimento.

17.6 Referências

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre Estatuto do Idoso. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 3 out. 2003a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm. Acesso em: 26 nov. 2012.

BRASIL. Lei n. 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília, DF: Presidência da República, Casa Civil, 2003b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.778.htm. Acesso em: 18 maio 2020.

BRASIL. Lei n. 12.461, de 26 de julho de 2011. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. Brasília, DF: Presidência da República, Casa Civil, 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12461.htm. Acesso em: 19 maio 2020.

BRASIL. Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm. Acesso em: 30 ago. 2015.

BRASIL. Lei n. 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Brasília, DF: Presidência da República, Casa Civil, 2019a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm. Acesso em: 19 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia de vigilância em saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. v. 3.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Notificação de violência interpessoal/autoprovocada*: Portaria GM/MS n. 1.271/2014 e SINAN versão 5.0. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/situacao-epidemiologica/922-saude-de-a-a-z/acidentes-e-violencias/41893-notificacao-de-violencia-interpessoal-autoprovocada-portaria-gm-ms-n-1271-2014-e-sinan-versao-5-0>. Acesso em: 19 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 37, 26 jan. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 23, 18 fev. 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 67, 9 jun. 2014.

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: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Viva inquérito 2017: vigilância de violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência: capitais e municípios*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Saúde Brasil 2018: uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Sinan: normas e rotinas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *Vigilância em Saúde*. Brasília, DF: CONASS, 2007.

DATASUS: Departamento de Informática do SUS. Brasília, DF, 2018. *Site*. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 18 maio 2020.

KRUG, E. G. (ed.) *et al. World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002.

LIMA, C. M. *et al.* Estudo exploratório da mortalidade feminina por doenças crônicas não transmissíveis com notificação anterior de violência. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Saúde Brasil 2018: uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. p. 193-211.

PINTO, I. V. *et al.* Risco de óbito por causas externas em mulheres com notificação de violência no Brasil, 2011 a 2016. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Saúde Brasil 2018: uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. p. 214-232.

SILVA, Marta Maria Alves da *et al.* Perfil do inquérito de violências e acidentes em serviços sentinela de urgência e emergência. *Epidemiologia e Serviço de Saúde*, Brasília, DF, v. 26, n. 1, p. 183-194, jan./mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n1/2237-9622-ress-26-01-00183.pdf>. Acesso em: 19 maio 2020.