

## de indicadores do SUS N° 5

Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS

# Prevenção de Violências e Cultura de Paz

V. III



Novembro de 2008

© 2008. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.  
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Elaboração, edição e distribuição

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa  
Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício-sede, 4º Andar  
CEP: 70058-900 Brasília-DF  
E-meio: gestaoparticipativa@saude.gov.br  
www.saude.gov.br

Editor Geral  
Antônio Alves de Souza (SGEP/MS)

Editor Executivo  
André Luis Bonifácio de Carvalho - Demags/SGEP/MS

Coordenação  
Kátia Cristina de Oliveira - Demags/SGEP/MS

Editores Associados  
Ademar Paulo Gregório (Doges/SGEP/MS)  
Ana Maria Costa (Dagep/SGEP/MS)  
Carlos Saraiva e Saraiva (Doges/SGEP/MS)  
Cheila Marina de Lima (CGDANT/Dasis/SVS/MS)  
Deborah Carvalho Malta (CGDANT/Dasis/SVS)  
Gustavo Bergonzoli (OPAS-OMS)  
Isabel Maria Vilas Boas Senra (Demags/SGEP/MS)  
Jacinta de Fátima Senna da Silva (Dagep/SGEP/MS)  
José Ivo dos Santos Pedrosa (Dagep/SGEP/MS)  
José Luis Riani Costa (Doges/SGEP/MS)  
Lívio Oliveira Adelino de Lima (Demags/SGEP/MS)  
Márcia Cristina Marques Pinheiro (OPAS-OMS)  
Marta Maria Alves da Silva (CGDANT/Dasis/SVS)  
Mércia Gomes Oliveira de Carvalho (CGDANT/Dasis/SVS/MS)  
Nádia Maria da Silva Machado (Demags/SGEP/MS)  
Otáliba Libânio de Moraes Neto (Dasis/SVS/MS)

Ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação da Organização  
Pan-Americana da Saúde - Representação do Brasil

B795p

BRASIL. Ministério da Saúde. Temático Prevenção de Violência e Cultura  
de Paz III. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.  
60 p.: il. (Painel de Indicadores do SUS, 5)

ISBN 978-85-87943-77-4

1. Indicadores Básicos de Saúde - Brasil. 2. Sistemas de Saúde.  
3. Violência - Prevenção. 4. Cultura. 5. Paz I. Organização Pan-Americana  
da Saúde. II. Título

NLM: WA 100

Tiragem: 70.000 exemplares

Impresso no Brasil / Printed in Brazil / Impreso en Brasil

ISBN 978-85-87943-77-4

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE-OPAS/OMS  
Setor de Embaixadas Norte, Lote 19  
CEP: 70800-400 Brasília-DF  
www.opas.org.br

Concepção Editorial  
José Luiz Riani Costa e João Palma

Edição de Texto, Projeto Gráfico, Capa e Ilustrações  
Gyl Munhoz

Consultores e Colaboradores  
Abigail Reis (Dagep/SGEP/MS)  
Adauto Martins Soares Filho (CGIAE/Dasis/SVS/MS)  
Alexandro Dias (CGDANT/Dasis/SVS/MS)  
Aline Bressan (CGDANT/Dasis/SVS/MS)  
Célio da Silva Pereira (Demags/SGEP/MS)  
Déo Costa Ramos (Demags/SGEP/MS)  
Eduardo Marques Macário (CGDANT/Dasis/SVS/MS)  
Esdras Daniel dos Santos Pereira (Dagep/SGEP/MS)  
Fátima Cristina C. Maia Silva (Dagep/SGEP/MS)  
Gerlaine Torres Martini (Dagep/SGEP/MS)  
Gilmara Lúcia dos Santos (Dagep/SGEP/MS)  
Giovanna Quaglia (Saúde Mental/Dape/SAS/MS)  
Gisella Garritano (Dagep/SGEP/MS)  
Leticia Toledo do Amaral (Dagep/SGEP/MS)  
Luciana Boeira (Dagep/SGEP/MS)  
Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha (CGDANT/Dasis/SVS/MS)  
Magno Luís Medeiros da Silva (Faculdade de Comunicação e Biblioteconomia/UFGO)  
Marco Fernando Ottoline de Oliveira (Demags/SGEP/MS)  
Marden Marques Soares Filho (Dagep/SGEP/MS)  
Márcia da Glória Campos (Dagep/SGEP/MS)  
Márcia da Paz Cintra (Dagep/SGEP/MS)  
Marli de Mesquita Silva Montenegro (CGIAE/Dasis/SVS/MS)  
Mílène Leal Pacheco (Saúde Mental/Dape/SAS/MS)  
Nara Fagundes Correia (Dagep/SGEP/MS)  
Osvaldo Peralta Bonetti (Dagep/SGEP/MS)  
Patrícia Pol Costa (Demags/SGEP/MS)  
Priscila Andrade da Silva (Demags/SGEP/MS)  
Regina Célia Paz da Silva Ramos (Dagep/SGEP/MS)  
Renata Barbosa (Demags/SGEP/MS)  
Rosane Aparecida Monteiro (USP/Ribeirão Preto-SP)  
Rurany Ester Silva (Dasis/SVS/MS)  
Sérgio Ricardo Schierhot (Demags/SGEP/MS)  
Valter Chaves Costa (CGDANT/Dasis/SVS/MS)

#### Agradecimentos

Aos gestores(as), trabalhadores(as) das Secretarias de Estado e Municipais de Saúde,  
usuários(as) do SUS, instituições de ensino e pesquisa, organizações não governamentais,  
outras instituições e setores do governo que trabalham na construção de um mundo com  
menos violência, mais justiça e paz.

A Sabrina Sonneghe Baiocco Silva, pelo apoio.  
E a Edite Damásio da Silva, pelo carinho e empenho.

Titulos para indexação:

Em inglês, *Thematic Panel: Violence Prevention and Culture of Peace*

Em espanhol, *Panel Temático: Prevención de Violencia y Cultura de Paz*

# S Painel

de indicadores do SUS Nº 5

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS



Temático

## Prevenção de Violências e Cultura de Paz

V. III

O **Painel de Indicadores do SUS** é distribuído gratuitamente.

Para recebê-lo, escreva ao

Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Ministério da Saúde

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício-sede, 4º Andar, Salas 412 a 414

70058-900 Brasília-DF

[gestaoparticipativa@saude.gov.br](mailto:gestaoparticipativa@saude.gov.br)

Ou à

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde

SEN, Lote 19

70800-400 Brasília-DF

Caixa Postal: 08729



# SUMÁRIO

4	APRESENTAÇÕES
6	EDITORIAIS
9	PACTO PELA SAÚDE NO BRASIL
10	VIOLÊNCIA: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA
12	VIGILÂNCIA DE CAUSAS EXTERNAS E SISTEMAS DE INFORMAÇÕES
14	VIOLÊNCIA E GÊNERO
15	VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
18	VIOLÊNCIA SEXUAL
20	POPULAÇÃO NEGRA, VULNERABILIDADE E VIOLÊNCIAS
22	VIOLÊNCIA POR HOMOFOBIA, LESBOFOBIA E TRANSFOBIA
24	MORTALIDADE POR AGRESSÕES E HOMICÍDIOS
27	SUICÍDIO
30	LINHA DO TEMPO
32	VIOLÊNCIA POR CICLOS DE VIDA
36	VIOLÊNCIA E TRÂNSITO
38	VIOLÊNCIA NAS ESCOLAS
40	VIOLÊNCIA E TRABALHO
41	TRÁFICO DE PESSOAS
42	MÍDIA E BANALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA
43	CULTURA DE PAZ
44	ENFRENTAMENTO DE VIOLÊNCIAS E AÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – 20 ANOS DO SUS
49	21 DESAFIOS PARA O SÉCULO XXI
50	CONASS
52	OPAS-OMS E PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIAS
54	SGEP
55	METAS DO MILÊNIO
56	NA INTERNET
58	PUBLICAÇÕES
60	SIGLÁRIO



# APRESENTAÇÕES

As principais prioridades de saúde são determinadas pelas condições de vida da população, ligadas à situação social e econômica, razão porque o combate à pobreza constitui o primeiro objetivo de desenvolvimento do milênio. A concentração das populações e a conseqüente urbanização agregam novos problemas ao setor Saúde, decorrentes da violência e acidentes de trânsito, por exemplo.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS-OMS), desde o ano de 1993, e a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhecem na violência um problema de Saúde Pública. Embora o crescimento avassalador dos índices de violência adquira características de epidemia, saúde e violência relacionam-se de formas, ainda hoje, pouco exploradas.

O aumento das manifestações violentas nas Américas, o aparecimento de formas modernas e modernizadas de fazer violência e a mudança na percepção da população provocam efeitos sociais e no desenvolvimento de uma nação. Por essas razões, o estudo e a intervenção sobre os determinantes sociais da violência são prioridades para a Organização Pan-Americana da Saúde, com a finalidade de diminuir as iniquidades em saúde derivadas dos comportamentos violentos.

A OPAS-OMS contribui ao enfoque de estudo do tema e busca soluções para o problema da violência com base em evidências científicas, historicamente aplicadas à solução de outras questões de Saúde Pública. De tal forma, a Saúde deve assumir sua responsabilidade na abordagem da violência a partir do tratamento apropriado das vítimas, da geração de informação de qualidade, até a liderança, facilitação e participação com outros setores da sociedade na definição e execução de políticas públicas integradas de prevenção de violência, promoção da saúde e de uma cultura pela paz e pela vida. As ações de promoção da saúde são princípios fundamentais de uma política eficaz de Saúde Pública, alinhada com o Programa ‘Mais Saúde: Direito de Todos’, o Pacto pela Vida e as Metas do Milênio.

Com a publicação deste *Painel de Indicadores do SUS – Temático ‘Prevenção de Violências e Cultura de Paz’*, a Organização Pan-Americana da Saúde reitera a necessidade de se estabelecer sistemas de informações para o reconhecimento e caracterização da magnitude da violência, expressa de distintas formas, e apóia iniciativas de facilitação e acesso a essas informações. Este trabalho ilumina, traz subsídios e reafirma sua missão de instrumento de informação e controle social no enfrentamento e inversão de um quadro perverso, que vem se desenhando até aqui e cabe a cada um de nós reverter.

**Diego Victoria Mejía**

Representante da OPAS/OMS no Brasil



O Ministério da Saúde lança a quinta edição do *Painel de Indicadores do SUS*, dedicada a um tema de grande relevância para a Saúde Pública: a prevenção de violências e a cultura de paz. Esta nova publicação é especial não só por traçar um perfil das diversas formas de violência no país e reconhecer os impactos dos acidentes nos atendimentos hospitalares, mas, principalmente, por apontar os caminhos necessários para o enfrentamento da chamada “epidemia silenciosa”.

Como o leitor(a) poderá apreender da leitura deste exemplar do mais recente *Painel do SUS*, durante os 20 anos de existência do Sistema Único de Saúde, suas metas foram alcançadas graças ao somatório de estratégias inovadoras e à parceria entre gestores e cidadãos, que, em duas décadas, caminharam conosco lado a lado na construção de um país mais justo e igualitário.

A maturidade que atingimos em relação ao conceito de Saúde no Brasil permite-nos observar que o tema violências-acidentes passou a ser compreendido como um problema descentralizado, que necessita o apoio de diversas frentes – profissionais da área, iniciativa privada, organizações não governamentais/sociedade civil organizada e meios de comunicação de massa.

Sabemos da complexidade desse novo fenômeno, enraizado na sociedade contemporânea e pautado nas diferenças entre as relações humanas. Temos diante de nós um desafio coletivo, motivo porque neste documento, a Saúde é entendida de maneira ampliada, essencial para a qualidade de vida e resultante do acesso das pessoas e da coletividade às políticas, bens e serviços sociais.

O direito à Saúde no Brasil é uma garantia prevista na Constituição de 1988, fruto do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, então firme em sua atuação sobre as discussões e decisões históricas da Assembleia Nacional Constituinte. Já percorremos uma longa jornada. Este é o momento, mais que nunca, de reforçar essa corrente, capaz de vencer o medo e superar as inquietações, e podermos comemorar futuras conquistas.

Boa leitura a todos!

**José Gomes Temporão**  
Ministro da Saúde



## EDITORIAIS

O ano de 2008 apresenta-se, para o Ministério da Saúde e para a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), de extrema importância. Nele se comemoram 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS), cinco anos da SVS/MS, a 8ª edição da Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças – EXPOEPI –, 18 anos do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e 60 anos do Estatuto dos Direitos Humanos. Como parte das comemorações referentes a essas datas, está a publicação do *Painel de Indicadores do SUS Temático Prevenção de Violências e Cultura de Paz*, cujo tema foi escolhido em função da violência haver se tornado um dos maiores problemas de Saúde Pública no Brasil, e no mundo.

O aniversário dos cinco anos da Secretaria de Vigilância em Saúde é marcado pelo advento de novos desafios para a instituição. À vigilância de agravos transmissíveis agregam-se novos temas relevantes, como a vigilância epidemiológica de doenças não transmissíveis, os acidentes e violências, a vigilância ambiental e de saúde do trabalhador, a análise da situação de saúde da população e a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde, resultado das atuais transformações na sociedade contemporânea e da transição epidemiológica.

O tema da violência assume grande importância para a Saúde Pública em função de sua magnitude, gravidade, vulnerabilidade e impacto social sobre a saúde individual e coletiva. As violências e os acidentes têm induzido um grande incremento na morbimortalidade, notadamente nos últimos anos. Sua presença, cada vez maior, tem contribuído para a diminuição da expectativa e qualidade de vida, principalmente dos adolescentes e jovens, além do aumento dos cuidados e custos decorrentes para a Saúde e a Previdência, o absenteísmo no trabalho e na escola e a desestruturação familiar e pessoal.

As causas desse fenômeno, múltiplas e complexas, relacionadas a determinantes sociais e econômicos, têm sido responsáveis por toda uma transformação nos hábitos e comportamentos das pessoas e na organização e arquitetura dos lotes urbanos, seus muros altos e cercas elétricas. Vive-se na sociedade do medo e da privação do convívio social, em que as pessoas se isolam.

O Ministério da Saúde, com a implementação de políticas públicas promotoras da saúde e da cultura de paz, estabelece prioridades de ação com poder de impacto sobre as situações diagnosticadas de agravos à saúde indesejáveis ao desenvolvimento humano. Destaca-se a aprovação da Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violências em 2001 e a estruturação da Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde em 2004. Esta Rede encontra-se consolidada em 211 Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e na Política Nacional de Promoção da Saúde, de 2006.

A quinta edição do *Painel de Indicadores do SUS* reconhece e apresenta esses avanços, os momentos da trajetória de construção das políticas públicas e os processos históricos que deram concretude à Política Nacional de Enfretamento das Violências, além de uma análise de situação de saúde focada no tema Acidentes e Violências. Ela só foi possível graças à feliz parceria da SVS/MS, e sua área técnica de vigilância e prevenção de violências e acidentes da Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (CGDANT)/Departamento de Análise de Situação em Saúde (Dasis), com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e seu Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS (Demags). Também se associam a este projeto a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS-OMS) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

Aqui foram retratadas, de forma objetiva, a situação e as diversas formas como as violências se manifestam em nosso cotidiano, pelo olhar da saúde. Identificam-se, ainda, as inúmeras estratégias, programas e projetos construídos de vigilância e prevenção de violências, avanços e fragilidades ainda existentes. A publicação fornece subsídios para a implantação e implementação de políticas públicas integradas, intersetoriais, saudáveis e sustentáveis.

Meu convite solidário a esta leitura dirige-se aos gestores(as), trabalhadores(as), usuários(as), membros de organizações governamentais e não governamentais, de instituições formadoras e organismos internacionais que buscam alternativas capazes de prevenir, minimizar e enfrentar as diversas violências e favorecer a promoção da saúde e da cultura de paz na sociedade brasileira.

**Gerson Oliveira Penna**  
Secretário da SVS





**R**econhecer a violência como questão de Saúde Pública é mais que um avanço para o país. É sinal de que estamos atentos a uma problemática enraizada na sociedade contemporânea, pautada na complexidade das relações humanas.

A tríade saúde-paz-cidadania exige um olhar preciso, além das abordagens interdisciplinares e intersetoriais, que passa, principalmente, pelo interesse em facilitar a inclusão dos brasileiros na definição e implementação de políticas públicas.

Em mais uma edição do *Painel de Indicadores do SUS*, o Ministério da Saúde, por intermédio de sua Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), preocupa-se não só em diagnosticar e retratar a atual situação enfrentada pelas vítimas das diversas formas de violência – moral, sexual, doméstica, trânsito e outras. Ele também se prontifica em criar e reforçar estratégias voltadas ao enfrentamento desse grave problema.

O presente trabalho foi elaborado em conjunto com a Secretaria de Vigilância a Saúde (SVS), sua Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT) e sua Coordenação-Geral de Informação e Análise Epidemiológica (CGIAE). Teve como parceiros a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS-OMS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Diversos temas aqui reunidos, em recortes por assuntos de interesse para a prevenção da violência, promoção da saúde e da cultura de paz, envolvem questões de gênero, raça/cor, ciclos de vida e tantos outros, em uma abordagem dinâmica que deixa patente o importante papel do setor Saúde na prevenção da violência e na garantia dos direitos humanos.

Os dados apresentados revelam, sobremaneira, o surpreendente impacto da violência nos custos do Sistema Único de Saúde, o SUS. Segundo estimativa do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (Ipea/MPOG), o somatório desses gastos chegou a 90 bilhões de reais em 2004, 5% do PIB brasileiro.

A despeito da vultosa quantia despendida, mais preocupante é o sofrimento das vítimas e suas famílias pelo impacto emocional que uma situação de violência pode causar.

Programas e ações voltados ao espaço das escolas, mapeamento dos riscos nas comunidades, estruturação dos serviços de saúde, estímulo a práticas que ampliem e qualifiquem a notificação desse agravo e garantia de aplicação da lei são capazes de romper o muro do preconceito e avançar rumo ao enfrentamento da violência e à promoção da cultura de paz.

Por vislumbrar dias melhores, o *Painel de Indicadores do SUS* apresenta-se não apenas como um instrumento para relatar experiências bem-sucedidas, identificar avanços nas ações para conter a violência e compreender seus determinantes mas, acima de tudo, para contribuir à mais ampla discussão, entre todos que militam nos espaços de construção das políticas públicas, sobre um tema de tamanha relevância, especialmente no atual momento histórico do país.

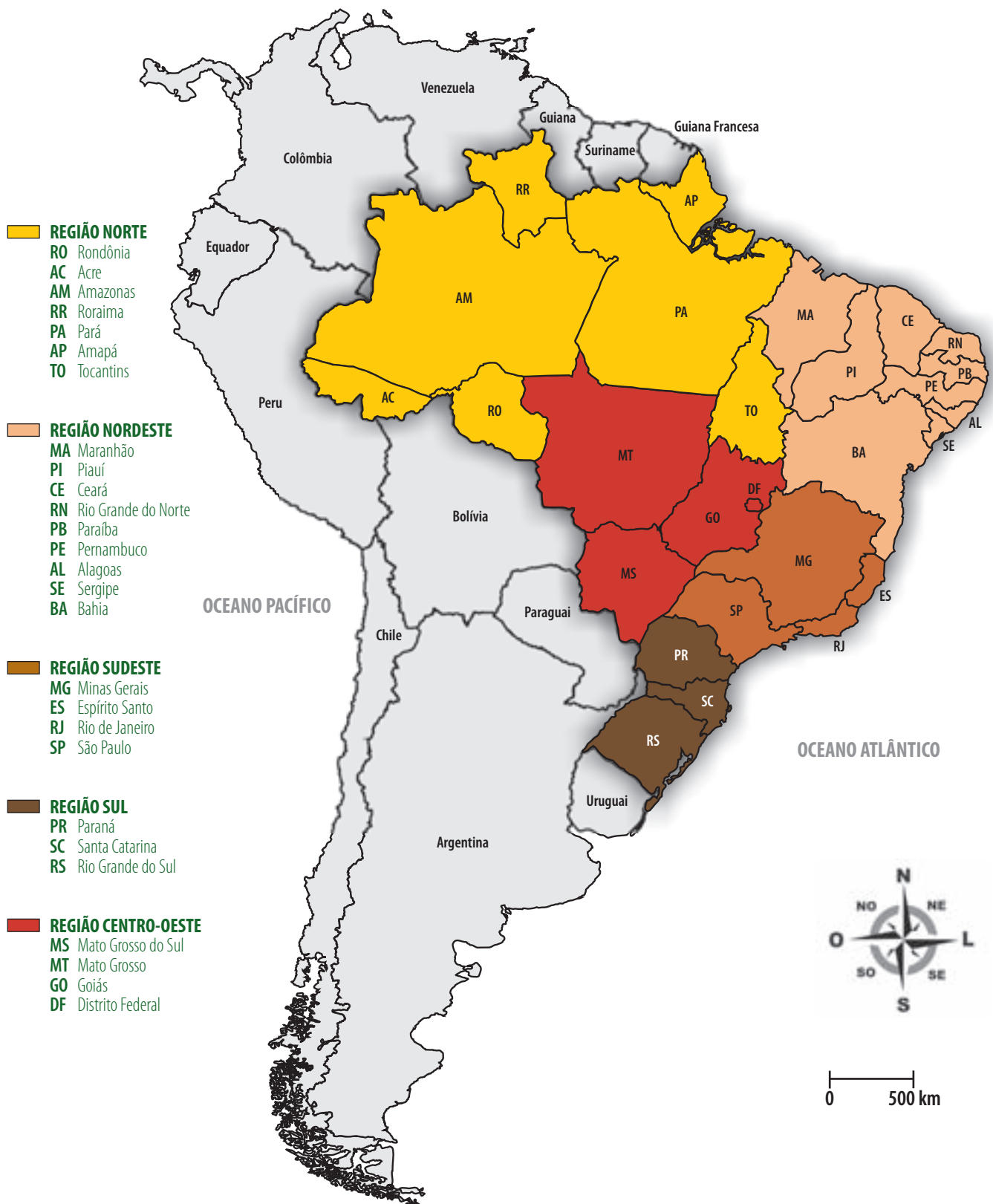
Com esta edição do *Painel*, o Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do Sistema Único de Saúde (Demags/SGEP/MS) dá mais um passo em sua missão de reafirmar e consolidar os princípios da Reforma Sanitária, na equidade, integralidade e universalidade do SUS, sem jamais deixar de apoiar – e reforçar – os mecanismos constituídos de participação popular e controle social.

Para tanto, é mister a união e colaboração de todos, cidadãos e cidadãs, no caminho da construção de um Brasil com menos violência, mais qualidade de vida e solidariedade.

Juntos, por uma cultura de paz!

**Antônio Alves de Souza**  
Secretário da SGEP





Este mapa orienta a leitura das informações por Estados e Regiões.

# PACTO PELA SAÚDE NO BRASIL

## Adesão municipal ao Pacto pela Saúde



Regiões	Unidade federada	%
NORTE	AC	14
	AM	2
	AP	0
	PA	0
	RO	60
	RR	33
	TO	28
NORDESTE	AL	42
	BA	5
	CE	95
	MA	37
	PB	1
	PE	3
	PI	0
	RN	84
SUDESTE	ES	1
	MG	92
	RJ	26
	SP	100
SUL	PR	97
	RS	0
	SC	22
CENTRO-OESTE	DF	-
	GO	24
	MS	100
	MT	52

Fonte: ST-CIT/DAD/SE/MS - 28.08.98

## Você Sabia?

- O Ministério da Saúde teve seu 'Termo de Compromisso de Gestão' aprovado no Conselho Nacional de Saúde (CNS) na reunião do dia 9 de fevereiro de 2006. Sua homologação pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) aconteceu em 30 de agosto de 2006. Em dois anos, já são 25 os Estados (93%) e 2.749 os Municípios (49,4%) que aderiram ao Pacto pela Saúde.

O **Pacto pela Saúde** redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e da busca da equidade social. Ele está constituído por três dimensões: Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS; e Pacto de Gestão.

O **Pacto pela Vida** reúne um conjunto de compromissos sanitários, derivados da análise da situação de saúde e das prioridades pactuadas pelos gestores do SUS.

O **Pacto em Defesa do SUS** envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas e o controle social, com o propósito de reforçar o SUS enquanto política de Estado.

O **Pacto de Gestão**, por sua vez, estabelece as responsabilidades de cada ente federado, inscritas no Termo de Compromisso de Gestão, que deve ser aprovado pelo Conselho de Saúde, pactuado na Comissão Intergestores Biparte (CIB) e homologado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), formalizando a adesão dos Municípios, Estados e Ministério da Saúde.

O regulamento do **Pacto pela Saúde** estabelece o dever dos gestores de avaliar sua implementação com vistas à revisão de seus objetivos, metas e indicadores. É fundamental a participação dos Conselhos de Saúde na implementação desse processo.

No tocante ao tema deste Painel de Indicadores do SUS, prevenção de violências e cultura de paz, o Pacto pela Saúde destaca a responsabilidade, prevista no Termo de Compromisso de Gestão, da elaboração, pactuação e implantação da Política de Promoção da Saúde, considerando-se as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional, como também nas prioridades do Pacto pela Vida. Este, no ano de 2008, além de manter a prioridade **V Promoção da Saúde** e, entre seus objetivos, o de ampliar a rede de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde (NPVPS) nos Estados e Municípios brasileiros, incluiu a prioridade **X, relativa à Atenção Integral às Pessoas em Situação de Risco ou Violência**.

Esta nova prioridade tem como estratégia a implantação de redes de atenção e proteção às pessoas em situação de violência doméstica e sexual que contemplem crianças, adolescentes, adultos, idosos, pessoas com deficiência e com transtornos mentais, e trabalhadores, de ambos os sexos; e a ampliação da 'Ficha de Notificação-Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ ou Outras Violências'

*Participe deste Pacto.*

*O SUS agradece.*



# VIOLÊNCIA: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

## Por que a violência tornou-se um problema de Saúde Pública?

A pesquisadora Cecília Minayo afirma: “*Por ser um fenômeno sócio-histórico, a violência não é, em si, uma questão de Saúde Pública e nem um problema médico típico. Mas ela afeta fortemente a saúde:*

- *provoca morte, lesões e traumas físicos e um sem número de agravos mentais, emocionais e espirituais;*
- *diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades;*
- *exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde;*
- *coloca novos problemas para o atendimento médico preventivo ou curativo; e*
- *evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersectorial e engajada do setor, visando às necessidades dos cidadãos”* (Minayo, 2006).

A partir dessas questões, a temática das violências e dos acidentes entrou na agenda do setor Saúde como um grave problema de Saúde Pública no Brasil e no mundo. Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) alertou que “*em todo o mundo, a violência vem se afirmando como um dos mais graves problemas sociais e de Saúde Pública*”.

Enquanto problema de Saúde Pública, as violências e os acidentes expressam-se com alto impacto no adoecimento e morte da população, especialmente na mortalidade precoce, na diminuição da expectativa e qualidade de vida de adolescentes, jovens e adultos.

O fenômeno possui causas múltiplas, complexas e correlacionadas com determinantes sociais e econômicos: desemprego, baixa escolaridade, concentração de renda, exclusão social, entre outros, além de aspectos relacionados aos comportamentos e cultura, como o machismo, o racismo e a homofobia.

A violência é responsável por toda uma transformação nos hábitos e comportamentos sociais, na organização e arquitetura das cidades. São cada vez mais cercas elétricas, muros altos e segurança privada com que a sociedade atual vive para se proteger, sob o domínio do medo, e as pessoas, isoladas e privadas de seu direito de ir e vir.

No passado, a violência urbana era observada, principalmente, nas capitais, Regiões Metropolitanas e grandes Municípios. Hoje, modificações em sua dinâmica refletem-se no fenômeno de sua “interiorização”: reproduz-se, no interior do país, a violência urbana antes reconhecida exclusivamente nas metrópoles.

A violência urbana reafirma a violência doméstica; e a violência doméstica, a urbana. Nessa dinâmica complexa e multicausal, os modos de vida têm papel determinante – e condicionante – na situação da violência social.

## Violências e os custos econômicos

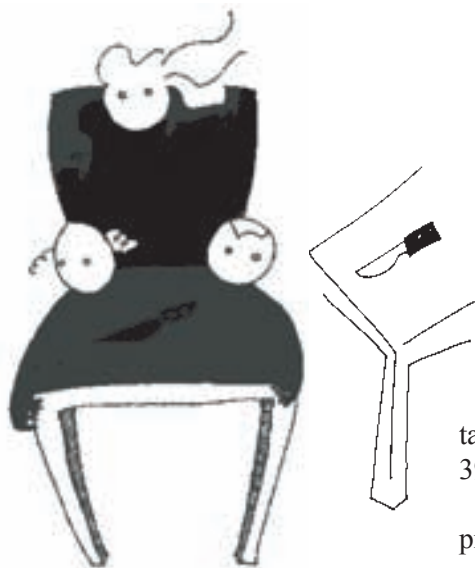
Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (Ipea/MPOG), o custo total com violências foi de 90 bilhões de reais no ano de 2004, o que representou 5% do PIB brasileiro.

Entre 2001 e 2003, o Ipea/MPOG quantificou os custos referentes aos acidentes de trânsito em áreas urbanas (capitais e Regiões Metropolitanas) e calculou perdas anuais da ordem de R\$5,3 bilhões. Em 2006, o Instituto demonstrou que os impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas rodovias brasileiras são estimados em R\$24,6 bilhões, principalmente com as perdas de produção decorrentes da morte das pessoas ou da interrupção de suas atividades, seguidas dos custos com cuidados à saúde e associados aos veículos.

Outros custos indiretos, muitas vezes invisíveis, também acabam por promover uma desestruturação da família e da pessoa, imensurável.

**5% do PIB brasileiro  
são gastos na  
assistência às vítimas e  
na reparação dos  
danos causados  
pelas violências.**





**As mortes violentas são as maiores causas de óbitos de brasileiros entre um e 39 anos de idade.**

### Mortes por violências – a magnitude do problema

As violências representam a 3ª causa de morte na população geral; entretanto, são as principais responsáveis pela morte dos brasileiros de um até 39 anos de idade.

Em 2006, registrou-se um total de 48.424 homicídios e 33.602 óbitos provocados pelo trânsito.

A maioria dos homicídios concentra-se na faixa etária de 20 a 29 anos, com grande impacto sobre a saúde, diminuição da qualidade e da expectativa de vida de adolescentes, jovens e adultos jovens. Esta situação é vivenciada em nosso dia-a-dia, nos casos mais cruéis e bárbaros estampados nos veículos de comunicação.

A maioria das vítimas da violência urbana (homicídios e mortes provocadas pelo trânsito) são homens, jovens, da raça negra, com pouca ou nenhuma escolaridade e baixo nível socioeconômico.

**As violências e acidentes causam grandes prejuízos sociais, familiares e pessoais, e econômicos.**

### Revelando a violência doméstica e outras formas de violências

Os números de mortes por causas violentas no Brasil revelam apenas parte do problema. Apesar dos números alarmantes e dos indícios de uma situação “epidêmica” das mortes violentas, desconhecemos a verdadeira magnitude do problema.

A violência doméstica e sexual, os maus tratos que vitimam diariamente crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas, e outras formas de violência, a exemplo da exploração do trabalho infantil e do trabalho escravo, do tráfico de pessoas, da violência no ambiente de trabalho, da tortura e outras, ainda não são dimensionadas em sua real magnitude e gravidade.

**A violência doméstica e sexual permanece “camuflada” no interior dos lares de milhões de brasileiros(as).**

### Os acidentes e violências podem ser prevenidos e evitados

Apesar de toda a complexidade e multicausalidade desses fenômenos, as violências e os acidentes são passíveis de serem prevenidos e evitados.

O setor Saúde, articulado com os demais setores governamentais e não governamentais participantes, como aliado do controle social da comunidade – organizada e não organizada, e setor privado – acredita no esforço integrado e orquestrado dos cidadãos e cidadãs para enfrentar as diversas formas de violência, promover a saúde e a cultura de paz. Eis o grande desafio para a construção de um mundo mais saudável, com direitos garantidos, equidade, justiça e inclusão social, cidadania e paz.



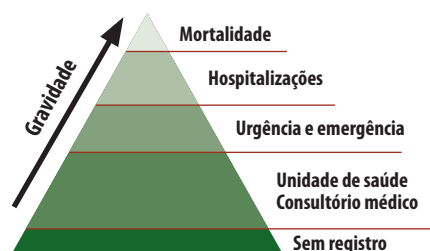


# VIGILÂNCIA DE CAUSAS EXTERNAS E SISTEMAS DE INFORMAÇÕES

As causas externas são todos os acidentes e violências. No Brasil, como em vários países, estão entre os mais importantes problemas de Saúde Pública e as lesões delas decorrentes são classificadas segundo a intenção do ato.

**Lesões não intencionais (acidentes)**, por acidente de transporte, afogamento, queda, queimadura, e outros.

**Lesões intencionais (associadas à violência)**, por agressão, autoprovocadas, maus-tratos, negligência e abandono, e outros.



A Pirâmide das Lesões, proposta pelos Centers for Disease Control and Prevention dos Estados Unidos da América (CDC/EUA), revela a proporção de registros possíveis sobre lesões decorrentes de causas externas. No topo dessa pirâmide, está a maior gravidade de registro, a mortalidade, e abaixo dela, as hospitalizações, os atendimentos em urgência e emergência e logo, por unidades de saúde e consultórios médicos. E em sua base, os atendimentos informais, sem registro.

***O jovem do sexo masculino é a maior vítima:  
80% de seus óbitos são por causas externas, das quais mais da metade são  
homicídios e acidentes de transporte.***

## Fontes de informações

O Ministério da Saúde desenvolveu sistemas nacionais de informações que permitem a identificação dos casos de causas externas nos óbitos, na atenção hospitalar e ambulatorial e por fichas de notificação compulsória. Os dados referentes a esses sistemas estão disponíveis na internet e cada vez mais são utilizados no auxílio ao trabalho dos gestores e na melhoria da qualidade da Saúde Pública. Outros setores também cooperam no conhecimento da magnitude da ocorrência de causas externas.

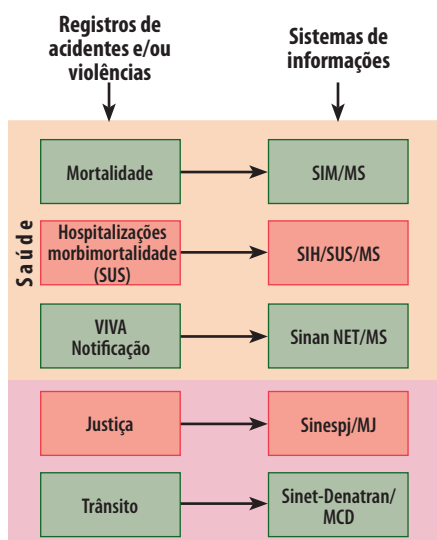
Os sistemas de informações têm por objetivo subsidiar a vigilância e auxiliar na tomada de decisões.

Em 2006, o Ministério da Saúde implantou a Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) com base em dois componentes da ação de vigilância: **vigilância contínua**, na captura de dados de violência doméstica, sexual e outras formas de violência notificadas em serviços de referência; e **vigilância pontual-inquerito**, com base em informações sobre atendimentos por acidentes e violências notificados por unidades de urgência e emergência.



## FONTES DE INFORMAÇÕES

Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM	Secretarias de Estado e Municipais de Saúde coletam as declarações de óbito (DO) dos cartórios e digitam os dados de interesse no SIM. Adota-se a causa básica de óbito para registro do tipo de causa externa, a partir da declaração do médico atestante, segundo regras estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS).
Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS	Registra todas as internações pelo SUS. Para causas externas, é a partir do diagnóstico principal que se registra a natureza da lesão e, do diagnóstico secundário, o tipo de causa externa. O SIH/SUS coleta mais de 50 variáveis relativas à autorização de internação hospitalar (AIH), como identificação do paciente, procedimentos, exames e atos médicos realizados, diagnóstico principal e secundário, motivo da alta, valores pagos. Com o SIH/SUS, também é possível gerar indicadores de tempo de permanência (dias), valor total pago pela AIH, óbitos hospitalares e outros.
Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan NET	O Sinan NET recebe os dados-eventos de todas as doenças e agravos de notificação compulsória, incluídas algumas doenças transmissíveis como meningite, tuberculose e dengue. Em relação a causas externas, pelo sistema, notificam-se acidentes por animais peçonhentos e acidentes de trabalho. A partir de outubro de 2008, o Sinan NET também registrará a notificação e investigação compulsória das violências: violência doméstica, sexual e outras violências.
Sistema Nacional de Estatísticas de Trânsito – Sinet-Denatran/Ministério das Cidades	Este Sistema é destinado ao registro dos boletins de ocorrência (BO) de acidentes de trânsito. Ele é vinculado aos Departamentos de Trânsito (Detran) e ao Departamento Nacional de Trânsito (Denatran).
Boletins de ocorrência – BO	O BO é feito em delegacias de polícia civis e militares, nas delegacias de defesa da mulher, da criança e do adolescente e do idoso.
Portal do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – Datasus	Nesse portal da internet, encontra-se a base eletrônica dos sistemas desenvolvidos pelo setor Saúde (SUS). Os dados armazenados também podem ser tabulados, seja pelo TABNET (on line) ou pelo aplicativo TABWIN, disponibilizado gratuitamente pelo Datasus.



## FAÇA SUA PARTE !

*Denuncie casos de eventos adversos e queixas relacionadas a intoxicações e acidentes fatais ou não, associados a medicamentos, agrotóxicos, produtos de limpeza, cosméticos e alimentos pós-comercialização.*

*Acesse o sistema e informe à Notivisa:*

**<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/index.htm>**

## Você sabia?

- O Sistema Único de Saúde é a principal porta de entrada-atendimento dos casos de violências e acidentes: as causas externas representam 700 mil internações por ano pelo Sistema. Em 2007, esses gastos hospitalares chegaram a R\$661 milhões.

## Para saber mais

Sobre o SIH/SUS, acesse:  
**<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/erdescr.htm>**

Sobre o Sinan NET, acesse:  
**<http://www.saude.gov.br/sinanweb>**

Sobre Sinet-Denatran, acesse:  
**<http://denatran.gov.br>**

Sobre o Mapa de Ocorrências, acesse:  
**<http://www.mj.gov.br>** (Segurança Pública/Estatística)

Sobre o Datasus, acesse:  
**<http://www.datasus.gov.br>**

## VIOLÊNCIA E GÊNERO

Analisar as desigualdades de gênero é importante para compreender como se constituem as relações entre homens e mulheres face à distribuição de poder. A constatação dessas diferenças, contudo, jamais servirá como justificativa para a violência, a exclusão e a inequidade na oferta de oportunidades no trabalho, na educação e na vida política.

As relações de gênero podem ser estudadas a partir da identidade feminina e masculina. Uma análise de gênero pode se limitar a descrever essas relações. O feminismo, entretanto, vai além, ao mostrar que essas relações são de poder e produzem injustiça.

O conceito de gênero segue em construção. A identidade sexual, antes dicotômica (masculino-feminino), ampliou-se para abranger homossexuais, lésbicas, transsexuais, travestis, etc., que não se identificam como homens ou mulheres no sentido comum de gênero. Hoje, reconhece-se que o suposto sexo biológico e a identidade de subjetiva nem sempre coincidem.

De modo geral, os estudos de gênero têm contribuído para mostrar e denunciar as injustiças sociais que muitas mulheres enfrentam no seu dia-a-dia.

Algumas pesquisas indicam que as mulheres são alvo de todo tipo de violência, seja ela física, simbólica ou sexual, violência doméstica ou abuso sexual, geralmente provocada por parentes ou pessoas próximas à vítima – como namorados ou ex-namorados, por exemplo.

Quando a pessoa é agredida, internaliza o medo segundo um processo educativo repressor, inibe todo tipo de iniciativa, mesmo a de denunciar o autor da agressão e buscar alternativas de mudança para sua vida, aprisionada que está em seu medo.

A ruptura com o autor de agressão leva tempo. E um intenso trabalho de regaste dos valores pessoais agredidos. A conquista de independência econômica e psicológica é um dos principais passos para a autonomia e libertação dessas pessoas do jugo da violência a que foram submetidas.

Dados da VIVA, de 27 Municípios, referentes ao período de 01/08/06 a 31/07/07, mostram que o sexo feminino é a principal vítima das violências doméstica e sexual, da infância até a terceira idade.

Do total de 8.918 notificações de atendimentos de violências doméstica, sexual e outras violências registradas entre agosto de 2006 e julho de 2007, 6.636,

ou seja, 74% das vítimas eram do sexo feminino. As mulheres adultas (20 a 59 anos) foram as que mais sofreram violência: 3.235 atendimentos, representando 79,9% do total de agressões. Em segundo lugar, estão as adolescentes (10 a 19 anos), vítimas de 1.847 agressões, o que corresponde a 77,9% do total de atendimentos realizado.

As mulheres idosas representam, percentualmente, a terceira faixa etária com maior número de agressões: 408 notificações, correspondendo a 65,2% do número geral de violências contra aquelas com 60 anos ou mais de idade.

Quanto às crianças, foram registrados 1.146 atendimentos de meninas, representando 59,1% do total de registros entre 0 e 9 anos de idade nas unidades de referência para violência doméstica e sexual.

O estudo também revela que, na maior parte das vezes, o agressor é um familiar ou pessoa conhecida da vítima. Quando levada em consideração a raça-cor, as maiores vítimas foram pessoas negras (cor da pele preta e parda).

Quanto às violências doméstica e sexual, boa parte das vítimas relatou ter sido agredida anteriormente, dentro de casa: 1.930 adultos (47,7%); 897 adolescentes (37,8%); 601 crianças (31%); e 245 idosos (39,1%).

**São as mulheres que mais sofrem agressão, principalmente na adolescência e na vida adulta, na maioria das vezes cometida por um único indivíduo, do sexo masculino.**



# VIOLÊNCIA DOMÉSTICA



**58% das violências acontecem na residência e 31% são atos de repetição.**

A ‘violência intra-familiar’ caracteriza-se pelas variadas formas de violência interpessoal: agressão física, abuso sexual, abuso psicológico, negligência, abandono, maus-tratos, entre outras. A violência doméstica pode ser praticada por um(a) ou mais autor(a) com laços de familiares, conjugais ou de parentesco, ou com vínculo afetivo em condições de relação de poder, seja real ou de ameaça. Essa relação de poder pode ser física, etária, social, psíquica, hierárquica e/ou de gênero.

A violência doméstica atinge toda e qualquer pessoa, de ambos os sexos, em qualquer idade ou fase da vida, como crianças, adolescentes, pessoas adultas e idosas.

Os dados são da VIVA (componente de vigilância contínua), cujo objetivo é conhecer melhor a magnitude e gravidade dos acidentes e violências e revelar a violência doméstica e sexual, um tema “camuflado” no ambiente privado. Essa vigilância ainda permite caracterizar informações da violência ocorrida, como local, tipo de violência, tipo de lesão, caracterização da vítima e do(a) provável autor(a) da agressão. Seu principal instrumento é a ‘Ficha de Notificação-Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências’.

## Crianças

59% das crianças vítimas de violências atendidas nos serviços de referência eram do sexo feminino. A agressão sexual foi a principal causa desses atendimentos a meninas com idade entre 0 e 9 anos.

Dos 1.939 registros de violências contra crianças, 845 foram por agressões sexuais, o que representa 43,6% dos atendimentos. Depois da violência sexual, estão as agressões psicológicas (37,9%) e, em terceiro lugar, a negligência ou abandono (33%). Logo em seguida, aparecem as agressões físicas (28,5%). Resalte-se que parte dessas vítimas sofre mais de um tipo de violência.

**43% das violências contra crianças foram praticadas pelo pai e/ou mãe.**

24% das violências contra crianças foram praticadas por mães e 19% pelos pais, o que totaliza 43% de agressões praticadas por pai e/ou mãe. As agressões praticadas por amigos e/ou conhecidos ocorreram em 14% dos casos atendidos.

### Caracterização das violências contra crianças (0 a 9 anos de idade) registradas pela VIVA. Brasil, 01/08/06 a 31/07/07

Características	N (1.939)	%
<b>Tipo de violência</b>		
Sexual	845	44
Psicológica-moral	734	38
Negligência-abandono	640	33
Física	553	29
Financeira-patrimonial	18	1
<b>Local da ocorrência</b>		
Residência	1.116	58
Estabelecimento de saúde	180	9
Violência de repetição	601	31

Fonte: VIVA/SVS/MS

### Descrição da relação/vínculo do(a) provável autor(a) de agressão com crianças (0 a 9 anos de idade) registradas pela VIVA. Brasil, 01/08/06 a 31/07/07

Relação-vínculo do(a) provável autor(a) de agressão com a vítima	N (1.939)	%
Mãe	457	24
Pai	369	19
Amigos-conhecidos	265	14

Fonte: VIVA/SVS/MS



## 50% das violências contra adolescentes aconteceram dentro da residência.

### Adolescentes

78% dos adolescentes vítimas de violências atendidos pelos serviços de referência eram do sexo feminino.

Assim como na infância, a agressão sexual foi a principal causa de atendimento, pelos serviços de referência, de violência cometida contra adolescentes (10 aos 19 anos de idade), de acordo com os relatos registrados.

Dos 2.370 registros de violências contra adolescentes, 1.335 foram por agressões sexuais, o que representou 56,3% dos atendimentos. Depois da violência sexual, estão as agressões psicológicas (49,9%) e físicas (48,3%), seguidas de negligências ou abandono (12,6%). Parte das vítimas sofre mais de um tipo de violência.

50% das violências aconteceram na residência e 17% em vias públicas; 38% foram atos de repetição.

#### Caracterização das violências contra adolescentes (10 a 19 anos de idade) registradas pela VIVA. Brasil, 01/08/06 a 31/07/07

Características	N (2.370)	%
<b>Tipo de violência</b>		
Sexual	1.335	56
Psicológica-moral	1.183	50
Física	1.144	48
Negligência-abandono	298	13
Financeira-patrimonial	3	1
<b>Local da ocorrência</b>		
Residência	1.185	50
Via pública	399	17
<b>Violência de repetição</b>	897	38

Fonte: VIVA/SVS/MS

21% das violências contra adolescentes foram praticados por desconhecidos, 20% por amigos e/ou conhecidos e 12% pelo pai.

#### Descrição da relação-vínculo do(a) provável autor(a) de agressão com adolescentes (10 a 19 anos de idade) registradas pela VIVA. Brasil, 01/08/06 a 31/07/07

Relação-vínculo do(a) provável autor(a) de agressão com a vítima	N (2.370)	%
Desconhecido	482	21
Amigos-conhecidos	474	20
Pai	282	12

Fonte: VIVA/SVS/MS

### Adultos, mulheres e homens

Dos 4.050 registros de violências contra mulheres e homens adultos (20 a 59 anos de idade), 80% dessas vítimas atendidas pelos serviços de referência eram do sexo feminino. Desse total, 3.063 foram por agressões físicas, o que representou 76% dos atendimentos. Depois da violência física, estão as agressões psicológica (57%) e sexual (18%), seguidas de negligência ou abandono (6%) e violência financeira ou patrimonial (3%). Parte dessas vítimas sofre mais de um tipo de violência.

63% dessas violências aconteceram na residência e 16% em vias públicas; 48% foram atos de repetição.

#### Caracterização das violências contra pessoas adultas (mulheres e homens de 20 a 59 anos de idade) registradas pela VIVA. Brasil, 01/08/06 a 31/07/07

Características	N (4.050)	%
<b>Tipo de violência</b>		
Física	3.063	76
Psicológica-moral	2.293	57
Sexual	729	18
Negligência-abandono	231	6
Financeira-patrimonial	107	3
<b>Local da ocorrência</b>		
Residência	2.543	63
Via pública	653	16
<b>Violência de repetição</b>	1.930	48

Fonte: VIVA/SVS/MS

#### Descrição da relação-vínculo do(a) provável autor(a) de agressão com pessoas adultas (20 a 59 anos de idade) registradas pela VIVA. Brasil, 01/08/06 a 31/07/07

Relação-vínculo do(a) provável autor(a) de agressão com a vítima	N (4.050)	%
Cônjuge	1.208	30
Desconhecido	640	16
Ex-cônjuge	436	11

Fonte: VIVA/SVS/MS

**63% das violências contra pessoas adultas ocorreram dentro da residência.**

**30% das violências contra pessoas adultas foram praticadas pelo cônjuge e 11% pelo ex-cônjuge.**



## Violência contra idosos e idosas



**37% das violências contra idosos e idosas foram praticados pelo filho(a), 17% por outros parentes e 10% pelo cônjuge.**

Em relação aos idosos e idosas (acima de 60 anos) vítimas de violências atendidas nos serviços de referência, 65% eram do sexo feminino.

A violência moral ou psicológica, que fere a honra ou a intimidade, foi a mais relatada por essa população (55%), seguida da física (27%), do abandono (22%) e, por último, do dano financeiro ou patrimonial (21%). A violência sexual apareceu em 4% dessas vítimas atendidas nos serviços de referência de violências.

86% dessas violências aconteceram na residência e 4% em vias públicas; 39% foram atos de repetição.

### Caracterização das violências contra idosos e idosas (60 anos e mais de idade) registradas pela VIVA. Brasil, 01/08/06 a 31/07/07

Características	N (626)	%
<b>Tipo de violência</b>		
Psicológica-moral	347	55
Física	169	27
Negligência-abandono	136	22
Financeira-patrimonial	134	21
Sexual	23	4
<b>Local da ocorrência</b>		
Residência	538	86
Via pública	22	4
<b>Violência de repetição</b>	<b>245</b>	<b>39</b>

Fonte: VIVA/SVS/MS

### Descrição da relação-vínculo do(a) provável autor(a) de agressão contra idosos e idosas (60 anos e mais de idade) registradas pela VIVA. Brasil, 01/08/06 a 31/07/07

Relação-vínculo do(a) provável autor(a) de agressão com a vítima	N (4.050)	%
Filho(a)	232	37
Outros parentes	105	17
Cônjuge	60	10

Fonte: VIVA/SVS/MS

### Você sabia?

- 37% das violências contra idosos e idosas foram praticadas pelos filhos e filhas, 17% por outros parentes e 10% pelo cônjuge.
- 20% das violências contra adolescentes foram praticadas por amigos ou conhecidos e 12% pelo pai.



# VIOLÊNCIA SEXUAL

Violência sexual é crime, mesmo quando exercida por um familiar ou pessoa de vínculo afetivo com a vítima, seja ela pai, mãe, padrasto, madrasta, companheiro(a), esposo(a) ou outro(a). É toda ação na qual uma pessoa, envolvida ou não em situação de poder, obriga outra à realização de práticas sexuais contra sua vontade, por meio de força física, influência psicológica ou ameaça, uso de armas ou drogas.

## Assédio sexual

Insistência importuna sobre alguém, independentemente do sexo ou orientação sexual, com perguntas, propostas, pretensões ou outra forma de abordagem forçada, não desejada. Constranger alguém com gestos, palavras ou emprego de violência, prevalecendo-se de relações de confiança, ascendência, superioridade hierárquica, autoridade, ou de relação com vínculo empregatício, com o objetivo de obter vantagem sexual.

## Atentado violento ao pudor

*“Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal”* (Código Penal Brasileiro, Art. 214), incluídas penetração pênis-ânus, pênis-boca, toques e manipulação com ou sem objetos.

## Pornografia infantil

*“Apresentação, produção, venda, fornecimento, divulgação e publicação, por qualquer meio de comunicação, inclusive a rede mundial de computadores (Internet), de fotografias ou imagens com pornografia ou cenas de sexo explícito envolvendo crianças ou adolescentes”*. [Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu Art. 241, alterado pela Lei nº 10.764, de 12/11/200303].

## Exploração sexual

*“São considerados exploradores o cliente que paga pelos serviços sexuais e os intermediários, seja em qualquer nível – são aqueles que induzem, facilitam, ou obrigam crianças e adolescentes a se prostituírem”* (Código Penal Brasileiro, Art. 240). Uso sexual de pessoas, independentemente de idade ou sexo, com fins comerciais e de lucro, levando-as a manter relações sexuais. Um exemplo: exploração com o objetivo de produzir materiais pornográficos, como revistas, filmes, fotos, vídeos, sítios na internet, e outros.

## Pedofilia

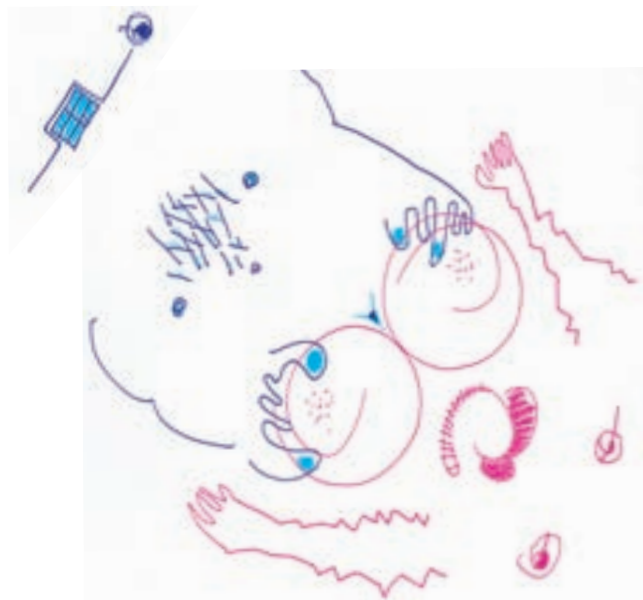
É o ato de um adulto ao manter atividades sexuais com uma menina ou menino, o que constitui um crime.

## Voyeurismo

Transtorno de personalidade da preferência sexual, tendência recorrente ou persistente de observar pessoas em atividades sexuais ou íntimas (tirar a roupa, por exemplo), com o propósito de excitar-se, sem que a pessoa observada saiba ou com sua aprovação.

## Estupro

*“Constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça”* (Código Penal Brasileiro, Art. 213). Aqui, ‘conjunção carnal’ consiste em penetração pênis-vagina, tipo de violência sexual exclusiva contra mulheres, independentemente de sua idade.



**Manter ou participar de relação sexual não desejada, por intimidação, ameaça, coação ou uso da força é crime.**

Os dados obtidos pela VIVA e seu componente de vigilância contínua em serviços de referência de Municípios selecionados em 2006-2007, a partir da notificação de violências doméstica, sexual e/ou outras formas de violências, revelaram que:

- Das 9.049 notificações de todas as violências doméstica, sexual e/ou outras violências, 2.944 (33%) foram referente a violência sexual.
- No sexo feminino, de 2.590 (88%) notificações, o grupo de idade predominante foi de 10-14 anos (38%). No masculino, com 334 (11%) notificações, o grupo de idade mais atingido foi de meninos de 0-9 anos (70%).

#### Casos de violência sexual obtidos pela VIVA, por faixa etária e sexo. Brasil, 2006-2007

Faixa etária (anos)	Masculino		Feminino	
	Nº	%	Nº	%
0-9	234	70	606	24
10-14	75	23	778	38
15-19	13	4	458	18
20-29	5	2	415	16
30-59	3	1	108	4
60 e mais	1	<1	22	1

Em ambos os sexos, o maior número de notificações foi de pessoas da raça negra (parda e preta): 172 (52%) notificações em homens e 1.408 (55%) em mulheres.

#### Casos de violência sexual obtidos pela VIVA, por raça/cor e sexo. Brasil, 2006-2007

Raça/cor	Masculino		Feminino	
	Nº	%	Nº	%
Branca	128	38	982	32
Parda-preta	172	52	1.408	55
Amarela	1	<1	22	1
Indígena	—	—	10	<1

Para o sexo masculino, o tipo de violência sexual mais empregado foi o atentado violento ao pudor com 224 notificações (67%); e no sexo feminino, o estupro em 1.456 (56%) dos casos.

#### Casos de violência sexual obtidos pela VIVA, segundo o provável autor(a) da violência sexual e o sexo da vítima. Brasil, 2006-2007

Provável autor(a) da violência sexual	Masculino		Feminino	
	Nº	%	Nº	%
Pai	34	10	237	9
Mãe	14	4	37	1
Padrasto	24	7	224	9
Madrasta	2	1	7	<1
Amigos-conhecidos	112	34	514	20
Desconhecidos	45	14	823	32
Cônjuge	1	<1	101	4

## Mulheres, as principais vítimas de violência sexual.

#### Casos de violência sexual obtidos pela VIVA, por tipo de violência sexual e sexo. Brasil, 2006-2007

Tipo de violência sexual	Masculino		Feminino	
	Nº	%	Nº	%
Assédio	57	17	413	16
Estupro	—	—	1.456	56
Atentado ao pudor	224	67	754	29
Pornografia infantil	14	4	137	1
Exploração sexual	10	3	111	4

A residência foi o local de ocorrência da maior parte das notificações, sendo 116 (50%) no sexo masculino e 1.238 (48%) no sexo feminino. Essa violência foi de repetição para 128 (38%) das notificações em homens e 852 (33%) das notificações em mulheres.

#### Casos de violência sexual obtidos pela VIVA, por local de ocorrência da violência e sexo. Brasil, 2006-2007

Local de ocorrência	Masculino		Feminino	
	Nº	%	Nº	%
Residência	166	50	1.238	48
Via pública	31	9	427	17

Em 2.273 (79%) casos registrados, essa forma de violência foi cometida por um(a) único(a) autor(a) agressor(a). Em 2.453 (83%) das notificações, o homem foi o principal autor da agressão. Em 699 (26%) casos, restou a suspeita de uso de álcool ou droga ilícita pelo(a) autor(a) da agressão. Entre os homens, a maioria das violências sexuais foi praticada por amigos-conhecidos com 112 (34%) das notificações, desconhecidos com 45 (14%), seguido pelo pai com 34 (10%) e padrasto com 24 (7%) dos casos. Já nas mulheres, os(as) principais autores(as) da agressão foram desconhecidos, com 823 (32%) notificações, e amigos-conhecidos, com 514 (20%), seguidos pelo pai, em 237 (9%), e padrasto, em 224 (9%) dos casos.

#### Para saber mais:

Sobre o Código Penal Brasileiro, Artigos 213, 214 e 240  
<http://www.amperj.org.br/store/legislacao/codigos>

As ações do Ministério da Saúde  
<http://www.saude.gov.br>

As ações da Secretaria Especial dos Direitos Humanos  
<http://www.sedh.gov.br>

As ações da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres  
<http://www.spmulhere.gov.br>



# POPULAÇÃO NEGRA, VULNERABILIDADE E VIOLÊNCIAS

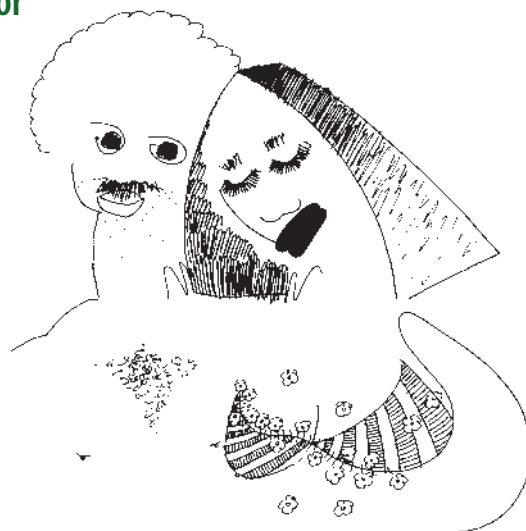
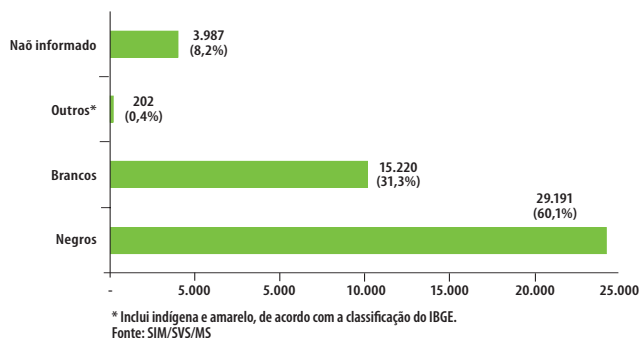
Negros e negras do Brasil estão nas camadas sociais mais pobres, o que gera uma crônica situação de desigualdade, agravada pelo racismo, este responsável pelas diversas formas de discriminação presentes em seu cotidiano, dentro e fora das instituições, razão porque essa população é mais vulnerável ao sofrimento por violências.

O racismo se reafirma no dia-a-dia, pela linguagem comum, mantém-se e alimenta-se da tradição e da cultura, influencia a vida, o funcionamento das instituições e as relações interpessoais. Histórico de herança escravocrata, ele traz consigo o preconceito e a discriminação que afetam a população negra de todas as camadas sociais, residente na área urbana ou rural e, de forma redobrada, as mulheres negras, também vitimadas pelo machismo e pelos preconceitos de gênero, fatores que acentuam ainda mais as vulnerabilidades a que estão expostas.

## Homicídios e raça/cor

Negros(as) são vítimas de homicídio duas vezes mais que brancos(as). O mesmo se observa para homens e mulheres, respectivamente. No Brasil, em 2006, morreram 29.191 negros e 15.220 brancos por homicídio; a cada dia, morreram 80 negros e 42 brancos. O risco de morte por homicídio tem diminuído na população branca enquanto permanece estável na negra.

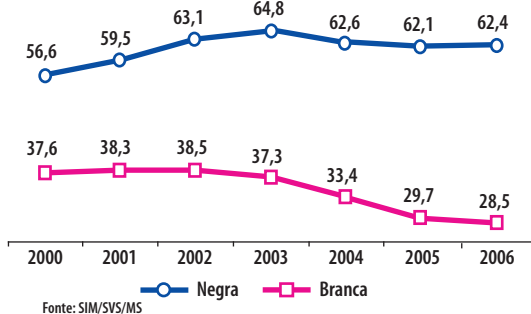
Número de homicídios por raça/cor da vítima. Brasil, 2006



**Os negros são vítimas de homicídio quase duas vezes mais que os brancos.**

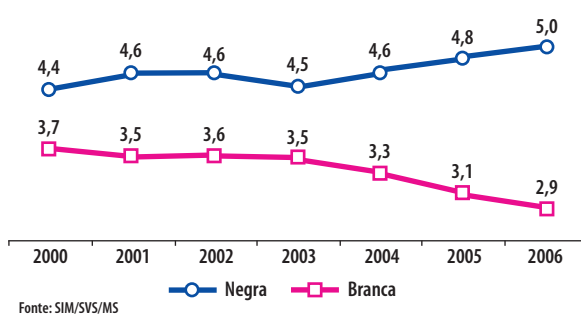
Em 2000, a taxa de homicídio era 51% maior em homens negros, comparativamente aos homens brancos. Em 2006, essa taxa aumentou para 119%.

Taxa de homicídio (por 100 mil) no sexo masculino por raça/cor da vítima. Brasil, 2000 a 2006



Nas mulheres negras, o risco de morte por homicídio tem aumentado: em 2000, a taxa de homicídio era 20% maior em mulheres negras, em relação às brancas. Em 2006, esse risco proporcional aumentou para 71%.

Taxa de homicídio (por 100 mil) no sexo feminino por raça/cor da vítima. Brasil, 2000 a 2006



Em 2003, o risco de morte por homicídio na faixa etária de 15 a 59 anos foi maior entre as pessoas que apresentaram menos de 4 anos de estudo, independentemente da raça/cor.

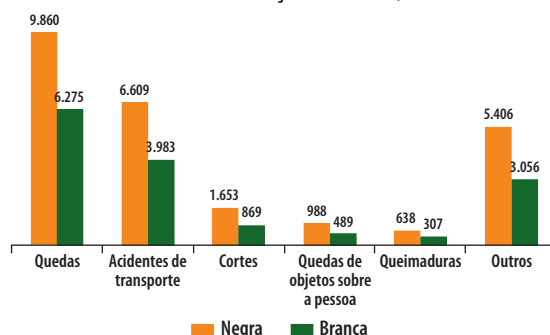
No grupo de menor escolaridade, o risco relativo de morte por homicídio foi de 1,3 vezes na população preta e 1,1 vezes na parda, frente à população branca. No grupo de maior escolaridade, o mesmo risco relativo sobe para 2,2 vezes na população preta e 1,9 vezes na população parda, em relação aos brancos.

Inquérito da VIVA realizado em alguns Municípios do país, no ano de 2006, revelou que a maioria dos atendimentos de emergência por acidentes e violências foi para negros: 61%.

Os negros predominaram entre as vítimas atendidas pelos serviços de urgência e emergência, independentemente do tipo de acidente.

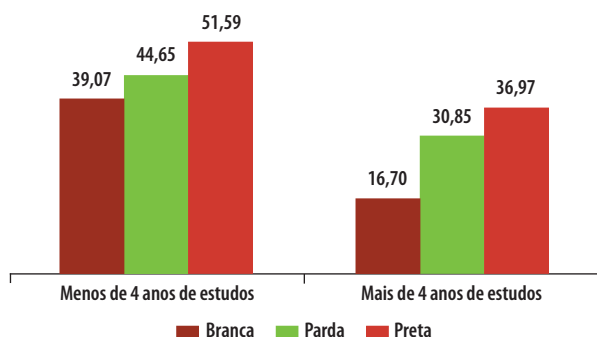
## Negros(as) são as principais vítimas em todos os tipos de violência, principalmente nos casos de agressões

Atendimentos de emergência registrados pela VIVA segundo tipo de acidentes e raça/cor. Brasil, 2006



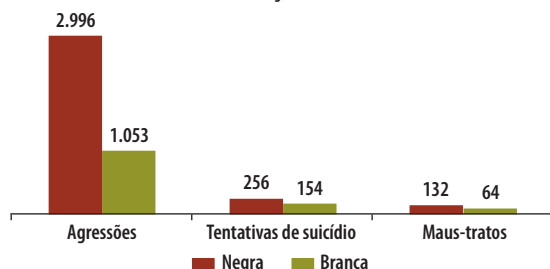
Fonte: VIVA/SVS/MS

Taxa padronizada de homicídios (por 100 mil) registrados pela VIVA segundo raça/cor e escolaridade na faixa etária de 15 a 59 anos. Brasil, 2003



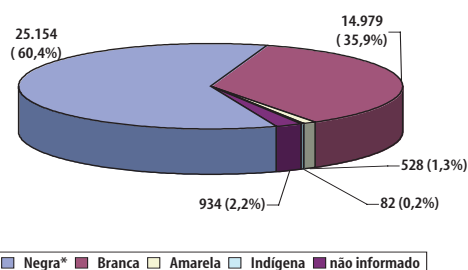
Fonte: VIVA/SVS/MS

Atendimentos de emergência registrados pela VIVA segundo tipo de violência e raça/cor. Brasil, 2006



Fonte: VIVA/SVS/MS

Distribuição dos atendimentos de emergência registrados pela VIVA segundo a raça/cor. Brasil, 2006



Fonte: VIVA/SVS/MS

### Você sabia?

- A denominação 'negra' representa a junção da raça/cor preta e parda. Nesta apresentação das informações referentes à população negra, vulnerabilidade e violências, são utilizados os termos 'branco', 'preto', 'pardo' e 'negro' para representar as categorias de análise da população de raça/cor branca, população de raça/cor preta, população de raça/cor parda e população de raça/cor negra, respectivamente.
- Na população branca entre 15 e 59 anos, quem tem menos de 4 anos de estudos tem 2,3 vezes mais risco de morrer por homicídio. Na população negra (parda e preta), esse risco aumenta para 2,9.
- Para reduzir as iniquidades em saúde, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, assessorada pelo Comitê Técnico de Saúde da População Negra, elaborou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 10 de novembro de 2006, a Política foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite em 24 de abril de 2008. Trata-se de uma política transversal, com formulação e gestão compartilhadas entre as três esferas de governo, que apresenta, entre suas principais diretrizes de ação, a implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da Saúde, nas distintas esferas de governo.

### Para saber mais:

Ações do Ministério da Saúde para a população negra  
<http://www.saude.gov.br/bvs/popnegra>



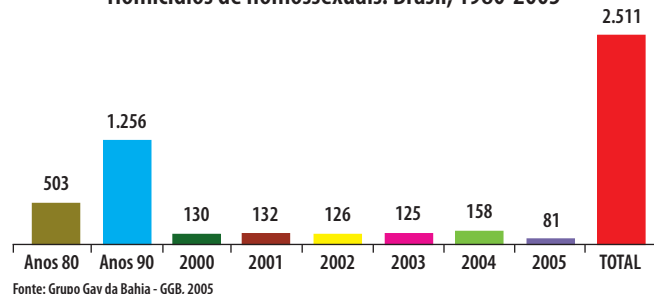
# VIOLÊNCIA POR HOMOFOBIA, LESBOFOBIA E TRANSFOBIA

O Ministério da Saúde, desde as origens da política nacional de enfrentamento da aids, acumula duas décadas de atenção especial a lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT). Hoje, a ampliação da perspectiva da integralidade na atenção à saúde desses segmentos leva o governo a reconhecer que a orientação sexual e a identidade de gênero são situações complexas e constituem importantes fatores de vulnerabilidade para a saúde. Elas implicam práticas sexuais e sociais específicas que expõem a população LGBT a agravos decorrentes do estigma, dos processos discriminatórios e de exclusão social que violam os direitos humanos, entre eles o direito à saúde, à dignidade, à não-discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento.

No período de 1980 a 2005, foram assassinados 2.511 homossexuais no Brasil, em sua maior parte vítimas de crimes homofóbicos: 72% eram *gays*, 25% travestis e 3% lésbicas. Observe-se o fato de que, no Brasil, transgêneros (travestis e transexuais) são proporcionalmente mais agredidos que lésbicas e *gays*.

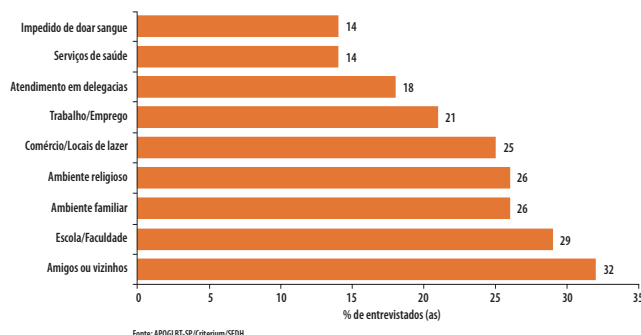
No *ranking* dos Estados com registros de crimes homofóbicos a partir de 2000, São Paulo, mais populoso, apresenta o maior número de assassinatos de homossexuais: 21 por ano. Mais preocupante, entretanto, é Pernambuco: com uma população cinco vezes menor, contabilizou, no mesmo período, 16 crimes homofóbicos anuais. Na Bahia, em Goiás e no Rio de Janeiro, acontece, em média, um crime homofóbico ao mês. Essas estatísticas, contudo, apresentam enorme oscilação: o Distrito Federal, que em 2001, registrou 11 homossexuais assassinatos, em 2004 teve apenas um; e em 2005, nenhum. Inexiste informação sobre crimes homofóbicos em sete Estados, principalmente no extremo norte, o que aponta para o fato de que o número de crimes contra a população LGBT é muito maior que os dados aqui apresentados.

Homicídios de homossexuais. Brasil, 1980-2005



Pesquisa realizada durante a 10ª Parada LGBT de São Paulo (2007) revelou que 67% dos participantes afirmaram ter sido vítimas de algum tipo de discriminação nos seguintes ambientes ou situações: emprego, comércio, serviços de saúde, escola ou faculdade, ambiente familiar; entre amigos e vizinhos, ambiente religioso, na doação de sangue, em delegacias.

Proporção de locais de ocorrência das violências contra população LGBT relatados pelos(as) entrevistados(as) na 10ª Parada LGBT de São Paulo-SP, Brasil, 2007



**59% dos entrevistados na  
10ª Parada LGBT de São Paulo-SP  
afirmaram que, devido a sua sexualidade,  
foram vítimas de agressões verbais, físicas,  
chantagens ou extorsões, violência sexual,  
ou do golpe “Boa Noite, Cinderela”.**

A maioria das violências relatadas como mais marcantes tiveram como autores pessoas desconhecidas (48%) e logo, pessoas relacionadas com o cotidiano das vítimas, como familiares (12%), colegas de escola-faculdade (11%), amigos-conhecidos (9%), vizinhos (5%), colegas de trabalho (3%), chefe (2%) e parceiros (2%), entre outros.

Dois em cada três entrevistados (67%) já sofreram algum tipo de discriminação motivada pela orientação sexual ou identidade de gênero, proporção que alcançou os 85% em travestis e transexuais.

Mais da metade dos entrevistados (59%) relatou ter sofrido algum tipo de agressão em função de sua sexualidade; principalmente agressões verbais ou ameaças de agressão (55%). Seguem, bastante distantes em grau de proporção, agressão física (15%), chantagem ou extorsão (11%), violência sexual (6%) e o golpe conhecido pela expressão “Boa Noite, Cinderela” (3%).

Pesquisa realizada sobre o Disque Defesa Homossexual (DDH), da Secretaria de Estado de Segurança do Rio de Janeiro (SESEG), revelou que nos primeiros 18 meses após a implantação do serviço (entre junho de 1999 e dezembro de 2000), foram recebidas 500 denúncias. Além de uma proporção significativa de assassinatos (6,3%), foram frequentes as denúncias de discriminação (20,2%), agressão física (18,7%) e extorsão (10,3%), reflexo de uma cultura machista e conceitos pré-formados, que resultam em opiniões muitas vezes distorcidas da realidade. (Brasil sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania, 2004).

É consenso a necessidade do enfrentamento à homofobia com base no conceito de saúde da OMS, para a qual a proteção do direito à livre orientação sexual e identidade de gênero não é apenas uma questão de segurança pública mas também de saúde, de direitos humanos e de cidadania, e também envolve, de maneira significativa, a saúde mental e a atenção a outras vulnerabilidades próprias desses segmentos.

## BOA NOITE, CINDERELA

A expressão “Boa Noite, Cinderela” foi cunhada para identificar uma situação de golpe em que um rapaz ou moça se aproxima – normalmente, em uma danceteria, um bar ou mesmo um restaurante –, entabula uma conversa e, no final da noite, oferece chiclete, bala ou bebida à vítima sem que este(a) saiba que ali se encontra uma substância entorpecente-adormecedora. Passado algum tempo, a vítima cai em sono profundo e pode permanecer nesse estado por até mais de um dia, facilitando, dessa forma, o roubo ou estupro.



### Você sabia?

- Misoginia é a aversão por tudo que se relaciona ao feminino. Por vezes, a misoginia é confundida com o machismo. Porém, ela se baseia no ódio, e o machismo fundamenta-se em uma crença na inferioridade da mulher.
- A homossexualidade foi retirada da relação de doenças pelo Conselho Federal de Medicina em 1985, vários anos antes de a OMS fazer o mesmo.
- A I Conferência Nacional da População GLBT do Brasil, realizada em Brasília-DF, no período de 5 a 8 de junho de 2008, representou um marco nos movimentos sociais dessa população.
- O termo ‘homofobia’ – homo=igual; fobia=do grego φόβος, medo – é usado para identificar as diversas formas de rejeição ou aversão ao(a) homossexual e à manifestação da homossexualidade. Ele também motivou novas versões, para outros gêneros: lesbofobia, transfobia e heterofobia.

### Para saber mais:

#### Devassos no paraíso

#### A homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade

Valioso estudo histórico documental para a antropologia e a psicanálise, dissecou a religião, analisa o homoerotismo nas artes e na mídia e revela o cotidiano homossexual em diversos depoimentos. Editora Record; 588p.

#### Brasil Sem Homofobia

Programa do Governo Federal com o objetivo de promover a cidadania e os direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT):

[http://www.presidencia.gov.br/estrutura\\_presidencia/sedh/brasilsem/index\\_html](http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sedh/brasilsem/index_html)

Relatório Anual 2005: “Assassinato de Homossexuais no Brasil”

<http://www.ggb.org.br/assassinatos2005c.html>



# MORTALIDADE POR AGRESSÕES E HOMICÍDIOS

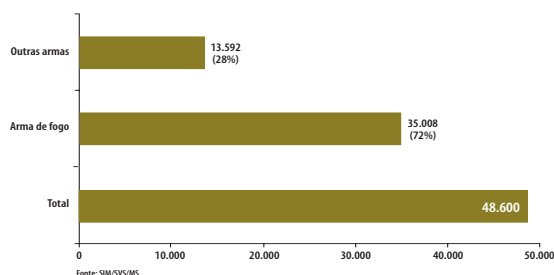
As mortes violentas são a terceira causa de mortalidade no Brasil. Entre 1980 e 2006, houve um aumento de 78% na frequência dessas mortes, de 70.212 para 125.237 óbitos. Em 2006, os óbitos por causas externas (violências e acidentes) foram mais frequentes no sexo masculino: 84%, ou 104.624 mortes.

## Homicídios

Entre 1980 e 2006, os homicídios aumentaram 249%, de 13.910 para 48.600. O homicídio é a principal causa entre as mortes violentas, das quais 72% foram por arma de fogo (35.008 mortes). No ano de 2006, ocorreram 342 mortes violentas por dia no Brasil.

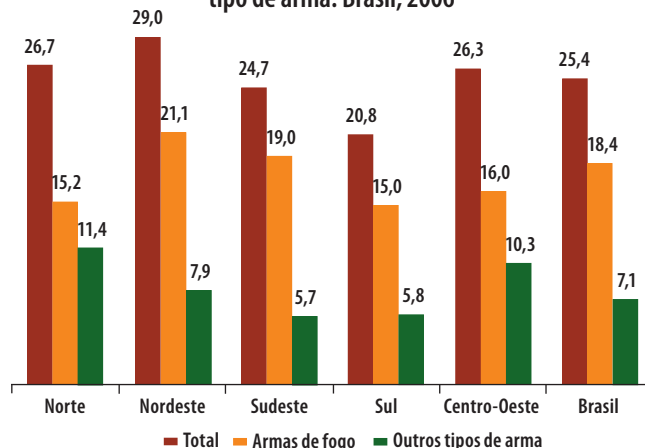
A Região Nordeste apresentou a maior taxa de homicídio total e por arma de fogo e o Sul a menor; o Norte, a maior taxa por outros tipos de arma; e o Sudeste, as menores taxas por outros tipos de arma. O Centro-Oeste foi a terceira Região com maior taxa de homicídio total.

Número e percentual de mortes por homicídio segundo tipo de arma. Brasil, 2006

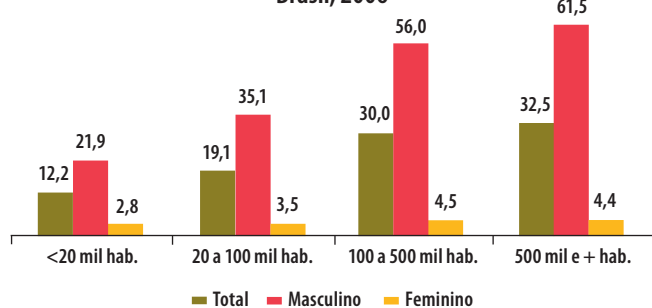


Jovens de 15 a 39 anos são as maiores vítimas de homicídios, sejam do sexo masculino ou feminino. A menor razão sexo masculino/feminino encontrada foi entre 0 e 14 anos; e a maior, entre 15 e 29 anos. A faixa etária de 15 a 39 anos concentra 79% dos homicídios.

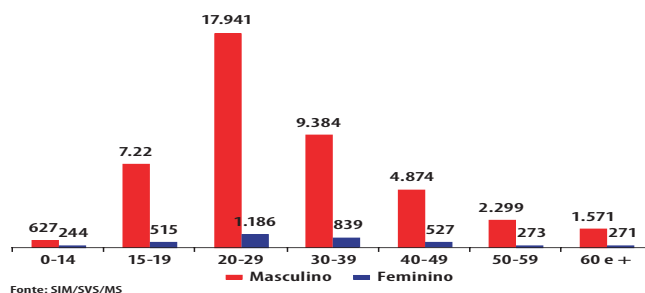
Taxa da mortalidade de homicídios segundo Região e tipo de arma. Brasil, 2006



Taxa da mortalidade de homicídios segundo sexo e porte. Brasil, 2006



Mortes por homicídio segundo sexo e faixa etária. Brasil, 2006



**Quanto maior a população do Município, maior o risco de morte por homicídio.**

Homens são os que mais morrem vítimas de homicídios, 92% (43.718) só em 2006. Neste ano, o risco de morte por homicídio no Brasil foi de 25 homicídios para cada 100 mil habitantes. O maior risco de homicídio é do sexo masculino: 48 homicídios para cada 100 mil homens; e 4 homicídios para cada 100 mil mulheres.



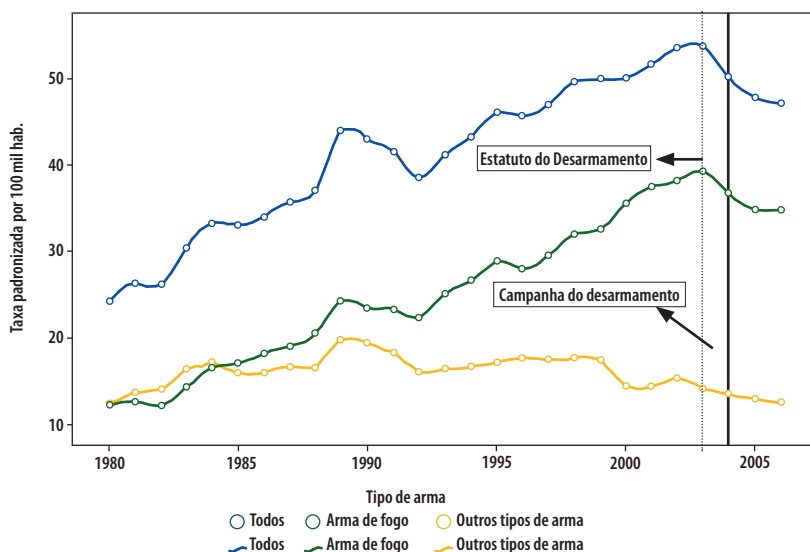
## Tendência dos homicídios no Brasil

No Brasil, observou-se aumento do risco de morte por homicídio em homens de 1980 até 2003. A partir de 2003, a taxa passou a diminuir, inclusive do homicídio por arma de fogo. O homicídio por outros tipos de arma vem diminuindo desde o início da década de 1990.

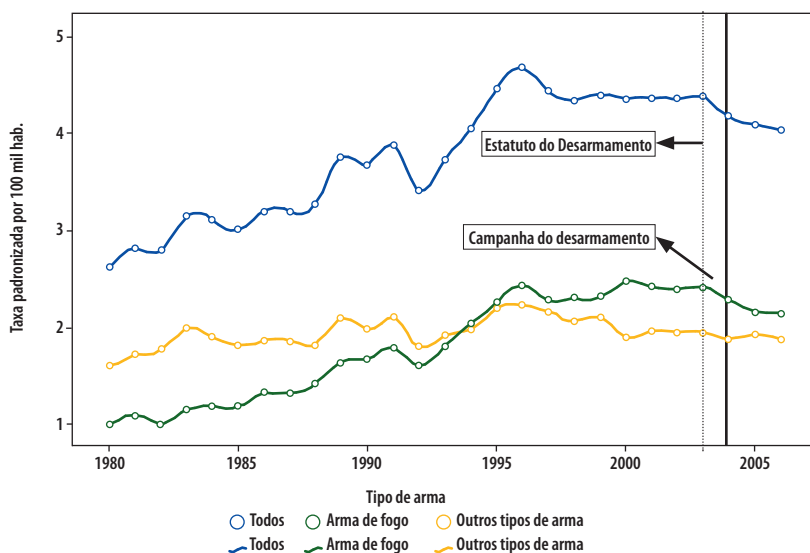
Para as mulheres, após um aumento expressivo, entre 1992 e 1996, a tendência passa a ser de estabilização a partir de 1998, com queda nos últimos 3 anos. As taxas no sexo masculino são sempre bem maiores que as do sexo feminino, em todo o período: nos homens, a maior taxa foi de 53,7/100 mil homens; e nas mulheres, de 4,7/100 mil mulheres.



**Tendência da taxa de mortalidade por homicídios em homens por tipo de arma. Brasil, 1980-2006**



**Tendência da taxa de mortalidade por homicídios no sexo feminino por tipo de arma. Brasil, 1980-2006**



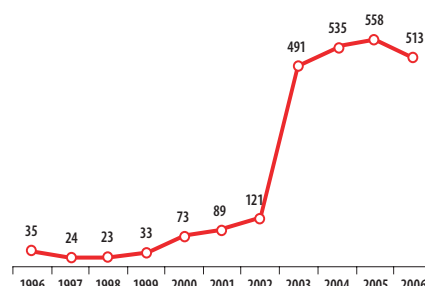
**Entre 2003 e 2005,  
foram poupadas 3.122 vidas de  
possíveis vítimas de homicídios  
por arma de fogo.**

**Em 2006,  
o número de homicídios  
por armas de fogo voltou a subir.**

No Brasil, no ano de 1996, foram registrados 35 óbitos por intervenção legal (mortes em ação policial); e 513 em 2006.

Em 1996, ocorria 1 óbito por intervenção legal para cada 1.111 homicídios; em 2002, essa relação foi de 1 para 410; e em 2006, de 1 para cada 94.

**Frequência de óbitos por intervenção legal.  
Brasil, 1996-2006**



**Para saber mais:**

**Sobre a Campanha do Desarmamento:**  
<http://www.mj.gov.br>

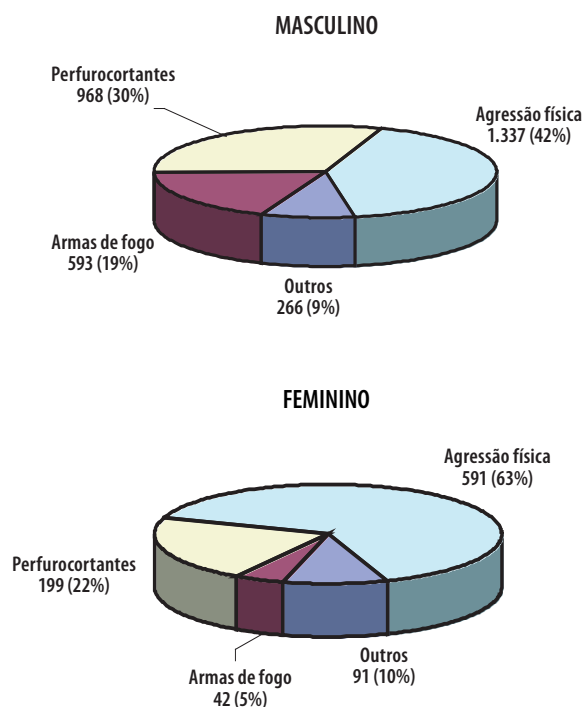


### Atendimentos por agressões em serviços de urgência

Em 2006, realizou-se uma pesquisa em alguns Municípios do Brasil para traçar o perfil das vítimas de violência e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência. Dos atendimentos por agressões, 78% (3.184) foram no sexo masculino. A agressão física foi a mais presente em ambos os sexos, com maior proporção entre as mulheres (63%). Nos homens, as agressões por armas de fogo e instrumentos perfurocortantes foram maiores que nas mulheres.

As causas externas são a primeira causa de internação em homens de 15 a 59 anos de idade. Em 2006, foram 807.079 internações relacionadas a essa causa, ou 2.211 internações por dia.

### Atendimentos de emergência registrados pela VIVA segundo sexo e tipo de agressão. Brasil, 2006

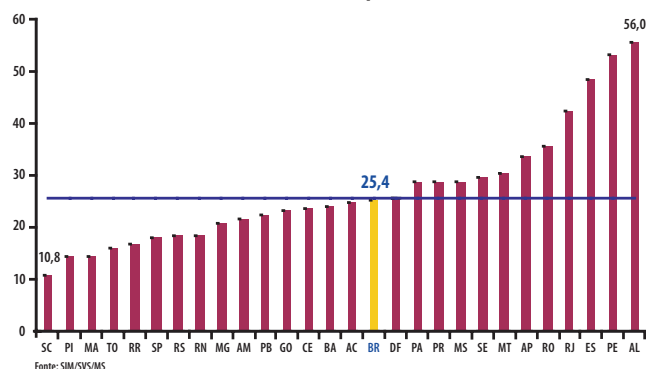


**Dados dos serviços de emergência em 40 Municípios brasileiros apontam que 47% dos homens vítimas de agressões teriam feito uso de álcool.**

### Homicídio por Estados e DF, Regiões Metropolitanas e não metropolitanas

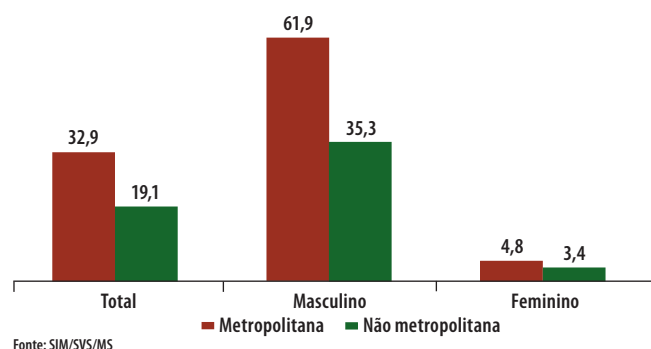
Alagoas apresentou o maior risco de morte por homicídio em 2006: 56 vítimas para cada 100 mil habitantes. Santa Catarina apresentou o menor risco, de 11 mortes por homicídios para cada 100 mil habitantes.

#### Taxa de mortalidade de homicídios por Estado e DF. Brasil, 2006



O risco de morte por homicídio é maior em Municípios de Regiões Metropolitanas, seja para o sexo masculino ou feminino. Cidades mais populosas e mais urbanizadas apresentam esse risco de morte maior.

#### Taxa da mortalidade de homicídios segundo sexo e Região Metropolitana e não metropolitana, Brasil, 2006



#### Você sabia?

- Estatuto do Desarmamento – Vidas são poupadas!
- Um dos fatores que tem contribuído para a redução da mortalidade por armas de fogo é o Estatuto do Desarmamento, instituído pela Lei Federal nº 10.826, de 22/12/03, e regulamentado pelo Decreto Presidencial nº 5.123, de 01/07/2004.
- A “Campanha do Desarmamento” de 2004, coordenada pelo Ministério da Justiça, foi uma das principais estratégias para a redução das mortes por armas de fogo.
- Este ano, a partir da publicação da Medida Provisória nº 417/2008, foi relançada a “Campanha do Desarmamento”;





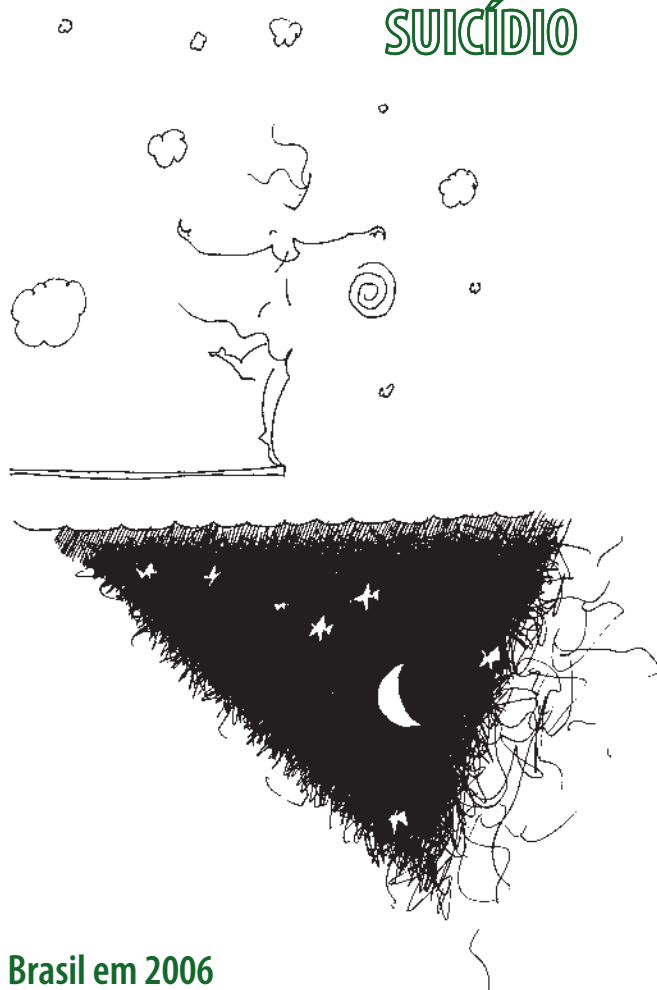
## SUICÍDIO

Segundo estimativas da OMS, o suicídio – ato humano de causar a cessação da própria vida – é uma das principais causas de morte em todo o mundo: chega a ocupar a terceira posição entre os óbitos ocorridos na faixa etária de 15 a 35 anos.

Diversos fatores já foram associados ao suicídio, principalmente os socioeconômicos. A baixa escolaridade e a pobreza, normalmente associadas entre si, além de viuvez, separação, divórcio e solidão das grandes cidades. Outros fatores incluem religião e trabalho agrícola.

No Brasil, os registros de mortes por suicídio, a despeito da possível subnotificação, apresentam-se crescentes na faixa etária do adulto jovem, principalmente no sexo masculino. Estudos realizados em diferentes cidades do Centro-Sul brasileiro indicam uma tendência de aumento na taxa de mortalidade por suicídio e a importância sobre a mortalidade masculina.

O suicídio não possui uma única causa ou razão. Ele resulta de uma complexa interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais. É difícil explicar porque algumas pessoas decidem cometer suicídio enquanto outras, em situação similar ou pior, não o fazem.



### Mortalidade por suicídio no Brasil em 2006

Em 2006, foram identificadas 8.506 mortes por suicídio no Brasil, 6,7% do total de mortes naquele ano: mais de 23 óbitos por suicídios ao dia. A cada hora, uma pessoa morre por suicídio no Brasil.

A taxa de óbitos por suicídio no Brasil em 2006 foi de 4,6 por 100 mil habitantes.

O Rio Grande do Sul teve a maior taxa de óbitos por suicídio (10,5/100 mil), seguido por Roraima e Mato Grosso do Sul com 8,4/100 mil. Os Estados com as menores taxas foram Pará (2,4/100 mil), Maranhão (2,5/100 mil) e Rio de Janeiro (2,6/100 mil).

Mortalidade por suicídio segundo Estado de residência. Brasil, 2006



***Um único caso de suicídio tem impacto direto em pelo menos seis outras pessoas, chegando a afetar centenas, quando o evento ocorre na escola ou no trabalho.***

A maioria dos óbitos foi no domicílio (55%), seguidos daqueles em que a vítima foi levada ao estabelecimento de saúde (22%). Das mortes que ocorreram no domicílio, a principal causa foi o enforcamento, o meio mais fatal, motivo porque a vítima não consegue ser referenciada para um centro de saúde.

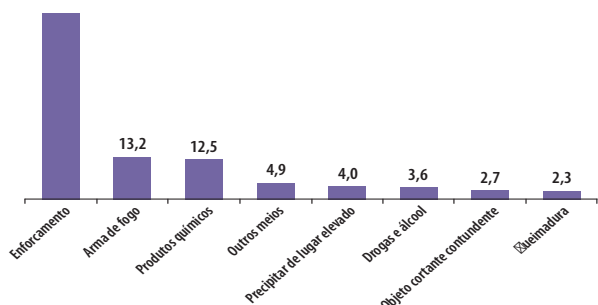


## Suicídio por faixa etária, sexo e meios utilizados

A maior proporção de suicídios ocorreu na faixa etária de 20 a 39 anos, em ambos os sexos. A maioria dos óbitos por suicídio foi do sexo masculino: 79% do total de óbitos por essa causa. Também chamam a atenção as mulheres jovens de 10 a 19 anos, que morrem por suicídio em proporção maior que os homens da mesma faixa etária.

**A maior parte dos óbitos por suicídio ocorreu no sexo masculino: 79% do total desses óbitos.**

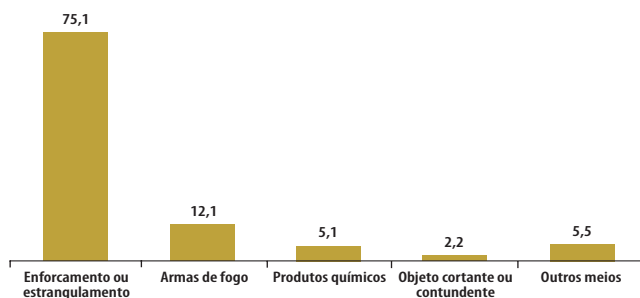
Proporção de óbitos por suicídio segundo meio utilizado (causa específica). Brasil, 2006



\*Excluído os suicídios por causa não determinada  
Fonte: SIM/SVS/MS

**Enforcamento foi o meio mais utilizado para suicídio (57,7%), seguido de disparo por arma de fogo (13,2%) e intoxicação química (12,5%).**

Proporção de óbitos por suicídio no domicílio segundo o meio utilizado. Brasil, 2006

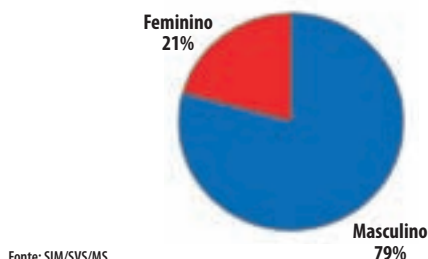


Fonte: SIM/SVS/MS

### Você sabia?

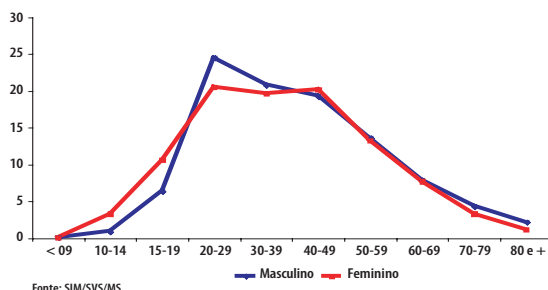
- O SUS oferece atenção em saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços extra-hospitalares de atenção diária, de base comunitária, com equipe multiprofissional (psicólogo, psiquiatra, assistente social, terapeuta ocupacional, clínico geral, enfermeiro, e outros). A rede de atenção em saúde mental possui, além dos CAPS, ambulatórios, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e outras Drogas (SHRad), leitos de atenção integral em hospital geral, ações de atenção básica, iniciativas de geração de trabalho e renda, Centros de Convivência e Cultura, e outros serviços.
- Atualmente, são 1.202 CAPS distribuídos por todo país, com maioria de profissionais capacitados, além de 23.737 equipes de Saúde da Família formadas até agosto de 2007, em que trabalham 179.070 agentes comunitários de saúde no desenvolvimento de ações de prevenção na população. Em 2009, será lançado o Plano Nacional para Prevenção do Suicídio.

Proporção de óbitos por suicídio segundo sexo. Brasil, 2006



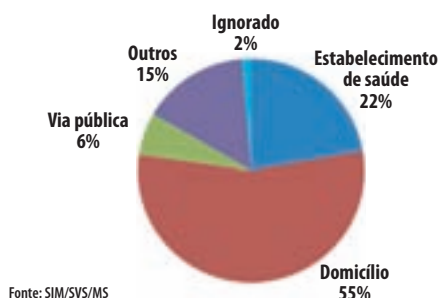
Fonte: SIM/SVS/MS

Proporção de óbitos por suicídio segundo sexo e faixa etária. Brasil, 2006



Fonte: SIM/SVS/MS

Proporção de óbitos por suicídio segundo local de ocorrência do óbito. Brasil, 2006



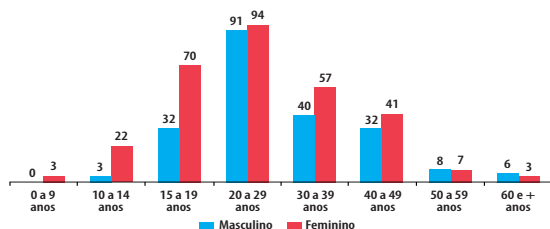
Fonte: SIM/SVS/MS



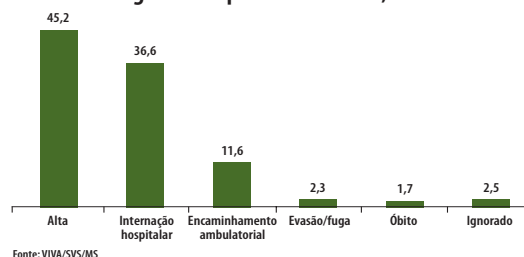
## Perfil de atendimento por tentativa de suicídio segundo a VIVA

Em 2007, o Ministério da Saúde, por intermédio da VIVA, juntamente com 40 Municípios, realizou um inquérito de atendimentos de vítimas de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência. Por 30 dias, em turnos alternados (12 horas), atenderam-se 516 tentativas de suicídio, a maioria de mulheres (58%), predominantes em quase todas as faixas etárias. Das 516 tentativas, apenas 9 (1,7%) evoluíram para óbito. A maioria dessas tentativas atendidas nas unidades de urgência e emergência foi por envenenamento (69,8%) e por objeto perfurocortante (13%).

Número de atendimentos por tentativa de suicídio registrados pela VIVA segundo faixa etária e sexo. Brasil, 2007



Proporção dos atendimentos por tentativa de suicídio registrados pela VIVA. Brasil, 2007



Atendimentos por tentativa de suicídio registrados pela VIVA segundo meio utilizado e sexo. Brasil, 2007

Meio utilizado	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Envenenamento	110	50,9	250	83,3	360	69,8
Objeto cortante	47	21,8	20	6,7	67	13,0
Outro	17	7,9	20	6,7	37	7,2
Enforcamento	13	6,0	6	2,0	19	3,7
Arma de fogo	19	8,8	0	0,0	19	3,7
Sem informação	10	4,6	4	1,3	14	2,7

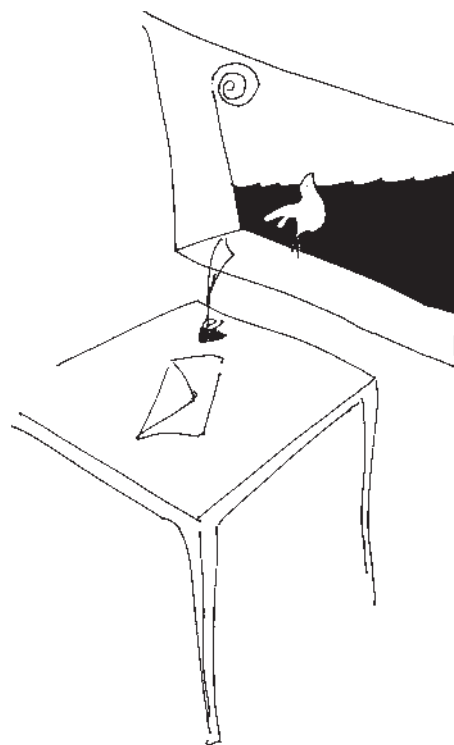
Fonte: VIVA/SVS/MS

*A cada hora,  
uma pessoa morre por suicídio  
no Brasil.*

### DIRETRIZES NACIONAIS DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

O Ministério da Saúde reconhece no suicídio uma grave questão de Saúde Pública. Uma série de ações de impacto na redução das taxas de mortes por suicídio e nos danos causados aos familiares, amigos e colegas de trabalho das vítimas podem ser tomadas. A criação de um Grupo de Trabalho para discutir o tema, por meio da Portaria nº 2.542/GM, de 22/12/05, e a publicação das 'Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio', pela Portaria nº 1.876/GM, de 14/08/06, têm como principais objetivos:

- Informar e sensibilizar a sociedade sobre a questão do suicídio como um problema de Saúde Pública, conferindo-lhe essa visibilidade.
- Desenvolver e implementar programas de prevenção de suicídio loco-regionais.
- Implementar treinamento para o reconhecimento de alto risco e promover tratamentos efetivos.
- Promover e apoiar estudos e pesquisas em suicídio e sua prevenção.
- Promover esforços para reduzir o acesso a meios letais e métodos autodestrutivos; e apoiar as iniciativas de regulação desses meios.
- Melhorar os sistemas de informações sobre suicídio e tentativas.
- Apoiar as organizações da sociedade que trabalham na prevenção do suicídio.



LINHA DO TEMPO

1989	Lei nº 7.716, de 05/07/89. Define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor.	
1990	Lei nº 8.069, de 13/07/90. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.072/90. Dispõe sobre os crimes hediondos.	
1991	Lei nº 8.242, de 12/10/91. Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente.	
1992	Decreto nº 678, de 06/11/92. Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22/11/69.	
1993	Instalação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito para tratar da prostituição infanto-juvenil. Declaração para Eliminação da Violência Contra as Mulheres.	
1994	Lei nº 8.842/1994. Institui a Política Nacional do Idoso.	
1995	‘Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher’ (Convenção de Belém do Pará). Constituição da Frente Parlamentar pelo Fim da Violência, Exploração e do Turismo Sexual contra Crianças e Adolescentes no Congresso Nacional.	
1996	Criação do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil. Declaração e Agenda para Ação aprovadas no ‘1º Congresso Mundial Contra Exploração Sexual Comercial de Crianças’ (Estocolmo, agosto/96). 10ª Conferência Nacional de Saúde. Propõe a criação de Conselhos de Segurança e Paz nos Municípios, Estados e União.	
1997	Lei nº 9.455, de 07/04/97. Define os crimes de tortura. Lei Federal nº 9.503, de 23/09/97. Institui o Código de Trânsito Brasileiro.	
1998	A Assembleia Geral da ONU proclama a primeira década do século XXI como o ‘Decênio Internacional da Promoção de uma Cultura da Não-Violência e da Paz em Prol das Crianças do Mundo’. O Governo Brasileiro e as Nações Unidas firmam o ‘Pacto Comunitário contra a Violência Intra-Familiar’. Lei nº 9.777, de 29/12/98, sobre o trabalho escravo. Altera o Código Penal: Arts. 132, 203 e 207 do Decreto-Lei nº 2.848, de 07/12/40.	
1999	A Organização das Nações Unidas proclama o ‘Dia Internacional pela Eliminação da Violência contra as Mulheres – 25 de Novembro’. Lei Federal nº 9.807/1999. Estabelece normas para organização e manutenção de programas especiais de proteção a vítimas e testemunhas ameaçadas.	
2000	A Secretaria Especial de Direitos Humanos/PR institui o Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil. Convenção 182, da Organização Internacional do Trabalho (19/11/00). Dispõe sobre a proibição das piores formas de trabalho infantil e ação imediata para sua eliminação. Lei nº 9.970, de 17/05/00. Institui o ‘Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes – 18 de maio’. 11ª Conferência Nacional de Saúde. Considera a violência um problema de Saúde Pública.	
2001	Portaria MS/GM nº 737, de 16/05/01. Instituiu a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Portaria MS/GM nº 1.968, de 25/10/01. Dispõe sobre a notificação de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do SUS. Lei nº 10.224, de 15/05/01. Altera o Código Penal. Dispõe sobre o crime de assédio sexual; e dá outras providências.	
2002	Portaria MS/GM nº 344, de 19/02/02. Implanta o Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito – <i>Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde</i> . Divulgação do ‘Relatório Mundial sobre Violência e Saúde’ pela OMS.	
2003	Lei nº 10.741, de 01/10/03. Define o Estatuto do Idoso. Lei nº 10.826, de 22/12/03. Implanta o Estatuto do Desarmamento. Lei nº 10.778 de 24/11/03. Estabelece a notificação compulsória de violência contra a mulher em serviços públicos ou privados de saúde. Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro. Lei nº 10.714, de 13/08/03. Autoriza o Poder Executivo a dispor, em âmbito nacional, número telefônico para denúncias de violência contra a mulher. Decreto nº 4.886, de 20/11/03. Institui a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial.	
	Decreto-Lei nº 5.099, de 03/06/04. Regulamenta a Lei nº 10.778/03, que obriga a notificação compulsória de violência contra a mulher. A Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres/PR cria o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Plano de Ação 2004-2007. Portaria MS/GM nº 936, de 19/05/04. Define a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação de seus Núcleos (NPVS) em Estados e Municípios. Portaria Interministerial MS-SFDM-SFPM nº 1.426/2004. Aprova as diretrizes da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória.	
2		