







Agressões nos atendimentos de urgência e emergência em capitais do Brasil: perspectivas do VIVA Inquérito 2011, 2014 e 2017

Aggressions in urgency and emergency care in Brazilian capitals: perspectives of 2011, 2014 and 2017 VIVA Survey

Isabella Vitral Pinto^I , Paula Dias Bevilacqua^I , Adalgisa Peixoto Ribeiro^{II} ,
Ana Pereira dos Santos^I , Regina Tomie Ivata Bernal^{III} , Deborah Carvalho Malta^{IV} 

RESUMO: *Objetivos:* Descrever o perfil dos atendimentos por agressões em unidades de urgência e emergência com base nos dados do Inquérito de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência (VIVA Inquérito) 2011, 2014 e 2017 e comparar a evolução de seis indicadores ao longo de quatro (2011 a 2014) e sete anos (2011 a 2017). *Métodos:* Estudo transversal, com dados das três últimas edições do VIVA Inquérito realizadas no Distrito Federal e em 19 capitais do Brasil. Foram selecionados os tipos de ocorrência: agressão/maus-tratos e intervenção por agente público. Calcularam-se as frequências ponderadas das características das pessoas atendidas, das agressões, das lesões e da evolução dos casos, segundo o sexo. As diferenças entre as proporções foram comparadas pelo teste χ^2 . Também foram selecionados seis indicadores, e avaliou-se sua evolução ao longo dos anos por meio da variação percentual e do intervalo de confiança a 95%. *Resultados:* Em grande parte dos atendimentos por agressão, os indivíduos eram negros, jovens e adultos, em ambos os sexos. A principal natureza das agressões foi física, alcançando mais de 85% em todos os inquéritos, seguida da negligência. Na comparação entre 2011 e 2017, as agressões de natureza negligência tiveram aumento significativo em ambos os sexos e em crianças e idosos; já as agressões de natureza sexual tiveram aumento significativo apenas em crianças. *Conclusões:* O VIVA Inquérito é uma importante ferramenta para o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes do Brasil, proporcionando evidências para a tomada de decisões em Saúde Coletiva e para o enfrentamento e a prevenção das violências.

Palavras-chave: Violência. Inquéritos epidemiológicos. Serviços médicos de emergência. Ferimentos e lesões.

^IInstituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz – Belo Horizonte (MG), Brasil.

^{II}Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

^{III}Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

^{IV}Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Autora correspondente: Isabella Vitral Pinto. Avenida Augusto de Lima, 1715, CEP: 30190-009, Barro Preto, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: isabella.pinto@fiocruz.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde.

ABSTRACT: Objectives: To describe the profile of care provided by aggressions in emergency units from the VIVA Survey 2011, 2014 and 2017 data, and to compare the evolution of six indicators over four (2011 to 2014) and seven years (2011 to 2017). **Methods:** Cross-sectional study, using data from the last three editions of the VIVA Survey carried out in the Federal District and in 19 Brazilian capitals. The types of occurrence were selected: aggression/mistreatment and intervention by a public agent. The weighted frequencies of the characteristics of the people assisted, of the aggressions, injuries and evolution of the cases were calculated, according to sex. Differences between proportions were compared using the χ^2 Test. Six indicators were also selected and their evolution over the years was evaluated by means of the percentage variation and the 95% confidence interval. **Results:** In most cases of aggression, the individuals were black, young and adult, of both sexes. The main nature of the assaults was physical, reaching over 85% in all investigations, followed by negligence. In the comparison between 2011 and 2017, “neglect” aggressions had a significant increase in both sexes and in children and the elderly; aggressions of a “sexual” nature had a significant increase only in children. **Conclusions:** The VIVA Survey is an important tool for Brazil’s Violence and Accident Surveillance System, providing evidence for public health decision-making and for coping with and preventing violence.

Keywords: Violence. Health surveys. Emergency care. Wounds and injuries.

INTRODUÇÃO

A violência é considerada um problema social que acompanha a humanidade desde seus primórdios. No campo da saúde coletiva, a violência produz importantes impactos de morbimortalidade, acometendo as pessoas em diversas fases da vida. É importante causa de mortes, lesões, sequelas e incapacidades, principalmente entre jovens¹⁻³.

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, a violência resulta em mais de 1,5 milhão de mortes a cada ano, além de ocasionar ferimentos não fatais. Em geral, a violência está entre as principais causas de morte para pessoas de 15 a 44 anos⁴.

Em termos de magnitude, no Brasil, somente em 2017, foram registrados 65.602 óbitos por homicídio, correspondendo à taxa de 31,6 óbitos/100 mil habitantes e representando aumento de 21,0% em relação à taxa de 2007⁵. Os homens jovens foram as principais vítimas (59,1% dos homicídios acometeram homens entre 15 e 19 anos), com importante destaque para populações específicas, como negros, população lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e mulheres⁵.

Segundo estimativas do Instituto de Métricas e Avaliação em Saúde⁶, com método próprio para correção dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade, no Brasil, as causas externas foram responsáveis por 14,2% dos óbitos em 2000 e por 12,3% em 2017, e em primeiro lugar situam-se as violências, com 6,5% em 2000 e 5,8% em 2017. Nesse mesmo período, a perda de anos de vida por morte prematura e incapacidade em razão das violências passou de 6,8% (2000) para 7,1% (2017)⁶.

Quando não levam ao óbito, as agressões podem provocar lesões graves que exigem cuidados em saúde. No Brasil, somente em 2017, foram registradas 52.359 internações

hospitalares por violência nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a maior parte delas entre homens (84,8%) e pessoas com idade de 20 a 39 anos (53,5%)⁷. Nesse sentido, os serviços de urgência e emergência são a principal porta de entrada para as vítimas de agressões no sistema público de saúde. Como afirma Deslandes⁸, são para as emergências que são levadas as vítimas com ferimentos ou mesmo em iminência de morte, sendo o atendimento realizado nesses serviços incontestável indicador da violência de uma cidade.

Em âmbito internacional, todos os Estados-membros da Organização das Nações Unidas afirmaram o compromisso com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que compõem a Agenda 2030 e refletem, especialmente nos objetivos 5 e 16, a preocupação com a igualdade de gênero e com a construção de sociedades pacíficas. Nesse sentido, os ODS propõem eliminar as violências baseadas em gênero e reduzir significativamente todas as formas de violência⁹.

O Brasil implantou em 2006 o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), nas modalidades inquérito e vigilância contínua, com o objetivo de analisar a tendência das violências e dos acidentes e descrever o perfil desses atendimentos nos serviços de saúde¹⁰. O Inquérito de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência (VIVA Inquérito) objetiva identificar o perfil epidemiológico e os fatores de risco relacionados a violência e acidentes nas unidades de urgência e emergência participantes da pesquisa^{11,12}, assim como permite esclarecer as circunstâncias das ocorrências desses eventos, das pessoas atendidas e dos agressores.

Portanto, o VIVA Inquérito pode contribuir, ao longo das edições da pesquisa, para o monitoramento de indicadores relacionados à ocorrência de violência, à luz dos indicadores propostos para monitoramento dos ODS, apoiando o planejamento de políticas públicas de prevenção e promoção da saúde¹².

O objetivo do estudo foi descrever o perfil das pessoas atendidas por agressões em unidades de urgência e emergência em 2011, 2014 e 2017, assim como as ocorrências, as lesões e a evolução dos atendimentos. Adicionalmente, comparou a evolução de seis indicadores ao longo de quatro (2011 a 2014) e sete anos (2011 a 2017) dos inquéritos.

MÉTODOS

Estudo transversal, utilizando dados do VIVA Inquérito, pesquisa conduzida pelas Secretarias Municipais de Saúde de capitais e municípios selecionados, com o apoio das Secretarias Estaduais e do Ministério da Saúde (MS)^{10,11}. O VIVA Inquérito é uma ferramenta de vigilância sentinela no âmbito do VIVA.

A população do VIVA Inquérito^{11,12} foi composta de pessoas atendidas por violências e acidentes (causas externas) que procuraram os serviços de urgência e emergência selecionados no âmbito do SUS. As informações foram coletadas por meio de formulário padronizado pelo MS que incluiu dados sociodemográficos das pessoas atendidas, dados sobre o evento (características das agressões e das lesões) e evolução do

atendimento. A pesquisa ocorreu durante 30 dias consecutivos em turnos sorteados de forma probabilística.

Para o presente artigo, consideramos os tipos de ocorrência agressão/maus-tratos (códigos X85 a Y09 da 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) e intervenção por agente público (códigos X35 a Y36) nos inquéritos de 2011 e 2014^{11,12}. No inquérito de 2017, essas duas categorias foram agregadas em um único tipo de ocorrência: agressão/maus-tratos/intervenção por agente público (códigos X85 a Y09 e X35 a Y36). Os inquéritos realizados nesses três anos foram selecionados porque a variável natureza da agressão permite comparação. Os dados abrangeram Distrito Federal (DF) e 19 capitais que participaram dessas três edições da pesquisa: Aracaju (SE), Belém (PA), Belo Horizonte (MG), Boa Vista (RR), Campo Grande (MS), Curitiba (PR), Fortaleza (CE), Goiânia (GO), João Pessoa (PB), Maceió (AL), Natal (RN), Palmas (TO), Porto Velho (RO), Rio Branco (AC), Rio de Janeiro (RJ), Salvador (BA), São Luís (MA), Teresina (PI) e Vitória (ES).

Como os dados são provenientes de planos complexos de amostragem, para análise conjunta das capitais é necessário o uso dos pesos amostrais. Portanto, para as três edições do VIVA Inquérito foram calculadas as frequências ponderadas para as seguintes variáveis, segundo sexo (feminino e masculino):

- características das pessoas atendidas: raça/cor, faixa etária, escolaridade, consumo de álcool, vulnerabilidade (cigano, quilombola, aldeado, pessoa em situação de rua, população privada de liberdade, população campo, floresta e água e outras) e deficiência;
- características das agressões: natureza da agressão, meio de agressão e vínculo com o provável agressor;
- lesões e evolução dos casos: natureza da lesão, parte do corpo atingida e evolução.

As diferenças entre as proporções encontradas, segundo os sexos, foram comparadas pelo teste χ^2 , considerando significância a 0,05.

Para monitoramento das ocorrências de agressão nas três edições do Viva Inquérito, foram selecionados os seguintes indicadores:

- Violência sexual: percentual de atendimentos com natureza da agressão violência sexual no total de atendimentos por agressão;
- Violência física: percentual de atendimentos com natureza da agressão violência física no total de atendimentos por agressão;
- Negligência: percentual de atendimentos com natureza da agressão negligência no total de atendimentos por agressão;
- Violência intrafamiliar: percentual de atendimentos com provável autor pai/mãe e outro familiar no total de atendimentos por agressão;
- Violência por parceiro íntimo: percentual de atendimentos com provável autor companheiro/ex no total de atendimentos por agressão;
- Violência por desconhecido: percentual de atendimentos com provável autor desconhecido no total de atendimentos por agressão.

A evolução desses indicadores foi avaliada por meio da variação percentual no período de quatro (2011 a 2014) e de sete anos (2011 a 2017), com apresentação do intervalo de confiança a 95%.

O VIVA Inquérito foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, sob pareceres nº 2.234.509,23/8/2017 — Certificado de Apresentação para Apreciação Ética: 67709417.0.0000.0008 (2017), nº 735.933/2014 (2014) e nº 006/2011 (2011).

RESULTADOS

Em 2011, 2014 e 2017, no DF e em 19 capitais que realizaram o Viva Inquérito, foram atendidas 3.363, 3.489 e 2.902 pessoas com o tipo de ocorrência agressão/maus tratos/intervenção legal, respectivamente. O sexo masculino foi o mais frequente, representando 74,09, 71,41 e 71,65% dos atendimentos em 2011, 2014 e 2017, respectivamente. A raça/cor negra (preta e parda) foi majoritária entre os indivíduos de ambos os sexos, em todas as edições da pesquisa, tendo correspondido, em 2017, a 77,5% dos homens e 72,6% das mulheres. A principal faixa etária das pessoas atendidas foi de jovens (15 a 29 anos), nos inquéritos de 2011 e 2014, e de adultos (30 a 59 anos), na pesquisa realizada em 2017. Os percentuais de atendimentos por agressões nos extremos do ciclo de vida foram menores, no entanto, entre as crianças, as meninas tiveram maior frequência de agressões em todos os anos dos inquéritos analisados, chegando a ser o dobro do percentual dos meninos em 2017 (Tabela 1). Pequena parte das pessoas atendidas tinha ensino superior (máximo de 8,2% em 2017 entre mulheres; máximo de 5,7% em 2014 entre homens), e as mulheres atendidas apresentaram maiores níveis de escolarização em comparação com os homens, especialmente a partir do ensino médio (menor percentual em 2014, sendo 35,6% entre mulheres e 30,0% entre homens). Em todas as edições, o percentual de uso referido de bebida alcoólica pela vítima foi maior entre homens (mínimo de 39,1% em 2017) em relação às mulheres (mínimo de 20,9% em 2014). Em 2017, os percentuais de população vulnerável e de pessoa com deficiência foram maiores entre os homens (7,9 e 5,1%, respectivamente); e entre mulheres foram de 3,3 e 3,9%, respectivamente.

A principal natureza das agressões foi física, alcançando mais de 85% entre as pessoas do sexo feminino e mais de 95% entre as do sexo masculino em todos os inquéritos. Entre as mulheres, destacou-se, ainda, a negligência, com percentuais que alcançaram 7,0% em 2014 e 6,6% em 2017. Para ambos os sexos o principal meio de agressão foi a força física e o espancamento, com percentuais maiores entre as mulheres, seguidos de objetos perfurocortantes. Entre os homens, as armas de fogo representaram o terceiro meio mais expressivo de perpetração das violências, e, entre as mulheres, os objetos contundentes ocuparam essa posição. Nas agressões contra os homens, os principais autores foram pessoas desconhecidas, seguidas de amigos, em todas as edições do inquérito; entre as mulheres os principais autores foram os parceiros íntimos atuais ou anteriores, seguidos dos desconhecidos nos inquéritos de 2011 e 2014 e de amigos no de 2017 (Tabela 1).

Tabela 1. Número e percentual dos atendimentos por agressão segundo perfil das pessoas atendidas, dos eventos e da evolução dos atendimentos em três edições do VIVA Inquérito. Distrito Federal e 19 capitais, 2011, 2014 e 2017.

Variáveis	2011					2014					2017				
	Masculino		Feminino		p	Masculino		Feminino		p	Masculino		Feminino		p
	n	%*	n	%*		n	%*	n	%*		n	%*	n	%*	
Raça/cor															
Branca	442	19,37	212	26,41	< 0,01	460	21,31	232	29,25	< 0,01	356	20,38	156	24,89	0,01
Preta	449	17,19	144	16,81		527	21,47	159	16,60		426	22,78	124	16,37	
Parda	1.534	61,35	504	54,58		1.513	55,11	528	51,70		1.205	54,70	450	56,25	
Amarela/Indígena	58	2,09	23	2,20		64	2,10	30	2,45		55	2,14	19	2,49	
Idade															
0 a 14	193	7,61	110	12,71	< 0,01	285	11,58	175	17,79	< 0,01	194	9,11	140	18,70	< 0,01
15 a 29	1.210	49,88	388	42,00		1.180	45,11	389	40,79		913	43,42	284	35,26	
30 a 59	997	39,92	352	41,89		1.031	40,58	352	37,86		936	44,01	320	41,61	
60+	61	2,59	30	3,41		64	2,73	35	3,56		67	3,46	38	4,43	
Natureza da agressão															
Física	2.460	98,99	836	96,34	< 0,01	2.402	95,18	801	85,61	< 0,01	2.016	96,19	690	88,39	< 0,01
Negligência	12	0,23	12	1,09		100	4,16	66	7,02		59	2,64	52	6,58	
Outra**	18	0,78	35	2,57		19	0,66	57	7,37		32	1,17	37	5,03	
Meio da agressão															
Física corporal/ espancamento	981	39,61	501	59,28	< 0,01	906	38,98	518	57,87	< 0,01	832	43,42	436	60,53	< 0,01

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Variáveis	2011					2014					2017				
	Masculino		Feminino		p	Masculino		Feminino		p	Masculino		Feminino		p
	n	%*	n	%*		n	%*	n	%*		n	%*	n	%*	
Arma de fogo	433	19,29	55	7,69	< 0,01	572	21,27	63	6,81	< 0,01	414	17,66	40	3,85	< 0,01
Objeto perfurocortante	699	26,65	174	17,58		636	21,81	146	11,88		492	21,01	120	13,13	
Objeto contundente	313	12,74	97	10,61		293	11,58	98	10,56		233	12,30	69	9,87	
Outro***	55	1,71	53	4,84		158	6,36	114	12,88		124	5,61	105	12,62	
Agressor															
Familiar	245	9,56	162	18,17	< 0,01	302	12,51	198	20,80	< 0,01	230	11,05	159	19,62	< 0,01
Companheiro(a)/Ex	112	3,96	271	30,58		125	5,55	277	28,83		133	6,98	234	32,28	
Amigo	772	32,75	212	23,67		663	27,35	196	19,44		524	26,40	184	26,29	
Desconhecido	1.117	48,32	194	24,55		1.200	48,31	223	25,84		916	47,85	151	19,52	
Outro****	123	5,41	22	3,04		154	6,27	40	5,09		152	7,71	19	2,28	
Evolução															
Alta	1.469	59,50	619	70,35	< 0,01	1.467	57,73	659	73,22	< 0,01	1.179	60,95	557	76,07	< 0,01
Internação	598	25,91	96	12,86		630	26,18	124	13,14		591	26,15	88	10,41	
Encaminhamento para outro serviço	301	11,23	124	13,48		323	12,35	126	12,11		197	8,51	81	8,27	
Evasão ou Óbito	80	3,35	29	3,31		83	3,73	16	1,53		79	4,40	29	5,25	

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde.

*Frequência ponderada; **essa categoria incluiu: psicológica, sexual e outras violências; ***essa categoria incluiu: envenenamento, ameaça, substância/objeto quente e outros meios de agressão; ****essa categoria incluiu: agente legal e outros vínculos.

Os cortes e as lacerações foram as lesões mais frequentes nos atendimentos por agressão em ambos os sexos nas três edições da pesquisa (mínimo de 36,8% entre mulheres e de 49,3% entre homens, em 2017). Em segundo lugar, destacaram-se os traumas entre os homens e as contusões, entorses e luxações entre as mulheres. As principais partes do corpo atingidas foram cabeça/pescoço e membros superiores em ambos os sexos (59,1% ou mais entre mulheres; 55,6% ou mais entre homens). Na evolução dos casos, em ambos os sexos, a alta foi o principal desfecho e a internação o segundo, e entre os homens os percentuais de internação foram sempre mais elevados do que entre mulheres, alcançando 26,2% dos atendimentos em 2017 (Tabela 1).

Na análise dos indicadores relacionados à natureza da agressão, observou-se que (Tabela 2):

- A violência física foi a mais atendida nos três anos dos inquéritos. Houve decréscimo desses atendimentos em ambos os sexos no período 2011–2017, principalmente entre as mulheres (8,0%). Em todas as faixas etárias houve decréscimo nesses atendimentos no período 2011–2014. A comparação entre 2011 e 2017 mostrou decréscimo significativo de violência física de 29,2% entre as crianças e de 13,2% entre os idosos;
- A negligência foi a segunda natureza de agressão mais prevalente nos atendimentos nas três edições do inquérito, sendo maior no sexo feminino. Em ambos os períodos (2011–2014 e 2011–2017), observou-se variação percentual positiva e significativa dos atendimentos por negligência em homens, mulheres, crianças e idosos, com destaque para o incremento de 23,8% nos atendimentos de crianças e de 7,5% de idosos, para o período 2011–2017;
- Os atendimentos aos casos de violência sexual nas três edições da pesquisa foram mais frequentes entre pessoas do sexo feminino, com aumento significativo de 3,1% entre 2011 e 2014. Entre 2011 e 2017, observou-se aumento significativo de 5,7% dos atendimentos de casos de violência sexual para a faixa etária de 0 a 14 anos.

A análise dos indicadores relativos ao vínculo do agressor com a vítima mostrou que (dados não apresentados em tabela):

- As agressões perpetradas por familiares foram mais frequentes em pessoas do sexo feminino nas três edições da pesquisa, alcançando 19,6% em 2017. No sexo masculino, observou-se aumento significativo de 2,9% entre 2011 e 2014. Os maiores percentuais desses atendimentos ocorreram em crianças e idosos nos três anos estudados; a comparação entre 2011–2014 e 2011–2017 mostra aumento expressivo de mais de 20% entre as crianças;
- Os atendimentos cujas agressões foram perpetradas por parceiros íntimos foram mais frequentes em pessoas do sexo feminino nas três edições da pesquisa, alcançando 31,6% em 2017. No sexo masculino, observou-se aumento significativo de 2,8% entre 2011 e 2017. Os maiores percentuais desses atendimentos foram encontrados em jovens e adultos nos três anos estudados, e na comparação entre 2011 e 2017 houve aumento expressivo de 3,9% entre os jovens;

- Os atendimentos cujas agressões foram perpetradas por desconhecidos ocorreram principalmente em pessoas do sexo masculino nas três edições da pesquisa, alcançando 47,9% em 2017. No entanto, em ambos os sexos, os percentuais mantiveram-se estáveis. Os maiores percentuais desses atendimentos ocorreram em jovens e adultos nos três anos estudados, e na comparação entre 2011 e 2017 houve decréscimo significativo de 6,3% entre as crianças.

Tabela 2. Indicadores relacionados à natureza da agressão, segundo sexo e faixa etária, em três edições do VIVA Inquérito. Distrito Federal e 19 capitais, 2011, 2014 e 2017*.

Indicador	Variável	Ano			2011–2014		2011–2017	
		2011	2014	2017	Variação (%)	IC95%	Variação (%)	IC95%
		%	%	%				
Violência sexual	Sexo							
	Masculino	0,23	0,33	0,45	0,10	(-0,24; 0,44)	0,22	(-0,11; 0,55)
	Feminino	1,36	4,47	2,81	3,11	(1,13; 5,08)	1,45	(-0,57; 3,47)
	Faixa etária							
	0 a 14	2,37	5,38	8,02	3,01	(-0,08; 6,10)	5,65	(0,95; 10,35)
Violência física	Sexo							
	Masculino	98,99	95,18	96,19	-3,81	(-5,10; -2,52)	-2,80	(-3,90; -1,70)
	Feminino	96,34	85,61	88,39	-10,73	(-13,86; 7,60)	-7,95	(-12,04; -3,87)
	Faixa etária							
	0 a 14	91,90	58,63	62,73	-33,27	(-40,63; -25,91)	-29,17	(-37,82; -20,53)
	15 a 29	98,55	98,13	98,89	-0,41	(-2,33; -0,29)	0,34	(-0,57; 1,26)
	30 a 59	99,31	98,05	98,67	-1,26	(-2,23; -0,29)	-0,64	(-1,43; 0,07)
60+	97,17	85,08	83,95	-12,09	(-20,76; -3,42)	-13,22	(-20,94; -5,52)	
Negligência	Sexo							
	Masculino	0,23	4,16	2,64	3,93	(2,81; 5,06)	2,41	(1,52; 3,30)
	Feminino	1,09	7,02	6,58	5,93	(3,69; 8,17)	5,49	(2,46; 8,52)
	Faixa etária							
	0 a 14	4,71	34,30	28,46	29,60	(22,52; 36,67)	23,75	(15,98; 31,52)
60+	1,33	13,45	8,84	12,12	(3,93; 20,30)	7,51	(0,94; 14,08)	

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde.

*A soma dos percentuais considerando os três indicadores não totalizará 100%, pois não foram apresentados os indicadores das outras naturezas de agressão. Apresentamos somente as faixas etárias cuja variação em um dos inquéritos foi estatisticamente significativa.

DISCUSSÃO

O estudo apontou a evolução do perfil dos atendimentos de casos de violência nas três últimas edições do VIVA Inquérito, em que a natureza da agressão mais frequente foi a física e o meio mais usado para perpetrá-la foi física corporal/ espancamento. O sexo masculino foi o mais frequente, e as faixas etárias mais atendidas as de jovens e adultos (15 a 29 e 30 a 59 anos). Em relação aos agressores, os resultados corroboram outros estudos: em idosos¹³, crianças¹⁴ e mulheres¹⁵ os autores de violência são, na maioria dos casos atendidos, familiares ou parceiros íntimos; em homens¹⁰, a maioria dos autores é desconhecida. Esses resultados retratam uma questão já demonstrada¹⁶⁻¹⁸ sobre as violências interpessoais que ocorrem em ambientes públicos, envolvendo homens em locais como bares e rua e, não raro, consumo de álcool. Os conflitos ocorridos nesses espaços, majoritariamente frequentado por homens, revelam a afirmação dos papéis sociais que forjam a socialização masculina, determinando relação desigual e opressiva entre as pessoas¹⁸. Os resultados da presente análise identificaram, nas três edições do inquérito, o consumo mais frequente de álcool entre homens (cerca de 40%) em relação às mulheres (cerca de 20%). O uso, principalmente o uso abusivo, de álcool tem sido associado à maior ocorrência de lesões decorrentes de violência em adultos jovens¹⁹ e de acidentes e violências no trânsito²⁰.

Embora o consumo de drogas e a violência apresentem relação complexa, o álcool pode ser aqui analisado como elemento potencializador de atos agressivos. Por um lado, o consumo provoca alterações físicas ligadas a ausência de sono, mudanças neuroquímicas e alteração da percepção e da atenção que, aliadas às contingências socioculturais em que o abuso de drogas é encorajado e a cultura da violência é banalizada, criam com maior facilidade relação entre abuso de substâncias psicoativas e uso da violência como resposta aos dilemas relacionais²¹.

As agressões perpetradas por parceiros íntimos atingiram predominantemente pessoas do sexo feminino, nas três edições da pesquisa, alcançando cerca de um terço dos atendimentos em 2017. Esse perfil da violência de gênero que atinge as mulheres tem sido demonstrado em diversos estudos que consideram desde a violência letal até as violências menos graves mas que ganham potencial de letalidade por conta de sua reincidência. Nesse contexto, observam-se as consequências imediatas da violência, como as lesões que levam as pessoas aos serviços de urgência e emergência, mas também as de longo prazo, que geram sofrimento e efeitos indiretos, como dores crônicas, problemas gastrointestinais, fibromialgias, doenças sexualmente transmissíveis, disfunções sexuais e comprometimento da saúde mental, como depressão ou ansiedade²².

Pode-se dizer que a violência de gênero está associada a uma masculinidade construída por meio de processos de subjetivação que ainda convidam os homens a sustentar demonstrações de força, potência sexual e diversas formas de dominação, resultando em agressões entre homens — incluindo desfechos mais graves, como internações e óbitos — e vitimização de mulheres e crianças do sexo feminino.

Apesar dos avanços decorrentes da implementação da Lei Maria da Penha²³ e da Lei do Femicídio²⁴, tipificando e punindo crimes de natureza relacionais baseados no gênero,

ainda preocupa a ausência de políticas educativas para homens que os auxiliem a confrontar a masculinidade hegemônica ligada ao uso da força por meio de um processo educativo, dialógico e de apoio, para além dos aparatos jurídicos e policiais que facilmente utilizamos nos casos de homens autores de violência e nas consequências de suas formas relacionais.

A raça/cor parda foi a mais referida nos atendimentos pesquisados. A associação entre a raça/cor negra e mortalidade já tem sido apontada em estudos²⁵ e em outras edições do VIVA Inquérito¹⁰. As desigualdades sociais, expressas pelas diferenças de raça/cor, escolaridade, renda e acesso a serviços e bens e amplificadas pela interseccionalidade dessas categorias, além do preconceito e da discriminação presentes na sociedade, ajudam a explicar as ocorrências muito mais elevadas na população negra e a maior exposição aos riscos de violência^{26,27}.

A análise das três edições do VIVA Inquérito demonstra que a negligência teve variação positiva importante, entre 2011 e 2017, nos extremos do ciclo de vida. Adicionalmente, a violência cometida por pessoas conhecidas da vítima atinge de forma significativa crianças e idosos. Esses resultados suscitam reflexões intrigantes sobre os espaços de convivência e de exposição ao risco de negligência: o ambiente doméstico e as instituições que prestam assistência a crianças e idosos. Mesmo após vários anos de criação de legislações, como o Estatuto da Criança e do Adolescente²⁸ e o Estatuto do Idoso²⁹, e de estudos demonstrando suas vulnerabilidades e as possibilidades de ações para atenção e proteção a esses grupos, a violência que ocorre no ambiente doméstico revela as condições desfavoráveis em que vivem e se desenvolvem as famílias brasileiras. A negligência, conceito controverso em sua compreensão, carrega consigo uma complexidade que dificulta definir na vida real as situações vivenciadas como negligentes, podendo as famílias reproduzir, praticar ou sofrer negligências³⁰. Essa complexidade pode afetar o registro, mas também as possibilidades de atuação em relação a essa forma de violência.

Este estudo teve como limitação o fato de os dados terem sido coletados em 71 unidades de urgência e emergência selecionadas, que atendem ao setor público de saúde em 19 capitais do país e no DF. A amostragem do VIVA Inquérito é representativa para a população atendida na unidade de saúde participante da pesquisa, contudo não tem representatividade para o município ou estado. Além disso, embora unidades como essas correspondam aos serviços de referência em urgência utilizados pela maioria da população das capitais brasileiras, não contemplam usuários atendidos no setor privado, não representando, assim, a população dos municípios.

As violências são reconhecidas como problema de saúde pública e contribuem com elevada carga de morbimortalidade. A prevenção desses eventos representa grande desafio pela necessidade de estabelecerem-se diálogos intersetoriais por meio da constituição de redes de atenção e atendimento cuja conformação esteja atenta e disposta ao acompanhamento conjunto, contínuo e intersetorial, proporcionando espaço de escuta e acolhimento que contraponha as lógicas relacionais baseadas no segredo e no sigilo em que a violência, principalmente intrafamiliar e perpetrada por parceiro íntimo, ganha força. A Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável representa oportunidade para o país priorizar políticas públicas que pautem temas como a paz, o desarmamento, a proteção e a vida³¹. Nesse sentido,

a discussão sobre a maioria penal e os ataques ao estatuto do desarmamento^{5,32} afrontam diretamente o presente e o futuro dos jovens. Mais acesso às armas trará aumento das mortes violentas, especialmente ao público mais vulnerável, jovens, pobres e negros³², além de ampliar e intensificar as agressões às mulheres, resultando, inclusive, em desfechos fatais e em feminicídios, tendência que já vem sendo registrada por estudos recentes⁵.

A implementação, a expansão e o aperfeiçoamento das políticas de vigilância em saúde são, atualmente, estratégia fundamental para que as violências intrafamiliares sejam reveladas e acompanhadas por serviços públicos de atendimento das diversas áreas de atenção, como saúde, assistência social, segurança pública, judiciário e educação.

Importa ressaltar que o VIVA Inquérito, além de registrar os atendimentos por violências, incluindo de homens adultos, também contempla outros eventos de causas externas, como acidentes de transporte, quedas, queimaduras e outros acidentes, eventos cuja notificação não é obrigatória no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Portanto, destaca-se a importância da vigilância na modalidade inquérito em produzir informações que não compõem a vigilância contínua das violências, colaborando para a produção de informações mais abrangentes sobre eventos de causas externas.

Os resultados apontam a importância de inovações no modelo de vigilância atual. Considerando a gravidade da agressão por arma de fogo, sugere-se monitoramento por meio de vigilância contínua em unidades sentinelas (urgência e emergência), em homens e mulheres de todas as idades. Ademais, ressalta-se como relevante a revisão dos critérios de inclusão dos homens adultos como população-alvo de notificação de violência interpessoal/autoprovocada no Sinan.

REFERÊNCIAS

1. Melo ACM, Garcia LP. Fatores associados a agressões por desconhecidos entre jovens do sexo masculino atendidos em serviços de urgência e emergência: estudo de casos e controles *Ciênc Saúde Coletiva* 2019; 24(8): 2825-34 <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018248.31172017>
2. Souza ERD, Meira KC, Ribeiro AP, Santos JD, Guimarães RM, Borges LF, et al. Homicídios de mulheres nas distintas regiões brasileiras nos últimos 35 anos: análise do efeito da idade-período e coorte de nascimento. *Ciênc Saúde Coletiva* 2017; 22(9): 2949-62. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.12392017>
3. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health [Internet]. WHO; 2002 [acessado em 17 out. 2019]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf;jsessionid=A8E-F6ADB687250DDB1DD05416E0A96AC?sequence=1
4. World Health Organization & WHO Collaborating Centre for Violence Prevention. Violence prevention: the evidence. Geneva: World Health Organization; 2010.
5. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Atlas da Violência 2019. Brasília, Rio de Janeiro e São Paulo: IPEA, FBSP; 2019.
6. The Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange [Internet]. 2019 [acessado em 28 set. 2019]. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare///>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Informações de saúde [Internet]. [acessado em 28 nov. 2019]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/fruf.def>
8. Deslandes SF. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?” *Ciênc Saúde Coletiva* 1999; 4(1): 81-94. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000100007>
9. Organização das Nações Unidas. Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável [Internet]. ONU; 2015 [acessado em 28 set. 2019]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>

10. Neves ACM, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Malta DC. Perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde em capitais brasileiras - 2011. *Epidemiol Serv Saúde* 2013; 22(4): 587-96. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000400005>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
13. Mascarenhas MDM, Andrade SCA, Neves ACM, Pedrosa AAG, Silva MMA, Malta DC. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17(9): 2331-41. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900014>
14. Malta DC, Minayo MCS, Soares Filho AM, Silva MMA, Montenegro MMS, Ladeira RM, et al. Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Rev Bras Epidemiol* 2017; 20(Supl. 1): 142-56. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700050012>
15. Rodrigues CS, Malta DC, Godinho T, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Silva RE. Acidentes e violências entre mulheres atendidas em Serviços de Emergência Sentinela - Brasil, 2009. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17(9): 2319-29. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000900013>
16. Alves RA, Pinto LMN, Silveira AM, Oliveira GL, Melo EM. Homens, vítimas e autores de violência: a corrosão do espaço público e a perda da condição humana. *Interface* 2012; 16(43): 871-83. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000049>
17. Souza ER, Gomes R, Silva JG, Correia BSC, Silva MMA. Morbimortalidade de homens jovens brasileiros por agressão: expressão dos diferenciais de gênero. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17(12): 3243-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001200009>
18. Souza ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(1): 59-70. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100012>
19. Freitas EAM, Mendes ID, Oliveira LCM. Ingestão alcoólica em vítimas de causas externas atendidas em um hospital geral universitário. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(5): 813-21. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000500005>
20. Damacena GN, Malta DC, Boccolini CS, Souza Júnio PRB, Almeida WS, Ribeiro LS, et al. Consumo abusivo de álcool e envolvimento em acidentes de trânsito na população brasileira, 2013. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21(12): 3777-86. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152112.25692015>
21. Laranjeira R, Duailib SM, Pinsky I. Álcool e violência: a psiquiatria e a saúde pública. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27(3): 176-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462005000300004>
22. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
23. Brasil. Presidência da República. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 2006 [acessado em 28 set. 2019]; Seção 1: 1. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/572125/publicacao/15732035>
24. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Diário Oficial da União [Internet]. 2015 [acessado em 28 set. 2019]; Seção 1: 1. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/584916/publicacao/15633553>
25. Soares Filho AM. Vitimização por homicídios segundo características de raça no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(4): 745-55. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000045>
26. Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Araújo TM, Dias AB, Oliveira LOA. A utilização da variável raça/cor em saúde pública: possibilidades e limites. *Interface Comum Saúde Educ* 2009; 13(31): 383-94. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000400012>

27. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Mello-Jorge MHP, Silva CMFP, Minayo MCS. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *The Lancet* 2011; 377(9781): 1962-75. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60053-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60053-6)
28. Brasil. Senado Federal. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. 1990 [acessado em 28 set. 2019]; Seção 1: 13563. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/549945/publicacao/15713055>
29. Brasil. Senado Federal. Lei nº 10.741 de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2003 [acessado em 28 set. 2019]; Seção 1: 1. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/552617/publicacao/15677040>
30. Mata NT, Silveira LMB, Deslandes SF. Família e negligência: uma análise do conceito de negligência na infância. *Ciênc Saúde Coletiva* 2017; 22(9): 2881-8. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.13032017>
31. Grupo de Trabalho da Sociedade Civil para Agenda 2030. Relatórios Luz: síntese e completo [Internet]. 2017 [acessado em 10 out. 2019]. Disponível em: <https://gtagenda2030.org.br/>
32. Malta DC. Crianças e Adolescentes, políticas de austeridade e os compromissos da Agenda 2030. *Ciênc Saúde Coletiva* 2019; 24(2): 348. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018242.32412018>

Recebido em: 30/10/2019

Revisado em: 21/01/2020

Aceito em: 27/01/2020

Contribuição dos autores: Pinto IV e Malta DC participaram da concepção do estudo, interpretação dos dados, redação, revisão crítica do conteúdo e da aprovação da versão final do manuscrito. Bevilacqua PD, Santos AP e Ribeiro AP participaram da redação, da revisão crítica do conteúdo e da aprovação da versão final do manuscrito. Bernal RTI participou da concepção do estudo, análise e interpretação dos dados e da aprovação da versão final do manuscrito.

