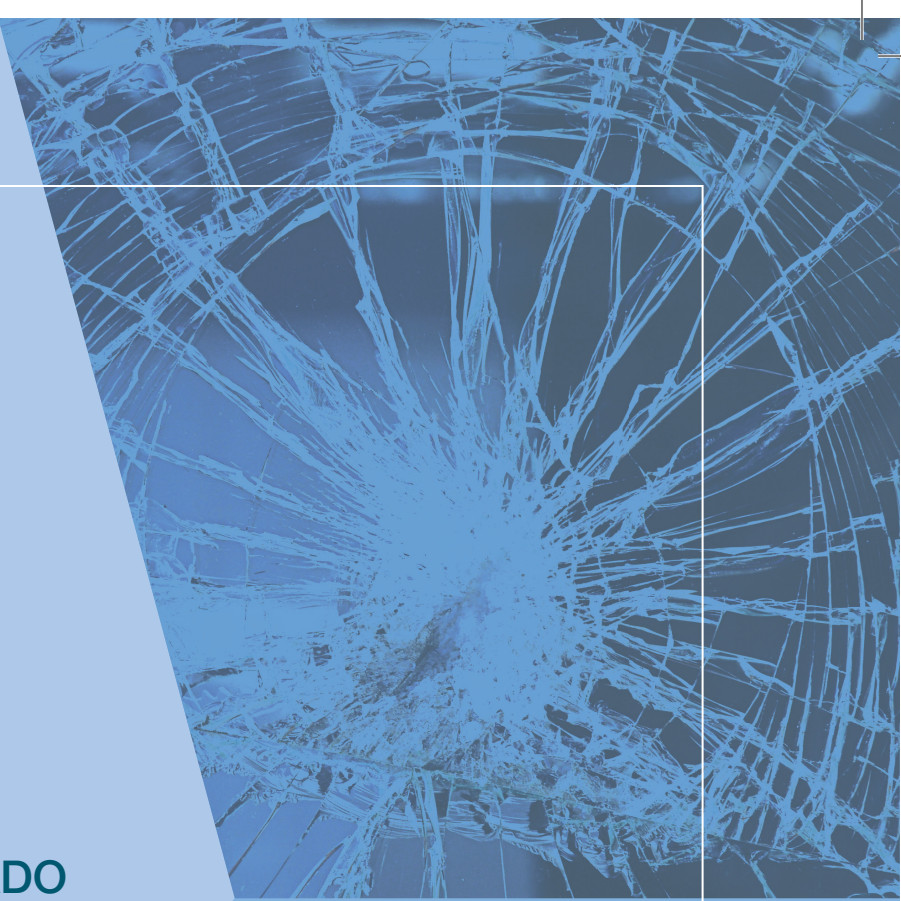




**SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE DO PARANÁ**

Superintendência de
Vigilância em Saúde

**CADERNO TEMÁTICO
DE VIGILÂNCIA
DE VIOLÊNCIAS
E ACIDENTES NO PARANÁ**



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

Superintendência de Vigilância em Saúde

**CADERNO TEMÁTICO DE VIGILÂNCIA DE
VIOLÊNCIAS E ACIDENTES NO PARANÁ**

Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

1ª Edição
Curitiba – 2014

GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ

Beto Richa

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

Michele Caputo Neto

DIRETOR GERAL

René José Moreira dos Santos

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – SVS

Sezifredo Paulo Alves Paz

CHEFE DO CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA

Cleide Aparecida de Oliveira

CHEFE DA DIVISÃO DA VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS – DVDNT

Alice Eugênia Tisserant

©2014. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.

Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

Rua Piquiri, 170 – Rebouças

CEP: 80.230-140

Tel. (41) 3330-4545 / (41) 3330-4300

www.saude.pr.gov

Tiragem: 1500 exemplares

Catálogo na fonte: SESA/ESPP/BIBLIOTECA

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.
Superintendência de Vigilância em Saúde.

Caderno temático de vigilância de violências e
acidentes no Paraná. – Curitiba: SESA/SVS, 2014.

146 p.

ISBN:978-85-66800-02-9

1. Vigilância em saúde. 2. Vigilância epidemiológica.
3. Violência em saúde. 4. Acidentes. I. Título.

CDD: 363.3

EQUIPE TÉCNICA DE ELABORAÇÃO

ORGANIZAÇÃO DO CADERNO

Terezinha Maria Mafioletti
Emerson Luiz Peres

AUTORES(AS) DOS ARTIGOS

Aida Maris Peres
Alaerte Leandro Martins
Alcides Augusto Souto de Oliveira
Alice Eugênia Tisserant
Amélia Cristina Dalazuana Souza Rosa
Beatriz Tambosi
Cidete Maria Chiapetti Casaril
Cleide Aparecida de Oliveira
Emerson Luiz Peres
Érica Ferreira da Silva
José Carlos de Abreu
Liliane Barbosa Correa
Márcia Rocha Saad
Marcos Serafim Furtado
Maria Fernanda Ferreira
Maria José Scheller
Maria Helena Carlessi Zanette
Marly Ungareti
Nanci Ferreira Pinto
Schirley Terezinha Follador Scremin
Telma Elaine Alves Rosa
Terezinha Maria Mafioletti
Vera Lúcia Alves de Oliveira
Viviane Pellanda

SUMÁRIO

Apresentação	07
Introdução	08

PARTE I – Epidemiologia de Violências e Acidentes: alguns dados de morbimortalidade

■ Artigo 1	
Vigilância de Violências e Acidentes no Paraná: Perfil Epidemiológico da Morbimortalidade por Causas Externas	13
■ Artigo 2	
A Notificação de Casos de Violência Doméstica e Sexual Contra a Mulher no Paraná: Um Panorama dos Dados do SINAN-NET – Período de 2010 a 2012	35
■ Artigo 3	
A Notificação de Casos de Violência Doméstica e Sexual Contra a Criança e o Adolescente no Paraná: Um Panorama dos Dados do SINAN-NET – Período de 2010 a 2012	47
■ Artigo 4	
Violência contra a Pessoa Idosa: Uma Perspectiva no Estado do Paraná	63
■ Artigo 5	
Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinelas de Urgência e Emergência em Curitiba – Inquérito VIVA 2011	77
■ Artigo 6	
Vigilância de Acidentes Graves e Fatais relacionados ao Trabalho no Paraná	87

PARTE II – Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes: alguns relatos de experiências

■ Artigo 7	
Projeto Vida no Trânsito: Acidentes de Trânsito com Vítimas Fatais na Cidade de Curitiba (1º Semestre 2012)	101
■ Artigo 8	
Articulando Estratégias para Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito no Município de Cascavel/PR	111
■ Artigo 9	
Implantação da Ficha de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências na 9º Regional de Saúde – Foz do Iguaçu/PR: Relato de Experiência	121
■ Artigo 10	
Mortes Maternas e Violências no Paraná	129
■ Artigo 11	
Rede de Atenção às Mulheres em Situação de Violência na Região Metropolitana de Curitiba/PR: Relato de Experiência	137

APRESENTAÇÃO

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) já destacava em 1993 que, pelo número de vítimas e a magnitude das sequelas orgânicas e emocionais que produz, a violência adquire um caráter endêmico e converte-se em problema de saúde pública em vários países. Em todo o Brasil, as causas externas causam forte impacto sobre as taxas de morbimortalidade com importantes repercussões econômicas e organizacionais ao SUS. Constituem-se na terceira causa de morte, exercendo enorme pressão sobre os serviços de saúde, especialmente os de urgência, de atenção especializada, reabilitação física e psicológica.

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR), reconhecendo a violência como um dos problemas prioritários para a saúde pública do estado, propõe em seu mapa estratégico a redução da mortalidade por causas externas e o desenvolvimento de um programa de enfrentamento às violências no estado articulado com outras áreas de governo.

A SESA-PR vem atuando de forma importante na construção e implementação de políticas públicas em saúde, considerando a intersetorialidade que permeia o tema, para impactar sobre o quadro de morbimortalidade das violências e acidentes no Estado do Paraná. Exemplo disso é a articulação das Redes de Atenção em Saúde, como a Rede de Saúde Mental, a Rede Paraná Urgência, o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS) e o Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde no Paraná (VIGIASUS); além do incentivo financeiro para a estruturação de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde nos municípios do Paraná, a proposta de criação do *Núcleo Estadual Intersetorial de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e da Cultura da Paz* e da implementação da notificação compulsória pelos serviços de saúde e em instituições parceiras da rede de proteção social.

Esta publicação apresenta um conjunto de relatos de experiências de equipes de saúde do nível municipal, regional e estadual, com análises epidemiológicas sobre a morbimortalidade das violências e acidentes, além de experiências interdisciplinares e/ou intersetoriais no enfrentamento desses agravos no Estado do Paraná.

A produção de artigos e textos informativos sobre a epidemiologia das causas externas, publicados pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná nesse caderno, tem a finalidade de subsidiar e fortalecer a vigilância das violências e acidentes disponibilizando informações atualizadas e relevantes sobre vigilância, prevenção, redução de violências e acidentes e promoção da saúde e da cultura da paz. Espera-se, com esta publicação, poder subsidiar ações e políticas públicas de prevenção de violências e de promoção de uma cultura da paz em todo o Estado do Paraná.

Michele Caputo Neto
SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

INTRODUÇÃO

A violência assume a condição de um dos principais problemas para a saúde pública em função de sua magnitude, gravidade, vulnerabilidade e impacto social sobre a saúde individual e coletiva. Enquanto problema de saúde pública, as violências e os acidentes expressam-se com alto impacto no adoecimento e morte da população, especialmente na mortalidade precoce, na diminuição da expectativa e da qualidade de vida de adolescentes, jovens, adultos e idosos.

No *Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde* de 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a violência como: “uso da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”. O fenômeno da violência possui causas múltiplas, complexas e correlacionadas com determinantes sociais e econômicos: desemprego, baixa escolaridade, concentração de renda, exclusão social, entre outros, além de aspectos relacionados aos comportamentos e cultura, como o preconceito racial e sexual. Por isso, a questão demanda ações intersetoriais e interdisciplinares.

A discussão do tema da violência como um problema de saúde pública está sendo gradativamente incluído na agenda de prioridades das políticas em saúde no Paraná, com previsão de articulação intersetorial, principalmente a partir da implantação da *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*, aprovada pela Portaria MS/GM nº 737, de 16/05/2001.

Aconteceram avanços consideráveis de 2006 para cá, por meio da implantação e implementação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). Essa vigilância se dá através de dois componentes²:

- *uma vigilância pontual*: através de inquérito periódico sobre violências e acidentes atendidos nos serviços sentinelas para esses agravos nas capitais e municípios estratégicos (VIVA Inquérito); e
- *uma vigilância contínua*: a implantação e a implementação da notificação de violência doméstica, sexual e outras violências pelo SINAN-NET nos serviços de saúde (VIVA-SINAN), inclusive com obrigatoriedade da notificação desses agravos para todos os estabelecimentos de saúde (portaria nº104, de 25/11/2011).

O levantamento de dados através do Inquérito VIVA está sendo realizado regularmente pela capital, conforme cronograma do Ministério da Saúde (MS), com apoio e participação da SESA-PR, gerando dados e informações para análises de situação de saúde para Curitiba, Região Metropolitana e Paraná. Ocorreu também a implantação da notificação de violência doméstica e sexual nos serviços de saúde no SINAN-NET (VIVA Contínuo) em mais de 70% dos municípios do PR (dados de 2009 a 2012). Os dados dessa Vigilância de Violências e Acidentes no Paraná (VIVA-PR) são apresentados nesses Cadernos em diferentes capítulos.

¹ KRUG, E. G. et al. *Relatório Mundial sobre violência e saúde* (World report on violence and health). Genebra: Organização Mundial da Saúde (World Health Organization), 2002, p. 2.

² Mais informações em: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *VIVA – Vigilância de Violência e Acidentes, 2008 e 2009*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série G. Estatísticas e Informação em Saúde).

Na SESA-PR, desde 2007 houve a estruturação de uma equipe de técnicos de referência, na Divisão de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DVDNT) do Centro Estadual de Epidemiologia (CEPI) para trabalhar essa Vigilância. De lá pra cá foi criado o Plano Estadual de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA-PR)³, que incentiva o desenvolvimento dessa vigilância nos municípios do Paraná favorecendo a monitorização dos eventos de causas externas no estado; está sendo estruturado e implementado a vigilância, prevenção das violências e promoção da cultura da paz, com ênfase na integração das ações de Vigilância, Promoção e Prevenção de Violências com a Atenção em Saúde, através da notificação da violência doméstica, sexual e/ou outras violências e no desenvolvimento da promoção da saúde relacionada à prevenção às violências, envolvendo linhas de ações previstas na *Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)*, tais como:

- Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito;
- Prevenção da Violência e Estímulo da Cultura da Paz e;
- Redução da Morbimortalidade em Decorrência do Uso Abusivo de Álcool e Outras Drogas.

O estímulo à formação de grupos intersetoriais de discussão sobre o impacto dos acidentes e das violências no setor de saúde tem sido uma estratégia para o VIVA-PR, principalmente através do incentivo à estruturação de *Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde (NPVPS)*⁴ e do monitoramento dos projetos de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes dos municípios paranaenses. No Paraná, de 2006 a 2012, mais de 100 municípios já foram contemplados com incentivo financeiro do Ministério da Saúde (MS) com propostas em um dos três eixos da PNPS citados, contemplando ações de Vigilância e Prevenção de Violências e Promoção da Cultura da Paz.

Nessa perspectiva, a SESA-PR está promovendo repasse financeiro de R\$30.000,00 para municípios do Paraná com mais de 30.000 mil habitantes que não haviam sido contemplados com recursos do MS/SVS por meio de editais, visando a implantação dos NPVPS. Em 2012, foram 19 municípios e, em 2013, foram 33 secretarias municipais de saúde que aderiram a esse incentivo financeiro⁵ com o compromisso de fortalecer a Vigilância e a Prevenção às Violências no município, através de articulação intersetorial – incluindo a implementação da *Notificação da Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências Interpessoais e Autoprovocadas* no SINAN – e, consequentemente, no Paraná.

Os artigos do Caderno foram escritos por profissionais de saúde, predominantemente da saúde coletiva e gestão estadual/municipal, e foram organizados em duas partes distintas com a finalidade de facilitar sua apresentação e leitura. A primeira parte intitula-se *Epidemiologia de Violências e Acidentes: alguns dados de morbimortalidade* e apresenta a Vigilância de Violências e Acidentes no Paraná e análises epidemiológicas da morbimortalidade por causas externas, ainda que preliminarmente em alguns casos, por temas específicos. A segunda parte, *Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes: alguns relatos de experiências*, compõe-se de artigos sobre dados e experiências em vigilância, prevenção e/ou promoção da saúde e da cultura da paz, de municípios ou regionais de saúde.

³ Plano Estadual de Vigilância de Violências e Acidentes do Estado do Paraná. SESA-PR, 2009. Disponível em: <<http://www.sesa.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1095>>.

⁴ Previstos na Portaria MS/GM nº 936, de 18 de maio de 2004, que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e implementação de Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde em Estados e Municípios

⁵ Incentivo financeiro para a estruturação dos Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde e da Cultura da Paz através da Resolução SESA nº 177, de 06 março de 2012, e da Resolução SESA nº 230, de 17 março de 2013.

Os conteúdos dos textos publicados neste Caderno são de inteira responsabilidade dos(as) respectivos(as) autores(as), cabendo à equipe organizadora o convite e seleção dos artigos.

A presente publicação é voltada para profissionais e gestores de saúde, bem como de outras políticas públicas, e faz parte da estratégia da SESA-PR para fortalecer a Vigilância Epidemiológica de Violências e Acidentes no Paraná e subsidiar a Promoção da Saúde e da Cultura da Paz e a Prevenção desses agravos e seus fatores de risco, além de apresentar a situação atual dessa vigilância no Paraná visando a melhoria da qualidade da informação e a visibilidade ao problema das violências junto às políticas de saúde.

Esperamos que esse material seja a primeira publicação das experiências da Vigilância de Violências e Acidentes da SESA-PR e sirva como um estímulo para a qualificação de dados e a sistematização das experiências em vigilância, prevenção e promoção da saúde voltados para violências e acidentes, nos diferentes níveis de gestão e dos serviços de saúde.

Sezifredo Paulo Alves Paz

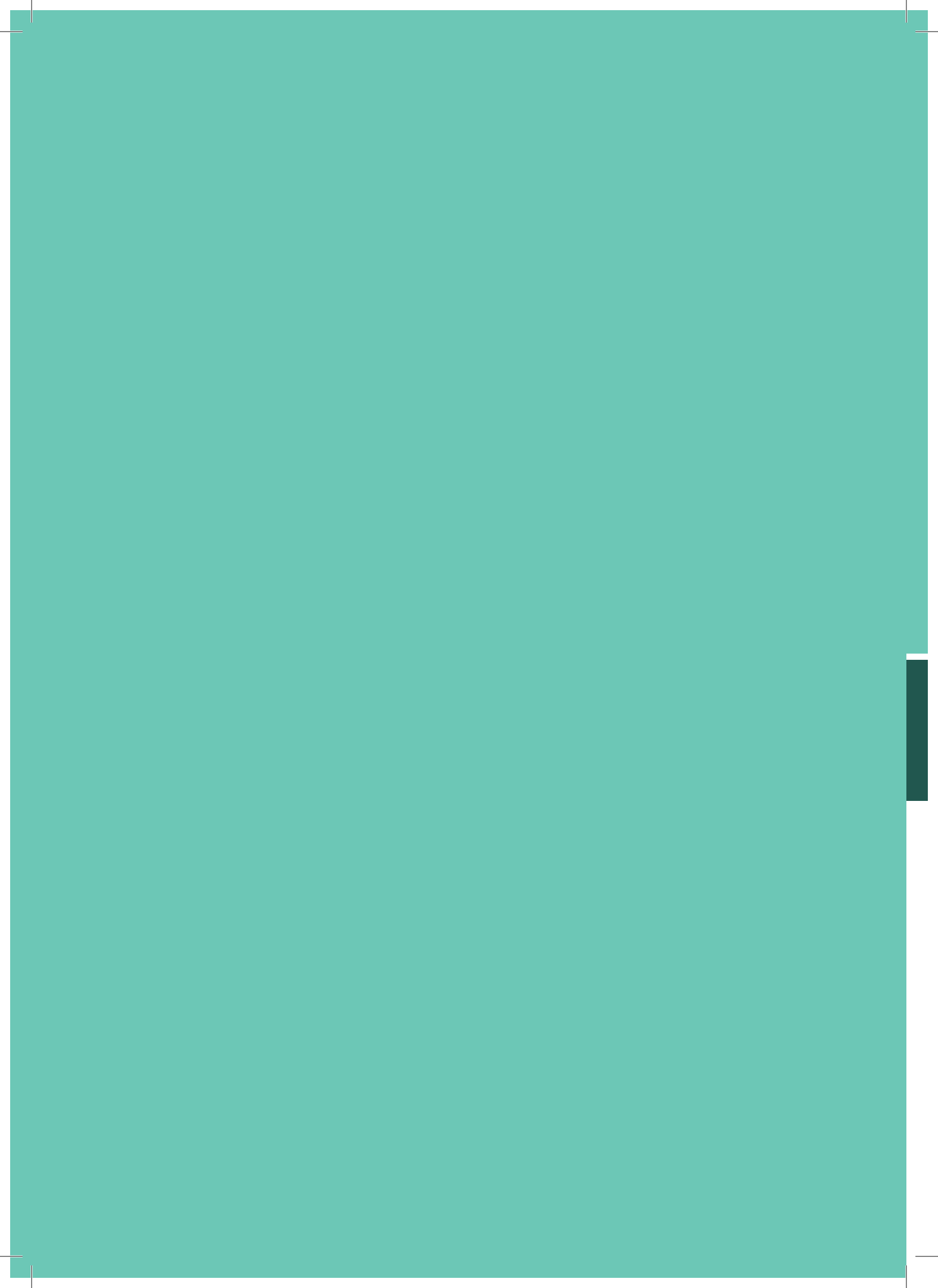
SUPERINTENDENTE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Cleide Aparecida de Oliveira

CHEFE DO CEPI

EPIDEMIOLOGIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES: ALGUNS DADOS DE MORBIMORTALIDADE

PARTE I



VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES NO PARANÁ:

ARTIGO 01

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORBIMORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS

Emerson Luiz Peres¹

Alice Eugênia Tisserant²

Terezinha Maria Mafioletti³

Marcos Serafim Furtado⁴

Viviane Pellanda⁵

Cleide Aparecida de Oliveira⁶

¹ Psicólogo da Divisão de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DVDNT), do Centro de Epidemiologia (CEPI), da Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS), da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR). Mestre em Psicologia da Infância e da Adolescência – emersonperes@sesa.pr.gov.br

² Enfermeira. Chefe da DVDNT/CEPI/SVS/SESA-PR. Especialista em Saúde Pública – alicet@sesa.pr.gov.br

³ Enfermeira da DVDNT/CEPI/SVS/SESA-PR. Mestre em Saúde Coletiva – terezinham@sesa.pr.gov.br

⁴ Psicólogo da DVDNT/CEPI/SVS/SESA-PR – marcosfurtado@sesa.pr.gov.br

⁵ Enfermeira. Chefe da Divisão de Informações Epidemiológicas (DVI EP)/CEPI/SVS/SESA-PR. Especialista em Gestão Empresarial da Saúde e Gestão em Enfermagem – vivianes@sesa.pr.gov.br

⁶ Enfermeira. Chefe do CEPI/SVS/SESA-PR. Mestre em Epidemiologia – cleide-oliveira@sesa.pr.gov.br

RESUMO

Esse texto apresenta a Vigilância de Violências e Acidentes no Paraná constituindo-se em estratégia fundamental para o melhor conhecimento da realidade do impacto das causas externas na saúde da população. Apresenta dados da morbimortalidade por causas externas que, apesar de preliminares, permitem uma visualização do problema no estado. As causas externas estão entre as principais razões de internamento e de mortalidade no Paraná. Constituem-se na terceira causa de morte da população, mas são a primeira causa de óbitos de pessoas de 01 a 49 anos, sendo a segunda causa de morte nos homens e a quinta nas mulheres. A população jovem e masculina é sua principal vítima fatal e grande responsável pela internação por essas causas, com ênfase para as agressões e os acidentes de trânsito. As mulheres, adolescentes e jovens são as principais vítimas da violência doméstica e sexual, que passa a ser captada com a implantação da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências no SINAN em 2009 no Paraná. Essa vigilância está em processo de implementação nos municípios do estado e deve estar articulada às ações da atenção básica, à prevenção de acidentes e violências e à promoção da saúde.

1. INTRODUÇÃO

O perfil epidemiológico do processo saúde e doença da população aponta para as características de morbimortalidade de determinada população, proporcionando meios de planejamento de ações em saúde. Esse caderno tem o objetivo de caracterizar o perfil epidemiológico sobre acidentes e violências do Estado do Paraná¹. Apresenta o quadro da situação epidemiológica geral das Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT), seguido da análise da morbimortalidade das causas externas, com ênfase na situação de mortalidade por acidentes de trânsito, por suicídios e por homicídios, e da apresentação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA).

Para tanto, foram utilizados dados do Sistema de Informações de Mortalidade, (SIM) tendo como fonte o banco de dados do Estado do Paraná (PR), do Sistema de Informações de Internação Hospitalar (SIH) através do banco de dados do DATASUS e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) pelo banco de dados do PR, como fontes principais.

Segundo os dados do Censo do IBGE de 2010, a população do Paraná é de 10.266.737 habitantes, sendo que 85,33% reside em área urbana (em 1970, a população urbana correspondia a 36,2% do total). Os indicadores sociais do estado, embora melhores do que a média nacional, são inferiores aos encontrados nos outros estados do sul do país. Em 2008, os dados que tiveram maior destaque foram: taxa de desemprego de 4,45%, taxa de analfabetismo de 6,57% e razão de renda de 12,97 (número de vezes que a renda dos 20% mais ricos supera a dos 20% mais pobres). Entre 1970 e 2007, a taxa de fertilidade declinou de 6,3 para 1,7 filhos por mulher na idade fértil. A transição demográfica se estabelece com o aumento da expectativa de vida ao nascer que passou de 47,9 para 74,4 anos, entre 1950 e 2008; e a proporção de idosos (60 anos ou mais) é de 10,4% (2008).

Constata-se uma importante queda da mortalidade infantil no estado, segundo os bancos de dados do Paraná sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (SINASC). Em 2000, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) era de 19,4 por mil nascidos vivos. Em 2011, a TMI passou para 11,65 por mil nascidos vivos, apontando uma queda de aproximadamente 40% neste indicador. Da mesma forma, observa-se uma redução da participação das doenças infecciosas e parasitárias na mortalidade do estado, já o aumento na proporção de mortes por DANT nos últimos anos caracteriza a transição epidemiológica no Paraná. Somente as doenças cardiovasculares, as neoplasias, as doenças ligadas à nutrição e metabolismo e as causas externas respondem hoje por mais de 70% de todos os óbitos.

2. MORBIMORTALIDADE POR DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS²

O perfil de saúde e doença de uma população é um processo dinâmico que pode se transformar por conta de mudanças nos estilos de vida. No Paraná, esta dinâmica se observa nos últimos anos na coexistência das doenças transmissíveis, com importante papel no cenário de morbimortalidade e crescimento acelerado das doenças não transmissíveis, associado aos agravos por causas externas. A composição da mortalidade por grupo de causas mostra a ascensão das doenças não transmissíveis e das causas externas, com a redução de doenças infecciosas, parasitárias e das afecções do período perinatal, estabelecendo a tripla carga de doenças.

¹ Parte do artigo é aproveitamento e reorganização de trabalho acadêmico para o *Curso de Especialização 'Impactos da Violência na Saúde'*, da ENSP/Fiocruz, financiado pelo Ministério da Saúde, cursado por um dos autores.

² Texto parcialmente extraído de minuta da *Programação Anual de Saúde – 2013* da Secretaria do Estado de Saúde do Paraná.

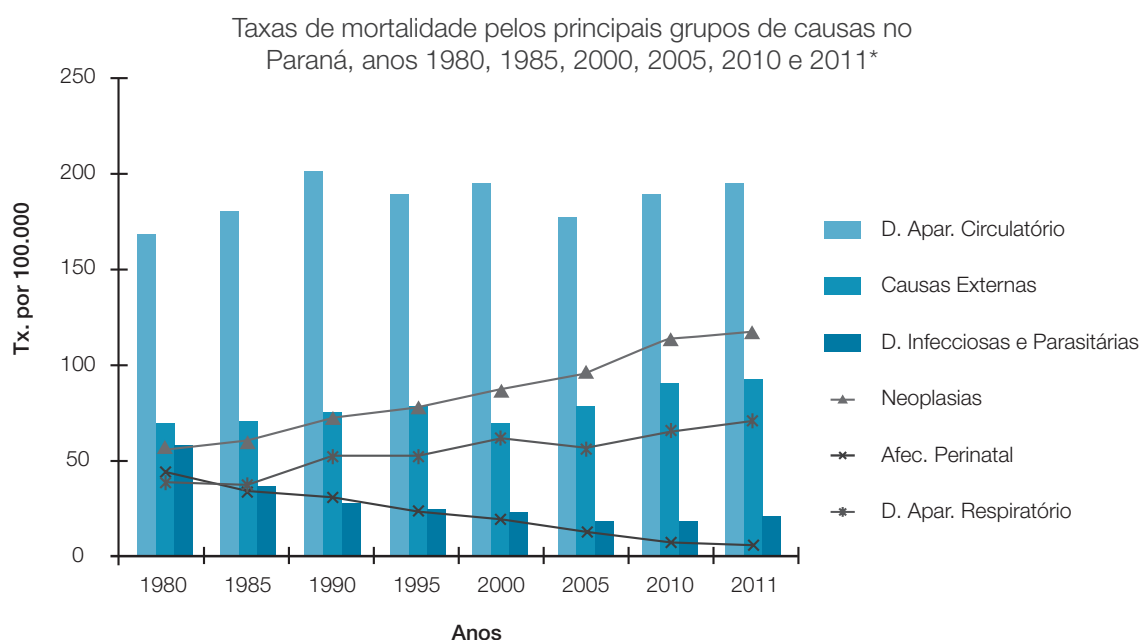
Em 2011, a primeira causa de morte no Paraná continuou sendo as doenças do aparelho cardiocirculatório (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, entre outras); seguida pelas neoplasias e, em terceiro lugar, as causas externas.

A vigilância epidemiológica das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) no Paraná encontra-se em processo de construção, assim como em todo o país. Tais doenças são de grande magnitude, apresentam um desenvolvimento lento e insidioso, mas podem ser reduzidas através de medidas de prevenção. Um monitoramento contínuo dos fatores de risco, ao identificar seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais, subsidia o planejamento, a execução e a avaliação da prevenção e do controle. As intensas modificações sociais, econômicas e tecnológicas ocorridas nos últimos 50 anos proporcionaram mudanças importantes na forma de viver e no perfil de saúde da maioria das populações.

No Gráfico 1, relativo à composição da mortalidade por grupo de causas numa série histórica de 1980 a 2011, esta tendência pode ser observada. Destaca-se a ascensão das doenças não transmissíveis e de causas externas, com a redução das doenças infecciosas, parasitárias e das afecções do período perinatal. A primeira causa de morte no Paraná são as doenças do aparelho cardiocirculatório (IAM e AVC), que representam 29,3% dos óbitos, sendo seguida pelas neoplasias, com 17,8% dos óbitos, tendo em terceiro lugar as causas externas, com 13,8% dos óbitos.

A violência do trânsito juntamente com a violência interpessoal tem aumentado significativamente em todas as regiões do Paraná, alternando-se como principais causas externas de mortalidade no estado, conforme veremos mais à frente.

GRÁFICO 1 – Taxas de Mortalidade pelos Principais Grupos de Causas, Paraná – 1980, 1985, 2000, 2005, 2010 e 2011



FONTE: SIM/DVDANT/CEPVSVS/SESA-PR

*Dados preliminares

Nota: A taxa de mortalidade por afecções parinatais é calculada por 1.000 Nascidos Vivos

Em relação à mortalidade, as principais causas se diferenciam em função da faixa etária e do sexo. Conforme as Tabelas 1 e 2, as doenças do aparelho circulatório são as principais causas de morte tanto em homens (com 26,8%) como em mulheres (32,8%), mas não são as principais responsáveis em todas as faixas etárias em 2011.

As causas externas são principais causas de morte nas faixas etárias mais jovens (infância, adolescência e jovens adultos), havendo mais vítimas entre os homens desde o segundo ano de vida. Entre eles, os acidentes e as violências constituem a segunda causa de morte, com cerca de 20%, enquanto entre as mulheres estão em quinto lugar (com 6,2%).

TABELA 1 – Principais grupos de causas de morte em homens por faixa etária – Paraná, 2011

FAIXA ETÁRIA (ANOS) – HOMENS											
	< 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 e mais	Total
1	Afecções Perinatais	Causas externas	Causas externas	Causas externas	Causas externas	Causas externas	Causas externas	Causas externas	DAC	DAC	DAC
2	Malf. Cong.	Malf. Cong.	Neoplasias	Neoplasias	DSN	Neoplasias	DAC	DAC	Neoplasias	Neoplasias	Causas externas
3	Causas externas	Neoplasias	DSN	DSN	Neoplasias	DAC	DIP	Neoplasias	Causas externas	DAR	Neoplasias
4	DAR	DSN	Malf. Cong.	DIP DAC	Mal Definidas	DSN	Neoplasias	DAD	DAD	D. End. Nutr. e Metab.	DAR
5	Mal Definidas	DIP	DIP	DAR	DAC	DIP	DAD	DIP	DAR	DAD	DAD
6	DIP	DAR	DAD Mal Definidas	Malf. Cong. Mal Definidas	DIP	DAR	Mal Definidas	Mal Definidas	D. End. Nutr. e Metab.	Mal Definidas	Mal Definidas
7	DSN	Mal Definidas	D. End. Nutr. e Metab. DAR	DAG	Malf. Cong.	DAD	Transt. Mentais	Transt. Mentais	Mal Definidas	Causas externas	D. End. Nutr. e Metab.
8	D. End. Nutr. e Metab.	D. End. Nutr. e Metab.	Transt. Mentais DAC	Transt. Mentais DAD	DAD	Transt. Mentais	DAR	DAR	DIP	DAG	DIP
9	DAC	Doenças sangue	Doenças sangue	DAC	DAR	D. End. Nutr. e Metab.	DSN	D. End. Nutr. e Metab.	Transt. Mentais	DSN	DSN
10	Neoplasias	DAC			D. End. Nutr. e Metab.	Doenças sangue	D. End. Nutr. e Metab.	DSN	DSN	DIP	DAG

DAC – Doenças do Aparelho Circulatório

DSN – Doenças do Sist. Nervoso

DIP – Doenças Infecciosas e Parasitárias

DAG – Doenças do Aparelho Genito Urinário

DAR – Doenças do Aparelho Respiratório

DAD – Doenças do Aparelho Digestivo

FONTE: SIM/DVDANT/CEPI/SVS/SESA-PR

Em 2011, se considerarmos sexo masculino e feminino juntos, as causas externas são a primeira causa de morte no Estado do Paraná nas faixas etárias de 01 a 49 anos; a terceira causa em dois grupos – menores de 1 ano e entre 50 e 59, e a sexta na faixa etária de 60 e mais. Ao fazermos a série histórica de 2007 a 2011, esse quadro se repete para as faixas de 01 a 49 anos, para 50 e 59 anos e 60 anos e mais; sendo que para menores de um ano de idade, em 2007 e 2008, as causas externas ficam como quarta causa de óbitos, e de 2009 a 2011, ficam como terceira causa.

As neoplasias/cânceres são doenças significativas para ambos os sexos, praticamente em todas as faixas etárias, com destaque para o fato de serem a principal causa de morte de mulheres de 40 a 59 anos, em 2011, no Paraná.

As doenças do aparelho respiratório atingem homens e mulheres, sem distinção, e estão entre as dez principais causas de morte em todas as faixas etárias, assim como as doenças do aparelho digestivo, com a diferença que esta última ganha mais importância a partir da fase adulta. Na análise de gênero, outra característica que surge é a morte por transtornos mentais e comportamentais, que está entre as 10 principais causas de óbito entre os homens a partir de 20 anos; e a mortalidade na gravidez e puerpério, que aparece como a terceira causa de óbito entre mulheres de 15 a 19 anos.

TABELA 2 – Principais grupos de causas de morte em mulheres por faixa etária – Paraná, 2011

FAIXA ETÁRIA (ANOS) – MULHERES											
	< 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 e mais	Total
1	Alg Afec Per. Perinatal	Malf. Cong	Causas externas	Causas externas	Causas externas	Causas externas	Causas externas	Neoplasias	Neoplasias	DAC	DAC
2	Malf. Cong	Causas externas	Neoplasias	Neoplasias	Neoplasias	Neoplasias	Neoplasias	DAC	DAC	Neoplasias	Neoplasias
3	Causas externas	DSN	Malf. Cong	DSN	DSN e Grav. Parto e Puerpério	DAC	DAC	Causas externas	D. End. Nutr. e Metab.	DAR	DAR
4	DAR	DAR	DSN e DIP	DAR	DAC	DIP	DIP	DIP	DAR	D. End. Nutr. e Metab.	D. End. Nutr. e Metab.
5	Mal Definidas	DIP	DAR	DIP	Malf. Cong	Grav. Parto e Puerpério	DAD	D. End. Nutr. e Metab.	DAD	Mal Definidas	Causas externas
6	DIP	Doenças sangue	D. End. Nutr. e Metab.	DAD	DAR	DSN	D. End. Nutr. e Metab. e DAR	DAD	Causas externas	DAD	Mal Definidas
7	D. End. Nutr. e Metab.	D. End. Nutr. e Metab.	DAD	DAC e D. End. Nutr. e Met. e D. Sist. Osteomusc.	D. End. Nutr. e Metab.	D. End. Nutr. e Metab.	Grav. Parto e Puerpério Mal Definidas	DAR	Mal Definidas	DSN	DAD
8	DSN	DAD e DAC	Mal Definidas e DAC	Transt. Mentais	DIP e Mal Definidas	DAD	DSN	Mal Definidas	DIP	Causas externas	DSN
9	DAC	D. Ap. Genito Urinário			Doenças sangue	Mal Definidas		DSN	DAG	DAG	DIP
10	Neoplasias e DAD				DAG	DAR	D. End. Nutr. e Metab.	DAG	DSN	DIP	DAG

DAC – Doenças do Aparelho Circulatório

DSN – Doenças do Sist. Nervoso

DIP – Doenças Infecciosas e Parasitárias

DAG – Doenças do Aparelho Genito Urinário

DAR – Doenças do Aparelho Respiratório

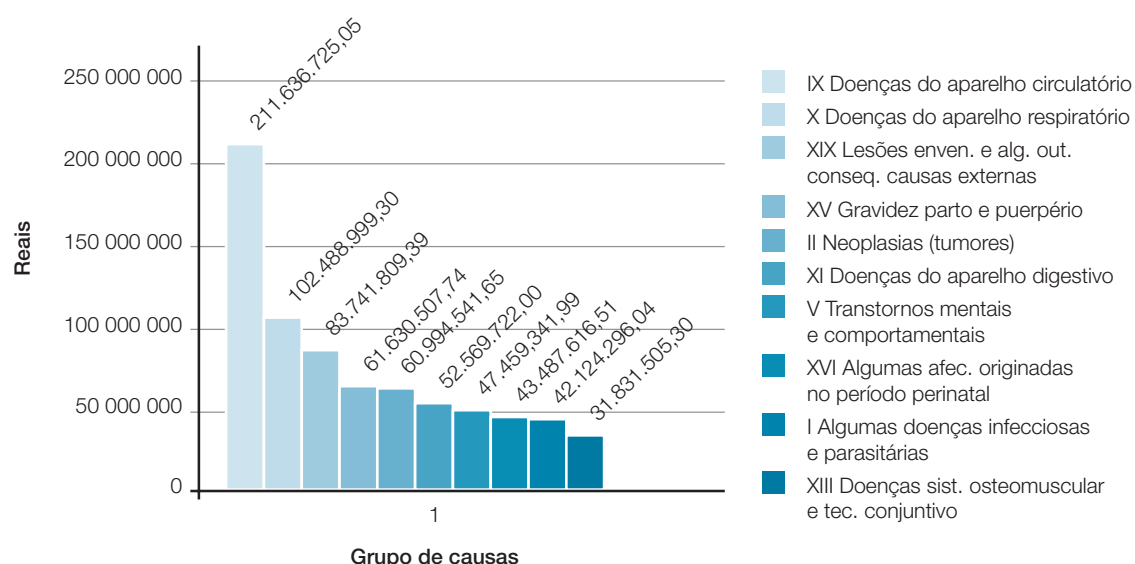
DAD – Doenças do Aparelho Digestivo

FONTE: SIM/DVDANT/CEPI/SVS/SESA-PR

Outro ponto a destacar é a presença das causas mal definidas, que representam quase 5% das causas de mortalidade no Paraná, tanto em homens como em mulheres. Quando se verifica município a município do estado, no entanto, nota-se grandes variações neste percentual. Na média, entre 2007 a 2011, observou-se uma variação de 0 a 37,2%. Na análise das causas de morte no estado, verifica-se que 74% das mortes são por condições crônicas, 14% por causas externas e 10% por condições agudas.

A magnitude, a gravidade e a cronicidade das DANT gera uma enorme demanda na rede de saúde, com gastos elevados sem que haja, em contrapartida, uma garantia de qualidade de vida a esta população. As informações sobre as internações hospitalares pagas pelo SUS mostram que, somente em 2010, foram gastos mais de R\$ 480 milhões com internações hospitalares relativas a condições crônicas, agudas e causas externas; correspondendo a 56,8% de todo o gasto em internações pelo SUS no Paraná.

GRÁFICO 2 – Gastos em Reais (R\$) com Internações SUS pelos 10 primeiros Grupos de Causas (CID 10), Paraná, 2010



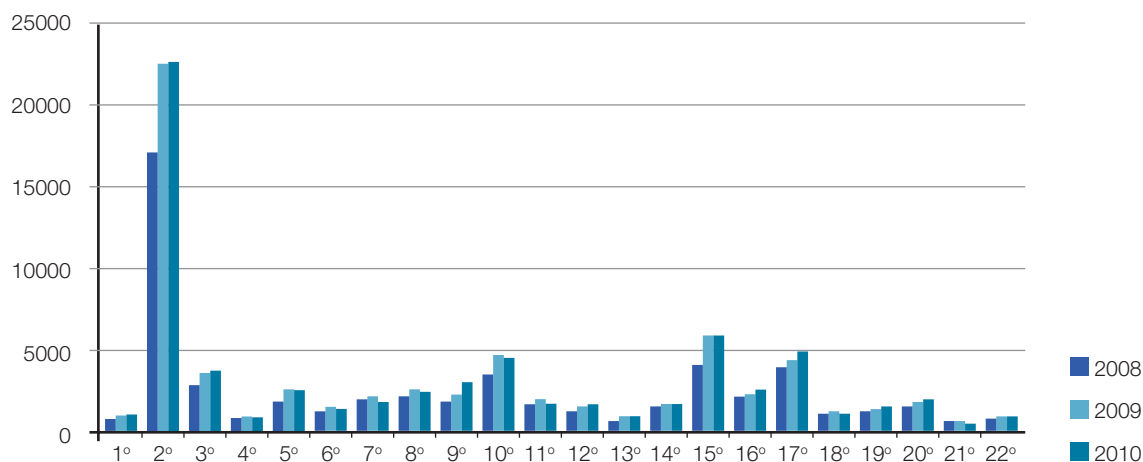
FONTE: SIH/DVDANT/CEP/SVS/SESA-PR

Conforme o Gráfico 2, há que se destacar as doenças do aparelho circulatório, as doenças do aparelho respiratório (em grande parte as crônicas), as causas externas, especialmente por agressões e acidentes de trânsito, e as neoplasias. Em 2011 foram 54,3% de gastos com internações referentes às DANT, ficando em primeiro lugar as Doenças do Aparelho Circulatório (25,9%), em segundo as Doenças do Aparelho Respiratório (11,1%), em terceiro as Causas Externas (10,1%) e em quarto as Neoplasias (7,2%), totalizando um valor de R\$ 429 milhões com hospitalização para estes grupos de doenças.

3. MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS³

As informações sobre as internações hospitalares pagas pelo SUS mostram que os internamentos pela maioria das DANT estão em crescimento, assim como os internamentos por causas externas. Foram as causas externas que tiveram maior crescimento em número de internações de 2008 a 2010 entre as principais DANT no Paraná, e observa-se um aumento em todas as Regionais de Saúde (RS) do Paraná no número desses agravos, de acordo com o Gráfico 3.

³ Texto parcialmente extraído de minuta da *Programação Anual de Saúde – 2013* da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

GRÁFICO 3 – Nº de Internações por CAUSAS EXTERNAS por RS, PR, 2008 a 2010

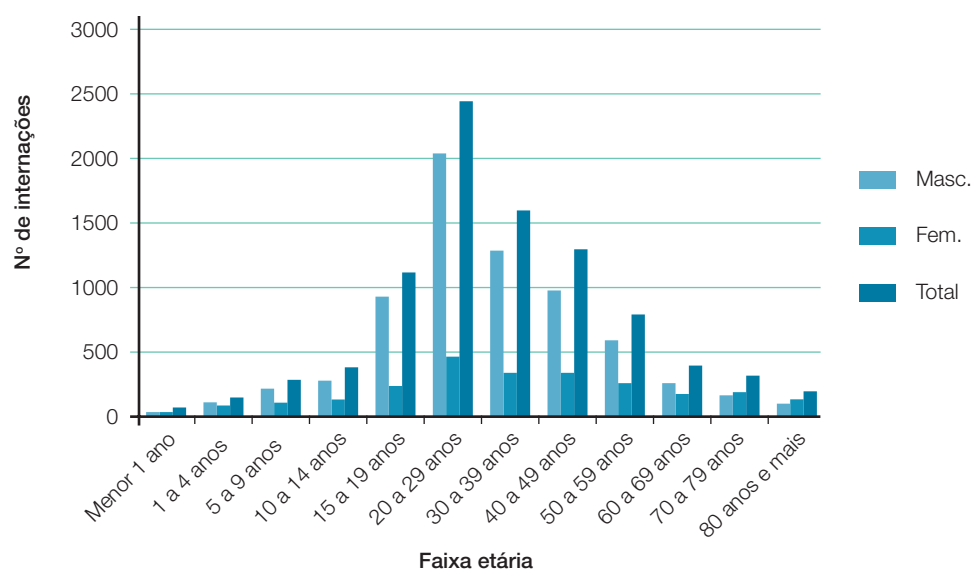
FONTE: SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS (SIH/SUS)/DATASUS/MS

A 2ª Regional de Saúde (2ª RS), por incluir Curitiba e Região Metropolitana, corresponde a aproximadamente 31% da população do Paraná e possui os principais hospitais e serviços de referências para acidentes e violências do estado – daí o destaque para a internação por causas externas.

Na sequência, apresenta-se uma série de gráficos com a frequência de internações em 2011 pelas principais causas externas – agressão (homicídio), acidente de transporte, suicídio e quedas – por faixa etária e sexo. Observa-se que as principais vítimas desses tipos de violência ou acidentes são do sexo masculino e são adultos jovens, variando pouco de acordo com o tipo de causa e a faixa etária.

GRÁFICO 4 – Internações por Acidentes de Transporte segundo Faixa Etária e Sexo, Paraná – 2011

Nº de internações por Acidentes de Transporte segundo faixa etária e sexo, PR, 2011

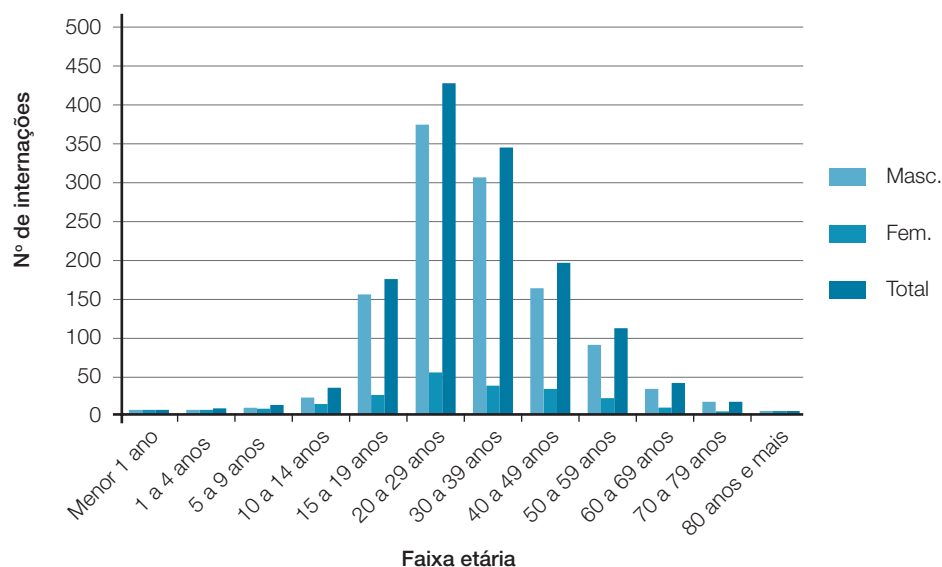


FONTE: SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS (SIH/SUS)/DATASUS/MS

Homens e adultos jovens são os principais responsáveis por internações por agressões (violência interpessoal) e acidentes (de transporte e quedas), sendo que as quedas também afetam significativamente pessoas idosas e crianças.

GRÁFICO 5 – Internações por Agressões (Homicídios) segundo Faixa Etária e Sexo, Paraná – 2011

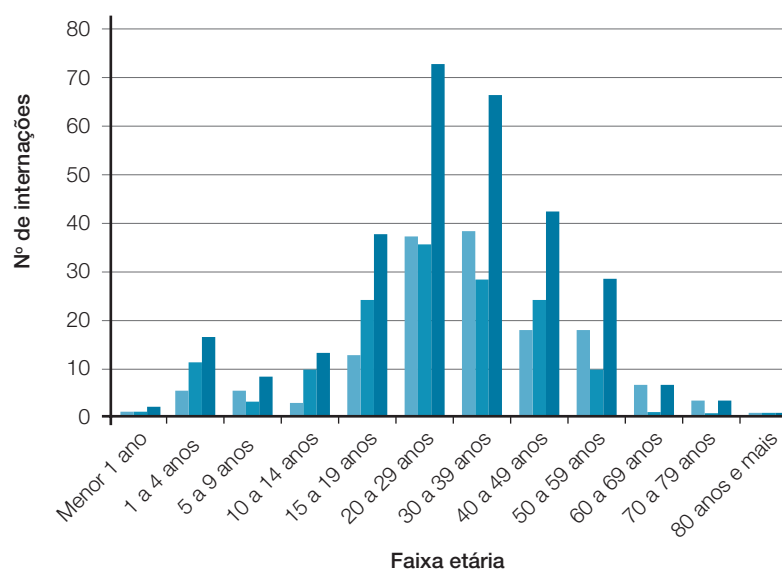
Nº de internações por agressões conforme faixa etária e sexo, PR, 2011



FONTE: SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS (SIH/SUS)/DATASUS/MS

GRÁFICO 6 – Internações por Tentativas de Suicídios segundo Faixa Etária e Sexo, Paraná – 2011

Nº de internações por tentativas de suicídios conforme faixa etária e sexo, PR, 2011

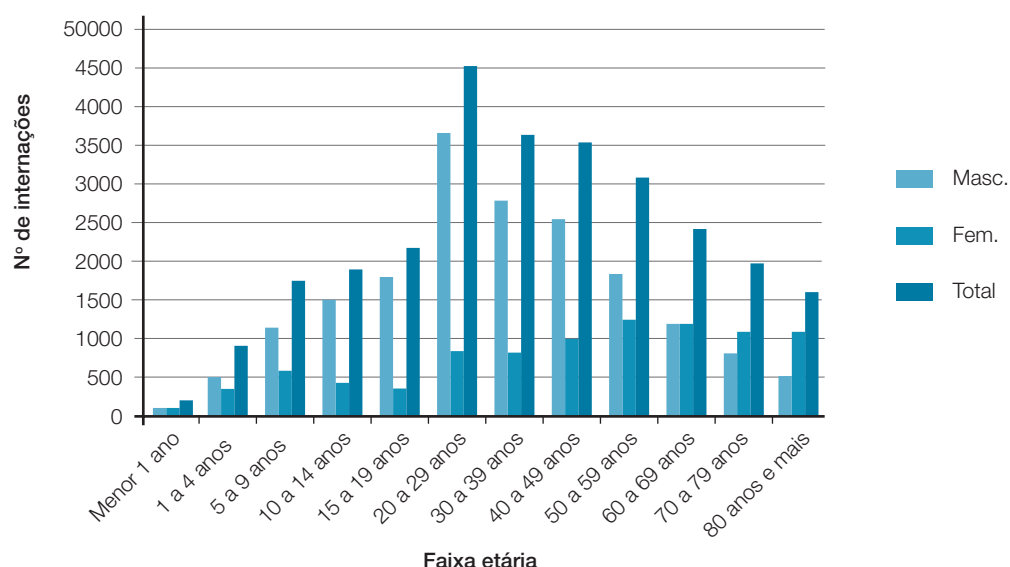


FONTE: SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS (SIH/SUS)/DATASUS/MS

Com relação às internações por tentativa de suicídio, pessoas do sexo feminino ganham destaque, superando os homens em algumas faixas etárias (1 a 4 anos, 10 a 19 anos e 40 a 49 anos).

GRÁFICO 7 – Internações por Quedas segundo Faixa Etária e Sexo, Paraná – 2011

Nº de internações por quedas segundo faixa etária e sexo, PR, 2011

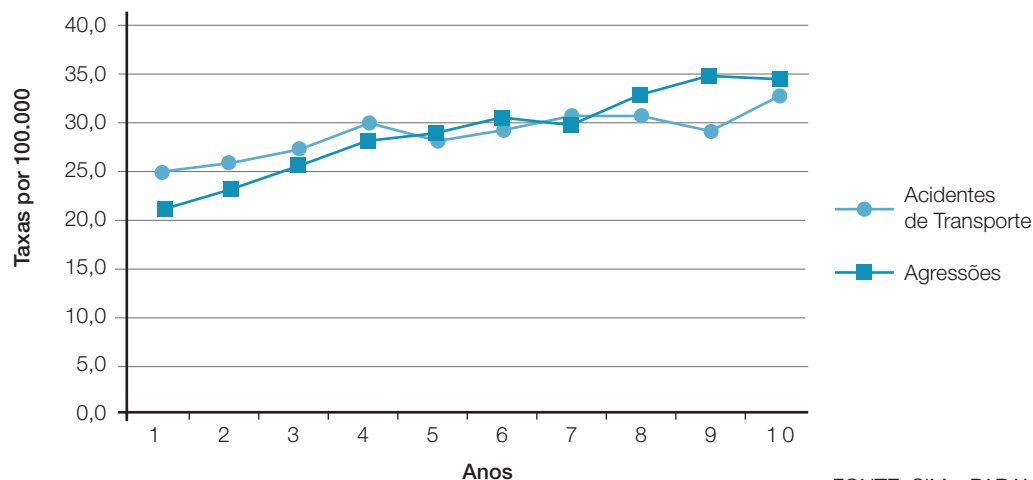


FONTE: SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS (SIH/SUS)/DATASUS/MS

Quanto à mortalidade no Estado do Paraná, observa-se no Gráfico 8 a variação entre as taxas de mortalidade por acidentes de transporte (AT) e por agressões (homicídios), em primeiro lugar entre as causas externas ao longo dos últimos 10 anos, conforme série histórica de 2001 a 2010. O grupo das causas externas ocupa o terceiro lugar nos últimos anos, sendo que as agressões e os acidentes de trânsito têm se alternado como principais causas externas de mortalidade no Paraná. Nos últimos três anos, a mortalidade por acidentes de transporte (AT) tem superado, ainda que por pouca diferença, os óbitos por agressões (homicídios). Em 2010, o número absoluto de mortes por AT no estado foi de 3.653 e o de homicídios foi de 3.633. Em 2011, foi 3.565 por AT e 3.369 por agressões e, em 2012, foram 3.853 para 3.491, respectivamente.

GRÁFICO 8 – Mortalidade por Acidentes de Transporte e Agressões no Paraná, 2001 a 2010

Mortalidade por Acidentes de Transporte e Agressões no Paraná, 2001 a 2010



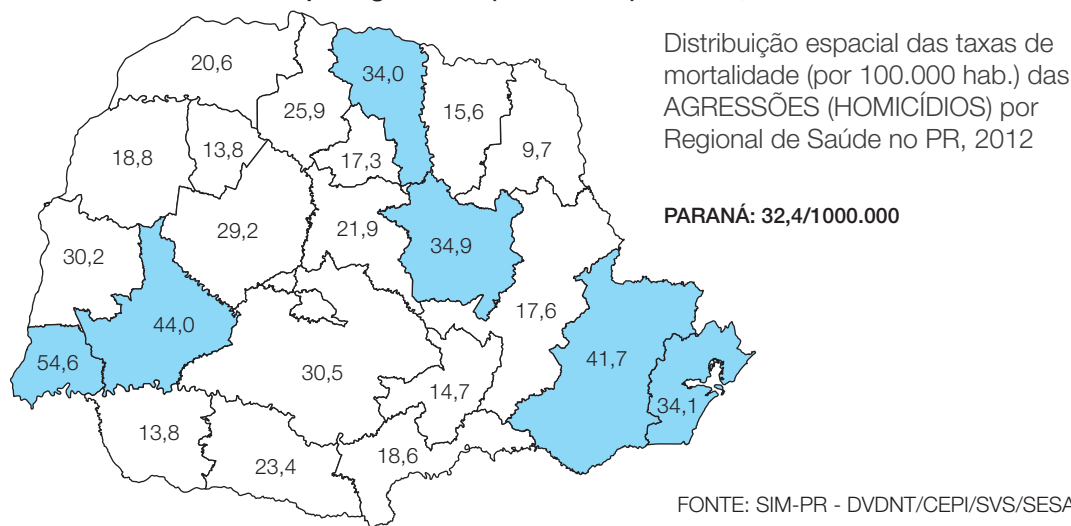
FONTE: SIM – PARANÁ

Para ações de planejamento e enfrentamento às violências, destaca-se que a distribuição das taxas de mortalidade por 100 mil habitantes por agressões (homicídios) pelas RS do Paraná apresenta desigualdades significativas. Conforme o Mapa 1, de 2012, variando de 9,7 na 19ª RS (Jacarezinho) até 54,6

na 9ª RS (Foz do Iguaçu); a segunda taxa de mortalidade por agressão é atribuída à 10ª RS (Cascavel) e a terceira à 2ª RS (Região Metropolitana de Curitiba).

Ao considerarem-se os anos de 2009, 2010 e 2011, as taxas de morte por homicídios tiveram uma pequena redução: de 34,0 em 2009, para 32,6 em 2010, e para 31,5 em 2011. Já em 2012, percebe-se, ainda em dados preliminares, um pequeno aumento dessa taxa: 32,4 mortes/100 mil habitantes. Os homens são responsáveis por 90,6% desses óbitos e as mulheres por 9,4%.

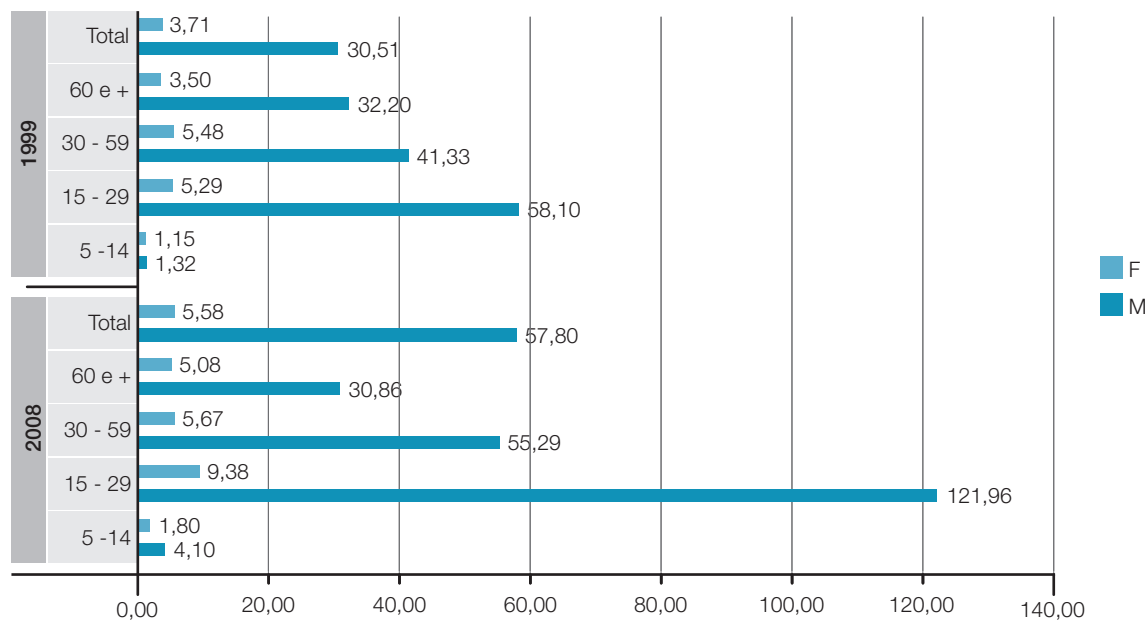
MAPA 1 – Distribuição espacial das taxas de mortalidade por agressões (homicídios), Paraná, 2012



Nas últimas décadas, a taxa de mortalidade por agressão aumentou consideravelmente em todas as faixas etárias e em ambos os sexos, mas esse tipo de causa de óbitos *afeta principalmente a população jovem e masculina, com um aumento radical de homicídios*, especialmente nas faixas dos 15 aos 29 anos (cerca de 47,6%). Essa tendência pode ser observada comparando-se, por exemplo, os anos de 1999 e 2008 (Gráfico 9)

GRÁFICO 9 – Taxas de Mortalidade por Agressões (Homicídios) em Faixas Etárias Determinadas, por Sexo, Paraná – 1999 e 2008

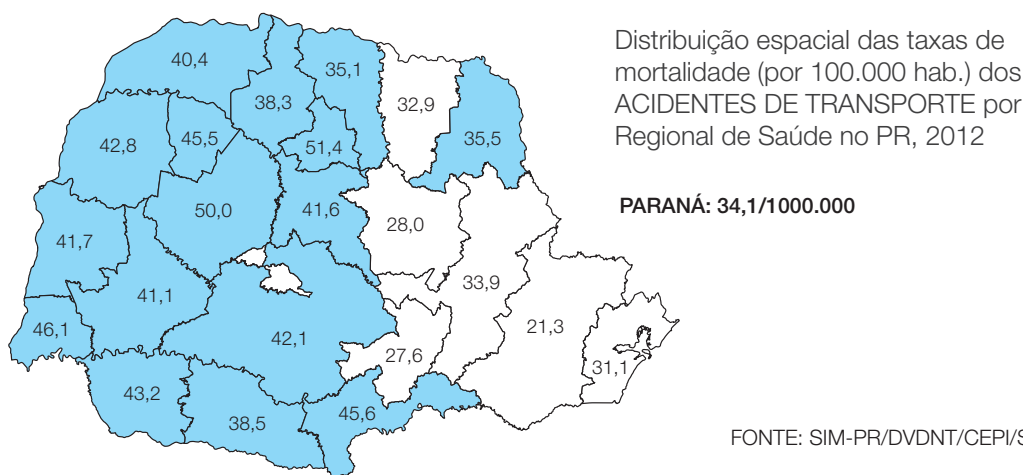
Taxas de mortalidade por Agressão em faixas etárias determinadas, por sexo, Paraná, 1999 e 2008



Em relação à distribuição por RS das taxas de mortalidade por 100 mil habitantes por *Acidentes de Transporte (AT)* no ano de 2012, por local de residência, verificam-se também desigualdades entre as RS. Houve variação nas taxas de mortalidade por AT de 21,3 na 2ª RS (Metropolitana) para 51,4 na 16ª RS (Apucarana). Observa-se que 16 regiões do estado contribuem para esta elevação, conforme é possível observar no Mapa 2. As RS com maiores taxas são: 16ª RS (Apucarana); 13ª RS (Cianorte), com taxa de 50,0; 9ª RS (Foz do Iguaçu), com 46,1; seguidas da 6ª RS (União da Vitória) e 12ª RS (Umuarama).

Nas mortes por AT, a taxa do Paraná em 2012 foi de 34,1 (por 100 mil habitantes), sendo 81,1% dos casos de homens e 18,9% de mulheres. Observa-se uma variação da taxa em relação aos anos de 2009 a 2012 (de 29,3 em 2009 para 33,3 em 2010, depois para 28,6 em 2011 e, desta, para 34,1 em 2012).

MAPA 2 – Taxas de mortalidade por acidentes de transporte, Paraná, 2012

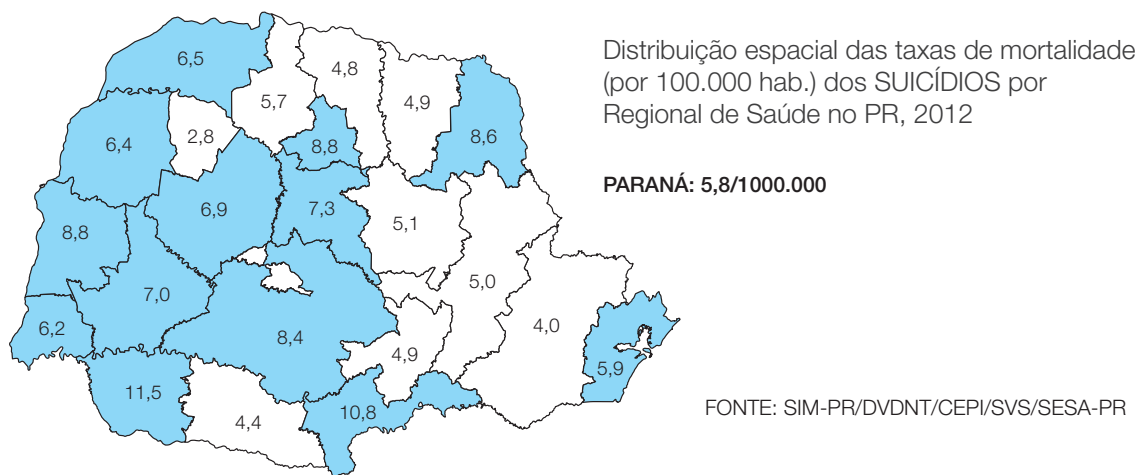


FONTE: SIM-PR/DVDNT/CEPI/SVS/SESA-PR

Em relação à distribuição por RS das taxas de mortes por suicídio por 100 mil habitantes, no ano de 2012 (Mapa 3), também é possível perceber diferenças regionais. A região do sudoeste do estado, que se destaca por sua economia baseada na produção agrícola, especialmente plantações de fumo, e pela convivência com os agrotóxicos, apresenta taxas de suicídios elevadas; com exceção da 7ª RS (Pato Branco), que teve uma queda significativa na mortalidade por suicídio – de 11,2 em 2010 para 4,4 em 2012. Na taxa de mortalidade do estado houve um pequeno aumento em relação ao ano anterior: de 5,7 para 5,8. Importante lembrar que esses dados são preliminares, podendo haver mudanças ainda no banco de dados do SIM para 2011 e 2012.

Sobre a proporção por sexo dessa mortalidade por lesão autoprovocada, observa-se, em 2012, 77,9 % em homens e 22,1% em mulheres, seguindo a tendências dos anos anteriores.

MAPA 3 – Taxas de mortalidade por suicídios, Paraná, 2012



FONTE: SIM-PR/DVDNT/CEPI/SVS/SESA-PR

Com relação à mortalidade em pessoas idosas, em 2010 ocorreram 817 mortes por quedas das quais aproximadamente 74% foram em maiores de 60 anos. Em 2011, foram 836 mortes e 72,5% em pessoas idosas.

Os dados de proporção da mortalidade por Grupos de Causas (Tabela 3) segundo faixa etária no ano de 2011 apontam as principais causas externas de óbitos no ciclo da vida. Esses dados demonstram a gravidade dos Acidentes de Transporte (37,7% de todos os óbitos por causa externa) e das Agressões ou Homicídios (35,3%), que afetam principalmente a faixa etária dos 10 aos 39 anos.

TABELA 3 – Proporção dos Grupos de Causas Externas (CE) de Mortalidade segundo Faixa Etária – Paraná, 2011						
FAIXA ETÁRIA (ANOS)						
Posição	0 a 9	10 a 19	20 a 39	40 a 59	60 e +	PR (geral)
1º	Outras C. E. (50%)	Agressões (48,7%)	Agressões (48,0%)	Acidentes de Transporte (44,0%)	Quedas (38,0%)	Acidentes de Transporte (37,3%)
2º	Acidentes de Transporte (35,7%)	Acidentes de Transporte (34,4%)	Acidentes de Transporte (36,0%)	Agressões (26,5%)	Acidentes de Transporte (33,7%)	Agressões (35,3%)
3º	Agressões (6,9%)	Outras C. E. (9,3%)	Suicídios (5,9%)	Suicídios (9,8%)	Outras C. E. (10,7%)	Quedas (8,9%)
4º	Quedas (4,6%)	Suicídios (3,6%)	Outras C. E. (5,5%)	Outras C. E. (8,8%)	Agressões (8,5%)	Outras C. E. (8,7%)
5º	Intenção Indeterminada (2,8%)	Intenção Indeterminada (2,8%)	Intenção Indeterminada (3,0%)	Quedas (6,0%)	Suicídios (5,4%)	Suicídios (6,4%)
6º	Suicídios (0,0%)	Quedas (1,1%)	Quedas (1,7%)	Intenção Indeterminada (4,9%)	Intenção Indeterminada (3,6%)	Intenção Indeterminada (3,5%)
Total CE	216	1.180	4.168	2.274	1.594	9.432

- Agressões
- Suicídios
- Acidentes de Transporte Terrestre
- Intenção Indeterminada
- Quedas
- Outras Causas Externas

FONTE: SIM/PR (BASE DE DADOS: 28/03/2013) DVDANT/CEPI/SVS/SESA-PR

A Tabela 4 explicita as causas de óbitos apresentadas na tabela anterior: a agressão por arma de fogo é a principal causa de mortalidade por causas externas na população em geral, só não assumindo o primeiro lugar nas crianças (0 a 9 anos) e nas pessoas idosas (acima de 60 anos). Nesta última faixa etária, a principal causa é queda (em geral, do mesmo nível).

A importância da mortalidade por uso de arma de fogo também pode ser observada na Tabela 5, em que a arma de fogo aparece como primeira e terceira forma de óbitos por Agressão nos anos de 2010 a 2012, sendo responsável por quase 71% desse tipo de mortalidade na população paranaense.

TABELA 4 – Proporção das 5 primeiras Causas Externas (CE) de Mortalidade segundo Faixa Etária – Paraná, 2011						
FAIXA ETÁRIA (ANOS)						
Posição	0 a 9	10 a 19	20 a 39	40 a 59	60 e +	PR (geral)
1º	Inalação de conteúdo gástrico (19,5%)	Agressão por arma de fogo NE (35,7%)	Agressão por arma de fogo NE (32,6%)	Agressão por arma de fogo NE (12,9%)	Quedas do mesmo nível (16,6%)	Agressão por arma de fogo NE (22,5%)
2º	AT por atropelamento (7,4%)	AT de carro NE (6,7%)	AT de carro NE (8,0%)	AT de carro NE (9,5%)	Quedas por tropeços (9,7%)	AT de carro NE (7,7%)
3º	Afogamento em águas naturais e AT de carro NE (4,6%)	Agressão por arma de fogo NE (5,8%)	Agressão por arma de fogo NE (6,4%)	Agressão por arma de fogo NE (6,8%)	Queda NE (6,6%)	Agressão por arma de fogo NE (5,5%)
4º		Afogamento em águas naturais (4,7%)	Suicídios por enforcamento (4,1%)	Suicídios por enforcamento (5,1%)	AT de carro NE (5,6%)	Suicídios por enforcamento (4,0%)
5º	Afogamento NE e Inalação por ingestão alimentar (4,2%)	AT de moto (3,8%)	AT de moto (3,8%)	AT por atropelamento (4,6%)	AT por atropelamento (5,0%)	AT por atropelamento (3,3%)
Total CE	216	1.180	4.168	2.274	1.594	9.432

- Agressões
- Quedas
- Outras Causas Externas
- Acidentes de Transporte Terrestre
- Suicídios

FONTE: SIM/PR (BASE DE DADOS: 28/03/2013) DVDANT/CEPI/SVS/SESA-PR

O homicídio continua presente entre as principais causas externas específicas com a agressão por objeto cortante ou perfurante (arma branca), que se manifesta dos 10 aos 59 anos como a terceira causa externa de óbito.

Quanto aos AT, a ocorrência é distribuída em todas as faixas e de forma diversificada. O AT por carro é a maioria das ocorrências, atingindo todas as idades, seguido de AT por atropelamento (com proporções significantes para pessoas acima de 40 anos e abaixo de 10 anos) e AT de moto, que atinge mais adolescentes e adultos jovens, em sua fase economicamente produtiva, tendo como consequência, além da alta mortalidade, o elevado nível de sequelas.

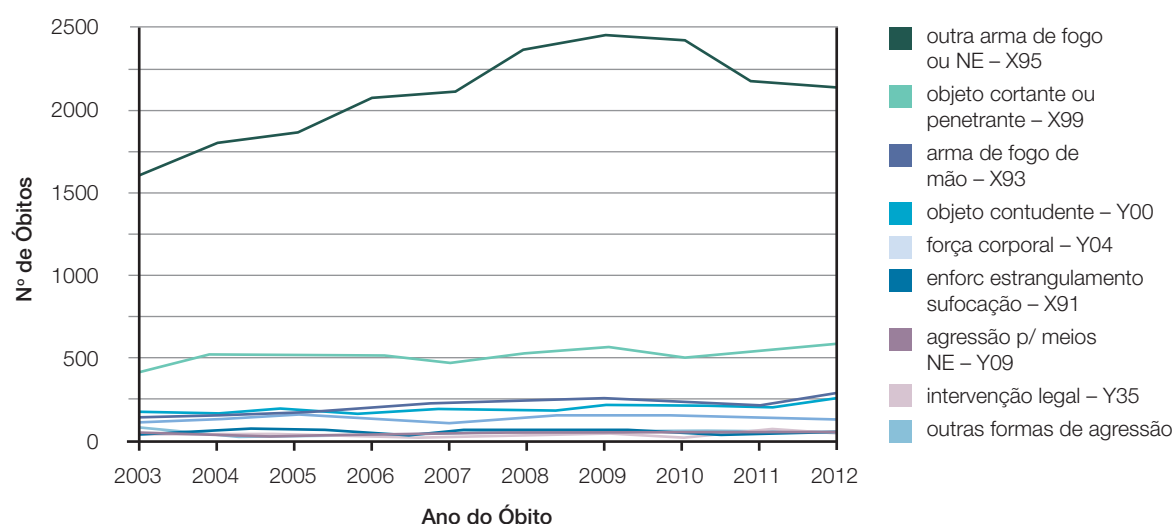
Além do uso de armas de fogo, a Tabela 5 também evidencia o uso de arma branca (objeto cortante ou penetrante) como uma das principais formas de mortalidade por Agressão no Paraná, com quase 21% desse tipo de óbito (em 2º e 4º lugar na distribuição proporcional).

TABELA 5 – Frequência e proporção de óbitos por agressão segundo causas específicas por ano, Paraná, 2010 a 2012								
Mortalidade por Agressão (Homicídios) – Paraná Frequência e Proporção por Ano do Óbito segundo Causa (CID10 3C) – 2010, 2011 e 2012								
Causa – CID10 3C	2010	%2010	2011	%2011	2012	% 2012	Total	%Total
outra arma de fogo ou NE – X9	2419	66,38	2177	63,58	2149	61,49	6745	63,85
objeto cortante ou penetrante – X99	508	13,94	534	15,60	559	15,99	1601	15,16
arma de fogo de mão – X93	241	6,61	217	6,34	280	8,01	738	6,99
objeto contundente – Y00	185	5,08	192	5,61	230	6,58	607	5,75
força corporal – Y04	150	4,12	137	4,00	126	3,61	413	3,91
enforc estrangulamento sufocação – X91	55	1,51	40	1,17	38	1,09	133	1,26
intervenção legal – Y35	11	0,30	58	1,69	33	0,94	102	0,97
agressão p/ meios NE – Y09	29	0,80	30	0,88	38	1,09	97	0,92
outras formas de agressão	46	1,26	39	1,14	42	1,2	127	1,20
Total	3644	100,00	3424	100,00	3495	100,00	10563	100,00

FONTE: SIM-PR/DVDANT/CEPI/SVS/SESA-PR

A importância do uso de arma de fogo na distribuição da mortalidade por agressão pode ser observada na série histórica do Gráfico 10.

GRÁFICO 10 – Causas de Óbitos por Agressão segundo Causas Específicas – Série Histórica 2003 – 2012, Paraná



FONTE: SIM-PR/DVDNT/CEPI/SVS/SESA-PR

4. O SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES (VIVA)

Uma das políticas de saúde propostas pelo Ministério da Saúde para o melhor conhecimento da realidade sobre o impacto das causas externas na saúde da população e para o estímulo da cultura da paz e a promoção da saúde é a Vigilância Epidemiológica de Violências e Acidentes (VIVA), que se estrutura em dois componentes (BRASIL, 2011a, 2011b e 2013):

- **Componente I – Vigilância Contínua**, também chamada de VIVA-SINAN, que capta dados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas em serviços de saúde. Foi implantada no SUS desde 1º de agosto de 2006, inicialmente em serviços sentinela de violências e acidentes. Entretanto, em função da legislação vigente e das intervenções necessárias às ações de prevenção, atenção e promoção, essa vigilância está sendo gradualmente universalizada para todos os serviços de saúde. A notificação é realizada por qualquer profissional ou trabalhador da saúde ou de outros setores, neste caso dependendo de pactuações locais, por meio do preenchimento formal da *Ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências* no Sinan Net;
- **Componente II – Vigilância por Inquérito**, ou *VIVA Inquérito*, que é um tipo de vigilância pontual, realizada por meio de pesquisas por inquérito e por amostragem, a partir de dados de atendimentos de pessoas que sofreram violências e acidentes, coletados em serviços sentinela de urgência e emergência nas capitais brasileiras e municípios estratégicos. No início, em 2006 e 2007, foi realizado anualmente, passando a ser periódico, a partir de 2007. O instrumento de coleta é a *Ficha de notificação de acidentes e violências em unidades de urgência e emergência*.

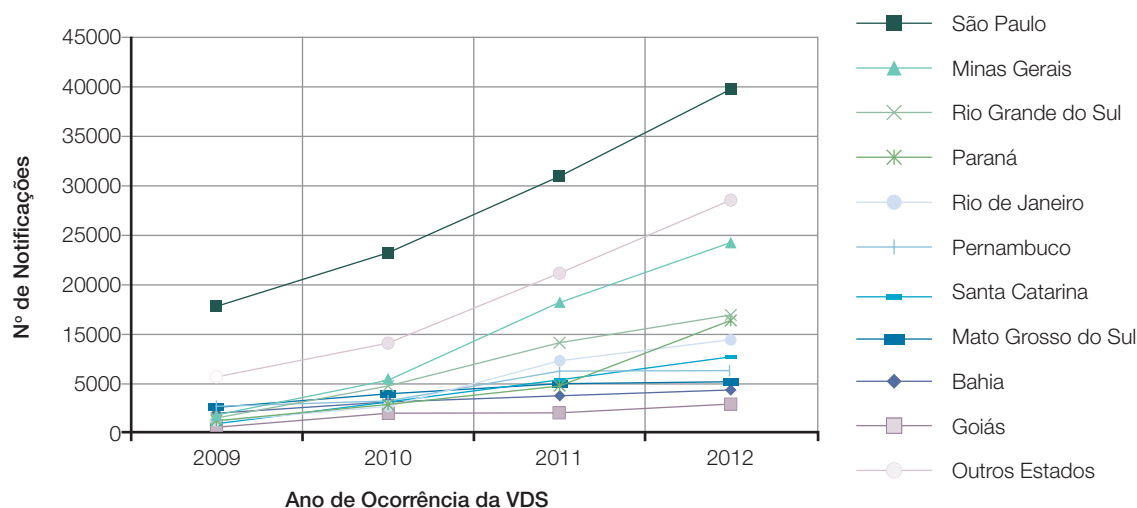
O VIVA-SINAN se dá através da implementação da *Ficha de Notificação/Investigação da Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências* nos serviços de saúde pelo SINAN-NET, com obrigatoriedade da notificação desses agravos para todos os estabelecimentos de saúde através da Portaria nº 104 MS/GM, de 25 de janeiro de 2011. Essa notificação deve se dar em *todo caso suspeito ou confirmado* de violência praticada contra a mulher, a criança, o adolescente e a pessoa idosa, conforme legislação vigente.

O Paraná, assim como a maioria dos estados da União, iniciou o processo de notificação das violências no SINAN-NET em 2009, e sua implantação e implementação tem sido uma das principais ações no setor saúde para o enfrentamento dos impactos da violência em suas diferentes expressões, nas condições de saúde da população.

No Brasil todo há um crescimento da notificação das violências no setor saúde; e o Estado do Paraná se destaca nesse crescimento. Conforme o Gráfico 11 percebe-se que o PR pulou de sétimo em notificação em 2011 para quarto em 2012, atrás apenas de São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul.

GRÁFICO 11 – Série histórica da notificação de violência doméstica, sexual e outras, segundo Estados da União por ano de ocorrência – 2009 – 2012, Brasil

Os dez estados da União com maior Notificação de Violência Doméstica, Sexual e Outras (VDS) por Ano de Ocorrência, 2009 – 2012



FONTE: SINAN/DATASUS/MS - DVDNT/CEPI/SVS/SESA-PR

Mesmo considerando que apontar um perfil epidemiológico das violências no Paraná com base nesse sistema ainda seja prematuro, por estar em processo de implantação e consolidação das informações no estado, é possível fazer algumas análises sobre esse processo.

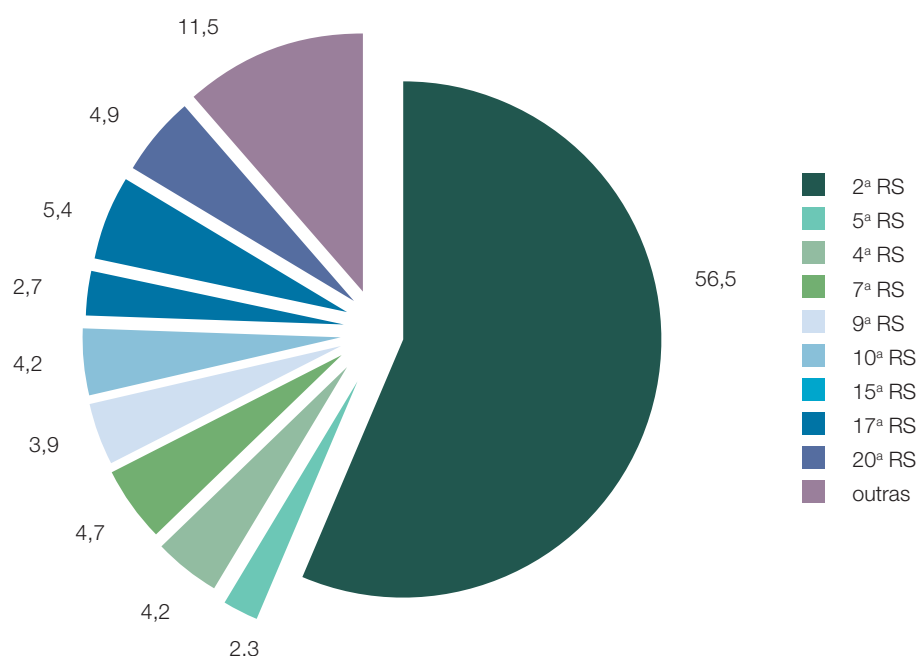
No Estado do Paraná, de 2009 a 2012, foi notificado um total de 23.715 casos de violência doméstica, sexual e/outras violências. No ano de 2009, foram notificados 2108 casos, em 2010, 3.201, em 2011, 5526, e em 2012, 12880 notificações, com um aumento de 133% em casos notificados de 2011 para 2012 – ano em que a violência doméstica e sexual foi o quarto agravo de maior notificação no SINAN, perdendo apenas para dengue, atendimento antirrábico e acidentes com animais peçonhentos, o que demonstra a relevância e magnitude desse agravo.

Esse aumento ocorreu em função da entrada de dados de todos os casos notificados do município de Curitiba no SINAN NET, que até então registrava apenas os casos dos serviços de referência.

Em relação às regiões de saúde, a proporção de notificação por RS do estado (Gráfico 12), mostra que a 2ª Regional (Metropolitana) com sede em Curitiba é a primeira em volume de notificação no Paraná, com 13.357 casos notificados neste período (56,3%), puxados pela capital, que sozinha foi responsável por 10.437 notificações de 2009 a fevereiro de 2013 (44% do total do PR), e por São José dos Pinhais (5,8% do total), o segundo município de maior notificação no estado até o momento.

Outras RS de importância para a notificação são a 17ª RS (Londrina), seguida da 20ª RS (Toledo), da 7ª RS (Pato Branco), da 10ª RS (Cascavel) e da 4ª RS (Irati) – como se observa no Gráfico 12 – todas com notificação crescente.

GRÁFICO 12 – Proporção de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e outras segundo Regional de Saúde do PR, 2009 – 2012



FONTE: SINAN/DVDANT/CEPI/SVS/SESA-PR

Isso não significa que são os municípios ou Regionais de Saúde (RS) com maiores índices de violências ou mesmo que possuem maior demanda de atendimento nos serviços de saúde para esses agravos, mas indica que são os municípios e/ou RS que “partiram na frente” em relação à organização dos serviços de notificação e de vigilância de violências.

É importante lembrar que a 2ª RS corresponde a cerca de 30% da população do estado e que Curitiba implantou a *Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência* desde 2001, além de um programa de atenção à mulher em situação de violência desde 2003, ambos com instrumento de notificação. Essa experiência de dez anos coloca a capital paranaense à frente do processo de notificação no Paraná e no Brasil, e como referência para a implantação e implementação de Redes de Atenção às Pessoas em Situação de Violências e de processos de notificação.

Há um aumento progressivo e gradativo de municípios com notificações no SINAN a cada ano no Paraná (Tabela 6). Entre 2009 e 2012 ocorreram notificações em 283 municípios do Estado do Paraná, pertencentes às 22 Regionais de Saúde – e observa-se o aumento a cada ano.

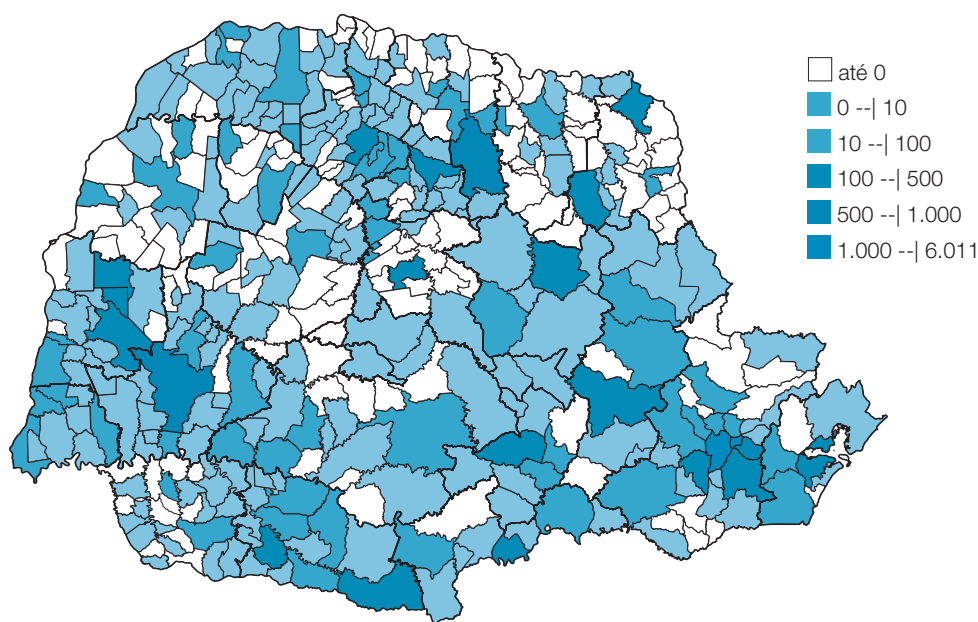
Tabela 6 – Aumento proporcional de municípios com notificação de violência doméstica, sexual e outras de 2009 a 2012 e proporção em relação ao Estado, Paraná, 2009-2012

Ano	Municípios com notificação	Aumento em %	% relativo ao total do PR
2009	50		12,5%
2010	121	142%	30,3%
2011	178	47%	44,6%
2012	257	44,4%	64,4%
De 2009 a 2012	283		70,9%

FONTE: SINAN-PR/DVDNT/CEPI/SVS/SESA-PR

O Mapa 4 apresenta a realidade da notificação nos municípios do Paraná em 2012.

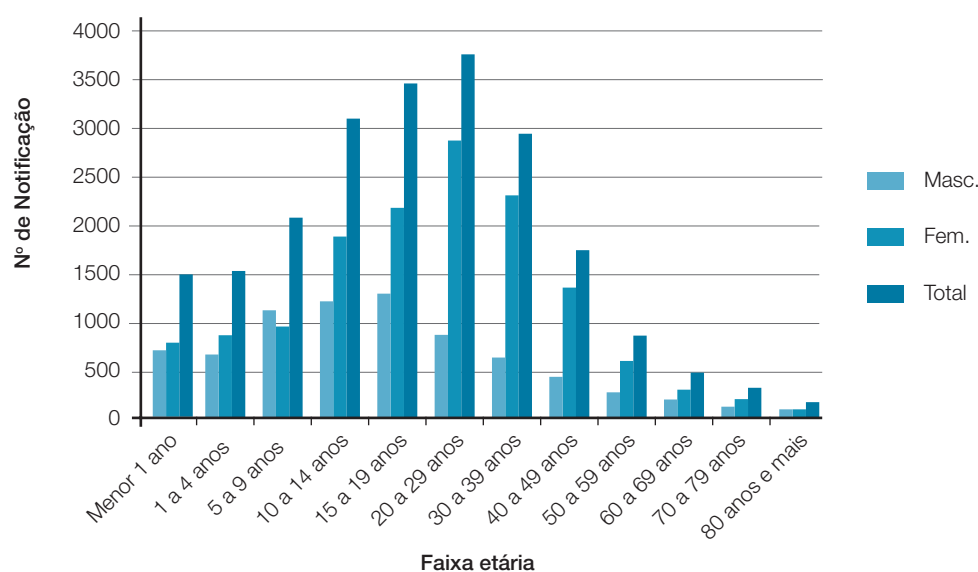
MAPA 4 – Municípios notificantes de violência doméstica, sexual e outras, Paraná, 2012



FONTE: SINAN-Net/DVDNT/CEPI/SVS/SESA-PR

Do total das 23.715 notificações, aproximadamente 69% são situações de violências ocorridas com o sexo feminino. Também é possível observar no gráfico abaixo que a principal vítima de violência doméstica e sexual em todas as faixas etárias é o sexo feminino, sendo que o maior número de casos notificados ocorreu na faixa etária entre 20 e 29 anos, mas percebe-se que desde o início da adolescência até o final da maturidade (dos 10 aos 59 anos) essa forma de violência destaca-se sobre as mulheres. Os homens são mais vitimados na infância e na adolescência.

GRÁFICO 13 – Investigação da Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências, segundo Faixa Etária e Sexo, Paraná – 2010 a 2012



FONTE: SINAN-PR/DVDNT/CEPI/SVS/SESA-PR

Aqui foram apresentados apenas alguns aspectos dos dados de notificação de violências domésticas, sexuais e outras violências interpessoais e autoprovocadas. Outros textos dessa publicação contemplaram dados específicos sobre violência contra a mulher, contra as crianças e adolescentes e contra a pessoa idosa. Destaca-se que esses números não representam a realidade da violência doméstica e sexual do estado, mas sim os casos notificados nos serviços de saúde até o momento.

5. OUTRAS FONTES DE DADOS PARA O DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES

No âmbito da saúde, os acidentes e violências constam da Classificação Internacional de Doenças (CID), em sua 10ª revisão, classificados nos códigos V01 a Y98 do Capítulo XX (Causas Externas), para mortalidade, e sob os códigos S e T no Capítulo XIX (Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas), para morbidade (SOUZA e LIMA, 2009). Assim, tradicionalmente utiliza-se para a análise da situação das causas externas principalmente dois grandes bancos de dados nacionais: um sobre a mortalidade – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), cujo instrumento básico é a Declaração de Óbito (DO); e outro sobre a morbidade – Sistema de Informações sobre Hospitalizações (SIH), que lança mão dos dados das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH). O uso de instrumentos padronizados de registros – a DO e a AIH – em todo o território nacional permite que estudos comparativos sejam realizados (LIMA et. al, 2009). No entanto, tais fontes de dados têm suas limitações: ambos delimitam *casos graves*, suas informações são *restritas à vítima* e são de *descrição sucinta*.

Daí a importância da Vigilância de Violências e Acidentes, que se propõe a obter informações sobre o comportamento desses agravos pelos componentes já citados (VIVA Inquérito e VIVA-SINAN). Além disso, tem o objetivo de subsidiar ações de enfrentamento dos determinantes e condicionantes das causas externas numa perspectiva intersetorial e com base no direito à saúde e à vida, incentivando a formação de redes de atenção e proteção às pessoas em situação de violências e acidentes, para garantir atenção integral, promoção da saúde e cultura de paz (BRASIL, 2013). Para isso, deve-se lançar mão de diferentes fontes de informação.

Assim, além das fontes de dados utilizadas existem outras, informatizadas ou não, que se pode buscar para complementar os dados necessários para construir um diagnóstico local de acidentes e violências. Entre elas, dados de registros de unidades de saúde, pronto-atendimentos e serviços especializados em violências, dados do SAMU ou SIATE; fora da área de saúde, do DETRAN, do Corpo de Bombeiros, do Sistema de Informações para a Proteção à Infância e Adolescência – SIPIA (utilizado pelos Conselhos Tutelares no registro dos atendimentos realizados), de delegacias especializadas ou não, de Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), de Centros de Referências a Pessoas em Situação de Violências e de Disques Denúncias (como o Disque 100, Disque Idoso, 181, entre outros), além de pesquisas de universidades, serviços públicos e outras instituições.

Outra fonte de informação de interesse para análise do perfil epidemiológico das violências é o inquérito PENSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, realizado pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde e Ministério da Educação em 2009 e 2012. A PENSE visa o mapeamento dos diferentes fatores de risco e proteção relacionados à saúde dos estudantes do 9º ano do ensino fundamental (antiga 8ª série) de escolas públicas ou privadas das capitais e do Distrito Federal. Os resultados da PENSE ajudam a refletir sobre os fatores de risco para violências na população adolescente em todo território nacional, apesar de ser realizada nas capitais e em municípios sorteados por amostragem.

Assim, para cada ciclo de vida e gênero, pode-se adotar estratégias diferenciadas na obtenção de informações para a vigilância de violências, bem como na implantação de políticas para o enfrentamento e prevenção de violências e promoção da saúde. A vigilância em saúde associadas à atenção básica tem um papel essencial nesse processo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **VIVA – Vigilância de Violência e Acidentes, 2008 e 2009**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. (Série G. Estatísticas e Informação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **VIVA: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

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 Violência e Acidentes, 2009, 2010 e 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinanet/violencia/bases/violebrnet.def> – Visitado em 04/05/2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – **Pesquisa Nacional de Saúde Escolar – 2009** / IBGE, *Coordenação de Indicadores Sociais*. Rio de Janeiro, 2009.

LIMA, C. A. et al. *Diagnóstico situacional da violência*. In.: NJAINE, K.; ASSIS, S. G. e CONSTANTINO, P. (Orgs.) **Impactos da violência na saúde**. 2ª edição – Rio de Janeiro: FIOCUZ / EAD ENSP, 2009.

NJAINE, K.; ASSIS, S. G. e CONSTANTINO, P. (Orgs.) **Impactos da violência na saúde**. 2ª edição – Rio de Janeiro: FIOCUZ / EAD ENSP, 2009.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. SVS/ DEVE / DVDNT. **Fortalecimento da Rede de Vigilância e Prevenção de Violências e Promoção da Saúde no Estado de Paraná**. – *Projeto enviado ao Ministério da Saúde em resposta à Portaria nº 22, de 9 de agosto de 2012*. Curitiba-PR: SESA-PR, 2012 (não publicado).

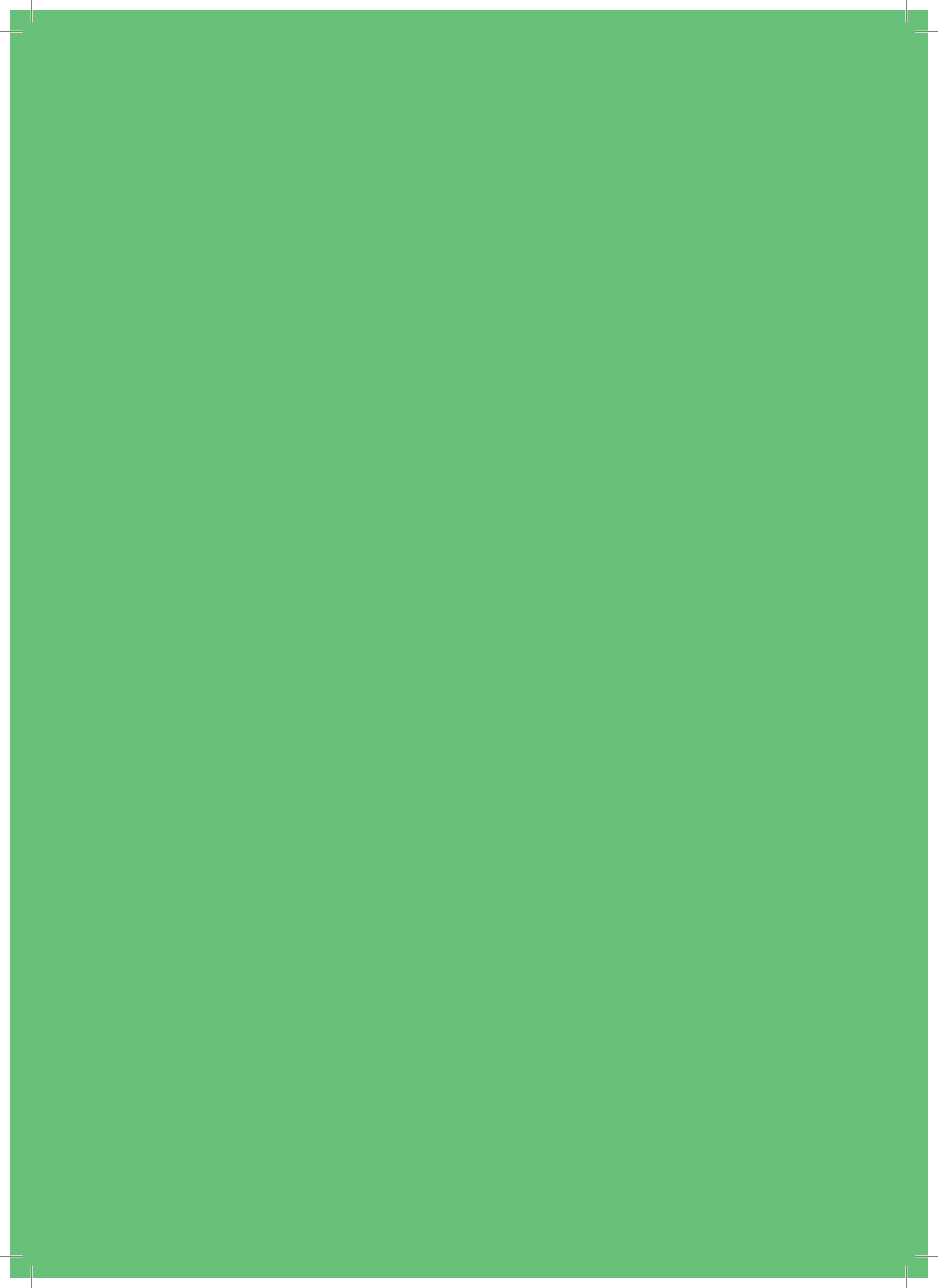
PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde / DEVE / DVDNT. **Plano Estadual de Vigilância Epidemiológica de Violências e Acidentes do Estado do Paraná**. Curitiba-PR, 2009. Disponível em: <http://www.sesa.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1095>

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual Saúde Paraná 2012 a 2015**. Curitiba: SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013 – Disponível em <http://saude.pr.gov.br/arquivos/File/plano_estadual_saude_1104.pdf>

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Plurianual – PPA, 2012 a 2015** (não publicado).

PERES, E. L.; MAFIOLETTI, T. M.; TISSERANT, A. E. *A Vigilância de Violências no Paraná: a Experiência da Implantação da Notificação de Violência Doméstica e Sexual na Área da Saúde*. In.: **Anais do IV Seminário Nacional Sociologia & Política: Pluralidade e Garantiados Direitos Humanos no Século XXI**. Curitiba: UFPR, 2012. Disponível em: <<http://www.humanas.ufpr.br/portal/seminariosociologiapolitica/anais-2012>>

SOUZA, E. R.; LIMA, M. L. C. *Indicadores epidemiológicos de morbimortalidade por acidentes e violências*. In.: NJAINE, K.; ASSIS, S. G. e CONSTANTINO, P. **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: FIOCUZ / EAD ENSP, 2009.



A NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL CONTRA A MULHER NO PARANÁ:

ARTIGO 02

UM PANORAMA DOS DADOS DO SINAN-NET – PERÍODO DE 2010 A 2012

Terezinha Maria Mafioletti¹

Emerson Luiz Peres²

Alice Eugênia Tisserant³

Marcos Serafim Furtado⁴

Aida Maris Peres⁵

¹ Enfermeira da Divisão de Doenças e Agravos não Transmissíveis (DVDNT), do Centro de Epidemiologia (CEPI), da Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS), da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR). Mestre em Saúde Coletiva – terezinham@sesa.pr.gov.br

² Psicólogo da DVDNT / CEPI / SVS / SESA-PR. Mestre em Psicologia da Infância e da Adolescência – emersonperes@sesa.pr.gov.br

³ Enfermeira. Chefe da DVDNT / CEPI / SVS / SESA-PR. Especialista em Saúde Pública – alicet@sesa.pr.gov.br

⁴ Psicólogo da DVDNT / CEPI / SVS / SESA-PR – marcosfurtado@sesa.pr.gov.br

⁵ Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Doutora em Enfermagem e Mestre em Administração – amaris@ufpr.br

RESUMO

Este artigo tem como objetivo apresentar uma análise das notificações de violências contra a mulher no Sistema de Informação de Agravos de Notificação SINAN-NET-PR, período de 2010 a 2012. Constata-se que o maior número de casos notificados de violência doméstica e sexual neste período, em todas as faixas etárias, foi no sexo feminino (66,3%). A grande maioria dos casos concentra-se na faixa etária entre 15 e 39 anos, sendo a faixa de 20 a 29 com maior número de notificações. Quanto ao tipo e natureza da violência segundo sexo, a violência física apresenta 60% de todas as formas de violências notificadas entre os anos de 2010 e 2012, seguida pela psico-moral (38,4%) e a sexual (20,9%). Dentre as formas de violência sexual contra a mulher, a principal é o estupro (72%). Mesmo considerando que uma análise da situação das violências notificadas no sistema ainda é prematura – por estar em processo de implantação no Estado do Paraná, cujo início se deu em 2009 – é possível fazer algumas reflexões sobre a Violência contra a Mulher e o Setor Saúde a partir desses dados.

Palavras-chave: Notificação da Violência; Mulher; Violência de Gênero.

1. INTRODUÇÃO

A violência doméstica e sexual ainda é uma expressão “oculta” da violência em nossa sociedade, presente na esfera do privado, sem que tenhamos a real dimensão do problema. A vigilância epidemiológica constitui-se em estratégia imprescindível para dar visibilidade a este problema, principalmente no que diz respeito ao estabelecimento de um diagnóstico da magnitude e do impacto da violência em determinada população, em certo local e tempo – tão necessário para o planejamento de ações de enfrentamento dessa situação. A notificação de violências pelos serviços de saúde, então, tem um papel fundamental nesse processo e deve ser a base para o diagnóstico (SESA, 2011).

A notificação da violência contra a mulher é compulsória nos serviços de saúde públicos ou privados, em todo o território nacional, por meio da Lei nº 10.778, de 24/11/2003. O § 1º do seu artigo 1 assim dispõe: “Para os efeitos desta Lei, deve-se entender por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher”. Estabelece em seu artigo. 3º;

“a notificação compulsória dos casos de violência de que trata esta Lei tem caráter sigiloso, obrigando nesse sentido as autoridades sanitárias que a tenham recebido. Parágrafo único. A identificação da vítima de violência referida nesta Lei, fora do âmbito dos serviços de saúde, somente poderá efetivar-se, em caráter excepcional, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo da autoridade sanitária e com o conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável”.

O Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 2.406, de 05/11/2004, especificamente para instituir o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher. No final de 2008, iniciou a implantação da notificação no SINAN-NET através de instrumento para todas as situações de violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais contra mulheres.

Sobre o conceito de violência contra a mulher é necessário antes pautar o tema gênero. Saffioti destaca que gênero diz respeito às relações de poder e às distinções entre atributos culturais conferidos a cada um dos sexos e suas peculiaridades biológicas; gênero é o sexo socialmente modelado, ou seja, as características tidas como masculinas e femininas são ensinadas desde o berço e tomadas como verdadeiras pela sua repetição cultural. Segundo a autora, essas características socialmente atribuídas se fundam na hierarquia e na desigualdade de lugares sexuais (SAFFIOTI, 2002, apud MAFIOLETTI, 2010). A violência doméstica contra a mulher vista a partir das relações de gênero distingue um tipo de dominação, de opressão e de crueldade nas relações entre homens e mulheres, estruturalmente construído, reproduzido na cotidianidade e subjetividade assumida pelas mulheres, atravessando classes sociais, raças, etnias, níveis educacionais e faixas etárias (MINAYO, 1994 apud MAFIOLETTI, 2010).

As manifestações da violência de gênero podem ocorrer pela violência física, psicológica, sexual, patrimonial, moral e auto-agressão. A avaliação epidemiológica da violência contra a mulher é ainda uma tarefa difícil, devido à insipiência dos sistemas de registros de dados, bem como sua dispersão entre os vários organismos que prestam atendimento às mulheres. O Ministério da Saúde ensaiou várias propostas de Notificação Obrigatória da Violência contra a mulher, tornando-a compulsória com a Portaria nº 104 MS/GM, de 25 de janeiro de 2011. A forma de notificação atualmente proposta pelo Ministério da Saúde é a Ficha de Notificação/Investigação da Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências, que engloba a violência praticada contra a mulher, a criança, o adolescente e a pessoa idosa.

Este artigo apresenta uma análise da situação das violências notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN-NET-PR. Mesmo considerando que uma análise da situação das violências atendidas no setor saúde com base nesse sistema ainda é prematura – por estar em processo de implantação no Estado do Paraná, cujo início se deu em 2009, é possível fazer algumas reflexões

sobre a violência contra a mulher e sobre o setor saúde a partir desses dados. Alertamos que a presente análise deve levar em consideração que esses números representam apenas os casos notificados nos serviços de saúde e em alguns serviços de referência até o momento, não representando a realidade da violência de gênero no Paraná.

2. Dados da Notificação de Violência Doméstica e Sexual contra Mulher no Estado do Paraná

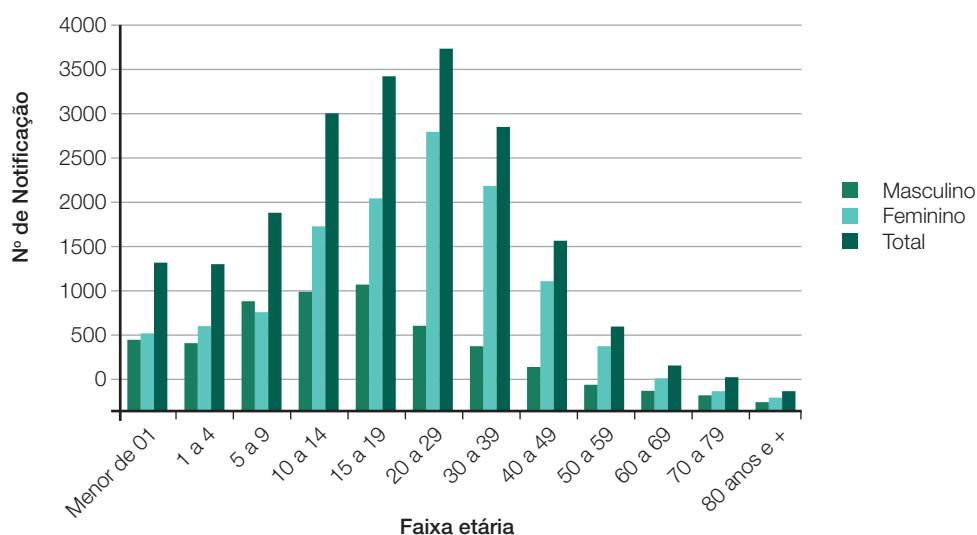
No Estado do Paraná, de 2009 a 2012, foi notificado um total de 23.715 casos de violência doméstica, sexual e/outras violências interpessoais e autoprovocadas, envolvendo casos *suspeitos* ou *confirmados* de violência contra a mulher, a criança, o adolescente, a pessoa idosa, e de outras formas de violência doméstica, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, violência por intervenção legal, conforme consta em instrutivo da notificação (BRASIL, 2011).

Dados sobre essa notificação no Paraná já foram apresentados em capítulo anterior¹, portanto, aqui serão discutidos os dados referentes à violência contra a mulher, tomando como base os dados de 2010, 2011 e 2012 – que constituem a base com banco de dados mais consistentes até o momento da elaboração desse material.

Ao analisar as notificações segundo sexo no período de 2010 a 2012, observa-se que o maior número de casos notificados de violência doméstica e sexual em todas as faixas etárias foi do sexo feminino (66,3%). Apenas entre 5 e 9 anos, o sexo masculino aparece com um pequeno percentual de casos a mais. A grande maioria das notificações concentra-se na faixa etária entre 15 e 39 anos, sendo a faixa de 20 a 29 com maior número de notificação de casos no sexo feminino (Gráfico 1).

GRÁFICO 1

Investigação da Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras violências, segundo Faixa Etária e Sexo no Paraná – 2010 a 2012



FONTE: SINAN-PR – DVDNT/CEPI/SVS/SESA-PR

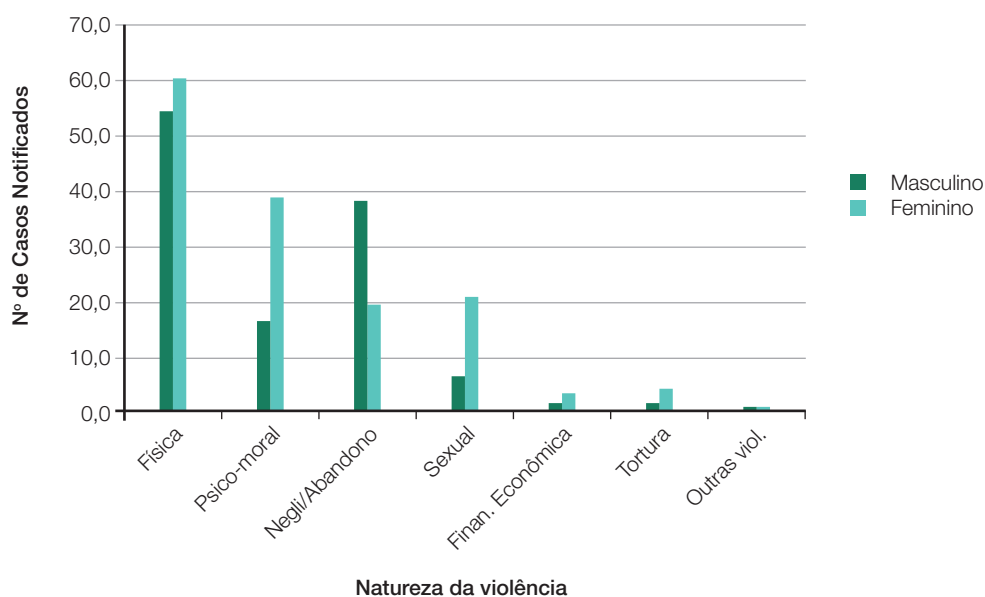
¹ Veja o capítulo 1 “Vigilância de Violências e Acidentes no Paraná: Perfil Epidemiológico da Morbimortalidade por Causas Externas”.

Quanto ao tipo e natureza da violência segundo sexo observa-se, nos Gráficos 2 e 3, que a forma de violência mais notificadas contra a mulher é a violência física, que representa aproximadamente 60% de todas as formas de violências notificadas entre o anos de 2010 e 2012, no SINAN-PR, seguida pela violência psico-moral (38,4%) e sexual (20,9%).

No sexo masculino, a negligência/abandono apresenta maior número de casos notificados.

GRÁFICO 2

Proporção do Tipo de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Segundo Sexo, PR-2010 a 2012



FONTE: SINAN-PR – DVDNT/CEPI/SVS/SESA-PR

Em relação à proporção do tipo de violência sexual contra a mulher, observa-se maior ocorrência de casos de estupro (58%). Levando em consideração que atentado violento ao pudor (14%) também é considerado estupro desde 2009 – Código Penal, tem-se maior ocorrência de estupro (72%) em relação às demais formas de violência sexual que ocorrem no sexo feminino, seguido do assédio sexual (23%), como demonstra o Gráfico 4.

GRÁFICO 3

Proporção de Tipo de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras
Violências Contra o Sexo Feminino no PR, 2010 – 2012

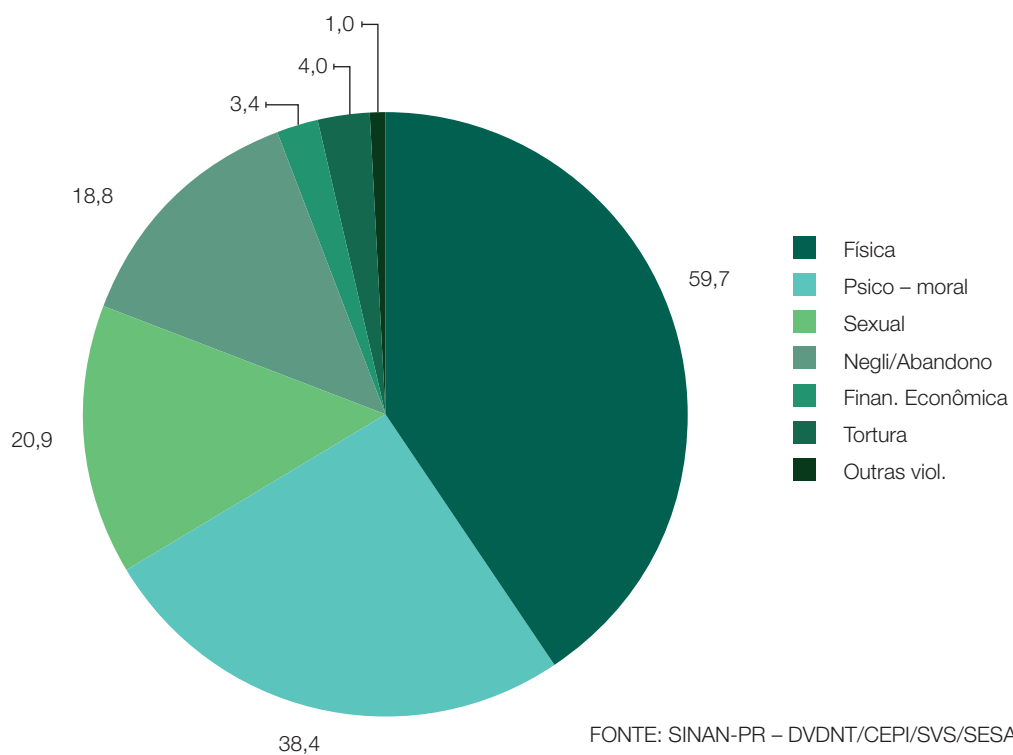
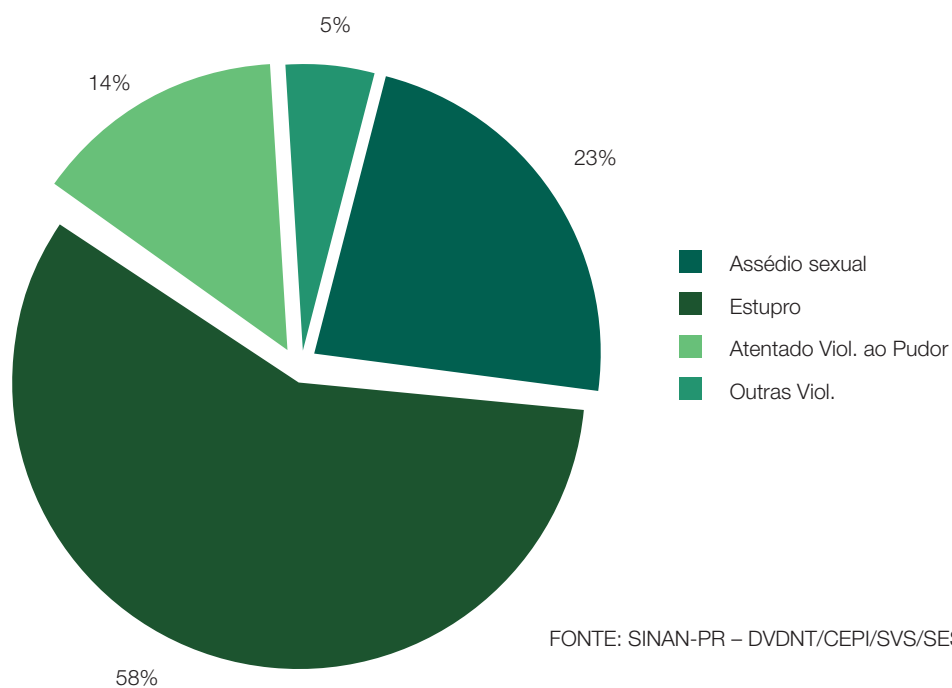


GRÁFICO 4

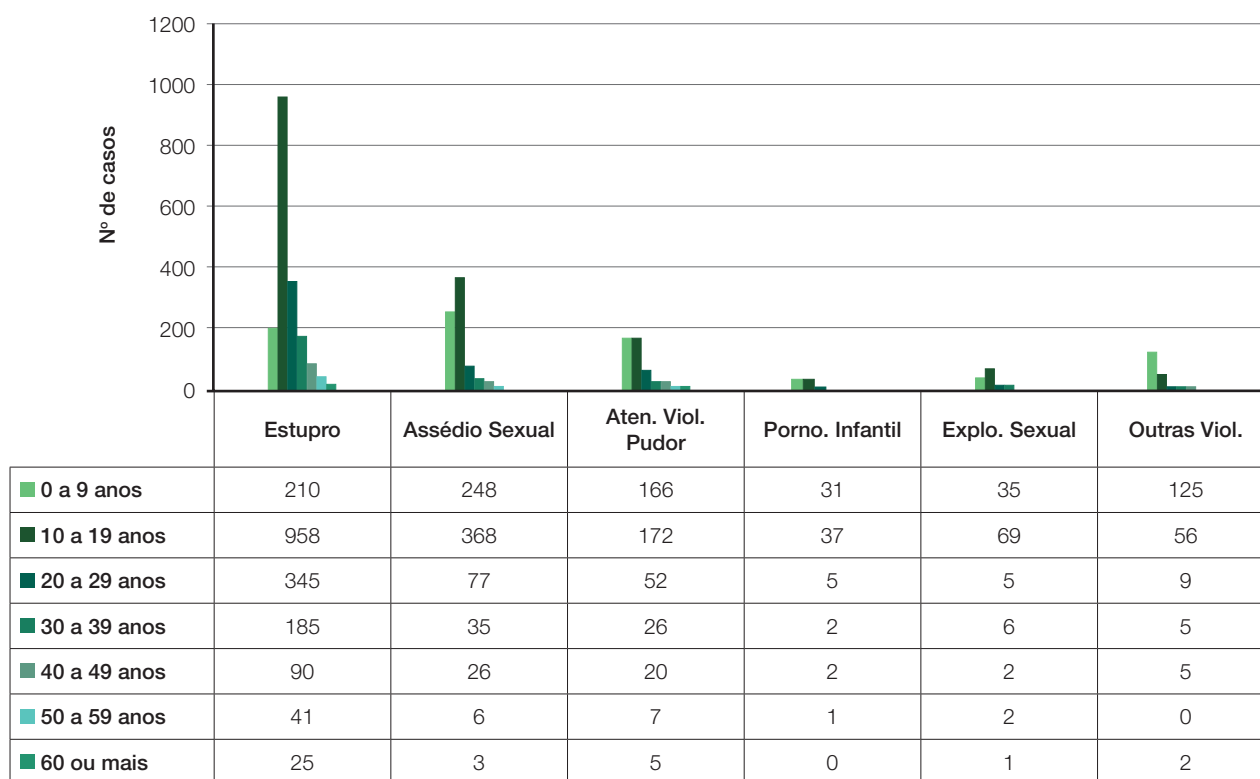
Proporção de Tipo de Violência Sexual Contra a Mulher, PR 2010 a 2012



A faixa etária de maior ocorrência de estupros é de 10 a 19 anos (1.336 casos, somando-se estupro e atentado violento ao pudor), seguida da faixa etária de 20 a 29 anos (422 casos, somando-se estupro e atentado violento ao pudor), ou seja, na fase das mulheres adolescentes e jovens adultas (Gráfico 5).

GRÁFICO 5

Violência Sexual Contra Mulher Segundo Tipo e Faixa Etária no PR, 2010 a 2012

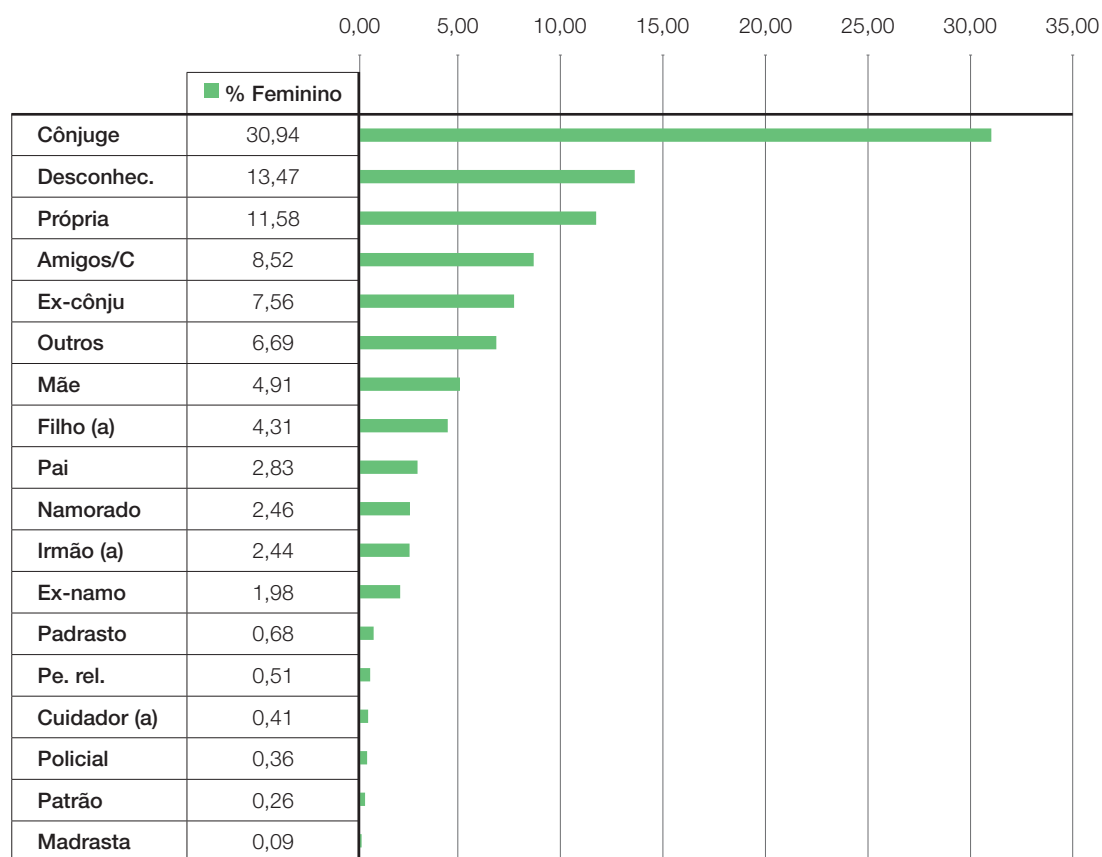


FONTE: SINAN-PR – DVDNT/CEPI/SVS/SESA-PR

Observa-se que, em relação ao vínculo da vítima com o provável agressor (Gráfico 6), o cônjuge é o principal responsável, representado 30,94% do total dos casos, seguido do agressor desconhecido, com 13,47% dos casos. A própria pessoa aparece na sequência (11,58%), nos casos de tentativa de suicídio e depois os amigos/conhecidos, totalizando 8,52% dos casos.

GRÁFICO 6

Violência Doméstica, Sexual e Outras Contra a Mulher segundo
Vínculo do Provável Agressor por Fx Etária no 2010 – 2012



FONTE: SINAN-PR – DVDNT/CEPI/SVS/SESA-PR

Em relação ao local de ocorrência da violência doméstica e sexual, constata-se que a grande maioria dos casos de violências acontece nas residências, representando 70,48%, seguido de casos em via pública, com 17,87% no período de 2010 a 2012, conforme é possível observar na Tabela 1.

Tabela 1		
NOTIFICAÇÃO DE VDS CONTRA A MULHER ACIMA DE 15 ANOS SEGUNDO LOCAL DE OCORRÊNCIA, 2010 A 2012		
Local de Ocorrência	Feminino	%Feminino
Residência	6388	70,48
Via pública	1620	17,87
Outros	507	5,59
Bar ou Similar	252	2,78
Comércio/Serviços	121	1,34
Escola	85	0,94
Local de prática esportiva	42	0,46
Habitação Coletiva	26	0,29
Indústrias/construção	22	0,24
Total	9063	100

FONTE: SINAN/DVDNT/CEPI/SVS/SESA-PR (BANCO DE DADOS 01/02/13)

Observa-se que em 46,97% dos casos notificados entre 2010 e 2012 a violência contra a mulher ocorreu mais de uma vez, foram 4191 casos de violências reincidentes.

INVESTIGAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS – SINAN-NET				
FREQUÊNCIA POR SEXO 2010-2012 (DE 16 ATÉ MAIS DE 80 ANOS)				
Sexo	Masculino	%Masculino	Feminino	%Feminino
Ign/Branco	483	14,44	941	10,55
Sim	764	22,84	4191	46,97
Não	2098	62,72	3790	42,48
Total	3345	100	8922	100

FONTE: SINAN/DVDNT/CEPI/SVS/SESA-PR (BANCO DE DADOS 01/02/13)

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo nos permite uma breve análise da situação das violências atendidas no setor saúde pelos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN-NET-PR, período de 2010 a 2012. Mesmo considerando que uma análise da situação das violências atendidas no setor saúde com base nesse sistema ainda é prematura – por estar em processo de implantação no Estado do Paraná, cujo início se deu em 2009, é possível fazer algumas reflexões sobre a violência contra a mulher e o setor saúde a partir desses dados. Alertamos que a presente análise não representa a realidade da violência de gênero no Paraná, mas apenas os casos notificados neste período.

Os dados permitem aferir que a violência não atinge a população de forma homogênea. Variações acontecem dependendo do sexo, idade, cor, local de moradia, tipo de ocupação, condições sociais e econômicas, entre outros fatores. A violência doméstica e sexual configura-se como violência de gênero; atinge mais as mulheres e meninas dentro dos domicílios. A notificação no SINAN-NET permite dar visibilidade a este tipo de violência silenciada, conhecer a sua magnitude, caracterizar o perfil das pessoas vitimizadas e o dos agressores. Também auxilia a elaboração de políticas públicas para o seu enfrentamento no setor saúde, especialmente por uma Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência Doméstica e Sexual.

Ressalta-se ainda a necessária construção de uma interdisciplinaridade e intersetorialidade na intervenção e na construção de políticas públicas para o enfrentamento da violência doméstica e sexual contra a mulher e seus condicionantes sócio-históricos, projeto que não se faz sem indicadores e nem apenas teoricamente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **VIVA: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

GOMES, R. *A mulher em situações de violência sob a ótica da saúde*. In: MINAYO, M.C. S.; SOUZA, E. R. (Org.). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

GOMES, R.; MINAYO, M.C. S.; SILVA, C. F. R. *Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

KRUG, E. G. et all. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde – OMS; 2002.

Organização dos Estados Americanos – OEA. Comissão Interamericana dos Direitos Humanos. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher**. Convenção de Belém do Pará. Washington-DC: OEA, 1994. Disponível em: <<http://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/m.Belem.do.Para.htm>>. Acessado em: 04/07/2013

MAFIOLETTI, T.M. Violência doméstica contra a mulher um problema de saúde pública – a situação do Paraná. In.: **Anais eletrônicos / Seminário Internacional Fazendo Gênero 9: diásporas, diversidades, deslocamentos**. Florianópolis: UFSC, 2010.

MINAYO, M. C. S. Inequality, violence and ecology in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 241-250, 1994.

Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – SESA-PR. **Atenção à mulher em situação de violência – Linha Guia**. – Paraná, 2012.

SCHAIBER & D'OLIVEIRA. A.F.P.L. *Violência contra mulheres: interfaces com a saúde*. In.: **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. 3(5): 11-26. 1999.

A NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE NO PARANÁ:

ARTIGO 03

UM PANORAMA DOS DADOS DO SINAN-NET – PERÍODO DE 2010 A 2012

Emerson Luiz Peres¹

Marcos Serafim Furtado²

Terezinha Maria Mafioletti³

Alice Eugênia Tisserant⁴

¹ Psicólogo da Divisão de Doenças e Agravos não Transmissíveis (DVDNT), do Centro de Epidemiologia (CEPI), da Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS), da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR). Mestre em Psicologia da Infância e da Adolescência – emersonperes@sesa.pr.gov.br

² Psicólogo da DVDNT / CEPI / SVS / SESA-PR – marcosfurtado@sesa.pr.gov.br

³ Enfermeira da DVDNT / CEPI / SVS / SESA-PR. Mestre em Saúde Coletiva – terezinham@sesa.pr.gov.br

⁴ Enfermeira. Chefe da DVDNT / CEPI / SVS / SESA-PR. Especialista em Saúde Pública – alicet@sesa.pr.gov.br

RESUMO

Este artigo tem como objetivo um debate sobre os dados da violência contra crianças e adolescentes pelo setor saúde, através da Ficha de Notificação/Investigação da Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências, no Estado do Paraná. Das 24.154 notificações realizadas de 2009 a 2012, 49,7% são situações de violências ocorridas contra crianças e adolescentes. Observou-se que o sexo feminino é a principal vítima de violência doméstica e sexual em praticamente todas as faixas etárias. Quanto ao tipo, a negligência/abandono ocupa o primeiro lugar, com 33,51%, seguido por violência física, sexual e psicológica, respectivamente 26,42%, 17,69% e 15,92%. Na distribuição por ciclo de vida, percebem-se diferenças na incidência do tipo de violência, sendo que a infância parece ser o mais vulnerável. Dentre as formas de violência sexual contra a criança e o adolescente, a principal é o estupro. Esses dados estimulam a implantação e implementação da notificação de violência como estratégia intersetorial para o conhecimento da realidade sobre a violência contra crianças e adolescentes nos municípios do Paraná.

Palavras-chave: Notificação da Violência; Criança; Adolescente; Saúde.

1. A VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE: UMA BREVE INTRODUÇÃO

A violência contra crianças e adolescentes está assentada na violação dos direitos da criança e do adolescente; na desconsideração do lugar da infância e da adolescência no processo de desenvolvimento humano, para a construção de um sujeito saudável e feliz. Assim, toda violência contra crianças e adolescentes é também uma questão social.

De modo geral, a violência é uma forma de relação social e está inexoravelmente atada ao modo pelo qual os homens produzem e reproduzem suas condições sociais de existência (PERES, 2008). Minayo (2009) defende que a violência é um fato humano e social, é histórica, havendo formas de violência que persistem no tempo e se estendem por quase todas as sociedades, classes e segmentos sociais e, ao mesmo tempo, está dentro de cada um. A violência doméstica contra crianças e adolescentes também está dentro desse contexto: expressa relações entre classes sociais (sociedade-indivíduo) mas também expressa as relações interpessoais (indivíduo-indivíduo), ou seja, apresenta relações com a violência estrutural (de classes, raça/etnia e gênero).

O Ministério da Saúde (MS) define a violência que acomete crianças e adolescentes como “quaisquer atos ou omissões dos pais, parentes, responsáveis, instituições e, em última instância, da sociedade em geral, que redundam em dano físico, emocional, sexual e moral às vítimas” (BRASIL, 2001).

Para conceituar *violência doméstica contra crianças e adolescentes*, citamos Azevedo e Guerra, pesquisadoras da USP, que levam em consideração os fenômenos histórico-sociais para escolher a conceituação mais adequada:

“todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes que – sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima – implica de um lado numa transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento”. (AZEVEDO e GUERRA, 1995)

Assim, a violência doméstica contra crianças e adolescentes apresenta diferentes aspectos:

- *é uma violência interpessoal;*
- *é um abuso do poder disciplinador e coercitivo dos pais ou responsáveis;*
- *é um processo de vitimização que às vezes se prolonga por vários meses e até anos;*
- *é um processo de imposição de maus-tratos à vítima, de sua completa objetualização e sujeição;*
- *é uma forma de violação dos direitos essenciais da criança e do adolescente como pessoas e, portanto, uma negação de valores humanos fundamentais como a vida, a liberdade, a segurança;*
- *tem na família a ecologia privilegiada. Como esta pertence à esfera do privado, a violência doméstica acaba se revestindo da tradicional característica de sigilo.* (GUERRA apud PERES, 2008)

Os estudiosos da área costumam dividir em quatro tipos as chamadas expressões de violência, como forma de facilitar sua compreensão e o desenho das diversas metodologias de enfrentamento do fenômeno. São elas: violência física, violência sexual, violência psicológica e negligência.

A seguir procuramos traçar o panorama da notificação da violência contra a criança e o adolescente pelo SINAN, levando em consideração essas questões conceituais.

2. O PANORAMA DA NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE NO PARANÁ NO SINAN-NET

A avaliação dos dados de violência contra a criança e o adolescente pelo setor saúde se dá principalmente pela da *Ficha de Notificação/Investigação da Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências*, que se configura em instrumento para as situações de violências de notificação obrigatória pelos serviços de saúde; a saber, a violência praticada contra a criança, o adolescente, a mulher e a pessoa idosa, sendo que o Ministério da Saúde regulamentou essa obrigatoriedade de notificação através da Portaria nº 104 MS/GM, de 25 de janeiro de 2011.

A análise da situação das violências atendidas no setor saúde com base nesse sistema ainda é prematura, pois estes dados não representam a realidade da violência doméstica e sexual no Paraná – considerando que esta notificação ainda está em processo de implantação no Estado do Paraná¹. Podemos apenas fazer algumas considerações sobre a violência contra a criança e o adolescente no setor saúde decorrente dos casos notificados até o momento. Ainda assim, esses dados podem dar elementos para entender o perfil dos casos atendidos nos serviços de saúde. Desta forma, no presente texto, levaremos em conta especialmente as notificações de 2010 a 2012.

Considerando que os números gerais da notificação de violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais e autoprovocadas, bem como os dados de municípios notificadores, já foram apresentados em texto anterior², é importante destacar que das 24.154 notificações realizadas de 2009 a 2012, 11.788, ou seja, cerca de 49,7%, são situações de violência ocorrida contra crianças e adolescentes.

Como exemplo, podemos analisar os dados de 2011, em que foram 5.522 notificações de violências no SINAN pelos municípios do estado. Em números absolutos, a maior incidência é entre 30 e 39 anos (com destaque para as mulheres), depois em adolescentes de 15 a 17 anos, seguido da faixa etária de 12 a 14 anos. Se considerarmos a faixa dos 12 aos 17 anos (adolescência), as notificações correspondem a 22,07% do total. Dos zero aos 11 anos (infância), esse número é de 21,28%. Percebe-se que a violência notificada está presente em todos os ciclos de vida, mas tanto nos homens como nas mulheres os mais afetados são a infância, a adolescência e o jovem adulto.

¹ A implantação da notificação de violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais e auto-provocadas junto ao SINAN teve início no final de 2008, sendo 2009 o ano inicial para a construção de uma base de dados sobre a notificação de violência no Brasil e no Paraná. Os dados de 2010 a 2012 são os anos mais significativos em relação à notificação; no entanto, os dados de 2011 e 2012 eram considerados preliminares no momento de sua extração para a presente análise (01/02/2013).

² Veja o capítulo 1 “Vigilância de Violências e Acidentes no Paraná: Perfil Epidemiológico da Morbimortalidade por Causas Externas”.

**Tabela 1 – Violência Doméstica, Sexual e Outras
por Idade detalhada segundo Sexo no Paraná, 2011**

Fx Etária / Sexo	Ignorado	Masculino	%Masculino	Feminino	%Feminino	Total	%Total
menor de 01 ano	7	169	10,17	190	4,94	366	6,63
1 a 3	1	77	4,63	143	3,72	221	4,00
4 a 6	0	81	4,87	111	2,88	192	3,48
7 a 11	0	173	10,41	223	5,79	396	7,17
12 a 14	0	153	9,21	372	9,66	525	9,51
15 a 17	0	275	16,55	419	10,89	694	12,57
18 a 20	0	91	5,48	284	7,38	375	6,79
21 a 24	0	107	6,44	326	8,47	433	7,84
25 a 29	2	94	5,66	391	10,16	487	8,82
30 a 39	1	166	9,99	686	17,82	853	15,45
40 a 49	0	108	6,50	380	9,87	488	8,84
50 a 59	0	68	4,09	183	4,75	251	4,55
60 a 69	0	48	2,89	88	2,29	136	2,46
70 a 79	0	34	2,05	32	0,83	66	1,20
80 anos e mais	0	18	1,08	21	0,55	39	0,71
Total	11	1.662	100,00	3.849	100,00	5.522	100,00

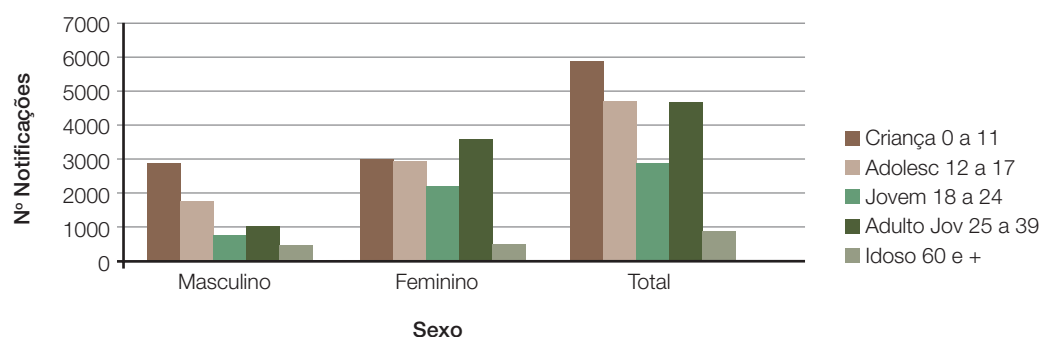
FONTE: SINAN/DVDNT/CEPI/SVS/SESA-PR³

Observa-se que o sexo feminino é a principal vítima de violência doméstica e sexual em praticamente todas as faixas etárias, inclusive em crianças (zero a 11 anos) e em adolescentes (12 a 17 anos).

No Gráfico 2 podemos observar a distribuição das notificações, de 2010 a 2012, em cada ciclo de vida da população paranaense. As crianças aparecem em primeiro lugar, quando isolamos o sexo masculino e ao analisarmos o somatório das notificações, sugerindo ser o ciclo de vida mais vulnerável.

Os meninos adolescentes aparecem em segundo lugar no número de notificações, quando analisando separadamente ou no somatório dos gêneros, no total representando 24,74% do número de violências notificadas, seguido pelo ciclo de vida do adulto jovem com 24,36%. As mulheres de 25 a 39 anos ocupam o terceiro lugar no total de notificações, impulsionado pelo índice de 29,63%, que representa o primeiro lugar quando analisamos separadamente o sexo feminino.

GRÁFICO 2 – Violência Doméstica e Sexual e Ciclo de Vida no PR, 2010-2012

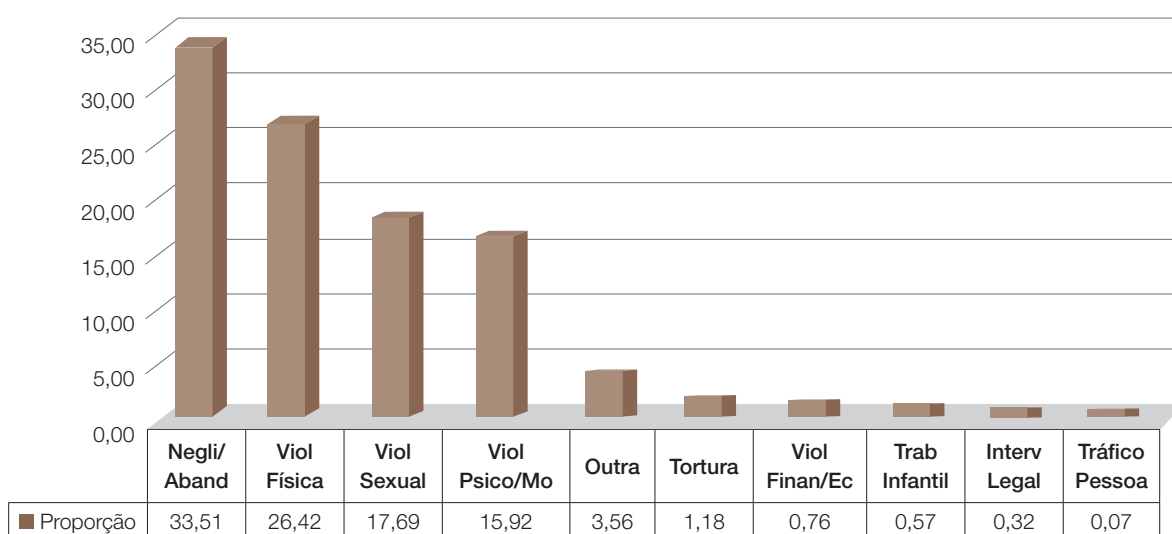


FONTE: SINAN/DVDANT/CEPI/SVS/SESA-PR

³ Todos os dados apresentados nesse trabalho são preliminares e referentes ao banco de dados de 01/02/2013.

Quando analisamos a notificação de violências contra crianças e adolescentes nos anos de 2009, 2010, 2011 e 2012 (Gráfico 3) a *negligência e/ou o abandono* ocupa o primeiro lugar, representando 33,51% das notificações. Logo a seguir, temos a *violência física*, a *violência sexual* e a *violência psicológica e/ou moral*, respectivamente 26,42%, 17,69% e 15,92%, denotando os maiores índices de ocorrência.

GRÁFICO 3 – VDS de Crianças e Adolescentes por Tipo de Violência no PR – 2009-2010 2011-2012



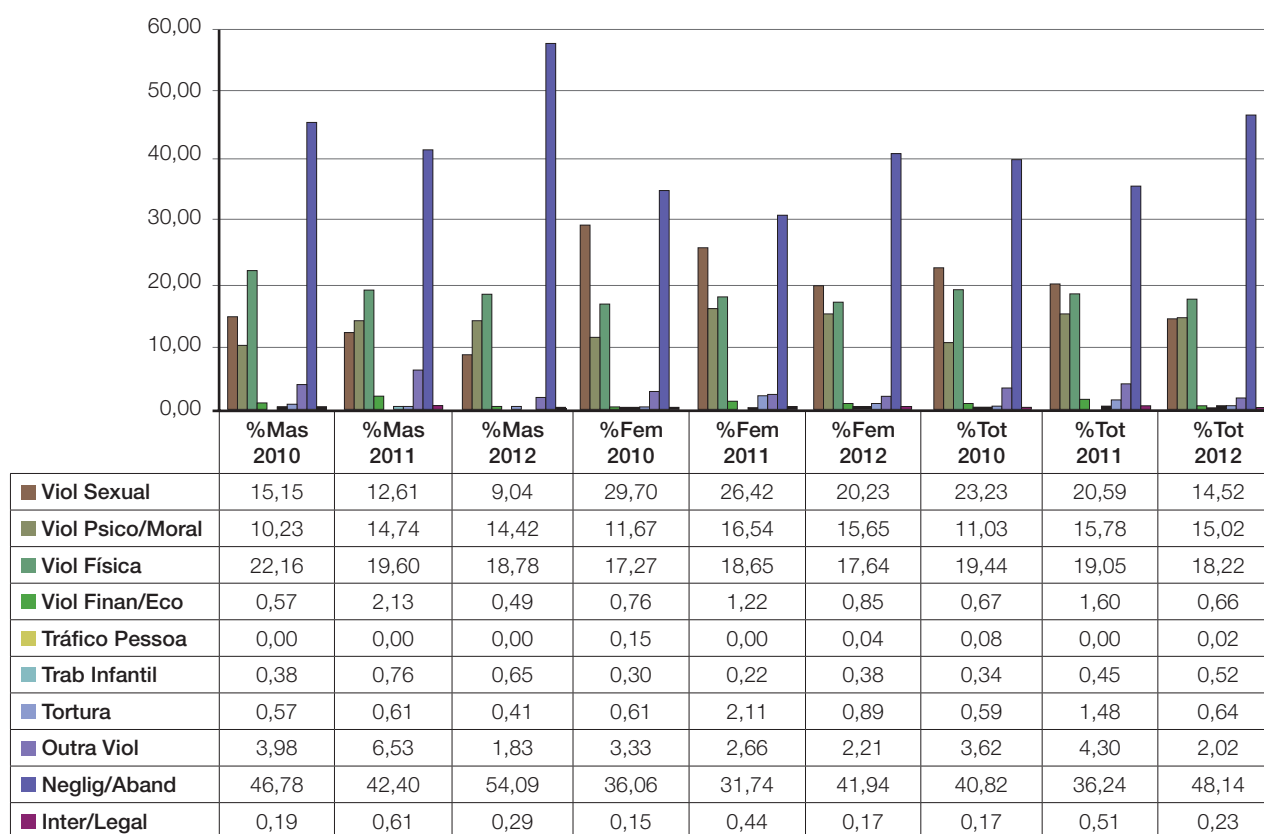
FONTE: SINAN/DVDANT/CEPI/SVS/SESA-PR

Os tipos de violências se apresentam diferentemente de acordo com o ciclo de vida e o sexo da pessoa vitimizada.

No Gráfico 4, observamos a proporção do tipo de violência por sexo e percebemos que a *negligência* é a violência mais praticada contra as crianças. Nos anos de 2010 a 2012, em ambos os gêneros, a *negligência/abandono* foi a violência mais notificada. Em 2010, a negligência/abandono representou 40,82%, em 2011, 36,24% e em 2012, 48,14% do total de notificações desses anos.

A *violência física* ocupou o segundo lugar nos anos de 2010, 2011 e 2012 para o sexo masculino. Para o sexo feminino, o segundo lugar é ocupado pela *violência sexual* nos três anos citados. Quando somados ambos os sexos, proporcionalmente a *violência sexual* manteve-se no segundo lugar em 2010 e 2011, mas passou para o terceiro lugar no ano de 2012, sendo ultrapassada pela *violência física*, que aparece em segundo lugar.

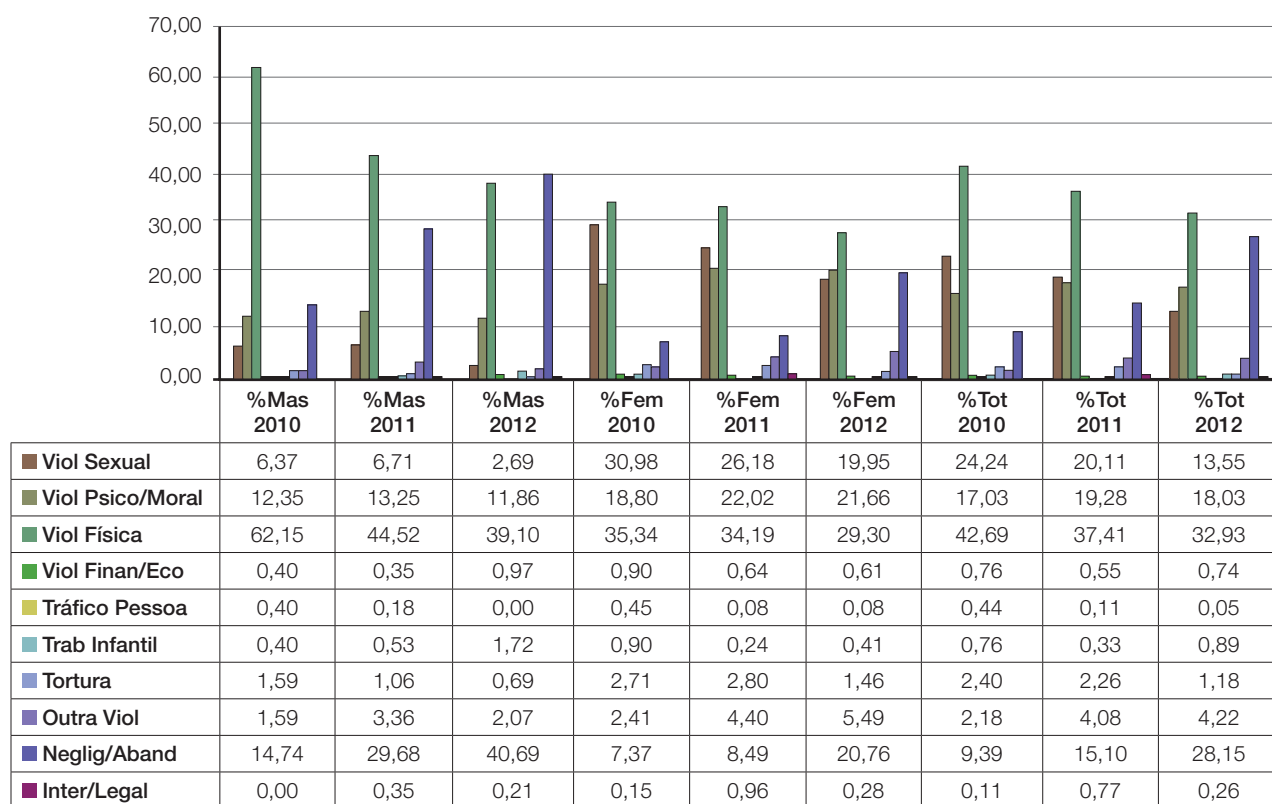
GRÁFICO 4 – Proporção de Tipo de Violência Notificada Contra Crianças (0 a 11 anos) segundo sexo no Paraná, 2010, 2011 e 2012



FONTE: SINAN/DVDANT/CEPI/SVS/SESA-PR

Observamos no Gráfico 5 que, na adolescência, a forma predominante de violência é a *física* (no sexo masculino e no feminino); no entanto, o segundo e o terceiro tipo nessa fase é a *violência sexual* e a *violências psicológica e/ou moral* (principalmente nas meninas), seguida da *negligência e/ou abandono* (que aparece mais entre os meninos).

GRÁFICO 5 – Proporção de Tipo de Violência Notificada Contra Adolescentes (12 a 17 anos) segundo sexo no Paraná, 2010, 2011 e 2012

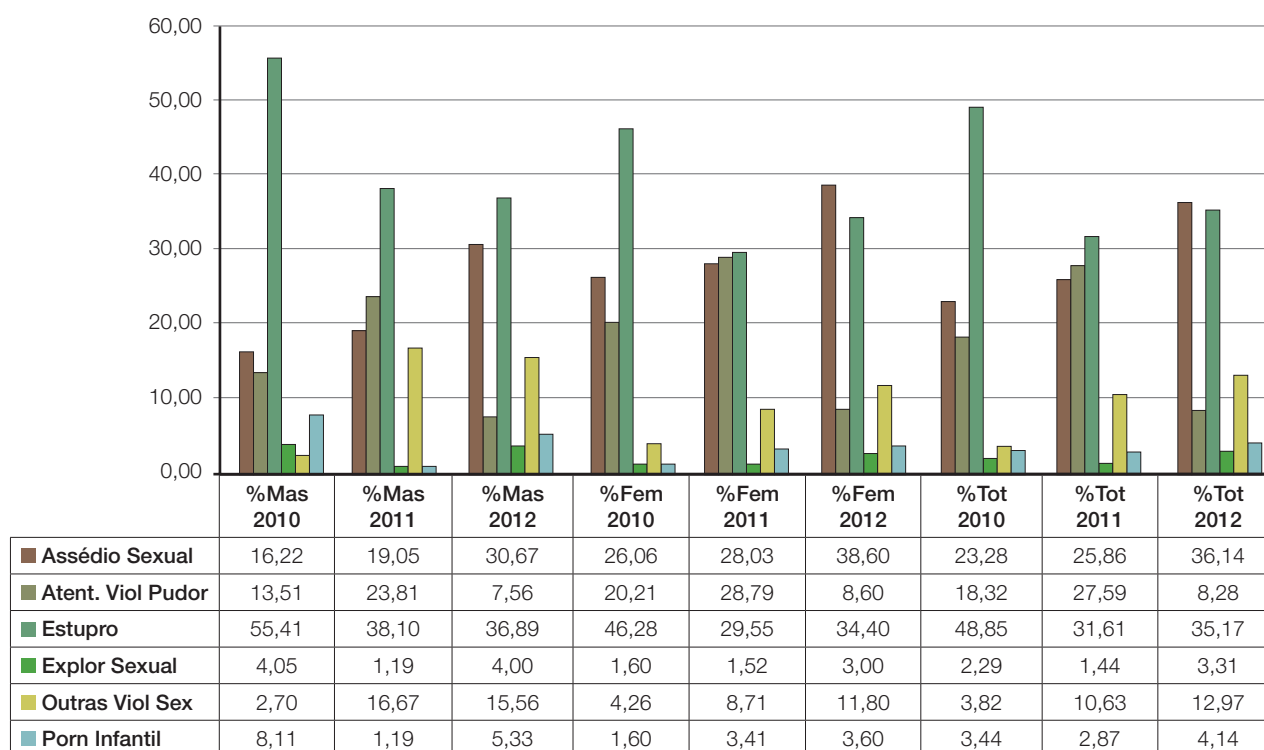


FONTE: SINAN/DVDANT/CEPI/SVS/SESA-PR

Quando analisamos o total das notificações de adolescentes nos anos de 2010, 2011 e 2012, podemos observar o crescente aumento de notificações de *negligência ou abandono*: 9,39 %, 15,10% e 28,15% nos respectivos anos. Isso ocorre em ambos os sexos, com aumento mais expressivo no masculino. Já o número de notificações de *violência física* apresentou leve diminuição ao longo dos anos – quando observamos o total, e expressiva diminuição quando observamos o sexo masculino. A *violência sexual* também apresentou leve diminuição no período analisado, sendo menos expressivo no sexo feminino. Já o registro de *violência psicológica ou moral* teve aumento de 2010 para 2011 e leve decréscimo de 2011 para 2012, em ambos os sexos e no total.

Dentre as formas de violência sexual contra a criança e o adolescente, a principal é o estupro – que, de acordo com legislação de 2009, passou a incluir também o *atentado violento ao pudor*.

GRÁFICO 6 – Proporção de Tipo de Violência Sexual Contra Crianças (0 a 11 anos) segundo sexo no Paraná, 2010, 2011 e 2012

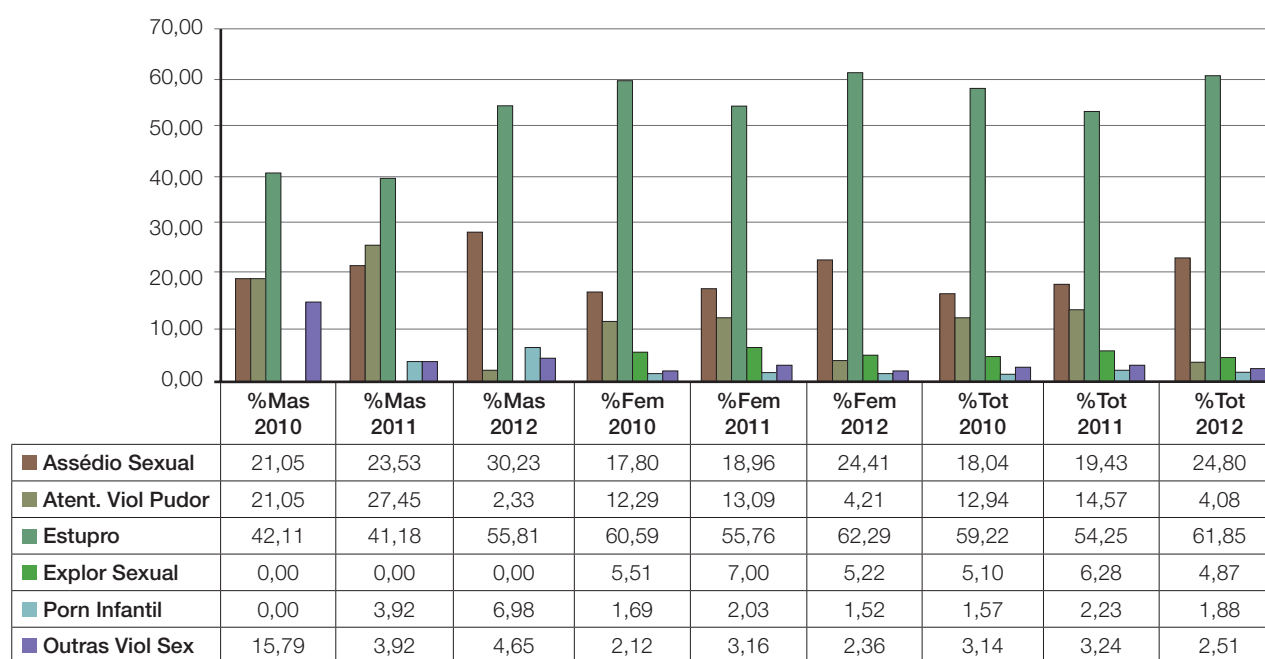


FONTE: SINAN/DVDANT/CEPI/SVS/SESA-PR

No Gráfico 6, verificamos que, nas crianças, a violência sexual mais presente é o *estupro*, seguido de *assédio sexual* e *outras violências sexuais*.

Observa-se que a notificação da violência sexual de *assédio sexual* vem aumentando no período em questão, seja no somatório ou na distribuição separada por sexo. Já o *estupro*, de 2010 para 2012, apresentou diminuição de 18,52% no sexo masculino. No sexo feminino, ocorreu diminuição de 2010 para 2011, aumentando em 2012.

GRÁFICO 7 – Proporção de Tipo de Violência Sexual Contra Adolescentes (12 a 17 anos) segundo sexo no Paraná, 2010, 2011 e 2012

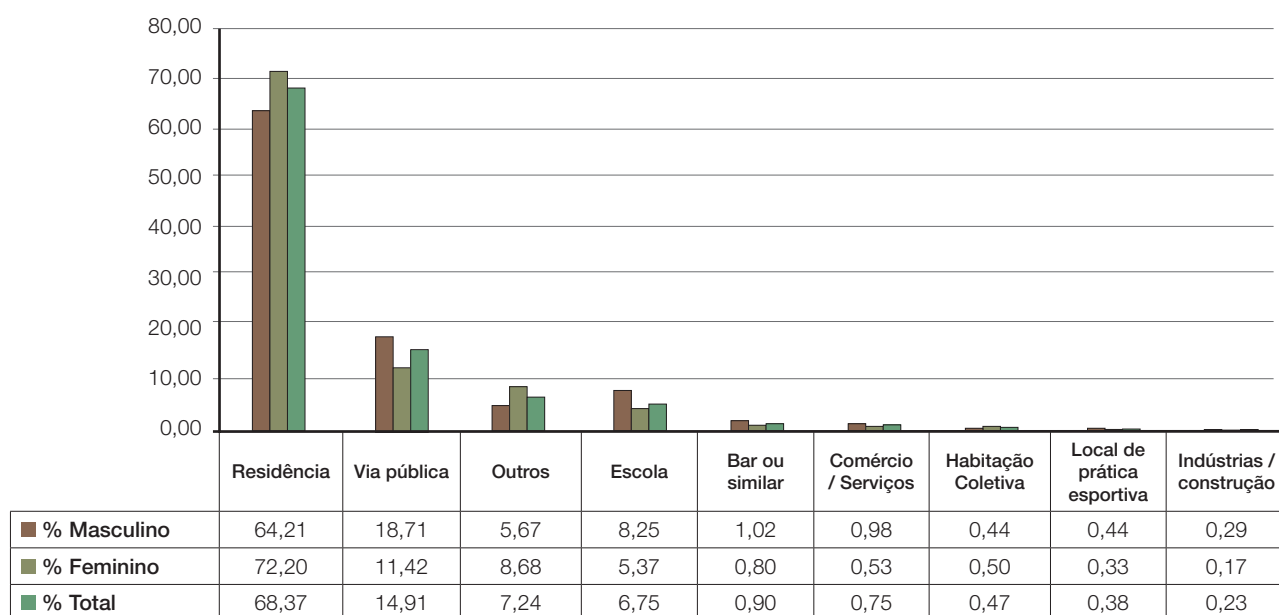


FONTE: SINAN/DVDANT/CEPI/SVS/SESA-PR

Conforme o gráfico acima, o *estupro* predomina em todos os anos dos adolescentes, em ambos os sexos e no somatório, com destaque para as adolescentes, em que mais da metade das notificações de violência sexual é por *estupro*. Com a união da categoria tipificação *atentado violento ao pudor* ao *estupro*, esse índice chega perto de 70% em alguns casos.

Diferente das crianças, a análise dos dados nos adolescentes indica que a violência sexual de *estupro* não tem diminuído ao longo dos anos. Nas adolescentes, ocorreu uma leve diminuição de 2010 para 2011, mas em 2012 houve um aumento, superando o índice de 2010.

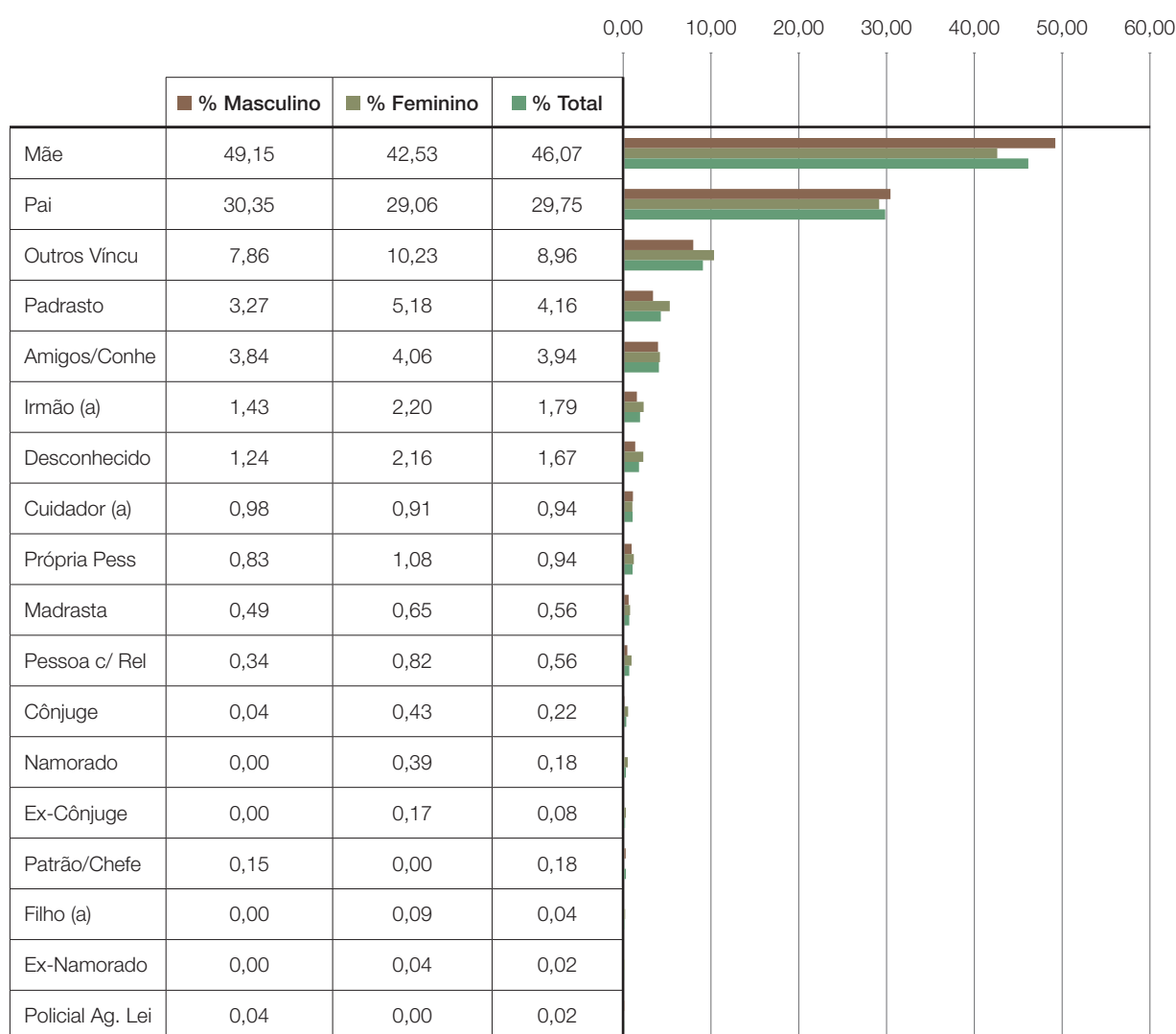
GRÁFICO 8 – Proporção de Casos de Violências Notificados Segundo Local de Ocorrência e Sexo de Crianças e Adolescentes em 2012



FONTE: SINAN/DVDANT/CEPI/SVS/SESA-PR

Os dados de locais de ocorrência da violência em 2012 mantêm a mesma classificação dos dois anos anteriores. A *residência*, que deveria ser um local exclusivamente de proteção para as crianças e adolescentes, aparece como espaço de maior incidência das violências notificadas em ambos os sexos. Depois aparecem a *via pública*, *outros* locais e a *escola*. No entanto, observamos considerável decréscimo de ocorrência na *via pública* e da categoria *outros*, enquanto há significativo aumento das ocorrências nas *residências* e nas *escolas*.

GRÁFICO 9 – Proporção de Casos de Violência por Vínculo-Grau de Parentesco segundo Sexo de Crianças em 2012



FONTE: SINAN/DVDANT/CEPI/SVS/SESA-PR

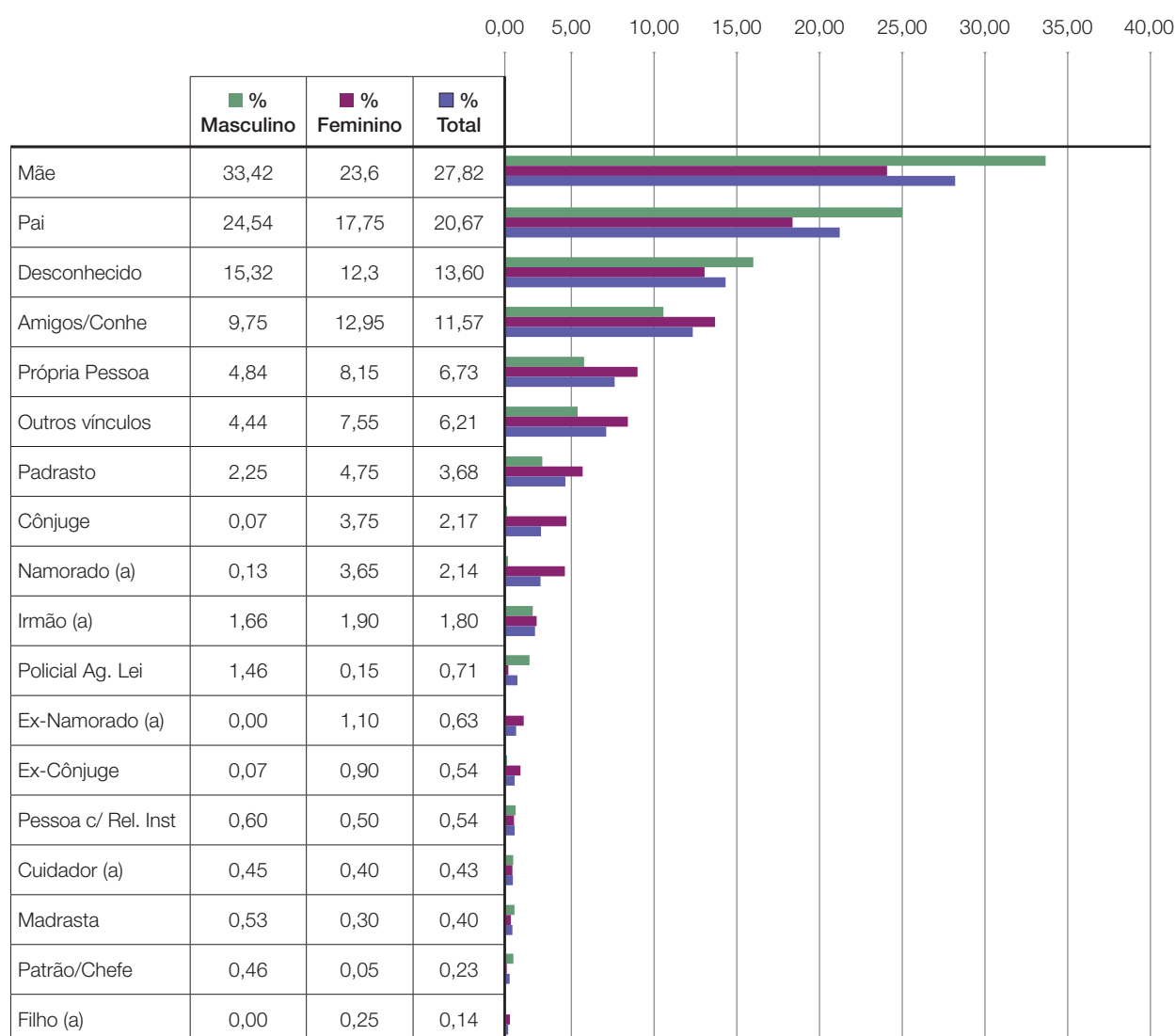
O Gráfico 9 apresenta os prováveis autores das violências contras as crianças em 2012. Tanto nos meninos, como nas meninas, os pais aparecem como os maiores autores de violência, tendo a *mãe*, depois o *pai*, seguido de pessoas com *outros vínculos*. O *padrasto*, os *amigos e conhecidos*, os *irmãos*, *desconhecidos*, *cuidadores* e demais agentes possuem inexpressiva incidência.

Diante da vulnerabilidade das crianças e da necessidade de cuidado, os seus maiores autores de agressão são propriamente os que deveriam cuidar e proteger. A mãe talvez apareça em primeiro lugar por estar associada à negligência e abandono, sendo esta a maior violência notificada.

Nos adolescentes (Gráfico 10) a incidência e a distribuição dos índices de prováveis autores de agressão sofre alteração quando comparados aos das crianças. No ano de 2012, os pais ainda apresentam-se

como os maiores autores de agressão, sendo em primeiro a *mãe* e em segundo o *pai*. Já o terceiro maior agressor passa a ser os *desconhecidos*, seguidos dos *amigos/conhecidos* e da *própria pessoa*, caracterizando a tentativa de suicídio.

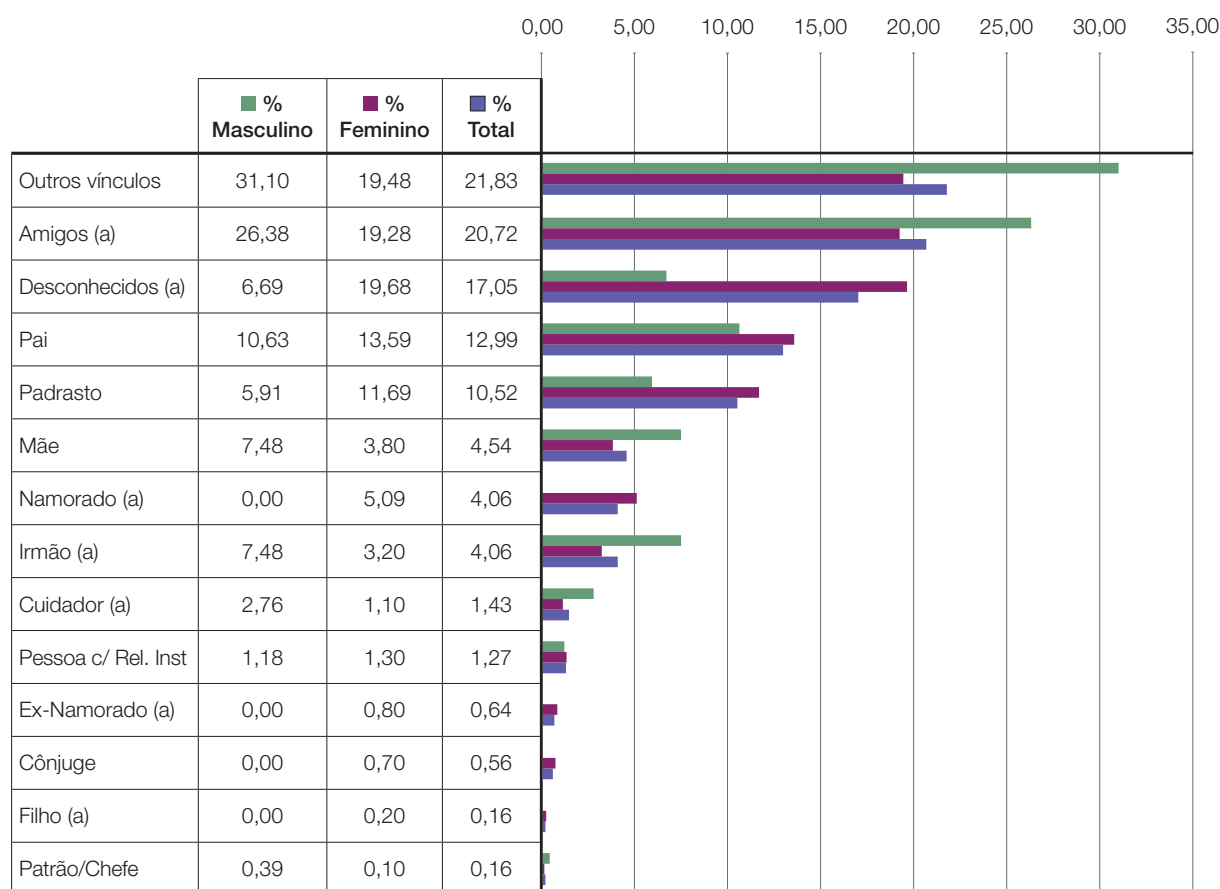
GRÁFICO 10 – Proporção de Casos de Violência por Vínculo-Grau de Parentesco segundo Sexo de Adolescentes em 2012



FONTE: SINAN/DVDANT/CEPI/SVS/SESA-PR

Quando isolamos os dados dos prováveis autores de violência sexual, eles divergem dos dados de todas as violências. Os principais autores deixam de ser o pai e a mãe, passando a ser pessoas com algum vínculo com essas crianças e adolescentes (categoria *outros vínculos*), seguido de os *desconhecidos*, *amigos ou conhecidos*, e depois o *pai* e o *padrasto*.

GRÁFICO 11 – Proporção de Notificações de Violência Sexual por Tipo de Agressor de Crianças e Adolescentes em 2012

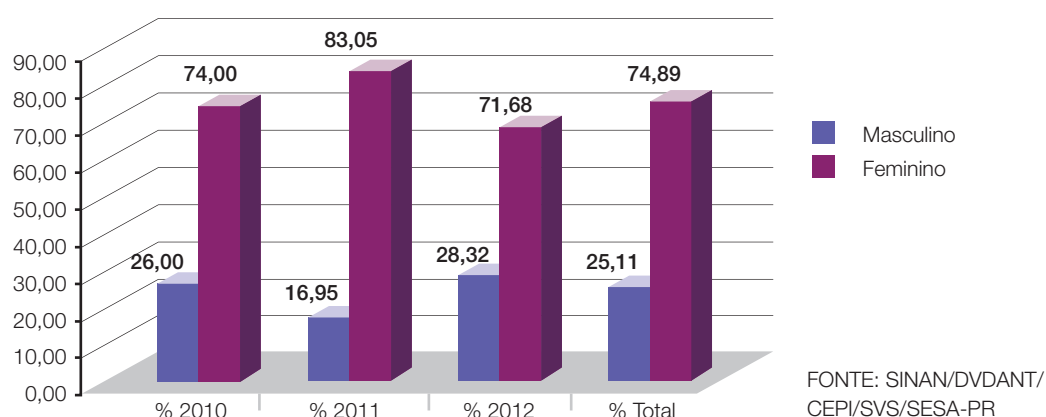


FONTE: SINAN/DVDANT/CEPI/SVS/SESA-PR

O ano de 2012 apresenta alteração na prevalência dos prováveis autores de violência sexual em crianças e adolescentes (Gráfico 11). A categoria pessoas com *outros vínculos* ocupa agora o primeiro lugar. Em seguida, a distribuição é semelhante aos anos anteriores: *amigos(a)*, *desconhecidos(a)*, *pai*, até o *padrasto*. Houve aumento da indicação da *mãe* como agressora, que passou do oitavo para o sexto lugar na comparação do ano anterior.

O Gráfico 12 apresenta as notificações de lesão autoprovocada em adolescentes (características das tentativas de suicídio), nos anos de 2010, 2011 e 2012 no Paraná. Os dados revelam uma proporção muito maior de notificações das meninas adolescentes: no total, quase três vezes maior que entre os meninos adolescentes. No ano de 2011, enquanto os meninos apresentaram o menor valor nos três anos, as adolescentes apresentaram o maior dos anos analisados.

GRÁFICO 12 – Proporção de Lesão Auto Provocada segundo Sexo, de Adolescentes nos anos de 2010, 2011 e 2012



3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme comentado anteriormente, os dados apresentados aqui não expressam a realidade da violência contra crianças e adolescentes no Paraná, pois esta é uma análise de apenas um sistema de informação – a notificação do atendimento de violência que se dá principalmente em serviços de saúde e que está em processo de implementação. Para uma vigilância epidemiológica das violências em crianças e adolescentes mais completa e apurada, é importante considerar outras fontes de informação, tais como: o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), o Sistema de Informações Para Infância e Adolescência (SIPIA), dados de boletins de ocorrência de delegacias e outros serviços da Segurança Pública, do Disque Direitos Humanos (*Disque 100*) e do Disque Denúncia do Paraná (*Disque 181*), entre outros, como registros de atendimentos nos CREAS e nas redes estadual e municipais de Educação.

No entanto, esses dados podem nos dar elementos para entender o perfil dos casos atendidos nos serviços de saúde, e oferecer subsídios para a organização da rede de cuidados às crianças e adolescentes em condição de vitimização para diferentes formas de violências e suas famílias, bem como da estruturação de serviços de atendimento aos agressores, que também necessitam de cuidados.

Importante ressaltar que essa notificação, obrigatória às unidades de saúde desde 1990 com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, pode transcender a saúde, sendo a ficha de notificação do SINAN um excelente instrumento de gestão e de serviço a ser usado em outras unidades de atendimento a crianças e adolescentes, tais como Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI), escolas municipais, escolas estaduais, conselhos tutelares e delegacias especializadas. O movimento de implantação dessa ficha em outros setores deve acontecer articulado com a área de saúde e com a organização de um fluxo de atenção e atendimento às crianças e adolescentes em situação de violência. Nessa perspectiva intersetorial, a ficha de notificação também pode ser um elemento motivador da articulação da rede de proteção, atenção e prevenção de violências contra crianças e adolescentes, de forma a reforçar (onde já existe) ou a estimular (onde ainda não existe) a organização das redes.

Acreditamos que esses dados podem estimular os gestores a perceberem a necessidade de fortalecer a vigilância de violências pela implementação da notificação de violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais e autoprovocadas e pela análise das informações, para construir um perfil mais realista da situação de violência contra crianças e adolescentes em seus municípios, subsidiando ações e políticas públicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, M. A. e GUERRA, V. N. A. **A Violência doméstica na infância e na adolescência**. São Paulo: Robe, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM nº 737 de 16/05/01, publicada no DOU nº 96 seção 1E de 18/05/01**. 2ª ed. Brasília: Editora do MS, 2005 (Série E. Legislação de Saúde)

MINAYO, M. C. *Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde*. In.: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. (Orgs.) **Impactos da Violência na Saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro-RJ: Fundação Oswaldo Cruz; Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2009.

PERES, E. L. Da violência estrutural à violência doméstica contra crianças e adolescentes: aspectos conceituais. In.: SILVA, P. V. B.; LOPES, J. E.; CARVALHO, A. (Orgs.) **Por uma escola que protege: a educação e o enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes**. Ponta Grossa / Curitiba: UEPG / Cátedra UNESCO de Cultura da Paz UFPR, 2008.

VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA:

ARTIGO 04

UMA PERSPECTIVA NO ESTADO DO PARANÁ

Amélia Cristina Dalazuana Souza Rosa¹

Cidete Maria Chiapetti Casaril²

Emerson Luiz Peres³

Schirley Terezinha Follador Scremin⁴

¹ Psicóloga, especialista em Psicopedagogia; técnica da Divisão de Atenção à Saúde do Homem e da Divisão de Atenção à Saúde do Idoso – DVASH e DVASI/DEAP/SAS/SESA-PR – ameliarosa@sesa.pr.gov.br

² Assistente Social, especialista de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde ENSP/FIOCRUZ; técnica do Departamento de Promoção da Saúde – DEPS/SAS/SESA-PR – cidetecasaril@sesa.pr.gov.br

³ Psicólogo, mestre em Psicologia da Infância e da Adolescência; técnico da Divisão de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DVDNT/CEPI/SVS/SESA-PR – emersonperes@sesa.pr.gov.br

⁴ Fisioterapeuta, gerontóloga pela SBGG, especialista em Saúde Coletiva, Fisioterapia em Gerontologia e Fisioterapia Respiratória; coordenadora da Divisão de Saúde da Pessoa com Deficiência e Restrições da Mobilidade – DVDRM/DACC/SAS/SESA.

RESUMO

Este artigo¹ tem como objetivo abordar a questão da violência contra idosos no Estado do Paraná e orientar os profissionais de saúde a respeito da legislação pertinente e da atenção e cuidado necessários. A questão foi analisada com base em dados levantados a partir dos sistemas de informação do SUS, do serviço Disque Idoso Paraná, do Disque 100 do Governo Federal e de revisão bibliográfica sobre o tema. No decorrer do trabalho, apontamos as situações que envolvem os idosos e as perspectivas legais que embasam a abordagem dos profissionais no enfrentamento desta questão.

Palavras-chave: Violência; Idosos; Saúde.

¹ Esse artigo foi resultado do esforço e colaboração de diferentes gestores e profissionais de saúde da SESA-PR. Assim, os autores agradecem a cooperação de Maria Cristina Fernandes Ferreira, Maria Cristina Tanaka Arai, Adriane Miró, Rubens Bendlin e Nádia Cristina Tadra.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma das mais significativas tendências do século XXI e apresenta implicações importantes para a sociedade e para as políticas sociais. Esta é uma realidade nos países desenvolvidos e nos países em desenvolvimento, onde está progredindo rapidamente, como é o caso do Brasil.

O envelhecimento pode ser considerado como:

“Um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência – o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requiera assistência – senilidade”. (BRASIL, 2007, pag. 08)

A conquista da longevidade deve-se a vários fatores relativos ao desenvolvimento, entre eles, o acesso à alimentação de qualidade, ao saneamento básico, à educação, aos avanços da medicina e da tecnologia e às condições socioeconômicas, essenciais para esta questão. Por outro lado, o declínio das taxas de fecundidade e a diminuição da mortalidade têm contribuído para o envelhecimento geracional.

A expectativa de vida ao nascer aumentou substancialmente em todo o mundo. Atualmente a média é de 78 anos nos países desenvolvidos e 68 anos de idade naqueles em desenvolvimento. Estima-se que em 2050, o número esteja por volta de 83 anos e 74 anos respectivamente.

No Brasil, de acordo com o Estatuto do Idoso (Lei Federal 10.741, de 01/10/2003), são consideradas pessoas idosas aquelas com idade igual ou superior a 60 anos. Segundo dados do Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 20,6 milhões de indivíduos estão nesta faixa etária. Destes brasileiros, aproximadamente 44,1% (7,37 milhões) são homens e 55,9% (9,36 milhões) são mulheres. Estes dados demonstram o aumento da população idosa nos últimos 40 anos, ou seja, em 1970 as pessoas com 60 anos ou mais representavam 5,1% da população e em 2010, passaram a representar 10,8%.

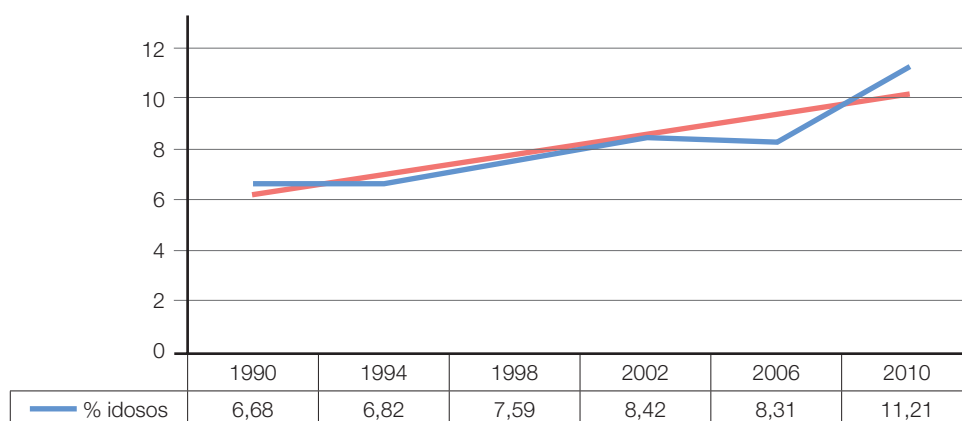
Outro dado importante a destacar é a quantidade de mulheres idosas da população. A proporção feminina, que em 1970 era de 51,5% da população com idade igual ou superior a 60 anos, chegou a 55,5% em 2010.

No Estado do Paraná também é significativo o aumento da população idosa, que hoje representa 12,9% da população geral (dados da PNAD – 2012), o que o coloca acima da média nacional.

Em 1990, a população de idosos no Paraná era de 559.028 e a população total era de 8.368.181. Em 2010, a população geral era de 10.444.526 e destes, 1.170.955 eram idosos, indicando a tendência de crescimento da população idosa em relação à população geral, quase dobrando seu percentual nos últimos dez anos, conforme indica o Gráfico 1.

GRÁFICO 1 – Proporção de Idosos em Relação à População Geral do Paraná, série histórica 1990-2010

Percentual de idosos em relação à população geral, Paraná, 1990-2010



FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE – DATASUS – INFORMAÇÕES DE SAÚDE – POPULAÇÃO RESIDENTE PARANÁ

Tais informações evidenciam que o envelhecimento populacional e suas consequências não podem ser ignorados. Esse fenômeno quantitativo repercute nas formas de visibilidade social desse grupo etário e na expressão de suas necessidades.

Os dados mostram a necessidade de atuação intersetorial, ou seja, do trabalho interdisciplinar entre as diferentes áreas do conhecimento, entre os quais a saúde, para atender as necessidades desta população.

2. Violência contra a pessoa idosa: características e questões conceituais

A violência contra a pessoa idosa é um problema universal que atinge pessoas de todas as classes socioeconômicas, etnias e religiões, variando apenas em grau e intensidade. Ela está diretamente relacionada aos estereótipos culturais, é permeada por preconceitos e envolve questões de gênero, sexualidade, conflitos geracionais e familiares.

Segundo Minayo (2003), a violência é uma noção referente aos processos e às relações sociais, interpessoais, de grupos, de classes, de gênero, ou objetivadas em instituições, quando empregam diferentes formas, métodos e meios de aniquilamento de outrem ou de sua coação direta ou indireta, causando danos físicos, mentais e morais.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências assume a violência como fenômeno de conceituação complexa, polissêmica e controversa, e o considera um evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes e nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si próprio ou a outros (Brasil, 2005).

A Rede Internacional para a Prevenção dos Maus-Tratos contra o Idoso define maltrato ao idoso como um ato único ou repetido, ou omissão que lhe causa dano ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança (MINAYO, 2003).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza o fenômeno da violência a partir de suas manifestações empíricas: autoprovocada – dirigida pela pessoa contra si mesma; interpessoal – violência nas relações; coletiva – violência no âmbito da sociedade (KRUG et al, 2002).

Quanto a sua natureza, a violência contra a pessoa idosa tem as seguintes definições:

- *a violência física é definida como o conjunto de ações levadas a cabo com intenção de causar dor física ou ferimentos ao idoso, da qual são exemplos, entre outros, as punições físicas (bater, esbofetear), empurrar, atirar um objeto e sub ou sobremedicar;*
- *a violência psicológica, emocional e/ou verbal descreve todas as ações que infligem sofrimento, angústia ou aflição, através de estratégias verbais ou não verbais, como são exemplo as ameaças, a humilhação, a intimidação e a manipulação, entre outros;*
- *a violência sexual refere-se ao envolvimento da pessoa idosa em atividades sexuais para as quais não deu consentimento, que não quer e/ou cujo significado não compreende, tais como a intimidade não consentida, o assédio sexual ou a violação, entre outros;*
- *a violência econômica ou financeira inclui o uso ilegal ou inapropriado, por parte de cuidadores e/ou familiares, de bens, fundos ou propriedades da pessoa idosa, de que são exemplo, entre outras atividades, o roubo, a venda de propriedades ou a transferência de dinheiro sem o consentimento do proprietário;*
- *a negligência constitui outra dimensão da violência, que compreende a recusa, omissão ou ineficácia na prestação de cuidados, obrigações ou deveres à pessoa idosa, e inclui, entre outros exemplos, a recusa/omissão de alimentação, recusa/omissão de suporte material e emocional e a negligência no nível dos cuidados de higiene e de saúde. (PEREL-LEVIN, 2008 apud SANTOS et al, 2013, p. 56)*

Além das situações ligadas ao processo de envelhecimento, como as modificações fisiológicas e as patologias consideradas típicas das pessoas idosas, elas também são suscetíveis ao fenômeno da violência. Este problema é devastador para a saúde, pois além do impacto na qualidade de vida e dos traumas físicos e psicológicos que a violência traz, há um aumento dos índices de morbidades e mortalidade entre os idosos.

Espíndola e Blay (2007) ressaltam que do ponto de vista da saúde global, as diferentes formas de violência contra o idoso comprometem sua qualidade de vida, acarretando somatizações, transtornos psiquiátricos e morte prematura.

Uma parcela significativa da violência contra esse grupo é realizada pelos familiares no ambiente doméstico, de forma silenciosa, sem ser denunciada aos órgãos competentes ou notificada pelos serviços de saúde, o que a transforma num grande problema de saúde pública.

A subnotificação da violência contra o Idoso passa por delicadas questões familiares que muitas vezes impedem o idoso de fazer a denúncia, seja por medo, constrangimento ou temor de punições e retaliações de seus agressores que são, frequentemente, os próprios cuidadores. Há também aqueles que sofrem maus-tratos e nem se dão conta disso, pois a agressão não é física, mas realizada de outras maneiras, como psicológica, econômica ou por negligência, e acabam por nunca denunciar.

A subnotificação da violência contra a pessoa idosa “deve-se também ao não reconhecimento por parte de alguns profissionais da saúde, muitas vezes despreparado para identificar o problema” (BARCELOS e MADUREIRA, 2013, 132).

3. Marcos legais para o enfrentamento à violência contra a pessoa idosa

A partir da Constituição Federal do Brasil de 1988, outras leis ordinárias surgiram com o objetivo de regular as normas que dão garantia aos direitos das pessoas idosas no Brasil.

A Lei federal nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, dispõe sobre a *Política Nacional do Idoso*, que tem por objetivo assegurar os direitos sociais, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. O Decreto Federal nº 1.948, de 3 de julho de 1996, regulamentou essa Lei definindo as competências das diferentes políticas públicas. No Paraná, a Lei Estadual nº 11.863, de 23 de outubro de 1997, dispõe sobre a *Política Estadual dos Direitos do Idoso* e adota outras providências.

Em 1º de outubro de 2003, a Lei nº 10.741 cria o Estatuto do Idoso, regulando os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Dentre estes direitos, estabelece orientações e diretrizes para a atuação dos órgãos públicos e da sociedade civil para coibir as diferentes formas de violência contra a pessoa idosa.

O artigo 19º do Estatuto do Idoso – inserido no Capítulo IV – Do Direito à Saúde, alterado pela Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011, determina que os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos deverão ser notificados pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária e comunicados aos órgãos competentes.

No artigo 47, o Estatuto se refere às linhas de ações da política de atendimento ao idoso, na qual destacamos os *serviços especiais de prevenção e atendimento às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão*.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), aprovada pela Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001, estabelece algumas diretrizes gerais que visam à orientação do setor saúde para fazer frente aos agravos acidentais e violentos.

A *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa* (PNSPI), por meio da Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, busca garantir atenção adequada e digna para a população idosa brasileira (em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS), e direciona medidas individuais e coletivas em todos os níveis de atenção à saúde.

A Portaria MS/GM nº 528, de 1º de abril de 2013, define regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e, nos artigos 3º e 8º, orienta quanto à organização do *Serviço de Atenção Integral para Pessoas Idosas em Situação de Violência Sexual*.

4. Impactos da violência na saúde da pessoa idosa: algumas considerações epidemiológicas

A violência contra os idosos é muito mais presente e intensa do que os números revelam. Os registros de morte e de morbidade por *causas externas* referem-se, exclusivamente, aos casos de lesões, traumas ou fatalidades que passam pelos serviços de saúde ou IML, constituindo-se na ponta do iceberg de uma cultura relacional de dominação, de conflitos intergeracionais e de negligências familiares ou institucionais. Desta forma, um olhar epidemiológico sobre violências e acidentes envolvendo pessoas idosas é fundamental para o melhor entendimento e para a problematização do fenômeno.

A análise das causas externas de morbimortalidade e seus fatores de risco baseia-se em diferentes sistemas de informação. As principais fontes de informações dessa vigilância no Brasil são os dados da

declaração de óbito e da autorização de internação em hospitais públicos – fornecidos, respectivamente, pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e pelo Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) – e da *Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências* – fornecida pelo Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET), gerenciados pelo MS.

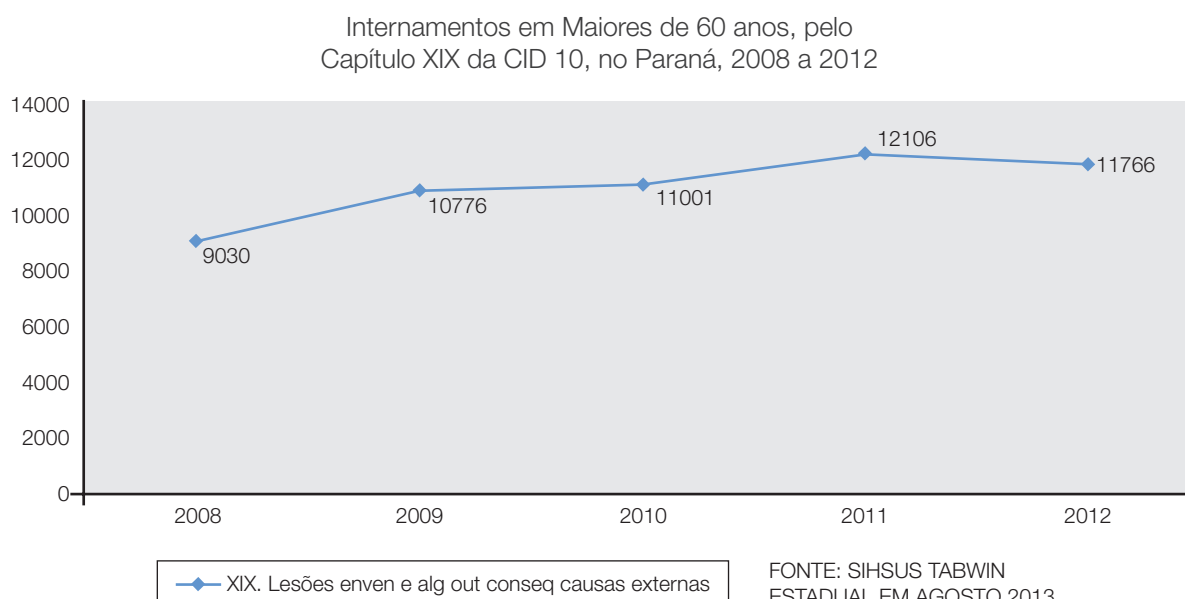
Ressalta-se que essa vigilância propõe-se, além de obter informações sobre o comportamento desses agravos, a subsidiar políticas públicas de enfrentamento do problema numa perspectiva inter-setorial e com base no direito à saúde e à vida, incentivando a formação de redes de atenção e proteção às pessoas em situação de violência e acidentes para garantir atenção integral, promoção da saúde e cultura de paz (BRASIL, 2009, 2010 e 2013).

Embora não constituam o grupo com maior risco de morrer ou sofrer ferimentos por causas externas, os idosos também são afetados, o que implica perdas humanas e atendimentos de maior complexidade.

Os dados estaduais de 2011 do SIM apontam as causas externas como o sétimo grupo de causas de óbitos na população idosa masculina e o oitavo na feminina do estado. Entre essas causas, as *quedas* são as principais responsáveis pela mortalidade de pessoas com 60 anos ou mais, com 38% do total das 1.594 declarações de óbitos por causas externas em idosos naquele ano. A causa seguinte são os *acidentes de transporte*, com 33,7%. Se analisarmos mais detalhadamente (classificação CID10 3C), percebemos que as seis primeiras causas externas de morte são acidentes: 1ª, *outras quedas do mesmo nível* (16,6%); 2ª, *queda do mesmo nível por escorregão, tropeço ou passo em falso* (9,7%); 3ª, *queda sem especificação* (6,6%); 4ª, *acidente de transporte de carro não especificado* (5,6%); 5ª, *acidente de transporte por atropelamento por automóvel pick-up ou caminhonete* (5,0%); e 6ª, *acidente de transporte por atropelamento não especificado* (4,7%). A 7ª causa é *suicídio por enforcamento, estrangulamento ou sufocação*, e a 8ª é *agressão por disparo de arma de fogo não especificada*.

O Sistema de Informações sobre Internações Hospitalares (SIH-SUS) aponta um total de 339.542 internações no Paraná por *lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas* (Cap. XIX CID10) na população geral nos últimos cinco anos (2008-2012). Destas, 55.344 foram com pessoas idosas, o que corresponde a 16,3% de todos os casos. Observa-se ainda, conforme Gráfico 2, uma leve tendência de aumento no número de internações por causas externas nessa população.

GRÁFICO 2 – Número de Internações por Causas Externas na População Idosa no Paraná, série histórica de 2008 a 2012



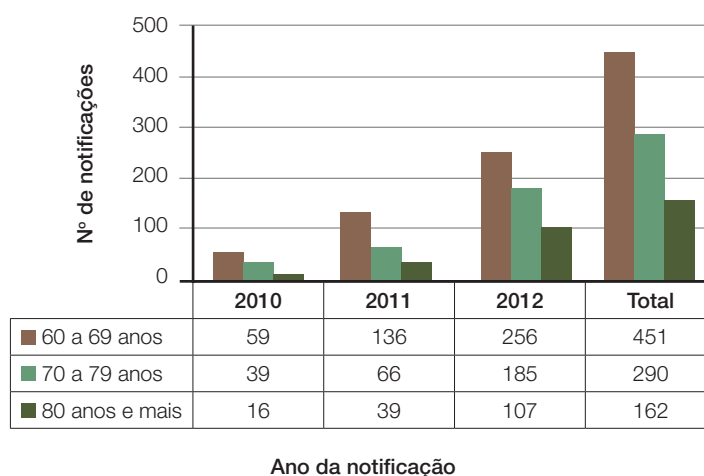
Podemos considerar, apesar do pouco tempo de implantação da notificação de violências nos serviços de saúde, os dados do VIVA-SINAN no Paraná. De 2010 a 2012 foram 21.599 notificações¹ de *violência doméstica, sexual ou outras violências interpessoais e autoprovocadas* no estado, sendo 903 notificações em pessoas de 60 anos ou mais, representando 4,19% do total. Destas, foram 360 ocorrências em idosos (39,9%) e 543 em idosas (60,1%).

Em 2010 foram 114 notificações sobre essa população; em 2011 foram 241 registros e 548 notificações no ano de 2012. Isso demonstra um aumento crescente do número de notificações nessa população, conforme se observa no Gráfico 3, podendo significar uma gradativa sensibilização sobre o tema na área de saúde, ainda que persista a subnotificação.

Como também se pode observar no Gráfico 3, a faixa etária mais atingida é a de 60 a 69 anos (49,9%), seguida da faixa de 70 a 79 anos (32,1%) e de 80 anos ou mais (17,9%).

GRÁFICO 3 – Número de notificações de violências contra a pessoa idosa segundo ano de notificação e faixa etária no Paraná, 2010 a 2012

Nº notificações de Violência contra a Pessoa Idosa segundo
Ano de Notificação e Fx Etária, Paraná – 2010 a 2012



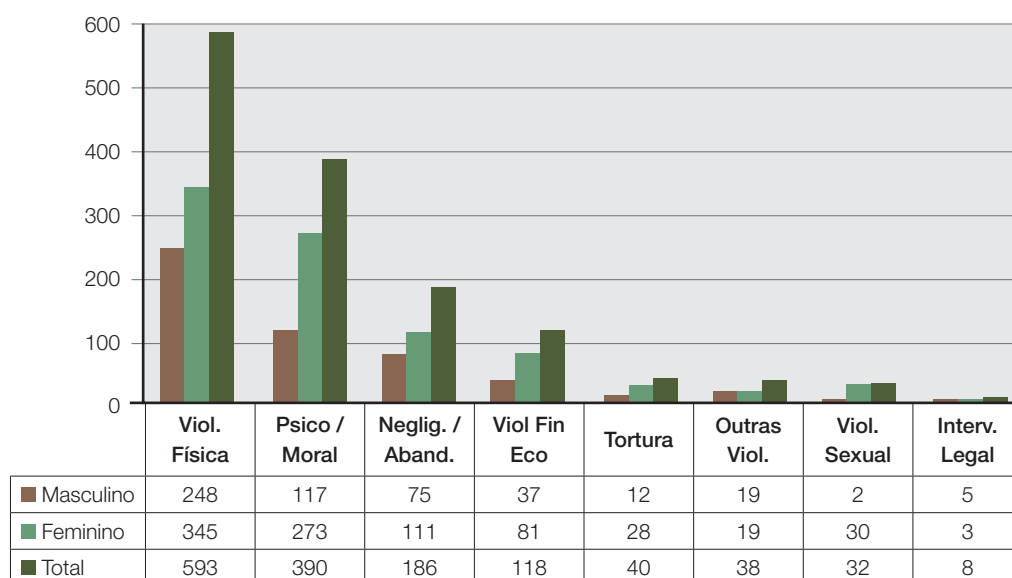
FONTE: SINAN-PR – DVDNT/CEPI/SVS/SESA-PR

Em relação ao tipo de violência, conforme Gráfico 4, em ambos os sexos observa-se a predominância dos *maus tratos físicos*, seguido da *violência psicológica ou moral*, da *negligência ou abandono* e da *violência financeira ou econômica*.

¹ Dados preliminares – banco de dados de 01/02/2013.

GRÁFICO 4 – Número de notificações de violências contra a pessoa idosa segundo tipo de violência e sexo no Paraná, 2010 a 2012

Frequência de Notificações de Idosos por Tipo de Violências segundo Sexo, de 2010 a 2012



FONTE: SINAN-PR – DVDNT/CEPI/SVS/SESA-PR

A maioria dessas situações de violência notificadas no VIVA-SINAN ocorreu na *residência* (83,1% dos casos), com 8,5% dos casos ocorrendo em *via pública* e 4,3% em *outros lugares*. Mais da metade se caracteriza por violência de repetição, ou seja, *ocorreu outras vezes* (50,4%), sendo que em 14,1% dos casos não havia informação a respeito (ignorado ou branco). Destaca-se que em mulheres essa violência de repetição aparece em 56,7% dos casos.

Outras fontes de informação são importantes como, por exemplo, o *Disque 100 – Disque Direitos Humanos*, do Departamento de Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos, da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República.

Segundo dados do Disque 100 (2012) a agressão é realizada, na grande maioria dos casos, pelos próprios filhos, sendo que mais de 60% das vítimas são mulheres com idade entre 61 e 80 anos. O local onde a violência é praticada é, em mais de 70% dos casos registrados, é a própria casa da vítima, conforme dados apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Quadro comparativo das Informações do Disque 100 no Brasil e no Paraná, 2012	
BRASIL	PARANÁ
Perfil da vítima	Perfil da vítima
64% são mulheres	62% são mulheres
18,06% estão entre 76-80 anos	18% estão entre 76-80 anos
16,05% estão entre 66-70 anos	16% estão entre 66-70 anos
14,64% estão entre 61-65 anos	17% estão entre 61-65 anos
Perfil do agressor	Perfil do agressor
42,88% são homens	46,5% são homens
41,82% são mulheres	40,4% são mulheres
11,20% 36-40 anos	A maioria tem entre 36 e 50 anos
10,80% 25-30 anos	48% filho(a)
30,31% não informada a idade	8% desconhecido
50,28% filho(a) é o agressor	7% genro/nora
Local	Local
73% casa da vítima	70,65% casa da vítima
Tipo de violência	Tipo de violência
1º negligência	1º negligência
2º violência psicológica	2º violência psicológica
3º abuso financeiro	3º abuso financeiro
4º violência física	4º violência física

FONTE: DISQUE 100 (2012)

Para Minayo (2003), entre os fatores que aumentam a chance de incidência de violência contra os idosos estão: vínculos familiares frágeis e pouco significativos; perda de contato social; diminuição da capacidade funcional; agressor e vítima viverem na mesma casa; filhos serem dependentes financeiramente de seus pais idosos; idosos dependerem da família de seus filhos para manutenção e sobrevivência; abuso de álcool e drogas pelos filhos, por outros adultos da casa ou pelos próprios idosos; história de violência na família; cuidadores terem sido vítimas de violência doméstica, idosos padecerem de depressão ou qualquer tipo de sofrimento mental ou psiquiátrico.

No Paraná, a Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos (SEJU) disponibiliza à população o *Disque Idoso Paraná*, que consiste em um serviço de atendimento telefônico e virtual gratuito, que atende pelo número 0800-410001 ou pelo e-mail: disqueidoso@setp.pr.gov.br.

O serviço Disque Idoso Paraná tem como objetivo: garantir o direito à informação à população nas questões do envelhecimento; receber e encaminhar denúncias de violação dos direitos das pessoas idosas; orientar a população sobre a legislação; grupos de afinidade; Instituições de Longa Permanência; Centros de Convivência; prestar serviços para idosos e apresentar dados que possam subsidiar ações públicas direcionadas à população idosa do estado.

No período de janeiro de 2010 a dezembro de 2012, o Disque Idoso Paraná realizou 11.733 atendimentos, entre os quais 6.668 relacionados a denúncias de maus tratos contra idosos, com o maior índice em casos de agressões verbais e psicológicas, seguidas de negligências e abandono, apropriação indébita e agressões físicas.

Estes dados nos mostram a necessidade de ações intersetoriais, principalmente com foco preventivo, que fortaleçam a rede de atenção à pessoa idosa e garantam o acesso aos serviços de sociais e de saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão realizada por este artigo visou mostrar como os fatores associados ao crescente envelhecimento populacional, dentre eles a violência contra a pessoa idosa, necessitam de uma visão mais ampla e integrada dos diferentes segmentos da sociedade.

De acordo com o *Guia Prático do Cuidador do MS* (BRASIL, 2012b), quanto mais dependente for o idoso, maior o risco de ser vítima de violência. Desta forma, a família, os cuidadores e os profissionais de saúde devem estar atentos à detecção de sinais que possam evidenciar situações de violência, mas principalmente trabalhar pela preservação da autonomia do idoso, visando à manutenção de sua qualidade de vida, seu bem estar e sua integração social.

Barcelos e Madureira (2013) alertam que, algumas vezes, os sinais de violência contra a pessoa idosa se confundem com sinais e sintomas relacionados às patologias prevalentes nessa faixa etária e, portanto, é fundamental que o profissional de saúde esteja capacitado para avaliar criteriosamente os sinais e sintomas apresentados pelo idoso e seu acompanhante e/ou cuidador (a).

Neste processo, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é um valioso instrumento que possibilita aos profissionais de saúde o planejamento e a organização de ações de saúde, bem como o acompanhamento do tratamento.

A equipe de saúde deve ficar atenta também para as “explicações” dos familiares para determinadas lesões apresentadas pelo idoso e para comportamentos negligentes, tais como: o não comparecimento do idoso às consultas ou atividades agendadas; ausência ou problemas na administração dos medicamentos e outros cuidados; perda frequente das receitas e pedidos de exames; desconhecimento ou indiferença em relação aos problemas de saúde apresentados pelo idoso; despreparo ou presença de indícios de sobrecarga psíquica do cuidador; excessiva ansiedade durante as visitas domiciliares realizadas pelos profissionais de saúde.

A violência não é um tema novo para a sociedade, mas o crescimento da população idosa e as consequências da violência nesta população são. Desta forma, o planejamento de ações de prevenção e de intervenção deve ser realizado de forma intersetorial e multiprofissional para que ocorra de forma mais efetiva e duradoura.

A abordagem interdisciplinar e intersetorial é fundamental no atendimento ao idoso vítima de violência, uma vez que cabe à equipe garantir o adequado manejo das situações, o sigilo das informações, assim como os encaminhamentos posteriores, que pretendem assegurar os direitos sociais conferidos às pessoas idosas na legislação.

Na Atenção Básica, espera-se oferecer, tanto para a pessoa idosa quanto para sua família, uma rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores, e uma atenção humanizada, com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais e às diversidades do envelhecer (BRASIL, 2007).

A saúde do idoso apresenta inúmeras particularidades que devem ser de conhecimento de todos os profissionais, em todos os pontos de atenção das redes temáticas de saúde. O acolhimento, o olhar diferenciado e a continuidade entre os diferentes níveis de atenção à saúde são fundamentais para um atendimento de qualidade.

Com os dados apresentados neste artigo fica evidente a necessidade de estratégias e ações que redefinam de forma positiva o lugar das pessoas idosas na sociedade e que privilegiem o cuidado e a proteção da pessoa idosa, tanto no grupo familiar quanto nas instituições que as atendem, nos espaços públicos e privados. Neste sentido, almejando o bem-estar e a proteção desta população, o tema “*violência e envelhecimento*” deve ser permanentemente analisado e discutido através da utilização dos sistemas de informação como instrumentos de gestão e planejamento de ações. Deve-se também viabilizar a contínua qualificação e formação dos profissionais para o adequado manejo das particularidades de saúde das pessoas idosas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARCELOS, Eulita M^a; MADUREIRA, Maria Dolores Soares. *Violência contra o idoso*. In: CHAINOWICZ, Flávio. **Saúde do Idoso**. 2^a ed. Belo Horizonte: NESCON – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva/ UFMG, 2013.

BORGES, Ana Paula Abreu; COIMBRA, Ângela Maria Castilho (Orgs.) **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Rio de Janeiro: EAD-ENSP/Fiocruz, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 3^aed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007 (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 19)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01, publicada no DOU nº 96 seção 1E de 18/5/01**. 2^a ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIVA – Vigilância de Violência e Acidentes, 2006 e 2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série G. Estatísticas e Informação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIVA – Vigilância de Violência e Acidentes, 2008 e 2009**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série G. Estatísticas e Informação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIVA – Vigilância de Violência e Acidentes, 2009, 2010 e 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia Prático do Cuidador** 3^a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. **Portaria nº 528, de 1º de abril de 2013** – Define regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

ESPÍNDOLA, Cybele Ribeiro e BLAY, Sergio Luís. *Prevalência de maus-tratos na terceira idade: revisão sistemática*. In.: **Revista de Saúde Pública** 2007; 41 (2): 301-6.

KRUG, E. G. et all. **Relatório Mundial sobre violência e saúde (World report on violence and health)**. Genebra: Organização Mundial da Saúde (World Health Organization), 2002.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Indicadores Sociais Municipais: Uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos (Orgs.). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência contra idosos: relevância para um velho problema**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3): 783-791, mai-jun, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência contra idosos**: O avesso do respeito à experiência e à sabedoria. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004

SANTOS, Ana João; NICOLAU, Rita; FERNANDES, Ana Alexandre; GIL, Ana Paula. *Prevalência da violência contra as pessoas idosas: uma revisão crítica da literatura*. In.: **Revista Sociologia, Problemas e Práticas**, n.º 72, 2013, pp. 53-77. Disponível em: <<http://sociologiapp.iscte.pt/pdfs/10340/10482.pdf>>. Acessado em 27/08/2013.

Souza, Edinilsa Ramos de e Minayo, Maria Cecília de Souza **Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil**. *Ciênc. saúde coletiva*, Set 2010, vol.15, no.6, p.2659-2668. ISSN 1413-8123

Souza, Edinilsa Ramos; LIMA, Maria Luíza Carvalho. *Indicadores epidemiológicos de morbimortalidade por acidentes e violências*. In.: NJAINE, K.; ASSIS, S. G. e CONSTANTINO, P. **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: FIOCUZ / EAD ENSP, 2009.

VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES EM SERVIÇOS SENTINELAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM CURITIBA

ARTIGO 05

INQUÉRITO VIVA 2011

Alcides Augusto Souto de Oliveira¹

Liliane Barbosa Correa²

Márcia Rocha Saad³

Telma Elaine Alves Rosa⁴

Vera Lúcia Alves de Oliveira⁵

¹ Médico, SMS Curitiba. alcoliveira@sms.curitiba.pr.gov.br

² Cirurgiã Dentista, SMS Curitiba. lcorreia@sms.curitiba.pr.gov.br

³ Bióloga, SMS Curitiba. msaad@sms.curitiba.pr.gov.br

⁴ Médica, SMS Curitiba. trosa@sms.curitiba.pr.gov.br

⁵ Cirurgiã Dentista: SMS Curitiba. voliveira@sms.curitiba.pr.gov.br

RESUMO

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes foi implantado em 2006 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de analisar a tendência das violências e acidentes, além de descrever o perfil de suas vítimas. Este artigo apresenta os principais resultados do VIVA Inquérito do ano de 2011 no município de Curitiba. Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, cujos dados foram coletados no período de 30 dias consecutivos em setembro de 2011. Do total de 1.819 atendimentos, 93,6% foram motivados por acidentes e 6,4% por eventos intencionais. Houve o predomínio de homens (64,9% e 81,3%), pessoas de 20 a 29 anos de idade (24,9% e 30,8%) e com baixa escolaridade. Os acidentes mais frequentes foram a queda e os acidentes de transporte. As agressões/maus-tratos destacaram-se entre os eventos intencionais. O VIVA inquérito configura-se como elemento fundamental para impulsionar a vigilância das causas externas e suscitar o desenvolvimento de ações voltadas para o planejamento de políticas públicas de prevenção das violências e acidentes.

Palavras-chave: Acidente; Violência; Causas Externas; Projeto Sentinela.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) foi implantado pelo Ministério da Saúde em 2006 com o objetivo de analisar a tendência das violências e acidentes, além de descrever o perfil de suas vítimas.

O VIVA possui dois componentes: 1) VIVA Contínuo, caracterizado pela vigilância contínua de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas, e 2) VIVA Inquérito, sob a modalidade de inquérito sobre violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência. O VIVA Inquérito foi realizado nos anos de 2006, 2007, 2009 e 2011 com o objetivo de caracterizar as vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência selecionados em capitais e municípios do Brasil; identificar fatores de risco e de proteção associados à ocorrência de violências e acidentes; propor medidas específicas de vigilância e prevenção de violências e acidentes e de promoção da saúde e cultura da paz.

Esta publicação apresenta os métodos e principais resultados do VIVA Inquérito realizado no ano de 2011 no município de Curitiba.

2. METODOLOGIA

O componente VIVA Inquérito é um estudo descritivo, de corte transversal. Neste artigo serão apresentados os dados referentes ao último Inquérito VIVA, realizado em 2011 em Curitiba, cujos dados foram coletados no período de 30 dias consecutivos, em turnos de 12 horas, em setembro de 2011. A população de estudo foi composta pelas vítimas de violências e acidentes (causas externas) que procuraram atendimento nos serviços de urgência e emergência ao trauma, localizados no município de Curitiba (Hospital do Trabalhador, Hospitais Universitários Cajuru e Evangélico).

Os dados foram coletados por meio de formulário padronizado e digitados no programa Epi Info 3.5.1, no Centro de Vigilância Epidemiológica do município de Curitiba.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Acidentes e Violências

Foram registrados 1.819 atendimentos, dos quais 1.702 (93,6%) foram devido a causas acidentais e 117 (6,4%) foram classificados como eventos resultantes de violência. Os acidentes mais frequentes foram: queda (35,4%) e acidente de transporte (25,6%). Entre os eventos intencionais: agressões (83,8%) e lesão autoprovocada (8,5%). O sexo masculino representou maior proporção, variando de 64,9% para os acidentes e 81,3% para as violências. Tanto nos acidentes como nos casos de violência, a faixa etária principal foi de 20 a 29 anos, com 24,9% e 30,8%, respectivamente. Quanto à escolaridade, a maior proporção de acidentes e violências foi observada entre os indivíduos que referiram ter o ensino fundamental (23,1% e 29,1% respectivamente) e ensino médio completo (22,2% e 20,5% respectivamente). Independente do evento, o veículo particular foi o meio de locomoção mais utilizado para chegar ao hospital, seguido do resgate (SIATE). No transporte de vítimas em unidades do SAMU e do SIATE (resgate), a proporção foi de violência (7,7% e 26,5% respectivamente) e por acidente (4,6% e 14,6% respectivamente). O uso de bebida alcoólica ocorreu com maior frequência entre as vítimas de violência. A suspeita de bebida alcoólica pelo paciente foi registrada em 4,9% dos atendimentos por acidentes e em 39,3% dos atendimentos por violência, sendo declarado pelo paciente em 6,1% e 38,5% respectivamente. Do total de atendimentos por acidentes, 34,4% foram considerados como evento relacionado ao trabalho. Independente do evento, a via pública aparece como o local de maior ocorrência, seguido da residência. Foram mais frequentes os atendimentos em que a vítima apresentava lesões do tipo contusão, sendo

que nos acidentes o entorse/luxação aparece com a segunda lesão mais frequente, já nos eventos violentos a segunda posição é assumida pelo corte/laceração. Nos acidentes, os membros superiores foram os mais acometidos (35,4%), seguidos dos membros inferiores (30,1%). Nos casos de violência, a região da cabeça/pescoço responde isoladamente por 41%, seguida dos membros superiores (17,9%). No período diurno predominam os atendimentos devido a eventos acidentais, variando de 23,6% no período da manhã e 39,1% no período da tarde. No período noturno, as maiores frequências foram observadas para os atendimentos de vítimas de violências, com proporção máxima entre 18 e 24 horas.

3.2 Quedas

Do total de atendimentos por acidentes nos serviços de urgência e emergência, as quedas representaram o acidente mais frequente (35,4%) e acontecem principalmente com homens (cerca de 57%) e entre adolescentes de 10 a 19 anos (20,1%). As maiores proporções de atendimentos por quedas foram observadas entre as pessoas com escolaridade da 5ª a 8ª série incompleta do ensino fundamental, seguido do ensino médio completo. Do total de atendimentos por esta causa, 21,4% foi considerada como evento relacionado ao trabalho, variando de 19,7% entre os homens a 23,6% entre as mulheres. A suspeita de consumo de bebida alcoólica pelo paciente foi observada em 4,3% dos atendimentos, sendo maior entre os homens (3,6%) do que entre as mulheres (1,5%). O consumo foi declarado por 8,1% dos homens e 2,3% das mulheres. As quedas foram predominantemente na residência (48,1%), em via pública (17,6%) e em área de comércio/serviço (14,3%). A proporção deste tipo de acidente na residência foi superior entre as mulheres (54,3%). Foram mais frequentes os atendimentos em que a vítima apresentava lesões do tipo contusão (35,8%), entorse/luxação (22,9%) e fratura (21,2%). As fraturas adquirem mais importância entre os homens (22,9%). As regiões mais acometidas foram os membros superiores (34,8%), os membros inferiores (28%) e a região da cabeça/pescoço (21,2%). A maioria das vítimas recebeu alta (76,1%) após o atendimento de emergência inicial. As maiores proporções de atendimento por quedas foram observadas nos turnos da tarde (39%) e da noite (32,8%).

3.3 Acidentes de Transporte

Os acidentes de transporte foram o segundo tipo de acidente mais frequente dos que demandaram atendimento de emergência nos serviços participantes da pesquisa (25,6%). Dentre os acidentes de transporte registrados, 301 (69%) ocorreram entre homens. O tipo de vítima mais frequente foram os condutores (66,3%), seguido dos passageiros (29,2%) e os pedestres responderam por 10,1% do total de atendimentos. A motocicleta (43,8%) foi o meio de locomoção utilizado pela maioria das vítimas de acidentes de transporte, variando de 31,1% entre as mulheres a 49,5% entre os homens. O automóvel (25,7%) foi o segundo meio de locomoção registrado. Entre as vítimas ocupantes de automóvel, 62,7% referiram o uso de cinto de segurança no momento do acidente, variando de 78,8% entre os condutores e 46,7% entre os passageiros. O uso de capacete entre os motociclistas envolvidos em acidentes foi relatado em 92,1% dos atendimentos, com pequena variação entre os condutores e as garupas. A maior proporção de atendimentos ocorreu entre adolescentes e adultos jovens. Cerca de $\frac{3}{4}$ das vítimas tinham entre 10 a 39 anos. As maiores proporções de atendimentos por acidentes de transporte foram observadas entre pessoas com ensino médio completo (26,6%) e com a 5ª a 8ª série incompleta do ensino fundamental (22,25%). Os meios de locomoção mais utilizados para chegar ao serviço de emergência foram os de resgate: o SIATE (43,8%), que se somado ao transporte realizado pelo SAMU totaliza metade dos atendimentos. O veículo particular foi o segundo mais frequente (38,3%). Do total de atendimentos por esta causa, 37,2% foram considerados como evento relacionado ao trabalho, sem variação entre os sexos. O percentual de suspeita de consumo de bebida alcoólica e de consumo declarado pelo paciente foi de 11% dos atendimentos, sendo maior entre os homens (13,3%). Foram mais frequentes os casos em que a vítima apresentou lesões do tipo contusão (37,8%), em seguida vem a fratura (18,3%)

e o corte/laceração (17,4%). Em 4,6% dos atendimentos foi constatado traumatismo crânio encefálico e em 3,9% houve politraumatismo. Os membros inferiores (31,5%) e superiores (22%) foram as regiões do corpo mais acometidas. As lesões de cabeça/face foram observadas em 16,7% dos casos. A maioria das vítimas recebeu alta (76,6%) após o atendimento de emergência inicial. A menor proporção de atendimentos por acidente de transporte foi observada no turno da manhã (21,3%) e observou-se um equilíbrio entre os turnos da tarde (12 às 18 hs), noite (18 às 24 hs) e da madrugada (24 às 6 hs).

3.4 Agressão/Maus-tratos

A agressão/maus-tratos foi o tipo de violência com a maior frequência de atendimentos (83,8%), principalmente entre os homens (79,6%) e entre adultos jovens de 20 a 29 anos (32,7%). As maiores proporções de atendimentos por agressão/maus-tratos foram observadas entre as pessoas com escolaridade da 5ª a 8ª série incompleta do ensino fundamental (27,6%) e do ensino médio completo (22,4%). Os meios de locomoção mais utilizados para chegar ao serviço de emergência foram o veículo particular (41,8%) e o SIATE (28,6%). Do total de atendimentos por agressão/maus-tratos, 15,3% foram considerados como evento relacionado ao trabalho, sem diferença entre os sexos. A suspeita de consumo de bebida alcoólica pelo paciente foi registrada em 53,8% dos atendimentos de pacientes do sexo masculino e esta suspeita não foi constatada entre as mulheres. Tal consumo foi declarado por 51,3% dos pacientes do sexo masculino e 5% do sexo feminino. Entre os homens, o local da agressão/maus-tratos foi mais frequente em via pública (59%), seguida da residência (12,8%) e do bar ou similar (10,3%). Entre as mulheres a residência é o local mais frequente (45%), seguido da via pública (30%) e a escola assume o terceiro local em importância (15%). Todas as agressões ocorridas em bar/similar aconteceram contra o homem. Foram mais frequentes os atendimentos em que a vítima apresentava lesões do tipo contusão (35,7%), corte/laceração (34,7%) e fratura (10,2%). A maioria dos casos de traumatismo crânio encefálico e a totalidade dos casos de politraumatismo aconteceu entre os homens. Independente do sexo, as regiões mais acometidas foram a cabeça/face (43,9%), os membros superiores (17,3%) e a região do tórax/dorso (10,2%). A maioria das vítimas recebeu alta (65,3%) após o atendimento emergencial. Os meios de agressão mais utilizados foram a força corporal/espancamento (59,2%), apresentando maior frequência entre as mulheres (75%). O uso de arma de fogo e o uso de objeto contundente apareceram com a mesma frequência (13,3%) e entre os homens adquiriram maior importância (14,1% e 15,4%) respectivamente, quando comparado ao sexo feminino (10% e 5% respectivamente). Os principais tipos de agressores foram identificados como desconhecido (41,8%), amigos/conhecidos (25,5%) e familiares (13,2%). Para os homens, o agressor mais frequente foi uma pessoa desconhecida da vítima (46,2%). As agressões praticadas por companheiros/ex-companheiros predominaram entre as vítimas do sexo feminino (25%).

3.5 Lesão Autoprovocada

A violência autoprovocada foi observada em dez atendimentos, existindo um equilíbrio entre os sexos. Seis atendimentos se caracterizaram como tentativa de suicídio, sendo a maior entre o sexo feminino. No sexo masculino, o uso de objeto perfurocortante foi o meio mais utilizado nas lesões autoprovocadas (quatro casos). Os meios de locomoção mais utilizados para chegar ao serviço de emergência foram o veículo particular (40%) e o SIATE (30%). A suspeita de consumo de bebida alcoólica e tal consumo foi declarado pelo paciente em três atendimentos. A totalidade da tentativa de suicídio ocorreu no ambiente doméstico. A maioria das vítimas recebeu alta (quatro casos) após o atendimento emergencial, três atendimentos evoluíram para internação hospitalar e um caso de tentativa de suicídio foi a óbito.

4. CONCLUSÃO

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMMAV), implantada no Brasil em 2001, estabeleceu diretrizes e responsabilidades institucionais inerentes à promoção da saúde e à prevenção das causas externas (violências e acidentes).

Os dados fornecidos pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e Sistema de Internação Hospitalar (SIH), utilizados para monitoramento da vigilância epidemiológica das causas externas não fornecem informações sobre as lesões de menor gravidade, que não implicam em internações ou na ocorrência de mortes. Através da implantação da Rede VIVA, em 2006, foi possível conhecer a magnitude dos eventos e variáveis envolvidas, como fatores sociais, de risco, econômicos, ambientais, entre outros. Desta forma, cria-se um perfil que possibilita o estabelecimento de estratégias de planejamento e aplicação de ações de prevenção e controle. A proposta amplia o olhar sobre o evento acidente/violência, fornecendo dados de forma mais ampla, permitindo assim uma maior efetividade das intervenções.

Dentre os principais resultados do inquérito VIVA 2011, predominaram os atendimentos de emergência decorrentes de acidentes (causas não intencionais), cujas vítimas mais frequentes eram indivíduos do sexo masculino, adultos jovens, com baixo nível de escolaridade.

Entre as vítimas de violência (causas intencionais), predominaram os homens, adultos, com baixa escolaridade. O transporte de vítimas em unidades do SIATE e SAMU ocorreu em maior proporção entre os atendimentos por acidentes, enquanto, entre os atendimentos por violência, predominaram o veículo particular e o SIATE.

As novas variáveis incluídas no inquérito de 2009 permitiram identificar o predomínio de atendimentos por acidentes no período diurno e de atendimentos de vítimas de violências durante a noite e madrugada.

Dentre os atendimentos por acidentes, predominaram as quedas, seguidas dos acidentes de transporte. As lesões por contusão foram as mais frequentes. O perfil das vítimas de acidentes evidenciou maior ocorrência entre homens e adultos jovens. Os atendimentos por violências foram mais frequentes em indivíduos do sexo masculino e adultos jovens, predominando os atendimentos decorrentes de agressões/maus-tratos, ocorridos por meio de agressão física. A proporção de atendimentos por violências envolvendo objeto contundente e arma de fogo foi maior no sexo masculino, enquanto no sexo feminino predominaram as agressões por espancamento e ameaça verbal. Para os homens, o agressor mais frequente foi uma pessoa desconhecida da vítima. As agressões praticadas por companheiro ou ex-companheiro predominaram entre as vítimas do sexo feminino. Esses resultados também são compatíveis com os achados dos inquéritos realizados em 2006, 2007 e 2009 e coincidem com as diversas publicações referentes ao tema.

A ocorrência de atendimentos que foram classificados, pelos próprios pacientes, como eventos relacionados ao trabalho, totaliza 34,4% dos atendimentos.

Nesta pesquisa, registrou-se suspeita de que o paciente havia consumido bebida alcoólica em 4,9% dos atendimentos por acidentes e 39,3% dos atendimentos por violências. Porém, ao questionar o próprio paciente sobre o consumo dessa substância, a resposta foi afirmativa em 6,1% e 38,5% dos atendimentos, respectivamente. As maiores prevalências de consumo de álcool foram observadas entre os homens. O consumo de bebida alcoólica é um importante fator de risco para a ocorrência de acidentes e agressões por estar inserido de maneira marcante nos hábitos das diferentes culturas.

Nesse sentido, o VIVA configura-se como elemento fundamental para impulsionar a vigilância das causas externas e suscitar o desenvolvimento de ações voltadas para o planejamento de políticas públicas de prevenção das violências e acidentes.

5. ANEXOS

Tabela 1 – Atendimentos por acidentes e violências em serviços sentinelas de urgência e emergência. Curitiba, 2011

CARACTERÍSTICAS	ACIDENTES (N=1702)		VIOLÊNCIAS (N=117)	
	n	%	n	%
Sexo				
Masculino	1105	64,9	92	81,3
Feminino	597	35,1	25	18,7
Faixa etária (anos)				
0 a 9	148	8,7	1	0,9
< 04	66	3,9	0	0
05 a 09	82	4,8	1	0,9
10 a 19	347	20,4	23	19,7
10 a 14	148	8,7	6	5,1
15 a 19	199	11,7	17	14,5
20 a 29	424	24,9	36	30,8
20 a 24	244	14,3	20	17,1
25 a 29	180	10,6	16	13,7
30 a 39	277	16,3	33	28,2
40 a 49	186	10,9	12	10,3
50 a 59	140	8,2	7	6,0
60 a 69	96	5,6	3	2,6
70 e +	84	4,9	2	1,7
Raça/cor da pele				
Branca	1136	66,7	76	65,0
Preta	92	5,4	7	6,0
Amarela	20	1,2	4	3,4
Parda	443	26,0	29	24,8
Indígena	6	0,4	1	0,9
Sem informação	5	0,3	0	0,0
Escolaridade (anos de estudo)				
Sem escolaridade	35	2,1	5	4,3
1ª a 4ª série incompleta do EF	163	9,6	10	8,5
4ª série completa do EF	103	6	3	2,6
5ª a 8ª série incompleta do EF	393	23,1	34	29,1
Ensino fundamental completo	126	7,4	7	6,0
Ensino médio incompleto	220	12,9	11	9,4
Ensino médio completo	377	22,2	24	20,5
Ensino superior incompleto	98	5,8	5	4,3
Ensino superior completo	73	4,3	8	6,8
Não se aplica	92	5,4	0	0,0
Sem informação	22	1,3	10	8,5

CARACTERÍSTICAS	ACIDENTES (N=1702)		VIOLÊNCIAS (N=117)	
	n	%	n	%
Meio de locomoção para chegar ao hospital				
A pé	49	2,9	7	6,0
Veículo particular	1015	59,6	46	39,3
Viatura policial	5	0,3	7	6,0
SAMU	79	4,6	9	7,7
Ambulância	89	5,2	9	7,7
Resgate	248	14,6	31	26,5
Ônibus/micro-ônibus	190	11,2	3	2,6
Outro	18	1,1	3	2,6
Sem informação	9	0,5	2	1,7
Uso de bebida alcoólica declarado pela vítima				
Sim	103	6,1	45	38,5
Uso de bebida identificado pelo entrevistador				
Sim	84	4,9	46	39,3
Possui algum tipo de deficiência permanente				
Sim	76	4,5	5	4,3
Evento relacionado ao trabalho				
Sim	585	34,4	15	12,8
Local de ocorrência				
Residência	493	29,0	28	23,9
Habitação coletiva	9	0,5	2	1,7
Escola	103	6,1	7	6,0
Área de recreação	119	7,0	1	0,9
Bar ou similar	17	1,0	8	6,8
Via pública	577	33,9	59	50,4
Comércio/serviços	289	17,0	9	7,7
Indústrias /construção	80	4,7	2	1,7
Outro	7	0,4	0	0,0
Sem informação	8	0,5	1	0,9
Natureza da lesão corporal				
Sem lesão física	70	4,1	0	0,0
Contusão	532	31,3	40	34,2
Corte/laceração	299	17,6	38	32,5
Entorse/luxação	314	18,4	2	1,7
Fratura	264	15,5	12	10,3
Amputação	9	0,5	0	0,0
Traumatismo dentário	3	0,2	0	0,0
Traumatismo Crânio-encefálico	46	2,7	9	7,7
Politraumatismo	26	1,5	5	4,3
Intoxicação	2	0,1	3	2,6
Queimadura	57	3,3	2	1,7
Outra	69	4,1	5	4,3
Sem informação	11	0,6	1	0,9

CARACTERÍSTICAS	ACIDENTES (N=1702)		VIOLÊNCIAS (N=117)	
	n	%	n	%
Parte do corpo atingida				
Boca/dentes	16	0,9	4	3,4
Outra região da cabeça/face	276	16,2	48	41,0
Pescoço	10	0,6	1	0,9
Coluna/medula	46	2,7	1	0,9
Tórax/dorso	81	4,8	11	9,4
Abdome/quadril	29	1,7	5	4,3
Membros superiores	603	35,4	21	17,9
Membros inferiores	513	30,1	7	6,0
Genitais/ânus	2	0,1	1	0,9
Múltiplos órgãos/regiões	76	4,5	18	15,4
Não se aplica	43	2,5	0	0,0
Sem informação	7	0,4	0	0,0
Evolução na emergência (primeiras 24 horas)				
Alta	1344	79,0	77	65,8
Encaminhamento ambulatorial	167	9,8	10	8,5
Internação hospitalar	159	9,3	23	19,7
Encaminhamento p/ outro serv.	5	0,3	1	0,9
Evasão/fuga	18	1,1	3	2,6
Óbito	2	0,1	2	1,7
Sem informação	7	0,4	1	0,9
Período de atendimento				
Manhã (06:00 - 11:59)	401	23,6	19	16,2
Tarde (12:00 - 17:59)	665	39,1	34	29,1
Noite (18:00 - 23:59)	534	31,4	40	34,2
Madrugada (24:00 - 05:59)	102	6,0	24	20,5

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARVALHO M.D. et al. Atendimentos por acidentes de transporte em serviços públicos de emergência em 23 capitais e no Distrito Federal, Brasil, 2009. *Carvalho M.D. et al. Epidemiol. Serv. Saúde* 21(1): 31-45, jan.-mar. Brasília 2012.

ANDRADE S.S.C.A Perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência selecionados em capitais brasileiras: Vigilância de Violências e Acidentes, 2009. *Epidemiol. Serv. Saúde* v.21 n.1 Brasília mar. 2012

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009. Brasília: MS; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007. Brasília: MS; 2009.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Atendimentos de emergência por acidentes na Rede de Vigilância de Violências e Acidentes: Brasil, 2006. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 5, p. 1657-1668. 2009.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da política nacional de redução da morbimortalidade sobre violência e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 5, p. 1641-1649. 2009.

SOUZA E R et al, Avaliação do processo de implantação e implementação do Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Volume 16 – No 1 – janeiro / março de 2007.

MALTA D.C et al. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violência no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Volume 16 – No 1 – janeiro / março de 2007.

VIGILÂNCIA DOS ACIDENTES GRAVES E FATAIS

ARTIGO 06

RELACIONADOS AO TRABALHO NO PARANÁ

Nanci Ferreira Pinto¹

¹ Assistente Social, trabalha no Centro Estadual de Saúde do Trabalhador da SESA-PR.

RESUMO

A vigilância dos acidentes relacionados ao trabalho que ocasionam amputação e óbito, no Paraná, ocorre desde 1998, e realizada pelo Comitê Estadual de Investigação de Óbitos e Amputações Relacionados ao Trabalho do Paraná. Este, por sua vez, nasceu como parte de uma estratégia de intervenção para a construção de uma Política de Saúde do Trabalhador no SUS para o Estado do Paraná, e que se pretendia ser articulada com outras instituições governamentais e não governamentais, ao mesmo tempo em que contava com a participação dos trabalhadores. Trata-se de um estudo descritivo, no qual foram analisadas as atas, boletins e fichas de investigação produzida no referido Comitê, no período de 1998 a 2011. Foram analisados os registros de 1911 amputações, 2145 óbitos e 896 óbitos por acidente de trânsito. Os dados identificam que as causas das amputações foram as máquinas em geral, por falta de proteção; com relação aos óbitos, as quedas aparecem com preponderância entre as causas. Os ramos com maior número de ocorrências para amputações, por ordem decrescente, foram: indústria da madeira, indústria de produtos alimentícios, comércio varejista e atacadista, construção civil, indústria metalúrgica, indústria de artefatos de plástico, indústria papel e papelão, agricultura. Em relação aos óbitos, os ramos mais expressivos foram: construção civil, indústria da madeira, agricultura e indústria de produtos alimentícios.

Palavras-chave: Acidentes de trabalho; Mortalidade por acidente de trabalho; Amputação; Intersetorialidade.

1. INTRODUÇÃO

O processo de organização da Saúde do Trabalhador no Paraná teve início em 1986, com a realização da 1ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador.

No período entre 1989 e 1992 começaram a ser discutidas as ações de Saúde do Trabalhador na Secretaria de Estado da Saúde – SESA e foi elaborado um documento denominado Programa de Saúde do Trabalhador que subsidiou as equipes das Regionais de Saúde e municípios a implantarem as ações em Saúde do Trabalhador.

Em 1996, a SESA em parceria com a Prefeitura Municipal de Curitiba cria o Centro Metropolitano de Apoio à Saúde do Trabalhador – CEMAST, com abrangência macrorregional e tinha como atribuições: prestar apoio à saúde do trabalhador, principalmente estabelecimento do nexo causal, nas ações de vigilância dos ambientes de trabalho e na capacitação dos técnicos dos municípios da área de abrangência do CEMAST. Em 2006 a equipe do CEMAST foi incorporada ao Centro Estadual de Saúde do Trabalhador não mais com a função de assistência e sim como órgão responsável em planejar e organizar a Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS no Estado do Paraná.

Em 1997 visando a integração dos órgãos que atuavam na vigilância dos ambientes de trabalho e investigação dos acidentes de trabalho foi criado o Comitê Estadual de Investigação de Óbitos e Amputações relacionados ao Trabalho – CEIOART.

A constituição de um comitê estadual, interinstitucional e interssetorial, com a participação de representantes de órgãos governamentais e de entidades de trabalhadores, nos anos 90, foi uma das estratégias de organização das ações de saúde do trabalhador no Paraná.

Naquele momento, avaliou-se que a análise dos dados relacionados à ocorrência de óbitos e amputações em decorrência do trabalho seria estratégica e fundamental para o planejamento de ações coletivas para a eliminação daqueles eventos.

A produção das informações levantadas ao longo do tempo, pelos serviços nem sempre tem sido tratadas no seu conjunto, tanto na perspectiva de discutir os dados epidemiológicos quanto sobre o funcionamento do Comitê, justificando assim, o presente trabalho.

O presente trabalho tem por objetivo traçar o perfil da ocorrência de óbitos e amputações no período de 1998 a 2011 a partir das fichas registradas pelo CEIOART-PR e discutir algumas ações e estratégias desenvolvidas pelo Comitê, nesse período.

2. ACIDENTES FATAIS E NÃO FATAIS OCASIONADOS PELO TRABALHO

Estudos realizados no Brasil buscam conhecer a magnitude da ocorrência de acidentes fatais e não fatais ocasionados pelo trabalho, sendo que a maioria desses estudos analisa dados da Previdência Social, o que implica considerar apenas dados do mercado formal de trabalho.

Análise dos dados da Previdência, no período de 1996 a 2000 (Santana *et al.*, 2005), indicam que a tendência cumulativa anual de acidentes de trabalho em geral – e independentemente do tempo de afastamento por incapacidades temporárias –, foi de um discreto declínio, sendo que em relação aos acidentes com incapacidade permanente, não houve alterações notáveis.

Estudos de Wunsch Filho (1999) também mostram uma tendência decrescente nos acidentes em geral. Esses autores atribuem tal declínio à alteração da legislação brasileira, à ampliação do mercado informal e à influência das mudanças tecnológicas.

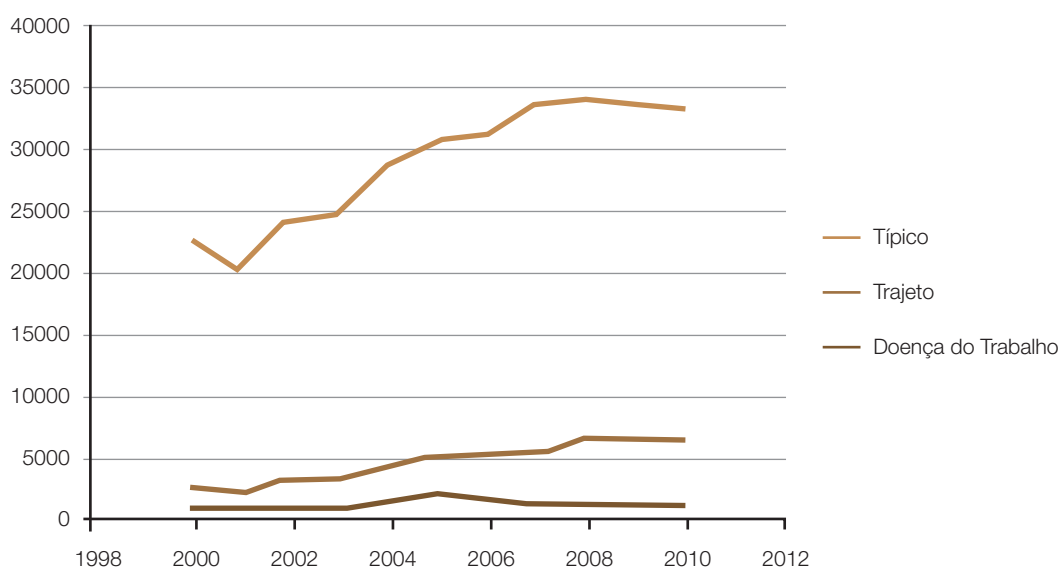
Em estudo sobre os acidentes fatais, Machado e Gomes (1994), em análise de informações provenientes dos registros da Previdência Social, identificam uma variação de coeficiente de mortalidade de 0,3064/1.000 em 1970 a 0,1984/1.000 em 1991, e uma letalidade que aumentou de 1,83% em 1970 para 7,05% em 1991. Esses dados apresentam maiores coeficientes quando comparados com outros países.

Em relação a dados mais recentes, Santana *et al.* (2005) encontram o mesmo padrão de queda do coeficiente de mortalidade e aumento da letalidade.

Tratando-se de sub-registro de óbitos, em levantamento de Santana *et al.* (2005) foram identificados estudos realizados em Porto Alegre, Curitiba, São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador, Belo Horizonte e Campinas, onde observa-se uma variação de sub-registro da Declaração de Óbito da ordem de 27% em Campinas a 81,9% em Porto Alegre.

Em relação ao Paraná, dados da Previdência Social dos acidentes de trabalho ocorridos no período de 2000 a 2010, conforme tabela abaixo demonstra que houve um aumento dos registros de acidentes típicos, de 2002 a 2009, além de uma discreta queda nos registros de doença profissional, a partir de 2006, e um aumento importante dos acidentes de trajeto.

Registro de Acidentes de Trabalho no Paraná, de 2000 a 2010



FONTE: ANUÁRIO ESTATÍSTICO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL – 2010

Em relação às taxas de incidência de acidentes de trabalho, doenças ocupacionais, acidentes típicos, incapacidade temporária, mortalidade e letalidade, ocorridas no Paraná, observa-se uma discreta diminuição no ano de 2010 em relação a 2009.

Incidência de Acidentes de Trabalho, no Paraná, nos anos de 2009 e 2010						
ANO	INDICADORES DE ACIDENTES DO TRABALHO					
	Incidência (por 1.000 vínculos)	Incidência de Doenças Ocupacionais (por 1.000 vínculos)	Incidência de Acidentes Típicos (por 1.000 vínculos)	Incidência de Incapacidade Temporária (por 1.000 vínculos)	Taxa de Mortalidade (por 100.000 vínculos)	Taxa de Letalidade (por 1.000 acidentes)
2009	24,05	0,40	14,89	20,58	9,75	4,05
2010	21,30	0,33	13,67	18,13	7,98	3,75

CNAE* total

FONTE: ANUÁRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL – 2010

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (IBGE), a população do Paraná, em 2009, era de 10.700.000 habitantes; a População Economicamente Ativa (PEA), por sua vez, era de 5.939.000 pessoas, sendo 55,4% homens e 44,6 % mulheres.

Os trabalhadores segurados pela Previdência eram 3.242.000 (58% da população ocupada), sendo que 42% da PEA não era segurada pela Previdência. Ou seja, os dados de acidentes de trabalho da Previdência Social não representam a totalidade das ocorrências nos trabalhadores.

Além disso, esses dados apresentam problemas. Estudo sobre o sub-registro das Declarações de Óbito em comparação com as Comunicações de Acidentes de Trabalho do município de Curitiba (LEE, 1999) apresentou um percentual de 76% de subnotificação.

A partir de 2004, numa tentativa de abranger todos os trabalhadores, independentemente do tipo de vínculo empregatício, tornou-se obrigatória a notificação dos acidentes graves e fatais através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, o SINAN, do Sistema Único de Saúde.

3. ESTRATÉGIAS PARA A VIGILÂNCIA DOS ACIDENTES GRAVES E FATAIS NO PARANÁ

A ausência de uma efetiva Política Nacional de Saúde do Trabalhador (GOMES; LACAZ, 2005) e de profissionais não capacitados, a falta de recursos humanos na maioria dos municípios e a sobrecarga de trabalho nas equipes de vigilância sanitária, foram os fatores contributivos para a utilização do conceito de **evento sentinela**, como estratégia de intervenção, em dado momento, na construção da política de saúde do trabalhador do Estado do Paraná. Este conceito entendido como a “*ocorrência de doença, incapacidade ou morte precoce, evitáveis*” (RUTSTEIN, *apud* PINHEIRO, 1996), tem possibilitado determinar prioridades, transformar o caso individual em caso coletivo, revelar o fracasso das habituais medidas de prevenção e controle em saúde e trabalho, facilitar o reconhecimento de agravos e produzir dados para melhorar a informação em morbidade e mortalidade relacionadas ao trabalho (PINHEIRO, 1996).

A partir dessa lógica, foi priorizada a ação de prevenção da ocorrência de óbitos e amputações a partir da investigação desses graves eventos. Essa estratégia foi discutida com diversas Instituições do campo de Saúde do Trabalhador, e que na ocasião apontaram problemas que dificultavam a realização de ações efetivas para a área, tais como: a) falta de um plano comum de atuação interinstitucional, cada instituição atuando de forma fragmentada com relação aos acidentes e doenças do trabalho; b) falta de base epidemiológica para nortear as ações; c) falta de racionalidade na distribuição dos recursos do estado para enfrentar as questões de saúde do trabalhador; d) instituições atuando de forma duplicada, em diversos casos, e) grandes áreas geográficas descobertas de vigilância, f) algumas instituições desconhecendo a atuação das outras. (RAMOS JR., 2001)

Em razão disso, foram elencadas as seguintes atribuições para o Comitê (CEIOART, 2002): 1) estabelecer uma rede estadual de vigilância de óbitos e amputações relacionados com o trabalho, incentivando a identificação, o conhecimento de suas causas e os fatores determinantes; 2) propiciar a utilização do evento sentinela (óbitos e amputações) visando a detecção de falhas que tornaram tal evento possível, permitindo sua correção, de modo a garantir a melhoria do ambiente de trabalho e a prevenção da ocorrência de novos episódios, organizando um sistema de investigação estadual e municipal dos óbitos e amputações; 3) garantir o monitoramento estatístico da ocorrência de óbitos e amputações relacionados com o trabalho no estado; 4) demandar e acompanhar os processos de investigação e, quando necessária, proceder a intervenção na ocorrência de óbitos e amputações; 5) contribuir para a avaliação do impacto das intervenções sobre a ocorrência de óbitos e amputações; 6) elaborar planos para eliminar as causas dos óbitos e amputações relacionados ao trabalho no Estado do Paraná.

No período de 1998 a 2011, esse Comitê realizou diversas atividades na organização do sistema de vigilância dos óbitos e amputações no Estado do Paraná, tais como: a elaboração de uma ficha de investigação, a criação de um boletim informativo específico, a organização de um grupo de trabalho sobre proteção de máquinas e a realização de oficinas regionais. (CEIOART, 2010). Além disso, foram criados também Comitês Regionais de Investigação de Óbitos e Amputações relacionados ao trabalho nas Regionais de Cascavel, Foz do Iguaçu, Francisco Beltrão e Toledo. (SESA-PR, 2010)

Passados alguns anos de sua criação, em dezembro de 1997, constata-se que o CEIOART-PR é uma importante estratégia no enfrentamento dos acidentes graves e fatais, em relação ao desvendamento da informação, organização dos serviços e vigilância dos ambientes de trabalho.

Um dos frutos do trabalho do CEIOART, para a investigação dos casos de amputação e óbitos, foi a criação de uma Ficha de Investigação. Essa ficha possui os seguintes campos: dados do trabalhador, dados da empresa, dados do acidente e dados da inspeção do local de trabalho. Para receber e organizar as informações, foi criado um banco de dados no *Microsoft Access*.

4. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo epidemiológico descritivo, no qual foram analisados os registros do banco de dados do CEIOART-PR, no período de 1998 a 2011, constando 1790 amputações, 1930 óbitos e 801 óbitos por acidente de trânsito.

Para traçar um perfil das ocorrências foram estudadas as seguintes variáveis:

- a) Ramo de atividade: relativo à atividade principal da empresa onde o trabalhador acidentado mantinha vínculo empregatício;
- b) Município de ocorrência;
- c) Causa do acidente;
- d) Ocupação do trabalhador;
- e) Vínculo empregatício;
- f) Sexo;
- g) Idade.

Para as variáveis ramo de atividade, ocupação e causa, foi utilizada a codificação da Previdência Social. O banco de dados possibilita identificar as ocorrências de amputação, óbitos e óbitos por acidente de trânsito.

No estudo, também foi realizada uma revisão da literatura sobre acidentes de trabalho, para fazer a comparação com os dados encontrados. Foram analisadas, igualmente, as atas das reuniões do CEIOART-PR no mesmo período, o conteúdo de três boletins publicados nos anos de 2000, 2002 e 2003 e os relatórios das oficinas realizadas nas Regionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

5. RESULTADOS E COMENTÁRIOS

5.1. Sobre a metodologia de trabalho do Comitê

O Comitê é constituído por representantes do SUS, Ministério Público Federal do Trabalho, Ministério Público Estadual, Ministério do Trabalho, Universidade Federal do Paraná, Centrais Sindicais e Sindicatos de Trabalhadores. O grupo realiza reuniões mensais, porém ao longo de sua trajetória sofreu mudanças.

No período de 2004 até o final de 2005 esteve desativado. Os técnicos do Departamento de Saúde do Trabalhador e da Secretaria do Estado da Saúde, que faziam a manutenção do fluxo e do banco de

dados, saíram do setor, houve ainda mudança na direção do Departamento e não priorização dessa ação. Em 2005, o Ministério Público Estadual assumiu a coordenação provisória do Comitê, com pouca participação do SUS.

O trabalho de registro e acompanhamento do Comitê pela Secretaria do Estado da Saúde só foi retomado em 2007, por uma nova Direção no Centro Estadual de Saúde do Trabalhador – CEST.

Em 2008, o Centro Estadual de Saúde do Trabalhador e o Ministério Público Federal do Trabalho assumiram a coordenação até o final de 2011.

Existem duas instâncias de coordenação do SUS no Comitê: 1) a SMS-Curitiba, nos casos de Curitiba; 2) o CEST para o restante do estado, através dos Núcleos Regionais de Saúde do Trabalhador, nas Regionais de Saúde.

Cabe ao CEST e às secretarias municipais de saúde coordenar, organizar e encaminhar para investigação, qualquer suspeita de acidentes graves e fatais (óbitos e amputações) ocorridos no Estado do Paraná.

Cópias das investigações são encaminhadas para a Promotoria de Defesa à Saúde do Trabalhador e para a Procuradoria do Trabalho para outras providências.

As ocorrências de amputação e óbito são identificadas através das Comunicações de Acidente de Trabalho (CAT), fichas de ocorrências toxicológicas, declaração de óbitos, registro do Hospital do Trabalhador, notícia de rádio e jornal.

As Comunicações de Acidente de Trabalho até o ano de 2003, antes da sua informatização, eram encaminhadas às instâncias do SUS pela Previdência Social. Atualmente o INSS envia ao CEIOART para as CATs do município de Curitiba e Região Metropolitana. Nas demais regiões do estado, as CATs ainda não foram disponibilizadas para o SUS.

Alguns municípios do Paraná criaram um fluxo de informação com hospitais e pronto-socorros, através de uma ficha de notificação de acidentes de trabalho.

O Comitê vem orientando a importância de estabelecer o fluxo de informação com os hospitais, uma vez que é o primeiro a receber o trabalhador que sofreu um acidente grave.

Os dados obtidos no banco de dados são analisados, interpretados e subsidiam as reuniões do Comitê para a realização de ações coletivas para a prevenção da ocorrência desses agravos.

As oficinas realizadas no período de 2008 a 2011, em 17 Regionais de Saúde, possibilitaram a identificação do mapa produtivo, construção do perfil epidemiológico nas regiões, retomada da discussão e estabelecimento de ações voltadas para a Saúde do Trabalhador, implementação da notificação e investigação dos acidentes graves e fatais e o envolvimento de várias organizações da sociedade civil. Como desdobramento dessas oficinas foram criados Comitês Regionais em Francisco Beltrão, Toledo, Foz do Iguaçu e Cascavel.

5.2 Análise dos Dados do CEIOART

Na Tabela 1, verifica-se que foram registrados, no período de 1998 a 2011, um total de 1.790 ocorrências de amputação, 1930 ocorrências de acidente com óbito e 801 casos de óbito em acidente de trânsito.

Observa-se que houve um aumento progressivo no registro dos casos até 2004, porém, a partir de 2005, há um declínio no número de casos. Esta diminuição está relacionada ao período de refluxo das atividades do Comitê, bem como mudança na gestão do SUS e introdução do registro *online* das Comunicações de Acidente de Trabalho (CAT), que passaram a não ser mais enviadas ao SUS.

Em relação aos óbitos, observa-se que 29,3% ocorreram no trânsito. Estudo realizado em nove capitais brasileiras (MACHADO; GOMES, 1994), identificou que os acidentes de trânsito como causas de óbito dos acidentes de trabalho, apresentaram uma porcentagem que variava de 14,9% em Belém a 38,4% em Salvador.

Comparando-se os dados da Previdência Social, nos anos de 2002 e 2003, com os dados totais de óbito (óbito+óbito por acidente de trânsito) registrados pelo Comitê, observa-se que houve um progressivo aumento no registro de casos, que em 2002 ficou na ordem de 49% e, em 2003, de 55%.

Tabela 1 – Registros de óbitos e amputações no período de 1998 a 2011						
ANO	AMPUT	ÓBITO/TRAN	ÓBITO	TOT/ÓBITO	ÓBITO/ PREV	SIM
1998	227	31	63			363
1999	291	78	111		318	357
2000	197	132	166		239	354
2001	128	210	121		211	321
2002	172	188	265		232	391
2003	234	70	292		225	317
2004	174	28	185		215	350
2005	66	4	150		206	311
2006	44	4	47		244	363
2007	77	18	46		210	345
2008	74	34	309		201	375
2009	37	0	41		213	385
2010	12	0	42			
2011	48	0	82			
Total	1911	896	2145			

FONTE: BANCO DO COMITÊ ESTADUAL DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS E AMPUTAÇÕES DO PR/PREVIDÊNCIA SOCIAL/SIM (MPAS, 2012)

Quanto ao regime de contratação, em 61% dos casos de amputação os trabalhadores são celetistas, 2,14% autônomos e 1,56% sem registro em carteira. Em relação aos óbitos, o número de celetistas é de 21,3%, sendo que, em 70% dos casos, esse campo é ignorado.

Tabela 2 – Amputações e óbitos segundo o regime de contratação, período de 1998 a 2011				
CONTRATO	ÓBITOS	AMPUTAÇÕES	ÓB AC. TRANS.	TOTAL
Empregado Registrado com Carteira Assinada	459	1166	128	1753
Empregado Não Registrado	36	30	0	66
Autônomo por Conta Própria	122	41	0	163
Servidor Público Estatutário	18	7	7	32
Servidor Público Celetista	1	0	0	1
Aposentado	0	2	0	2
Desempregado	1	0	0	1
Trabalho Temporário	5	3	0	8
Cooperativo	1	0	0	1
Trabalhador Avulso	1	5	0	6
Empregador	1	2	0	3
Outros	1	1	0	2
Trabalho Informal	1	0	0	1
Terceirizado	1	6	0	7
Campo Não Preenchido	1497	648	761	2906
Total	2145	1911	896	4952

FONTE: BANCO DO COMITÊ ESTADUAL DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS E AMPUTAÇÕES DO PR

Em relação ao sexo, a maioria dos acidentados é do sexo masculino, porém, observa-se que 9,11% das amputações ocorrem no sexo feminino.

Quanto ao total de óbitos, o número de casos do sexo masculino atinge 95,4% dos casos. Estudos de Lucca e Mendes (1993), Ferreira e Mendes (1981), Binder & Wludarski (2001), também encontraram maior porcentagem de ocorrência de óbitos no sexo masculino.

Tabela 3 – Amputações e óbitos segundo o sexo. Período de 1998 a 2011						
Gênero	Óbitos	%	Amputações	%	Acid Trânsito	%
Masculino	2048	95,48	1737	90,89	858	95,76
Feminino	97	4,52	174	9,11	38	4,24
Total	2145	100,00	1911	100,00	896	100,00

FONTE: BANCO DO COMITÊ ESTADUAL DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS E AMPUTAÇÕES DO PR

Predominantemente, as amputações e óbitos ocorrem em adultos jovens.

Em relação aos óbitos, 44% das ocorrências foram com trabalhadores de até 40 anos. Dos registros de óbitos por acidente de trânsito, o maior número de ocorrências está na faixa até 50 anos.

Tabela 4 – Amputações e óbitos segundo a faixa etária. Período de 1998 a 2011				
FAIXA ETÁRIA	ÓBITOS	AMPUTAÇÕES	ACID TRÂNSITO	TOTAL
< 18 anos	32	45	17	94
18 a 20	111	143	39	293
21 a 30	370	509	214	1093
31 a 40	430	345	229	1004
41 a 50	351	228	153	732
51 a 60	223	109	90	422
> 60	116	32	48	196
Ignorado	512	500	106	1118
Total	2145	1911	896	4952

FONTE: BANCO DO COMITÊ ESTADUAL DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS E AMPUTAÇÕES DO PR

Quanto às ocupações, o maior número de ocorrências das amputações é dos auxiliares de produção, operadores de máquina, serventes, marceneiros, serviços gerais, pedreiros e montadores. Já em relação aos óbitos, o maior número de casos acontece com motorista, agricultor, pedreiro, auxiliar geral, servente, tratorista, serviços gerais, pintor, montador, carpinteiro e vigilante.

Para os óbitos por acidente de trânsito, as ocupações com maior número de registros foi a de motoristas, motociclista e motoboy.

As causas das amputações aparecem com maior número de ocorrências as máquinas para serrar, planear, frezar, prensar, cortar, ranhurar, talhar, moer, triturar; as quedas, choques, perda de equilíbrio; máquinas de rolos e cilindros, máquinas agrícolas.

As principais causas de óbito foram as quedas, agentes físicos e microclimas¹, máquinas agrícolas e agressão. Enquanto as principais causas para os óbitos por acidente de trânsito foram colisão de veículos e transporte terrestre motorizado.

¹ AGENTES FÍSICOS E MICROCLIMA – neste campo estão agrupados: choque elétrico, radiações, calor ambiental excessivo e frio ambiental excessivo.

Quanto às amputações, o maior número de ocorrências aconteceram na indústria da madeira, indústria de produtos alimentícios, comércio varejista e atacadista, construção civil, indústria metalúrgica, indústria de artefatos de plástico, indústria papel e papelão, agricultura, empresas rodoviária.

Em relação à ocorrência de óbitos, os ramos de atividade com maior número de casos são a construção civil, indústria da madeira, agricultura, indústria de produtos alimentícios, área rural e empresa rodoviária.

Para os óbitos por acidente de trânsito, os ramos com maior registro foram empresa rodoviária, comércio atacadista, indústria de produtos alimentícios e construção civil.

5.3 Quanto ao cumprimento das atribuições do CEIOART

Em relação à construção da rede estadual de vigilância de óbitos e amputações relacionados com o trabalho, os dados referentes ao envio e retorno das fichas para investigação demonstram que as Vigilâncias Sanitárias de 278 municípios do Estado do Paraná vêm realizando as investigações de óbitos e amputações. Porém, a análise do campo “dados da inspeção”, que possibilitaria um diagnóstico da qualidade das intervenções nos ambientes de trabalho, não foi possível devido à dificuldade de agrupar as diversas informações.

O sistema de informação permanece centralizado na Secretaria do Estado da Saúde, com dados gerados pelo SUS. A identificação das ocorrências tem sido realizada pelas três instâncias do SUS. Isso implica em um fluxo moroso criado para a identificação, separação, envio das ocorrências para a investigação, prejudicando o trabalho das vigilâncias. Há casos de envio de ocorrências após dois anos do acidente. A divulgação dos dados estatísticos do Comitê foi realizada nos anos de 2000, 2002 e 2003 através de boletim.

O Centro Estadual de Saúde vem realizando oficinas de investigação de acidentes de trabalho para os técnicos dos municípios que atuam na vigilância em saúde do trabalhador, reforçando a importância do preenchimento correto da ficha de investigação de acidentes de trabalho, buscando as causas dos acidentes de trabalho para de fato intervir e mudar o ambiente de trabalho, evitando novos acidentes.

A partir de 2008, começam a ser realizadas atividades com o objetivo de avaliar e discutir as ações com os municípios para o monitoramento dos casos.

Levando-se em consideração o perfil epidemiológico dos acidentes de trabalho graves e fatais, foram realizadas duas oficinas do CEIOART em 2011, com o objetivo de traçar estratégias de intervenção em dois ramos produtivos: Construção Civil, em virtude do grande número de óbitos que acontece nesse setor; e madeireiras, principalmente no centro do Estado do Paraná que concentra o maior número de amputações.

Na oficina realizada no município de Irati, no ramo da madeira, participaram os sindicatos dos trabalhadores desse setor e os técnicos responsáveis pela vigilância em saúde do trabalhador de cinco Regionais de Saúde: Guarapuava, Ponta Grossa, União da Vitória, Telêmaco Borba e Irati.

A oficina organizada para o ramo da construção civil foi realizada no Sindicato dos Trabalhadores da Construção Civil com a participação de representantes das CIPAs, dirigentes sindicais, técnicos do CEST, Ministério do Trabalho, INSS e FUNDACENTRO.

A participação das entidades dos trabalhadores no Comitê tem sofrido muitas alterações ou mesmo ausência. Atualmente a coordenação do CEIOART é composta por cinco entidades: CEST, FUNDACENTRO, INSS, Ministério Público do Trabalho e Nova Central Sindical que tem se empenhado principalmente na cobrança das investigações dos óbitos e planejamento de ações coletivas visando a mudança do quadro atual no Paraná.

Uma dificuldade na ação da vigilância é a alternância dos técnicos dos municípios que não são contratados por concurso público e a cada quatro anos, ou menos, são demitidos. Por isso a capacitação deve ser permanente para garantir a investigação dos acidentes de trabalho.

Os documentos não referem avaliação do impacto das intervenções sobre a ocorrência de óbitos e amputações. Outro ponto é que os planos para eliminar/minimizar as causas das ocorrências no estado do Paraná são pífios perante a realidade que se apresenta.

6. CONCLUSÃO

Em relação ao perfil da população vítima de amputações e óbitos no Estado do Paraná, a partir dos registros do CEIOART-PR, no período de 1998 a 2011, é possível afirmar que:

- Não houve queda das amputações no período estudado, inclusive houve um progressivo aumento do número de casos, a partir de 2001. Em relação aos óbitos, não é possível afirmar que houve queda do número de casos, uma vez que os dados de 2004 foram prejudicados.
- A Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) se constitui na principal fonte de informação para a identificação das amputações, enquanto para os óbitos é a Declaração de Óbitos. Outras fontes já aparecem no sistema, porém, não foi possível identificá-las. Essa constatação remete para a necessidade de detalhamento das outras fontes, para reforço das mesmas e implantação de um sistema estadual de informação de acidentes de trabalho.
- Sobre o vínculo empregatício das vítimas de óbitos e amputação, o regime CLT aparece no maior número de casos.
- A maioria das vítimas de amputação e óbito é do sexo masculino, com uma predominância da faixa etária de até 40 anos.

- Entre as ocupações, as que aparecem com maior número de casos de amputações foram os operadores de máquinas, enquanto para os óbitos foi a agricultura e para os óbitos por acidentes de trânsito, os motoristas.
- As causas identificadas foram: as máquinas em geral, para as amputações; as quedas, para os óbitos; e, para os óbitos por acidente de trânsito, não foi possível fazer nenhuma afirmação quanto às causas do acidente, em razão do grande número de casos com campo não preenchido.
- O ramo da madeira foi o que apresentou o maior número de casos de amputação; já em relação aos óbitos, o ramo da construção civil aparece de forma significativa, porém há um grande percentual de campo não preenchido; quanto aos óbitos por acidente de trânsito, não foi possível identificar o ramo em que ocorreu o maior número de casos, dado o alto índice de casos com o campo não preenchido.

Finalmente, conclui-se que o trabalho do Comitê de Investigação de Amputações e Óbitos Relacionados ao Trabalho do Estado do Paraná tem se constituído em estratégia fundamental para a organização das ações de Saúde do Trabalhador no SUS, contribuindo para a manutenção de um banco de dados da ocorrência de óbitos e amputações no Estado do Paraná. No entanto, um aspecto central que não pode ser minimizado, pois se constitui em um avanço no processo de trabalho em saúde, é o seu caráter intersetorial, reunindo instituições e usuários.

Antes de encerrar, queremos apontar algumas recomendações que podem contribuir na melhoria dessa estratégia:

1. Revisão da ficha de investigação, principalmente do campo “dados da inspeção”;
2. Realização de ações para estimular a melhoria do preenchimento das fichas;
3. Integrar ao banco de dados as informações das demais instituições que realizam intervenções quando há ocorrência de óbitos e amputações;
4. Divulgação sistemática dos dados (via boletins, painéis, murais, circulares, etc.) para os municípios;
5. Criação de indicadores específicos para avaliação das intervenções em Saúde do Trabalhador nos municípios;
6. Elaboração de Plano Estadual para a eliminação/redução dos acidentes aqui enfocados, a partir do perfil já identificado com os dados existentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BINDER, M.C.P.; WLUDARSKI, S.L. & ALMEIDA, I.M., 2001. Estudo da evolução dos acidentes do trabalho registrados pela Previdência Social no período de 1995 a 1999, em Botucatu, São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, 17(4):915-924.

CEIOART – Comitê Estadual de Investigação de Óbitos e Amputações Relacionados com o Trabalho. **Investigação. Boletim** nº1, ago. 2000, nº2, maio 2002, nº3, dez. 2003, nº4, 2006.

FERREIRA, R. R.; MENDES, R. Alguns aspectos epidemiológicos dos acidentes de trabalho fatais ocorridos em Campinas, SP (Brasil), 1972-1978. **Rev. Saúde Pública**, n. 15, p. 251-62, 1981.

GOMEZ, Carlos Minayo; LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, Dec. 2005

LEE, J. B. Mortalidade por acidente de trabalho em Curitiba em 1998: uma análise crítica das declarações de óbito. Monografia. UFPR, 1999.

LUCCA, S. R.; MENDES, R. Epidemiologia dos acidentes de trabalho fatais em área metropolitana da região sudeste do Brasil, 1979-1989. **Rev. Saúde Pública** v. 27, n. 3, p. 168-76, 1993.

MACHADO, J. M. H.; GÓMEZ, C. M. Acidentes de trabalho: uma expressão da violência social. **Cad Saúde Pública**, v. 10, supl., p. 7-18, 1994.

MPAS – MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Estatísticas. Disponível em: <<http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=423>>. Acesso em: 10/10/2012.

PINHEIRO, TMM., Vigilância em saúde do trabalhador no sistema único de saúde. A vigilância do conflito e o conflito da vigilância – tese de Doutorado, apresentada ao Curso de Pós Graduação em Medicina área de saúde FCM/UNICAMP. Disponível em <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000133428&fd=y>>. Acesso em 11/10/2012.

RAMOS JR., A. Comitê de investigação de óbitos e amputações relacionados ao trabalho do estado do Paraná: uma experiência coletiva de produção de conhecimento e estruturação de política de saúde do trabalhador – Mestrado em Educação (Dissertação) UFPR, 2001.

SANTANA, Vilma; NOBRE, Leticia; WALDVOGEL, Bernadette Cunha. Acidentes de trabalho no Brasil entre 1994 e 2004: uma revisão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, Dec. 2005.

SESA-PR – SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. **Política estadual de atenção integral à saúde do trabalhador do Paraná**, Curitiba, 2011.

WUNSCH-FILHO, V. Reestruturação Produtiva e Acidentes de Trabalho no Brasil. **Cad Saúde Pública**, n. 15, p. 41-51, 1999.

**VIGILÂNCIA E PREVENÇÃO DE
VIOLÊNCIAS E ACIDENTES:
ALGUNS RELATOS
DE EXPERIÊNCIAS**

PARTE II

PROJETO VIDA NO TRÂNSITO:

ARTIGO 07

ACIDENTES DE TRÂNSITO COM VÍTIMAS FATAIS NA CIDADE DE CURITIBA (1º SEMESTRE DE 2012)

Alcides Augusto Souto de Oliveira¹

Márcia Rocha Saad²

Telma Elaine Alves Rosa³

Vera Lúcia Alves de Oliveira⁴

¹ Médico, alcoliveira@sms.curitiba.pr.gov.br

² Bióloga, msaad@sms.curitiba.pr.gov.br

³ Médica, trosa@sms.curitiba.pr.gov.br

⁴ Cirurgiã-dentista, voliveira@sms.curitiba.pr.gov.br

RESUMO

Este artigo tem como objetivo descrever a implantação do Comitê de Análise dos Acidentes de Trânsito do município de Curitiba, além de apresentar os resultados do primeiro semestre de 2012 obtidos através da aplicação da metodologia proposta pela Global Road Safety Partnership (GRSP).

Palavras-chave: Causas externas; Acidentes de trânsito; Morbidade; Epidemiologia.

1. INTRODUÇÃO

As causas externas representam um imenso desafio para a sociedade brasileira e estima-se que tais agravos sejam responsáveis por mais de cinco milhões de mortes em todo o mundo a cada ano. As estimativas apontam que para cada morte por causas externas ocorram dezenas de hospitalizações, centenas de atendimentos de emergência, e milhares de consultas ambulatoriais decorrentes desses eventos.

Além disso, as causas externas afetam muitas vezes a vida das vítimas, com sequelas permanentes, o que gera incapacidade laborativa ou para outras funções cotidianas, faltas ao trabalho, gastos com o pagamento de pensões e tratamentos de saúde.

Dentre as causas externas, dados do Ministério da Saúde revelam que mais de 300 mil brasileiros perderam a vida no trânsito entre os anos de 2000 e 2008. Os óbitos decorrentes de acidentes de trânsito representam a primeira causa nas faixas etárias de 5 a 14 anos e de 40 a 60 anos de idade ou mais. Ainda considerando as mortes por causas externas, o trânsito é o segundo maior motivo de óbito para quem tem idade entre 0 e 4 anos e entre 15 e 39 anos.

Estimativas da OMS, publicadas no Informe Mundial sobre Situação da Segurança Viária, em 2009, indicam que 1,3 milhão de pessoas morrem anualmente no trânsito e que, até 2030, esse número poderá chegar a 2,4 milhões, caso medidas enérgicas não sejam tomadas. Mais de 90% dos acidentes com vítimas fatais ocorrem em países de baixa e média renda, que concentram menos da metade da frota mundial de veículos motorizados.

Diante deste cenário, a Bloomberg Philanthropies, em colaboração com a Organização Mundial da Saúde (OMS), convidou dez países (Brasil, Camboja, China, Egito, Índia, Quênia, México, Rússia, Turquia e Vietnã) para participarem de um projeto mundial sobre prevenção de lesões e mortes no trânsito e segurança viária. Esses dez países são responsáveis por quase metade das mortes provocadas pelo trânsito no mundo e foram escolhidos devido às altas taxas de mortalidade por Acidente de Transporte Terrestre – ATT. Esse projeto recebeu o nome de Road Safety in 10 countries (RS10).

No Brasil, o Projeto RS10 recebeu o nome de “Projeto VIDA NO TRÂNSITO”. O objetivo é subsidiar gestores no fortalecimento de políticas de prevenção de lesões e mortes no trânsito por meio da qualificação, planejamento, monitoramento, acompanhamento e avaliação das ações.

O Vida no Trânsito, lançado em 2010, é coordenado por uma comissão interministerial formada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Ministérios da Saúde, Cidades, da Justiça e dos Transportes, entre outros órgãos. Esse projeto tem como principal característica o trabalho conjunto entre os diversos setores ligados direta ou indiretamente a este problema e como objetivo o fortalecimento de políticas de prevenção de lesões e mortes no trânsito.

Curitiba foi uma das cinco capitais brasileiras selecionadas para implantar o Projeto “Vida no Trânsito”, sob a gestão da Secretaria Municipal de Trânsito, em parceria com a Secretaria Municipal da Saúde.

Em 2012, em consonância com a metodologia proposta pelo projeto, foi implantado em Curitiba o Comitê Intersetorial de Análise de Acidentes de Trânsito, com o objetivo de identificar condutas, fatores de risco e grupo de vítimas vulneráveis, visando subsidiar o planejamento de ações.

2. METODOLOGIA

O Comitê Intersetorial de Análise de Acidentes de Trânsito é constituído por representantes das Secretarias Municipais da Saúde e do Trânsito, Serviço Móvel de Urgência (SAMU), Sistema Integrado

de Atenção ao Trauma (SIATE), Departamento da Polícia Rodoviária Federal (DPRF) e Instituto de Criminalística. A análise dos acidentes fatais acontece em reuniões semanais, a partir dos registros dos acidentes de trânsito disponibilizados pelos serviços citados, notícias veiculadas pela mídia e informações sobre alcoolemia disponibilizadas pelo Instituto Médico Legal.

O instrumento utilizado para a análise é o Quadro Múltiplo Integrado que possibilita o registro dos Fatores e Condutas de Risco que contribuíram para a ocorrência dos acidentes, informações sobre proteção inadequada e identificação dos grupos de vítimas, assim como o cruzamento destas variáveis. Os principais aspectos considerados na análise são:

Fatores de risco: velocidade acima da permitida para a via, uso do álcool por parte do condutor e/ou do pedestre, deficiência na infraestrutura (iluminação, ausência de calçada, ausência de travessia segura, má conservação da pista, falta de sinalização), condições do veículo, fadiga, visibilidade, uso de drogas por parte do condutor e/ou pedestre, uso de celular/fone ouvido/fator de distração, condições climáticas.

Condutas de risco: avanço de sinal, ausência de habilitação, transitar em local proibido (transitar na contra mão, manobra de retorno proibido), transitar em local impróprio (não utilizar a faixa de pedestre), mudança de pista, distância entre veículos, desrespeito à sinalização, converter/cruzar sem dar a preferência, ausência de direção defensiva, atitude imprudente do pedestre.

Proteção inadequada: capacete, cinto de segurança, objetos laterais.

Grupos de vítimas: motociclistas (garupa), pedestres, ciclistas, condutor de veículo leve, passageiro de veículo leve, condutor/passageiro ônibus, condutor/passageiro veículo pesado.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No 1º semestre de 2012 ocorreu em Curitiba um total de 138 acidentes com óbitos no local ou posterior, em até 30 dias da ocorrência, com um total de 144 vítimas.

Quanto ao grupo de vítimas para Acidente de Trânsito (AT), o mais frequente foi o de pedestres (41,7%) destacando-se as vítimas idosas (> 60 anos). O de motociclistas ou garupa foi o segundo grupo mais frequente (27,1%), seguido do condutor/passageiro por veículo leve (19,3%) e ciclistas 6,3%. (Tabela 1)

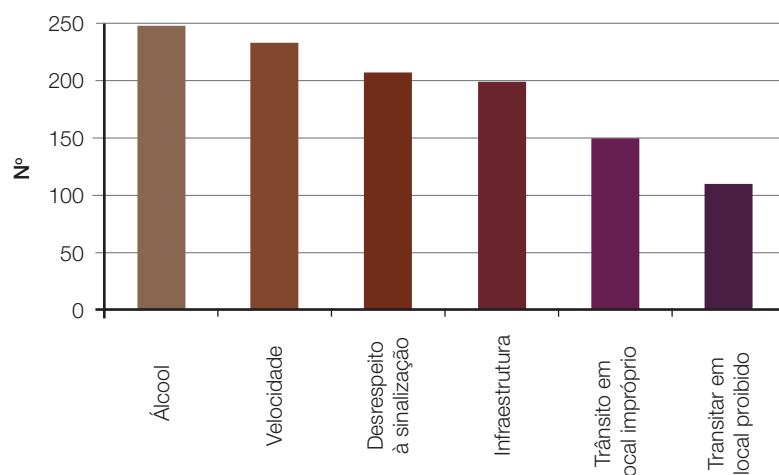
Tabela 1 – Total de vítimas fatais segundo usuário – Curitiba, 1º semestre de 2012		
	TOTAL	
	Nº	%
Pedestre	60	41,7
Motociclistas ou garupa	39	27,1
Condutor de veículo leve	22	15,3
Passageiro de veículo leve	11	7,6
Ciclistas	9	6,3
Condutor ou passageiro de veículo pesado	1	0,7
Condutor de ônibus	1	0,7
Ignorado	1	0,7
Total	144	100

FONTE: COMITÊ DE ANÁLISE DE ACIDENTES DE TRÂNSITO

Foram analisados 83 acidentes (60,1%) pelo Comitê; os demais foram descartados por não ter sido possível acessar os documentos necessários para a análise. Dos acidentes analisados, 34 ocorreram nas rodovias que cortam a cidade e 49 nas demais ruas e avenidas.

A análise apontou o álcool, a velocidade e a infraestrutura como os principais fatores de risco contributivos para a ocorrência de acidentes fatais no município; entre as condutas de risco destacaram-se o desrespeito à sinalização, transitar em local impróprio e transitar em local proibido (Gráfico 1).

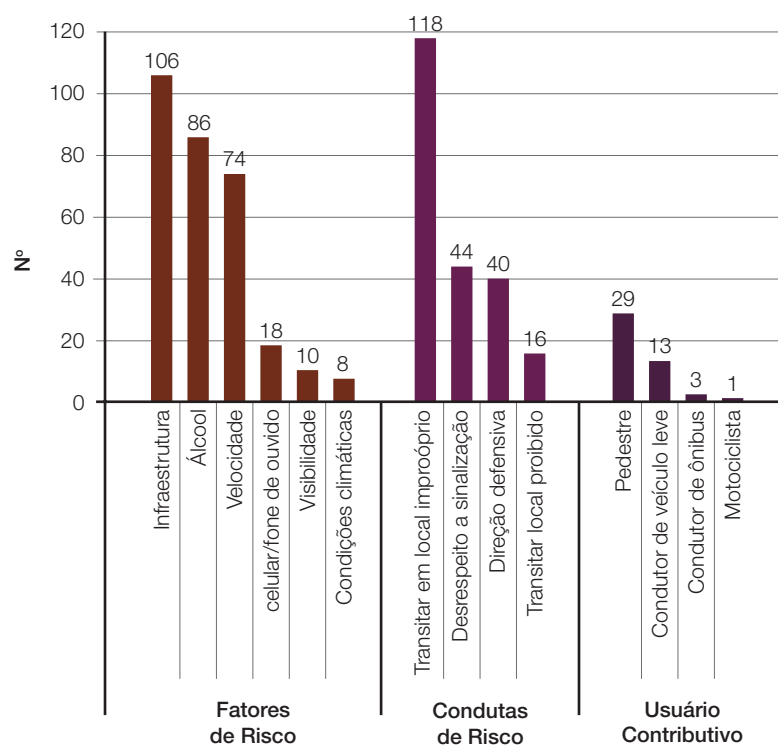
GRÁFICO 1 – Principais fatores e condutas de risco contributivos para acidentes fatais – Curitiba, 1º semestre de 2012



FONTE: COMITÊ DE ANÁLISE DE ACIDENTES DE TRÂNSITO

A análise isolada dos 31 atropelamentos aponta a deficiência de infraestrutura como o principal fator que contribuiu para este tipo de acidente. O uso do álcool pelo condutor e/ou pelo pedestre figura como o segundo fator em evidência, seguido da velocidade. Transitar em local impróprio apareceu isoladamente como a principal conduta de risco, seguido do desrespeito à sinalização e a ausência de direção defensiva por parte do condutor. No conjunto dos atropelamentos analisados, o pedestre aparece como o principal usuário contributivo para a ocorrência dos acidentes. (Gráfico 2)

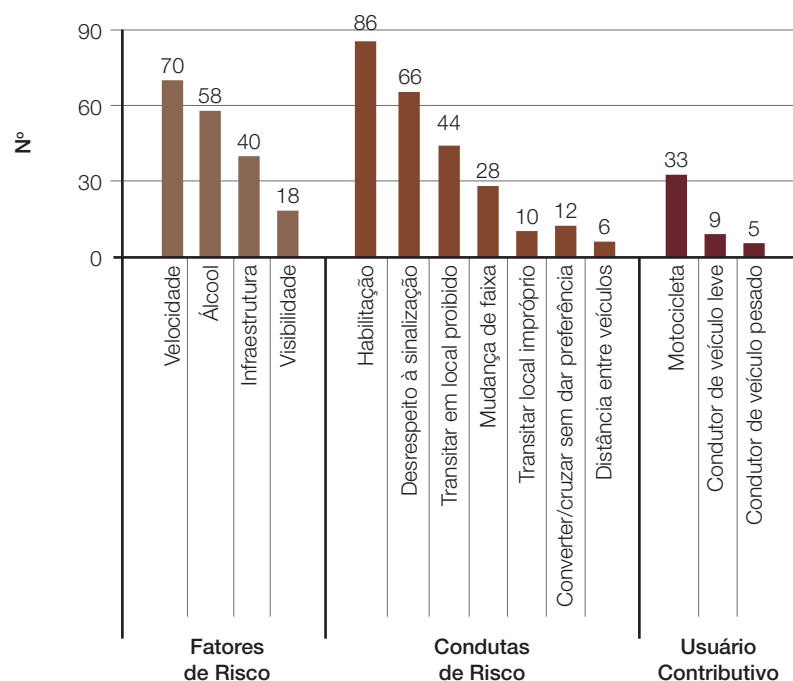
GRÁFICO 2 – Principais fatores, condutas de risco e usuário contributivo para atropelamentos fatais – Curitiba, 1º semestre de 2012



FONTE: COMITÊ DE ANÁLISE DE ACIDENTES DE TRÂNSITO

Entre os 24 acidentes que tiveram motociclistas como vítimas, a velocidade se destacou como o principal fator de risco e o uso do álcool aparece em segundo lugar. A condução do veículo sem estar habilitado foi a conduta de risco mais frequente, seguido do desrespeito à sinalização e de transitar em local proibido. Nestes acidentes, foram os próprios motociclistas que mais contribuíram para a sua ocorrência. (Gráfico 3)

GRÁFICO 3 – Principais fatores, condutas de risco e usuário contributivo para acidentes envolvendo motociclistas – Curitiba, 1º semestre de 2012



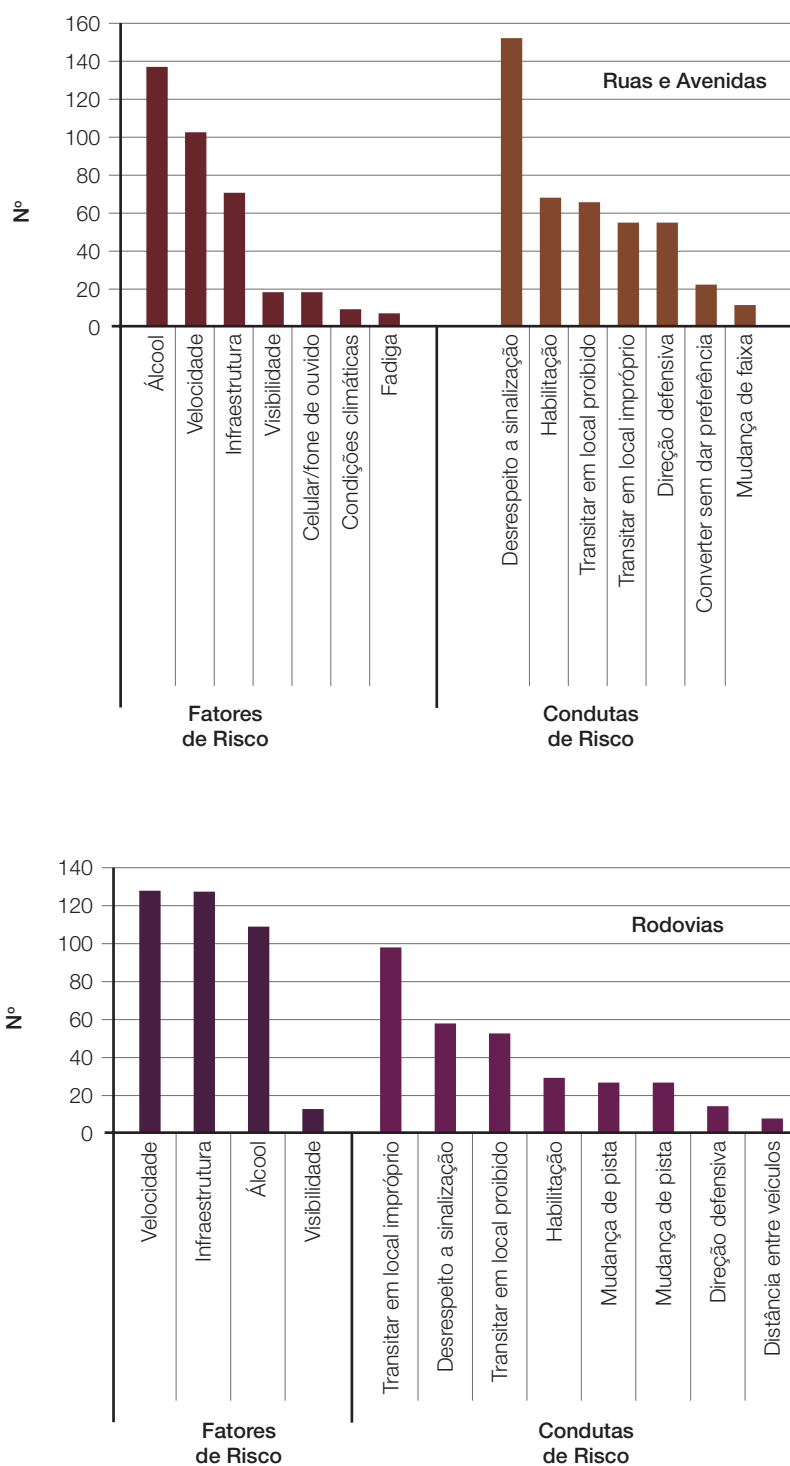
FONTE: COMITÊ DE ANÁLISE DE ACIDENTES DE TRÂNSITO

Nota-se ainda uma diferença considerável, com relação aos fatores e condutas de risco que contribuíram para os acidentes, quando comparamos as ocorrências de rodovias e das demais ruas e avenidas da cidade.

Nos acidentes rodoviários, entre os fatores de risco, a velocidade e a deficiência de infraestrutura aparecem com o mesmo peso e o álcool é o terceiro mais importante. Nos acidentes ocorridos em ruas e avenidas o álcool é o principal fator de risco, seguido da velocidade e da infraestrutura.

Com relação às condutas de risco, transitar em local impróprio figura como a conduta mais relevante, diferente dos acidentes em ruas e avenidas em que o desrespeito à sinalização aparece como a conduta mais frequente. (Gráfico 4)

GRÁFICO 4 – Principais fatores, condutas de risco e usuário contributivo para acidentes envolvendo motociclistas – Curitiba, 1º semestre de 2012



FONTE: COMITÊ DE ANÁLISE DE ACIDENTES DE TRÂNSITO

4. CONCLUSÃO

A metodologia adotada para a análise dos acidentes de trânsito conseguiu especificar os principais fatores e condutas de risco e os principais usuários contributivos para a ocorrência de acidentes de trânsito. Possibilitou ampliar o diagnóstico para além das variáveis tradicionais de monitoramento (tipo do acidente, sexo e faixa etária, hora e dia da semana dos acidentes), aprofundar o diagnóstico sobre este problema e subsidiar o planejamento de ações voltadas para o enfrentamento da violência no trânsito do município, contemplando os fatores e condutas de risco característicos da realidade local. De forma complementar, propiciou a qualificação do registro dos óbitos no Sistema de Informação sobre Mortalidade.

O trabalho intersetorial ampliou a abordagem do problema, com pontos de vista que se complementam, fortalecendo o entendimento e a análise.

A ausência de informações para a análise dos acidentes foi uma deficiência observada no processo, que vem sendo objeto de qualificação por parte de todos os setores envolvidos na análise.

Diante da ampliação do Projeto Vida no Trânsito para as demais capitais, esta metodologia de análise apresenta-se como uma alternativa viável e coerente com os objetivos do projeto que traz como ordenação o trabalho intersetorial e a atuação sobre os fatores de risco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARVALHO M.D. et al. *Atendimentos por acidentes de transporte em serviços públicos de emergência em 23 capitais e no Distrito Federal, Brasil 2009*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** 21(1): 31-45, jan.-mar. Brasília 2012.

ANDRADE S.S.C.A *Perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência selecionados em capitais brasileiras: Vigilância de Violências e Acidentes, 2009*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** 21(1): 21-30, jan.-mar. Brasília 2012.

SOARES R.A.S, et al. *Caracterização das Vítimas de Acidentes de Trânsito atendidas pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no Município de João Pessoa, estado da Paraíba, Brasil, em 2010*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília**, 21(4):589-600, out-dez 2012.

ROCHA, Greiciane da Silva; SCHOR, Néia. *Acidentes de motocicleta no município de Rio Branco: caracterização e tendências*. **Ciência e saúde coletiva**. 18(3): 721-731, Mar. 2013.

Magalhães A.F., et al. *Prevalência de acidentes de trânsito auto-referidos em Rio Branco, Acre*. **Revista de Saúde Pública** São Paulo 2011;45(4):738-44.

ARTICULANDO ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE

ARTIGO 08

POR ACIDENTES DE TRÂNSITO NO
MUNICÍPIO DE CASCAVEL/PR

Marly Ungareti¹

Maria Fernanda Ferreira²

Beatriz Tambosi³

¹ Assistente Social. Atuação Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel/PR, na Divisão de Vigilância Epidemiológica. marlyu@cascavel.pr.gov.br
Endereço: Av Brasil – 7482 – CEP: 858100 000 – Cascavel/PR

² Médica. Atuação Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel/PR, na Divisão de Vigilância Epidemiológica. fe_po@hotmail.com
Endereço: Av Brasil – 7482 – CEP: 858100 000 – Cascavel/PR

³ Administradora Hospitalar. Atuação Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel/PR, na Divisão de Vigilância Epidemiológica.
beatrizt@cascavel.pr.gov.br Endereço: Av Brasil – 7482 – CEP: 858100 000 – Cascavel/PR

RESUMO

Esta proposta de trabalho vem sendo desenvolvida por meio do Projeto Redução da Morbimortalidade por Acidente de Trânsito no Município de Cascavel/PR, com execução pela Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel/Divisão de Vigilância Epidemiológica, desde 2010. Com o Projeto, foi instituído o Comitê Intersetorial de Prevenção e Controle de Acidente de Trânsito do Município de Cascavel-PR – COTRANS, visando fomentar ações de prevenção aos acidentes de trânsito. Para integrar os sistemas de informações de acidentes de trânsito existentes no município, a Secretaria de Saúde assinou um Termo de Cooperação Técnica com a Universidade Estadual do Oeste do Paraná/UNIOESTE para o desenvolvimento do Sistema Integrado Georreferenciado de Controle e Monitoramento de Acidentes de Trânsito via Web (SIGETRANS). Este sistema unifica os registros dos acidentes e atendimento ambulatorial e hospitalar realizado às vítimas. Para garantir a alimentação do SIGETRANS, será instituída uma notificação compulsória para os acidentes de trânsito no município via Projeto de Lei, que será tramitada com aprovação do poder legislativo.

Este Projeto também contempla qualificação aos profissionais de saúde por meio de seminários, oficinas e fórum de discussão, instrumentalizando-os para o desenvolvimento de ações a serem desenvolvidas no âmbito das unidades de saúde.

Palavras-chave: Acidente de trânsito, Morbimortalidade, Ações intersetoriais.

1. INTRODUÇÃO

O município de Cascavel/PR possui aproximadamente 286.205 habitantes e apresenta-se como pólo de referência na área da educação, saúde e comércio, caracterizando-se como uma cidade em pleno desenvolvimento, com uma crescente urbanização.

Entretanto, esse processo de desenvolvimento tem propiciado o aumento da violência e dos acidentes de trânsito, destacando a mortalidade por causa externa como a terceira causa de óbito no município, conforme dados do sistema de mortalidade apresentados na Tabela abaixo.

Tabela 1 – Série histórica dos coeficientes de mortalidade por 100.000 habitantes, das principais causas, de residentes em Cascavel/PR, 2002-2012										
ANO	POPULAÇÃO	ÓBITOS	DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO		NEOPLASIAS		CAUSAS EXTERNAS		DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO	
			Nº	Coeficiente	Nº	Coeficiente	Nº	Coeficiente	Nº	Coeficiente
2002	256391	1161	364	141,97	210	81,91	189	73,72	87	33,93
2003	261504	1218	340	130,02	205	78,39	207	79,16	95	36,33
2004	266604	1366	388	145,53	254	95,27	273	102,40	115	43,14
2005	278182	1374	421	151,34	243	87,35	245	88,07	130	46,73
2006	284086	1488	424	149,25	291	102,43	290	102,08	134	47,17
2007	289928	1420	399	137,62	261	90,02	244	84,16	150	51,74
2008	291747	1478	449	153,90	297	101,80	252	86,38	138	47,30
2009	296241	1480	448	153,55	297	101,8	254	87,06	137	46,95
2010	296241	1539	432	145,82	295	99,58	273	92,15	169	57,04
2011	286205	1701	455	158,97	342	119,49	286	99,92	201	70,22
2012*	292372	1778	466	159,38	361	123,47	352	120,39	189	64,64

FONTE: IBGE E MS/SVS-SIM

* Dados preliminares

Ao analisar as causas externas, ou seja, as mortes violentas (Tabela 2) observa-se que o acidente de trânsito juntamente com as agressões encontra-se em primeiro lugar, caracterizando os acidentes de transporte terrestre como um agravo considerável à saúde da população.

Tabela 02 – Proporção de óbitos por causas externas, segundo tipo de evento, ocorridos no Município de Cascavel/PR, 2002-2012									
ANO	*ATT **V 01-V89		AGRESSÕES **X 85-Y 09		SUICÍDIO **X60 - X 84		OUTROS		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2002	122	50,83	64	26,67	15	6,25	39	16,25	240
2003	131	48,88	67	25,00	26	9,70	44	16,42	268
2004	157	46,31	97	28,61	29	8,55	56	16,52	339
2005	129	43,58	97	32,77	29	9,80	41	13,85	296
2006	156	48,90	111	34,80	12	3,76	40	12,54	319
2007	138	46,31	95	31,88	21	7,05	44	14,77	298
2008	133	43,75	121	39,80	15	4,93	35	11,51	304
2009	117	38,25	124	41,61	11	3,69	46	16,44	298
2010	125	40,85	132	43,15	11	3,6	38	12,45	306
2011	118	35,32	150	44,91	12	3,59	54	16,16	334
2012***	135	34,4	172	43,88	20	5,10	65	16,58	392

FONTE: SMS/DVS/DVE/SIM WEB

* Acidente por transporte terrestre / ** CID:Código Internacional de Doença / *** Dados preliminares

Em relação ao tipo de acidentes (Tabela 3) observa-se um aumento do número total de óbitos, comparando o ano de 2011 com o ano de 2012. Ao mesmo tempo, observa-se que pedestres e ciclistas foram as categorias cujos óbitos tiveram um decréscimo. As categorias motociclistas e ocupantes de veículos, no entanto, registraram um aumento significativo no número total de óbitos, indicando a necessidade de traçar estratégias e propor ações para esta população.

ANO	PEDESTRE		MOTOCICLISTA		OCUPANTE DE VEÍCULO		CICLISTA		OUTROS		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2002	37	30,33	19	15,57	54	44,26	8	6,56	4	3,28	122
2003	58	44,27	16	12,21	47	35,88	6	4,58	4	3,05	131
2004	48	30,57	31	19,75	69	43,95	5	3,18	4	2,55	157
2005	32	24,81	37	28,68	55	42,64	4	3,10	1	0,78	129
2006	50	32,05	41	26,28	57	36,54	5	3,21	3	1,92	156
2007	41	29,71	44	31,88	46	33,33	6	4,35	1	0,72	138
2008	31	23,31	49	36,84	50	37,59	3	2,26	0	0,00	133
2009	32	27,35	40	34,19	42	35,90	3	2,50	0	0,00	117
2010	29	23,20	46	36,80	48	38,40	2	1,60	0	0,00	125
2011	38	32,47	36	30,76	38	32,47	5	4,27	0	0,00	117
2012*	30	22,23	50	37,03	47	34,81	3	2,22	7	5,18	135

FONTE: SMS/DVS/DVIEP/SIM WEB

* Dados preliminares

Observa-se no Município de Cascavel que os acidentes de trânsito ocasionam, além dos óbitos, uma grande ocupação de leitos hospitalares e um elevado número de atendimentos prestados pelos Centros de Reabilitação, pelo Programa de Internamento Domiciliar e pelas Unidades Básicas de Saúde.

Assim, a Divisão de Vigilância Epidemiológica, da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel, enquanto responsável por recomendar medidas de controle apropriadas ao controle de doenças e agravos a saúde, considerando a análise e interpretação dos dados processados pelo sistema de informação de mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, destaca que os óbitos por acidentes de trânsito, somados aos óbitos por outras violências (homicídios, suicídios, afogamentos), denominados como causas externas, configuram-se como a terceira causa de morte no município, tornando-se relevante a adoção de ações para controle deste agravo.

Importante destacar que a definição de estratégias para redução da morbimortalidade por acidente de trânsito é de relevância para toda a população, pois as vítimas podem ser pedestres, ciclistas, motociclistas, motoristas e ocupantes de veículos, envolvendo as diversas faixas etárias.

A Secretaria de Saúde, por meio da Divisão de Vigilância Epidemiológica, vem desenvolvendo ações voltadas à prevenção de acidentes de trânsito desde o ano de 2010, com a implantação e o desenvolvimento do Projeto Redução da Morbimortalidade por Acidente de Trânsito no Município de Cascavel, sendo inclusive contemplada com recursos do Ministério da Saúde com as Portarias nº 3060/2009, 4074/2010, 2970/2011 e 2802/2012.

Este projeto tem como objetivo reduzir a morbimortalidade por acidente de trânsito no município de Cascavel/PR com as seguintes ações gerais:

- Constituir Comitê Intersectorial de Prevenção e Controle de Acidente de Trânsito do Município de Cascavel/PR – COTRANS;
- Desenvolver Sistema Integrado Georreferenciado de Controle e Monitoramento por Acidentes de Trânsito via web (SIGETRANS);
- Instituir Notificação Compulsória para Acidente de Trânsito no Município;
- Qualificar profissionais de saúde na temática acidente de trânsito.

2. AÇÕES DO PROJETO REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTE DE TRÂNSITO NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL

2.1 Comitê Intersectorial de Prevenção e Controle de Acidente de Trânsito do Município de Cascavel/PR – COTRANS

O Comitê Intersectorial de Prevenção e Controle de Acidente de Trânsito do Município de Cascavel-PR/ – COTRANS iniciou suas reuniões a partir de julho 2010, sendo instituído formalmente pelo Decreto Municipal nº 9772/2011.

O COTRANS tem como objetivo fomentar ações intersectoriais de prevenção e redução de acidentes de trânsito. Possui um Regimento Interno que define seus objetivos, organização, atribuições e funcionamento. Dispõe de uma coordenação (coordenador e vice-coordenador) eleita entre seus membros e uma secretaria executiva vinculada à Divisão de Vigilância Epidemiológica para organização da estrutura burocrática, que inclui atas, pautas, ofícios, relatórios, entre outros. As reuniões do Comitê ocorrem mensalmente, conforme calendário previamente definido. O Comitê possui também um site (<http://inf.unioeste.br/~cotrans/>) e um logotipo, criados para dar maior visibilidade e divulgação dos trabalhos desenvolvidos.

A composição do COTRANS abrange órgãos que atuam em acidente de trânsito, hospitais públicos, privados e/ou conveniados, instituições de ensino, administração pública municipal, legislativo, sociedade civil organizada e outros órgãos públicos.

2.1.1 Campanhas Educativas do COTRANS

O COTRANS, juntamente com a Divisão de Vigilância Epidemiológica, possui um planejamento anual de ações educativas em datas pertinentes ao trânsito, como:

- Dia do Motociclista (julho) – moto passeio, palestras educativas, blitz, operação moto segura;
- Dia do Motorista (agosto) – participação na Festa da Paróquia São Cristóvão, adesivaço “Estou em Paz no Trânsito. E você?”;
- Semana Nacional de Trânsito (setembro) – pé na faixa, operação moto segura, palestra para condutores infratores notificados pela CETTRANS, blitz da saúde do condutor, palestra para prevenção de acidentes de trânsito para alunos da comunidade São Francisco;

- Semana da Criança (outubro) – capacitação para crianças parceiras, que realizam abordagens e levam orientações básicas (uso obrigatório do cinto de segurança, não utilizar celular ao dirigir, armazenar lixo dentro do carro, crianças em assentos adequados, entre outras) para pais e alunos na saída das escolas e durante abordagens na BR 277.
- Dia Mundial em Memória as Vítimas de Acidentes de Trânsito (novembro) – palestra educativa e de sensibilização em escola estadual, com o tema: Trânsito com Responsabilidade e Repercussões dos Acidentes de Trânsito na Vida das Pessoas.
- I Seminário Regional sobre Acidente de Trânsito e suas Consequências – contou com público de estudantes, profissionais dos Centros de Formação de Condutores, dos órgãos ligados ao trânsito, professores, profissionais de saúde, agentes da defesa civil e público em geral, somando a presença de mais de 400 participantes.

Também são realizadas periodicamente, pelos membros do COTRANS, palestras educativas nas escolas estaduais e instituições de ensino superior do município, bem como participação em eventos da Secretaria Municipal de Saúde como Dia Mundial da Saúde.

As ações são desenvolvidas de forma intersetorial, envolvendo diversos órgãos como: Companhia de Engenharia de Transporte e Trânsito (CETTRANS), Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Rodoviária Estadual, Corpo de Bombeiros, Núcleo Regional de Educação, Instituições de Ensino Superior, Secretarias Municipais (saúde, educação, esportes) e entidades participantes do COTRANS.

Dia do Motociclista (27 de julho) e Dia do Motorista (agosto)



Semana Nacional de Trânsito (setembro) e Semana da Criança (outubro)



I Seminário Regional sobre Acidente de Trânsito e suas Consequências



2.2 Sistema Integrado Georreferenciado de Controle e Monitoramento por Acidentes de Trânsito via web (SIGETRANS)

Para suprir a deficiência da fragmentação das informações quanto aos registros dos acidentes de trânsito, foi desenvolvido um sistema de informação denominado de Sistema Integrado Georreferenciado de Controle e Monitoramento por Acidentes de Trânsito via web (SIGETRANS), por meio de cooperação técnica firmada entre Secretaria de Saúde e Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE pelo Centro de Ciências Exatas e Tecnológicas.

Este sistema visa unificar os registros de acidentes de trânsito registrados por SIATE, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal e Estadual e Companhia de Engenharia de Transporte e Trânsito – CETTRANS, bem como registrar os atendimentos realizados às vítimas de acidentes em atendimentos hospitalares e ambulatoriais, registrando custo dos procedimentos e avaliando a condição de alta do paciente.

O SIGETRANS está em fase de implantação e sua alimentação pelos órgãos que atuam com os acidentes e os serviços de saúde deverá ser realizada diretamente no sistema, via web. O banco de dados do SIATE possibilita comunicação com outros sistemas, dessa forma, a geração das informações desta fonte notificadora ocorrerá automaticamente por meio da comunicação entre os sistemas.

As principais funcionalidades do SIGETRANS serão:

- Gerenciar os acidentes de trânsito com ou sem vítimas com relatórios;
- Gerenciar o acompanhamento das vítimas no âmbito hospitalar e ambulatorial das Unidades de Pronto Atendimento – UPA's, Unidades Básicas de Saúde – UBS's e USF's, e do Programa de Atenção e Internação Domiciliar – PAID, de vítimas de acidente de trânsito;
- Viabilizar a visualização georreferenciada de eventos ligados ao trânsito no município de Cascavel/PR.

2.3 Notificação Compulsória para Acidente de Trânsito

Para garantir a alimentação do SIGETRANS, será instituída notificação compulsória para os acidentes de trânsito no município via Projeto de Lei, que será tramitado com aprovação do poder legislativo.

A proposta de Notificação Compulsória foi elaborada pela Secretaria de Saúde e avaliada pelo COTRANS, estando em fase de discussão com a Secretaria de Assuntos Jurídicos para finalização e tramite junto ao legislativo municipal.

A notificação compulsória, juntamente com o sistema de informação, propiciará uma análise mais ampla sobre os acidentes de trânsito e atendimentos gerados a partir deles, pois todos os acidentes ocorridos no município farão parte de um único sistema, bem como, os atendimentos hospitalares e ambulatoriais disponibilizados às vítimas.

2.4 Qualificação para Profissionais de Saúde na Temática Acidente de Trânsito

A qualificação dos profissionais de saúde ocorre por meio de seminários, oficinas e fórum de discussão. A partir da qualificação e sensibilização dos profissionais de saúde, é planejado um conjunto de ações a serem desenvolvidas no âmbito das unidades de saúde, aproveitando os espaços de atendimento já existentes, bem como escolas, conselhos locais de saúde e empresas.

As qualificações para profissionais de saúde nesta temática já envolveu os seguintes assuntos:

- Índices de Acidente de Trânsito no Município;
- Trânsito: Espaço de Convivência Humana;
- Perfil das Vítimas de Acidente de Trânsito e Primeiros Procedimentos no Atendimento à Vítima;
- Década de Ações pela Segurança no Trânsito/2011-2020 – desafios e perspectivas para o setor de saúde.



3. RESULTADOS ALCANÇADOS

Com o desenvolvimento do Projeto Redução da Morbimortalidade por Acidente de Trânsito no Município de Cascavel-PR, destaca-se a constituição oficial do Comitê Intersetorial de Prevenção e Controle de Acidente de Trânsito do Município de Cascavel – COTRANS que, por ser um espaço intersectorial, possibilita maior articulação e efetivação de ações pelo grande número de entidades envolvidas. A constituição deste Comitê foi primordial para maior ênfase à prevenção dos acidentes no município, bem como para a efetivação de ações intersectoriais nesta temática.

O desenvolvimento do SIGETRANS, em fase de implantação, será um fator primordial para a identificação de vários elementos pertinentes ao acidente e ao atendimento disponibilizado à vítima, tendo assim um acompanhamento posterior ao acidente, inclusive com avaliação da condição de alta, de atendimentos ambulatoriais e especializados necessários para a reabilitação.

A Notificação Compulsória para Acidentes de Trânsito, embora ainda não instituída (em fase de análise pela Secretaria de Assuntos Jurídicos), tem sido avaliada como um elemento que tornará possível a alimentação do SIGETRANS com dados que possibilitarão a junção de informações num único sistema do acidente e dos atendimentos prestados às vítimas, facilitando a análise dos custos gerados e consequências provenientes do acidente.

A qualificação aos profissionais de saúde nesta temática, com articulação de ações com a atenção primária em saúde, foi fundamental para ampliação das informações à população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Temático Prevenção de Violência e Cultura da Paz. Paineis de Indicadores do SUS nº 5. Volume III. 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Portaria 737 de 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidente de Trânsito. Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde. 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de Redução de Acidentes e Segurança Viária para a Década 2011-2020. 2010

IMPLANTAÇÃO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS NA 9ª REGIONAL DE SAÚDE

ARTIGO 09

FOZ DO IGUAÇU/PR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maria Helena Carlessi Zanette¹

Érica Ferreira da Silva²

¹ Enfermeira Graduada e Especialista em Epidemiologia e Administração hospitalar – Coordenadora das Doenças e Agravos não Transmissíveis. 9ª Regional de Saúde, Rua Santos Dumont n 460, Centro, CEP: 85851-040. Foz do Iguaçu - PR. scvgeogrs@sesa.pr.gov.br

² Enfermeira Graduada pela Universidade Estadual de Maringá-UEM e Mestre em Saúde Pública Baseada em evidências pela Universidade Federal de Pelotas. ericafesil@hotmail.com

RESUMO

A implantação da ficha de notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências na 9ª Regional de Saúde foi realizada através de um esforço conjunto e uma troca coletiva de saberes entre os diversos segmentos da rede de atendimento e assistência à saúde. Trata-se de uma notificação diferenciada que visa não somente instrumentalizar os técnicos que já integram a rede de saúde e atenção, como também proporciona uma oportunidade de aproximação entre o reconhecimento epidemiológico dos indicadores locais, com recomendações e propostas de trabalho que dialoguem entre as diversas áreas de vigilância e prevenção. Por suas especificidades e para cumprir exigências legais esta aplicação exige um planejamento mais detalhado das ações. É preciso acolher, identificar, atender e inserir a vítima em situação de violência numa rede de atenção e proteção de forma articulada e voltada a contemplar as necessidades percebidas e vivenciadas da forma mais integral e sustentável possível.

Palavras-chave: Violência; Notificação; Assistência.

1. INTRODUÇÃO

No último trimestre do ano de 2010, iniciou-se na 9ª Regional de Saúde o processo de implantação da ficha de Notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências nos nove municípios de abrangência desta Regional Foz do Iguaçu, Santa Terezinha de Itaipu, Medianeira, Matelândia, Itaipulândia, Ramilândia, Serranópolis do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu e Missal.

Com o objetivo de realizar esta implantação, técnicos da Regional e Municípios realizaram diversas reuniões com o propósito de análise deste instrumento de coleta de dados discussão e identificação dos pares. Neste momento entendeu-se que a notificação da violência doméstica envolve dificuldades e complexidades que não se aplicam em relação a outros agravos. A diferença considerada nesta notificação diz respeito aos distintos encaminhamentos demandados e setores relacionados, bem como para atender, posteriormente, uma disposição legal considerando a Portaria nº 104, de 25 de Janeiro de 2011 do Ministério da Saúde.

O atendimento de uma vítima de violência requer uma escuta acolhedora, haja vista que o serviço notificador, traz implícito o compromisso de não desconsiderar o sofrimento da vítima, como também a responsabilidade de inserir esta vítima numa rede de atendimento e assistência da forma mais integral possível.

Portanto, o primeiro passo foi realizar o mapeamento dos serviços já existentes nos nove municípios de abrangência Regional com a finalidade de visualizar quem são os atores desta rede e o trabalho que cada um desenvolve frente à problemática.

Posteriormente agendaram-se visitas para conhecer as especificidades de alguns serviços estratégicos como: Delegacias Especializadas, Conselho Tutelar, Serviços de Referência para atendimento às vítimas de violência sexual, IML, CRAS, CREAS, ONGs entre outros, não menos importantes.

Na oportunidade apresentou-se a ficha de notificação que estava sendo implantada pelos serviços de saúde e buscaram-se os contatos de referência de todos os serviços visitados. Alguns serviços já conheciam a ficha de notificação e referiram ser este o instrumento elo que faltava para promover a integralidade das ações na rede.

Reuniões intersetoriais, em cada município, tornaram-se importantes para visualizar a rede local instalada e subsidiar a integração criando oportunidades de aproximação dos profissionais da saúde com os demais setores de interesse comum (Educação, Conselho Tutelar, Delegacias, Hospitais, CRAS, CREAS, entre outros). Durante esses encontros foram elencados coordenadores municipais de referência para o acolhimento das vítimas fazendo um link com os demais profissionais da rede local chamando para o compromisso da notificação e prioridade na inserção das vítimas de violência na rede de atendimento e assistência.

Lembrando que esses coordenadores neste momento passaram a administrar os recursos que através de projetos aprovados em editais do Ministério da Saúde, recebem para fomentar ações de vigilância, prevenção e promoção à saúde.

Simultaneamente ao trabalho desenvolvido nos municípios de abrangência, o município sede desta Regional, Foz do Iguaçu, através da equipe de epidemiologia implantava num primeiro momento a ficha de notificação nos Hospitais e Unidades 24 horas. Na sequência foram realizadas capacitações com a perspectiva da visibilidade da inversão epidemiológica Nacional e Regional existente nas últimas décadas frente às doenças não transmissíveis, mais especificamente, neste momento, à violência doméstica. Objetivando incorporar o procedimento de notificação à rotina das atividades de atendimento aos serviços.

Num segundo momento, em Foz do Iguaçu a articulação aconteceu através da REDE PROTEGER em parceria com o Serviço de Epidemiologia Municipal, Polícia Federal e Delegacia da Criança e do Adolescente. A Rede Proteger é uma estratégia coletiva de articular, planejar e organizar as entidades, recursos e ações em defesa dos direitos da criança e do adolescente na região, bem, como, o combate à violência.

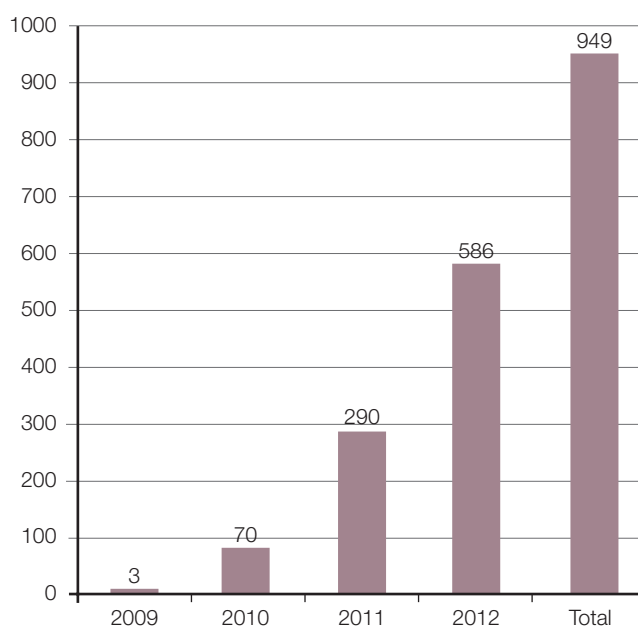
Neste processo foram realizadas diversas capacitações, inserindo profissionais de todas as instâncias da rede municipal de Foz contemplando os demais municípios de abrangência Regional.

Posteriormente à implantação da ficha de notificação, profissionais de vários segmentos da rede, através de encontros bimestrais, passaram a compartilhar experiências individuais vivenciadas na sua rotina diária de trabalho. Neste espaço está sendo possível identificar as potencialidades resolutivas de alguns serviços e as limitações e fragilidades de outros. Assim os técnicos discutem as formas de intervenções e soluções mais adequadas às diversas situações objetivando a adoção de práticas comuns e abrangência na qualidade dos atendimentos. Desta forma vamos minimizando as dificuldades, somando responsabilidades, construindo fluxos e por consequência fortalecendo e dando maior visibilidade à rede.

2. ANÁLISE DE DADOS

Aos poucos a rede começou a dialogar e a partir daí as notificações passaram a se intensificar como mostra o Gráfico 1.

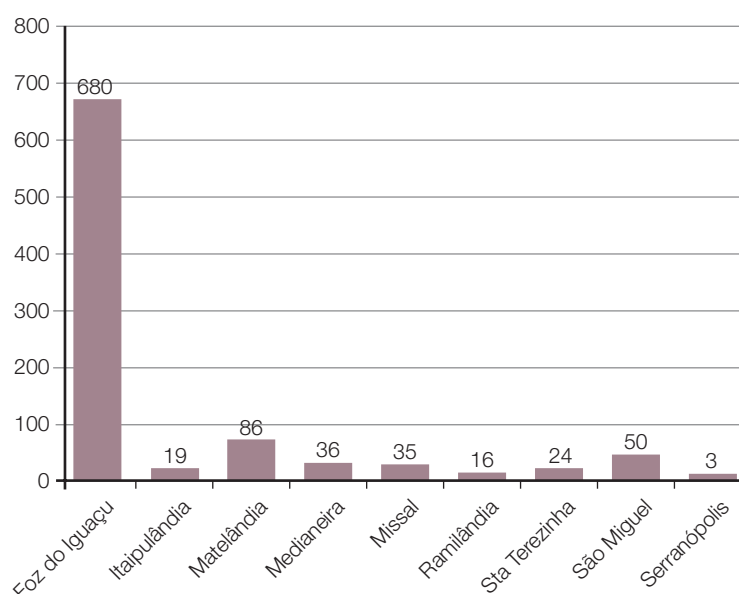
GRÁFICO 1 – Notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências – 2009 a 2012 – 9ª RS – POR RESIDÊNCIA



FONTE: SINAN-9ª RS, 2012

Por consequência, as redes Municipais também começaram a dialogar, interagir e estabelecer seus próprios fluxos, sedimentando protocolos de atendimento e agilizando os encaminhamentos. Assim as notificações passaram a se refletir da mesma forma, como mostra o Gráfico 2.

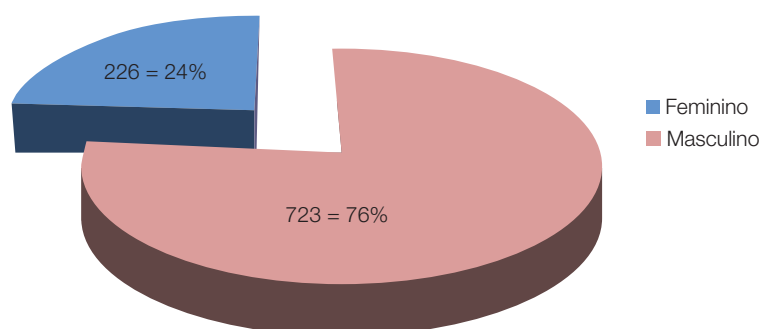
**GRÁFICO 2 – Notificação de violência doméstica, sexual, outras violências
2009 a 2012 – 9ª RS – POR MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA**



FONTE: SINAN-9ª RS, 2012

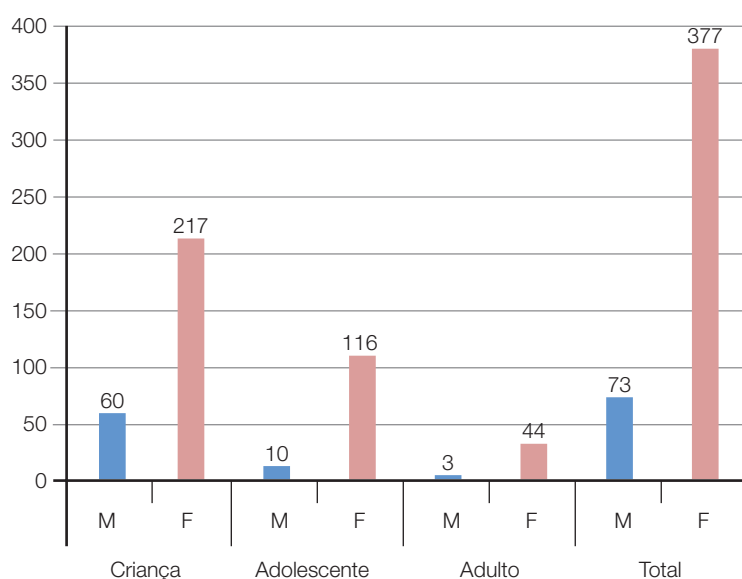
A equipe de Vigilância Epidemiológica Regional, buscando discutir o perfil das violências em nossa região, dentro da perspectiva de apontar aos profissionais capacitados o diagnóstico situacional obtido através dos dados do sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN, alimentados até o momento, observou que existe maior vulnerabilidade das vítimas do sexo feminino nas notificações de violência de 2009 a 2012, como mostra o Gráfico 3

**GRÁFICO 3 – Notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras
violências – 2009 a 2012 – 9ª RS – FREQUÊNCIA POR SEXO – 9ª RS**



Através dos dados epidemiológicos por grupo etário das vítimas de violência sexual atendidas no Hospital Ministro Costa Cavalcanti, referência regional para este atendimento, pode-se concluir que nos últimos 3 anos as crianças e adolescentes do sexo feminino tiveram maior exposição à violência sexual em nossa Regional de Saúde, segundo Gráfico 4.

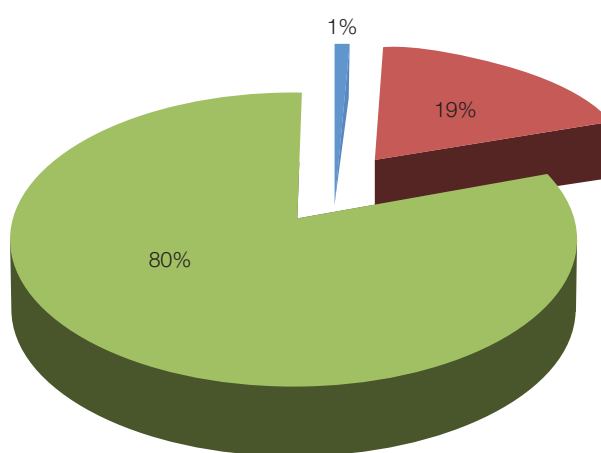
**GRÁFICO 4 – Vítimas de violência sexual atendidas no HMCC
POR FAIXA ETÁRIA E SEXO – 9ª RS – 2010 a 2012**



FONTE: RELATÓRIO TRIMESTRAL DO HMCC-9ª RS, 2012.

Quanto ao perfil do agressor da violência sexual, pode-se aferir que este, quase em sua totalidade, é conhecido das vítimas, em análise aos dados do Gráfico 5.

**GRÁFICO 5 – Perfil do agressor da violência sexual – 9ª RS – 2009 a 2012
VÍTIMAS ATENDIDAS NO HMCC**



Um dos objetivos de tanto esforço para alimentar os sistemas de informações é subsidiar a vigilância para auxiliar na tomada de decisões. Assim, conforme os municípios seguem produzindo seus próprios indicadores vão emergindo os grupos de maior vulnerabilidade que requerem maior cuidado e ações de enfrentamento. Neste momento procuramos incentivar, apoiar e acompanhar projetos e propostas de ações que promovam as intervenções mais adequadas para a inversão dos determinantes locais em questão.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho desenvolvido nas unidades básicas de saúde municipais foi primordial para o processo de implantação da notificação e estruturação da rede. Procurou-se, na oportunidade, minimizar as dúvidas e as dificuldades que os profissionais estavam encontrando em relação ao preenchimento da Ficha de Notificação, e aos seus devidos encaminhamentos.

Cabe ressaltar que durante o processo de implantação e estruturação da rede, o qual ainda permanece em constante crescimento, encontramos algumas dificuldades referentes à falta de recursos humanos, desvalorização do instrumento, falta de estrutura interna organizacional em alguns municípios entre outras.

No entanto, acredita-se que conforme os indicadores vão sendo produzidos e a violência doméstica e sexual começa a ter visibilidade, as equipes começam a perceber também que a ficha de notificação não trará somente a possibilidade de uma análise epidemiológica mais detalhada, como também, será um valioso instrumento de proteção e garantia de direitos às vítimas, bem como, a integração de uma rede assistencial.

Pela complexidade e abrangência do tema e por envolver muitos profissionais de diversas áreas e setores nem sempre as equipes se mantêm homogêneas devido à freqüente rotatividade de profissionais. Com muita resiliência seguimos conduzindo e acompanhando as ações, hora comemorando avanços, hora contornando obstáculos. Para estes momentos nunca faltou o fundamental apoio do nível central que sempre respeitou, orientou, motivou e valorizou nossa trajetória de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Portaria Nº 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], Brasília, 2011.

Manual Instrutivo de Preenchimento da Ficha de Notificação/investigação Individual de Violência doméstica, Sexual e/ou Outras Violências. Brasil: Ministério da Saúde, 2011. 72 p.

Política Nacional de Promoção da Saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde: **Estratégias de implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 20-22. 3. Ed.

Temático prevenção de Violências e Cultura de Paz V.III. Painel de indicadores do SUS nº5: **Violência: uma epidemia silenciosa**. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2008. p. 60.

Violência Intrafamiliar: Orientações para Prática em Serviço/Secretaria de Políticas para Saúde: **Estratégias e compromissos para a prevenção da violência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 85- 87.

ARTIGO 10

MORTES MATERNAS

E VIOLÊNCIA NO PARANÁ

Alaerte Leandro Martins¹
Terezinha Maria Mafioletti²

¹ Enfermeira, 2ª RS – SCAPS, atsmulhero2rs@sesa.pr.gov.br

² Enfermeira, SESA/DVDNT, terezinham@sesa.pr.gov.br

RESUMO

O presente artigo trata da descrição das atividades do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná (CEPMM-PR), com relação ao tratamento que se buscou dar aos óbitos maternos não obstétricos desde 2007. A relação entre os fenômenos violência e mortalidade materna é um questionamento que se encontra em aberto no Brasil. O referido estudo objetiva trazer contribuições para elucidar o problema.

Palavras-chave: Mortalidade materna; Violência contra a mulher; Óbito materno não obstétrico.

1. INTRODUÇÃO

Com a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres pelo Governo Federal, a homologação da Lei Maria da Penha e, conseqüentemente, a instalação de Centros de Referência e de Juizados Especiais, Civil e Criminal e demais atividades desenvolvidas e órgãos para atender a mulher em situação de violência, evidencia-se cada vez mais casos de violência contra mulher que terminam em mortes maternas, entretanto ainda são poucos os estudos sobre a temática.

Um dos primeiros, realizado na década de 90, por RIZZI e col. (1998), em investigação de mortes maternas por violência na Argentina, encontraram que “ocorre entre 12 a 44 anos e foram por suicídios (17,6%), homicídios (20,4%) e acidentes de trânsito (62%)”.

Dentre os 53 óbitos registrados no Recife, ocorridos em dois anos, 11 deles (20,7%), foram não obstétricos, sendo sete por morte violenta e quatro por neoplasia maligna associada ou decorrente da gestação; destaca-se entre estas mortes dois casos de coriocarcinoma e dois suicídios no oitavo mês de gestação (CECATTI e col., 1998).

Conclui-se que as mortes maternas não obstétricas ou não relacionadas tiveram um expressivo número de casos atribuíveis à violência, incluindo os acidentes de trânsito e homicídios. Chama a atenção o elevado número de gestantes que morreram por causas violentas, sendo maior no período do que as resultantes de aborto e hemorragia, o que obriga a um enfoque mais dirigido à violência que atinge dimensões de um problema de saúde pública, sobretudo em áreas metropolitanas.

GRANJA e col. (2002) desenvolveram um estudo retrospectivo de cinco anos, em Moçambique, incluindo suicídio, homicídio e acidentes, para saber a magnitude dos casos. Em 27 casos, 10 foram por homicídio, nove suicídios e seis acidentes. Concluem que a magnitude do problema é relevante comparada com a magnitude de hipertensão na gravidez, que representa a quarta causa de morte materna em Maputo.

MENEZES e col. (2003) analisaram a prevalência de violência física doméstica entre as parturientes de maternidade terciária IMIP – Pernambuco, o resultado foi 13% e 7,4% antes e durante a gestação, respectivamente. Referem que as gestantes submetidas à violência doméstica podem também ser vítimas de homicídio, que o trauma representa causa importante de morte materna em diversos países, sendo de 36 a 63% destas mortes representadas por homicídios, a maioria praticado pelos parceiros íntimos.

Categorizaram empurrão (56,4%), tapa (43,6%), “ronchas” – manchas roxas (16,4%), entre outros, sendo que cada mulher pode ter sido vítima de mais de uma forma de agressão. Referem também que os principais fatores de risco associados foram baixa escolaridade, história de violência na família da mulher, consumo de álcool e desemprego dos parceiros.

A precária condição socioeconômica, falta de acesso a recursos sociais, família numerosa e menor cuidado com os filhos estiveram presente em quase todas as histórias mapeadas, e como consequência da violência na gestação um elevado número de mortes neonatais em função do descolamento da placenta. Segundo o estudo, o estresse continuado durante a gestação predispõe a esse tipo de patologia e de sofrimento às mulheres.

No estudo realizado nas capitais brasileiras, de Laurenti e colaboradores, MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006), verificou-se que os homicídios, acidentes de transporte e suicídios são os principais tipos desse tipo de morte, isto é, morte por causas externas, chegando a atingir cerca de 15,5% de mulheres em idade reprodutiva, variando entre 12,1% a 18,9%, de acordo com a região analisada, terceiro posto no total das capitais analisadas e segundo lugar na região Centro-Oeste. Ainda neste estudo, o homicídio no âmbito doméstico e/ou familiar surge como principal causa no grupo, com 39,2%.

ESPINOZA (2005) cita que é necessário “criar um protocolo terapêutico global destinado para os sobreviventes da violência doméstica” e em especial ESPINOZA E CAMACHO (2005), concluem que as mortes maternas não obstétricas ou não relacionadas tiveram um expressivo número de casos atribuíveis à violência, incluindo os acidentes de trânsito e homicídios. TEIXEIRA e col. (2008) citam que “considerando a violência durante a gravidez, existe pouca informação, contudo, evidências mostram que ela é bastante comum principalmente nos casos de gravidez indesejada, sendo geralmente, ocasionada pelo companheiro. Este tipo de óbito não integra as causas de morte materna em muitos países, como é o caso do Brasil, principalmente por se evidenciar como problema comportamental, a exemplo do alcoolismo e uso de drogas ilícitas”.

Dentre as deliberações do Comitê Nacional de Monitoramento e Avaliação do Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em sua 8ª Reunião Plenária, ajustadas e complementadas pela 19ª Reunião da Comissão Executiva, está a proposta de apoiar a realização de pesquisa sobre mortalidade materna e violência, considerando a intersetorialidade necessária para seu desenvolvimento, segundo MINISTÉRIO DA SAÚDE (2008).

Entender a relação entre os fenômenos violência e mortalidade materna é um questionamento que se encontra em aberto não só no Brasil, mas em toda a América Latina e Caribe. Segundo NEGRÃO (2008), “várias investigações relacionaram violência e gestação e violência na gestação, no entanto sua ligação direta ou indireta como causa de morte das mulheres no período considerado como de mortalidade materna continua sem a devida abordagem”.

A autora ainda cita que para se ter ideia da magnitude do problema, na cidade de Porto Alegre, região sul do Brasil, com os mais altos índices de desenvolvimento humano (IDH) e mais baixos índices de morte materna, no ano de 2002 o Comitê de Prevenção e Estudos sobre Mortalidade Materna constatou a ocorrência de 11 mortes de mulheres por assassinatos, sendo a segunda maior causa isolada de morte no período.

Este dado, no entanto, não foi incorporado ao Relatório Anual de Morte Materna do Comitê Municipal porque esta é considerada uma “causa externa”. Soma-se aos tantos eventos da vida cotidiana, pública ou privada, como acidentes, atropelamentos, bem como suicídios, deixando de ser tratado como fator de risco à vida sexual e reprodutiva das mulheres.

Em agosto de 2010, a Fundação Perseu Abramo, em parceria com o SESC, realizou a pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, em que apresenta que uma em cada quatro mulheres (25%) relatou ter sofrido algum tipo de violência na hora do parto.

Dentre as diversas formas possíveis de abusos e maus-tratos, tiveram destaque: exame de toque doloroso, recusa para alívio da dor, não explicação de procedimentos adotados, gritos de profissionais ao ser atendida, negativa de atendimento, xingamentos e humilhações. Além disso, 23% das entrevistadas ouviu de algum profissional algo como: “não chora que ano que vem você está aqui de novo”; “na hora de fazer não chorou, não chamou a mamãe”; “se gritar eu paro e não vou te atender”; “se ficar gritando vai fazer mal pro neném, vai nascer surdo”.

A divulgação desta pesquisa vem acirrar a discussão sobre a violência contra mulher no ciclo gravídico puerperal, desde a discussão em eventos científicos até a realização de caminhadas e manifestos.

VENTURI e col. (2011), no VII COBEON, concluem que “as práticas descritas implicam em violações de direitos humanos, entre as quais se incluem o direito a integridade corporal, à autonomia, a não discriminação, à saúde e a garantia do direito aos benefícios do progresso científico e tecnológico. A frequência dos comportamentos aferidos aponta para uma banalização dessa violência, indicando a relevância de se problematizá-la em programas de formação e capacitação profissional com vistas ao seu enfrentamento”.

Já em Curitiba surge o movimento BEM NASCER (2012) que cita a necessidade da construção de um modelo de atenção obstétrica para o município “rompendo com o modelo tradicional do parto medicalizado, que mostra resultados nefastos devido aos altos índices de mortalidade materna e perinatal, bem como a insatisfação das mulheres no seu processo de parir e nascer, além da violência obstétrica institucionalizada em nossas maternidades”.

Considerando a existência destes tipos de óbitos maternos em seu banco de dados, integrantes do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná (CEPMM-PR) realizaram levantamento preliminar dos casos e, desde 2007, foi orientado que a investigação seja a mais completa possível, especificando exatamente as circunstâncias da morte como, por exemplo: se houve discussão após acidente de trânsito que levou ao homicídio ou se houve envenenamento ou suicídio por qualquer forma, pesquisar história de transtorno mental, violência doméstica, entre outros.

O objetivo deste artigo é descrever os achados e como vem sendo desenvolvido o cuidado com os casos de óbitos de mulheres em idade fértil descartados pelo CEPMM-PR no período, em especial os não obstétricos.

2. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES

O CEPMM-PR, criado em 1989, atua em conjunto com os Comitês Hospitalares, Municipais e Regionais do estado, realiza a vigilância sistemática dos óbitos maternos, utilizando o método *reproductive age mortality survey* (ramos), e todos os óbitos de mulheres em idade fértil investigados encontram-se em sua base de dados.

A análise dos óbitos é realizada em câmaras técnicas multiprofissionais e interinstitucionais; oportunidade em que se identificam a causa básica do óbito, os fatores que levaram ao óbito, a evitabilidade e as medidas de prevenção.

Com o surgimento de publicações sobre mortalidade materna e violência, integrantes do CEPMM-PR decidiram rever os casos de 2006, cientes de que muitos Comitês sequer enviavam os óbitos por causas externas ao CEPMM-PR para as câmaras técnicas, pois, conforme preconizado pela Código Internacional de Doenças (CID) 10, não são considerados para o cálculo da razão de mortalidade materna, e ainda cientes da guarda de óbitos “descartados” em sua base de dados.

Foram encontrados 23 casos, os dados foram apresentados em reunião ordinária de 18/09/2007 e foram definidos encaminhamentos:

1. Fazer mini-câmara técnica para revisar novamente três casos de 2006 e se ainda for possível corrigir o SIM (Sistema de Informação de Mortalidade);
2. Fazer um artigo com análise de três anos;
3. Orientar que a investigação destes casos, já a partir de 2007, seja a mais completa possível, especificando exatamente as circunstâncias da morte como, por exemplo:
 - 3.1. Se houve discussão após acidente de trânsito que levou ao homicídio;
 - 3.2. Se houve envenenamento ou suicídio por qualquer forma, pesquisar história de transtorno mental, violência doméstica.

Dessa forma MARTINS e col. (2009) com um total de 565 óbitos na base de dados, encontraram que 374 aconteceram durante a gravidez e até o 42º dia pós-parto e entraram para o cálculo da razão de mortalidade materna, 59 foram maternos tardios e 132 óbitos considerados como não obstétricos, que foram descartados.

Destacam que no biênio 2005-2006, foi descartado 50 óbitos e no biênio 2007-2008, 82 óbitos, o que podemos inferir que, com a divulgação de estudos que relacionavam estas causas a mortes maternas e a orientação do CEPMM-PR aos Comitês para realização de investigação mais detalhada, a partir do início de 2007, contribuiu para este aumento.

Identificaram que 33 óbitos (25%) precisariam ser melhor discutidos se descartados ou não, de 2005-2006, 13 óbitos e de 2007-2008, 20 caso. Relacionavam-se as causas externas como homicídios (24,24%), suicídios (30,3%) e acidentes de trânsito (9,09%) e, na revisão, identificou-se informação relevante em prontuário ou entrevista domiciliar de violência doméstica ou sexual, presente em 12 casos (36,36%).

As autoras concluem “que o fenômeno – violência doméstica ou violência contra mulher – extrapola o setor saúde. Neste sentido, o enfrentamento deste fenômeno implica ações intersetoriais e, a mesma perspectiva se aplica às mortes maternas quando relacionadas a estes tipos de violência”.

Muitos destes óbitos poderiam estar classificados como óbitos maternos obstétricos diretos e indiretos, por exemplo:

- Suicídio por envenenamento, na investigação domiciliar revelou transtorno mental (com uso de medicamentos controlados) e violência doméstica; Óbito por ingestão de veneno, na investigação familiares informam que foi “para perder a criança”, marido preso abusou sexualmente da filha mais velha. Ela estava grávida de outro.

3. RECOMENDAÇÕES

A redução da mortalidade materna vem sendo perseguida pelos governos, especialmente com o advento do 5º Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), melhoria da saúde materna, com inúmeras ações sendo desenvolvidas para reduzi-la, aqui no estado destaca-se a implantação do Programa Rede Mãe Paranaense.

Faz-se necessário também a melhoria na vigilância dos óbitos e dessa forma poder compará-la entre os diversos países. LAURENTI e col. (2008) descobriram que “entre as mortes por causas maternas originais, 15,9% não eram mortes maternas, de acordo com a definição da OMS”. Os autores propuseram e foi aceito pela OMS que a partir da CID 11 os códigos O96 e O97 devem ser especificados. Isso irá garantir que este percentual significativo de óbitos seja mais bem classificado conforme abaixo:

O96	Morte por qualquer causa obstétrica que ocorre mais de 42 dias, porém menos de um ano após o parto.	O97	Morte por sequelas de causas obstétricas
O96.0	Obstétrica direta	O97.0	Obstétrica direta
O96.1	Obstétrica indireta	O97.1	Obstétrica indireta
O96.9	Obstétrica não especificada	O97.9	Obstétrica não especificada

Sobre os óbitos maternos e violência na realização deste artigo identificamos o estudo de ALVES E ANTUNES (2009) que apresentam um “Modelo de classificação para as mortes por causas externas no período gravídico-puerperal, utilizando-se categorias vazias do Capítulo XV da 10ª Revisão da CID”.

Como o CEPMM-PR vem trabalhando desde 2007 no sentido de especificar melhor as mortes por causas externas, recomendamos a continuidade deste cuidado e que já a partir de 2013 utilizemos o código conforme proposto a seguir:

Quadro 1 – Classificação do Código O93*	
CAUSA EXTERNA DA LESÃO	CÓDIGO O93 DO CAPÍTULO XV
Acidente de Transporte (V01- V99)	O93.0
Queda (W00-W19)	O93.1
Afogamento (W66-W74)	O93.2
Queimadura (X00-X19)	O93.3
Envenenamento Acidental (X20-X29 e X40-X49)	O93.4
Complicações de Assistência Médica e Cirúrgica (Y40-Y84)	O93.5
Suicídio (X60-X84)	O93.6
Homicídio (X85-Y09)	O93.7
Outros Acidentes (W20-W64; W75-W99; X30-X39 e X50-X75)	O93.8
Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada (Y10-Y34)	O93.9

*Proposto por Alves e Antunes (2009), integra no anexo 1.

Dessa forma, é possível garantir que as mortes de mulheres gestantes e puérperas relacionadas com situações de violência sejam mais bem especificadas para poder compará-la com outros estudos, haja vista representarem aproximadamente 25% dos óbitos.

ANEXO 1

Modelo de classificação para as mortes por causas externas no período gravídico-puerperal, utilizando-se categorias vazias do Capítulo XV da 10ª Revisão da CID		
CAUSA EXTERNA DA LESÃO	CÓDIGO O93 DO CAPÍTULO XV	COMENTÁRIOS
Acidente de Transporte (V01- V99)	O93.0	Pode ser acidental ou intencionalmente infligido por alguém ou por si próprio. Neste caso* correspondente a Morte materna por acidente de transporte.
Queda (W00-W19)	O93.1	Pode ser acidental ou intencionalmente auto-infligido. Neste caso*, deve assumir o código correspondente à Morte materna por queda acidental.
Afogamento (W66-W74)	O93.2	Pode ser acidental ou intencionalmente infligido por si próprio ou por alguém. Neste caso*, deve assumir o código correspondente a Morte materna por afogamento acidental.
Queimadura (X00-X19)	O93.3	Pode ser acidental ou intencionalmente infligido por si próprio ou por alguém. Neste caso* deve assumir o código correspondente a Morte materna por queimadura acidental.
Envenenamento Acidental (X20-X29 e X40-X49)	O93.4	A situação do envenenamento deve ser esclarecida de acordo com o código da causa externa da lesão. Assim, para efeito de análise usar sempre os dois códigos. Morte materna por envenenamento acidental.
Complicações de Assistência Médica e Cirúrgica (Y40-Y84)	O93.5	Esclarecer a situação das complicações. Neste caso, propõe-se manter Morte materna por complicações da assistência médica, pois desta forma consta na 10ª Revisão da CID.
Suicídio (X60-X84)	O93.6	Lesões auto-infligidas. Morte materna por Suicídio.
Homicídio (X85-Y09)	O93.7	Agressões. Morte materna por Homicídio.
Outros Acidentes (W20-W64; W75-W99; X30-X39 e X50-X75)	O93.8	Os demais acidentes que constam na CID-10 e não estão incluídos nos códigos acima, intervalo de O93.0 – O93.5. Morte materna por outros acidentes.
Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada (Y10-Y34)	O93.9	Circunstância da causa externa não determinada. Morte materna de intenção indeterminada.

*Códigos (intervalos referidos na primeira coluna) da causa externa correspondente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, SV, Antunes, MB de C, **Morte por causas externas durante o período gravídico-puerperal: como classificá-las?** Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, 17 (3): 743 – 764. 2009.

Bem Nascer, **Carta-Compromisso da Iniciativa: Curitiba pelo bem nascer!** Mimeo, 23/09/2012.

Cecatti, JG et al, **Mortalidade materna em Recife. Causas de óbitos maternos**, RBGO, 20(1):7-11, 1998.

Espinoza, H, Camacho, AV. **Maternal death due to domestic violence: an unrecognized critical component of maternal mortality**. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 17(2), 2005.

Espinoza, H. **A paradigm for developing a comprehensive treatment protocol for survivors of domestic violence**. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 17(2), 2005.

Granja, AC et al, **Violent deaths: the hidden face of maternal mortality**, BJOG, 109(1), 5-8, 2002.

Laurenti, R, Jorge, MHPM, Gotlieb, SLD. **Mortes maternas e mortes por causas maternas**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 17(4):283-292, out-dez 2008.

Martins, AL. Souza, KV de, Mafioletti, TM, Watanabe, TL. **Mortes Maternas e Violência em um Estado do Sul do Brasil: uma análise preliminar**. In Seminário Integrado dos 20 anos do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna e dos 10 anos do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Infantil do Paraná, 24 a 26 de novembro de 2009; Curitiba.

Menezes, TC et al, **Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério**, RBGO, 25(5):309-316, 2003.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final**. Brasília: Editora MS, 2006.

_____. Ata da **8ª Reunião Plenária do Comitê Nacional de Monitoramento e Avaliação do Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**, 3-4/07/2008 e 19ª Reunião da Comissão Executiva, 22-23/07/2008.

Negrão, T, **Violência de Gênero deve ser considerada indicador de morte materna**, ComunicaRede, informativo nº 7, 28 de maio de 2008.

Rizzi, RG, et al, **Maternal mortality due to violence**, Int J Gynaecol Obstet, dec;63 Suppl 1:S19-24, 1998.

Teixeira, NZF, Diniz, CSG, Vianna, LAC, Pereira, WR. **Gênero e mortalidade materna: razões para uma interseção**. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 8, 2008. Florianópolis: editora da UFSC, 2008. Anais. 25 a 28 de agosto 2008; Florianópolis.

Venturi Jr., G, Aguiar, JM de, Hotimsky, SN. **A violência institucional no parto em maternidades brasileiras: uma análise preliminar de dados da pesquisa de opinião pública Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado – 2010**. Anais do VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal (COBEON 2011) e I Congresso Internacional de Enfermagem Obstétrica e Neonatal (I CIEON 2011), 6, 7 e 8 de julho de 2011. Belo Horizonte.

REDE DE ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA/PR:

ARTIGO 11

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Alaerte Leandro Martins¹

José Carlos Abreu²

Maria José Scheller³

Terezinha Maria Mafioletti⁴

¹ Enfermeira, 2ª RS – SCAPS, atsmulhero2rs@sesa.pr.gov.br

² Farmacêutico e Diretor, 2ª RS, diro2rs@sesa.pr.gov.br

³ Assistente social, 2ª RS – SCAPS, naoviolenciaso2rs@sesa.pr.gov.br

⁴ Enfermeira, SVS/CEPI/DVDANT, terezinham@sesa.pr.gov.br

RESUMO

O artigo aborda o processo de implementação e a implantação da Rede de Atenção às Mulheres em Situação de Violência na Região Metropolitana de Curitiba. Discorre sobre a evolução e os progressos do processo e conclui que há a necessidade da continuidade da Rede para o fortalecimento do Enfrentamento da Violência contra a Mulher.

Palavras-chave: Violência contra Mulher, Redes de Atenção, Fortalecimento do enfrentamento da violência contra a mulher.

1. INTRODUÇÃO

A violência doméstica contra a mulher, vista a partir das relações de gênero, distingue um tipo de dominação, de opressão e de crueldade nas relações entre homens e mulheres, estruturalmente construído, reproduzido na cotidianidade e subjetividade assumida pelas mulheres, atravessando classes sociais, raças, etnias, níveis educacionais e faixas etárias (MINAYO, 1994).

Estudos sobre a produção bibliográfica brasileira no campo da saúde revelam que, na década de 90, a violência contra a mulher passou a ser explicada, majoritariamente, a partir da perspectiva de gênero como parte das relações de dominação e desigualdade entre elas e os homens (GOMES, 2003).

Esta forma de violência ocorre num contexto social e histórico específico, dado por relações de gênero, tendo sua origem nas relações de desigualdade e poder entre os sexos (SAFFIOTI, 2002).

Falar sobre violência contra a mulher requer uma abordagem múltipla, que englobe aspectos históricos, sociais, jurídicos e médicos. A violência contra a mulher assume diferentes formas, exigindo assim uma análise cuidadosa que atente para as peculiaridades de cada uma: física, psicológica, patrimonial, sexual e moral. Atinge o gênero feminino em todas as fases da vida, classes sociais, raças e etnias no Brasil e no mundo. O seu enfrentamento passa necessariamente pela atuação em Redes.

As bandeiras feministas, principalmente a partir da década de 70, foram de suma importância para romper com o silêncio secular que invisibilizava a violência contra as mulheres, estimulando ações em diversos campos. Em meados da década de 80 uma pesquisa contendo dados sobre vitimização foi feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE e, pela primeira vez na história do país, a violência contra a mulher foi quantificada. Apenas neste momento foi possível ter uma ideia, ainda que incipiente, da dimensão desse fenômeno.

Apenas em 2001 uma nova pesquisa, realizada pela Fundação Perseu Abramo, trouxe novos dados acerca da violência contra a mulher no Brasil. Esta vasta pesquisa, que abordava outros temas além da violência doméstica, foi realizada com 2.502 mulheres de diferentes idades, regiões e classes sociais.

Uma pesquisa realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2002 revelou que a violência contra a mulher é responsável por 7% de todas as mortes de mulheres entre 15 e 44 anos em todo o mundo. De acordo com relatório divulgado em 2004 pela Organização Anistia Internacional, “mais de um bilhão de mulheres em todo o mundo foi espancada, obrigada a manter relações sexuais ou sofreu algum tipo de abuso, quase sempre cometido por amigo ou parente”.

O estado brasileiro deu seu primeiro passo na proteção dos direitos específicos das mulheres em 1984, quando ratificou a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher – CEDAW. Ainda na década de 80, a Constituição Federal de 1988 igualou homens e mulheres em direitos e obrigações. No ano de 1995, em Belém do Pará, o país ratificou a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher. Em 2002, o Brasil assinou o protocolo facultativo à CEDAW, permitindo que denúncias individuais de violações de direitos das mulheres fossem submetidas ao comitê CEDAW, que monitora a implementação de tratado de mesmo nome pelos estados – partes.

Por fim, em 2006, foi promulgada a Lei nº 11340/06, de 7 de agosto de 2006, conhecida como *Lei Maria da Penha*, que visa combater e punir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Essa lei é considerada uma vitória do movimento feminista e um passo fundamental no combate à violência contra a mulher. Aliado a isto, o estado brasileiro vem implantando e implementando políticas públicas no sentido de prestar assistência às mulheres em situação de violência, a exemplo da criação das Delegacias Especializadas da Mulher, dos Centros de Referência e dos Juizados especializados no atendimento da violência contra a mulher.

Inúmeros estudos e documentos nacionais e internacionais apontam para o fato de que a violência contra a mulher exige ações integradas para assegurar um enfrentamento efetivo e resolutivo do problema.

Buscando assegurar o cumprimento destas metas, a Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA) atua desde 1999 através da aprovação de três resoluções que estabelecem: a necessidade de implantação de políticas públicas para as mulheres em situação de violência; a realização de seminários; a aprovação do *Plano Estratégico para Organização de Redes de Serviços para Atendimento à Mulher que Sofre Violência no Estado do Paraná* pelo Conselho Estadual de Saúde do Paraná (CES/PR), já em 2001.

A SESA assinou convênio com a Secretaria de Estado da Segurança Pública/IML para assegurar o atendimento humanizado da violência sexual em junho de 2002, da *assinatura do Pacto pela vida enfocando a redução da mortalidade materna e infantil no Paraná*, em dezembro de 2005, que prevê a implantação dos Centros de Referência de Saúde Integral da Mulher.

A 2ª Regional de Saúde (2ª RS), em busca da implementação de ações preventivas e curativas para minimizar a violência contra a mulher, realizou dois seminários: o I Seminário, em 2005, que tratou sobre o *“Atendimento à Mulher em Situação de Violência”* e o II Seminário, em 2011, que tratou sobre *“Atenção à Mulher em Situação de Violência”*. Participaram os 29 municípios de sua área de abrangência. Em março de 2006, foi instalado o Centro de Referência e Atendimento à Mulher em Situação de Violência de Curitiba e Região Metropolitana, constituindo-se como espaço estratégico da política de enfrentamento à violência contra as mulheres. O Centro de Referência da Mulher, em parceria com a 2ª RS, vem articulando a Rede de Atenção à mulher em situação de violência da Região Metropolitana de Curitiba (MARTINS, 2008).

O objetivo deste artigo é relatar a experiência dessa rede na 2ª RS.

2. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES

2.1 Do Histórico no Estado

No Estado do Paraná, o “Programa de Enfrentamento da Violência contra a Mulher” vem sendo implantado paulatinamente, constituindo-se como uma política pública recente.

O município de Londrina foi um dos primeiros municípios a criar uma Secretaria Especial da Mulher e a implantar um serviço nesta área; já em 2001, elabora a proposta de implantação de um serviço de referência para o atendimento à mulher vítima de violência sexual, estabelecendo um protocolo de atendimento no qual consta, entre outros pontos, o atendimento psicológico. No estado, os avanços tiveram início com a Resolução nº 10/99 do CES-PR, que estabeleceu a necessidade de assegurar serviços que atendam ao aborto legal (MAFIOLETTI, 2010).

Em março de 2001, a Comissão de Saúde da Mulher do Conselho Estadual de Saúde do Paraná apresentou o Plano Estratégico para a Organização de Serviços de Atendimento às Mulheres que sofrem Violência no Estado do Paraná. Este plano é aprovado pelo CES/PR e publicado através das resoluções números 14 e 15, a seguir descritas.

A Resolução nº 14/01, estabeleceu a política para o atendimento à mulher que sofre violência no Estado do Paraná. Esta Resolução é seguida da nº 15/01, que cria o Comitê Gestor Interinstitucional da Rede com a participação da Secretaria de Estado da Saúde, da Justiça, da Criança e Assuntos da Família,

da Segurança Pública, bem como entidades como a OAB, CRP, CRM, Conselho Estadual da Mulher, Fórum Popular de Mulheres e União Brasileira de Mulheres.

O Comitê tem como objetivo: I) o acompanhamento das redes integradas, II) a elaboração de estudos e propostas de intervenção sobre as causas da violência, III) a difusão da necessidade da participação popular na formulação das políticas locais, entre outros. Este trabalho resultou, em 2002, na elaboração do Protocolo de Atendimento da Rede de Atenção às Mulheres, às Crianças e aos Adolescentes Vítimas de Violência, com detalhamento dos procedimentos, responsabilidades e fluxos interinstitucionais para todos os casos de violência contra estes segmentos, e com detalhamento técnico operacional para o atendimento à violência sexual.

O trabalho da Rede Interinstitucional resultou no estabelecimento de uma parceria entre a SESA e a Secretaria de Estado da Segurança Pública/IML, em junho de 2002, culminando com a assinatura de convênio entre ambas. Este convênio possibilitou a realização da perícia em vítimas da violência sexual nos hospitais de referência de forma humanizada e simultânea ao atendimento médico. A Resolução conjunta assinada pelos dois Secretários de Estado define responsabilidades, cabendo à SESA a disponibilização de médicos para a atuação junto ao Instituto Médico Legal-IML, em regime de plantão.

Ao IML, coube a tarefa de capacitar os referidos médicos e de viabilizar a sua atividade na rotina da Instituição. A Polícia Civil emitiu uma Ordem de Serviço determinando às suas Delegacias a requisição imediata de exames periciais, enviados por fax, em caso de violência sexual para os hospitais de referência.

A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba firmou parceria com os Hospitais de Referência para atendimento à violência sexual ocorrida até 72 horas.

Esta experiência foi premiada na categoria “Inovações na gestão da vigilância de agravos e doenças não transmissíveis e da promoção da saúde”, tema: “Humanização no Atendimento às Vítimas de Violência Sexual: o Instituto Médico Legal vai ao Hospital”, na 9ª EXPOEPI, Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças, realizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde, em Brasília, de 18 a 20 de novembro/2009.

Também cabe relatar que com o advento da Lei Maria da Penha, criou-se o “Grupo de Trabalho e Estudos para a Implementação da Lei Maria da Penha – Lei Federal nº 11.340/06 no Estado do Paraná”, coordenado pela Comissão da Mulher Advogada da OAB-PR, com o objetivo de implementar a Lei no Estado. Desse grupo, participam diversas organizações de mulheres que discutem, entre outros, recursos para a criação de novos centros de referências, casas abrigos e juizados para as mulheres em situação de violência a nível estadual.

Uma das primeiras conquistas obtidas pelo grupo de trabalho foi a instalação do 1º Juizado Especial de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher do Estado do Paraná, oferecendo atendimento às mulheres do Município de Curitiba. Entre as muitas atribuições deste juizado, está a de conceder as medidas protetivas de urgência para a mulher em situação de violência, como o afastamento do agressor do lar, o distanciamento da vítima e a suspensão do porte de armas, e decretar a prisão do agressor em flagrante. Neste grupo criaram-se de imediato vários subgrupos para elaborar as propostas para o enfrentamento à violência contra as mulheres no estado.

O Programa Mulher de Verdade, voltado para a atenção à mulher em situação de violência, foi implantado em 2002. O programa elaborou o Protocolo de Atendimento, viabilizando a parceria com os três Hospitais de Referência e desenvolvendo o processo de capacitação dos profissionais que atuam

nas unidades de saúde e nos hospitais de referência. Assumiu também a proposta de articulação de entidades e serviços, na perspectiva da construção da Rede de Atenção à Mulher sob Violência de Gênero.

Desta ação conjunta, interinstitucional, nasceu e se firmou um trabalho que se mantém ativo e atende vítimas de violência sexual (incluindo homens) no âmbito da capital e da região metropolitana. O fluxo racionalizador implantado permite o encaminhamento da vítima, a qualquer dia e hora, diretamente ao hospital, quando o fato ocorreu até 72 horas, orientando que isto seja o mais precoce possível.

Cabe ao hospital solicitar por telefone à Delegacia da Mulher a requisição dos exames periciais, e a presença do médico legista de plantão. Com a requisição enviada por fax pela Delegacia da Mulher e a presença do médico legista e da equipe do hospital, é realizada, ao mesmo tempo, a coleta dos exames periciais e o atendimento médico à vítima. Dessa forma, evitam-se múltiplas intervenções, repetição do relato do ocorrido pela vítima e eventual perda de provas periciais.

Privilegiada por ter a sede na capital do estado, com a possibilidade de acompanhar o desenvolvimento de todas as ações diretamente na SESA e em outras instituições – bem como contar com serviços de referência, as atividades da Rede Metropolitana iniciaram em 2006, praticamente junto com a instalação do Centro de Referência e Atendimento à Mulher em Situação de Violência de Curitiba e Região Metropolitana.

O Centro de Referência, vinculado à Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania (SEJU), é resultado da ação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres do Governo Federal, do Conselho Estadual da Mulher do Paraná e do Governo do Estado.

Constitui-se como um espaço estratégico da política de enfrentamento à violência contra as mulheres, exercendo um importante papel de articulador das instituições e serviços governamentais e não governamentais que integram a Rede, garantindo o acesso a outros serviços para as mulheres que se encontram em situação de vulnerabilidade em função da violência de gênero.

O atendimento prestado pelo Centro de Referência da Mulher objetiva cessar a violência vivenciada, sem ferir o direito à autodeterminação. Ele pretende promover meios para que a vítima fortaleça sua autoestima e tome decisões relativas à situação, intervindo para evitar futuros atos de agressão e contribuindo na interrupção do ciclo de violência e na penalização do responsável pela agressão. Tem como âmbito de atuação todos os municípios de abrangência da 2ª Regional de Saúde, oferece atendimento psicológico, social, jurídico e de orientação às mulheres em situação de violência doméstica e familiar.

Hoje, com a instalação da Coordenadoria Estadual da Mulher em Situação de Violência Doméstica e Familiar (CEVID), instância do Tribunal de Justiça do Paraná, dentre outros avanços, comemora-se a instalação do Juizado em Londrina, e da aproximação de termos um segundo Juizado em Curitiba.

2.2 Da Rede Metropolitana

A Coordenação de Saúde da Mulher da 2ª RS atuou inicialmente na coordenação e articulação da Rede da Região Metropolitana, em parceria com o Centro de Referência da Mulher. Foi obtido êxito no esforço de articular os serviços existentes e de estimular a organização onde não existe, bem como de aproximar as organizações não governamentais e os movimentos sociais no processo de construção da Rede Metropolitana de Atenção à Mulher em Situação de Violência.

A Rede Metropolitana foi criada com os seguintes objetivos:

1. Promover e cuidar dos vínculos e manter a sinergia entre instituições e pessoas que enfrentam a violência contra a mulher através do reconhecimento dos serviços e instituições envolvidas, da definição de metas e atribuições de cada órgão e da atuação em conjunto para assegurar a busca de eliminação de toda e qualquer forma de violência contra a mulher.
2. Estimular a construção de Redes locais de atenção às mulheres em situação de violência nos municípios envolvidos.
3. Implantar sistema de vigilância e notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher, elaborar protocolos e instrumentos de acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas.
4. Fortalecer as ações conjuntas formando laços de solidariedade e assegurar a circulação das informações.

Na implantação da Rede Metropolitana, constituíram-se inicialmente do reconhecimento dos atores que a compõem e de um planejamento de ações para assegurar a estruturação de serviços para o atendimento às mulheres em situação de violência, com qualidade e de forma humanizada.

As reuniões da Rede são mensais e contam com a participação de todos os municípios que compõem a 2ª RS, em especial do município sede, Curitiba, e dos municípios dormitórios – além de serem os maiores, também apresentam o maior número de casos.

Participam das reuniões:

- Organizações da sociedade civil (ONGs); Juizado de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; Casas Abrigo; Fundação de Ação Social; IML; Hospitais de Referência (Hospital de Clínicas, Evangélico e Pequeno Príncipe); Universidades; Secretaria da Educação; Delegacia da Mulher; Representantes do Conselho Estadual e Municipal da Mulher; Representantes da Comissão da Mulher Advogada da OAB; Secretarias de Estado da Justiça, Educação e Segurança Pública; Secretarias Municipais de Saúde, Ação Social e Educação, entre outros.

Os trabalhos iniciaram-se com o planejamento das ações e o conhecimento dos serviços existentes. Foram realizados diversos seminários de capacitação e/ou sensibilização nos municípios envolvidos, os quais já se encontram em fase de organização da sua Rede Local.

Os resultados são bastante positivos, sendo que até o momento 15 municípios já estão com suas Redes locais em funcionamento, dez estão em fase de estruturação e os demais, em fase inicial. Também se pode constatar a instalação de novos serviços para o atendimento, como Centros de Referência, Casa Abrigo, referências ambulatorial e hospitalar, Centro de Referências de Assistência Social – CRAS e Centros Especializados de Assistência Social – CREAS.

Com a ampliação da Rede e do número de profissionais sensibilizados para assistência, o número de casos identificados vem aumentando e consequentemente a atual discussão tem sido a vigilância e notificação dos casos e a necessidade de novos treinamentos.

Os recursos financeiros alocados para manutenção da Rede são do nível federal, estadual e municipal. A coordenação é colegiada entre a 2ª RS, atualmente pela Divisão de Vigilância em Saúde e o Centro

de Referência da Mulher, basicamente na manutenção da agenda de reuniões mensais, que ocorrem no auditório da Regional de Saúde e na assessoria, para implementação e implantação das redes nos municípios abrangentes.

É neste sentido que vem se concretizando a Rede Metropolitana de Atendimento à Mulher em Situação de Violência, com reuniões mensais, que cada vez mais agregam os serviços e os profissionais da região metropolitana. Os municípios de maior porte se encontram em fase de planejamento e articulação institucional para a implantação da Política de Atenção nesta área. Alguns já definiram protocolos de atendimento e respectivos fluxos, e iniciaram a sensibilização e a capacitação de suas equipes, como é o caso de Almirante Tamandaré, Araucária, Colombo, Campo Largo, Pinhais, Piraquara, Quatro Barras, Rio Negro e São José dos Pinhais. Outros ainda estão em fase de estruturação e alguns em fase inicial.

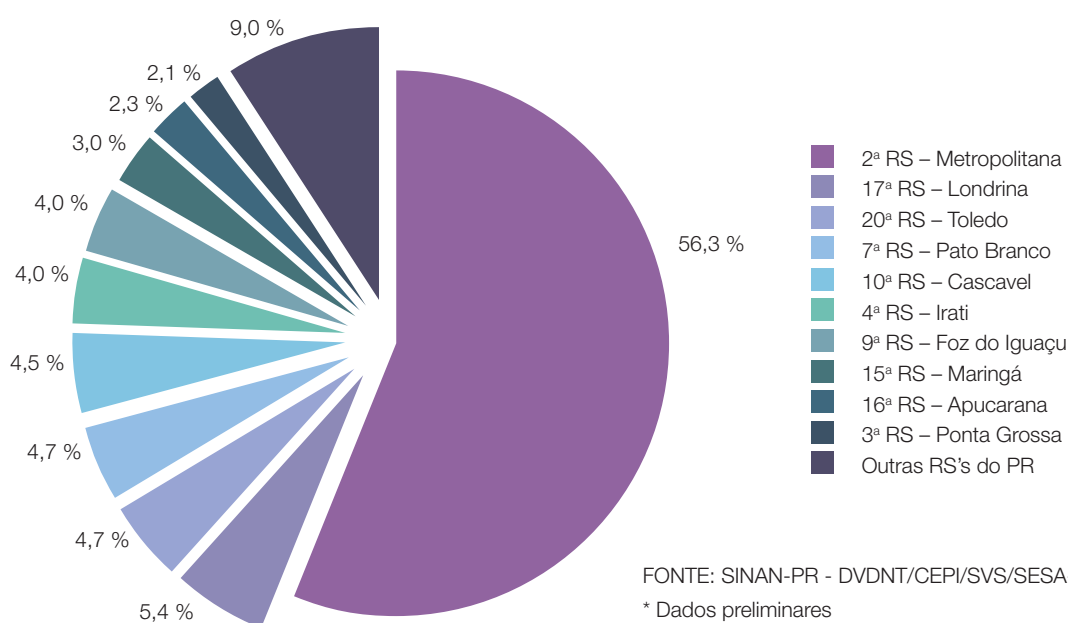
Cabe ressaltar que o município de Piraquara possui a Rede de Proteção organizada desde início de 2007, voltada para crianças, adolescentes, mulheres e idosos, vítimas de violência com ênfase na violência doméstica e familiar. A estrutura da Rede segue a experiência do município de Curitiba, com Coordenação Municipal e Redes Locais.

De modo geral, os municípios estão organizando seus serviços e suas redes partindo de uma articulação entre a área da saúde e da assistência social, e envolvendo outros parceiros como a Educação, a Delegacia da Mulher – onde ela existe, o Juiz e o Promotor da Comarca, o Conselho Tutelar, a área da Cultura e a Defensoria Pública.

Com a ampliação da Rede e do número de profissionais sensibilizados para assistência, o número de casos identificados vem aumentando cada vez mais, o que pode-se constatar pelos aumentos do número de notificações no Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN. Em 2009, foram notificados 1835 casos, em 2010 foram 1979 casos, em 2011 foram 2529 casos e em 2012, 7014 casos nos 29 municípios da área de abrangência da 2ª Regional de Saúde.

Também se constata que a 2ª Regional de Saúde responde por 56,3% de todas as notificações do Estado do Paraná, conforme é possível observar no Gráfico 1.

GRÁFICO 1 – Proporção de Notificações de Violência Doméstica, Sexual e outras por Regional de Saúde do PR, 2009 – 2012*



3. CONCLUSÃO

Conforme o objetivo proposto neste trabalho, de apresentar o processo de implementação e a implantação da Rede de Atenção às Mulheres em Situação de Violência na Região Metropolitana de Curitiba, concluímos que a Rede Metropolitana de Atenção à Mulher em Situação de Violência constitui-se como instrumento alavancador e estratégico da construção de Políticas Públicas de Atenção à Violência contra a Mulher para o município de Curitiba e região metropolitana. Sabendo-se que a atenção à violência exige um olhar interdisciplinar e intersetorial na sua intervenção e enfrentamento de seus condicionantes, entendemos a necessidade da continuidade da Rede para o fortalecimento do Enfrentamento da Violência contra a Mulher.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Martins, A.L.; Mafioletti, T.M. **O Processo de Articulação da Rede de Atenção às Mulheres em Situação de Violência na Região Metropolitana de Curitiba**. Apresentado como exposição oral no Seminário “VIOLÊNCIA: UMA EPIDEMIA SILENCIOSA”, da Região Sul, Foz do Iguaçu – PR, 06 e 07/12/2007 e pôster no Seminário Nacional, em Porto Alegre-RS, 26 e 27 de Março de 2008.

Martins, A. L.; Angotti, B. Mafioletti, T.M. **Violência Contra a Mulher: um problema de saúde pública**, Paraná. Secretaria de Estado da Educação. Superintendência de Educação. Departamento da Diversidade. Núcleo de Gênero e Diversidade Sexual, Curitiba : SEED – Pr., 2009. – 216 p.

Mafioletti, T.M. **Violência doméstica contra a mulher um problema de saúde pública – a situação do Paraná**. In.: Fazendo Gênero 09. Anais Eletrônicos. Florianópolis, agosto de 2010.

Minayo, M. C. S. **Inequality, violence and ecology in Brazil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 241-250, 1994.

GOMES, R. A mulher em situações de violência sob a ótica da saúde. In: MINAYO, M.C. S.; SOUZA, E. R. (Org.). **Violência sob o olhar da saúde**: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, PP. 199-222.

SAFFIOTI, H.I.B. **Violência contra a mulher e violência doméstica**. In BRUSCHINI, C.; UNBERHAUM, S. G. (Org.). Gênero, democracia e sociedade brasileira. São Paulo: Fundação Carlos Chagas/Editora 34, 2002. p. 321-338.

OPAS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS; 2002.

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

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ. RESOLUÇÕES DO CES-PR, nº 10/1999; nº 14/2001; nº 15/2001.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano estratégico para organização de redes de serviços para atendimento a mulher que sofre violência no Estado no Paraná**. (não publicada) Curitiba, 2001.

Fundação Perseu Abramo. **A Mulher nos Espaços Público e Privado**. Fundação Perseu Abramo. São Paulo, 2001.



VIGIASUS



PARANÁ

SECRETARIA DA SAÚDE