



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E COMUNITÁRIA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

ANGELO BRITO RODRIGUES

**PERFIL DE MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS DO
MUNICÍPIO DE SOBRAL-CE: ANÁLISE A PARTIR DA PESQUISA INQUÉRITO
VIVA**

FORTALEZA – CE

2010

ANGELO BRITO RODRIGUES

**PERFIL DE MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS DO
MUNICÍPIO DE SOBRAL-CE: ANÁLISE A PARTIR DA PESQUISA INQUÉRITO
VIVA**

Dissertação submetida à Coordenação de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial do grau de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade

FORTALEZA – CE

2010

R611p Rodrigues, Angelo Brito

Perfil de morbimortalidade por acidentes e violências do município de Sobral-CE: análise a partir da pesquisa inquérito viva/ Angelo Brito Rodrigues. – Fortaleza, 2010.

101 f.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, Ceará.

1. Acidentes 2. Violência 3. Perfil de Saúde I. Andrade, Luiz Odorico Monteiro de (orient.) II. Título.

CDD:362.829

ANGELO BRITO RODRIGUES

PERFIL DE MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS DO
MUNICÍPIO DE SOBRAL – CE: ANÁLISE A PARTIR DA PESQUISA INQUÉRITO
VIVA

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública da
Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em
Saúde Pública. Área de concentração: Saúde Pública.

Aprovado em: 17 de agosto de 2010

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade (Orientador)

Universidade Federal do Ceará – UFC

Profa. Dra. Ivana Cristina Holanda Cunha Barreto

Universidade Federal do Ceará - UFC

Profa. Dra. Maristela Inês Osawa Chagas

Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Dedico este trabalho a pessoas muito importantes na minha vida: trajetória pessoal e profissional. Pessoas que conseguem despertar em mim, a chama da vida a cada amanhecer:

À minha mãe e ao meu pai, **Leni e Valdemir**, guerreiros, bravos e que mesmo cansados pela labuta cotidiana encontram forças para apoiar meus sonhos e fazendo o possível para que eu consiga realizá-los.

Ao meu irmão, **Francivaldo**, amigo, companheiro quando e sempre que necessário.

À minha co-orientadora, amiga e muitas vezes também mãe, **Socorro Dias**, pela confiança depositada em mim.

À minha minha amiga-irmã de vanguarda, **Cheila Portela**, me inspirando, me tirando da zona de conforto, me fazendo refletir e me alimentando de seu carinho e sabedoria.

AGRADECIMENTOS

Foram muitos os que me apoiaram, estimularam, me fizeram refletir e me ajudaram a concluir esse trabalho.

Meus sinceros agradecimentos...

... aos meus amigos, **Márcio Anderson, Lidiany, Fabiana, Tiago, Patrícia, Ianna Kely, Rafael** companheiros nos momentos alegres e de crise durante essa minha caminhada.

... à equipe que compõe o Núcleo de Pesquisas em Saúde – NEPS, **Adriana Santiago**, por ter me despertado o interesse e curiosidade pelas pesquisas epidemiológicas e a estatística.

... ao **Fernando Dias**, colega de trabalho e coordenador do Núcleo de Prevenção de Violências e de Promoção da Saúde – NPVPS.

... à **Cibelly Aliny**, exemplo de pessoa e de profissional, coordenadora do NEPS.

... à **Manu e Rosa** pela atenção, respeito e carinho.

... ao **Márcio** sempre recebendo as pessoas com sorriso aberto e pela sua paciência comigo.

... aos colegas de trabalho da Residência Multiprofissional de Sobral - RMSF, **tutores, preceptores e coordenação**.

... aos amigos que extrapolam a dimensão do trabalho, **Tomaz Martins e Ana Helena**.

... aos meus novos e velhos “**filhos**” que conquistei na RMSF.

... aos meus colegas de mestrado, em especial, **Leila, Juliana e Lara**, vocês estão marcadas em minha vida.

... aos professores do Programa de Pós – Graduação em Saúde Coletiva.

... à **Zenaide e Dominic** pela ajuda e compreensão quando necessário.

... ao meu orientador **Dr. Luiz Odorico** pela paciência com minha desobediência e rebeldia.

... às examinadoras deste estudo, na qual sinto-me honrado em tê-las: **Dra. Ivana Cristina e Dra. Maristela Inês**.

... aos membros do Laboratório de Pesquisa Social, Educação Transformadora e Saúde Coletiva – Labsus por alimentar-me de energia e desejo de sempre estudar, em especial **Roberta, Jardel e Carla** que contribuíram neste estudo.

... à **Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Funcap** pela concessão de bolsa Mestrado, resultando no referido estudo.

RESUMO

Este estudo, que constitui-se como recorte da Pesquisa Inquérito Vigilâncias de Violências e Acidentes (VIVA) nacional, tem por objetivo analisar o perfil de morbimortalidade por acidentes e violências do município de Sobral, identificando subgrupos da população mais expostos aos acidentes e violências e os gastos gerados por esses eventos para o Sistema Único de Saúde (SUS). Foram tomadas para análise todas as pessoas notificadas nos três anos de edição do VIVA, 2006, 2007 e 2009, cuja ocorrência do evento tenha sido em Sobral, totalizando uma amostra de 1577 notificações durante os três anos. O recorte temporal aqui apresentado é a expressão da totalidade das edições da pesquisa inquérito VIVA em Sobral. Para fins de organização, interpretação e análise dos dados, este estudo foi fundamentado na análise estatística. como teste referência para a análise estatística o qui-quadrado (χ^2) por ser apropriado para amostras grandes, não emparelhada e de dados nominais. Contamos para tal, com o auxílio dos softwares Microsoft Excel, SPSS e Epi-Info. Os adultos jovens na faixa etária de 20 a 39 anos, do sexo masculino e de cor parda foi considerado o grupo mais vulnerável. A média de idade das pessoas ficou em 23,3 anos de vida, sendo a idade de 20 anos a mais recorrente na pesquisa. Houve maior concentração de eventos na zona urbana, em bairros centrais, populosos e de ocupação recente. Cerca de 20% dos eventos tiveram associação com o trabalho e 19,2% tiveram associação com o álcool. Foi verificada a significativa participação do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) no atendimento e transporte (16,5% dos casos). Foi percebida uma tendência de progressão linear do número médio de dias de internamento ($R^2 = 0,997$) e do valor médio anual dos gastos com assistência em casos de acidentes e violências ($R^2 = 0,962$).

Palavras-chave: Acidentes. Violências. Perfil Epidemiológico

ABSTRACT

This study, which is as clipping of the Survey Research Surveillance of Violence and Accidents (LIVE) national, to analyze the profile of morbidity and mortality from accidents and violence in the city of Sobral, identifying subgroups of the population most exposed to accidents and violence and expenses generated by these events to the Sistema Único de Saúde (SUS). Were taken for examination all persons reported in the three years since the publication of VIVA, 2006, 2007 and 2009, the event whose occurrence has been in Sobral, a total sample of 1577 reports for three years. The time frame presented here is the expression of all survey research issues in VIVA Sobral. For data organization, interpretation and analysis, this study was based on statistical analysis. As reference test for the statistical analysis chi-square (χ^2) to be appropriate for large samples, not paired and nominal data. Count for this purpose with the help of the software Microsoft Excel, SPSS and Epi-Info. Young adults aged 20-39 years, males and brown in color was considered the group most vulnerable. The average age of people stood at 23.3 years of life, and the age of 20 years the most recurrent in the search. A higher concentration of events in the urban area in central districts, and large populations of recent occupation. About 20% of the events were associated with the work and 19.2% were associated with alcohol. It was verified the significant participation of the Mobile Emergency Service (SAMU) in attendance e transport (16.5% of cases). Was noticed a trend of linear progression in the average number of hospital days ($R^2 = 0.997$) and the average annual spending on assistance in cases of accidents and violence ($R^2 = 0.962$).

Key-words: Accidents. Violence. Health Profile

LISTA DE FIGURAS

- 1 Mapa da divisão territorial por CSF de Sobral sede, segundo proporção de vítimas de acidentes e violências atendidas no serviço da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, nos anos de 2006, 2007 e 2009 da pesquisa inquérito VIVA 67
- 2 Mapa da divisão territorial por CSF de Sobral distritos, segundo proporção de vítimas de acidentes e violências atendidas no serviço da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, nos anos de 2006, 2007 e 2009 da pesquisa inquérito VIVA..... 68

LISTA DE TABELAS

1. Distribuição de uma amostra de 1577 vítimas de acidentes e violências proporcional, segundo variáveis selecionadas, atendidas no serviço de emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, nos anos de 2006, 2007 e 2009 54
2. Distribuição de uma amostra de 1577 vítimas de acidentes e violências proporcional, segundo variáveis ocupação e relação com o trabalho, atendidas no serviço de emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, nos anos de 2006, 2007 e 2009..... 55
3. Distribuição proporcional de vítimas de acidentes de transporte, segundo variáveis selecionadas, atendidas no serviço de emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, nos anos de 2006, 2007 e 2009..... 56
4. Distribuição proporcional de vítimas de quedas, segundo variáveis selecionadas, atendidas no serviço de emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, nos anos de 2006, 2007 e 2009 57
5. Distribuição das vítimas, segundo outros tipos de acidentes, atendidas no serviço de emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, nos anos de 2006, 2007 e 2009 58
6. Distribuição proporcional de vítimas de violências, segundo variáveis selecionadas, atendidas no serviço de emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, nos anos de 2006, 2007 e 2009 59
7. Distribuição das vítimas, segundo tipo de violências, atendidas no serviço de emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, nos anos de 2006, 2007 e 2009 60
8. Prevalência acidentes e violências relacionado ao uso de álcool e sexo de uma amostra de 1577 vítimas de acidentes e violências, segundo variáveis meio de transporte e como chegou ao hospital, atendidas no serviço de emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, nos anos de 2006, 2007 e 2009 60
9. Distribuição de uma amostra de 1577 vítimas de acidentes e violências, segundo variáveis suicídio/tentativa, sexo a faixa etária atendidas no serviço de emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, nos anos de 2006, 2007 e 2009 60
10. Distribuição de uma amostra de 1577 vítimas de acidentes e violências proporcional, segundo variáveis ocorrência e intencionalidade tipo de ocorrências, atendidas no serviço de emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, nos anos de 2006, 2007 e 2009..... 61

11. Distribuição das vítimas, segundo tipos de maus tratos e agressão, atendidas no serviço de emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, nos anos de 2006, 2007 e 2009 62
12. Distribuição das vítimas, segundo tipos de maus tratos e provável agressor, atendidas no serviço de emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, nos anos de 2006, 2007 e 2009 62
13. Distribuição de uma amostra de 1577 vítimas de acidentes e violências, segundo variáveis suicídio/tentativa, sexo a faixa etária atendidas no serviço de emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, nos anos de 2006, 2007 e 2009 62
14. Distribuição de uma amostra de 1577 vítimas de acidentes e violências, segundo variáveis suicídio/tentativa, sexo a faixa etária atendidas no serviço de emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, nos anos de 2006, 2007 e 2009..... 63
15. Distribuição geográfica de vítimas de acidentes e violência atendidas no serviço de emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, nos anos de 2006, 2007 e 2009, segundo território do Centro de Saúde da Família (CSF) de ocorrência e tipo de ocorrência (N= 1211) 65
16. Distribuição da mortalidade por causas externas, segundo as variáveis selecionadas, nos anos nos anos de 2006, 2007 e 2009 69
17. Distribuição das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) das vítimas de acidentes e violências, segundo variáveis selecionadas, no serviço hospitalar da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, nos anos e meses do estudo inquérito VIVA 70
18. Distribuição dos valores pagos das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) pagas à Santa Casa de Misericórdia de Sobral e permanência das vítimas de acidentes e violências, segundo as variáveis sexo e tipo de ocorrência em setembro de 2007 71
19. Distribuição dos valores pagos das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) pagas à Santa Casa de Misericórdia de Sobral e permanência das vítimas de acidentes e violências, segundo as variáveis sexo e tipo de ocorrência em outubro de 2009 71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

Apud – citado por

CE - Ceará

CID – Classificação Internacional de Doenças

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DANT's - doenças e agravos não transmissíveis

et. al - e colaboradores

EFSFVS – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia Estatísticas

Funcap - Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico

km² – quilômetros quadrados

Labsus – Laboratório de Pesquisa Social, Educação Transformadora e Saúde Coletiva

MS – Ministério da Saúde

Nº - número

NEPS - Núcleo de Pesquisas em Saúde

NPVPS - Núcleo de Prevenção a Violência e Promoção da Saúde de Sobral

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PNRMAV/SUS - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências do Sistema Único de Saúde

RMSF – Residência Multiprofissional em Saúde da Família

SAMU - Serviços de Atendimento Móvel de Urgência

SIH/SUS - Sistema de informação do Sistema Único de Saúde

SSAS – Secretária da Saúde e Ação Social

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

SUS – Sistema Único de Saúde

TCE - traumatismo crânio-encefálico

UVA – Universidade Estadual Vale do Acaraú

VIVA – Vigilância a violências e acidentes

VS - Vigilância a Saúde

vs. – *versus*

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	18
1	INTRODUÇÃO	19
2	OBJETIVOS	28
2.1	Objetivo geral	28
2.2	Objetivos específicos	28
3	REVISÃO DE LITERATURA	29
3.1	O Fenômeno da Violência: contextualizando...	29
3.2	A violência e sua interface com a saúde	33
3.2.1	O ideário de saúde pública e a construção do Sistema Único de Saúde	34
3.2.2	A violência sob a perspectiva da saúde Pública	35
3.3	O paradigma da epidemiologia	37
3.3.1	Um breve histórico	37
3.3.2	O modelo positivista e sua influência sobre a epidemiologia	39
3.3.3	Modelo dialógico e a epidemiologia social	42
4	METODOLOGIA	46
4.1	Abordagem e Tipologia do estudo	46
4.2	Campo de pesquisa do estudo	47
4.3	Coleta dos dados	48
4.4	Organização, interpretação e análise de dados	51
4.5	Princípios Éticos	52
5	RESULTADOS	53

5.1	Caracterização do perfil de morbidade em Sobral-CE nos anos de 2006, 2007 e 2009	53
5.2	Caracterização do perfil de mortalidade em Sobral-CE nos anos de 2006, 2007 e 2009	69
5.3	Caracterização dos custos dos acidentes e violências para o SUS nos meses respectivos a Pesquisa Viva dos anos de 2006, 2007 e 2009	70
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	72
6.1	Caracterização do perfil de morbidade em Sobral-CE nos anos de 2006, 2007 e 2009	72
6.2	Caracterização do perfil de mortalidade em Sobral-CE nos anos de 2006, 2007 e 2009	81
6.3	Caracterização dos custos dos acidentes e violências para o SUS nos meses respectivos a Pesquisa Viva dos anos de 2006, 2007 e 2009	84
7	CONCLUSÕES	87
	REFERÊNCIAS	90
	APÊNDICES	96
	ANEXOS	98

APRESENTAÇÃO

Durante meu processo de formação na graduação de Enfermagem na Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) tive logo de início acesso aos serviços de saúde, em especial, a Atenção Primária em Saúde (APS) a partir da Estratégia Saúde da Família com suas equipes de profissionais e seus Centros de Saúde da Família (CSF). Essa aproximação se deu através da disciplina de Introdução as Práticas dos Serviços de Saúde, sendo a mesma ministrada pelos professores: Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Ivana Cristina de Holanda C. Barreto e Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas.

A referida disciplina despertou-me sobre a saúde pública, o Sistema Único de Saúde (SUS) e a APS. Contudo, tive oportunidades de vivenciar outras experiências que me aproximaram do meu objeto de estudo, com destaque para o Projeto VER- SUS, o Projeto de Extensão Educação em Saúde e também as demais disciplinas do curso que tinham interface as discussões acerca do sistema de saúde.

Durante minha graduação busquei estudar um pouco o fenômeno da violência e sua interface com a saúde. Essa imersão me levou a ser bolsista de Iniciação Científica da Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) durante dois anos da faculdade. A experiência de ser bolsista possibilitou uma apropriação acerca do tema e uma atuação no Núcleo de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde que tinha como objetivo promover a discussão acerca da cultura da paz no município de Sobral- CE, além de desenvolver a pesquisa do Sistema de Serviços de Sentinela de Violências e Acidentes (VIVA).

Tive como produtos dessa inserção minha monografia de graduação que busca analisar as concepções dos sujeitos que atuam na prevenção da violência e promoção da paz no município de Sobral acerca do fenômeno da violência e suas repercussões na sociedade local. Todavia, apesar da monografia ter buscado compreender a violência a partir de uma perspectiva, outras surgiram e me fizeram desenvolver esse estudo.

1 INTRODUÇÃO

Os acidentes e violências correspondem atualmente à terceira causa de óbito na população brasileira (BRASIL, 2005), sendo que as taxas de mortalidade por esses eventos vêm ocorrendo numa ascensão desde a década de 80, assemelhando-se as taxas de mortalidade por doenças transmissíveis.

Ambos resultam de ações ou omissões humanas e de condicionantes técnicos e sociais, dessa forma podemos inferir que a violência não é um fenômeno inerente à vida do homem moderno. A história do mundo e do homem é marcada pela violência. Em cada época e lugar essa violência toma contornos diferentes (ODALIA, 1991). Os homens na sua origem poderiam morrer por ataques de animais, luta entre tribos por territórios e alimentos, incêndios, tempestades e inundações (MARTINS, 2002).

Minayo e Sousa (1998) mostram que a violência é um fenômeno histórico, quantitativo e qualitativo, seja qual for o ângulo pelo qual o examinamos (conteúdo, estrutura, tipos e formas de manifestação). Só pode ser entendida nos marcos das relações sócio-econômicas, políticas e culturais específicas, cabendo diferenciá-la, no tempo e no espaço, e por tipos de autor, vítima, local e tecnologia.

Conceituar violência ou as violências não constitui tarefa fácil. Primeiro, em virtude da diversidade de teorias defendidas e discutidas; segundo, pela essência do fenômeno em si, que se mostra complexo conforme enfoque e contexto ao qual for submetido (OLIVEIRA, 2004). Para Abramovay e Pinheiro (2003), o conceito de violência está em constante mutação visto que não é fácil defini-lo, pois não existe um conceito absoluto, já que um conceito mais restrito excluiria parte das vítimas, enquanto uma definição muito ampla recorre no perigo de não considerar outros fatores importantes no processo de violência.

Os processos de violência efetivam-se num espaço-tempo múltiplo, recluso ou aberto, instaurando-se como justificativas racionais, desde a prescrição de estigmas, até a exclusão, simbólica ou física (SANTOS, 1997 *apud* OLIVEIRA, 2004).

Já os acidentes são entendidos como um evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer. De caráter multifacetado, além do complexo entendimento sobre a intencionalidade ou não do evento, havendo várias interpretações conceituais acerca do que venha a ser acidente e violência

(BRASIL, 2001). O Ministério da Saúde (MS) do Brasil, assume em sua Política Nacional de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) de 2001 que tais eventos são, em maior ou menor grau, perfeitamente previsíveis e preveníveis. Sendo assim, em vista da dificuldade para estabelecer, com precisão, o caráter de intencionalidade desses eventos, reconhece-se que os dados e as interpretações sobre acidentes e violências comportarão sempre um certo grau de imprecisão.

Qualquer reflexão teórico-metodológica sobre do tema pressupõe o reconhecimento da complexidade, polissemia e controvérsia do objeto. Por isso mesmo, gera muitas teorias, todas parciais. Afirmando assim que os acidentes e a violência consistem em ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam a integridade física, moral, mental ou espiritual. (MINAYO e SOUSA, 1998)

Neste ínterim, os acidentes e a violência são problemas relacionados a problemas sociais maiores, tais como a pobreza, a desigualdade social, o desemprego. Embora especificamente a violência, tenha sido tradicionalmente tratada como um problema da esfera jurídica criminal, sem que os resultados obtidos pela repressão ao crime pareçam surtir efeitos.

Ao caracterizarmos o fenômeno da violência, como multifacetário, não podemos dissociá-la da saúde. Porém Minayo e Souza (1998, p. 240) comenta:

A violência não é propriamente um objeto da saúde. Entretanto, por dois motivos, ela entra como preocupação do setor. Em primeiro lugar, porque dentro do conceito ampliado, tudo o que significa agravo às condições de vida, trabalho, de relações interpessoais, e toda a busca de superação de tais situações dizem respeito ao campo da saúde coletiva. Em segundo lugar, a violência, num sentido mais restrito, afeta a saúde.

Para Agudelo (1990) *apud* Minayo (1997) a violência representa para a saúde um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça à vida, altera o equilíbrio da saúde, produz enfermidades e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima.

Além da violência, os acidentes também exercem importante influência na vida dos homens. Os modos de produção e organização da sociedade tem forte associação com o seu perfil epidemiológico. Os acidentes estão presentes em outras formas de organização da sociedade, quando os homens lidavam com “inundações, tempestades, incêndios e ataques de animais”. Entretanto, o desenvolvimento, a mecanicização e a complexidade das sociedades

industriais criaram novos padrões de incidência dos acidentes, com substituição do papel de fenômenos naturais por outros, de ordem social na ocorrência dos acidentes (JORGE, 1980).

Os acidentes de transporte figuram como o mais destacável dentre os acidentes, apesar do crescimento da importância dos acidentes ligados ao trabalho.

Na última década do século XIX, na Alemanha, foi fabricado um automóvel acionado a petróleo e ainda nesta década foram registradas duas mortes devidas à circulação de veículos a motor na Grã-Bretanha. A primeira morte, por essa causa nos Estados Unidos, ocorreu em 1899. No Brasil, os registros históricos revelam que, cronologicamente, o primeiro acidente de automóvel foi ocasionado por Olavo Bilac, em 1897. Cerca de 50 anos depois, os acidentes por veículos a motor já tinham expressividade no mundo, motivando, inclusive, a criação do "Comitê de Prevenção de Acidentes", em 1950, nos Estados Unidos, durante a realização do VIII Congresso Internacional de Pediatria (JORGE, 1980).

Já na década de 70 estudos apontavam os acidentes de trânsito como uma das primeiras causas de morte, superando inclusive as mortes por doenças infecciosas, além de apontar sua maior incidência sobre jovens e adultos jovens (LAURENTI, 1972). O aumento progressivo dos acidentes nos países em desenvolvimento está associado ao fato de que os novos padrões de urbanização e industrialização são fatores determinante para a morbimortalidade por acidentes.

Os acidentes no decorrer do século vinte passaram a ter considerável importância, não só como causa de óbitos e de incapacidade física permanente ou não, mas também pelas graves conseqüências econômicas que este grupo de causas determinam.

Volkov (1971) *apud* Puglise (1975) discutiu em uma conferência as perdas econômicas causadas por acidentes nos Estados Unidos (EUA), apontando que em 1969 ocorreram 115.000 óbitos, 10.800.000 acidentes, com gastos da ordem de 22.700 (milhões) de dólares para o país.

O conferencista apontou, ainda, que no mesmo período as perdas econômicas na Alemanha foram em torno de quase um quarto do orçamento da República.

Em um estudo coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) *apud* Pugliese (1975) sobre os padrões de mortalidade urbana, foi observado que 21% (15,2% do sexo masculino e 5,8% do sexo feminino) de todos os óbitos, para o grupo etário de 15 a 74 anos, foram devido a causas externas.

O problema, portanto, não é recente, mas na década de 70 Pugliese (1975) afirmava que não era objeto de interesse no âmbito da universidade brasileira, apesar de alguns estudos epidemiológicos produzidos no período (FAVERO, 1971; LAURENTI, 1972). As repercussões dos acidentes na saúde das pessoas é o argumento que San Martin, em (?), utiliza para ressaltar a importância do desenvolvimento de estudos dos acidentes. Já no cenário internacional, os debates em torno da questão tomaram pé em 1961, quando a Organização Mundial da Saúde pauta o tema prevenção de acidentes com o objetivo de chamar a atenção dos governos e das populações para a importância da questão (JORGE, 1980).

A tese de doutoramento de Fávero (1971) versava sobre a epidemiologia dos acidentes de trânsito, apontando essa questão como um sério problema de saúde. O autor faz referência a uma pesquisa da Repartição Sanitária Panamericana que mostrava o impacto dos acidentes na mortalidade em Ribeirão Preto, nos anos de 1962 e 1963, já que os acidentes foram responsáveis por mais óbitos do que a diabetes *mellitus*, a broncopneumonia, quase equiparando-se à tuberculose pulmonar.

O delineamento metodológico da pesquisa de Laurenti (1972) anteriormente citada já sinalizava para o dilema da escolha da fonte de coleta de informações. O autor propôs, inicialmente, a análise dos acidentes de transporte a partir dos Boletins de Ocorrência feitos pelas autoridades policiais, já que todos os acidentes em que ocorriam lesões em pedestres ou ocupantes dos veículos, tinham sua ocorrência registrada pela autoridade policial do distrito em que aconteceu o acidente. Estariam disponíveis a partir do Boletim informações como tipo de acidente e de veículo, características das vítimas, local de ocorrência e de residência das vítimas.

É interessante destacar que o autor encontrou dificuldades em tabular esses dados, limitando o estudo às mortes ocorridas, utilizando como fonte de coleta de dados os atestados de óbito. Na época, outros obstáculos foram encontrados, como o fato de o Instituto Médico Legal (IML), que realizava necrópsia de todos os casos de óbitos decorrentes de causas violentas ou acidentes, não utilizava o modelo internacional do atestado de óbito. Em função disto, a causa básica as circunstâncias do acidente não eram conhecidas, já que o IML só apresenta a causa externa da lesão, inviabilizando também o estudo proposto. Assim, a medida alternativa foi a utilização dos laudos de necrópsia do IML referentes a mortes por acidentes ocorridos de 1.º de janeiro a 31 de dezembro de 1970, já que todos os óbitos por

acidente são necropsiados, mesmo aqueles em que as vítimas haviam falecido em hospitais aos quais foram encaminhadas (LAURENTI, 1972).

Assim, a busca por fontes de dados que pudessem fornecer informações confiáveis e possibilitassem melhor compreensão do fenômeno é um dilema já bastante antigo entre os pesquisadores.

Em 1985 foi realizado um estudo de caracterização dos acidentes e vítimas de acidentes de motocicleta no município de São Paulo. Na década de 80, o uso da motocicleta como meio de transporte aumentava rapidamente, com indícios de aumento dos acidentes de motocicleta, que se tornaram uma das mais importantes causas de incapacitação física ou morte, principalmente entre os jovens do sexo masculino (KOIZUMI, 1985).

No Brasil da década de 80, as causas externas (incluindo acidentes de trânsito, homicídios, suicídios, demais acidentes e mortes violentas em que se ignora se as lesões foram acidentais ou intencionalmente infligidas) constituíam importantes fatores de mortalidade, representando 9,35% do total de mortes ocorridas no Brasil em 1980. As mortes ocasionadas por acidentes de trânsito, por sua vez, representaram aproximadamente 28,27% das mortes violentas, o que demonstra a sua importância como causa de mortalidade neste grupo (KOIZUMI, 1985).

Dessa forma, os acidentes e as violências configuram-se como um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais ou “não-intencionais” relacionadas ao trânsito, trabalho, queda, envenenamento, afogamentos e outros tipos de acidentes; e as causas violentas ou “intencionais” que dizem respeito a agressões, lesões atotprovocadas e outros. Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças — CID em seu número 10, elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) sob a denominação de causas externas (BRASIL, 2001).

A Saúde, contudo, não se propõe apenas a assumir a responsabilidade pela assistência e reabilitação das vítimas de acidentes e violências como também pela prevenção dos eventos e uma perspectiva de promoção da saúde da população, a partir da Vigilância da Saúde, que segundo Teixeira *et al.* (1998) assumi uma vertente de análise de situações de saúde, sendo caracterizada pela ampliação dos objetos da vigilância epidemiológica tradicional (doenças transmissíveis), contribuindo para um planejamento da saúde mais abrangente e também da ampliação dos objetos que abarcam as investigações

epidemiológicas, com a montagem de bancos de dados sobre outros agravos como acidentes e violência e pelos aspectos relativos à organização e produção de serviços de saúde.

Barcellos *et al.* (2002) colocam que essa análise de situações de saúde corresponde uma vertente da vigilância em saúde que prioriza a análise da saúde de grupos populacionais definidos em função das suas condições de vida, caracterizando-se como uma vigilância que possa ter como referencial a epidemiologia social.

As pesquisas de enfoque epidemiológico social apresentam vital importância para a saúde pública, por apresentar dados sociais impactantes acerca do processo saúde-doença, contribuindo para a construção de estratégias de prevenção dos agravos à saúde.

Mascarenhas *et al.* (2009) afirmam que na abordagem da Saúde Pública é fundamental levantar o maior número possível de todos os conhecimentos básicos acerca dos acidentes e violências e unir, sistematicamente, dados sobre sua extensão, características e consequências a nível local, nacional e internacional.

No Brasil, o monitoramento dos acidentes e violências é realizado a partir da notificação da morte, pela declaração de óbito (DO) e assim, alimentação do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM/ Datasus) que, pela sua qualidade, permite o conhecimento fidedigno dos principais tipos de causas externas que determinam mortes.

Os dados referentes a morbidade são obtidos a partir das internações hospitalares e é realizado o monitoramento no Sistema de Internação Hospitalar (SIH/Datasus). Esses dois bancos de dados são atualmente o que compõem o Sistema de Vigilância Epidemiológica em Violência e Acidentes do MS.

Todavia, frente a limitação das informações e estudos gerados a partir dos dados de mortalidade e morbidade, sendo esses últimos atrelados a internação hospitalar, não possibilitando conhecer o cenário dos acidentes e violências de forma mais abrangente e complexa, uma vez que despreza as lesões de menor gravidade e que não determinam mortes ou internações, mas que são responsáveis por uma significativa demanda nas emergências dos hospitais e pronto-atendimentos foi elaborada pelo MS a estratégia do Sistema de Serviços de Sentinela de Violências e Acidentes (VIVA) (MASCARENHAS *et al.*, 2009)

Implantado em 2006, o VIVA tem como objetivo viabilizar a obtenção de dados e a divulgação de informações acerca dos eventos acidentais e de violência não letais e de suas vítimas a partir dos ciclos de vida, da ocupação e uma série de outras variáveis. O sistema estrutura-se em dois componentes, o de vigilância de acidentes e violências em emergências

hospitalares que ocorre a partir da vigilância sentinela-inquérito e vigilância das violências sexual, doméstica e outras violências interpessoais que ocorre a partir de vigilância contínua (BRASIL, 2010).

Para a operacionalização do sistema VIVA Sentinela nas emergências hospitalares e contínuo no ano 2006, em sua versão piloto, foram estabelecidos vários critérios para seleção das cidades que iriam participar da pesquisa, destacando-se dentre esses o de que o município deveria ter um Núcleo de Prevenção da Violência e de Promoção da Saúde (NPVPS), sendo o responsável pela seleção do município de Sobral-CE, na pesquisa inquérito. (GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2007)

Dias *et al.* (2006) colocam que em Sobral – CE, a notificação compulsória da violência ocorre em diversos serviços de saúde e ação social, como Centros de Saúde da Família, Centro de Referência Assistência Social - CRAS, Disque-Idoso, Centro de Atenção Psicossocial - CAPS e hospitais gerais.

Na perspectiva de conhecer o cenário local acerca dos acidentes e violências e para desencadear estratégias e ações que visem reduzir os riscos de morbimortalidade por violência e acidentes no município de Sobral, considera-se relevante os dados e informações obtidas pelo sistema VIVA e no investimento no observatório de acidentes e violências municipal, o NPVPS que congrega diferentes atores e setores, envolvidos direta e indiretamente com os acidentes e violências.

Para fins de uniformidade acerca das informações de acidentes e violências, o sistema VIVA considera importante conceituar acidentes e violências. O primeiro, trata de evento não intencional com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, podendo causar ou não lesão física que, por si só, e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta à morte ou invalidez permanente ou temporária. A violência recebe o seguinte conceito: uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (BRASIL, 2009).

Na busca em tentar diminuir os índices de violência, o setor saúde tem conseguido satisfatórios resultados através de medidas e ações de prevenção da violência na perspectiva da promoção da saúde. Os estudos de acompanhamento de campanhas e outros tipos de atuação do setor da saúde para a prevenção de situações de risco no trânsito, na violência

doméstica e contra as mulheres, por exemplo, têm demonstrado bastante eficácia nos resultados, nos países que se propuseram a enfrentar essas questões através da Saúde Coletiva (MINAYO, 1998).

Reconhecemos, entretanto, que este não deve ser o único enfoque. Medidas preventivas, particularmente, aquelas relacionadas às campanhas informativas são insuficientes diante a complexidade e intensividade da questão. Daí, porque somos favoráveis a uma rede de ações que incluam políticas públicas, pesquisas e articulação intersetorial para promover saúde.

A Carta de Ottawa de 1986 define promoção da saúde como um processo de capacitação para atuar na melhoria da qualidade de sua vida e saúde incluindo maior controle desse processo. Para Buss (2003, p. 42):

Decorridos mais de quinze anos da divulgação da carta de Ottawa, o termo promoção da saúde está associado a um ‘conjunto de valores’: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Refere-se a uma ‘combinação de estratégias’: do Estado, da comunidade, de indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais; isto é, trabalha com a idéia de ‘responsabilização múltipla’, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos.

Pautada neste conceito, a Política Nacional de Promoção da Saúde, referenciada no conceito ampliado de saúde, trabalha em promover a qualidade de vida, tendo em consideração os fatores associados ao binômio: fenômeno da violência – Brasil, na busca em reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde, relacionados aos seus determinantes e condicionantes.

A Política Nacional de Promoção da Saúde faz-se oportuna na medida em que evidencia os compromissos assumidos pelo Brasil em sua legislação e que possui como um dos seus objetivos estimular e contribuir na elaboração de políticas, estratégias e ações integradas mais favoráveis a qualidade de vida.

Compreendendo a importância da discussão sobre os acidentes e o fenômeno da violência em Sobral e que a mesma possa ser um mote para a materialização da prevenção do acidentes e violências e para promoção da saúde, surge a seguinte indagação: *Qual o perfil epidemiológico de morbimortalidade por acidentes e violências ocorridos em Sobral nos anos de 2006, 2007 e 2009, período de realização das pesquisas sentinela do Sistema de Informação de Violências e Acidentes – VIVA? Que subgrupos da população estão mais expostos aos tipos de acidentes e violências? Que fatores ou variáveis estão relacionados gravidade dos casos? Qual o gasto ao SUS das pessoas internadas por acidentes e violências*

na Santa Casa de Misericórdia de Sobral no período referente ao da pesquisa inquérito VIVA?

As indagações surgem com o propósito de apresentar uma análise do perfil epidemiológico de morbimortalidade tendo como referência o sistema VIVA Sentinela que se constitui como umas das estratégias da diretriz de monitoramento da ocorrência de acidentes e violências, estabelecida pela Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências do Sistema Único de Saúde (PNRMAV/SUS).

A referida pesquisa propõe-se a contribuir nas discussões acerca dos acidentes e violências a partir da identificação um perfil de pessoas que são vitimadas no município de Sobral. Dessa forma, acreditamos que poderemos apresentar informações que possam fomentar e subsidiar futuras estratégias de prevenção à violência e promoção da saúde, a ser utilizado pelo NPVPS e por outras instituições governamentais ou não, com vistas a ampliar a autonomia e a co-responsabilidade de sujeitos e coletividades para o desenvolvimento de uma “maquinaria social”, que assegure a todos os níveis de vida uma redução dos padrões de vulnerabilidade relacionados à violência e ampliação da qualidade de vida das pessoas e coletivos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Esse estudo tem por objetivo principal analisar o perfil de morbimortalidade por acidentes e violências do município de Sobral – CE, nos anos de 2006, 2007 e 2009

2.2 Objetivos específicos

- Traçar o perfil da morbidade por acidentes e violências no referido período;
- Traçar o perfil da mortalidade por acidentes e violências no referido período;
- Identificar subgrupos da população mais expostos aos acidentes e violências em Sobral – CE;
- Identificar fatores relacionados a gravidade dos casos;
- Identificar os gastos do SUS as pessoas internadas na Santa Casa de Misericórdia de Sobral nos mesmos períodos de realização da coleta da pesquisa inquérito VIVA.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 O Fenômeno da Violência: contextualizando...

A discussão sobre a violência e sua concepção está diretamente ligada ao processo homem-mundo ¹. Odalia (1991) *apud* Oliveira (2004:29) considera que “a violência não é um fenômeno inerente á vida do homem moderno [...] essa violência toma contornos diferentes em cada época”. Ao suscitar tal discussão podemos compreender a violência como fenômeno² humano constituído de sentido e significação, portanto capaz de ser tratado cientificamente. Contudo não é tão simples assim tratar cientificamente um fenômeno, podendo ser comparado a um complicado quebra-cabeça, segundo o que descreve Minayo (1997). Já que para esta autora, a violência “só pode ser entendida pela junção do conjunto de suas peças.” As dificuldades em se “construir” tal fenômeno reflete ainda uma realidade contraditória e complexa, tornando-se, assim, objeto de estudo de varias ciências com a finalidade de se buscar um entendimento, ou ao menos uma aproximação dos determinantes que possam explicar tal fenômeno.

A ciência, a política e a filosofia têm contribuído substancialmente com as discussões que tentam explicar o fenômeno da violência. Gomes (1997) e Arendt (2000) nos apresentam importantes discussões sobre o tema da violência em nossa sociedade e acha importante que consideremos as diferenças entre poder e violência. Já que, para os autores, o poder³ se “caracteriza como algo atribuído à liderança política por pessoas mobilizadas para fins coletivos, enquanto a violência seria uma ação de liderança política baseada na coação, tomando decisões obrigatórias para a realização de objetivos coletivos” . Ao realizar essa distinção Arendt nos apresenta a violência como ato impositivo, no qual a sociedade não tem qualquer tipo de escolha e controle sobre tal fenômeno o que nos torna submissos e não-autônomo sobre nosso papel na sociedade.

Para os pensadores marxistas, a violência assume um papel de acelerador econômico e importante na ação da classe proletária na luta de uma sociedade comum. Para Engels a violência é um instrumento revolucionário que segundo o próprio autor: “(...)

¹ Ao fazer referência ao processo homem-mundo estou a considerar o processo histórico e evolutivo do homem quanto um ser pensante e capaz de modificar e ser modificado pelo meio em que vive.

² Adotaremos o conceito de fenômeno descrito por Chauí (2003:231) em seu livro “Convite a filosofia”, no qual relata as contribuições de três correntes de pensamento – Fenomenologia, Estruturalismo e Marxismo que puderam demonstrar que “os fenômenos humanos são dotados de sentido e significação, são históricos, possuem leis próprias [...] e podem ser tratadas cientificamente.”

³ Poder segue a concepção de Arendt ao invés de se basear no modelo teleológico da ação, como Weber, essa autora se baseia no modelo da ação comunicativa, orientado para o entendimento recíproco.

instrumento graças ao qual o movimento social triunfa e destrói as formas políticas esclerosadas e mortas [...]” Engels (1981, p. 188) *apud* Gomes (1997). Contudo, a violência revolucionária na qual era defendida por Marx e Engels não tinha qualquer associação com atos de selvageria, já que para que a violência revolucionária ocorresse era necessária uma apropriação dos direitos por parte da classe proletária e que tal instrumento seria somente um meio para que a revolução se desse, sob bases consolidadas de uma classe não-alienada sobre o ideário de sociedade.

Vázquez (1990) *apud* Gomes (1997) ao analisar as idéias marxistas observou que a violência sempre se fez presente na sociedade e não somente como um ato. Para o autor a violência “pode existir num estado de latência e numa sociedade de classe, para garantir a dominação; a violência em potencial está sempre pronta para se converter em ato.” Dessa forma, Vázquez nos apresenta a violência como algo intrínseco a sociedade e muito frequentemente presente nas relações de trabalho que existiram, e que se de certa forma ainda convivemos, em que se dava a partir da exploração do trabalho, das relações homem-homem e também de forma mais sublinear a alienação do trabalho. Portanto para o autor antes referido a violência revolucionária “seria uma necessidade histórica, que desaparecerá quando desaparecerem as condições histórico-sociais que a engendram, ressalta-se a idéia de que a práxis social deixaria de ser violenta para ser autenticamente humana.” A violência assume, portanto, sob a ideologia marxista um papel de mecanismo estruturante de um ideário de sociedade, a partir perspectiva de que a violência assumia um papel de revolucionador histórico; a violência deste modo deve ser trabalhada assumindo um caráter reflexivo, para que a mesma não venha a ser instrumento destruidor da sociedade almejada.

A concepção da violência defendida pelos marxistas apresenta contrapontos que devem ser aqui elucidados, dentre eles destacamos a de Arendt que critica a forma como a violência era concebida como um fator de mudanças na sociedade. Segundo ela, Marx estava errado em sua concepção sobre violência na sociedade, e disse: “mas para ele era um papel secundário; o que traria o fim da velha sociedade não era a violência, mas as contradições inerentes a esta sociedade.” Arendt (1973, p. 100) *apud* Gomes (1997). Para autora, a violência “tem um caráter instrumental, ou seja, é um meio e como meio sempre necessita de orientações e justificação dos fins que persegue.” Arendt (1990) *apud* Minayo (1997). Nas reflexões apresentadas por Arendt a violência parte do campo das relações de poder, de força

e de autoridade e se aproxima ou muitas vezes a utiliza como sinônimo de força⁴ pelo fato desta ser utilizada para se potencializar uma relação na qual a base é a coerção dos objetos ou pessoas. Assim, a coerção seria resultado da multiplicação da força numa relação, seja ela qual for.

Seja qual for o caminho já traçado para a construção de um conceito de violência, achamos importante apresentar alguns outros prismas conceituais sobre o objeto desse estudo. Com o intuito de contribuir para uma compreensão, numa perspectiva de intensividade, de tal fenômeno é de importância à apresentação da violência sob uma perspectiva dialética que nos é colocada por Agudelo (1989) *apud* Gomes (1997). Para o autor a “violência não se reduz a um dano ou a um momento. [...] é um processo orientado para fins determinados a partir de diferentes causas, com formas variadas, produzindo danos, alterações e conseqüências imediatas ou tardias”. Acrescenta que o conceito de violência está ligado a elementos constitutivos fundamentais e coloca como princípios para a análise da violência os que se seguem: **o poder**, aqui colocado como o uso de forças psíquicas, físicas ou morais. Poder esse encontrado em macropoderes – Estado; ou em relações interpessoais ou outras relações – micropoderes; a **relação assimétrica** no qual a desigualdade é sua base sustentadora, na relação possuidor e despossuído, hegemônico e contra-hegemônico, dominador, dominado. A **ação contra** refere-se a uma ação destruidora, na qual fere as leis, as relações sociais e viola direitos estabelecidos e a **ação a favor**, na qual a violência pode ser uma ação a favor ou pró-defesa de um direito para construir uma legalidade ou uma ordem.

Ao tentar conceber a violência como fenômeno de múltiplas causas Agudelo coloca a importância da discussão da violência não somente sobre uma perspectiva, mas sim sob vários processos nos quais tipificam o fenômeno da violência em varias fatores de causa. A visão holística dada a tal fenômeno também é vista por Denisov (1986) *apud* Minayo (1997) que reconhece que “violência como um conceito multifacetário por suas características externas (quantitativas) e internas (qualitativas)”. Domenach (1981), Chesnais (1981) e Burke (1995) *apud* Minayo (1997) acordam que a violência está inserida e arraigada às relações sociais e que, portanto, não pode ser estudada independentemente da sociedade que a produz.

⁴ Utilizaremos à definição de força elucidada por Arendt e que se encontra no artigo *Poder e Violência como Estratégia* de autoria de Freddo (1995). Para Arendt força seria “algo no singular, uma entidade individual. É inerente em um objeto ou pessoa e pertence a seu caráter, que pode ser provado em relação a outras coisas ou pessoas, mas é essencialmente independente delas.”.

A reflexão sobre indissociabilidade da violência e a sociedade apresenta-se através de uma relação dialógica que para Minayo (1994):

a dialética do desenvolvimento social traz à tona os problemas mais vitais e angustiantes do ser humano, [...]. Na sua dialética de interioridade/exterioridade a violência integra não só a racionalidade da história, mas a origem da própria consciência, por isso mesmo não podendo ser tratada de forma fatalista: é sempre um caminho possível em contraposição à tolerância, ao diálogo, ao reconhecimento e à civilização.

Ao concebermos a violência e sociedade como um processo dialógico pode-se, portanto, identificar processos violentos de várias formas como os que nos são apresentados por Minayo em seu artigo “Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública” publicada no Caderno de Saúde Pública, 1994. Para a autora, a violência pode ser vista como uma rede. Com esta compreensão busca suscitar a reflexão sobre o tema a partir de uma análise de um fenômeno complexo e que por isso possui vários determinantes.

Neste ínterim, a violência pode ser classificada em:

Violência estrutural entendida como aquela que oferece um marco à violência do comportamento e se aplica tanto às estruturas organizadas e institucionalizadas da família como aos sistemas econômicos, culturais e políticos que conduzem à opressão de grupos, classes, nações e indivíduos, aos quais são negadas conquistas da sociedade, tornando-os mais vulneráveis que outros ao sofrimento e à morte.

A **violência de resistência** constituída a partir das diferentes formas de resposta dos grupos, classes, nações e indivíduos oprimidos à violência estrutural. Esta categoria de pensamento e ação geralmente não é “naturalizada”; pelo contrário, é objeto de contestação e repressão por parte dos detentores do poder político, econômico e/ou cultural. É também objeto de controvérsia entre filósofos, sociólogos, políticos e, na opinião do homem comum.

E a **violência da delinqüência**, a qual se revela nas ações fora da lei socialmente reconhecida. A análise deste tipo de ação necessita passar pela compreensão da violência estrutural, que não só confronta os indivíduos uns com os outros, mas também os corrompem e impulsionam ao delito. A desigualdade, a alienação do trabalho e nas relações, o menosprezo de valores e normas em função do lucro, o consumismo, o culto à força e o machismo são alguns dos fatores que contribuem para a expansão da delinqüência.

Em publicação posterior, a autora amplia esta classificação de violência ao integrar a **violência de cultura** a qual é inseparável da violência estrutural, embora a primeira ultrapasse esta última. Nesta dimensão, incluem o machismo, o racismo, a imposição

dos adultos sobre outros grupos etários e outras formas de expressão cultural que desvalorizam algumas pessoas e privilegiam outras, limitando a vida, a criatividade e a liberdade.

Há também uma proposta de tipologia construída pela OMS (2002) *apud* Minayo (2005), que categoriza o fenômeno de forma empírica em três manifestações: a violência auto-infligida que atenta para o comportamento suicida ou de auto-abuso; a violência interpessoal que possuem subdividida em duas classificações, a de *intrafamiliar* e *comunitária*, a primeira ocorre através da violência entre membros de uma família ou parceiros íntimos e próximos, já a segunda ocorre no ambiente social, em geral entre conhecidos e desconhecidos. Por fim, a violência coletiva se classifica como atos que causam danos, lesões e mortes em um contexto macro que atinge a sociedade, política e econômica.

O mesmo relatório nos apresenta um “modelo ecológico” (Minayo, 2005) que explica o fenômeno da violência. Os fatores são classificados em: *fatores biológicos e pessoais* que cada pessoa porta em seu comportamento e de sua possível relação com a violência; *fatores relacionais* ligados às relações interpessoais, colegas, amigos, vínculos sanguíneos e outros; *fatores comunitários* os quais se relacionam aos espaços em que haja interação social como escola, trabalho, vizinhança e os *fatores sociais mais amplos* que estão relacionados a cultura, aspectos econômicos e históricos da sociedade.

Ao apresentarmos uma classificação dos tipos de violências e os fatores que os “desenvolvem” ou “influenciam”, é conveniente ressaltarmos que os mesmos possuem caráter histórico e não finalista da análise da violência, devendo, portanto correlacioná-los a tantos outros fatores socioculturais que possam apresentar sua universalidade e abrangência, entendendo que o fenômeno é possível de mudanças e temos que encará-lo como um desafio social.

3.4 A violência e sua interface com a saúde

A violência como apresentada acima, demonstra um aspecto social e pluridimensional o que torna o fenômeno um objeto a ser enfrentado pelos setores da sociedade que primam pela qualidade de vida das pessoas. Portanto, a violência não é propriamente um objeto do setor saúde, no entanto para Minayo (2005) “ela se torna um tema desse campo em dois sentidos: (1) pelo impacto que provoca na qualidade de vida das

peessoas; pelas lesões físicas, psíquicas, espirituais e morais que acarreta e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços de saúde; (2) porque atinge os temas tratados no conceito ampliado de saúde.”

A organização Pan-Americana de Saúde estabelece a relação saúde violência como:

a violência, pelo número de vítimas e a magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países [...]. O setor saúde constitui a encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social. (OPAS, 1993, p. 1 *apud* MINAYO, 1997).

Para suscitar a discussão desse estudo, faz-se necessário fazer uma explanação sobre o setor saúde no país, entendendo a importância do processo histórico do mesmo para que possamos compreender o papel da saúde pública como setor importante na apropriação, no controle e combate do fenômeno.

3.4.1 O ideário de saúde pública e a construção do sistema único de saúde

Na tentativa de ter saúde, baseado em seu conceito ampliado, vinculado a idéia lançada pela carta da Conferencia de Ottawa em 1986, a saúde passa a ser dever do estado e serviço disponível a todos os cidadãos. A expressão “saúde pública” designada pelo Committee for the Study Future of Public Health (1998) *apud* Minayo (1997) conceitua saúde pública como aquilo que nós como sociedade fazemos coletivamente para assegurar as condições mediante as quais a população pode ser saudável. Para Minayo (1997) “essa definição de saúde pública vai de encontro ao proposto pela 8ª Conferência Nacional de Saúde e ainda amplia a dimensão da saúde como responsabilidade, opção e a escolha de toda sociedade”.

Segundo Andrade (2001) “com o curso da história, movimentos sociais e políticos que buscaram a integração dos modelos curativos e preventivistas foi importante para o processo de tensão paradigmática do modelo vigente de saúde”. A 8ª Conferência Nacional de Saúde serviu como marco importante para o agrupamento de conceitos e de uma nova visão sobre a saúde pública o que possibilitou na incorporação, ao texto constitucional, dois princípios fundamentais de reforma sanitária, seguidas de outras importantes medidas que culminaram com a aprovação da Lei nº 8.080/90 que criou assim o Sistema Único de Saúde (SUS) e logo depois a Lei Orgânica com a Lei nº 8.142/90.

O SUS se declara como instrumento que objetiva promover, prevenir e reabilitar a saúde dos cidadãos do Brasil, atendendo a uma visão holística e integral da saúde. Com e por isso a violência passa a ser um objeto do SUS, no qual busca medidas que possam minimizar os impactos causados pela violência na sociedade e busca a promoção da qualidade de vida das pessoas.

3.4.2 A violência sob a perspectiva da saúde Pública

A violência como já descrito anteriormente é um objeto da saúde pública, isso por implicar na qualidade de vida e afetar a saúde das pessoas. Para Agudelo (1990) *apud* Minayo (1997) “[a violência] representa um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima.” Concordamos com Agudelo (1997) ao afirmar que “a saúde pública é também o conjunto de ações e saberes acerca dos acontecimentos que potencializam, dificultam, expressam, explicam e avaliam o bem-estar coletivo, ela possui, diante da violência, um enorme conjunto de possibilidades e tarefas.” Para o autor o papel da saúde pública não é restritivo ao de reabilitador da qualidade de vida das pessoas que sofreram com a violência, mas sim, que a saúde pública possibilita a fundamentação, incorporação de novas práticas e de novas ações em saúde que podem minimizar a violência na sociedade.

Contudo, havia a necessidade de incorporar novas práticas e saberes moldados a partir das necessidades da população com relação os determinantes do processo saúde-doença, que culminasse numa saúde integral aos indivíduos. Integralidade essa que Campos (2003) considera como “conceito em que as pessoas são encaradas como sujeitos [...], na adoção de sistema [de saúde] que relacione as fases de atenção, ao processo de cuidar e no qual se baseia na teoria holística [...]”. Esse princípio não exclui a possibilidade de se prevenir quanto aos agravos e de promover, restaurar e reabilitar a saúde dos indivíduos.

Entendemos então, que a violência exerce uma força de sinal contrário ao da saúde pública, que consiste em promover o bem-estar coletivo, busca por uma decomposição social e individual e que impossibilita o desenvolvimento e usufruto da vida. Deste modo, ao assumirmos a violência como um objeto de estudo da saúde pública, faz-se necessária à incorporação dos novos saberes e práticas como a que se configura no modelo de vigilância da saúde, que segundo Campos (2003, p.10):

pode ser considerado um eixo reestruturante da maneira de se agir em saúde. Seguindo esse modelo, os problemas de saúde passam a ser analisados e enfrentados de forma integrada, por setores que historicamente têm trabalhado de maneira dicotomizada. Consideram-se os determinantes sociais, os riscos

ambientais, epidemiológicos e sanitários associados e os desdobramentos, em termos de doença.

A vigilância da saúde como modelo de fundamentação teórica e de valores sociais acerca do fenômeno da violência, de sua capacidade de desenvolvimento de novas práticas e de novos campos de ação contribui como uma arma a favor da saúde pública contra a violência, de forma que possibilita atuação do setor saúde e outros setores da sociedade, segundo múltiplos determinantes do processo saúde-doença.

A proposta de vigilância da saúde como modelo a ser utilizado para atuar sobre os determinantes do processo saúde-doença e sua interface com o fenômeno da violência, parte de várias dimensões propostas pelo próprio modelo de vigilância a saúde. Para Campos (2003) é importante a proposta de vigilância ser percebida sob três níveis: “a promoção da saúde, a prevenção de riscos de adoecimento e o terceiro refere-se a assistência propriamente dita.” Com a definição dos níveis da vigilância a saúde (VS), tal modelo vai além de produção exclusiva de informações e monitoramento dos determinantes do processo saúde-doença. Isso porque a VS segundo Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998) *apud* Alves (2003) “engloba, ainda, o planejamento, a programação e a execução das ações a serem empreendidas para o enfrentamento dos problemas de saúde”, com isso o objeto de estudo não é centrado nos danos causados pela doença, mas sim as necessidades de saúde.

Chega-se, portanto, ao consenso de que a VS se apresenta como um método de operacionalização das idéias de saúde pública e do conceito ampliado de saúde. Para tanto, é necessário uma organização de tal método, sob uma perspectiva de promover saúde e não uma fragmentação do objeto em discussão, que ponha em análise e que intervenha sobre os determinantes do processo saúde-doença. Sob essa conjectura, a VS se ramifica em várias outras vigilâncias dentre as quais focalizaremos a epidemiológica. Isso porque “a epidemiologia é como um saber e arma de vigilância, diagnóstico e proposição para a saúde pública” Agudelo (1997). Entendemos ainda que a Vigilância Epidemiológica serve como método de investigação em saúde do fenômeno da violência; visto que constitui dispositivo importante para compreender e intervir sobre a violência.

A sessão a seguir, terce considerações acerca da Epidemiologia com o intuito de compreender o contexto de inserção da Vigilância Epidemiológica.

3.5 O paradigma da epidemiologia

Tradicionalmente a epidemiologia tem sido utilizada como método para a investigação do fenômeno da violência no campo da saúde. Expomos, a seguir, a importância de realizarmos um apanhamento histórico-conceitual do paradigma⁵ da epidemiologia.

3.5.1 Um breve histórico

A epidemiologia dá seus primeiros sinais de ciência no século XVII, Barata (1997) e Almeida Filho (1985) citam Foucault que discute em suas obras *Arqueologia do saber e Nascimento da Clínica* que a epidemiologia inicia-se como método de estudo para “explicar” uma epidemia que dizimava as ovelhas, causando graves perdas a indústria têxtil francesa. Almeida Filho (1985) fala que “pela primeira vez, conta-se doença no esforço de sua eliminação”, possibilitando com isso o que Foucault (1987) *apud* Barata (1997) expressava como “uma positividade discursiva aplicada ao processo saúde-doença na dimensão coletiva.”.

Ainda no século XVII, John Graunt utiliza listas de mortalidade para detectar diferenças no campo e cidade, entre sexo, e outras alterações, que visaram “[...] identificar situações de risco distintas que remetessem, por conseqüência, a distintas 'causas'.” Barata (1997), surge então a Estatística Médica, que concomitantemente a esse momento, idealizaram-se também diferentes tipos de intervenção estatal sobre a população do período referente a questão saúde como o Movimento Hospitalista da Inglaterra, a Medicina Urbana na França e as propostas de Política Médica na Alemanha.

A Revolução Industrial caracteriza-se também como um importante momento para a Epidemiologia, ao ter como foco principal a idéia de uma política de economia e que tinha com base a força de trabalho, o que trouxe, portanto, novas concepções de saúde que relacionavam o fator doença a uma ‘causa’ não biológica, mas sim social. Friedrich Engels em seu “As Condições da Classe Trabalhadora na Inglaterra em 1844” *apud* Almeida Filho (1985) mostra que “o desgaste da classe trabalhadora deteriora profundamente as suas condições de saúde.” A saúde então, demonstrou o interesse dos socialistas que passaram a “[...] interpretar a política como uma medicina de sociedade e a medicina como uma prática

⁵ Palavra de origem grega, que se refere a um *modelo*, “composto de hipóteses, leis, procedimentos metodológico e técnicos de pesquisa e de aplicação dos conhecimentos [...]” (CHAUI, 2003).

política. Desde então, surge o termo Medicina Social proposto por Guèrin em 1838.” (ALMEIDA FILHO, 1985).

No século XIX, quatro acontecimentos influenciam fortemente a constituição da epidemiologia como disciplina científica: o nascimento da clínica; o desenvolvimento da bioestatística; a filosofia positivista; e a medicina social. (BARATA, 1997).

A clínica surge como ciência positiva ao ter a anatomia patológica como principal objeto de estudo, com a visão positivista passou a considerar o certo, o preciso, o útil, portanto, abandonando a causa dos fatos e limitando-se a relações constantes do fenômeno observável. A bioestatística serviu como instrumento técnico de análise e sistema de lógica da linha positivista e a medicina social como que tinha como objetivo a responsabilidade social.

Assim, a medicina social para Almeida Filho (1985) “[...] desliza para uma vertente técnica, constituindo a chamada Saúde Pública.” A epidemiologia, portanto, naquele momento serviu como um método de conhecimento básico sobre as doenças transmissíveis que pudessem subsidiar programas de controle e erradicação de doenças.

A partir de 1930, sob influência do modelo capitalista, há a eclosão de uma medicina científica⁶ que congregava a fragmentação do cuidado, em especializações e em métodos diagnóstico complementares, fatores esses resultaram no aumento dos custos e na capitalização do setor saúde. A epidemiologia então, passa a ter um papel “social” por se destinar “[...] ao estudo dos processos patológicos da sociedade [...]” (ALMEIDA FILHO, 1985).

Após a Segunda Guerra Mundial, surge nos Estados Unidos um novo movimento ideológico, a Medicina Preventiva que seria uma versão atualizada de medicina social para uma sociedade democrata. Nesse momento, a epidemiologia se torna um método de pesquisa médico – social mais dinâmico e com maiores resultados. E no início da década de 60 a epidemiologia experimenta

a mais profunda transformação da sua curta história, com a introdução da computação eletrônica. À ampliação real dos bancos de dados, soma-se à potencialidade, obviamente ainda não esgotada, de criação de técnicas analíticas com especificações inimagináveis no tempo da análise mecânica de dados.[...] a computação torna possível a realização de pareamentos múltiplos, estratificação de variáveis confundíveis, sumarização de efeito-modificação e controle de "bias", entre outros mais complexos, além de propiciar o aperfeiçoamento e a disponibilidade de testes de significância estatística cada vez mais precisos e poderosos. (ALMEIDA FILHO, 1985 p.125).

⁶ O termo medicina científica é o movimento surgido a partir de 1930 no qual havia a hegemonia do paradigma positivista, na busca de uma melhor prática profissional através da fragmentação do cuidado médico.

A epidemiologia caracteriza-se, ao longo do tempo, por ser uma ciência dinâmica e de se amoldar aos movimentos ideológicos da sociedade. Contudo, a epidemiologia apresentada até o momento parte de um modelo ideológico que visa o único, o certo, o linear. Modelo esse que não consegue compreender determinados fenômenos. Concordamos com Barata (1997) ao afirmar que “a [epidemiologia] advém do caráter extremamente fragmentado do conhecimento que é gerado. As listas de fatores de risco para cada doença são cada vez mais longas, e muitas vezes contêm elementos contraditórios.”

Na tentativa, portanto, de se aprimorar as pesquisas epidemiológicas e de seus impactos na sociedade, o método epidemiológico tem sofrido uma tensão paradigmática – modelo dialético, que visa superar o reducionismo da epidemiologia tradicional. Para tanto, achamos importante apresentarmos uma discussão sobre dos paradigmas que alicerçam o pensamento epidemiológico: o modelo positivo e o modelo dialógico.

3.5.2 O modelo positivista e sua influência sobre a epidemiologia

Com o liberalismo político e econômico do século XIX surgem duas correntes de pensamento que discordavam do liberalismo e que influenciaram a sociedade: o socialismo de Karl Marx e o pensamento positivista de Augusto Comte.

O pensamento positivo foi influenciado pelo movimento Iluminista do século XVIII, segundo Oliveira, Moreira e Barreto (2002) “Comte foi influenciado por esse movimento e pode ser considerado seu sucessor no século XIX, uma vez que concordava plenamente com os dois pontos principais do [...] [Iluminismo]”. Comte tem como base de seus estudos para a construção do positivismo a análise evolutiva do homem por meio de três etapas que ele chama de *estados, o teológico, o metafísico e o positivo* (OLIVEIRA, MOREIRA E BARRETO, 2002).

O positivismo subsidiou importantes mudanças no modo de se pensar e desenvolver a ciência, no que decorre:

- 1) a possibilidade de se atingir a verdade: o conhecimento positivo e, portanto, científico, leva o homem a conhecer a verdade sobre o fenômeno estudado. Desta forma, para o positivismo, trata-se de um conhecimento certo, e não conjectural como é consenso entre os epistemólogos contemporâneos; 2) o conhecimento científico é o único possível: herança do iluminismo e endeusamento da ciência; negação de todas as outras manifestações da mente humana. [...]; 3) o método

científico é o único válido e deve ser estendido a todas as áreas do conhecimento [...] (Oliveira; Moreira; Barreto, 2002, p. 97).

O paradigma positivista desencadeou importantes mudanças na ciência, na produção de tecnologias, nos projetos educacionais e na sociedade. A epidemiologia, como já dito anteriormente, tem a filosofia positiva como um forte influenciador de sua constituição como um método científico. O método epidemiológico parte, portanto, de uma determinação causal linear e unidirecional. Barata (1997) coloca que a “visão positivista abandona a consideração das causas dos fatos e se torna pesquisa de leis, isto é, relações constantes entre fenômenos observáveis (sucessão e similitude).”

Assim a causalidade dos fenômenos de objeto da epidemiologia seria o “estudo das leis encontradas pela observação, independentemente de qualquer consideração a respeito do modo íntimo de produção dos fenômenos e da natureza da 'coisa em si” (BARATA, 1997). A visão linear sobre a causalidade no qual determina alguns métodos como o de concordância, de diferença, de resíduo e de variação concomitante visam estabelecer conexões entre fatos observáveis e traduzem a *razão* epidemiológica.

A epidemiologia, para Silva (1985), “atrela-se à biologia durante o século passado e faz com que a epidemiologia obscurecesse sua natureza social, atendo-se a métodos explicativos rigidamente biológicos.” Podemos citar como o paradigma dos estudos epidemiológicos e até hoje citado com modelo, o trabalho de John Snow sobre as epidemias de cólera em Londres. Silva (1985) coloca que “inegavelmente brilhante em sua análise [...] Snow lança mão da metodologia explicativa positivista, [...] ao analisar, separadamente, as características de tempo, lugar e pessoa, isolando um a um os fatores intervenientes, comparando as características de locais e pessoas afetados pelas epidemias de cólera.” Fato esse que nada mais é do que um estudo de determinantes e ocorrência da doença.

Constata-se, desse modo, que a epidemiologia tinha uma análise unidirecional, onde o foco era a doença. Ayres (1994, p. 312) a esse respeito coloca que

o predomínio de uma atitude filosófica positivista nas discussões epistemológicas que têm sido travadas na comunidade epidemiológica [...] [e que] [...] têm estabelecido limites estreitos para a abordagem do problema. Em sua restrição ideológica e filosófica às determinações "internas" ao conhecimento, o positivismo epistemológico não permite à reflexão metacientífica da epidemiologia chegar ao plano em que parecem estar radicadas suas principais aporia.

Ao concordarmos com a afirmativa de Ayres, podemos perceber que a epidemiologia adquire, sob os pressupostos do positivismo, um caráter axiomático⁷ pelo fato de tender a solucionar esses problemas no campo da unilateralidade e que causam prejuízo a identidade científica da epidemiologia ao não conseguir mais analisar a ocorrência de determinados fenômenos na sociedade. Quanto a isso Almeida Filho (1985), coloca que “modelos matemáticos de distribuição de inúmeras doenças são então propostos [...] Impõe-se a pesquisa sobre a saúde/doença com o recurso à Matemática [que] serve ideologicamente como um poderoso mito de razão [...]”.

A partir de 1960 surgiram limitações da epidemiologia a luz da teoria positivista, já que houve “a limitação do instrumental metodológico utilizado nos estudos epidemiológicos, para dar conta do entendimento das articulações existentes entre os processos sociais e o processo saúde-doença.” (BARROS, 1986). Com isso há um questionamento acerca da visão de redução do processo saúde-doença a um caráter biológico e único.

A incapacidade que têm demonstrado os epidemiologistas para construir modelos de explicação causais convincentes coloca a epidemiologia em situação incômoda não apenas no interior da própria comunidade científica, mas principalmente na arena política da sociedade (TAUBES, 1995 *apud* BARATA, 1997). Nesse contexto, surge um movimento de tensão ao método epidemiológico com base no paradigma positivista que trazia questionamentos sobre a importância da epidemiologia ultrapassar o plano empírico dos fenômenos e se aprofundar numa discussão social sobre os determinantes do processo saúde-doença.

Em resposta a crise por qual a epidemiologia passava e na tentativa de superar o modelo epidemiológico “tradicional” surgem diferentes metodologias, teorias e direcionamentos para epidemiologia tendo como base o modelo dialógico.

⁷ Para Chauí (2003) esse termo trata-se de um método em que o conhecimento se baseia num conjunto de termos primitivos e de axiomas indemonstráveis, que são o ponto de partida da construção e demonstração, como das ciências exatas como a matemática.

3.5.3 Modelo dialógico e a epidemiologia social

A epidemiologia tinha como base o pensamento causal ancorado sob um paradigma positivista, como Barata (1997) enfatiza que a “a determinação causal era *stricto sensu*” o que mantinha a epidemiologia sob uma ótica unidirecional. No entanto, um pensamento contemporâneo ao de Comte, o de Karl Marx dá outra concepção acerca da causalidade. O materialismo dialético de Marx, por sua vez, considera que

o estudo de um fenômeno demanda compreender sua inserção na realidade concreta de que é parte, e não a sua abstração, como se fosse independente dela. Dessa perspectiva, não é a ação isolada de variáveis que determina o fenômeno. Tampouco o somatório de variáveis quaisquer, como se de um lado existisse um fato e, de outro, um conjunto de forças que, uma a uma, se imprimissem nele e, por seu somatório, o determinassem [...]. Os fenômenos se constituem e transformam a partir de múltiplas determinações que lhes são essenciais. Elas fazem parte dele, e são também determinadas por e constituintes de outras relações, de tal forma que qualquer fenômeno é parte de uma totalidade que o contém e determina. (MARX, 2005, p.58).

O materialismo dialético pode contribuir, no sentido de possibilitar uma epistemologia mais ampliada e integrada aos determinantes da doença e da saúde. Dessa forma, passou-se a compreender a complexidade da saúde e da doença, produzindo um novo conceito: o processo saúde-doença, que segundo Laurell (1989) “é o modo específico pelo qual ocorre no grupo o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente com consequência para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença”, dessa forma colocando em xeque a oposição entre ambos e “ultrapassando o simples registro das correlações observáveis entre os fatos para se buscar a origem dos processos que determinam o padrão desigual de distribuição da saúde e da doença nos grupos humanos.” (BARATA, 1997).

Além dessa concepção, outras como a historicidade do processo, a sua determinação social e as discussões sobre causalidade trouxeram a proposta de uma análise da relação dialética entre social e biológico.

Pinto(1979) *apud* Barata (1997:10) nos explica que

a lógica dialética pressupõe a realização do ciclo indução-dedução para se obter qualquer conhecimento, negando, assim, a possibilidade de se restringir o pensamento aos princípios da indução ou dedução. O pensamento dialético é construído em um processo permanente de atualizações em que o concreto observado é transformado em concreto pensado. O conhecimento é visto como resultado de uma interação entre consciência ou razão e mundo, e não apenas como

o reflexo fiel da realidade trazido à consciência pelos sentidos. Não há lugar, aqui, para a pretensa neutralidade do investigador.

O construto das discussões epidemiológicas acerca dos produtos e seus impactos para sociedade com e agregação de uma nova filosofia trouxeram como resultado uma epidemiologia chamada de *epidemiologia social*, concordamos com Silva (1985) que coloca que “o social sempre foi considerado nas interpretações de cunho positivista, apenas de maneira diferente.” O que ocorre na verdade é uma nova interpretação do social e de sua participação no processo saúde-doença, o que atribuiu uma diferença qualitativa e não quantitativa do processo.

O movimento da epidemiologia social representa uma tentativa de superar pelo menos quatro componentes da produção epidemiológica: o positivismo, o reducionismo, o indutivismo e o empirismo (BARATA, 1997), com isso ultrapassa o simples registro das correlações observáveis entre os fatos para se buscar os processos que determinam a saúde e a doença nos grupos humanos.

Ao partir deste reconhecimento se faz necessário buscar uma nova concepção de causalidade e do processo saúde-doença, assim, a epidemiologia social tem seu pensamento composto por três fases. A **primeira** seria a desmistificação e a denúncia das explicações naturalistas das desigualdades sociais, a **segunda** fase é a da construção metodológica, onde se é colocada a causalidade havendo uma superação do conceito de causalidade sob a ótica positiva para “conceito de determinação social do processo saúde-doença, buscando compreender a relação dialética entre os determinantes que atuam no plano geral de constituição da sociedade e os que atuam na dimensão singular dos perfis patológicos dos grupos humanos” (Barata, 1997) e a **terceira** é a maturação da investigação.

A epidemiologia social enfatiza a necessidade de se conhecer os processos históricos da organização social para tentar compreender o processo saúde-doença dos grupos sociais. Laurell (1983) *apud* Barata (1997) complementa ao dizer “bem como a necessidade de se conhecer como os processos biológicos originam fatos epidemiológicos desde a dimensão singular dos indivíduos.”

Portanto, a epidemiologia passa a encarar o adoecimento e a reabilitação como produção e reprodução sociais e toma como conceitos epistemológicos o processo de produção, o processo de trabalho e seus constituintes, a reprodução social, formação social, estrutura de classes, perfil de produção das classes sociais e o perfil epidemiológico de classe. Evidenciando dessa forma que a incorporação do materialismo histórico dialético como

modelo teórico para explicar o processo saúde-doença que tenta distanciar-se da visão positivista, ao analisar a origem dos processos que geram o “estar saúde e estar doente” em grupos sociais.

Contudo, a epidemiologia encontra-se em permanente processo de mudanças, de caráter metodológico, para que haja um tratamento mais propício às investigações realizadas que leve em consideração complexidade dos fenômenos sob uma perspectiva dialética. Surge, portanto, a necessidade de um método no qual se considera a pluralidade dos níveis e o caráter não finalista dos processos.

Atualmente vivemos um momento de transição epidemiológica das doenças. Anteriormente tínhamos como principal causa de morbimortalidade as doenças infecto-contagiosas, principalmente no contexto econômico e social do Brasil. Contudo o desenvolvimento sócio-econômico e o modelo capitalista trouxeram de forma muito rápida a mudança desse perfil para doenças relacionadas ao modelo de sociedade em que vivemos, sendo as doenças cardio-vasculares e neoplasias no topo de causas de morbimortalidade em nossa sociedade.

Entende-se por transição epidemiológica as mudanças ocorridas no tempo nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas (SANTOS-PRECIADO *et al.*, 2003).

O processo engloba três mudanças básicas: substituição das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e causas externas; deslocamento da carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos; e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbidade é dominante. A definição da transição epidemiológica deve, assim, ser considerada componente de um conceito mais amplo, que inclui elementos das concepções e comportamentos sociais, correspondentes aos aspectos básicos da saúde nas populações humanas.

Para Possas (2001) o conceito de transição epidemiológica tem merecido críticas pelo fato de a transformação dos padrões de saúde não obedecer aos mesmos parâmetros na seqüência, intensidade e velocidade, em diferentes regiões. a heterogeneidade das sociedades contemporâneas impõe um padrão de risco de tênues fronteiras, a saber, os espaços urbano/rural e selva se interconectam, e riscos e patologias modernas arcaicas se sobrepõem.

Outra principal debilidade do esquema teórico da transição epidemiológica seria a de enfatizar a tecnologia médica como principal alternativa interveniente no curso da transição, desconsiderando o papel que as variáveis econômicas e sociais desempenham neste processo.

Há uma superposição entre as etapas nas quais predominam as doenças transmissíveis e crônico-degenerativas; a reintrodução de doenças como dengue e cólera ou o recrudescimento de outras como a malária, hanseníase e leishmanioses indicam uma natureza não-unidirecional denominada contra-transição; o processo não se resolve de maneira clara, criando uma situação em que a morbi-mortalidade persiste elevada para ambos os padrões, caracterizando uma transição prolongada (SCHRAMM, 2004).

Schramm (2004) em seu estudo sobre a transição epidemiológica no Brasil afirma que, as doenças cardiovasculares e seus fatores de risco, as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas, as doenças osteo-músculo-articulares, os acidentes automobilísticos e do trabalho e as conseqüências da violência social têm um papel decisivo nos dispêndios da saúde, da previdência e nos gastos, além de influenciarem na qualidade de vida das pessoas acometidas e de seus familiares.

Se somarmos a perda de mão-de-obra qualificada e de difícil reposição, os anos de vida produtiva e horas de trabalho perdidos, os gastos com aposentadorias precoces por doenças e com a utilização crescente e acrítica ou até abusiva de procedimentos diagnósticos e terapêuticos de alta tecnologia, observaremos que a não adoção de mecanismos adequados de prevenção das enfermidades não-transmissíveis comprometerá o desenvolvimento do País. Quando implementadas com novos modelos de intervenção que considerem o contexto social e o meio ambiente no qual se vive, as estratégias de promoção e prevenção à saúde podem reduzir significativamente a morbi-mortalidade pelas enfermidades não-transmissíveis.

4 METODOLOGIA

4.1 Abordagem e Tipologia do estudo

Entendemos pesquisa, a exemplo de Gil (1999), como um processo que utiliza a metodologia científica para se obter novos conhecimentos do campo da realidade social. Para Minayo (2000) metodologia é o caminho e o instrumento próprio da abordagem da realidade, incluindo as concepções teóricas da abordagem, o conjunto de teorias que possibilitam a apreensão da realidade e o potencial criativo do pesquisador. Barbosa (2001) ressalta que a metodologia trata das formas de se fazer ciência. Cuida dos procedimentos, das ferramentas, dos caminhos. É um conjunto de procedimentos e métodos aplicáveis numa ciência.

Segundo Turato (2003), o método consiste em “um conjunto de regras que elegemos num determinado contexto para se obter dados que nos auxiliem nas explicações ou compreensões dos constituintes do mundo”. O autor afirma que o emprego adequado de um método de pesquisa dependerá dos objetivos da investigação.

Acreditamos que o enfoque quantitativo, é a abordagem adequada para a descrição do perfil de morbimortalidade por violências e acidentes no município de Sobral, mas serão necessários outros estudos complementares para a compreensão do fenômeno, dada a sua complexidade.

Gil (1999), ao estudar as tipologias de pesquisas refere-se que estas podem ser classificadas de acordo com os objetivos e de acordo com as fontes de coleta de dados. Considerando os objetivos antes delineados; esta pesquisa se configurou como descritiva. Para o autor referido, a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, tendo como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições podendo aliar-se a perspectiva descritiva com vistas a descrição das características de determinada população ou fenômeno.

Em relação ao seu delineamento, isto é, ao modelo conceitual e operativo e ao procedimento adotado para a coleta de dados, essa pesquisa foi classificada ecológica, já que estudos em que a unidade de análise é uma população ou um grupo de pessoas, que geralmente pertence a uma área geográfica definida, no nosso caso o município de Sobral – CE, com base em dados secundários, ao ser subsidiada em material que ainda não recebeu tratamento analítico ou que podia ser re-elaborado de acordo com o objeto da pesquisa.

4.2 Campo de pesquisa do estudo

O campo de investigação compreendeu o município de Sobral - CE, que se localiza na zona do sertão Centro-Oeste, conta com uma área de 1.729 km² e tem uma população de 182.431 habitantes, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) em 2009.

O sistema de saúde de Sobral, desde 1998, está enquadrado na Gestão Plena do Sistema Municipal segundo a Norma Operacional Básica (NOB) 01/96 e Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Deste modo, a Prefeitura Municipal de Sobral, através de Secretária da Saúde e Ação Social, assumiu integralmente a responsabilidade de promover a saúde de sua população, coordenando todas as ações de saúde desenvolvidas no município, sejam elas de caráter assistencial ou promocional. No que diz respeito ao Modelo Assistencial do Estado, o município de Sobral é considerado sede de Microrregional e Pólo da Macrorregião Norte do Ceará.

A criação do Núcleo de Prevenção a Violência e Promoção da Saúde de Sobral - NPVPS vinculado a Escola de Formação em Saúde da Família, deu-se no ano de 2004, a partir de iniciativa da Secretaria da Saúde e incentivo do Ministério da Saúde. O NPVPS vem permitindo o desenvolvimento de atividades voltadas para o monitoramento, discussão, disseminação de informações e proposição de ações na prevenção à violência no município de Sobral (DIAS, 2006).

O monitoramento das violências para fins de vigilância epidemiológica, no Brasil, é realizado por meio da análise dos dados da declaração de óbito e da autorização de internação em hospitais públicos, fornecidos, respectivamente, pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), ambos gerenciados pelo Ministério da Saúde, constituindo importante ferramenta para o conhecimento da carga das violências no país.

Considerando as limitações do SIM e SIH/SUS em descrever as características apenas dos casos violentos cujo desfecho tenha sido o óbito ou a internação, respectivamente, o Ministério da Saúde implantou, em 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), com a finalidade de viabilizar a obtenção de dados e divulgação de informações sobre violências e acidentes, o que possibilitará conhecer a magnitude desses graves problemas de saúde pública.

Para realização da Pesquisa Inquérito VIVA fazia-se necessário que os municípios e capitais do Brasil pudessem contemplar os seguintes critérios gerais, segundo Gawryszewski *et al.* (2007): a) altas taxas de morbidade e mortalidade por acidentes e violências, considerando o ranking das violências, definido a partir do SIM/Datasus; b) prioridades estabelecidas pela matriz de exploração sexual do Programa de Atividades Integradas Referenciais (Projeto PAIR) definida pela Secretaria Especial de Direitos Humanos – SEDH; c) municípios prioritários definidos pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; d) municípios prioritários definidos pela Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial; e) municípios prioritários de prevenção de violências e exploração sexual definidos pela área técnica de Saúde da Mulher/Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde; f) municípios prioritários de prevenção de acidentes de trabalho e municípios sentinela definidos pela área técnica de Saúde do Trabalhador/ Secretaria de Assistência à Saúde/ Ministério da Saúde; g) existência de Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; h) existência de serviço de emergência hospitalar e de referência ao atendimento às vítimas de violência; i) participação no projeto-piloto do Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância à Saúde que testou a Ficha de Notificação Compulsória de Violência contra a Mulher (e outras Violências Interpessoais); j) participação no Projeto de Redução da Mor- bimortalidade por Acidentes de Trânsito; l) decisão política e capacidade técnica e de gestão.

Dessa forma, Sobral foi selecionada, de acordo com os critérios antes referidos, por possuir um Núcleo Acadêmico de Prevenção às violências e promoção da saúde e serviço de emergência hospitalar de referencia ao atendimento de vítimas de violência.

Dias *et al.* (2006) colocam que em Sobral – CE, a notificação compulsória da violência ocorre em diversos serviços de saúde e ação social, como Centros de Saúde da Família, Centro de Referência Assistência Social - CRAS, Disque-Idoso, Centro de Atenção Psicossocial - CAPS e hospitais gerais.

4.3 Coleta dos dados

Foram tomadas para o presente estudo todas as pessoas notificadas nos três anos de edição do VIVA, 2006, 2007 e 2009, cuja ocorrência do evento tenha sido em Sobral. O tipo de amostra selecionada para o projeto de pesquisa VIVA foi de amostragem por conglomerado.

O recorte temporal aqui apresentado é a expressão da totalidade das edições da pesquisa realizada para constituição da uma Rede de Serviços Sentinela de Vigilância a Violências e Acidentes – Rede VIVA financiada pelo Ministério da Saúde, envolvendo 63 municípios brasileiros, dentre estes, Sobral.

O objetivo fim do Ministério da Saúde é implantar a Rede VIVA, a qual propõe o estabelecimento da vigilância de violências e acidentes em hospitais e serviços de referência ao possibilitar informações acerca das causas externas pouco conhecidas com possibilidade de maior visibilidade sobre o fenômeno (SILVA *et al.*, 2006).

A opção por trabalhar com estes dados se justificou inicialmente por nossa inserção na pesquisa VIVA por meio do NPVPS acadêmico de Sobral. Acrescenta-se a esta justificativa o fato de que o tradicional método de coleta de dados de morbidade, alcançado pelo Sistema de informação do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) possui limitações ao notificar casos de morbidade por violências e acidentes, uma vez que o registro é limitado a utilização do formulário de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que possui um caráter administrativo-financeiro para instituição hospitalar, captando somente casos de maior agravo a saúde e que necessitem de internação hospitalar. Com isso, não são notificados os casos de menor gravidade biológica, ou seja, que não requereram internação.

O estudo do perfil epidemiológico das causas externas tem sido estudado a partir de dados de mortalidade, obtidos mais facilmente, de forma sistematizada e com melhor qualidade (MELO JORGE, 2000). Melione (2008) afirma que, considerando que óbito atinge todos os estratos sociais, é uma fonte de dados importante para avaliar a situação de saúde de uma população. Entretanto, Drumond e Lira (1999) defendem que, nos óbitos por causas externas, existem contradições entre a causa básica registrada na Declaração de Óbito e os resultados encontrados após investigação. Acrescendo a esse as estimativas da OMS de que, em países como o Brasil, a cada óbito causado por lesões, ocorra 30 hospitalizações e 300 atendimentos em serviços de emergência com liberação imediata da vítima (OMS, 2004), torna-se fundamental o investimento em estudos de morbidade para uma maior aproximação com o fenômeno da violência (MELIONE, 2008).

Na pesquisa inquérito em questão, foram notificadas as vítimas de violências e acidentes que procuraram o serviço de emergência do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Sobral por violências ou acidentes, durante o mês de setembro, por 30 dias consecutivos, totalizando uma amostra de 1577 notificações durante os três anos. A proposta da Coordenação Nacional do VIVA era a coleta de dados no mês de junho, porém características

culturais do Nordeste, como a ocorrência de festividades nesse período que, empiricamente, são consideradas variáveis de influência no perfil de morbidade por causas externas, foram determinantes para a ocorrência do estudo no mês de setembro, considerado um mês sem variação sazonal importante.

A coleta de dados da pesquisa inquérito ocorreu em plantões de 12 horas e em turnos alternados, diurno/noturno, durante o mês citado. Utilizou-se para tanto um formulário padronizado, com variáveis relacionadas aos dados da pessoa atendida (nome, idade, sexo, raça/cor da pele, escolaridade, meio de transporte utilizado para chegar ao hospital), da ocorrência (intencionalidade, tipo de ocorrência, local e hora de ocorrência, suspeita de uso de bebida alcoólica), do tipo de acidentes (acidentes de transporte, queda, queimaduras, outros), do tipo de violências (agressões, maus-tratos, suicídio), da natureza da lesão corporal, da parte do corpo atingida e da evolução dos casos (alta, hospitalização, óbito).

Os dados foram coletados por acadêmicos de enfermagem e de medicina e por profissionais de saúde, que receberam treinamento prévio, sob a supervisão de técnicos do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde da Escola de Formação em Saúde da Família e coordenação de vigilância a saúde da secretaria de saúde do município e em parceria com representantes da secretaria estadual de saúde. Os dados foram digitados no setor de Vigilância Epidemiológica do município no ano de 2009 e nos anos de 2006 e 2007 no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde.

Para fins do presente estudo, a coleta dos dados de mortalidade por violência do município de Sobral, foi obtida através de fontes de documentação e por registros estatísticos do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia e dados da coordenadoria de Vigilância à Saúde municipal, do sistema de informação eletrônica do DATASUS, Sistema de Informação de Mortalidade, nos mesmos anos da realização da pesquisa inquérito do VIVA. Para tanto, foi solicitada aos responsáveis pelos dados, a anuência, por meio do Termo de Fiel Depositário para utilização dos dados brutos para fins único desta pesquisa (apêndice A).

Recorremos também ao banco de dados disponível no site do DATASUS que versa sobre o Sistema de Informação Hospitalar (SIH). Foram coletados os dados referentes aos meses de realização da coleta do VIVA Sentinela (meses de setembro de 2006, 2007 e 2009).

4.4 Organização, interpretação e análise de dados

Para fins de organização, interpretação e análise dos dados, este estudo foi fundamentado na análise estatística, que tem como objetivo estabelecer a relação entre um modelo teórico explicativo da realidade e os dados observados no mundo real. Para além do enfoque probabilístico, que está dentro da esfera da lógica dedutiva, a análise estatística que se encontra no âmago da lógica indutiva (MINAYO; SANCHES, 1993).

A potencialidade da análise estatística está relacionada justamente à possibilidade de se estabelecer inferência estatística, buscando explicações para a realidade. Entretanto, considerando a necessidade de utilização coerente de qualquer método em pesquisa, reconhecemos as limitações impostas aos procedimentos estatísticos e buscamos realizar as devidas ponderações à generalização.

Os dados de morbimortalidade foram analisados a partir da análise estatística descritiva que compreende a execução das seguintes operações nesta ordem: análise univariada (descrição e caracterização das diversas variáveis separadamente) e análise bivariada ou multivariada (trata do estudo das relações entre as variáveis) (LAVILLE; DIONNE, 1999).

Por fim, segundo os autores citados, dar-se a fase de interpretação dos resultados estatísticos que consiste na construção pelo pesquisador da explicação do fenômeno em estudo, expandindo a constatação numérica, obtida através do cumprimento das etapas e fases anteriores, para a reflexão lógica, onde os números lhe permitem especificar o sentido e o alcance dos achados, o que torna possível fazer conclusões sobre os mesmos.

Propusemos também realizar uma análise estatística indutiva ou analítica que segundo Doria Filho (1999) permite ao investigador ir para além da descrição dos dados e fazer inferências sobre a população com base nas amostras. Utilizamos como teste referência para a análise estatística o qui-quadrado (χ^2) por ser apropriado para amostras grandes, não emparelhada e de dados nominais. Contamos para tal, com o auxílio dos softwares Microsoft Excel, SPSS e Epi-Info.

A apresentação dos resultados ocorreu sob forma de tabelas. Para Gil (1999), as tabelas são analisadas através das forças da relação entre as variáveis, dessa forma discorre a ideia básica nos estudos explicativos que é a existência de relações entre variáveis.

4.5 Princípios Éticos

Por considerar que as investigações envolvendo os seres humanos, direta ou indiretamente, deverão assegurá-los em seus direitos, em consonância com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 196, de 10 de outubro de 1996, esta pesquisa adotou os princípios básicos da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade (BRASIL, 1996). Apesar de diretamente não utilizar dados de fonte primária, formulários, questionários e/ou entrevista, realizadas com seres humanos, consideramos importante fazer a solicitação formal dos dados, respeitando os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, a partir do Termo de Fiel Depositário.

O projeto de pesquisa nacional do sistema VIVA foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, conforme recomendação da Resolução 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde.³⁰ Por se tratar de ação específica de vigilância epidemiológica de âmbito nacional, a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido foi substituída por consentimento verbal, obtido pelo paciente ou por seu responsável. Foi garantido total anonimato e privacidade aos pacientes, profissionais e gestores dos serviços onde a pesquisa foi realizada, assim como a liberdade para desistir de participar da entrevista a qualquer momento, sem prejuízo de qualquer natureza para si próprio ou familiares.

5 RESULTADOS

Este capítulo de resultados está organizado em três sessões, as quais guardam especificidades em relação ao objeto em apreço, mas ao mesmo tempo denotam interfaces. A primeira sessão versará acerca dos dados epidemiológicos oriundos dos bancos de dados da Secretária de Saúde e Ação Social de Sobral, da Coordenação de Vigilância à Saúde, Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Acidentes (VIVA) e Núcleo de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde (NPVPS) referentes aos dados de morbidade obtidos nos anos de 2006, 2007 e 2009 a partir da pesquisa inquérito VIVA.

Na segunda sessão, apresentamos os dados de mortalidade por causas externas ocorridos em Sobral no mesmo período em que ocorreram as pesquisa inquérito realizadas no município as quais utilizam o Sistema de Informação de Mortalidade – SIM.

Por fim, apresentamos dados referentes ao financiamento e liberação de autorizações de internação hospitalar também referentes ao mesmo período e meses da pesquisa inquérito VIVA.

Assim, prosseguiremos com a caracterização do perfil epidemiológico por acidentes e violências em Sobral, entendendo-a como dispositivo para o monitoramento da morbimortalidade por violências e base orientadora de políticas públicas. Dessa forma, materializando o desafio que ainda é para a saúde de trabalhar com fontes de dados e de transformar esses dados em informações, bem como realizar interpretação consistente para que estas possam oportunizar a geração de ações e políticas de saúde.

5.1 Caracterização do perfil de morbidade em Sobral-CE nos anos de 2006, 2007 e 2009

Durante a realização das pesquisas inquérito VIVA realizadas em Sobral foram captados no ano de 2006, no período de 31 de agosto a 1º de outubro, 900 atendimentos a vítimas de acidentes e violências no serviço de sentinela da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, sendo que ocorridos em Sobral foram 541. No ano de 2007, no período de 31 de agosto a 30 de setembro, foram captados 935 atendimentos, dos quais 508 eram referentes a Sobral. Já no ano de 2009, no período de 1º de outubro a 30 de outubro, 959 fichas foram preenchidas, sendo que destas 528 são referentes a Sobral.

Tabela 1 – Distribuição de uma amostra de 1577 vítimas de acidentes e violências proporcional, segundo variáveis selecionadas, atendidas no serviço de emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, nos anos de 2006, 2007 e 2009

Variáveis/Categorias	Total	
	N	%
Faixa Etária		
0 a 9 anos	226	14,3
10 a 19 anos	237	15,0
20 a 39 anos	529	33,5
40 a 59 anos	159	10,0
60 e mais	89	05,6
Ignorado	337	21,6
Sexo		
Masculino	1004	63,1
Feminino	570	36,1
Ignorado	03	00,4
Raça/Cor		
Branca	338	21,4
Parda	1066	67,6
Outros	148	09,6
Anos de estudo		
Analfabeto	110	06,9
1 a 3 anos estudados	237	15,0
4 anos completos de estudo	54	03,4
5 a 7 anos estudados	305	19,3
8 anos de estudo	67	04,2
9 a 10 anos de estudo	193	12,2
11 anos de estudo	234	14,8
12 anos de estudos	50	03,1
> de 15 anos de estudo	48	03,0
Não se aplica/ignorados	197	12,7

Fonte: Secretária da Saúde e Ação social, Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica, Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Acidentes (VIVA) e Núcleo de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde (NPVPS)

A tabela 1 apresenta a faixa etária das vítimas de acidentes e violências e podemos observar que os adultos jovens na faixa etária de 20 a 39 anos foram mais expressivos nesse estudo. A média de idade das pessoas ficou em 23,3 anos de vida, sendo a idade de 20 anos a mais recorrente na pesquisa. Foram atendidas no serviço de emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral vítimas com idade mínima de 60 dias de vida e a máxima de 99 anos.

Tabela 2 – Distribuição de uma amostra de 1577 vítimas de acidentes e violências proporcional, segundo variáveis ocupação e relação com o trabalho, atendidas no serviço de emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, nos anos de 2006, 2007 e 2009

Variáveis/Categorias	Total	
	N	%
Ocupação		
Agricultor	30	1,9
Estudante	280	17,8
Autônomo	157	9,9
Servidor Público	70	4,4
Servidor Privado	255	16,2
Dona de Casa	65	4,2
Aposentado	78	4,9
Desempregado	29	1,9
Ignorado/não se aplica e outros	608	38,7
Zona de Residência		
Urbano	1308	82,9
Rural	69	4,4
Periurbano	159	10,0
Ignorado	41	2,6
Relação com trabalho		
Sm	317	20,1
Não	1238	78,5
Ignorado	22	1,4

Fonte: Secretária da Saúde e Ação social, Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica, Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Acidentes (VIVA) e Núcleo de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde (NPVPS)

Tabela 3 – Distribuição proporcional de vítimas de acidentes de transporte, segundo variáveis selecionadas, atendidas no serviço de emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, nos anos de 2006, 2007 e 2009

Variáveis/ Categorias	Acidentes de Transporte ano 2006 n= 151	Acidentes de Transporte ano 2007 n= 147	Acidentes de Transporte ano 2009 n= 170
Idade	%	%	%
0 a 9 anos	5,9	11,5	5,3
10 a 19 anos	3,3	18,4	14,1
20 a 39 anos	18,5	57,1	61,7
40 a 59 anos	6,6	9,5	14,7
60 e mais	0,6	3,4	4,1
Ignorado	64,9	0,0	0,0
Sexo			
Masculino	64,2	68,0	65,3
Feminino	35,8	32,0	34,7
Raça/Cor			
Branca	17,4	21,8	21,2
Parda	74,3	69,4	67,1
Outros	8,4	8,8	11,6
Tipo de Transporte			
A pé	2,0	6,8	7,6
Automóvel	6,6	8,2	7,1
Motocicleta	27,8	46,6	60,0
Bicicleta	63,6	37,0	22,9
Outros	0,0	1,4	2,4
Tipo de Vítima			
Pedestre	11,9	8,9	7,6
Condutor/Pass. Auto	57,0	69,2	69,4
Condutor/Pass. Moto	27,8	21,2	22,9
Ciclista	0,0	0,0	0,0
Outros	3,3	0,7	0,0
Suspeita de Uso de Álcool			
Sim	31,1	29,9	27,1
Não	68,2	68,7	72,9
Ignorado	0,7	1,4	0,0

Fonte: Secretária da Saúde e Ação social, Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica, Sistema de Serviços Sentinela de Vigilância de Acidentes (VIVA) e Núcleo de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde (NPVPS)

Tabela 4 – Distribuição proporcional de vítimas de quedas, segundo variáveis selecionadas, atendidas no serviço de emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, nos anos de 2006, 2007 e 2009

Variáveis/ Categorias	Queda ano 2006 n= 175	Queda ano 2007 n= 151	Queda ano 2009 n= 158
Idade			
0 a 9 anos	38,3	32,4	34,2
10 a 19 anos	17,1	19,2	17,7
20 a 39 anos	19,4	22,5	20,9
40 a 59 anos	12,6	10,6	13,3
60 e mais	10,3	15,2	13,9
Ignorado	2,3	0,0	0,0
Sexo			
Masculino	54,3	51,7	53,8
Feminino	45,7	48,3	46,2
Raça/Cor			
Branca	24,4	30,5	20,9
Parda	66,1	64,2	65,8
Outros	9,5	5,4	7,6
Local de Ocorrência			
Residência	45,1	58,3	52,6
Escola	8,1	0,0	10,8
Esporte	6,9	3,3	7,0
Outros	7,0	30,5	1,9
Trabalho	5,2	0,7	10,2
Via pública (rua)	27,7	7,3	15,8
Tipo de Lesão			
Contusão	9,9	25,2	20,9
Corte/perfuração	19,8	19,2	19,6
Entorse/luxação	18,6	17,2	15,8
Fratura	20,3	18,5	19,0
Trauma crânio-encef.	6,5	0,0	11,4
Sem Lesão	18,0	13,2	8,2
Ignorados/outros	9,9	6,7	5,1

Fonte: Secretária da Saúde e Ação social, Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica, Sistema de Serviços Sentinela de Vigilância de Acidentes (VIVA) e Núcleo de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde (NPVPS)

Tabela 5 – Distribuição das vítimas, segundo outros tipos de acidentes, atendidas no serviço de emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, nos anos de 2006, 2007 e 2009

	Outros Acidentes ano 2006 n= 45		Outros Acidentes ano 2007 n= 97		Outros Acidentes ano 2009 n= 148	
	N	%	N	%	N	%
Afogamento			19	19,6		
Arma de fogo			1	1,0	3	2,0
Corte (instr. perfuro)					34	23,0
Envenenamento/intoxicação	8	17,8	32	33,0	8	5,4
Outros	19	42,2	14	14,3	85	54,4
Queda de objetos sobre a pessoa	17	37,8	12	12,3	17	11,5
Sufocação	1	2,2	19	19,6	1	0,6

Fonte: Secretária da Saúde e Ação social, Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica, Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Acidentes (VIVA) e Núcleo de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde (NPVPS)

Tabela 6 – Distribuição proporcional de vítimas de violências, segundo variáveis selecionadas, atendidas no serviço de emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, nos anos de 2006, 2007 e 2009

Variáveis/ Categorias	Violências ano 2006 n= 50	Violências ano 2007 n= 71	Violências ano 2009 n= 49
Idade			
0 a 9 anos	4,0	4,2	2,0
10 a 19 anos	22,0	23,9	26,5
20 a 39 anos	60,0	60,6	57,1
40 a 59 anos	18,0	9,8	14,3
60 e mais	0,0	1,4	0,0
Ignorado	0,0	0,0	0,0
Sexo			
Masculino	80,0	76,0	81,6
Feminino	20,0	24,0	18,4
Raça/Cor			
Branca	20,0	22,5	14,3
Parda	62,0	63,4	79,6
Outros	18,0	14,0	6,1
Local de Ocorrência			
Residência	16,0	16,9	24,5
Bar/similar	22,0	47,9	30,6
Outros	6,0	22,5	10,2
Via pública (rua)	46,0	5,6	30,6
Ignorado	10,0	7,0	4,1
Tipo de Lesão			
Contusão	2,0	7,0	8,1
Corte/perfuração	64,0	4,3	42,8
Entorse/luxação	2,0	57,7	6,1
Fratura	4,0	7,0	6,1
Trauma crânio-encef.	4,0	2,8	8,1
Intoxicação	8,0	2,8	10,2
Sem Lesão	6,0	11,3	0,0
Ignorados/outros	10,0	3,0	24,7

Fonte: Secretária da Saúde e Ação social, Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica, Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Acidentes (VIVA) e Núcleo de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde (NPVPS)

Tabela 7 – Distribuição das vítimas, segundo tipo de violências, atendidas no serviço de emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, nos anos de 2006, 2007 e 2009

	Violências ano 2006 n= 50		Violências ano 2007 n= 71		Violências ano 2009 n= 49	
	N	%	N	%	N	%
Homicídios/tentativa	42	84,0	1	1,4	3	6,1
Maus tratos/suspeita	2	4,0	66	92,9	39	70,6
Sexual	1	2,0	-	-	-	-
Suicídio/tentativa	5	10,0	4	5,7	7	14,3
Outros	-	-	-	-	-	-

Fonte: Secretária da Saúde e Ação social, Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica, Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Acidentes (VIVA) e Núcleo de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde (NPVPS)

Tabela 8 – Prevalência acidentes e violências relacionado ao uso de álcool e sexo de uma amostra de 1577 vítimas de acidentes e violências, segundo variáveis meio de transporte e como chegou ao hospital, atendidas no serviço de emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, nos anos de 2006, 2007 e 2009

	Acidentes		Violências		TOTAL	Teste qui-quadrado		
	N	%	N	%	N	p	OR	IC 95%
Não	1048		201		293			
Sim	194	15,6%	99	33,0%	1230	0,0000	2,66	1,98 – 3,57
TOTAL	1242	84,4%	300	67,0%	1523			

Fonte: Secretária da Saúde e Ação social, Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica, Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Acidentes (VIVA) e Núcleo de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde (NPVPS).

Tabela 9 – Distribuição de uma amostra de 1577 vítimas de acidentes e violências, segundo variáveis suicídio/tentativa, sexo a faixa etária atendidas no serviço de emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, nos anos de 2006, 2007 e 2009

Variáveis/Categorias	Total	
	N	%
Como chegou ao hospital		
Sozinho	300	19,0
Acompanhado	1246	79,0
Ignorado	31	2,0
Meio de Transporte		
A pé	159	10,1
Carro particular	645	41,3

Polícia	25	1,6
SAMU/Resgate	261	16,5
Ambulância	205	13,0
Transporte Coletivo	10	0,6
Outro	262	16,6
Ignorado	10	0,6

Fonte: Secretária da Saúde e Ação social, Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica, Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Acidentes (VIVA) e Núcleo de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde (NPVPS)

Tabela 10 – Distribuição de uma amostra de 1577 vítimas de acidentes e violências proporcional, segundo variáveis ocorrência e intencionalidade tipo de ocorrências, atendidas no serviço de emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, nos anos de 2006, 2007 e 2009

Variável/Categorias	Total	
	N	%
Tipos de Ocorrência		
Acidentes de transporte	468	29,6
Homicídio/tentativa	48	3,0
Maus tratos/suspeita	107	6,8
Outros Acidentes	425	26,9
Queda	484	30,8
Queimaduras	17	1,1
Sexual	16	1,0
Ignorado	12	0,7
Intencionalidade		

Tabela 10 – Distribuição de uma amostra de 1577 vítimas de acidentes e violências proporcional, segundo variáveis ocorrência e intencionalidade tipo de ocorrências, atendidas no serviço de emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, nos anos de 2006, 2007 e 2009

Sem intenção	1312	83,1
Intencional	256	16,3
Ignorado	11	0,7

Fonte: Secretária da Saúde e Ação social, Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica, Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Acidentes (VIVA) e Núcleo de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde (NPVPS)

0 a 9 anos						
10 a 19 anos	4	25,0				
20 a 39 anos	5	31,2	1	6,2	4	25,0
40 a 59 anos	2	12,5				
60 e mais						
Ignorado						

Fonte: Secretária da Saúde e Ação social, Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica, Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Acidentes (VIVA) e Núcleo de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde (NPVPS)

Tabela 14 – Distribuição de uma amostra de 1577 vítimas de acidentes e violências, segundo desfecho das pessoas atendidas no serviço de emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, nos anos de 2006, 2007 e 2009

	Alta*		Internamento*		Óbito*	
	N	%	N	%	N	%
Tipo de ocorrência (N= 1499)						
Acidente de transporte	304	20,2	129	8,6	8	0,5
Queda	343	22,8	10	0,6	5	0,3
Queimadura	14	0,9	30	2,0		
Outros acidentes	322	21,5	62	4,1	11	0,7
Maus tratos	66	4,4	139	9,3	2	0,1
Homicídios	36	2,4	3	0,2		
Sexual	1	0,1	-			
Suicídio	5	0,3	9	0,6		
Natureza da Lesão** (N= 1353)						
Fratura	122	9,0	93	6,9	4	0,2
Entorse/luxação	200	14,8	57	4,2	5	0,4
Corte/perfuração	321	23,8	58	4,3	9	0,6
Contusão	145	10,7	58	4,3	3	0,2
Queimadura	9	0,6	4	0,3		

TCE	28	2,0	37	2,7		
Politraumatismo	17	1,2	21	1,5		
Intoxicação	37	2,7	9	0,6	1	0,1
Amputação	-		2	0,1		
Outros	80	5,9	29	2,1	4	0,2
Parte do corpo atingida (N= 1517)						
Cabeça/face/pescoço	300	19,7	108	7,1	4	0,3
Membros inferiores	322	21,2	86	5,6	7	0,4
Membros superiores	343	22,6	121	7,8	9	0,6
Coluna/medula	11	0,7	7	0,4	-	
Tórax/dorso	72	4,7	17	1,1	2	0,1
Abdome/quadril	31	2,0	21	1,4	1	0,1
Outros	38	2,5	14	0,9	3	0,2

Fonte: Secretária da Saúde e Ação social, Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica, Sistema de Serviços Sentinela de Vigilância de Acidentes (VIVA) e Núcleo de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde (NPVPS)

*As categorias ignorado e evasão que compõem a variável evolução não foram inseridos na representação dessa tabela;

**Foi retirado a categoria sem lesão

Tabela 15 : Distribuição geográfica de vítimas de acidentes e violência atendidas no serviço de emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, nos anos de 2006, 2007 e 2009, segundo território do Centro de Saúde da Família (CSF) de ocorrência e tipo de ocorrência (N= 1211)

Centro de Saúde da Família	Acidente de transporte*		Queda*		Queimaduras*		Outros acidentes*		Suicídio/Tentativas*		Maus tratos/suspeita*		Homicídio/tentativa*		Sexual*		Total	
	N=347		N=383		N=11		N=343		N=9		N=82		N=35		N=01			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alto da Brasília	19	5,4	22	5,7			25	7,3			11	13,1	2	5,7			79	6,5
Aprazível	1	0,3	4	1,0			3	0,9			2	2,4					10	0,8
Aracatiáçu	2	0,6	4	1,0			4	1,1			2	2,4					12	1,0
Baracho	1	0,3	2	0,5			2	0,6									5	0,4
Bomfim	10	2,9	4	1,0			5	1,4	1	11,1	1	1,2					21	1,8
Caioca							-		2	22,2							2	0,1
Caic	4	1,2	5	1,3			2	0,6			2	2,4					13	1,1
Caracará	3	0,8	1	0,2			2	0,6									6	0,5
Coelce	31	8,9	55	14,5	2	18,2	31	9,0	1	11,1	3	3,6	6	17,1			129	10,7
Dom Expedito	14	4,0	15	4,0			9	2,6			1	1,2	2	5,7			41	3,4
Estação	9	2,6	23	6,0	1	9,1	17	4,9			10	12,2					60	8,7
Expectativa	31	8,9	26	6,8	4	36,3	38	11,1			4	4,9	3	8,6			106	3,1
Jaibaras	7	2,0	14	3,6			15	4,3			2	2,4					38	1,6
Jordão	1	0,3	6	1,5			10	2,9			2	2,4					19	10,0
Junco	53	15,3	33	8,6			28	8,1			5	6,1	2	5,7			121	0,5
Patos	5	1,4	1	0,2													6	0,9
Patriarca	5	1,4	2	0,5			3	0,9			1	21,2					11	1,3
Pedrinhas	3	0,8	4	1,0			7	2,0			2	2,4					16	1,3
Pe. Palhano	12	3,4	20	5,3			13	3,8	1	11,1							46	3,9
Rafael Arruda	4	1,2	6	1,5			4	1,1			3	3,6					17	1,4
Salgados dos Machados	2	0,5	1	0,2	1	9,1	1	0,3									5	0,4
São José do Torto	1	0,3	2	0,5			3	0,9									6	0,5
																		Continua
Sinha Sabóia	22	6,3	29	7,7	2	18,2	39	11,3	1	11,1	6	7,3	6	17,1	1	100	106	8,7

Tamarindo	69	20,0	71	18,6	1	9,1	47	13,7			16	19,5	13	37,1	217	18,0
Taperuaba	5	1,4	3	0,8			10	2,9	1	11,1					19	1,7
Terrenos Novos	27	7,8	25	6,5			19	5,5	1	11,1	7	8,5			79	6,5
Vila União	6	1,8	5	1,3			6	1,7	1	11,1	2	2,4	1	2,9	21	1,7

Fonte: Secretária da Saúde e Ação social, Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica, Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Acidentes (VIVA) e Núcleo de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde (NPVPS)

*Foi excluído da tabela a categoria ignorado

Figura 1: Mapa da divisão territorial por CSF de Sobral sede, segundo proporção de vítimas de acidentes e violências atendidas no serviço da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, nos anos de 2006, 2007 e 2009 da pesquisa inquérito VIVA

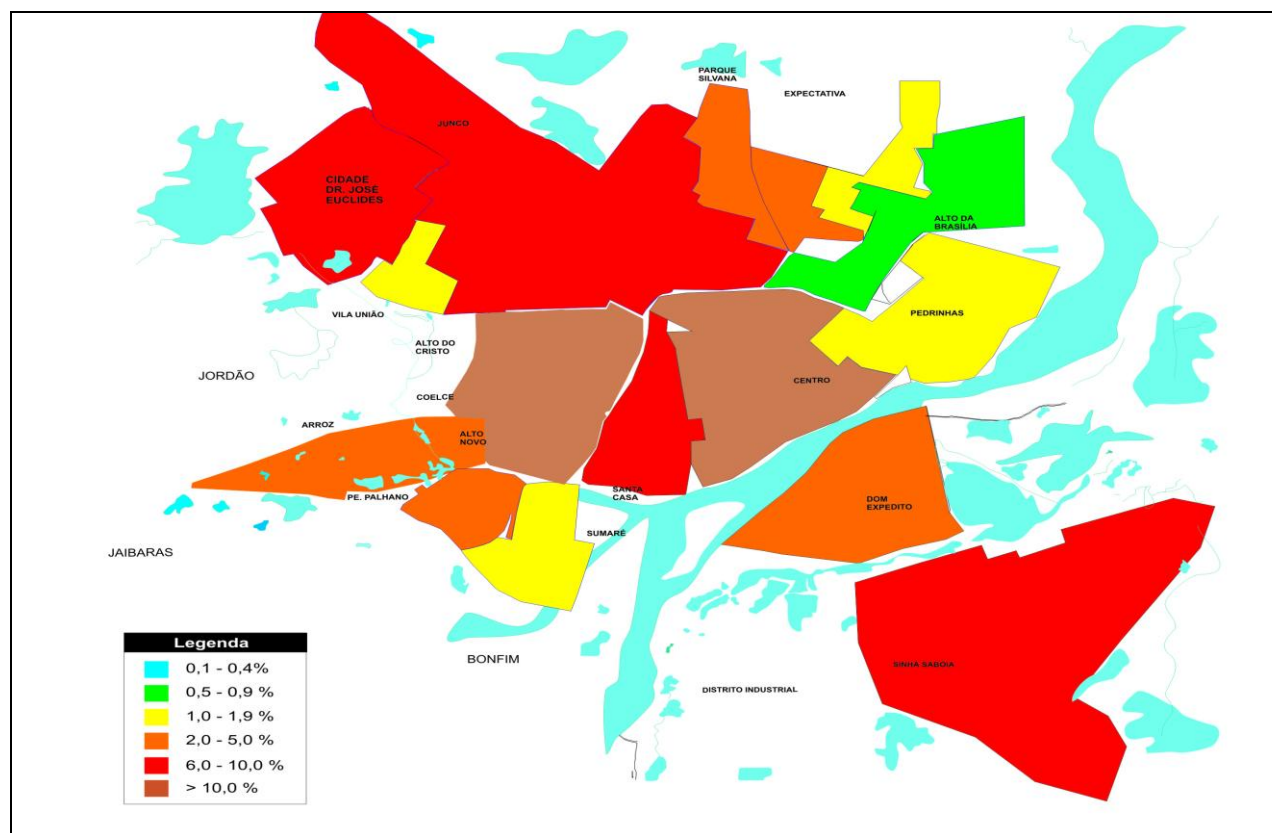
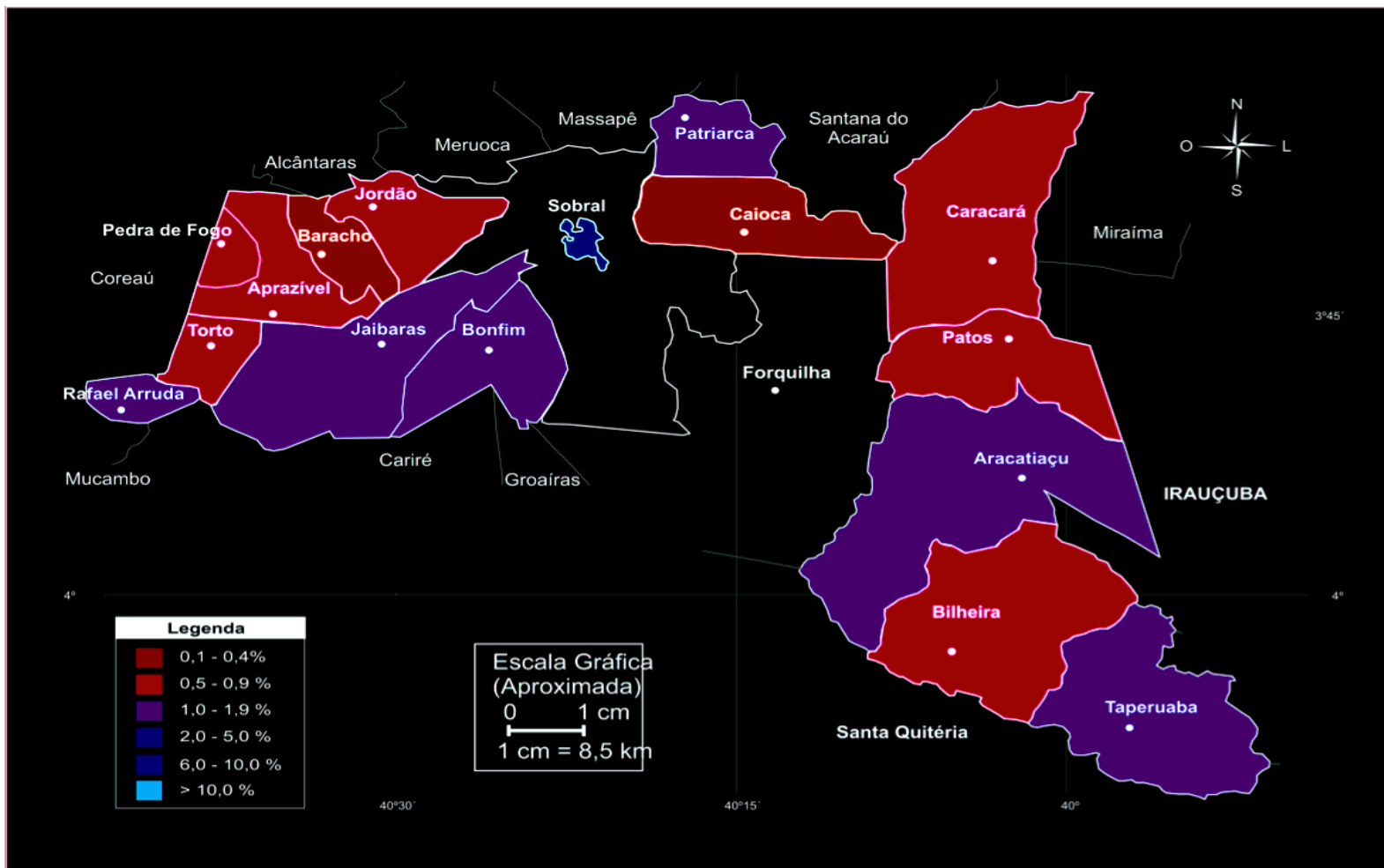


Figura 2: Mapa da divisão territorial por CSF de Sobral distritos, segundo proporção de vítimas de acidentes e violências atendidas no serviço da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, nos anos de 2006, 2007 e 2009 da pesquisa inquérito VIVA



5.2 Caracterização do perfil de mortalidade em Sobral-CE nos anos de 2006, 2007 e 2009

Tabela 16: Distribuição da mortalidade por causas externas, segundo as variáveis selecionadas, nos anos de 2006, 2007 e 2009

Variáveis/ Categorias	2006 N=127		2007 N= 120		2009 N= 115	
Idade	N	%	N	%	N	%
0 a 9 anos	3	2,3	3	2,5	2	1,7
10 a 19 anos	19	14,9	17	14,2	11	9,6
20 a 39 anos	54	42,5	43	35,8	54	46,9
40 a 59 anos	29	22,8	31	25,8	31	26,9
60 e mais	22	17,3	26	21,7	17	14,8
Sexo						
Masculino	111	87,4	98	81,6	98	85,2
Feminino	16	12,6	22	18,4	17	14,8
Categoria CID-10						
Acidente de transporte	45	35,4	43	35,8	48	41,7
Queda	16	12,6	12	10,0	8	6,9
Afogamento	13	10,2	13	10,8	9	7,8
Exposição a corrente elétrica	2	1,6	1	0,8	-	
Lesão autoprovocada	9	7,0	14	11,7	14	12,2
Agressão por arma de fogo	15	11,8	13	10,8	22	19,2
Agressão por objeto cortante/ penetrante	18	14,2	11	9,3	6	5,2
Outros	9	7,0	13	10,8	8	6,9

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e Secretária da Saúde e Ação Social, Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica

5.3 Caracterização dos custos dos acidentes e violências para o SUS nos meses respectivos a pesquisa viva dos anos de 2006, 2007 e 2009

Tabela 17 – Distribuição das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) das vítimas de acidentes e violências residentes em Sobral – CE, segundo variáveis selecionadas, no serviço hospitalar da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, nos anos e meses do estudo inquérito VIVA

	AIH Setembro/2006 N= 65		AIH Setembro/ 2007 N=67		AIH Outubro/2009 N=93	
	N	%	N	%	N	%
Sexo						
Masculino	53	81,5	49	73,1	68	73,1
Feminino	12	18,5	18	26,9	25	26,9
Faixa etária						
0 a 9 anos	6	9,2	8	11,9	8	8,6
10 a 19 anos	14	21,5	10	14,9	18	19,3
20 a 39 anos	29	44,6	24	35,8	34	36,5
40 a 59 anos	11	16,9	16	23,9	17	18,2
60 e mais	5	7,7	9	13,4	16	17,2
Ignorado						
Tipo de Ocorrência						
Acidentes de Transporte	5	7,7				
Outros Acidentes	58	89,2	67	100	93	100
Agressões	2	3,0				

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Tabela 18 – Distribuição dos valores pagos das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) pagas à Santa Casa de Misericórdia de Sobral e permanência das vítimas de acidentes e violências, segundo as variáveis sexo e tipo de ocorrência em setembro de 2007

	Valor		Permanência	
	Total	Média	Total	Média
Sexo	57.138,86	852,82	288	4,3
Masculino	40.760,33	831,84	197	4,0
Feminino	16.378,53	909,92	91	5,1
Tipo de Ocorrência	57.138,86	852,82	288	4,3
Acidentes de Transporte				
Outros Acidentes	57.138,86	852,82	288	4,3
Agressões				

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Tabela 19 – Distribuição dos valores pagos das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) pagas à Santa Casa de Misericórdia de Sobral e permanência das vítimas de acidentes e violências, segundo as variáveis sexo e tipo de ocorrência em outubro de 2009

	Valor		Permanência	
	Total	Média	Total	Média
Sexo	94.998,79	1.021,49	448	4,8
Masculino	59.601,70	876,50	292	4,3
Feminino	35.379,09	1.415,88	156	6,2
Tipo de Ocorrência	94.998,79	1.021,49	448	4,8
Acidentes de Transporte	-	-	-	-
Outros Acidentes	94.998,79	1.021,49	448	4,8
Agressões	-	-	-	-

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1 Caracterização do perfil de morbidade em Sobral-CE nos anos de 2006, 2007 e 2009

Na tabela 2 podemos identificar que há maior predominância de casos na sede urbana da cidade, enquanto que menor parcela dos casos ocorreu nos distritos, isto é, nas zonas rural e periurbana. Assim, observamos que, no município de Sobral, há um caráter fortemente urbano dos casos de acidentes e violências.

Em 2006, a estimativa populacional do município era de 176.818 habitantes. A densidade demográfica do município passou de 77,5 em 1991 para 83,3 hab/km² em 2007. Já a densidade demográfica do Estado do Ceará passou de 43,9 em 1991 para 55 hab/km² em 2007. O município de Sobral é mais densamente povoado que o Estado do Ceará como um todo (PETTERINI, 2010).

A tabela 15 consegue apresentar a dimensão do complexo processo de urbanização que as cidades de médio porte vem sofrendo durante os últimos anos. O bairro do centro no qual se encontra o CSF do bairro (Tamarindo) possui um valor proporcional de acidentes e violências de 18,00%, o maior entre os bairros analisados, seguido da área territorial do CSF da Coelce (10,7%).

Minayo (1994) apresenta que esse crescimento desorganizado não acompanhado de um processo de organização urbana apresenta características da violência estrutural. A área do centro caracteriza-se por ser o “coração” do município, onde concentra o pólo econômico – comércio e prestação de serviços seja pública ou privado, além de apresentar complexa malha viária e de fluxo de pessoas diariamente.

Já a área territorial da Coelce, apresenta características que engloba um bairro que nasce de uma ocupação, portanto sem planejamento urbano, com uma população desassistida de serviços públicos e com um alto índice de criminalidade.

Predominantemente, são vítimas de acidentes e violências pessoas do sexo masculino (Tabela 1). A proporção de ocorrências não intencionais foi bastante superior aos eventos intencionais em todos os anos, e que em ambos os tipos de eventos os homens estiveram envolvidos com mais frequência.

Desta forma, é possível inferir que os homens têm se envolvido mais frequentemente em eventos violentos, tanto no papel de vítimas como no papel de agressor.

Tem sido muito discutido a ação e o papel do homem e da mulher na sociedade. Tradicionalmente a construção da identidade masculina, contraposta à identidade feminina, tem sido hegemonicamente associada a um conjunto de idéias e práticas que identificam essa identidade à virilidade, à força e ao poder advindos da própria constituição biológica. Por conseguinte, se ferem e morrem primeiro que a mulher e as causas de suas mortes refletem uma exposição deliberada de enfrentar riscos e perigos.

Quando analisamos todas as ocorrências por sexo percebe-se que o sexo masculino é predominante na maioria dos tipos, sendo que as maiores diferenças estão em ferimentos por objetos perfuro-cortantes, seguido das agressões e dos acidentes de trânsito. As mulheres, por sua vez, são vítimas, com mais frequência, das quedas, seguidas dos acidentes de transporte. Além disto, é possível identificar que a proporção do sexo feminino só é superior ao masculino nos casos de sufocação e tentativas de suicídio.

As ocorrências com as mulheres ocorrem no próprio domicílio, enquanto os homens são vitimados, com mais frequência, na via pública.

Tais achados corroboram a idéia de diversos autores que afirmam que os homens estão mais envolvidos em acidentes e violências que ocorrem em espaços abertos, como consequência de sua maior exposição aos “riscos” da vida social, enquanto que as mulheres se envolvem mais frequentemente em acidentes domésticos.

Assim, em contraposição ao tradicional debate acerca da determinação biológica na construção do “ser homem”, Souza (2005) afirma que diversos estudos têm analisado a construção social do sexo masculino a partir das características psíquicas, sócio-históricas e políticas que o constituem. Segundo a autora, apesar das críticas direcionadas a ela, o modelo de masculinidade hegemônico que associa a noção de ser homem à virilidade, competição e violência, ainda predomina na sociedade.

Em consequência deste modelo de masculinidade, os homens como observado no presente estudo, estão mais expostos à violências e acidentes, já que devem ser (e o são) aqueles que se expõe a riscos e, conseqüentemente, morrem e se ferem proporcionalmente mais que as mulheres e, acentuadamente, por causas que refletem esta maior exposição (SOUZA, 2005).

Desta forma, é possível considerar que, no município de Sobral, o perfil das vítimas de acidentes e violências tem forte associação com valores e identidades

culturalmente construídas em nosso contexto, como a atribuição de determinados e específicos papéis sociais a homens e mulheres.

No que se refere à faixa etária, é possível observar que os jovens e adultos são os mais susceptíveis aos acidentes e violências, com destaque para aqueles do gênero masculino. Tais achados condizem com as já discutidas atribuições de vida social masculina, que o expõe com mais frequência à vida social ou, ainda, à necessidade de corresponder a determinadas expectativas sociais com relação à identidade do *ser homem jovem* culturalmente determinado.

As quedas são mais comuns entre as crianças. Observamos, ainda, que apenas a partir dos 60 anos de idade as mulheres sofrem acidentes e violências na mesma proporção que os homens, ultrapassando estes a partir dos 70 anos. Tal fenômeno pode estar associado a menor expectativa de vida dos homens, o que faz com que o número total de mulheres seja superior ao número total de homens com esta idade. Considerando que nesta faixa etária o tipo de acidente mais comum é a queda, podemos associar também outro fator que influencia ao maior percentual de mulheres que são os problemas relacionado ao sistema ósteo-articular tais como a osteoporose (tabela 4)

As pessoas da raça parda são as principais vitimadas, seguidas das pessoas brancas e de pretas. Indígenas e pessoas da raça amarela contribuem com uma parcela inexpressiva dos casos (tabela 1).

O grupo violência engloba homicídio e maus tratos, podemos observar na tabela 6 que a violência em Sobral teve uma variação de casos de $n= 50$ em 2006, 2007 $n=71$ e em 2009. O risco de óbito por homicídio no Brasil em 2003 foi de 28 por 100.000 (BRASIL, 2006). Soares Filho (2006) coloca que a taxa de mortalidade por homicídio na população brasileira aumentou 8%, de 2000 a 2003. Tomando este resultado como parâmetro, identificamos que o município de Sobral encontra-se em cenário semelhante ao nacional, resguardado pelo período do estudo, no que diz respeito aos óbitos por homicídio.

O fenômeno da violência como já discutido nesse trabalho apresenta-se de várias formas, sobre inúmeros determinantes. Esta multiplicidade de violências apresenta uma forma hegemônica que demonstra mais veementemente a preocupação da sociedade brasileira que é a delinquência que apresenta como um de seus frutos um expressivo valor estatístico de homicídio.

O homicídio possui uma relação muito próxima com os indicadores de desigualdade socioeconômica. Dessa forma, os indicadores de urbanização, a concentração de renda, a escolaridade e outros tantos fatores são preditivos de homicídios na sociedade. A exacerbação dos índices de homicídios tem provocado grandes sentimentos de insegurança e contribuindo para as mudanças na subjetividade e concepção de uma sociedade e mesmo da própria violência para os jovens brasileiros. Corroboramos com a idéia lançada por Wieviorka (1997) *apud* Minayo (2005) que “tenta interpretar a violência pós-moderna e a diferencia das expressões de épocas anteriores”. Podemos tomar como exemplo desse processo de re-significação da violência no contexto histórico, ao nos referirmos a violência utilizada pelos jovens da reconquista da democracia nas décadas de 60 e principalmente 70, na qual a violência para esses jovens servia como meio de se alcançar objetivos maiores como a democracia, a liberdade e os direitos sociais e políticos cerceados pela ditadura militar.

No entanto, atualmente a violência para os jovens e para os demais membros da sociedade assume um novo sentido, não que não já existisse, mas que atualmente tem proporções e contextos mais complexos e letais à população. Assim a violência, a partir da concepção e classificação descrita por Minayo, tende a deslocar para fenômenos de ordem infra e metapolíticos. Em tese o caráter infrapolítico da violência está ligado ao processo de decomposição da política, onde o que podemos perceber é uma exacerbação das privatizações ligada a grupos da elite brasileira ou de interesses internacionais. Dessa forma, a violência assume uma estratégia de enfraquecer o Estado, diferente da ideologia dos jovens da década de 70 que queriam transformá-lo, o fenômeno busca distanciar, enfraquecer e criar uma autonomia econômica com base na ilegalidade e é o que podemos identificar no tráfico de drogas e armas, na corrupção, contravenção, no seqüestro e tantos outros crimes sociais.

A violência deliquencial, infelizmente, tem inserido em suas ações os indivíduos de classes menos assistidas, os que sofrem com as outras manifestações da violência, como o desemprego, as desigualdades sociais, o preconceito, machismo. Essas pessoas são marcadas pelas mais variadas formas de violência e que por isso encontram na própria violência uma forma de sobreviver nessa sociedade. Os principais envolvidos nesse processo são os jovens que não possuem nenhuma perspectiva de vida, já que muitas vezes não podem escolher qual caminho trilhar, assim, são cerceados desse direito.

Segundo a tabela 14 os casos de violência, proporcionalmente, causam mais casos de internação hospitalar do que os casos de acidentes, o que demonstra que os casos de violências trazem conseqüências mais graves às vítimas. Por outro lado, em números

absolutos, os casos de acidentes são muito mais numerosos do que os casos de violência, o que demonstra que, em termos de sobrecarga quantitativa para o nível terciário de atenção à saúde, os acidentes são bem mais impactantes.

A associação dos eventos violentos e acidentais ao álcool é expressiva, principalmente entre pessoas do sexo masculino (Tabela 8).

Sousa (2002) afirma que a ingestão de bebidas alcoólicas é culturalmente entendida no Ceará como um fator que instiga a desordem e a desobediência às regras sociais e do Estado, tendo sido, portanto, associada à criminalidade. Por outro lado, ela também está associada à masculinidade e virilidade, sendo que um dos “rituais de passagem” para a idade adulta refere-se à aquisição do hábito de beber.

Assim, embora o uso de bebida alcoólica seja socialmente desqualificado, o estímulo ao uso de bebidas alcoólicas é comum na sociedade. Já desde o século XX, mesmo quando o uso do álcool entre os pobres era visto como objeto de intervenção do Estado e da medicina higienista, para a manutenção da ordem e da normalidade, os bares freqüentados pelos membros da classe média ou da elite eram vistos como locais elegantes, sedes de importantes discussões sobre política, literatura, economia e assuntos do momento (SOUSA, 2002).

Atualmente, a mídia tem se encarregado de estimular a cultura do uso do álcool, associando-o, freqüentemente, à figura masculina viril e ao sexo. Assim, observamos que, embora de forma diversa nos diferentes momentos históricos, o uso de bebida alcoólica é estimulado, atualmente em larga escala, através dos meios de comunicação (principalmente a televisão), mesmo que ele seja negativamente entendido, o que se constitui em um “paradoxo social” (SOUSA, 2002).

É preciso salientar que, durante a coleta de dados, os pesquisadores registravam a suspeita mesmo que a vítima ou o agressor não a declarassem. Assim, informações de acompanhantes ou a própria percepção da embriaguez evidente eram consideradas para o registro dos casos de suspeita de uso do álcool.

Segundo Zilberman e Blume (2005), “o uso de substâncias psicoativas (pelo perpetrador, pela vítima ou por ambos) está envolvido em até 92% dos episódios notificados de violência doméstica. O álcool freqüentemente atua como um desinibidor, facilitando a violência”.

Os acidentes e violências no trabalho que aparecem na tabela 2, ocorrem com mais frequência entre os homens, embora haja um número significativo de eventos envolvendo mulheres. Tal achado reflete a crescente, mas ainda incipiente inserção da mulher no mercado de trabalho. De fato, no Ceará, o desde os anos 40, as representações construídas e postas em circulação sobre o sexo feminino ainda estavam fortemente marcadas pelas noções de maternidade e vida doméstica, sendo divulgada, inclusive, pela imprensa (SILVA, 2002). Nesse período, segundo a mesma autora, o receio de que se as mulheres saíssem do lar poderia haver uma destruição da estrutura familiar era uma idéia comum e motivava as oposições à participação da mulher no trabalho fora de casa.

Passado recente, ainda há influências significativas destes fatos na realidade do Nordeste brasileiro, o que se reflete no fato de que os homens sofrem mais acidentes e violências relacionadas ao trabalho. Por outro lado, esta tendência vem sendo crescentemente contrariada, o que se reflete no fato de que, proporcionalmente, há mais mulheres envolvidas em eventos violentos e acidentais relacionados ao trabalho do que no ano passado (BRASIL, 2006).

É possível observar que ocorrem, com mais frequência, acidentes de transporte relacionados ao trabalho, seguidos das perfurações e cortes e das quedas. A ocorrência expressiva de acidentes de transporte relacionados ao trabalho pode estar associada com a existência da atividade de mototaxista, bastante significativa para a dinâmica do município, que atualmente conta com 634 profissionais desempenhando a atividade. Diniz, Assunção e Lima (2005), acerca do o trabalho envolvendo motocicletas, referem que as pressões relacionadas ao tempo para execução das atividades de transporte são fatores que influenciam significativamente a ocorrência de acidentes.

Pesquisa recente realizada pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde, em parceria com o Centro de referência em Saúde do trabalhador da Secretaria de Saúde e Ação Social de Sobral (Sobral, 2006) mostram que, no município, os mototaxistas trabalham segundo o sistema de produtividade: quanto maior o número de passageiros, maior o ganho financeiro. Acreditamos que este modelo de trabalho estimula ações como a condução em alta velocidade e a realização de manobras arriscadas, tendo em vista que o produto financeiro do trabalho depende diretamente do volume de passageiros conduzidos.

Quando comparamos a proporção de mulheres e homens vítimas que recebem alta, observamos que os homens necessitam mais de procedimentos complementares ou de internação hospitalar do que as mulheres. Tal achado indica que, com frequência, os homens

são vítimas de lesões mais graves dos que as mulheres, já que, frequentemente, se envolvem em casos de violência de caráter mais agressivo, com a utilização de objetos e armas, enquanto as mulheres, com mais frequência, se envolvem em casos de embate corporal ou são vítimas de espancamento. Da mesma forma, os homens saem dos acidentes, principalmente os de transporte, com lesões mais importantes do que as mulheres. Além disso, as mulheres fogem ou evadem-se com menor frequência do serviço de saúde.

Os casos de violência culminam em internações hospitalares em proporção superior aos de acidentes. A proporção de óbitos é mais expressivo nos casos de violência, assim como a proporção de evasão ou fuga. Tais achados mostram que, embora os acidentes gerem maior sobrecarga quantitativa no serviço de emergência, já que há um maior número de vítimas de acidentes, as violências produzem, proporcionalmente, lesões mais graves e óbitos com mais frequência.

Todas as mulheres que tentaram ou cometeram suicídio o fizeram por meio do envenenamento, conforme tabela 13.

Há uma concentração de tentativas/suicídio nas faixas etárias mais jovens, incluindo na adolescência. Cassorla (1984), já relatava uma tendência à diminuição da idade média das pessoas que tentam o suicídio tem diminuído nos últimos anos.

Estudos tem apontado os jovens como o grupo com maiores tentativas de taxas de tentativas de suicídio (TEIXEIRA; LUÍS, 1997). O estudo de Hesketh e Castro (1978) mostrou maior frequência de tentativas de suicídio ocorre em jovens de até 25 anos e, principalmente, do sexo feminino. Schmitz *et al.* (1992), por sua vez, verificaram maior prevalência nas faixas de 25 a 39 e 17 a 24, com destaque para o envenenamento, também com maior número de casos no sexo feminino.

Frequentemente, as tentativas de suicídio em mulheres ocorrem levam a menor número de óbitos do que os homens (MACENTE; SANTOS; ZANDONADE, 2009). Os autores verificaram, ainda, que os casos de envenenamento estão mais presentes nas tentativas, enquanto o enforcamentos estão mais presentes nos casos consumados de suicídio.

Existem dificuldades importantes em realizar a vinculação entre os quadros clínicos e o trabalho e, conseqüentemente, em classificá-los como doenças ocupacionais (SELIGMANN-SILVA, 1995). Considerando a proporção de mais de 20%.

As vítimas de acidentes de transporte são predominantemente do sexo masculino e de cor parda. Observamos um decréscimo do número de acidentes de bicicleta ao longo do tempo, paralelamente a um aumento do número de acidentes por motocicletas. As facilidades referentes à aquisição de motocicletas no país, bem como a elevação do poder aquisitivo das classes mais baixas e a elevação dos padrões de urbanização da cidade levam a um aumento da frota de motocicletas, tornando-a um meio de transporte comum e cada vez mais envolvido em acidentes de trânsito.

Houve uma discreta redução do suspeita de uso de álcool pela vítima, o que pode estar relacionado à criação de mecanismos de controle como a Lei 11.705/2008 (Lei Seca), que intensificou a fiscalização dos condutores no país.

Foi possível inferir, ainda um número pequeno de lesões graves por decorrência por traumatismo craniano-encefálico (TCE), o que pode estar relacionado com a adoção de leis municipais de trânsito, no final de 2006, que tornaram obrigatório o uso do capacete de passageiros de motocicleta em Sobral. No primeiro ano estudado, apenas os condutores da motocicleta eram obrigados a utilizar o capacete.

Podemos observar conforme tabela 11, o baixo número de notificações de casos de violência sexual pode estar associado à subnotificação dos casos de violência doméstica. Apenas os casos de maior gravidade física chegaram até o serviço de emergência, permanecendo a violência velada e crônica no interior das famílias. Daí decorre a necessidade de que as equipes de saúde da família, articuladas a outras redes de base territorial, possam atuar como efetivos serviços sentinela para os casos de violência intrafamiliar.

Cerca de 20% das ocorrências tinham relação com o trabalho, o que indica que os processos de trabalho atuais precisam ser analisados sob a perspectiva da saúde pública. No cenário nacional, estudos apontam para uma diminuição do número absoluto de acidentes de trabalho com paralelo aumento do índice de letalidade (OLIVEIRA; VASCONCELLOS, 1992).

Essa disparidade pode estar associada “ao registro apenas de casos fatais que desencadeiam processos burocráticos como a emissão de declaração de óbitos, e à subnotificação de casos de menor gravidade, cuja notificação traz implicações aos empregadores, como maior intensidade na fiscalização” (SILVA *et al.*, 2010).

Os cortes, perfurações, lacerações e fraturas são os tipos de lesões mais comuns. A não uniformidade das classificações em cada ano dificulta a análise da série, já que nos

eventos como o arranhão e a equimose, bastante comuns foram, por exemplo, incluídos em 2006 e desconsiderados nos anos posteriores.

O afogamento constitui um evento importante, atingindo cerca de 19% em 2007, com mortalidade por essa causa atingindo em média 10% em cada ano.

Apesar de dispormos de uma série histórica curta, observamos uma tendência à regressão linear das agressões por objeto pérfuro-cortantes ($R=0,990$). As mudanças nos padrões de socialização, com a introdução de elementos urbanos na cidade de Sobral pode estar associada à menor utilização da arma branca nas agressões. Por outro lado, apesar da flutuação dos valores nos anos estudados, comparando o ano de 2006 com 2009 observamos um aumento de 11,2% para 19,2% na utilização de armas de fogo, o que sugere uma inversão da importância dos dois tipos de armas nos casos de violência.

É fundamental observarmos no ano de 2006, no mesmo período da coleta de dados da pesquisa inquérito VIVA, por meio do SIH foram registrados apenas 5 internamentos por acidentes, 2 por agressão e 58 outros acidentes. Nos anos seguintes, 2007 e 2009, não foram registradas AIHs por acidentes de transporte ou violência, especificamente. Foram registrados 67 e 93 “outros acidentes” no SIH, em 2007 e 2009, respectivamente.

Esse achado corrobora a idéia de que as internações hospitalares não possibilitam a análise da realidade acerca dos acidentes e violências, já que apenas uma pequena proporção dos casos que chegaram até a emergência da Santa Casa foram registrados pelo SIH. Esse fato nos chama à reflexão acerca da subnotificação que a própria pesquisa inquérito VIVA pode ocasionar, principalmente no que se refere às violências cotidianas que, mesmo crônicas e constantes, não geram conseqüências físicas que levem a uma procura pelo serviço de saúde.

Gonçalves e Ferreira (2002) afirmam que, no caso da criança e do adolescente, a despeito das disposições legais já existentes no Brasil, a subnotificação da violência ainda é uma realidade. O mesmo se estende para outros países, conforme resultados de uma pesquisa realizada em trinta países que evidenciou que apenas a metade das nações desenvolvidas e um terço dos países em desenvolvimento possuíam mecanismos de registro centralizados. Além disso, “em países como Estados Unidos, França e Alemanha, a coleta de dados é fragmentada e com escassa comparabilidade” (DARO, 1992, *apud* HUERTAS, 1997).

É fundamental que seja discutida, portanto, a integralidade tanto da rede de suporte às vítimas de violências quanto a viabilidade de um sistema de informação integrado,

que atue na produção de informação que subsidie a ação, tanto de gestores como de profissionais envolvidos na atenção às vítimas de violências.

6.2 Perfil de mortalidade por acidentes e violências em Sobral nos anos de 2006,2007 e 2009

No que concerne ao registro do diagnóstico da mortalidade no Brasil, este ainda é realizado com certas limitações e imprecisões, quer devido às técnicas indiretas utilizadas para estimar o número de óbitos, numerador para o cálculo da proporção, assim como à qualidade de captura destes óbitos pelas Unidades Federadas. Ressaltamos que os dados aqui apresentados foram obtidos com a Secretaria da Saúde e Ação Social do município de Sobral, em específico com a Coordenação de Vigilância a Saúde.

Durante o processo de coleta de dados nos bancos disponíveis no meio eletrônico foi possível obter informações referentes aos anos de 2006 e 2007, dados esses disponíveis no sítio do Ministério da Saúde, o DATASUS. Contudo não estava disponibilizado para acesso público os dados referentes ao ano de 2009, esses últimos foram obtidos junto a Coordenação de Vigilância a Saúde do município. Ao solicitarmos as variáveis como raça/cor e escolaridade para enriquecimento do estudo, pudemos observar que não há uma fidedignidade dos dados referentes a um número considerável de variáveis e que de forma direta influenciou na exposição da tabela 16. Sendo assim, segundo a responsável por alimentar o banco de dados do SIM, não há uma obrigatoriedade no preenchimento de todos os campos, o que por conseguinte, isenta o profissional/pessoa de realizar o preenchimento correto do formulário.

Para a Ripsa (2002) e Simões (1999) a subnotificação de eventos vitais tem sido um sério obstáculo ao conhecimento preciso de importantes indicadores epidemiológicos, limitando o uso dos sistemas de informação na maioria dos estados brasileiros, o que tem levado a prejuízos na produção de dados diretos fidedignos, ágeis e oportunos. Ao encararmos como uma conquista o processo de descentralização do Sistema Único de Saúde e a posição privilegiada que o município conquistou, possibilitando oferecer serviços às pessoas de forma mais próxima do seu contexto local, a utilização de estimativas não parece ser o mais apropriado devido às limitações técnicas inerentes a esses métodos (RIPSA, 2002)

Dessa forma, sistemas de informações acessíveis e confiáveis na esfera municipal é condição vital para a construção de diagnósticos do processo saúde-doença essencial, para o planejamento adequado e para implementação e avaliação das ações e atividades.

A tabela 16 apresenta a mortalidade por acidentes e violências em Sobral nos anos de 2006, 2007 e 2009 em números absolutos. Podemos inferir que durante os anos estudados ocorreu uma pequena redução no número de vítimas, sendo que no ano de 2006 foram notificados 127 mortes e em 2009 esse número baixou para 115.

Contudo em todos os anos estudados houve uma prevalência de vítimas fatais do sexo masculino e na faixa etária de 20 a 39 anos (46,9%) em 2009 obteve significância estatística com $p= 0,000$ e $OR= 3,81$ com IC 95% de 2,29-6,38. Como já referido pelo mesmo, os homens se expõem mais, pelo contexto cultural, social e econômico em que vivemos, sendo assim, eles estão mais vulneráveis a falecer vítimas de acidentes e violências.

As interfaces entre saúde e violência são estudadas desde a década de 70. Schraiber *et al.* (2005) reitera que vários trabalhos mostram que a violência varia por gênero e também quanto ao tipo violência sofrida.

Tem sido muito discutido a ação e o papel do homem e da mulher na sociedade. Tradicionalmente a construção do que é *ser homem*, contraposta ao que é ser mulher, há uma bipolaridade da construção do ser e de sua interação com a sociedade que pode ser representada pelo público/privado e ao tipo de violência. Essa bipolaridade é sentida através dos estudos que apresentam que o homem se envolve em violências relacionadas ao trabalho, crime, acidentes de transporte; já as mulheres em sua maioria em conflitos domésticos.

O modelo hegemônico de constituição do masculino e da construção de sua interação na sociedade tem trazido conseqüências para a saúde e a vida dos homens. Dentre as conseqüências, merece destaque, as referentes a agravos acidentais e intencionais fatais, nas quais o corpo do homem se expõe a riscos e pelo qual se desenvolve a violência e o enfrentamento como forma de obter respeito. Por conseguinte, se ferem e morrem primeiro que a mulher e as causas de suas mortes refletem uma exposição deliberada de enfrentar riscos e perigos.

A dicotomia vivida entre homens e mulheres quanto às várias formas de violência vividas na sociedade que pode estar ligado ao relacionamento homem-sociedade como também homem-homem. Nas suas manifestações, esse fenômeno aponta para diferenciais de gênero que respondem aos posicionamentos dos sujeitos na sociedade e às identidades construídas nos modos como vivenciam as relações sociais intra-sexo e com o sexo oposto, nos domínios público-privado.

Assim, podemos construir uma visão da relação masculinidade-violência, a partir da idéia genérica de patriarcado para uma idéia que privilegia a violência como expressão de insegurança masculina ou como a não-atualização de um padrão hegemônico de masculinidade.

Devemos incluir na discussão da relação homem/violência os determinantes cultural e a questão da própria violência estrutural, conforme referido por Minayo. O município de Sobral nos apresenta dados que convergem com contexto nacional; já que temos como principais determinantes da violência e da sua interface com o *ser homem* as desigualdades socioeconômicas, estruturais da sociedade e estruturantes da identidade de gênero, aliada a uma cultura machista que também devemos conceber como uma violência. Segundo Souza (2005) a taxa morbimortalidade dos homens por causas externas apresenta-se cinco vezes maior do que a taxa observada para as mulheres. No caso do referido estudo a proporção é de 1:4.

Schraiber *et al.* (2005) ressaltam que “apesar da constatação de que a violência é marca identitária da masculinidade hegemônica, vale dizer que não se deve fixar estereótipos”. Dessa forma, devemos encarar a questão da violência e do gênero por um viés científico, na tentativa de se diminuir os índices da morbimortalidade dos referidos gêneros com medidas de promovam a saúde e a qualidade de vida dessas pessoas.

A tabela 16 também nos apresenta a causa da morte pelo grupo de acidentes e violências. Podemos observar pela tabela que há uma prevalência de significância estatística de morte por acidentes de transporte envolvendo homens ($p=0,0003$; $OR= 5,28$ e $IC 95\% 2,10-14,08$).

O cenário da mortalidade por acidentes de transporte, agressões que podemos considerar como homicídios no município de Sobral apresentados nos revela como reflexo de um cenário maior, o Brasil, já que na década de 90 cerca de 400.000 pessoas morreram pro homicídios, 310.000 por acidentes de transporte e 65.000 pessoas por suicídio. Utilizando-se dos dados da Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde referente ao ano de 2003, nos apresenta um número de 126.656 mortes violentas no Brasil. O mesmo estudo destaca que desses óbitos que os homicídios (51 mil), os acidentes de transporte (33,6 mil) e os suicídios (7,8 mil) são os principais tipos de mortalidade por causas externas no país (BRASIL, 2006).

O perfil da violência no Brasil, particularmente configura-se pelos homicídios e pelos acidentes de transporte. Minayo (1997) coloca que até 1990 a violência no trânsito

mantinha o primeiro lugar entre as mortes por causas externas, mas que, a partir de 1991, os homicídios passaram a liderar os óbitos por violência, sendo que a incidência é maior em grandes centros urbanos e de grande densidade demográfica, portanto de maior complexidade.

No entanto, há por parte do Ministério da Saúde, a discussão acerca dos principais causadores de óbito por violência no país. Essa discussão se propõe também a identificar meios concretos de se prevenir a violência e de promover a saúde da população, a partir de uma iniciativa intersetorial, vislumbrando a integralidade, ao discutir a importância da efetividade de políticas públicas como o Código Nacional de Trânsito e a tentativa de elaboração de um Estatuto do Desarmamento surgida a partir da campanha de desarmamento que ocorreu em 2006, porém não bem sucedida após plebiscito. A relevância dessas medidas de ações e de criação de políticas públicas intersetoriais são essenciais para a discussão do fenômeno da violência sob uma ótica preventiva e promotora da saúde.

As causas externas têm sido apontadas como as principais responsáveis pelas mortes precoces. O impacto dessas mortes pode ser analisado por meio do indicador relativo a Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP). Por incidirem com elevada frequência no grupo de adolescentes e adultos jovens, os acidentes e as violências são responsáveis pelo maior número de anos potenciais de vida perdidos. No Brasil, o indicador de APVP aumentou 30% em relação a acidentes e a violências, entre 1981 e 1991, enquanto que, para as causas naturais, os dados encontram-se em queda (REICHENHEIM; WERNECK, 1994; IUNIS, 1997; VERMELHO, 1994 *apud* BRASIL, 2005).

O homicídio e os acidentes de transporte não podem ser encarados como causa de morte natural para a sociedade. Devemos nos atentar para o fato de que esse grupo etário é responsável pela população economicamente ativa do país, isso se nos aproximarmos de uma vertente de discussão econômica.

A mortalidade por homicídios e acidentes de transporte reflete ainda mais a violência estrutural, por agregar determinantes que desencadeiam o aumento das desigualdades sociais, dos baixos salários, da perda de valores sociais e, por conseguinte, pelo desenvolvimento, por parte da sociedade, de uma descrença em seu papel de enfrentamento diante do processo e também das instituições públicas que enfrentam o fenômeno da violência.

6.3 Caracterização dos custos dos acidentes e violências para o SUS nos meses respectivos a pesquisa viva dos anos de 2006, 2007 e 2009

O SIH é o sistema de informação de internações hospitalares e considerado o sistema referência para análise da morbidade por causas segundo o CID-10. Contudo como já mencionado neste estudo, o SIH possui importantes fragilidades no que tange a “pequena” parcela de vítimas de acidentes e violências, isso porque como sabemos o dados sobre morbidade captados pelo sistema são somente de pessoas que foram internadas e por conseguinte, emitida a AIH. Conforme apresentado na tabela 14, o número de internações notificados pela pesquisa inquérito VIVA durante 3 meses dos anos do estudo pode apresentar uma projeção do quantitativo de internações por acidentes, uma vez que no mesmo período referente aos dados do SIH, na pesquisa VIVA notificou 142 internações por acidentes e violência, um numero maior que o dado informado pelo SIH (tabela 17).

O MS divulgou no Caderno Informações Gerais de Saúde referente ao ano de 2009, informações do financiamento, o informativo apresenta o valor total de internações hospitalares segundo complexidade, com um custo de 34.276.553,66 de reais para média e alta complexidade.

A tabela 17 nos mostra que as internações ocorreram numa proporção maior de homens, jovens e vítimas de outros acidentes.

Novamente atento para a fragilidade das notificações e subnotificações de acidentes e violências, isso porque o a tabela 17 apresenta que a principal causa de internamento foram as outras causas de acidentes, paralelamente há um número bem menor das outras causas.

As tabelas 19 e 20 apresentam a mulher com um permanência maior de internamento por acidentes e violências. Já o valor médio pago por causa, apresentado na tabela 19, nos mostra que os acidentes de transporte possui um custo mais elevado que as demais causas, porém o tempo de permanência por causa é maior nas vitimas de agressão.

Podemos também observar a partir da causa de morbidade por outros acidentes – a única causa que esteve presente nos meses dos anos do estudo, que há uma progressão linear no valor médio pago pelas internações ($R^2 = 0,962$), progressão essa também identificada na média de dias de internamento pela mesma causa ($R^2 = 0,997$).

As causas externas atualmente são uma preocupação das políticas públicas. Minayo (1997) coloca a violência, pelo número de vítimas e a magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países do mundo, independente do processo de

desenvolvimento do país. Para a mesma autora, o setor saúde constitui-se uma vitrine da violência por ser o setor que de forma direta sofre com as consequências da mesma em nossa sociedade.

Os gastos com acidentes e violências, no Brasil, tem repercutido na organização do sistema de saúde, o qual, por sua responsabilidade na atenção ao trauma, vem tendo seus gastos elevados com a assistência médica. No país, as causas externas correspondem a maior gasto médio e custo-dia de internação do que as causas naturais, apesar da menor proporção de internações e menor tempo médio de permanência daquelas e a proporção de internações por causas externas aumentou progressivamente, de 5,2%, em 1998, para 6,9%, em 2005, assim como a proporção de gastos, que passou de 6,4% para 8,5% (MELIONE; MELLO-JORGE, 2008)

Assim como no cenário nacional, em Sobral (tabela 14) as quedas e os acidentes de transporte têm sido referidos, respectivamente, como a primeira e a segunda causas de internações por causas externas referidos.

Para Hodgson e Meiners *apud* Iunes (1997), o custo econômico de uma doença, ou problema de saúde, pode ser classificado em custos diretos e indiretos. Os custos diretos referem-se aos custos médicos (exames, procedimentos, consultas, internações, reabilitação e outros) e aos custos não médicos, às despesas de parentes e acompanhantes com transporte e dietas especiais, por exemplo. Os custos indiretos são os relacionados com a perda de produção e produtividade decorrentes da doença ou problema de saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo propôs-se a apresentar o perfil de morbimortalidade por acidentes e violências nos anos de 2006, 2007 e 2009, anos esses em que foram realizadas a pesquisa inquérito VIVA no serviço de sentinela da Santa Casa de Misericórdia de Sobral.

O estudo revelou que o perfil das vítimas por causas externas em Sobral são homens, jovens, com média de idade de 23,3 anos e com moda de 20 anos. Os acidentes e violências estão mais presentes em bairros da cidade com maior densidade populacional, complexidade malha viária e também por apresentar características sócio-econômica e rede de comércio e serviços. Além de bairros de ocupação recente legais e ilegais.

A raça/cor que apresentou maior proporção foi a parda, seguida da branca.

Os territórios dos CSF do Tamarindo e Coelce apresentaram uma proporção superior a 10% dos acidentes e violências ocorridos no período da pesquisa.

Já no que se refere aos distritos, podemos destacar o número de acidentes de transporte e do número de suicídio/tentativa, sendo 45,0 % e com prevalência de mulheres (n=9), utilizando como meio para autolesão o envenenamento.

As vítimas são pessoas que sofreram numa maior proporção acidentes de transporte, quedas, logo depois aparecem as violências como maus tratos e homicídios.

Os acidentes de transporte e os maus tratos foram os principais motivos de internamento e de óbito durante o período do referido estudo.

As vítimas de quedas eram em sua maioria pessoas na faixa etária de 0 a 9 anos. Cerca de 20% dos eventos tiveram associação com o trabalho e 19,2% tiveram associação com o álcool. Foi verificada a significativa participação do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) no atendimento e transporte (16,5% dos casos).

As mulheres apresentaram maior proporção no que diz respeito a permanência de internamento e do valor médio do internamento. Os dados obtidos não possibilitaram uma melhor estratificação dos internamentos por causas de acidentes e violências, apresentando a fragilidade da notificação e da subnotificação das informações.

Podemos também observar a partir da causa de morbidade por outros acidentes – a única causa que esteve presente nos meses dos anos do estudo, que há uma progressão linear no valor médio pago pelas internações ($R^2 = 0,962$), progressão essa também identificada na média de dias de internamento pela mesma causa ($R^2 = 0,997$).

Foi percebida uma tendência de progressão linear do número médio de dias de internamento ($R^2 = 0,997$) e do valor médio anual dos gastos com assistência em casos de acidentes e violências ($R^2 = 0,962$).

O estudo possibilitou aproximar-se do perfil das pessoas que sofreram acidentes e violências no município de Sobral. Acreditamos que ainda é um desafio utilizar os dados a partir dos sistemas de informações que dispomos e esperamos que este estudo possa tensionar juntamente com outros a percepção e concepção dos profissionais e gestores que lidam de forma direta e indireta com o notificação e os sistemas de informação.

Corroboramos com a idéia de que somente é possível aproximar-se de um diagnóstico social se conseguirmos incorporar no processo de trabalho a lógica da epidemiologia como uma ferramenta de trabalho e assim conseguir planejar em saúde e executar as atividades e ações.

Reconhecemos também a importância que o Ministério da Saúde (MS) tem dado ao fenômeno da violência na tentativa de incorporar ao SUS a discussão da violência como prioritária para saúde pública. O empenho do MS nos é apresentado através da construção de diretrizes e atividades para o setor saúde e da construção de políticas intersetoriais. Esse documento é a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências do Sistema Único de Saúde – PNRMAV/SUS.

A PNRMAV/SUS considera os todos os tipos de violência e o considera um problema de saúde pública, ao partir do princípio de saúde como qualidade de vida. A referida política também destaca a intersetorialidade como um importante mecanismo de operacionalização da promoção da saúde, promoção essa que serve de base para a construção de vários projetos, atividades e programas de redução da violência e acidentes.

O documento propõe como diretrizes para a materialização da promoção da saúde a *vigilância* ao assumir o monitoramento das violências e acidentes por meio da análise das bases de dados existentes como o SIM, o SIH/SUS e a proposta do VIVA. Esses dados são valiosos para a orientação de políticas públicas voltadas ao fenômeno da violência. Outra diretriz é a da *assistência* através da atenção à saúde a qual elaborou e implementou Serviços de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU e criou ou quando já existiam ampliou unidades de pronto-atendimento para atender as demandas vindas da sociedade que sofrem qualquer tipo de violência.

Entretanto, gostaríamos de acrescentar a essa diretrizes anunciadas pela PNRMAV/SUS, outras duas diretrizes que consideramos essenciais para a redução dos acidentes e violência e de trabalho na perspectiva da promoção da saúde: as *pesquisas e avaliação* e também a *educação permanente* dos profissionais que lidam direta e indiretamente com o fenômeno da violência no setor saúde. As pesquisas e a avaliação são determinantes para o acompanhamento dos acidentes e violência e também como forma de abrir novas discussões e estratégias de enfrentamento e prevenção dos acidentes e violências.

REFERÊNCIAS

- ABRAMOVAY, M.; PINHEIRO, L. C. Violência e Vulnerabilidade Social. In: FRAERMAM, A. (Ed.). **Inclusión Social y Desanollo**: presente e futuro de La Comunidad IberoAmericana. Madri: Comunica, 2003.
- AGUDELO, S. F. Violência, Cidadania e Saúde Pública. In: BARATA, R. B. (Org.). **Equidade e Saúde**: contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1997.
- ALMEIDA FILHO, N. Bases históricas da Epidemiologia. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, Sept. 1986. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1986000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 ago. 2010.
- ALVES, R. B. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, Feb. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 ago. 2010.
- ANDRADE, L. O. M. **SUS Passo a Passo**: Normas, gestão e financiamento. São Paulo: Hucitec; Sobral: UVA, 2001.
- AURELL, A. C. **Processo de produção e saúde**. São Paulo: Hucitec, 1989.
- BARATA, R. B. Causalidade e epidemiologia. **História, Ciências, Saúde, Manguinhos**, v.4, n.1, p. 31-49, mar./jun. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 fev. 2007.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 ago. 2010.
- BARBOSA, A. P. L. **Metodologia da Pesquisa Científica**. Fortaleza: UECE, 2001.
- BARCELLOS, C.; QUITERIO, L. A. D.. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 40, n. 1, Feb. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000100025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 ago. 2010.
- BARROS, M. B. A. A utilização do conceito de classe social nos estudos dos perfis epidemiológicos: uma proposta. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 20, n. 4, Aug. 1986. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101986000400001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 ago. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 Decreto nº 93.9333 de Janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v.4. n. 2. Supl., 1996.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Análise da morte violenta segundo raça/cor: acidentes por transporte terrestre e análise da tendência da morte violenta: acidentes por transporte terrestre. In: _____. **Saúde Brasil, 2005**. Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BUSS, P. M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESIANA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 ago. 2010.

ASSORLA, R. M. S. Jovens que tentam suicídio. Características epidemiológicas e sociais. Um estudo comparativo com jovens normais e com problemas mentais (I). **J. Bras. Psiquiatr.**, v.33, n.1, p.3-12, 1984.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. 13. ed. São Paulo: Ática, 2003.

DIAS, F. A. C. **Monitorização dos acidentes de trânsito por motociclistas no Município de Sobral – CE**, 2006. <mimio>

DINIZ, E. P. H.; ASSUNCAO, A. A.; LIMA, F. P. A. Accident prevention: recognition of motorcycle couriers work strategies as the basis for collective bargaining. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 905-916, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 2 jun. 2010.

DORIA FILHO, U. Introdução à bioestatística: para simples mortais. São Paulo: Elsevier, 1999

FAVERO, M. **Estudo epidemiológico dos acidentes de trânsito em Ribeirão Preto**. 1971. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1971.

GAWRYSZEWSKI, V. P. et al. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, 2006. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 ago. 2010.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, R. A violência social em questão: referenciais para um debate em saúde pública. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, Apr. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691997000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 ago. 2010.

GONCALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, fev. 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000100032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 ago. 2010.

HESKETH, J. L.; CASTRO, A. G. Fatores correlacionados com a tentativa de suicídio. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 12, n. 2, June 1978. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101978000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2010.

HUERTAS, J. A. D. Epidemiología. In: FLORES, J. C.; HUERTAS, J. A. D.; GONZÁLEZ, C. M. (Org.). **Niños maltratados**. Madrid: Diaz de Santos, 1997. p. 15-25.

IUNES, R. F. Impacto econômico das causas externas no Brasil: um esforço de mensuração in: **Rev. Saúde Pública**, v.31, n.4, p. 38-46, 1997.

JORGE, M. H. P. Mortalidade por causas violentas no município de São Paulo, Brasil: 1 - mortes violentas no tempo. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 14, n. 3, set. 1980. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101980000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2010.

LAURENTI, R. et al. Alguns aspectos epidemiológicos da mortalidade por acidentes de trânsito de veículo a motor na Cidade de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 6, n. 4, dez. 1972. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101972000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2010.

MACENTE, L. B.; SANTOS, E. G.; ZANDONADE, E. Tentativas de suicídio e suicídio em município de cultura pomerana no interior do estado do Espírito Santo. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 4, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852009000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 ago. 2010.

MARTINS, T. M. **Análise Epidemiológica dos dados de mortalidade por acidente e violência em Sobral, no período de 1999 a 2001**. 2002. 78 f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Modernização Pública Estadual e Municipal) - Universidade Estadual Vale do Acaraú e Universidade Internacional, Sobral e Lisboa, 2002.

MARX, K. **A Ideologia Alemã**. São Paulo: Martin Claret, 2005.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) - Brasil, 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.18, n.1, p.17-28, mar. 2009.

MELIONE, L. P. R.; JORGE, M. H. P. M. Confiabilidade da informação sobre hospitalizações por causas externas de um hospital público em São José dos Campos, São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 11, n. 3, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 abr. 2010.

MELIONE, L. P. R.; JORGE, M. H. P. M. Os custos da violência para o sistema público de saúde no Brasil: informações disponíveis e possibilidades de estimação in: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 29-36, 2009.

MENDONÇA, R. N. S.; ALVES, J. G. B.; CABRAL FILHO, J. E. Gastos hospitalares com crianças e adolescentes vítimas de violência, no Estado de Pernambuco, Brasil, em 1999. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, dez. 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000600011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2010.

MINAYO, M. C. S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.10, supl. 1, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2010.

_____. Violência, direitos humanos e saúde. In: _____. **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1997. p. 247-260.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

_____. Violência: um Velho-Novo Desafio para a Atenção à Saúde. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, jan./abr. 2005.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e Saúde como campo interdisciplinar a ação coletiva. **História, Ciência, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, fev. 1998.

ODALIA, N. **O que é violência**. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

OLIVEIRA, M. H. B.; VASCONCELLOS, L. C. F. National worker's health policy: many questions without answers. **Cad. Saúde Pública**, v. 8, n. 2, p. 150-156, jun. 1992. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1992000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 ago, 2010.

OLIVEIRA, N. O. **Pancada de amor dói e provoca doença: o experimentar da violência física em mulheres**, tese de doutorado. UFC . Faculdade de Odontologia e Enfermagem (Doutorado em 2003), Fortaleza, 2003

OLIVEIRA, E. N.; MOREIRA, R. V. O.; BARRETO, J. A. E. Comte, Flexner e a Formação dos Profissionais de Saúde. In: BARRETO, J. A. E. (Org.). **A Vigilância de Argos**. Fortaleza: Casa de José de Alencar, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual de vigilância das lesões**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2004.

PUGLIESE, C. et al . Aspectos epidemiológicos dos acidentes fatais a veículo a motor na cidade do Salvador (Bahia), Brasil. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 9, n. 3, set. 1975. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101975000300001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2010.

SCHMITZ, M.; TORRES, J. B.; SOARES, P. F. B. Tentativa de suicídio por auto-envenenamento: um estudo sobre 684 casos. **Rev. Assoc. Bras. Psiquiatr. Assoc. Psiquiatr. Am. Latin.**, v.14, n.2, p.63-66, 1992.

SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia e psicodinâmica no trabalho. In: MENDES, R. (Ed.). **Patologia do Trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995. p. 287-310.

SILVA, C. P. S.; DIAS, M. S. A.; SOUSA, A. A. F.; CARVALHO, M. V. M. **Relatório de Pesquisa**: Análise do processo de trabalho dos caieiros na perspectiva da Saúde do Trabalhador. [S.l.], 2010.

SILVA, J. D. S. **Comportamento feminino em Fortaleza**: entre o tradicional e o moderno durante a 2ª Guerra Mundial. Fortaleza: Demócrito Rocha, 2002.

SILVA, L. J. Considerações acerca dos fundamentos teóricos da explicação em epidemiologia. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 19, n. 4, ago. 1985. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101985000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2010

SOBRAL. Núcleo de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde. **Relatório de pesquisa**: Vigilância de violências e acidentes em serviços sentinela. Sobral, 2006. <mimio>

_____. **Relatório preliminar de pesquisa**: Análise das condições de saúde e trabalho dos mototaxistas de Sobral, segundo uma abordagem ergonômica. Sobral, 2007. <mimio>

SOUZA, E. R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2010.

SOUSA, N. A. **Embriaguez e desordem**: alcoolismo e masculinidade em Fortaleza nas décadas de 20 e 30 do século XX. Fortaleza: Demócrito Rocha, 2002.

TEIXEIRA, A. M. F.; LUIS, M. A. V. Suicídio, lesões e envenenamento em adolescentes: um estudo epidemiológico. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 5, n. spe, maio 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691997000500004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2010.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS. Modelos assistenciais e vigilância da Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 2, abr./jun.1998.

ZILBERMAN, M. L.; BLUME, S. B. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 27, supl. 2, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1516-44462005000600004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2010.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Termo de Fiel Depositário

TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, _____, Coordenador da Vigilância Epidemiológica de Sobral, Fiel Depositário do Banco de Dados da Pesquisa Inquérito VIVA (2006, 2007 e 2009), da Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral, Ceará, declaro que a residente Angelo Brito Rodrigues está autorizada a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa: “PERFIL DE MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS DO MUNICÍPIO DE SOBRAL-CE: análise a partir da pesquisa inquérito VIVA”, sob a sua responsabilidade, cujo objetivo geral é analisar o perfil de morbimortalidade por acidentes e violências no município de Sobral.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, de:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
- 2) Que não haverá riscos para o sujeito de pesquisa.
- 3) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
- 4) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa deverá garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Sobral, _____ de _____ de _____.

(ASSINATURA DO PESQUISADOR)

(CARIMBO E ASSINATURA DO FIEL DEPOSITÁRIO)

ANEXO




República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

**FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE
ACIDENTES E VIOLÊNCIAS EM
UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Nº

Dados Gerais	1 Data da Notificação	2 UF	3 Município de Notificação
	4 Unidade de Saúde	Código (CNES)	5 Data da Ocorrência
Dados da Pessoa Atendida	6 Hora da Ocorrência (0 - 24 horas)	7 Nome	
	8 Data de Nascimento	9 Idade	10 Sexo
	12 Escolaridade	13 Ocupação	14 Chegou ao hospital:
	16 Possui algum tipo de deficiência?	17 UF	18 Município de Residência
	19 Bairro de residência	20 Logradouro (rua, avenida,...)	21 Número
	22 Complemento (apto., casa, ...)	23 CEP	24 (DDD) Telefone
Dados da Ocorrência	25 Zona	26 País (se residente fora do Brasil)	
	27 Intencionalidade	28 Tipo de ocorrência (acidente / violência)	29 Local de ocorrência
	30 Atividade realizada	31 Evento relacionado ao trabalho?	32 Suspeita de uso de álcool/drogas
	33 UF	34 Município de Ocorrência	35 Bairro de ocorrência
	36 Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...)	37 Número	38 Zona de ocorrência
	39 Tipo de vítima	40 Meio de transporte	41 Tipo de queda
Acidentes	43 Outros acidentes	44 Suicídio/tentativa	45 Maus-tratos/Suspeita
	46 Agressão/Homicídio	47 Provável autor da agressão	48 Sexo do provável autor da agressão
Lesão/Evolução	49 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)	50 Parte do corpo atingida	51 Evolução do Caso / Encaminhamento no setor saúde
	Nome	Função	

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde		VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES EM SERVIÇOS SENTINELAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - VIVA Inquérito 2009 N°	
Definição de caso: Vítima de violência ou acidente atendida pela primeira vez neste serviço em decorrência desta violência ou acidente, com ou sem lesão física.			
Dados Gerais	1 UF	2 Município de Notificação	3 Unidade de Saúde
			Código (CNEB)
4 Concordeu em participar da pesquisa 1-Sim (vítima) 5-Não (vítima) 2-Sim (familiar) 6-Não (familiar) 3-Sim (acompanhante) 7-Não (acompanhante) 4-Sim (corpo clínico) 8-Não (corpo clínico)	5 Data do Atendimento	6 Dia da Semana 1-Domingo 2-Segunda 3-Terça 4-Quarta 5-Quinta 6-Sexta 7-Sábado	7 Hora do Atendimento (00:00 - 23:59)
8 Nome	9 Data de Nascimento	10 Idade	11 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado
			12 Raça/Cor da pele 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado
13 Escolaridade 01 - Sem escolaridade 02 - 1ª à 4ª série incompleta do EF 03 - 4ª série completa do EF 04 - 5ª à 8ª série incompleta do EF 05 - Ensino fundamental completo 06 - Ensino médio incompleto 07 - Ensino médio completo 08 - Ensino superior incompleto 09 - Ensino superior completo 88 - Não se aplica 99 - Ignorado	14 Ocupação	15 Meio de locomoção para chegar ao hospital 1 - A pé 2 - Veículo particular 3 - Viatura policial 4 - SAMU 5 - Ambulância 6 - Resgate 7 - Transporte coletivo 8 - Outro 9 - Ignorado	16 Possui algum tipo de deficiência 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
			17 Se sim, qual tipo de deficiência <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Outras deficiências/síndromes
18 Atendimento anterior por esta ocorrência em outro serviço 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	19 UF	20 Município de Residência	21 Bairro de Residência
22 Logradouro (rua, avenida,...)	23 Número	24 Complemento (apto., casa, ...)	
25 CEP	26 (DDD) Telefone	27 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	28 País (se residente fora do Brasil)
29 Tipo de Ocorrência 1 - Acidente de transporte 2 - Queda 3 - Queimadura 4 - Outros acidentes 5 - Lesão autoprovocada 6 - Agressão/maus-tratos 7 - Intervenção por agente legal público 9 - Ignorado	30 Data da Ocorrência	31 Dia da Semana 1-Domingo 2-Segunda 3-Terça 4-Quarta 5-Quinta 6-Sexta 7-Sábado	32 Hora da Ocorrência (00:00 - 23:59)
33 Local de Ocorrência 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro	34 UF	35 Município de Ocorrência	36 Bairro de Ocorrência
37 Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...)	38 Número	39 Zona de Ocorrência 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
40 Tipo de vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 4 - Outro 8 - Não se aplica 9 - Ignorado	41 Meio de locomoção da vítima 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Coletivo 6 - Outro 8 - Não se aplica 9 - Ignorado	42 Itens de segurança <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Cadeira para criança <input type="checkbox"/> Colete refletivo <input type="checkbox"/> Capacete	43 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Coletivo 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 8 - Não se aplica 9 - Ignorado
			44 Tipo de queda 01 - Mesmo nível 02 - Buraco 03 - Leito 04 - Outra mobília 05 - Andaime 06 - Escada/degrau 07 - Árvore 08 - Telhado/laje 09 - Outros níveis 88 - Não se aplica 99 - Ignorado
			45 Tipo de Queimadura 1 - Fogo/chama 2 - Substância quente 3 - Objeto quente 4 - Choque elétrico 5 - Substância química 6 - Outros 8 - Não se aplica 9 - Ignorado
46 Outros acidentes 01 - sufocação/engasgamento 02 - Corpo estranho 03 - Afogamento 04 - Envenenamento/intoxicação 05 - Ferimento por objeto perfurocortante 06 - Ferimento por arma de fogo 07 - Acidentes com animais 08 - Queda de objetos sobre pessoa 09 - Choque contra objetos/pessoa 10 - Entorse (torção) 11 - Esmagamento 12 - Outros 88 - Não se aplica 99 - Ignorado	47 Lesão autoprovocada Meio utilizado 1 - Envenenamento/intoxicação 2 - Enforcamento 3 - Arma de fogo 4 - Objeto perfurocortante 5 - Precipitação de lugar elevado 6 - Outro 8 - Não se aplica 9 - Ignorado	48 Natureza da agressão <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Negligência/abandono <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Outra	49 Meio de agressão <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Objeto perfurocortante <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Outro
			50 Provável autor da agressão 1 - Pai ou mãe 2 - Companheiro(a)/Ex- 3 - Outro familiar 4 - Amigo/conhecido 5 - Agente legal público 6 - Desconhecido 8 - Não se aplica 9 - Ignorado
			51 Sexo do provável autor da agressão 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 8 - Não se aplica 9 - Ignorado
52 Ocorrência se deu durante o trabalho ou no trajeto para o trabalho da vítima 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	53 Ocorrência considerada acidental pelo entrevistado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	54 Uso de bebida alcoólica declarado pelo entrevistado nas seis horas anteriores à ocorrência 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	55 Indícios de uso de bebida alcoólica pela vítima identificados pelo entrevistador ou corpo clínico 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
56 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Sem lesão física 02 - Contusão 03 - Cortelacerção 04 - Entorse/luxação 05 - Fratura 06 - Amputação 07 - Traumatismo dentário 08 - Traumatismo crânio-encefálico 09 - Poltraumatismo 10 - Intoxicação 11 - Queimadura 12 - Outra	57 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Boca/dentes 02 - Outra região da cabeça/face 03 - Pescoço 04 - Coluna/medula 05 - Tórax/dorso 06 - Abdome/quadri 07 - Membros superiores 08 - Membros inferiores 09 - Genitais/ânus 10 - Múltiplos órgãos/regiões 88 - Não se aplica 99 - Ignorado	58 Evolução na emergência (primeiras 24 horas) 1 - Alta 2 - Encaminhamento ambulatorial 3 - Internação hospitalar 4 - Encaminhamento para outro serviço 5 - Evasão/fuga 6 - Óbito 9 - Ignorado	
59 Nome e código do entrevistador	60 Data do preenchimento	61 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX	

