

MINISTÉRIO DA SAÚDE



SAÚDE **BRASIL** 2008

20 ANOS DE SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO BRASIL

BRASÍLIA/DF • 2009

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Saúde Brasil 2008

20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil

BRASÍLIA/DF • 2009

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde



SAÚDE **BRASIL** 2008

20 ANOS DE SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO BRASIL

©2009 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série G. Estatística e Informação em Saúde

Tiragem: 1ª edição – 2009 – 2.500 exemplares

Elaboração, edição e distribuição

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Análise de Situação de Saúde

Produção: Núcleo de Comunicação

SAF Sul, Trecho-02 – Lotes 05/06 – Bloco F – Torre 1 – Edifício Premium – Térreo

CEP: 70.070-600 – Brasília/DF

E-mail: svs@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/svs

Produção editorial

Coordenação: Fabiano Camilo

Diagramação e design da capa: Márcio Duarte – M10 Design

Revisão: Julliany Mucury

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde.

Saúde Brasil 2008 : 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

416 p. : il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

ISBN 978-85-334-1600-0

1. Saúde pública. 2. SUS (BR). 3. Indicadores de saúde. I. Título. II. Série.

CDU 614(81)

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2009/0824

Títulos para indexação:

Em inglês: Health Brazil 2008: 20 years of Unified Health System (SUS) in Brazil

Em espanhol: Salud Brasil 2008: 20 años del Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil

4

As violências e os acidentes como problemas de Saúde Pública no Brasil: marcos das políticas públicas e a evolução da morbimortalidade durante os 20 anos do Sistema Único de Saúde

Elisabeth Carmen Duarte, Rosane Aparecida Monteiro,
Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas,
Marta Maria Alves da Silva

Sumário

4 As violências e os acidentes como problemas de Saúde Pública no Brasil: marcos das políticas públicas e a evolução da morbimortalidade durante os 20 anos do Sistema Único de Saúde	311
Resumo	313
Introdução	313
Método	314
Resultados	316
Discussão	332
Conclusões	335
Referências	335

Resumo

Introdução: Os acidentes e violências representam um sério problema de saúde pública no Brasil, o que impõe desafios importantes ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivo:** Descrever a magnitude e as tendências da morbidade hospitalar e mortalidade por acidentes e violências no Brasil e descrever as principais respostas institucionais para o enfrentamento do problema das causas externas no Brasil, analisando o contexto do SUS e de políticas intra e intersetoriais selecionadas. **Método:** Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo da situação e tendências da mortalidade e morbidade hospitalar por causas externas (acidentes e violências), em anos recentes, análise documental e revisão da literatura pertinente. Os indicadores estudados foram estimados a partir de dados secundários originados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e dados populacionais do IBGE. **Resultados:** A análise da situação das internações e mortalidade por causas externas no Brasil aponta um cenário ainda dramático. As quedas e os acidentes de transporte terrestre (ATT) são as principais causas de internações. Altas taxas de mortalidade são atribuídas a acidentes de transporte e homicídios. No entanto, um conjunto de indicadores aponta para certa melhoria em anos recentes, tais como: estabilização (com ligeira tendência de decréscimo) do risco de morte por ATT e decréscimo, em anos recentes, da taxa de mortalidade por homicídios, em especial daquelas vinculadas às armas de fogo. **Conclusão:** Ao longo dos 20 anos do SUS grandes avanços puderam ser notados no que se refere à formulação e implantação de políticas públicas com protagonismo ou colaboração do setor saúde, para o enfrentamento dos determinantes e das consequências das causas externas no Brasil. Apesar de alguns indícios de impacto, outros estudos são necessários para monitorar esses impactos na prevenção da morbimortalidade por causas externas no Brasil e na promoção da saúde e da cultura de paz.

Palavras-chave: violência, acidentes, políticas públicas, morbidade por causas externas, mortalidade por causas externas.

Introdução

As grandes modificações nos padrões epidemiológicos dos países em desenvolvimento nas últimas décadas fomentam debates sobre os determinantes e consequências do processo de transição epidemiológica¹. Em vários países, é possível identificar a coexistência prolongada de padrões “antigos” de adoecimento e morte, como a persistência de morbidade relevante devida a doenças infecciosas, com padrões “novos”, como aumento da carga das doenças não-transmissíveis e causas externas (acidentes e violências)²⁻⁴.

No Brasil, apesar da persistência de doenças infecciosas como malária, hanseníase, tuberculose e dengue, observa-se incremento das doenças não transmissíveis e dos acidentes e violências. Esse é um padrão de transição epidemiológica que tem sido caracterizado

como “prolongado e polarizado”, segundo o que propõem Frenk e colaboradores (1991)². A carga gerada por esse padrão epidemiológico recente afeta sobremaneira os grupos socialmente menos privilegiados e tem como uma de suas consequências a perpetuação e, por vezes, o agravamento das iniquidades em saúde.

Em particular, a morbidade e a mortalidade devidas aos acidentes e violências expressam-se de diferentes formas, moduladas pelos momentos do processo de transição epidemiológica, os estágios de desenvolvimento social do país e a efetividade das respostas sociais, incluindo aquelas originadas no setor saúde. Nesse cenário, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem o grande desafio de responder adequadamente a essas mudanças e de colaborar com as diferentes estratégias intersetoriais para o enfrentamento do problema dos acidentes e violências no Brasil.

O presente capítulo tem como objetivos: 1) descrever a magnitude e as tendências das diferentes manifestações (morbidade hospitalar e mortalidade) dos acidentes e violências no Brasil e 2) descrever as principais respostas institucionais para o enfrentamento do problema das causas externas no Brasil, analisando o contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e de políticas intra e intersetoriais selecionadas.

Método

O estudo foi desenvolvido em duas etapas: A primeira etapa busca atender ao primeiro objetivo do capítulo, através de um estudo epidemiológico descritivo da situação e tendências da mortalidade e morbidade hospitalar por causas externas (acidentes e violências) em anos recentes. A segunda etapa busca atender ao segundo objetivo, através de uma análise documental e de revisão da literatura pertinente, para descrever as principais respostas institucionais para o enfrentamento das causas externas no Brasil em anos recentes, analisando o contexto do Sistema Único de Saúde e políticas intra e intersetoriais selecionadas.

1ª etapa

Realizou-se estudo sobre o perfil da morbidade hospitalar e mortalidade por causas externas no Brasil tendo como alcance a descrição de sua magnitude e a análise de suas tendências históricas, segundo sexo, idade e região. Essas análises se deram segundo subgrupos de causas, a saber:

- Causas externas (total);
- Acidentes: acidentes de transporte terrestre (ATT) e quedas acidentais;
- Violências: agressões (homicídios) e lesões autoprovocadas intencionalmente.

Nesse estudo, conceitua-se “causas externas” como todos os acidentes e violências que provocam algum tipo de lesão, seja física, mental, ou psicológica, e que podem ou não ter o óbito como desfecho⁵. Adota-se para “acidente” o conceito de “evento não in-

tencional e evitável, causador de lesões físicas ou emocionais, no âmbito doméstico ou social como trabalho, escola, esporte e lazer”⁶. Incluem-se neste grupo os acidentes de transporte terrestre (ATT), quedas, queimaduras, cortes, queda de objetos sobre a pessoa, envenenamento, sufocação, afogamento, dentre outros. Adota-se para a violência o conceito do “uso intencional de 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 qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”⁷. Sob esta denominação, incluem-se as lesões autoprovocadas intencionalmente, maus-tratos e agressões.

Apesar da complexidade conceitual, assume-se nesse estudo uma definição operacional desses eventos, segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID - 9ª e 10ª revisões), conforme apresentado a seguir:

- Causas externas: E800-E999 (CID-9); V01-Y98 (CID-10);
- Acidentes de transporte terrestre (ATT): E800-E829, E846-E848 (CID-9); V01-V89 (CID-10);
- Quedas acidentais: E880-E888 (CID-9); W00-W19 (CID-10);
- Violências, incluindo agressões (homicídios, tentativas de homicídios, maus tratos, intervenção legal e operações de guerra: códigos E960-E969, E970-E977 (CID-9); X85-Y09; Y35-Y36 (CID-10); lesões autoprovocadas intencionalmente: E950-E959 (CID-9); X60-X84(CID-10); Agressões por arma de fogo: códigos E9650-E9654, E970 (CID-9); X93-X95, Y350 (CID-10).

Além disso, o grupo de causas de mortes por causas mal definidas [780-799 (CID-9) e R00-R99 (CID-10)] foi também analisado, uma vez que auxilia na interpretação das tendências históricas e nos diferenciais regionais das taxas de mortalidade pelas causas selecionadas.

Para a presente análise, foram consultados os seguintes sistemas de informação nacionais em saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). Para o cálculo das taxas de mortalidade e internações hospitalares, foram utilizadas as estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Os indicadores estudados foram: taxa de mortalidade por 100 mil habitantes, taxa de morbidade hospitalar por 10 mil habitantes e taxa de mortalidade (letalidade) hospitalar (%). Quando pertinente, as taxas foram padronizadas por idade utilizando o método direto de padronização e utilizando como população padrão a população brasileira do censo de 2000 (IBGE). Em análises selecionadas, os resultados incluíram apenas as capitais de Estados a fim de homogeneizar a qualidade da informação e tornar as comparações mais válidas internamente. Para atenuar variações devidas ao acaso, médias móveis trianuais foram utilizadas em análises selecionadas.

A fim de obter uma aproximação mais assertiva da magnitude dos eventos novos de internações hospitalares (SUS) por causas externas, na análise com dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), foram selecionadas as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) que tinham como motivo de saída os óbitos

e as altas (excluídas as altas administrativas e as altas da parturiente com permanência do recém-nascido). Foram excluídas ainda as AIH que tinham como procedimento realizado o registro de busca ativa de doador de órgão, pois essas frequentemente representam a abertura de uma nova AIH para um óbito hospitalar já notificado ao Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) com a mesma causa externa. Apesar de ser um sistema com a finalidade primária de gerar informações para o faturamento hospitalar, o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) tem a grande vantagem de possuir abrangência nacional e dar oportunidade para análises com grande validade externa.

As variáveis idade, sexo e ano foram consideradas na análise. A variável idade foi categorizada com os seguintes intervalos: 0-9 anos, 10-14 anos, 15-19 anos, 20-29 anos, 30-39 anos, 40-49 anos, 50-59 anos, 60 e mais anos. A variável “ano” refere-se ao período compreendido de 1988 a 2006 para os óbitos e de 1998 a 2006 para as internações hospitalares.

2ª etapa

Foram revisados documentos, relatórios e materiais científicos publicados em anos recentes sobre as ações, programas e políticas no âmbito da saúde, com especial ênfase à vigilância em saúde, voltados para: i) a produção e aprimoramento de dados e informações, ii) monitoramento de indicadores e iii) enfrentamento das consequências das causas externas na saúde da população brasileira. Além disso, uma breve revisão de literatura permitiu discutir políticas inter e intrasetoriais selecionadas. O objetivo dessa etapa é descrever exemplos de respostas do setor saúde, implantadas ou aprimoradas em anos recentes, para o enfrentamento do problema dos acidentes e violências no Brasil, e analisar o contexto de políticas intra e intersetoriais selecionadas.

Resultados

Contexto Epidemiológico

Internações e mortes por causas externas no Brasil

No ano de 2006, no Brasil foi registrado um total de 662.653 internações hospitalares associadas a lesões decorrentes de causas externas, resultando em um gasto de 603.265,00 milhões de reais pelo SUS, com valor médio de 910,40 reais por internação.

As quedas foram a primeira causa de internação (42,5%), porém contribuíram com pouco mais de 6% do total de óbitos por causas externas no ano de 2006 (Tabela 4.1). Os acidentes de transporte terrestre (13,2%) representaram a segunda causa de internação mais frequente por causas externas e também a segunda causa de morte (28,3%) no mesmo ano. Por outro lado, as agressões representaram 5,8% do total de internações por causas externas sendo, entretanto, responsáveis pela principal causa de morte (38,7%) por causas externas no Brasil, ano de 2006 (Tabela 4.1).

Tabela 4.1 Número e proporção de internações hospitalares e óbitos devido a causas externas notificadas, Brasil, 2006.

Causas Externas	Internações	%	Óbitos	%
Total	662 653	100	128 388	100
Acidentes	542 652	81,9	59 729	46,5
Acidentes de transporte terrestre	(87 264)	(13,2)	(36 367)	(28,3)
Quedas	(281 324)	(42,5)	(7 903)	(6,2)
Violências	46 825	7,1	58 343	45,5
Agressões (homicídios, tentativas de homicídios e maus tratos)	(38 467)	(5,8)	(49 704)	(38,7)
Lesão autoprovocada intencional	(8 234)	(1,2)	(8 639)	(6,7)
Demais causas externas	73 176	11,0	10 316	8,0
Eventos cuja intenção é indeterminada	(28 884)	(4,4)	(9 147)	(7,1)
Complicações de assist. médica e cirúrgica	(24 873)	(3,8)	(901)	(0,7)
Sequelas de causas externas	(12 189)	(1,8)	(268)	(0,2)
Fatores suplementares*	(7 230)	(1,0)	(0)	(0,0)

* relacionados com as causas de morbidade e de mortalidade classificadas em outra parte

Com base nos dados de internações e óbitos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) por causas externas, é possível estimar a taxa de mortalidade hospitalar (ou letalidade hospitalar) por diferentes causas (Tabela 4.2). Como esperado, as agressões apresentam a maior taxa de letalidade hospitalar (6,4%) seguidas pelos ATT (5,8%). A menor taxa de letalidade hospitalar está relacionada às quedas (2,2%).

Tabela 4.2 Número e proporção de óbitos hospitalares e taxa de mortalidade (letalidade) hospitalar decorrentes das internações notificadas por causas externas, Brasil, 2006

Causas Externas	Óbitos hospitalares		Taxa de letalidade (%)
	n	%	
Total	21 691	100	3,3
Acidentes	16 083	74,1	3,0
Acidentes de transporte terrestre	(5 062)	(23,3)	5,8
Quedas	(6 083)	(28,0)	2,2
Violências	2 842	13,1	6,1
Agressões	(2 484)	(11,5)	6,4
Lesão autoprovocada intencional	(358)	(1,7)	4,3
Demais causas externas	2 766	12,7	3,8
Eventos cuja intenção é indeterminada	(895)	(4,1)	3,1
Complicações de assist. médica e cirúrgica	(1111)	(5,1)	4,5
Sequelas de causas externas	(330)	(1,5)	2,7
Fatores suplementares*	(430)	(2,0)	5,9

* relacionados com as causas de morbidade e de mortalidade classificadas em outra parte

Risco de morte por causas externas no Brasil

a. Risco de morte por causas externas segundo regiões

Em 2006, no Brasil, o risco de morte por causas externas foi de 67,8 mortes por 100 mil habitantes no Brasil (Tabela 4.3). As maiores taxas de mortalidade devido às causas externas (total: 77,8 por 100 mil hab.) e por ATT (26,1 por 100 mil hab.) foram observadas na região Centro-Oeste (Tabela 4.3). Por outro lado, as maiores taxas de mortalidade por homicídios foram verificadas nas regiões Nordeste e Norte, com 28,7 e 28,3 por 100 mil hab., respectivamente. A região Sul apresentou a maior taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas (7,5 por 100 mil hab.). Em todas as regiões do Brasil, o risco de morte por homicídios é maior que o risco de morte por ATT, exceto na região Sul, onde o inverso foi observado.

Tabela 4.3 Taxa padronizada de mortalidade (por 100 mil habitantes) por causas externas, segundo regiões do Brasil, 2006

Regiões	Causas externas	ATT*	Homicídios	Lesão autoprovocada
Norte	67,5	19,2	28,3	3,6
Nordeste	67,8	17,5	28,7	4,1
Centro-oeste	77,8	26,1	27,2	5,9
Sudeste	66,2	17,8	25,8	3,9
Sul	68,9	24,8	20,8	7,5
Brasil	67,8	19,4	26,0	4,6

* ATT: Acidentes de Transporte Terrestre.

b. Risco de morte por causas externas segundo períodos de análise

O risco de morte por causas externas no Brasil é composto principalmente pelas taxas de mortalidade por homicídios (26,0 mortes por 100 mil habitantes) e pelas taxas de mortalidade por ATT (19,4 mortes por 100 mil habitantes, Tabela 4.4).

Analisando as tendências temporais do risco de morte por causas externas, destaca-se que, de maneira geral, foi no período de 1988 e 1998 que se observaram os maiores incrementos desse indicador no Brasil, especialmente devido ao incremento da mortalidade por homicídios (Tabela 4.4). Por outro lado, é observada redução marcante (-65,1%) da taxa de mortalidade por causas mal definidas, em todo o período de análise (1988 a 2006), indicando simultânea melhoria de qualidade do sistema de mortalidade no Brasil (Tabela 4.4).

No período mais recente (1998 a 2006), o risco de morte por causas externas apresentou variação apenas discreta tanto em seu total, como para os homicídios, ATT e suicídios (Tabela 4.4). Os resultados indicam pequenos incrementos médios desse indicador, e decréscimos importantes em algumas subpopulações de análise (Tabela 4.4 e Figura 4.1).

Tabela 4.4 Taxas padronizadas de mortalidade (por 100 mil habitantes) a por causas externas, variação no período e razão de riscos (RR) dos homens em relação às mulheres, Brasil, 1988, 1998 e 2006

Taxas de mortalidade por 100 mil habitantes ^(a)	Ano do óbito			Variação (%)	
	1988	1998	2006	2006-1998	2006-1988
Por causas externas					
Total	72,3	72,6	67,8	-6,6	-6,2
Homens	121,0	123,9	116,3	-6,1	-3,9
Mulheres	25,4	23,5	21,4	-8,9	-15,7
RR	4,8	5,3	5,4	---	---
Por homicídios					
Total	17,3	25,4	26,0	2,4	50,3
Homens	32,3	40,2	48,6	20,9	50,5
Mulheres	2,9	4,1	4,1	0,0	41,4
RR	11,1	9,8	11,9	---	---
Por Acidentes de Transporte Terrestre					
Total	21,6	19,4	19,4	0,0	-10,2
Homens	34,5	31,6	32,5	2,8	-5,8
Mulheres	9,2	7,7	6,9	-10,4	-25,0
RR	3,8	4,1	4,7	---	---
Por suicídio					
Total	3,6	4,4	4,6	4,5	27,8
Homens	5,5	7,3	7,6	4,1	38,2
Mulheres	1,8	1,8	1,9	5,6	5,6
RR	3,1	4,1	4,0	-	-
Por causas mal definidas					
Total	131,5	93,9	45,9	-51,1	-65,1
Homens	158,0	112,1	57,3	-48,9	-63,7
Mulheres	107,8	77,7	35,9	-53,8	-66,7
RR	1,4	1,4	1,6	---	---

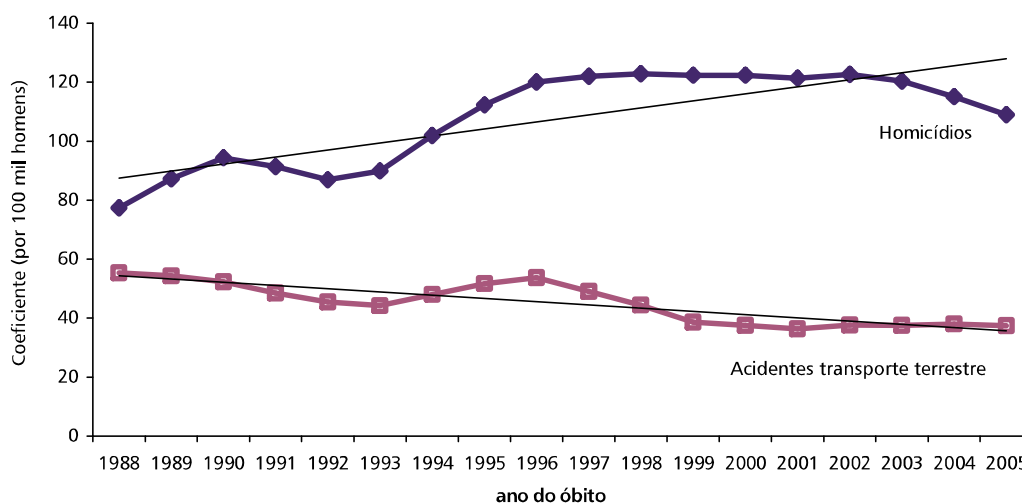
^(a) Taxas padronizadas pelo método direto, com uso da população do Brasil em 2000 (IBGE) como população padrão.

A análise das tendências da mortalidade por homicídios e AIT entre homens jovens (20 a 49 anos de idade) exemplifica os resultados apresentados anteriormente (Figura 4.1). Nessa análise, foram incluídos os dados apenas das capitais de Estados a fim de ganhar maior homogeneidade na qualidade da informação ao longo do período de análise e maior validade na comparação dos resultados. Observa-se tendência monotonicamente crescente do risco de morte por homicídios nesse grupo populacional desde o ano de 1981 (cerca de 56 óbitos por 100 mil habitantes – dados não apresentados) até o ano de 1996 (cerca

de 120 óbitos por 100 mil habitantes). Após 1996, certa estabilidade pode ser notada na magnitude desse indicador até o ano de 2003. Em anos mais recentes (2004-2006), o risco de morte por homicídios entre homens jovens parece iniciar uma tendência de queda.

Quanto à taxa de mortalidade por ATT, a tendência geral observada em todo o período foi de ligeira redução. Merece destaque o período de 1996 (cerca de 53,7 por 100 mil habitantes) a 1999 (cerca de 38,6 por 100 mil habitantes), quando queda acentuada pôde ser observada, seguida em anos mais recentes de estabilização na magnitude desse indicador (Figura 4.1).

Figura 4.1 Taxas de mortalidade (médias móveis trianuais) por homicídios e acidentes de transporte terrestre e respectivas tendências lineares, homens de 20 a 49 anos de idade, das capitais do Brasil, 1988-2006.



c. Risco de morte por causas externas, segundo sexo e idade

Quando comparados às mulheres, os homens apresentaram excesso de risco de morte por causas externas (total), homicídios, ATT e suicídios (Tabela 4.4). Os diferenciais dos riscos de morte entre homens e mulheres pelas diferentes causas externas, estimados pela razão de riscos (RR), já eram elevados em 1988, e ainda apresentaram aumentos importantes até os anos de 1998 e 2006.

Em 2006, os homens tiveram 5,4 vezes mais probabilidade de morrer por causas externas do que as mulheres. Tiveram ainda probabilidade 11,9 vezes maior de morrer por homicídios e 4,7 vezes maior de morrer por ATT do que as mulheres. Esse diferencial entre os sexos persiste, quando o risco de morte por suicídios é analisado (RR = 4,0). Foi observado ainda que os homens apresentaram risco de morte por causas mal definidas cerca de 60% maior do que o risco das mulheres (RR = 1,6), no ano de 2006 (Tabela 4.4).

Além disso, para todos os grupos de idade analisados, observa-se excesso de risco de morte devido a causas externas (total, homicídios e ATT) entre os homens, quando

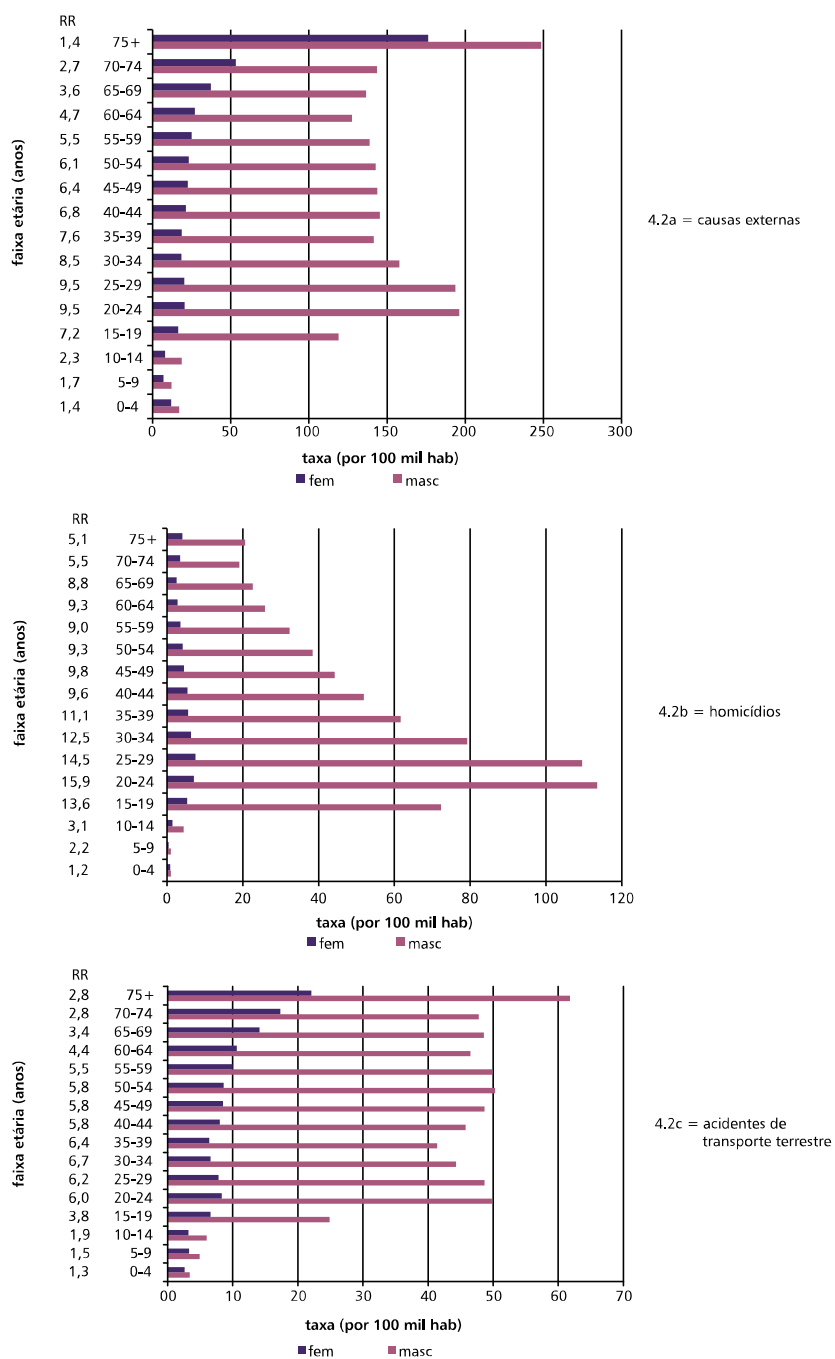
comparados às mulheres ($RR > 1$, Figura 4.2). A expressão maior dessa desigualdade entre homens e mulheres, está no risco de morte por homicídios entre pessoas de 15 a 39 anos de idade, quando o excesso de risco no sexo masculino ultrapassa 10 vezes o das mulheres. Por exemplo, o risco de morte de um homem de 20-24 anos de idade morrer devido a homicídio no Brasil, em 2006, foi 15,9 vezes maior do que o risco de uma mulher na mesma faixa etária.

O risco de morte devido a homicídios apresenta incremento abrupto para os grupos etários de adultos jovens, especialmente para homens, a partir da idade de 15-19 e de 20-24 anos de idade (Figura 4.2b). No entanto, a partir daí, esse risco cai gradativamente até as idades mais elevadas (70-75 anos de idade ou mais).

De maneira semelhante, o risco de morte devido a AIT apresenta incremento também abrupto nos grupos etários de 15-19 anos e de 20-24 anos de idade, especialmente para homens, e se mantém apenas com pequenas oscilações até a idade de 74 anos (Figura 4.2c). No grupo de 75 anos ou mais, novo incremento importante pode ser notado, principalmente entre os homens.

Em geral, merece destaque o grupo etário de 75 anos e mais para ambos os sexos, no qual o risco de morte por causas externas mostrou-se bastante elevado (Figura 4.2a). Contribuem para esse incremento não apenas o risco de morte por AIT (Figura 4.2c), mas também as demais causas externas (tais como as quedas – dados não apresentados).

Figura 4.2 Taxas (brutas) de mortalidade por causas externas (4.2a: Total, 4.2b: Homicídios, 4.2c: ATT) e razão de riscos (RR) comparando homens e mulheres, segundo idade, Brasil, 2006



Taxa de hospitalização no SUS por causas externas no Brasil

Foram analisados indicadores epidemiológicos selecionados de morbidade hospitalar por causas externas no Brasil, segundo regiões (Tabela 4.5), causa de hospitalização e sexo (Tabela 4.6).

No Brasil, a taxa de internação variou pouco no período estudado, partindo de 33,4 por 10 mil habitantes em 1998 a 35,5 por 10 mil habitantes em 2006, apresentando valor máximo de 36,4 por 10 mil habitantes em 2002 (Tabela 4.5). Semelhante ao observado nos anos anteriores, em 2006, a Região Norte foi a que apresentou a maior taxa de internação por causas externas (45,2 por 10 mil habitantes), seguida pelas Regiões Sul (42,3 por 10 mil habitantes) e Centro-Oeste (41,6 por 10 mil habitantes).

Tabela 4.5 Taxa de internação (por 10 mil habitantes) por causas externas, Brasil e regiões, 1998-2006.

Região de residência	Ano								
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Norte	44,6	47,9	45,9	44,5	42,2	42,1	44,2	43,9	45,2
Nordeste	28,3	33,0	32,6	32,4	31,0	31,7	31,3	31,4	32,0
Sudeste	32,8	34,7	33,5	32,3	33,1	33,3	33,0	33,0	32,6
Sul	36,9	40,4	41,0	40,7	43,4	41,0	43,9	42,7	42,3
Centro-oeste	33,0	36,2	39,3	43,0	56,4	46,6	41,8	43,0	41,6
Brasil	33,4	36,2	35,7	35,2	36,4	35,6	35,6	35,5	35,5

Comparando os anos de 1998 e de 2006, observa-se que a taxa de internação por lesões decorrentes de causas externas apresentou grande estabilidade, com incrementos apenas discretos nas regiões Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste (Tabela 4.5).

No Brasil, a taxa de internação por causas externas é composta principalmente pelas internações associadas a quedas (Tabelas 4.1, 4.5 e 4.6). As quedas, além de ter a maior magnitude entre as internações, também foram as causas de internação que mais contribuíram para o incremento do indicador analisado, no período de 1998 a 2006 (8,6%).

As taxas de internações devidas a tentativas de homicídios apresentaram apenas variações discretas no período de 1998 a 2006. Quanto às taxas de internações hospitalares devido a lesões auto provocadas e ATT, essas apresentaram, em geral, tendências de redução no período de 1998 a 2006.

Novamente, quando comparados às mulheres, os homens apresentaram maiores taxas de internações por causas externas, homicídios, ATT, suicídio e quedas, tanto no ano de 1998, quanto no ano de 2006 (Tabela 4.6). Essas diferenças entre homens e mulheres foram maiores quando comparadas as taxas de internação por tentativa de homicídio e por ATT, porém sem grandes oscilações no período de análise (ano de 2006 comparado ao ano de 1998).

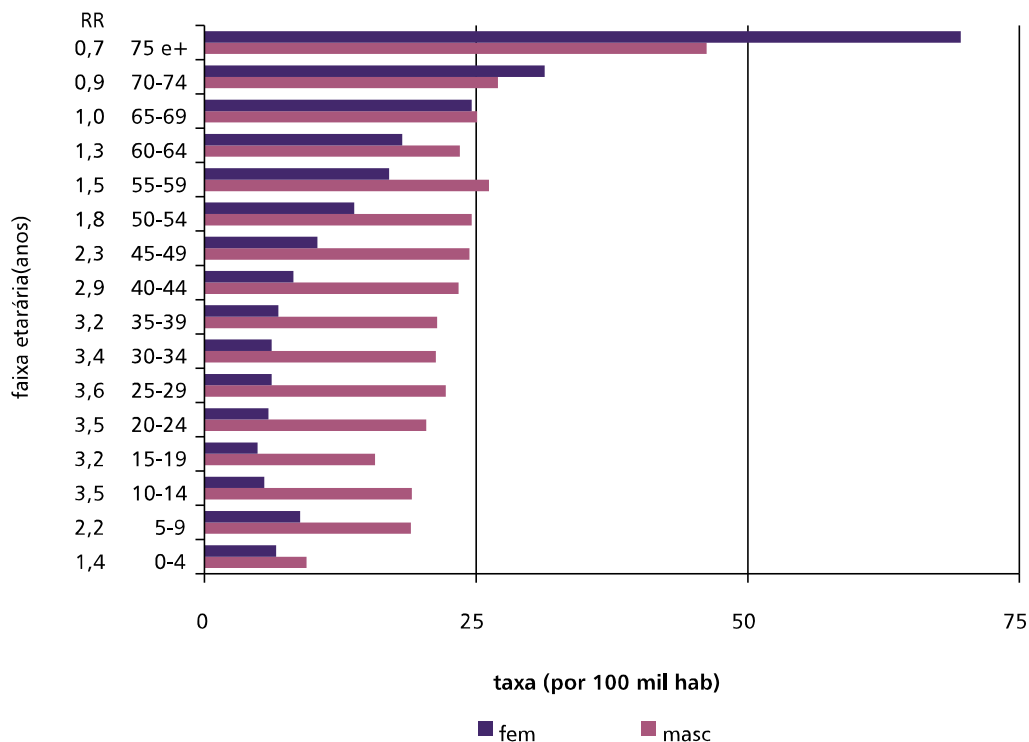
Tabela 4.6 Taxas de internação (por 10 mil habitantes) por causas externas, variação do período e razão de riscos (RR) dos homens em relação às mulheres, Brasil, 1998 e 2006

Taxas de internação por 10 mil habitantes ^(a)	1998	2006	2006-1998 variação (%)
Por causas externas			
Total	33,4	35,5	6,3
Homens	47,3	49,9	5,5
Mulheres	19,9	21,5	8,0
RR	2,4	2,3	---
Por tentativa de homicídio			
Total	2,0	2,1	5,0
Homens	3,3	3,3	0,0
Mulheres	0,7	0,8	14,3
RR	4,7	4,1	---
Por acidentes de transporte terrestre			
Total	5,3	4,7	-11,3
Homens	8,1	7,2	-11,1
Mulheres	2,6	2,2	-18,2
RR	3,1	3,3	---
Por lesão autoprovocada			
Total	0,5	0,4	-20,0
Homens	0,6	0,6	0,0
Mulheres	0,4	0,3	-25,0
RR	1,5	2,0	---
Por quedas			
Total	13,9	15,1	8,6
Homens	19,1	20,3	6,3
Mulheres	9,0	10,0	11,1
RR	2,1	2,0	---

^(a) taxa bruta de internação

Devido à relevância, foram analisadas em maior detalhe as taxas de internação por quedas, segundo grupos etários, no Brasil, no ano de 2006 (Figura 4.3). Observa-se que, comparadas aos homens, as mulheres apresentaram consistentemente as menores taxas de internação por quedas acidentais. Esse diferencial existe desde a infância (RR = 1,4), sendo, no entanto ampliado nos grupos etários de adolescentes e adultos jovens (10 a 39 anos de idade), quando os homens passam a ter uma probabilidade pelo menos 3 vezes maior de terem sido internados devido a quedas acidentais do que as mulheres. A partir do grupo etário de 65-69 anos, essa tendência se inverte, nos grupos de 70 a 74 anos de idade e de 75 anos e mais, as mulheres passam a apresentar maiores taxas de internação por quedas acidentais do que os homens (RR = 0,9 e 0,7 respectivamente).

Figura 4.3 Taxa de internações no Sistema Único de Saúde (por 10 mil habitantes), por quedas acidentais, segundo idade e sexo [e razão de riscos (RR) dos homens em relação às mulheres], Brasil, 2006



Contexto do Sistema Único de Saúde

É no setor saúde que se verificam muitos dos impactos causados pelos acidentes e pelas violências em uma população, incluindo as despesas com assistência médico-hospitalar, a carga das perdas precoces de vidas humanas, sequelas físicas e psicossociais e as demandas para a atenção e reabilitação da saúde.

Ao longo dos 20 anos de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde vem investindo esforços no sentido de aperfeiçoar o sistema de vigilância dos acidentes e violências e de garantir a atenção integral e reabilitação às pessoas que sofreram desses agravos. O MS também vem implementando ações de promoção da saúde, buscando diminuir as vulnerabilidades às violências e aos acidentes, além de fomentar ações de construção de uma cultura de paz no país.

O sistema de vigilância dos acidentes e violências no Brasil requer fluxo sistemático de dados válidos, reprodutíveis e oportunos, produção e disseminação de informações relevantes, avaliação de intervenções e tomada de decisão baseada nas evidências produzidas.

Como instrumentos de apoio a esse sistema de vigilância das causas externas no Brasil, têm sido aprimorados os sistemas nacionais de informação em saúde já existentes, tais como o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). Além disso, têm sido criados mecanismos de vigilância que complementam o conhecimento das diferentes faces da violência e acidentes do Brasil, e que permitam conhecer também as lesões de menor gravidade que não implicaram em mortes ou internações, mas que são responsáveis por grandes consequências sociais e demandas de atendimentos nos serviços de emergência e ambulatoriais. Para preencher essa lacuna, o Ministério da Saúde implantou, em 2006, a Rede de Serviços Sentinela de Vigilância de Violências e Acidentes (Rede Viva), estruturada em dois componentes, a saber:

- a. vigilância das violências doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais ou autoprovocadas. Esse componente cumpre às exigências legais de notificação compulsória da violência contra criança, adolescente, mulher e idoso;
- b. vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares, que visa à caracterização dos atendimentos de emergência por causas externas⁸.

No que se refere à atenção às pessoas que sofrem violências ou acidentes, o Ministério da Saúde incluiu, desde 2001, na sua agenda de prioridades, o enfrentamento das causas externas, mediante a formulação, pactuação e implantação de uma série de políticas. Estas estão voltadas principalmente para a prevenção desses eventos, para a atenção integral e reabilitação e para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde que atuem sobre os determinantes e condicionantes das violências e dos acidentes no país, incluindo nesse contexto, mais recentemente, o estímulo à cultura de paz em nossa sociedade (Tabela 4.7)⁹.

Tabela 4.7 Exemplos de políticas e iniciativas para o enfrentamento das violências e dos acidentes no contexto do Sistema Único de Saúde, Brasil, 2001 a 2008.

Ano de implantação	Iniciativa	Objetivos
2001	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências	Instituir os princípios e diretrizes para fomentar ações intersetoriais de prevenção das violências, de assistência às vítimas das causas externas e de promoção de hábitos e comportamentos seguros e saudáveis.
2002	Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito	Apoiar ações de prevenção e redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, através de ações de mobilização da sociedade para a mudança de comportamentos e hábitos e para o planejamento urbano. Um dos desdobramentos desse projeto é a qualificação dos sistemas de informação sobre lesões e mortes provocadas pelo trânsito e o georreferenciamento desses agravos (projeto Geotrans).
2003	Rede de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual	Organizar redes integradas e intersetoriais de atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.
2003/2006	Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito e Projeto Geotrans	Apoiar ações de prevenção da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito, priorizando o planejamento urbano; Georreferenciar os acidentes de trânsito em capitais brasileiras selecionadas.
2004	Criação da Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde	Implantar Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, com o objetivo de articular e facilitar redes de atenção e proteção às pessoas em situação de violências ou que sofreram acidentes através de ações intersetoriais, interinstitucionais e interdisciplinares (uma das estratégias para a implementação da “Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências”).
2004	Política Nacional de Atenção às Urgências	Implantar a Política Nacional de Atenção às Urgências, incluindo o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu).
2004	Saúde Brasil	Publicar, anualmente, uma análise da situação das causas externas no Brasil
2005/2007	Agenda Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências.	Definir prioridades e metas de vigilância e prevenção das violências e acidentes e de ações de intervenção e promoção da saúde a serem pactuadas e efetivadas pelos três níveis de gestão do SUS.
2006	Política Nacional de Promoção da Saúde	Contribuir com ações efetivas para o enfrentamento das violências e dos acidentes objetivando a promoção da qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde relativos aos seus determinantes e condicionantes.
2006	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva)	Estruturar a Vigilância de Violências e Acidentes (causas externas); implantar a notificação/investigação da violência doméstica, sexual e/ou outras violências (interpessoais e autoprovocadas) e a vigilância de violências e acidentes em serviços sentinela de urgência e emergência hospitalar.
2006	Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio	Prevenir suicídios e tentativas de suicídio mediante um trabalho articulado e integrado entre os profissionais de saúde e de outros setores. Orientar profissionais das equipes de saúde mental na prevenção e atenção às pessoas que tentaram suicídio e seus familiares; orientar profissionais da comunicação social e mídia; implementar a vigilância e atuar sobre fatores de risco.
2007	Educação a Distância (EAD): “Impactos da Violência na Saúde”	Capacitar gestores e técnicos de secretarias estaduais e municipais de saúde para o enfrentamento das violências a partir de ações de vigilância, prevenção, atenção e promoção da saúde (parceria com o Claves da ENSP/Fiocruz).

Continua

Ano de implantação	Iniciativa	Objetivos
2008/2009	Notificação/Investigação de Violências Doméstica, Sexual e/ou outras Violências no sistema Sinan net	Implantar a Ficha de Notificação e Investigação de Violências no Sinan net que tem como objetivo conhecer a magnitude e gravidade das violências, assim como também ser um dispositivo de garantia de direitos, de atenção e proteção social às pessoas em situação de violências (estratégia facilitadora da consolidação do Viva).
2008/2010	Pacto pela Vida	Prevenir violências e acidentes através de pactuações feitas com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde tendo como prioridades a implantação da notificação e investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, das redes de atenção às pessoas em situação de violências e dos Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde.
2008/2011	Mais Saúde	Uma das várias prioridades do “Mais Saúde” é prevenir as lesões e mortes provocadas pelo trânsito a partir de estratégias intersetoriais articuladas com os órgãos de trânsito e com a sociedade civil.
2009/2010	Plano Emergencial de Combate ao uso nocivo de Álcool e Drogas (Pead)	Ampliar o acesso às ações de prevenção e tratamento do uso nocivo de álcool e outras drogas na rede de atenção e saúde mental do SUS (até 2010). Sabe-se que o álcool e as drogas são fatores de risco para as violências, portanto, esse plano é mais uma das estratégias do MS para intervir sobre esse grave problema de saúde pública.

O Sistema de Vigilância em Saúde e as demais políticas do Ministério da Saúde relacionadas ao enfrentamento da morbidade e mortalidade por causas externas no Brasil vêm sendo aprimorados e institucionalizados, com base em um conjunto de atos legais e normativos, tais como:

- Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975 – Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica no âmbito do Sistema de Saúde;
- Lei nº 8.069 (Estatuto da Criança e do Adolescente), de 13 de julho de 1990 – Em seu artigo 13, determina que todo caso suspeito ou confirmado de violência contra crianças e adolescentes é de notificação obrigatória (Notificação de violências e maus tratos contra crianças e adolescente);
- Portaria GM/MS nº 737, de 16 de maio de 2001 – Dispõe sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências;
- Portaria GM/MS nº 1.968, de 25 de outubro de 2001 – Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do SUS;
- Portaria GM/MS nº 344/2002, de 19 de fevereiro de 2002 – Dispõe sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito;
- Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso) – Prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória (Notificação de violências contra idosos);
- Lei nº 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 privada (Notificação de violências contra mulheres);

- Portaria GM/MS nº 777, de 28 de abril de 2004 – Notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador, como os acidentes de trabalho, em rede de serviços sentinela, específica do SUS;
- Portaria GM/MS nº 936, de 18 de maio de 2004 – Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde;
- Decreto Presidencial nº 5.099, de 03 de junho de 2004 – Regulamenta a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência sentinela. Este decreto, em seu artigo 1º informa: “*Ficam instituídos os serviços de referência sentinela, aos quais serão notificados compulsoriamente os casos de violência contra a mulher*”;
- Portaria GM/MS nº 2.406, de 05 de novembro de 2004 – Institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher e aprova instrumento e fluxo para notificação;
- Portaria GM/MS nº 687 de 30/06/2006 – institui a Política Nacional de Promoção da Saúde, que inclui dentre seus objetivos a redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, a redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito e a prevenção da violência e estímulo à cultura de paz;
- Portaria GM/MS nº 1876, de 14 de agosto de 2006 – Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas.
- Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha) – Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.

Exemplos de políticas intra e intersetoriais

Código de Trânsito Brasileiro (1998)

A Lei nº 9.503/1997 (Lei Ordinária) 23/09/1997, instituiu o Código de Trânsito Brasileiro (CTB), que entrou em vigor em janeiro de 1998. A análise da mortalidade por causa referente a ATT demonstra uma redução da taxa de mortalidade por essa causa em período coincidente com a implantação do CTB (Figura 4.1). Além disso, vários estudos têm apontado evidências que associam queda da mortalidade por ATT à implantação do CTB no Brasil. Um estudo sobre a mortalidade por ATT entre homens jovens das capitais das Regiões Norte e Centro-Oeste do Brasil, no período de 1980 a 2005, identificou redução média de 10,9 óbitos por 100 mil homens após a implantação desse código em 1998, ainda que controlado o efeito da tendência anual média¹⁰. Outros estudos também têm apresentado evidências que sustentam a plausibilidade de impacto do CTB na morbimortalidade por ATT no Brasil¹¹⁻¹⁴. Após a implantação do CTB deve ser destacado a criação do Conselho Nacional de Trânsito e a “Política Nacional de Trânsito (PNT)”. Além

disso, em 2007, foi criado o “Comitê Nacional de Mobilização pela Saúde, Segurança e Paz no Trânsito”, que teve o Ministério da Saúde (MS) como grande protagonista de sua criação e possui representação governamental e da sociedade civil e está sob a coordenação do Departamento Nacional de Trânsito (Denatran) do Ministério das Cidades (MCid).

Política Nacional de Atenção às Urgências (2003)

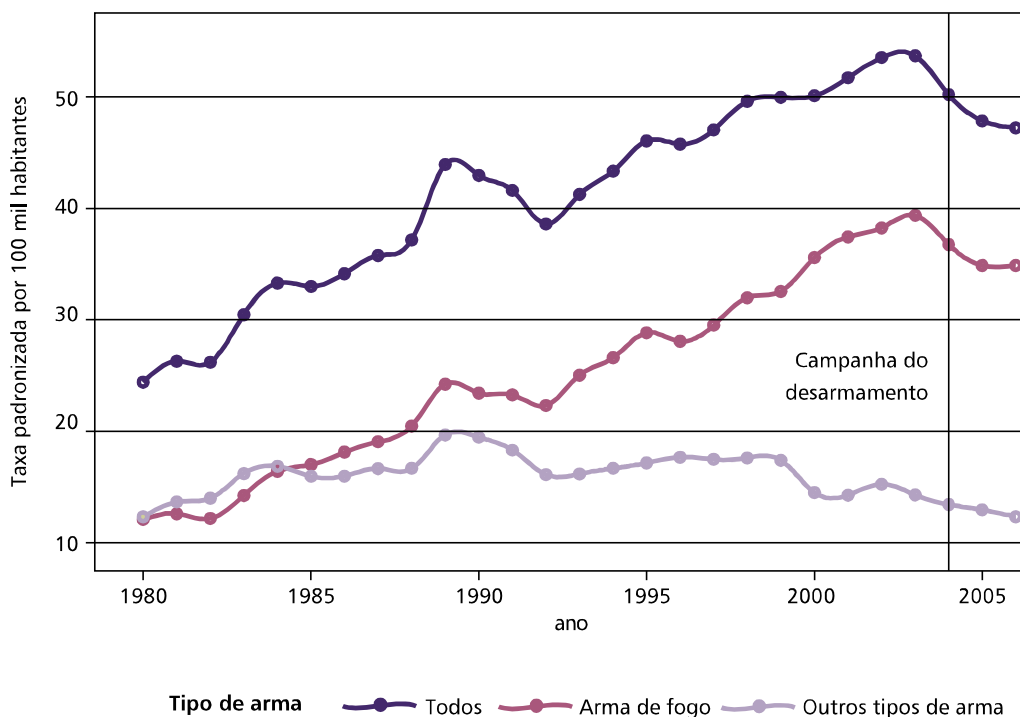
Em 2003, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências como prioridade nacional, incluindo diretrizes para o Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, Atendimento Pré-Hospitalar Fixo e Móvel, Atendimento Hospitalar, Transferências e Transporte Inter-Hospitalar e Núcleos de Educação em Urgências. Um dos principais componentes dessa política é o seu componente pré-hospitalar móvel – “Samu”, instituído pela Portaria GM/MS nº 1864 de setembro de 2003¹⁵. Atualmente, esse componente conta com 145 serviços habilitados pelo Ministério da Saúde, cobrindo uma população de 100.321.950 habitantes, estando presente em 1.183 municípios¹⁵. Particularmente, as consequências das causas externas são eventos tempo-dependentes. Dessa forma, o efeito esperado do Samu é na redução do tempo médio de resposta entre a chamada telefônica e o primeiro atendimento adequado e qualificado e a chegada até a unidade hospitalar de referência, o que deve ter consequências positivas na prevenção de morbidades, mortalidade e sequelas causadas por urgências/emergências médicas.

Estatuto do Desarmamento (2003)

O Estatuto do Desarmamento foi publicado em 22 de dezembro de 2003 (Lei nº 10.826). Esse estatuto dispõe sobre registro, posse e comercialização de armas de fogo e munição, sobre o Sistema Nacional de Armas (Sinarm), define crimes e dá outras providências. Em 2004, como uma das estratégias para a prevenção das lesões e mortes provocadas por armas de fogo, realizou-se, sob a coordenação do Ministério da Justiça, a “Campanha do Desarmamento”.

O Ministério da Saúde, em 2007, analisou a decomposição e a tendência da taxa de mortalidade por homicídios entre homens no Brasil¹⁶. Observou-se que a principal causa de morte nesse grupo de causas corresponde aos homicídios envolvendo armas de fogo (Figura 4.4). Além disso, a taxa de mortalidade por homicídios envolvendo armas de fogo, após apresentar incremento constante no período de 1980 a 2002, demonstra queda a partir de 2004, coincidente com a implantação do estatuto do desarmamento (Figura 4.4). Interessante também é notar que para as taxas de mortalidade por homicídios envolvendo outros tipos de instrumentos de agressão (exceto armas de fogo) contra homens, apresentou tendência marcadamente diferenciada com redução muito mais precoce no período, principalmente a partir do início da década de 1990 (Figura 4.4). Comportamento semelhante, porém em menor escala, foi também descrito para as mulheres (dados não apresentados).

Figura 4.4 Tendências das taxas de mortalidade padronizadas por homicídios entre homens, segundo tipo de arma, Brasil, 1980 a 2006.



Fonte: Ministério da Saúde. Saúde Brasil, 2007

Marinho e colaboradores (2007), também analisaram as taxas de mortalidade e de internações no Brasil. Em 2004, pela primeira vez em mais de uma década, não apenas a taxa de mortalidade, mas também as taxas de internações devidas a agressões envolvendo armas de fogo reduziram em 8% e 4,6%, respectivamente, em comparação com o ano de 2003¹⁷.

Essas são evidências que apontam para um possível impacto do Estatuto do Desarmamento no Brasil, que merece acompanhamentos futuros.

“Lei Seca” (2008)

A Lei nº 11.705, aprovada em 19 de junho de 2008, altera o Código de Trânsito Brasileiro, proibindo consumo de bebida alcoólica por condutores de veículos e estabelece o grau zero de alcoolemia permitida, imputando importantes penalidades para o condutor que dirigir sob influência do álcool. Essa lei foi resultado de articulações de vários setores, incluindo o setor saúde, e da sociedade civil junto ao legislativo no sentido de garantir a implementação de leis protetoras da vida a partir de evidências científicas. Com essa lei, o motorista alcoolizado que provoca algum tipo de acidente de trânsito responde por lesão corporal ou homicídio doloso (com intenção de matar), que antes era considerado

homicídio culposo (sem intenção de matar). A lei também proíbe a venda de bebidas alcoólicas nas rodovias federais, exceto nas áreas urbanas das cidades, com objetivo de dificultar o acesso a esse tipo de bebida e reduzir a ocorrência de acidentes de trânsito.

Entre 20 de junho e 20 de novembro de 2008, ocorreram 2.828 prisões por embriaguez ao volante e 2.486 autuações pelo etilômetro. No total, 5.314 condutores foram autuados com base na Lei Seca. Espera-se que essa medida tenha impacto direto na redução da morbidade e mortalidade associada aos ATT no Brasil, assim como possíveis ganhos indiretos, como, por exemplo, a redução da violência urbana. Estudos futuros devem produzir evidências conclusivas sobre esse impacto.

Discussão

Ao longo dos 20 anos do SUS, grandes avanços foram notados no que se refere à formulação e implantação de políticas públicas com protagonismo ou colaboração do setor saúde, para o enfrentamento dos determinantes, dos condicionantes e das consequências das causas externas no Brasil. O Sistema de Vigilância foi aprimorado e novos instrumentos foram criados para dar conta do monitoramento de toda a amplitude do problema, no que tange o setor saúde. Foram abordadas diferentes faces da violência, seja interpessoal, autoinfligida ou evento acidental, e suas diversas consequências para a saúde, com a notificação e análise das características das vítimas não-fatais e fatais. Nesse sentido, esse capítulo destacou a importância de ampliar o conhecimento sobre a magnitude e a gravidade das violências – incluindo as lesões que não levam às internações ou ao óbito – e de revelar a violência doméstica e sexual, por meio da notificação dos casos de violência doméstica e sexual, seja contra mulheres ou homens, independente da faixa etária. Buscando conhecer melhor esse fenômeno, o MS implantou, em 2006, a “Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva)” em serviços de referência para violências e serviços de urgência e emergência hospitalar. Além disso, políticas específicas direcionadas a melhorar a cobertura e qualidade da atenção a essas pessoas que sofreram violências ou acidentes foram também implantadas e/ou fomentadas, no âmbito dos municípios, estados e união. São exemplos, as políticas nacionais de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, de Atenção às Urgências, de Promoção da Saúde, além da implementação das Redes de Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde e de Atenção Integral às Mulheres e Adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.

Essas iniciativas representam respostas institucionais a uma situação epidemiológica alarmante dos agravos externos no Brasil. Em 2006, foram notificadas 662.653 internações hospitalares no SUS e 128.388 óbitos por causas externas. Esses eventos indicam um risco de morte por causas externas na população brasileira de 67,8 mortes por 100 mil habitantes em 2006 (homicídios = 26,0 mortes por 100 mil habitantes e ATT = 19,4 mortes por 100 mil habitantes). Deve-se destacar, ainda, que as estatísticas disponíveis sobre as causas externas no Brasil, a despeito dos avanços recentes, representam apenas

uma pequena parte de um problema ainda maior. Os acidentes e as violências não fatais e aqueles que não demandam hospitalização, tais como as violências domésticas e sexuais, permanecem ainda subnotificados, respondem pela parte menos visível do problema e numericamente mais significativa.

Dentre as causas externas, as quedas são identificadas como a principal causa de hospitalização em anos recentes no Brasil, com tendência ascendente, atingindo homens e mulheres em idades mais avançadas e homens adultos jovens. Com a transição demográfica por que passa o país, observa-se um aumento na proporção de pessoas idosas na população. Como consequência, a média de idade da população também aumentou ao longo dos anos de análise, assim como a representatividade dos “idosos mais idosos”. Esse fenômeno demográfico pode ser, pelo menos parcialmente, responsável pelo incremento da proporção de pessoas idosas vítimas de quedas e que demanda internações, denunciando um importante problema de saúde pública. Além disso, deve ser lembrado que as taxas de internações devidas a quedas podem estar sujeitas a erros de notificação, como identificado por Monteiro (2008). Por exemplo, por não haver auditoria acerca do tipo de evento, quedas de motos e de bicicletas, podem ser erroneamente notificadas como “quedas acidentais” e não como ATT¹⁸.

Na literatura são descritos como fatores associados às quedas aqueles ligados ao ambiente doméstico e urbano, e os efeitos medicamentosos ou referentes ao cuidado de longo prazo da pessoa idosa com problemas crônicos de saúde¹⁹. Além disso, o fato das mulheres idosas serem as mais afetadas pelas quedas que levaram a internações pode ser consequência da maior suscetibilidade das mulheres à osteoporose, uma condição que provoca fragilidade óssea e, portanto, sequelas mais graves das quedas. Esses eventos podem comprometer parcialmente ou definitivamente a autonomia da pessoa idosa e sua qualidade de vida, gerando impacto importante nos gastos financeiros do SUS e das famílias envolvidas.

Como mencionado, a Rede de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes (Rede Viva) avança no sentido de melhorar o conhecimento dessa questão de saúde pública, também identificando as quedas atendidas em emergências que não demandaram internações, mostrando que elas são responsáveis por cerca de 40% de todos os acidentes, com destaque para as crianças e pessoas idosas.

Em relação aos homicídios, destaca-se o fato deste ser a principal causa de óbito por causas externas no Brasil, com tendência ascendente na série histórica analisada. Além disso, essa causa de morte atinge especialmente homens jovens, com grande impacto na expectativa de vida da população brasileira e enorme ônus social. Destaca-se a comparação das tendências das taxas de mortalidade por homicídios e das taxas de hospitalizações no SUS por tentativas de homicídios, no Brasil, em anos recentes. Enquanto que as taxas de hospitalizações por essas causas são virtualmente estáveis (2,0 internações por 10 mil habitantes em 1998 e 2,1 por 10 mil habitantes em 2006), em anos recentes, as taxas de mortalidade por homicídios apresentaram tendência ascendente, tanto para homens, quanto para mulheres, no mesmo período. Esse fato levanta a hipótese de que a capaci-

dade de produzir vítimas fatais imediatas nas tentativas de homicídios no Brasil em anos recentes é maior do que no passado, pois não se observou incremento concorrente nas taxas de hospitalização com o aumento de ocorrências dessa natureza. Isso pode estar associado ao uso de armas de maior calibre e mais letais.

O enfrentamento da crescente mortalidade por homicídios no Brasil e dos determinantes da violência em geral, demanda políticas intersetoriais que transcendem ao setor saúde. O SUS tem apoiado várias políticas, legislações e programas que visam equacionar esse problema complexo. Foram destacadas nesse capítulo a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, o CTB, o Estatuto do Desarmamento, e a “Lei Seca”. No entanto, as iniciativas da sociedade e dos governos no sentido de enfrentar as violências no Brasil não se extinguem naquelas descritas no presente artigo. Merecem destaque o Estatuto da Criança e do Adolescente, a Lei nº 10.778/2003 de Notificação de Violências contra mulheres, o Estatuto do idoso e o Programa Nacional de Segurança com Cidadania (Pronasci). Essas são estratégias importantes que marcaram esses 20 anos de SUS apontando para a prioridade, dada pela sociedade, a essa questão.

Existem evidências que apontam para possíveis impactos positivos de algumas dessas políticas na magnitude e gravidade das violências no Brasil. Esse é o caso do Estatuto do Desarmamento (2003), cuja implantação coincide com uma reversão na tendência ascendente das taxas de homicídio por meio de armas de fogo no Brasil.

Além disso, a alteração do CTB em 2008, com a introdução da “Lei Seca”, apesar de mais diretamente relacionada à prevenção da ocorrência de ATT e da morte por essa causa, também parece ter interferido na mortalidade por homicídios. Isso se deve ao impacto nos homicídios relacionados às desavenças no trânsito, seja pelo maior rigor na criminalização do óbito ocorrido devido a acidentes envolvendo motoristas que ingeriram bebidas alcoólicas, seja pela repressão desse tipo de comportamento e redução de brigas de trânsito que tenham o álcool como um fator agravante.

Nesse sentido, também o Estatuto do Desarmamento concorre para esse efeito, retirando desse cenário das desavenças fúteis de trânsito, o acesso às armas de fogo, e a maior potencialidade para a produção de homicídios nesse contexto. Destaca-se também que esse estatuto tem potencial para contribuir para a redução dos suicídios por armas de fogo, além de efeito sobre a redução das mortes decorrentes da violência doméstica. No entanto, a pouca produção científica e o número reduzido de estudos voltados para a avaliação sistemática da efetividade de políticas públicas na redução dos homicídios no Brasil, apontam para a necessidade de maior atenção e fomento para projetos com esse foco.

Os ATT são a segunda mais importante causa de internação e de óbito por causas externas no Brasil em anos recentes, atingindo principalmente homens a partir de 15 anos de idade. Diferente da mortalidade por homicídio, observam-se pequenas variações da taxa de mortalidade por ATT no período de 1998 a 2006, tanto para os homens (com incremento de 2,8%) como para as mulheres (com redução de 10,4%). Já para as taxas de internações por ATT no SUS, observam-se consistentemente quedas desse indicador entre homens (-11,1%) e mulheres (-18,2%), no mesmo período. Também no caso do risco de

morbidade e mortalidade decorrente dos ATT, várias políticas nacionais abordaram esse tema, tanto a partir do protagonismo do setor saúde, como a partir da ação prioritária do Departamento Nacional de Trânsito, Ministério das Cidades. Nesse sentido, esse capítulo destacou a criação e implantação do novo CTB em 1998, a política Nacional de Atenção as Urgências (2003) e a “Lei Seca”.

Vários estudos têm mostrado a redução das mortes e outras consequências dos ATT de forma coincidente com a implantação do CTB no Brasil. No entanto, o possível impacto na mortalidade por ATT parece ter grande variação entre as regiões do Brasil, e gradativa redução desse efeito em anos mais recentes, o que merece atenção. Estudos ainda merecem ser realizados a fim de entender melhor esses achados sobre o CTB, assim como investigar o impacto que a expansão dos serviços de resgate tem proporcionado às populações brasileiras. Revisão sistemática da literatura sobre avaliações realizadas nos Estados Unidos, conclui que existe forte evidência de que reduzir o limite de concentração sanguínea de álcool considerado ilegal é efetivo para reduzir ATT, ferimentos e mortes associadas ao uso de álcool por motoristas de veículos²⁰.

Conclusões

A análise da situação das internações e da mortalidade por causas externas no Brasil aponta um cenário dramático. As quedas e os ATT são as principais causas de internações por causas externas. As taxas de mortalidade devido a ATT e homicídios são elevadas. Consequências relevantes para a expectativa de vida e autonomia dos cidadãos, assim como para o financiamento do setor saúde, podem ser antecipadas. No entanto, um conjunto de indicadores aponta para certa melhoria recente nas tendências desses eventos, como, por exemplo: estabilização (com ligeira tendência de decréscimo) do risco de morte por ATT e decréscimo recente da taxa de mortalidade por homicídios, em especial daqueles vinculados às armas de fogo. Ao longo dos 20 anos do SUS, grandes avanços puderam ser notados no que se refere à formulação e implantação de políticas públicas com protagonismo ou colaboração do setor saúde, para o enfrentamento dos determinantes, dos condicionantes e das consequências das causas externas no Brasil. Apesar de alguns indícios de impacto já descritos, outros estudos são necessários para monitorar esses impactos na prevenção da morbimortalidade por causas externas no Brasil.

Referências

- 1 Omran AR. The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem Fund Q.* 1971;29:509-38.
- 2 Frenk J, Frejka T, Bobadilla JL. La transición epidemiológica en América Latina. *Bol Oficina Sanit Panam.* 1991;111:485-96.

- 3 Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc saúde colet* 2004;9(4):897-908.
- 4 Luna EJA. A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2002;5(3):229-43.
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 737. Institui a política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. *Diário Oficial da União* 2001, 18 maio 2001
- 7 World Health Organization. *World report on violence and health*. Geneva: WHO; 2002
- 8 Gawryszewski VP, Silva MMA, Malta DC, Mascarenhas MDM, Costa VC, Matos SG. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11(supl. 1):1269-78.
- 9 Malta DC, Silva MMA, Mascarenhas MDM, Souza MFM, Morais Neto OL, Costa VC. A vigilância e prevenção de violências e acidentes no Sistema Único de Saúde: uma política em construção. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2007;39:82-92.
- 10 Duarte EC, Tauil PL, Duarte E, Sousa MC, Monteiro, RA. Mortalidade por acidentes de transporte terrestre e homicídios em homens jovens das capitais das Regiões Norte e Centro-Oeste do Brasil, 1980-2005. *Epidemiol Serv Saúde*. 2008;17(1):7-20.
- 11 Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil, 2004: uma análise da situação de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004
- 12 Poli de Figueiredo LF, Rasslan S, Bruscin V, Cruz R, Rocha e Silva M. Increase in fines and driver licence withdrawal have effectively reduced immediate deaths from trauma on Brazilian roads: first-year report on the new traffic code. *Injury*. 2001;32(2):91-4.
- 13 Liberatti CLB, Andrade SM, Soares DA. The new Brazilian traffic code and some characteristics of victims in southern Brazil. *Injury Prevention*. 2001;7:190-3.
- 14 Amatuzzi MM, Azze RJ, Montenegro NB. Retrospective study of traffic accident victims: incidence after the new National Traffic Code implantation. *Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo*. 1998;53(6):299-2302.
- 15 Vescia-Alves C, Mello de Castro C, Dutra K. O Samu 192 no cenário das urgências: desafios da Política Nacional de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde no Brasil. In: Brasil, Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- 16 Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil, 2007: perfil de mortalidade do brasileiro*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- 17 Souza MFM et al. Reductions in firearm-related mortality and hospitalizations in Brazil after gun control. *Faculty of Medicine, University of São Paulo, SP, Brazil. Health Aff (Millwood)*. 2007;26(2):575-84.
- 18 Monteiro RA. Hospitalizações por causas externas, na região de Ribeirão Preto, SP, em 2005: análise epidemiológica descritiva e avaliação da qualidade dos registros em hospitais selecionados. Ribeirão Preto: USP; 2008.
- 19 Stevens JA, Hasbrouck LM, Durant TM, Dellinger AM, Batabyal PK, Crosby AE, et al. Surveillance for injuries and violence among older adults. *MMWR CDC Surveill Summ*. 1999;48(8):27-50.
- 20 Fell JC, Voas RB. The effectiveness of reducing illegal blood alcohol concentration (BAC) limits for driving: evidence for lowering the limit to. *J Safety Res*. 2006;37(3):233-43.