

 Observa Saúde.SP

Observatório de Saúde da
Região Metropolitana de São Paulo



Fundap

Aspectos da Violência na Região Metropolitana de São Paulo 2012

*Trabalho realizado em parceria entre o PROAHSA
e o Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo*



Orientação

Álvaro Escrivão Junior

Supervisão

Carolina Lopes Zanatta

Autores

Bernardo Filgueiras Sobral Vieira

Fernanda Nirçosa Siqueira Marques da Costa

Leonardo Petramale de Souza Pereira

Marianna Bartelega Magalhães

Marizilda Machado Brizzotti

Paulo Henrique Marques Caproni

Priscila Cruzatti de Oliveira

Tereza Barczinski

Vitor Hugo Garcia Okuda

Viviane Franceschet Vasconcelos

Agradecimentos

À equipe do Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo: Eduardo A. Izumino, Elisabete Kudzielicz, Pedro Dimitrov e Rubens Moryia e a todos profissionais que contribuíram para a realização deste documento e compartilharam conosco conhecimentos, informações e experiências.

SUMÁRIO

I. Introdução	2
II. Objetivo Geral do Estudo	5
III. Dificuldades Encontradas	5
IV. Violência Sexual.....	7
V. Violência em Instituições Hospitalares	27
VI. Homicídios.....	36
VII. Suicídios	54
VIII. Maus Tratos Infantis	70
IX. Conclusão e Recomendações	82
X. Bibliografia.....	84

I. INTRODUÇÃO

No Brasil, o tema acidentes e violências no âmbito da saúde somente ganhou notoriedade na década de 90, embora desde a década de 80 elas já se destacarem como segunda causa de óbito no país. (MINAYO, 2004). As “causas externas” nome que na Classificação Internacional de Doenças define as mortes e lesões causadas pelas violências, também foi alvo de preocupação da Organização Mundial da Saúde. Em 2002, foi publicado um relatório chamado Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, que discutia o panorama desta ocorrência no mundo, aproximando o tema ao contexto da saúde (WHO, 2002).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1996), violência é caracterizada como:

[...] o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grandes possibilidades de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (WHO, 1996, p. 04).

Já para a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, do Ministério da Saúde, a violência é entendida como “o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros” (BRASIL, 2001, p. 07).

Essa Política visa orientar a atuação do setor saúde, por meio do estabelecimento de diretrizes e responsabilidades institucionais, nas quais estão contempladas e valorizadas medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses eventos, mediante o estabelecimento de processos de articulação com diferentes segmentos sociais. As diretrizes são as seguintes:

- Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis;
- Monitorização da ocorrência de acidentes e de violências;
- Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;
- Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências;
- Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação;
- Capacitação de recursos humanos e
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Em função do crescimento dos acidentes e das violências, da relativa inconsistência dos dados e da ausência de registros e conhecimento sobre certos agravos e à determinação dos fatores de risco associados a cada um deles, somente nos últimos anos é que têm sido desencadeadas algumas tentativas pontuais de estruturação de sistemas de informação mais integrados, ágeis e atualizados, objetivando a vigilância epidemiológica destes eventos (BRASIL, 2001).

Atualmente, a violência vem sendo investigada em bases de dados de mortalidade, morbidade e ocorrências policiais que apresentam informações incompletas ou praticamente inexistentes. Por outro lado, são dados oficiais que permitem analisar e inferir algumas conclusões, mesmo que parciais (MINAYO, 1994).

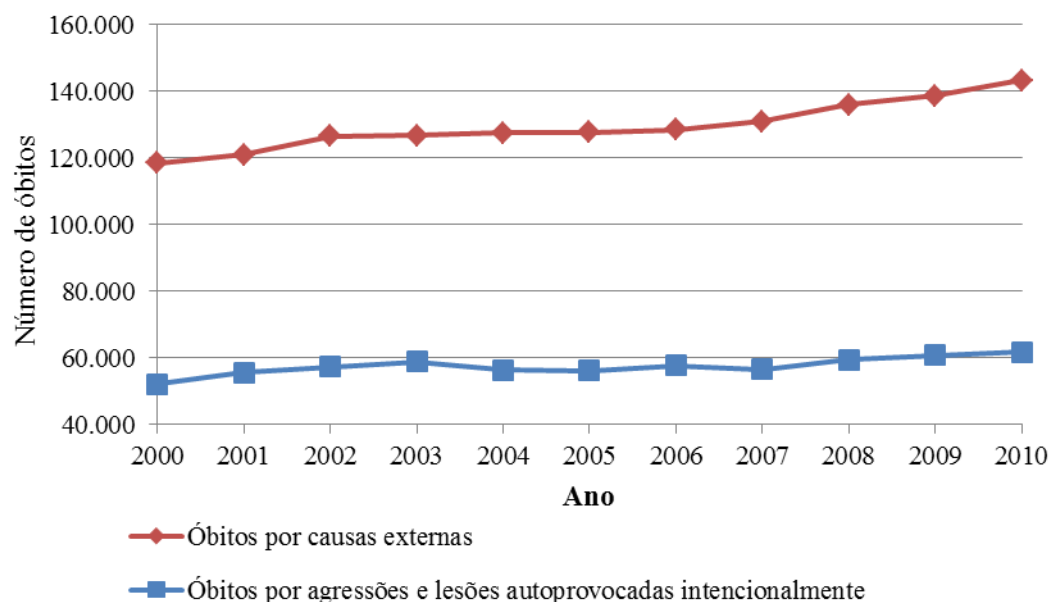
Para elaborar reflexões sobre a violência é importante reconhecer sua complexidade. Como já se referiu, os problemas de acesso e qualidade das bases de dados dificultam a apreensão da essência do fenômeno, suas origens e sua relação com o meio o que compromete a programação de ações de prevenção, atenuação e redução de danos (MINAYO, 2006).

No Brasil, segundo o Sistema de Morbidade Hospitalar do SUS por Causas Externas, entre os anos de 2008 a 2011, ocorreram 3.542.482 internações devido a causas externas. Destas, 198.054 (5,6%) foram referentes às agressões (CID X60-X84) e Lesões autoprovocadas voluntariamente (CID X85-Y09), temas abordados pelo estudo (DATASUS, 2012; MS/SVS/DASIS - SIM, 2012).

O impacto econômico dos acidentes e das violências no Brasil pode ser medido diretamente por meio dos gastos hospitalares com internação, inclusive em unidades de terapia intensiva, e dias de permanência geral e, as hospitalizações por lesões e envenenamentos representam um gasto/dia cerca de 60% superior à média geral das demais internações (LUNES, 1997).

Da mesma forma, entre 2000 a 2011, foram observadas 1.424.970 mortes por causas externas no Brasil, segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade. As agressões e lesões autoprovocadas voluntariamente constituíram 44,4% (632.981) das mortes por estas causas no mesmo período. O Gráfico 01 demonstra a série histórica da mortalidade, evidenciando aumento (DATASUS, 2012; MS/SVS/DASIS - SIM, 2012).

Gráfico 1. Série histórica do nº absoluto de óbitos por causas externas e lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil - 2000 a 2010



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

A violência ganha visibilidade e disseminação nos meios de comunicação, tanto na ficção quanto no jornalismo. A interação com a mídia afeta principalmente crianças e adolescentes, influenciando atitudes, crenças e comportamentos. Em geral, a violência é apresentada de forma sensacionalista e descontextualizada. Por outro lado, os suicídios costumam ser pouco noticiados, usando-se a desculpa de que isso poderia aumentar o comportamento suicida em populações vulneráveis. Contudo, estudos mostram que a mídia poderia ter um papel importante na prevenção de todas as formas de violência e na construção de políticas públicas, trazendo questões para debate na sociedade e, conseqüentemente, nas instâncias governamentais.

Fatores econômicos também influenciam a ocorrência de violência. Recessões resultam em aumento nas taxas de mortes prematuras associadas às violências intencionais. Durante a crise econômica na Europa, por exemplo, as taxas de suicídio aumentaram acentuadamente. Em alguns países, como a Grécia e Irlanda, os casos de suicídio apresentaram um incremento de 17% e 13%, respectivamente, entre os anos 2007 e 2008 (STUCKLER, 2009, 2011).

Com o intuito de estudar o fenômeno da violência na Região Metropolitana de São Paulo, foi necessário realizar os seguintes recortes devido ao tamanho do universo deste tema, viabilizando o seu estudo:

- Violência sexual à mulher
- Violência em Instituições Hospitalares
- Homicídios
- Suicídios
- Maus tratos infantis

II. OBJETIVO GERAL DO ESTUDO

O objetivo desse estudo foi levantar de bases de dados e informações sobre violência em instituições hospitalares na Região Metropolitana de São Paulo e propor possíveis soluções aos problemas identificados.

III. DIFICULDADES ENCONTRADAS

Em relação aos acidentes e às violências, ainda é bastante precário o conhecimento disponível, seja em nível nacional, seja regional ou mesmo local. Apesar de existirem várias fontes de dados a partir das quais se pode investigar, cada uma é constituída de modo a satisfazer as necessidades institucionais que as geraram. Além disso, sofrem diretamente influências das limitações características dos sistemas de notificação. Assim, os resultados das investigações podem ser divergentes, dependendo da fonte consultada, podendo causar distorções e erros interpretativos. Essas limitações comprometem o planejamento logístico e estratégico da atenção à saúde no âmbito da violência. Soma-se a essas questões a dificuldade de acesso aos dados, que nem sempre foram disponibilizados para o presente estudo.

Especificamente, no caso da violência sexual à mulher, foram encontrados:

- Dificuldade de acesso completo às informações de ocorrências policiais do INFOCRIM, no que diz respeito aos homicídios e a violência sexual a mulher e
- Limitações e falta de coerência nas bases do SINAN (Sistema de Notificação de Violências e Agravos), com discrepâncias entre dados Estaduais e Federais.

Não foi possível mapear a violência em instituições hospitalares devido a:

- Poucas bases de dados existentes;
- Dificuldades de acesso às bases de dados da Ouvidoria da SES – SP e do COREN – SP e
- Limitação das bases disponíveis.

Muitas das dificuldades encontradas durante a pesquisa sobre homicídios foram em relação à:

- Comparação entre as diferentes bases de dados, que possuem particularidades e objetivos distintos e
- Validação dos diagnósticos levantados durante a execução do trabalho.

Em relação ao suicídio, as maiores dificuldades encontradas foram:

- Poucos estudos epidemiológicos sobre suicídio no Brasil;
- Baixa qualidade da informação contida nos certificados de óbito e
- Ausência de notificação compulsória das tentativas de suicídio, dificultando contabilizá-las e analisá-las em cada Região de Saúde.

Quanto à violência infantil, as notificações emitidas pelos conselhos tutelares são, de maneira geral:

- Preenchidas de forma não padronizada;
- Armazenadas de maneira inadequada, podendo ser perdidas e
- Dificilmente seguem o fluxo pressuposto entre os órgãos judiciais e de administração pública.

IV. VIOLÊNCIA SEXUAL

CONTEXTO

Violência de gênero

Para melhor compreensão da expressão violência de gênero, é preciso entender os conceitos de sexo e de gênero, assim como suas diferenças. O conceito de sexo está ligado às diferenças anatômicas e fisiológicas das genitálias feminina e masculina. Gênero é um conceito das Ciências Sociais usado como referencial teórico para análise e compreensão da desigualdade entre o que é atribuído à mulher e ao homem e como esta desigualdade é construída cultural e socialmente é baseada nas diferenças entre as características físicas dos homens e das mulheres. As mulheres são vistas como “frágeis e dóceis”, enquanto os homens como “viris, fortes e provedores”. O estereótipo vem de longa data, sendo, desde sempre, mais ou menos presente em cada momento da comunidade (GOMES, 2007).

Violência de gênero segundo a OMS é conceituada a partir de 2010, como:

[...] qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, inclusive decorrente de discriminação ou desigualdade étnica, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público quanto no privado.

A violência contra a mulher pode se manifestar de diversas maneiras e recebe designações diferentes de acordo com o tipo de agravo, assim: violência física é qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal e pode ser expressa por tapas, socos, empurrões, beliscões, pontapés, arranhões, puxões de orelha e de cabelos; violência psicológica é qualquer conduta que lhe cause dano emocional, diminuição da autoestima e identidade, afetando a saúde psíquica, deixando marcas que não aparecem no corpo; violência sexual é qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; violência patrimonial constitui qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos; violência moral é qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

A violência de gênero, decorrente do poder, privilégios e controle masculinos sobre a mulher, é considerada um dos mais graves problemas sociais do mundo atual. Atinge as mulheres independentemente de idade, cor, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual ou condição social. O efeito é sobretudo social, pois afeta a saúde, o bem-estar, a segurança, as possibilidades de educação e desenvolvimento pessoal e conseqüentemente a autoestima das mulheres.

A violência contra a mulher caracteriza-se como um problema social porque as conseqüências ultrapassam o prisma individual para ser um grave problema de saúde pública, tendo em vista a magnitude de sua incidência, assim como seus efeitos prejudiciais sobre a saúde e a vida.

A Organização Mundial de Saúde, em novembro de 2002, divulgou informe no qual considera que o risco de um homem agredir fisicamente a mulher está relacionado, principalmente, com a pobreza, a educação precária, a delinquência e ao consumo excessivo de álcool e outras drogas. No entanto, mulheres acabam sendo mais vulneráveis na sociedade onde há grande desigualdade entre os sexos.

A percepção social de que a violência de gênero é um problema de maior gravidade aponta para o reconhecimento de sua existência e das sérias conseqüências que atingem física e psicologicamente as mulheres vitimadas. Pesquisa realizada pelo Instituto Ibope, em maio de 2006, sobre a percepção e as reações da sociedade em relação à violência contra a mulher, mostra que, para 33% da população brasileira, a violência contra as mulheres (dentro e fora de casa) é considerada como o problema que mais preocupa a população feminina na atualidade e, para 55% da população, este é um dos três principais problemas que afligem as mulheres.

As conseqüências decorrentes de violência vêm ganhando cada vez mais visibilidade, tendo se tornado uma questão importante para a Saúde Pública no Brasil e no mundo e reconhecida pela ONU e por alguns governos como um problema legítimo de direitos humanos.

Reduzir a morbimortalidade pelas formas mais frequentes de violência constitui um grande desafio para o setor saúde.

A violência, pelo número de vítimas e a magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num

problema de saúde pública em muitos países (...). O setor saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e social. (MINAYO, 1999)

A violência tem um impacto importante nos serviços de saúde uma vez que muitos casos, antes de entrarem na esfera jurídica, convergem para essas instituições.

Em relação aos aspectos jurídicos a definição de violência sexual mais recente consiste na alteração do Título VI do Código Penal, que acaba com o atentado violento ao pudor e com a tentativa de estupro. Esta mudança incorpora estes crimes juntamente ao ato de estupro, com o intuito de garantir uma proteção maior a vítima. A Lei nº 12.015/2009, formalizadora desta medida, conceitua a violência sexual de forma mais ampla, de maneira a instituir as mudanças necessárias. O trecho da definição está transcrito abaixo:

Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso.

Apesar da violência de gênero constituir um amplo espaço de discussões e pesquisas, o presente estudo tem por objetivo analisar a situação atual da violência sexual. O enfoque será direcionado mais especificamente no panorama da região metropolitana de São Paulo.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva quantitativa, realizada em 2011 e 2012 utilizando-se de bases de dados do SUS (Sistema de Informações Hospitalares - SIH), do Serviço Técnico de Apoio às Delegacias de Polícia de Defesa da Mulher – DGP e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Os dados utilizados do Serviço Técnico de Apoio às delegacias de Polícia de Defesa da Mulher – DGP contemplaram os anos de 2002 a 2010, contendo somente informações das cidades que possuem Delegacias da Mulher implementadas. Atualmente a Região Metropolitana possui 21 delegacias especializadas, localizadas na cidade de São Paulo (9), Cotia (1), Mogi das Cruzes (1), Embu (1), Taboão da Serra (1), Barueri (1), Carapicuíba (1), Osasco (1), Diadema (1), Mauá (1), Santo André (1), São Bernardo do Campo (1), Francisco Morato (1), e Guarulhos (1).

Já em relação aos dados do DATASUS foram coletados os dados do Sistema de Informações Hospitalares, na base Morbidade Hospitalar do SUS por Causas Externas - São Paulo. Pesquisou-se por local de internação e residência de 2000 a 2011, selecionando o grupo de mulheres de 10 a 80 anos e mais. O CID (Classificação Internacional das Doenças) usado para levantamento das internações foi o Y05: agressão sexual por meio da força física.

Pela plataforma do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), foram filtrados dados das notificações de violência sexual a mulher por local de ocorrência e notificação, no período de 2009 a 2011. As faixas etárias escolhidas foram de 10 a 60 anos e mais.

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados de acordo com cada base de dado explorada.

SINAN - Sistema de Informação de Agravos e Notificação

Segundo o SINAN, no Estado de São Paulo entre os anos de 2009 a 2011, ocorreram 8481 casos de violência sexual, sendo que 7067 (83,3%) foram a mulheres. Da mesma forma, observa-se que 1203 (24,9%) das notificações deste período envolveram mulheres, entre 10 e mais de 60 anos, da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP). Através dos dados apresentados, foi possível visualizar uma ligeira queda da tendência nas notificações no período estudado.

Tabela 1. Número de notificações de violências sexuais (por local de ocorrência), entre os anos de 2009 a 2011.

Ocorrências	2009	2010	2011	Total
Estado de São Paulo	2.485	3.002	2.994	8.481
Envolvendo mulheres no Estado de São Paulo	2.046	2.514	2.507	7.067
Envolvendo mulheres entre 10 a 60 anos e mais, no Estado de São Paulo	1.352	1.721	1.765	4.838
Envolvendo mulheres entre 10 a 60 anos e mais, na Região Metropolitana de São Paulo	436	366	401	1.203

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN/MS

Observamos na tabela acima que o número de notificações parece ser inferior se comparada ao grande volume populacional desta região. Isto denota subnotificação dos casos de violências sexuais a mulheres, fato comum quando se avalia dados desta natureza. É possível atribuir diversos motivos para esta situação, sendo o mais ressaltado o despreparo profissional dos trabalhadores em saúde ao lidarem com a violência.

Visualizamos, entretanto, que existem diferenças entre as Regiões Metropolitanas de São Paulo, sendo que em determinadas localidades o número de ocorrências foi mais significativo. Observamos na tabela abaixo as variações nas Microrregiões da Região Metropolitana de São Paulo.

Tabela 2. Número de notificações de violência sexual a mulheres (por local de ocorrência), de 10 a 60 anos e mais, por Microrregião da Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2009 a 2011

Localidade	2009	2010	2011	Total
Alto do Tietê	30	38	40	108
Franco da Rocha	25	41	40	106
Grande ABC	196	130	168	494
Guarulhos	52	56	39	147
Mananciais	41	30	28	99
Rota dos Bandeirantes	74	53	63	190
São Paulo	18	18	23	59

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN/MS

Apesar da tendência na Região Metropolitana não ter sofrido alterações significativas ao decorrer dos anos estudados, quando avaliamos os dados desagregados por Microrregiões observamos que determinados locais possuem números mais expressivos em relação a outros. Assim sendo, o Grande ABC foi o local com maior número absoluto no período de 2009 a 2011, responsável por 41,1% das notificações por local de ocorrência. Em seguida temos a Rota dos Bandeirantes, com 15,8%. Da mesma forma, ao buscar no SINAN as notificações por local de notificação, foi possível visualizar que estas duas Microrregiões são as que mais apresentaram registro da violência sexual.

Tabela 3. Número de notificações de violência sexual às mulheres, (por local de notificação) de 10 a 60 anos e mais, por Microrregião da Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2009 a 2011

Localidade	2009	2010	2011	Total
Alto do Tietê	36	53	48	137
Franco da Rocha	30	49	47	126
Grande ABC	229	220	239	688
Guarulhos	57	64	46	167
Mananciais	50	63	48	161
Rota dos Bandeirantes	81	58	74	213
São Paulo	0	0	1	1

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN/MS

Porém, para efeitos de comparação mais efetiva sobre as ocorrências, utilizamos o coeficiente de notificação por 100.000 habitantes, referentes ao ano de 2009 e 2010.

Tabela 4. Coeficiente de notificação de violência sexual a mulheres, (por local de ocorrência) de 10 a 60 anos e mais, por Microrregião da Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2009 a 2010 (por 100.000 mulheres)

Localidade	2009	2010
Alto do Tietê	2,54	3,28
Franco da Rocha	11,9	18,74
Grande ABC	16,83	11,24
Guarulhos	8,27	8,97
Mananciais	10	6,99
Rota dos Bandeirantes	9,47	7,03
São Paulo	0,36	0,35

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN/MS

O Grande ABC e Franco da Rocha demonstraram os maiores coeficientes no período, sendo que juntos representaram 50% (n =600) das notificações entre os anos estudados. As regiões periféricas aparentemente foram as que apresentaram maior ocorrência, sendo São Paulo o local com as menores taxas. Acredita-se que as taxas de São Paulo são devido ao fato da cidade possuir atualmente um software próprio para a notificação de violências, que ainda não possui interlocução efetiva com o SINAN dificultando a interpretação dos dados.

Uma questão importante é a avaliação da faixa etária aonde a violência sexual à mulher é mais predominante. Segundo a literatura, a idade mais frequente da ocorrência está na faixa de 15 a 29 anos (OSHIKATA, 2005), geralmente cometida por seus parceiros. Segundo os dados do SINAN, 81% das notificações de violências sexuais a mulheres nos municípios da RMSP, no período de 2009 a 2011 ocorreram entre a faixa etária de 10 a 29 anos.

Tabela 5. Número de notificações de violência sexual a mulheres, (por local de ocorrência) por faixa etária na Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2009 a 2011

Faixa etária	2009	2010	2011	Total
10 a 14	177	149	147	473
15 a 19	90	80	86	256
20 a 29	91	64	95	250
30 a 39	42	46	38	126
40 a 49	21	17	27	65
50 a 59	8	5	6	19
60 e mais	7	5	2	14

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN/MS

Para melhor comparação, utilizamos novamente o coeficiente de notificação por 100.000 habitantes, de forma a localizar a faixa etária com maior expressividade.

Tabela 6. Coeficiente de notificação de violência sexual a mulheres, (por local de ocorrência) por faixa etária na Microrregião da Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2009 a 2010 (por 100.000 mulheres)

Faixa etária	2009	2010
10 a 14	22,65	18,7
15 a 19	11,46	10,31
20 a 29	4,92	3,48
30 a 39	2,43	2,67
40 a 49	1,49	1,18
50 a 59	0,75	0,45
60 e mais	1,13	0,76

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN/MS

Entre os dois anos analisados, visualizamos uma diminuição dos coeficientes, sendo que a maior incidência está na faixa de 10 a 29 anos. Porém, devido à pequena série histórica, não é possível estabelecer uma avaliação acurada sobre como a violência sexual se comporta entre as faixas etárias. Outras pesquisas demonstram que as mulheres jovens correm um risco maior em sofrer esse tipo de agressão, como a conduzida por Faúndes *et al.* (2006). Acredita-se que as mulheres jovens são o alvo preferido dos agressores sexuais, devido à sua vulnerabilidade e imaturidade social.

Dados obtidos pelo Serviço Técnico de Apoio às Delegacias de Polícia de Defesa da Mulher – DGP

Os dados obtidos pela pesquisa são referentes ao Serviço Técnico de Apoio às Delegacias de Polícia de Defesa da Mulher – DGP, de 2002 a 2010. Foram contempladas 14 cidades da Região Metropolitana, uma vez que somente elas possuem as Delegacias da Mulher. A tabela com as delegacias está abaixo:

Tabela 7. Relação das Delegacias da Mulher da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP)

Microrregião da RMSP	Cidades	QTD
Alto do Tietê	Mogi das Cruzes	1
	Cotia	1
Mananciais	Embu	1
	Taboão da Serra	1
Rota dos Bandeirantes	Barueri	1
	Carapicuíba	1
	Osasco	1
Grande ABC	Diadema	1
	Mauá	1
	Santo André	1
	São Bernardo do Campo	1
São Paulo	São Paulo	9
Franco da Rocha	Francisco Morato	1
Guarulhos	Guarulhos	1
Total de Delegacias da Mulher na RMSP	-	21

Fonte: Serviço Técnico de Apoio às Delegacias de Polícia de Defesa da Mulher – DGP,

Foram solicitados também os dados pertinentes às ocorrências efetuadas em delegacias comuns, porém, não foi possível o acesso às informações até o momento de finalização do relatório. Para efeitos de melhor comparação, foram somados todos os crimes de natureza sexual do período, isto é, foi considerada para todos os anos a soma entre os estupros, atentados violentos ao pudor e crimes sexuais sem violência. Observou-se, entre 2002 a 2010, 14.507 ocorrências policiais de crimes sexuais nas cidades estudadas. A razão de boletins de ocorrência por 100.000 mulheres está descrita na tabela abaixo, assim como os números absolutos.

Tabela 8. Número de boletins de ocorrência devido a crimes de natureza sexual nas cidades da Região Metropolitana que possuem Delegacia da Mulher

Cidade	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Barueri	0	0	0	17	46	46	48	63	66
Carapicuíba	10	37	45	27	36	38	37	74	78
Cotia	27	47	46	43	51	50	37	41	40
Diadema	32	57	46	53	45	51	42	38	44
Embu	26	52	46	38	46	42	61	89	47
Fco. Morato	24	50	51	63	67	68	46	58	42
Guarulhos	132	207	180	238	221	217	215	138	69
Mauá	38	100	104	86	70	74	68	115	116
Mogi das Cruzes	30	103	85	100	101	92	77	103	110
Osasco	84	61	76	49	51	31	34	61	42
Santo André	28	61	58	58	41	24	28	46	37
São Bernardo do Campo	38	53	72	70	65	52	66	86	80
Taboão da Serra	24	48	54	56	61	57	29	33	31
São Paulo	524	840	906	812	771	704	806	913	823

Fonte: Serviço Técnico de Apoio às Delegacias de Polícia de Defesa da Mulher – DGP,

Tabela 9. Razão de boletim de ocorrência devido a crimes de natureza sexual nas cidades da Região Metropolitana que possuem Delegacia da Mulher (por 100.000 mulheres)

Cidade	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Barueri	0	0	0	13,1	34,2	33	35,6	45,8	53,4
Carapicuíba	5,5	20	23,9	13,8	18,1	18,7	18,6	36,8	41
Cotia	33,9	57,5	54,9	48,6	56,1	53,5	40,8	44,4	39
Diadema	17,1	30	23,9	26,7	22,3	24,6	20,6	18,5	22,1
Embu	23,4	45,8	39,6	31,2	36,8	32,7	48,7	69,9	38,1
Fco. Morato	33,2	66,9	66,1	76,2	78,4	76,9	59,1	73,5	54
Guarulhos	22,9	35,1	29,8	37,4	33,9	32,3	32,8	20,7	11
Mauá	19,8	51,2	52,4	41,7	33,3	34,3	32,2	53,7	54,5
Mogi das Cruzes	17,3	58,3	47,4	53,8	53,4	47,6	40,6	53,7	55,3
Osasco	24,4	17,5	21,6	13,5	13,9	8,3	9,2	16,3	12,1
Santo André	8,3	17,9	16,9	16,8	11,8	6,8	8	13,1	10,5
São Bernardo do Campo	10,1	13,9	18,5	17,3	15,7	12,2	15,8	20,4	20,2
Taboão da Serra	22,6	44,3	49	48,9	52,3	47,6	24,7	27,8	24,3
São Paulo	9,4	15	16,1	14,2	13,4	12	13,9	15,6	13,9

Fonte: Serviço Técnico de Apoio às Delegacias de Polícia de Defesa da Mulher – DGP,

Nos anos de 2002 a 2010, a cidade de Carapicuíba foi a que demonstrou o maior crescimento médio anual no registro de boletins de ocorrência, sendo de 25,6%, mantendo o maior aumento entre 2005 a 2010, com 19,3%. Já Guarulhos, obteve uma queda nos registros, com -7,0% entre 2002 a 2010 e -18,6% entre 2005 e 2010. A cidade de São Paulo, que está mais bem equipada em termos de delegacias especializadas em crimes contra as mulheres, apresentou crescimento de 5,8% entre 2002 a 2010, com queda entre 2005 e 2010, sendo o aumento somente de 0,2%.

Porém, quando analisamos os dados por 100.000 mulheres, Francisco Morato foi a cidade que demonstrou os maiores índices, chegando a 76,9 ocorrências por 100.000 mulheres em 2006. Em seguida, temos a cidade de Embu, com 69,9 ocorrências por 100.000 mulheres em 2009.

Dados obtidos do Sistema de Informações Hospitalares – Morbidade Hospitalar do SUS por causas externas, por local de residência e internação.

Os dados do Sistema de Informações Hospitalares (Morbidade Hospitalar do SUS por Causas Externas, de 2000 a 2011), procurou buscar pelo CID Y05, denominado agressão sexual por meio da força física. Visualizamos no período estudado um aumento tanto do número de internações por local de internação quanto por local de residência, apresentados na tabela abaixo:

Tabela 10. Número de internações por agressão sexual (CID Y05 – agressão sexual por meio da força física) no sexo feminino, entre 10 a 80 anos e mais, na Região Metropolitana de São Paulo de 2000 a 2011

Ano	Por Local de Internação	Por Local de Residência
2000	8	8
2001	9	9
2002	11	11
2003	13	12
2004	18	18
2005	22	21
2006	19	19
2007	21	21
2008	14	14
2009	18	18
2010	29	29
2011	20	20
Total	202	200

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) – Morbidade Hospitalar/MS

Observa-se que a diferença entre local é residência e internação neste período é pequena, uma vez que a variação percentual é de 0,9%. A taxa média de crescimento anual das internações na Região Metropolitana foi de 9,6%, e o crescimento da população feminina neste período foi de aproximadamente 2%, evidenciando aumento expressivo do atendimento hospitalar. Em relação às Microrregiões, a tabela abaixo demonstra como as diferentes localidades se comportaram em relação às internações por local de residência e internação.

Tabela 11. Número de internações por agressão sexual (CID Y05 – agressão sexual por meio de força física) por local de internação, no sexo feminino, entre 10 a 80 anos e mais, nas Microrregiões da RMSP de 2000 a 2011

Ano	Alto do Tietê	Franco da Rocha	Grande ABC	Guarulhos	Mananciais	Rota dos Bandeirantes	São Paulo
2000	2	0	2	0	0	1	3
2001	1	0	3	1	1	1	2
2002	0	1	1	0	0	0	9
2003	0	0	0	3	0	0	10
2004	3	0	1	2	2	0	10
2005	5	0	3	3	1	2	8
2006	1	0	1	2	0	0	15
2007	2	0	5	1	2	1	10
2008	0	0	1	0	1	0	12
2009	0	0	3	0	2	2	11
2010	2	0	4	0	4	5	14
2011	0	0	0	0	4	4	12
Total	16	1	24	12	17	16	116

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) – Morbidade Hospitalar/MS

Tabela 12. Número de internações por agressão sexual (CID Y05 – agressão sexual por meio de força física) por local de residência, no sexo feminino, entre 10 a 80 anos e mais, nas Microrregiões da RMSP de 2000 a 2011

Ano	Alto do Tietê	Franco da Rocha	Grande ABC	Guarulhos	Mananciais	Rota dos Bandeirantes	São Paulo
2000	2	0	2	0	0	1	3
2001	1	0	3	1	1	1	2
2002	0	1	1	0	0	1	8
2003	0	0	0	3	0	0	9
2004	3	0	0	2	1	0	12
2005	6	0	3	3	0	2	7
2006	1	0	1	2	0	0	15
2007	2	0	6	3	2	1	7
2008	0	0	1	0	2	0	11
2009	0	0	3	0	2	2	11
2010	2	0	4	3	2	5	15
2011	0	0	0	0	4	4	12
Total	17	1	24	17	14	17	112

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) – Morbidade Hospitalar/MS

A Microrregião de São Paulo foi a que mais contribuiu para o aumento, uma vez que representou 57,4% das internações realizadas no período. Podemos inferir que a cidade de São Paulo é a mais abundante em equipamentos de saúde e em população, acumulando assim, as internações da Região Metropolitana.

Quanto à distribuição por idades da Região Metropolitana de São Paulo, visualizamos que a idade de maiores internações é a entre 15 a 29 anos, demonstrando a vulnerabilidade das mulheres entre esta faixa etária.

Tabela 13. Número de internações por idade, por local de internação, devido à agressão sexual (CID Y05 – agressão sexual por meio de força física) às mulheres de 10 a 69 anos na Região Metropolitana de São Paulo

Faixa Etária	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos
2000	2	1	3	2	0	0	0
2001	0	3	4	1	1	0	0
2002	3	0	5	2	1	0	0
2003	1	6	2	3	1	0	0
2004	5	2	6	2	1	2	0
2005	2	6	7	5	2	0	0
2006	4	3	4	3	3	2	0
2007	3	5	5	4	2	2	0
2008	2	3	4	4	1	0	0
2009	4	4	7	1	0	2	0
2010	7	10	6	3	1	2	0
2011	3	6	2	5	2	0	1
Total	36	49	55	35	15	10	1

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) – Morbidade Hospitalar/MS

Tabela 14. Número de internações por idade, por local de residência, devido à agressão sexual (CID Y05 – agressão sexual por meio de força física) às mulheres de 10 a 69 anos na Região Metropolitana de São Paulo

Faixa Etária	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos
2000	2	1	3	2	0	0	0
2001	0	3	4	1	1	0	0
2002	3	0	5	2	1	0	0
2003	1	6	2	3	0	0	0
2004	5	2	6	2	1	2	0
2005	2	6	7	5	1	0	0
2006	4	3	4	3	3	2	0
2007	3	5	5	4	2	2	0
2008	2	3	4	4	1	0	0
2009	4	4	7	1	0	2	0
2010	7	10	6	3	1	2	0
2011	3	6	2	6	2	0	1
Total	36	49	55	36	13	10	1

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) – Morbidade Hospitalar/MS

DISCUSSÃO

A Lei 10.778 de 2003 estabeleceu a obrigatoriedade de notificação de casos de violência contra mulheres atendidas em serviços de saúde públicos ou privados, através do uso da ficha de Notificação Compulsória padronizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde. Porém, estas normas somente eram aplicadas por unidades sentinelas, dificultando a avaliação do panorama no país. A decisão estabelecida na portaria nº104 de 26 de janeiro de 2011 do Ministério da Saúde definiu, entretanto, a obrigatoriedade da Notificação Compulsória para os profissionais dos estabelecimentos do Sistema Único de Saúde (SUS), e não apenas por unidades sentinelas, como anteriormente se praticava. Essas ações federais foram instrumentos fundamentais para o processo de conhecimento e visibilidade desse problema nos municípios, Estados e país, colaborando com trabalhos de pesquisa e,

consequentemente, proporcionando incremento gradativo da qualidade da informação para decisões estratégicas. Os casos notificados apresentam grande importância, pois é por meio deles que a violência ganha notoriedade, permitindo a avaliação epidemiológica da questão e a criação de políticas públicas voltadas à sua prevenção. (SALIBA et al, 2007) Apesar destes fatos, ainda se observa pouca qualidade nos dados das fontes de informação como o SINAN, porém, elas possuem números oficiais sobre a situação das notificações no país.

Observamos nos dados apresentados o número reduzido de notificações, sugerindo subnotificação dos casos de violências sexuais a mulheres. Embora a Portaria nº104 de janeiro de 2011 tenha instaurado a obrigatoriedade da notificação em todos os serviços, não visualizamos neste ano aumento dos números. Teoricamente, as notificações deveriam ter seguido uma tendência de crescimento, o que não foi observado na Região Metropolitana. Alguns estudos revelam que as principais razões para a subnotificação podem ser desencadeadas pela falta de preparo profissional no diagnóstico e manejo, aliados a transtornos legais, como elaboração de laudos técnicos, depoimentos e audiências. É importante salientar também questões relacionadas à quebra de sigilo profissional, o que desencoraja o registro. (DOSSI, 2006)

Percebe-se que o despreparo em lidar com as vítimas que recorrem ao serviço demonstra o desconhecimento acerca de como agir perante a violência sexual. O treinamento constitui ponto fundamental para a efetivação das notificações, de forma a aumentar a qualidade das informações disponíveis e melhor acompanhamento a vítima. Há a necessidade também de oferecer mecanismos legais de proteção ao profissional, motivando-o a concluir o registro.

Os dados demonstram que algumas Microrregiões estão mais avançadas em relação ao registro, como o exemplo do Grande ABC. As notificações nesta área são as maiores em número absoluto e por 100.000 mulheres. A região aparentemente possui uma rede mais organizada de atenção à violência, com fluxos de atendimentos definidos. Podemos citar como exemplo a cidade de São Bernardo do Campo, que busca o processo de descentralização do atendimento à violência na área de Saúde, com a incrementação do Programa Saúde da Família nas Unidades Básicas de Saúde de Saúde, além da contratação de mais profissionais para reforçar a saúde mental. O projeto Cidade de Paz, desenvolvido em parceria com o Governo Federal também tem reforçado ações contra a violência, como

o Projeto Reviver - Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência, que definiu uma rede de atenção para as vítimas.

Em relação às idades de maior acometimento, ressaltamos o maior número entre a faixa etária de 10 a 29 anos, representando 81% dos casos notificados na Região Metropolitana entre 2009 a 2010. Estima-se que a jovialidade é fator atrativo para o agressor, aliada à vulnerabilidade desta vítima que é pouco capaz de avaliar situações de risco (ARAÚJO et al, 2008). Dados da OMS, em 2002, também revelam esta tendência, através de pesquisas realizadas no Chile, Malásia, México, Papua Nova Guiné, Peru e Estados Unidos. As jovens acabam por se tornar alvo fácil, aumentando as estatísticas das violências sexuais (OMS, 2002).

Embora algumas localidades busquem melhorias, os serviços médicos em geral não estão equipados e preparados suficientemente para diagnosticar e tratar as mulheres vítimas de violência sexual, devido à falta de profissionais treinados e a invisibilidade da questão. Porém, é ponto comum que os profissionais e serviços de saúde possuem importância fundamental na interação com a mulher vítima de violência sexual, seja na assistência emergencial ou no acompanhamento após o evento (FAUNDES et al, 2006)

Muitas mulheres relutam em buscar atendimento ou não o procuram logo após a violência por acreditarem ser necessário fazer primeiro o boletim de ocorrência ou perícia no Instituto Médico Legal (IML). Por se tratarem de situações de constrangimento, acabam por evitar o atendimento médico, comprometendo assim as ações profiláticas que devem ser realizadas nas primeiras 72 horas após o evento, como por exemplo, medidas contra o HIV. (OLIVEIRA, 2007).

Sabe-se que o primeiro atendimento à vítima de agressão sexual é pronto-socorro, o que ocasiona algumas questões em relação aos dados sobre chegada destas vítimas aos serviços de saúde. O atendimento realizado neste local segue a lógica ambulatorial, sem registro de informação sobre o diagnóstico. Da mesma forma não é preenchida a AIH, uma vez que não se caracteriza como internação. Assim, percebe-se que a dimensão real deste problema é subestimada, visto que muitas vítimas são atendidas nestes locais e não necessitam propriamente de internação (Irene et al, 2009). Os dados do Sistema de Internações Hospitalares, são, portanto, as informações disponíveis sobre esta questão.

As internações apesarem de serem poucas em números absolutos, apresentaram crescimento nos anos de 2000 a 2011. A necessidade de internação nos casos de violência contra a mulher revela a gravidade das agressões em que a mulher é acometida (GARCIA, 2008), principalmente se tratando de agressões sexuais. A presença de lesões graves ou quando o retorno da mulher para sua residência puder resultar em revitimização, geralmente opta-se pela internação para que permaneça sob a proteção da instituição hospitalar. Quanto às idades de maior ocorrência de internação, visualizamos que elas são feitas em sua grande maioria na faixa de 10 a 29 anos, conforme anteriormente observado pelo levantamento dos dados do SINAN.

Quando tratamos do registro legal da violência sexual, a situação parece não se alterar profundamente. De maneira geral, os dados sobre boletins de ocorrência de violência sexual e/ou física contra as mulheres retratam apenas a violência denunciada, evidenciando apenas parte daquilo que é praticado. Estima-se que as denúncias de mulheres de baixa renda são mais frequentes do que as de alta, uma vez que elas não dispõem de outra forma de proteção senão a policial. Além disso, muitas mulheres desejam apenas uma escuta para seu problema ao chegarem à delegacia, tendendo a não registrar a violência. Na maioria das vezes, as vítimas carecem de informação, proteção jurídica e apoio eficiente das autoridades públicas. (DURÃES, 2008)

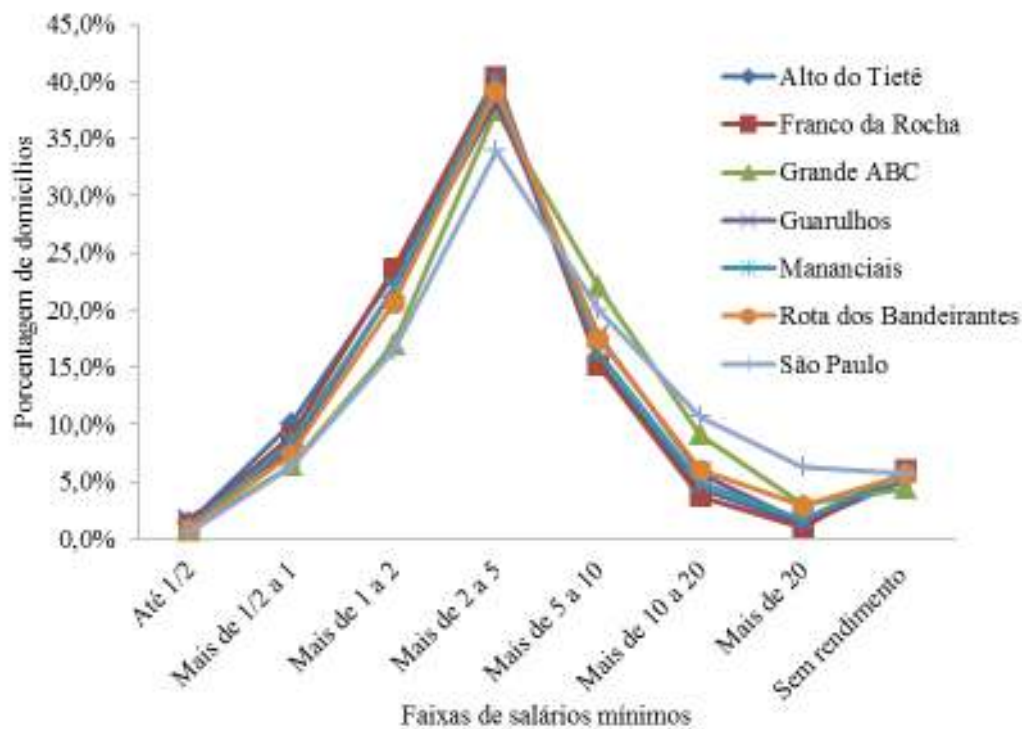
As leis em relação à violência sexual à mulher sofreram diversas mudanças ao longo do tempo, em uma tentativa de punir com mais rigor os agressores. Até pouco tempo distinguia-se o crime de estupro do crime de atentado violento ao pudor. O estupro era então a violência sexual que consistia em constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça (a expressão "conjunção carnal" significando a introdução do pênis na vagina). Qualquer prática sexual diferente da denominada conjunção carnal, porém com atos de violência, constituía crime de atentado violento ao pudor, e não estupro. A pena aplicável aos dois crimes era idêntica: reclusão, de 6 a 10 anos. Entretanto, com o aparecimento da Lei 12.015, de 7 de agosto de 2009 deixou de haver a distinção, pois ocorreu a unificação dos crimes de estupro e atentado violento ao pudor, sendo ambas incorporadas ao ato de estupro.

Devido ao caráter específico do boletim de ocorrência, não é possível avaliar se as denúncias realmente efetivaram-se. O crime de estupro, por ser de difícil comprovação, tem como ponto principal a palavra da vítima. Seu discurso tem valor imprescindível

nesses casos, devido à dificuldade de provas e testemunhas, vez que o crime de estupro ocorre geralmente em locais escondidos ou privados (COULOURIS, 2004).

Sugere-se que a violência sexual à mulher pode estar relacionada com aspectos de exclusão social, como baixo nível de escolaridade e renda. Porém, quando analisamos os dados populacionais sobre o perfil das mulheres na Região Metropolitana de São Paulo, nos deparamos um quadro diferenciado. Segundo dados do IBGE de 2010, o rendimento médio dos domicílios particulares permanentes desta região foi bastante similar, conforme gráfico abaixo.

Gráfico 2. Distribuição dos rendimentos domiciliares por faixas de salário mínimo, nas Microrregiões da Região Metropolitana de São Paulo em 2010



Fonte: IBGE 2010

Da mesma forma, segundo os dados da Fundação SEADE, o rendimento médio real das mulheres também tem aumentado na Região Metropolitana. Apesar da crise de 2008 ter reduzido os salários dos trabalhadores, o decréscimo entre 2000 a 2008 dos rendimentos médios masculinos e femininos foram próximos, sendo de 20,8% e 15,3%, respectivamente. Com o reaquecimento da economia a partir de 2009, o cenário passa a ser favorável, principalmente para as mulheres. Dados da Fundação SEADE informam que em 2011, o rendimento médio real feminino cresceu 2,4% em relação a 2010, ao passo que para os homens essa variação foi menor neste período, com 0,4%. Porém, a mesma fonte

de dados coloca que a porcentagem de desemprego cresceu para as mulheres, aumentando em 0,9% entre 2000 a 2008. Para os homens a situação foi inversa, com um aumento de 11% de empregados entre o mesmo período.

Dados do IBGE de 2007 revelam que as mulheres desta localidade também têm mais acesso a educação. Neste ano, 56,4% das mulheres da Região frequentavam curso superior.

A situação da mulher na Região Metropolitana demonstra uma mudança no quadro social, com participação no mercado de trabalho, incremento da renda e maiores chances de estudo. Desse modo, elas podem se colocar mais ativamente no processo de denúncia, uma vez que ocupam o espaço social, possuem acesso à educação e estão inseridas nas redes de trabalho. Dados do mesmo relatório da OMS em 2002 sobre violências também relatam estas premissas. Segundo o documento, as mulheres mais educadas estão mais expostas à violência física de seus parceiros, uma vez que são mais relutantes às normas patriarcais. Desse modo, o parceiro usaria a agressão como forma de controle. Acredita-se a ocorrência violência física tenha a forma de um “U” invertido, sendo que cada incremento na educação conferiria mais risco. Após certo nível, ela teria um caráter de proteção. Entretanto, ainda não é possível inferir se para o caso da violência sexual o comportamento seria semelhante.

Embora a situação da mulher tenha encontrado mudanças significativas, visualizamos uma falta de alinhamento entre as unidades de atendimento à mulher que sofreu a violência sexual, sendo que em todos os momentos observamos uma desconexão entre os serviços de saúde, notificações e boletins de ocorrência. Teoricamente, estes entes deveriam trabalhar vem conjunto, constituindo uma rede de apoio à vítima e fonte ampla de dados sobre o assunto. O fluxo entre o registro jurídico e a notificação não é estabelecido, sendo independentes entre eles. Assim, muitas informações são perdidas, sem contar o desgaste emocional da paciente agredida, que necessita peregrinar por um caminho indefinido. Estabelecer uma rede de atenção que incorpore as ações legais (boletins de ocorrência e depoimentos) com as notificações de vigilância epidemiológica são fundamentais, desse modo será possível estabelecer com mais certeza a efetivação da agressão, encaminhando diretamente para a punição do criminoso. Estas ações podem reduzir a morosidade do sistema, tornando o problema da violência sexual mais visível e aumentando a sua resolubilidade.

V. VIOLÊNCIA EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES

CONTEXTO

Violência em Instituições de Saúde

A violência no ambiente de saúde pode se manifestar de diversas formas, o assédio moral no trabalho, crime e agressões ao profissional e a violência institucional (CLARAVALL, 1996; GERBERICH et al., 2004).

Conforme o Ministério da Saúde, a Violência Institucional em Saúde é:

“[...] aquela exercida no/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão. Pode incluir a dimensão mais ampla de falta de acesso à má qualidade dos serviços. Abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições, até por uma noção mais restrita de dano físico intencional” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 21).

Muitas vezes a violência institucional não é percebida, tendo em vista que o objetivo da instituição de saúde é “prestar serviços aos cidadãos”, sendo associadas ao caráter de proteção dos indivíduos (BERZINS, 2009).

Entende-se por instituições de saúde: hospitais, ambulatórios, unidades básicas de saúde, casas de repouso, entre outros.

Os custos da violência nas instituições de saúde vão além dos financeiros (hora de trabalho dos profissionais de saúde, policiais, despesa da vítima, afastamentos, indenizações, processos): as vítimas sofrem emocional e psicologicamente (CLARAVALL, 1996; GERBERICH et al., 2004).

Violência contra o profissional de saúde

A violência sofrida por trabalhadores do setor saúde transcende as agressões e as ofensas individuais, colocando em perigo a qualidade da assistência prestada à população. No entanto, poucos estudos foram encontrados a respeito do assunto no levantamento bibliográfico.

Investigações realizadas em países em desenvolvimento e desenvolvidos constataram que aproximadamente 25% dos acidentes violentos no trabalho ocorrem no

setor saúde e que mais de 50% dos trabalhadores da área já experimentou incidentes desta natureza (MARZIALE, 2004).

Em pesquisa realizada no município do Rio de Janeiro com 21 profissionais de saúde de um serviço de emergência, foi identificada a percepção da agressão por pacientes como acidente de trabalho em 14% dos funcionários (MERINO et al., 2000).

Em São Paulo, a descrição de situações de violência contra o profissional de saúde também tem demonstrado preocupação. Uma pesquisa realizada com uma amostra correspondendo a 1,74% da população de médicos, na área geográfica da Grande São Paulo, demonstrou a existência de condições precárias de segurança nos postos de trabalho e ameaças à integridade física dos profissionais de saúde por usuários. Cerca de 48% dos entrevistados foram ameaçados ou sofreram algum tipo de agressão, 77% nos hospitais públicos e 23%, nos hospitais privados. Os postos de trabalho nos prontos-socorros sofreram maior violência (60%) (CREMESP, 2002).

A maior incidência dos delitos de violência corresponde aos trabalhadores que atuam no atendimento pré-hospitalar e em grandes hospitais de zonas residenciais, densamente povoadas ou com alto índice de criminalidade, bem como os que se localizam em lugares isolados (MARZIALE, 2004). Os profissionais que atuam na atenção primária em saúde também são afetados pela violência por lidarem com uma clientela muito diversificada (KAISER, 2008).

Outro estudo, que tem como objetivo apresentar provas e soluções práticas relativas à violência no setor de saúde no Brasil aplicou um questionário sobre violência a 1.569 profissionais de saúde. Verificou-se que as enfermeiras constituem o grupo com maior proporção de vítimas, sendo que 40,4% sofreram agressões por colegas e chefes. Para os auxiliares de enfermagem, 68,3% das agressões foram executadas por pacientes e 22% por staff e chefes. Os médicos sofreram 75% das agressões por beneficiários do serviço prestado, sendo 44% por pacientes e 31% por parentes dos pacientes (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, 2001/2002).

Uma pesquisa realizada com profissionais da atenção básica de saúde mostra que para os profissionais da saúde as agressões decorrem do processo de trabalho, das necessidades de saúde dos sujeitos e das comunidades, do risco de exposição à agressão, do agressor, do tipo de agressão, da gestão em saúde e do próprio profissional da saúde. As

principais violências sofridas são intimidação, xingamento, ofensa, humilhação e superioridade (KAISER, 2008).

Sobre a existência de bases de dados a respeito do assunto no Brasil, as únicas referências sistematizadas que existem para se estimar as dimensões da violência física que sofre a população trabalhadora são os registros de acidentes de trabalho. Para os fatais, conta-se com o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e, para o conjunto dos acidentes, os registrados pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) da Previdência Social, por meio das Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Entretanto, o banco de dados do INSS apresenta limitações. Apesar de constituir o maior banco de dados específicos da área de Saúde do Trabalhador, esse instrumento dificulta a caracterização dos agravos, classificando apenas os benefícios concedidos em doença do trabalho, acidente típico e acidente de trajeto. Além disso, as informações não são confiáveis devido à subnotificação.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE) e Internacional de Serviços Públicos (ISP) estabeleceram um programa conjunto de diretrizes como resposta ao problema da violência. As diretrizes traçadas têm como finalidade disseminar informações sobre como agir em relação ao assunto para os responsáveis pela segurança dos locais de trabalho, governos, empregadores, trabalhadores, sindicatos, entidades profissionais e público em geral. O enfoque é em como o problema deve ser abordado pelos profissionais no setor saúde, descrevendo os tipos de intervenções possíveis de serem implementadas, considerando as realidades locais, propondo medidas preventivas e ações para evitar que a violência se repita (MARZIALE, 2004; ILO/ICN/WHO/PSI JOINT PROGRAMME, 2002).

A violência contra o usuário do serviço de saúde

Existe uma grande dificuldade no levantamento bibliográfico a respeito da violência contra o usuário do serviço de saúde. Sabe-se que esse ainda é um assunto tabu, pois envolve o interesse da instituição de saúde em levantar os casos e os profissionais e os pacientes notificarem/denunciarem os casos de violência.

Com relação ao paciente, existem a) o receio da exposição e de retaliação por parte do profissional e b) visão do atendimento como caridade, favor.

Para desmistificar essas questões e empoderar o paciente, foi publicada em 2006 a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Nesse documento constam as linhas gerais do que são os direitos do paciente, fortalecendo a cidadania e sendo válida tanto para instituições públicas quanto privadas. A carta serve de base também para os profissionais e gestores da saúde, para que possam, ao cumprir com os seus deveres, oferecer as condições necessárias aos direitos dos pacientes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Entretanto, devido a uma dimensão subjetiva da violência (como o assédio moral, por exemplo), muitas vezes o profissional de saúde não se reconhece como agente de violência (BERZINS, 2009).

Segundo Berzins (2009), são exemplos de violência contra o paciente:

- Frieza, rispidez, falta de atenção, negligência, hostilidade;
- Desqualificação do saber prático do paciente em detrimento do saber científico;
- Violência física;
- Supressão das necessidades e direitos do paciente;
- Proibição ou obrigatoriedade de acompanhantes ou visitas com horários rígidos e restritos;
- Críticas ou agressões dirigidas a quem grita ou expressa dor e desespero, ao invés de se promover uma aproximação e escuta atenciosa visando acalmar a pessoa, fornecendo informação e buscando condições que lhe tragam maior segurança do atendimento e internação;
- Diagnósticos imprecisos, acompanhados de prescrição de medicamentos inapropriados ou ineficazes, desprezando ou mascarando os efeitos da violência.

No que tange as diversas as formas de violência no ambiente de saúde, a Política Nacional de Humanização, como política transversal, surge para gerar mudanças e garantir melhorias com relação ao processo de trabalho, acesso aos serviços de saúde e direito dos pacientes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A Política Nacional de Humanização, de 2004, entende humanização como a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores, estimular a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, melhorando as condições de trabalho e de atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

METODOLOGIA

A metodologia escolhida foi realização de um projeto piloto em um hospital universitário no município de São Paulo por meio de entrevistas e reuniões com áreas específicas questionando sobre a existência de alguma base de dados sobre violência em Instituições de Saúde. As áreas escolhidas para a realização deste estudo foram Diretoria de Enfermagem e Comitê de Ética, Vigilância e Segurança, Departamento Jurídico e Medicina do Trabalho e Ouvidoria.

Para a expansão do estudo à Região Metropolitana de São Paulo, foi previamente estabelecido utilizar a mesma metodologia do projeto piloto, baseada em entrevistas e reuniões, com o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) e com Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN-SP). Com base na análise dos resultados do projeto piloto, verificou-se a possibilidade de ampliar as áreas específicas entrevistadas para Região Metropolitana de São Paulo.

RESULTADOS

Projeto Piloto

Diretoria de Enfermagem e Comitê de Ética de Enfermagem

Segundo a Diretora de Enfermagem do Hospital, caso um paciente ou acompanhante agrida fisicamente um funcionário, é realizado um relatório de ocorrência. O atendimento inicial é realizado pelo médico do trabalho do Serviço de Atendimento Médico ao Servidor – SAMSS, que, caso necessário, abre uma Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT e afasta o funcionário de suas atividades. O caso é então encaminhado para o jurídico e o funcionário à delegacia para realização do Boletim de Ocorrência.

A Diretora desconhece casos de assédio moral de chefia para funcionário, não terem nenhum caso comprovado. Entretanto, como o assédio moral e a agressão entre funcionários, em sua grande maioria, é gerenciado pela chefia de enfermagem do setor, muitos casos podem não são registrados nem encaminhados a instâncias superiores.

Somado a essas questões, a ausência de um banco de dados para registrar esses acontecimentos, favorece a subnotificação dos casos de violência em instituições de saúde.

Apenas as ocorrências levadas ao Comitê de Ética de Enfermagem são registradas. Sendo assim, são raros os casos de agressão relatados formalmente, exemplificando, a psiquiatria teve apenas três casos nos últimos 10 anos. Segundo o Diretor do Comitê de Ética de Enfermagem, quando o assunto não é resolvido pelo comitê, é então encaminhado ao COREN.

Vigilância e Segurança

Conforme a Diretora de Vigilância e Segurança da instituição existem apenas relatos eventuais dos vigias, escritos manualmente e não há uma sistematização da informação nesses casos, sendo difícil o seu uso para estudos.

Departamento Jurídico

Como resultados das entrevistas realizadas com os advogados que compõem o Departamento Jurídico da instituição, os dados referentes a agressões físicas ou assédio moral entre funcionários ou entre funcionários e pacientes são registrados em sindicâncias, processos administrativos ou apurações preliminares. No entanto não pudemos ter acesso a essas informações por se tratarem de procedimentos apuratórios sigilosos. O número de processos é pequeno devido ao receio que os profissionais têm das possíveis consequências das apurações, que podem ter como resultados a demissão dos envolvidos.

Desta maneira, há dificuldade na obtenção de dados relacionados a processos jurídicos, pois cada hospital guarda as suas informações separadamente por se tratarem de processos administrativos que teriam interesse somente para cada instituição e não há uma base de dados que consolide todas as informações dos hospitais.

Medicina do Trabalho

O Serviço de Medicina do Trabalho da instituição disponibilizou uma base de dados da Engenharia e Segurança do trabalho do hospital com informações de janeiro de 2010 a abril de 2012. A base de dados contém dados referentes ao tipo de acidente, especialidade ao qual o funcionário é vinculado, o ano da ocorrência e uma descrição do relato do funcionário sobre a ocorrência em texto livre.

Essa base de dados é preenchida manualmente por meio da leitura da CAT e de entrevista com o funcionário. Os acidentes de trabalho são classificados em acidentes típicos e acidentes de trajeto. Os casos de agressão entre funcionários e entre funcionários

e pacientes aparecem dentro dos acidentes típicos. Dividimos os casos de agressão em acidentes intencionais e não intencionais de acordo com a leitura descrição da ocorrência, ambas podendo ser realizadas pelo próprio paciente durante o seu cuidado ou não.

Analisando os dados, observamos que foram notificados 53 acidentes, 24 (45%) em 2010, 23 (43%) em 2011 e seis (11%) em 2012 até o final do mês de abril. Desses acidentes, 36 (68%) foram classificados com intencionais e 17 (32%) como não intencionais. Dezesete ocorrências (32%) foram notificadas por funcionários que trabalham na especialidade psiquiatria. Os principais relatos foram sobre agressões por mordedura (19%), chute (15%), soco (11%), cuspada (9%), tapa (4%) e assédio moral (2%).

Além disso, em entrevistas sobre o assunto com a Engenheira da Segurança do Trabalho do Hospital e com o Coordenador do Centro de Apoio Médico e Administrativo do Trabalhador Acidentado, foi comentado sobre a sub-notificação devido ao receio que os profissionais têm de serem punidos por notificarem os acidentes.

Ouvidoria

A ouvidora entrevistada informou que todos os atendimentos realizados são registrados em MS Excel, seguindo uma estrutura padrão preconizados pela SES-SP. Todos os hospitais estaduais reportam suas bases de dados à SES-SP, que consolida e analisa as informações. Com base nessas informações, iniciamos o contato com a ouvidoria da SES-SP para termos acesso aos dados da RMSP.

Região Metropolitana de São Paulo

Ouvidorias de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP) - Ouvidor SUS

Como dito anteriormente, a SES-SP possui um banco de dados com informações das ouvidorias dos hospitais estaduais da RMSP. Entretanto, não obtivemos acesso a esses dados.

Conforme a Ouvidora da SES-SP, os atendimentos de ouvidoria são classificados conforme o Quadro 01. Em todo o Estado de São Paulo, no primeiro semestre de 2011, foram reportados 1585 atendimentos. Destes, 17% foram reclamações, onde se enquadram os casos de violência.

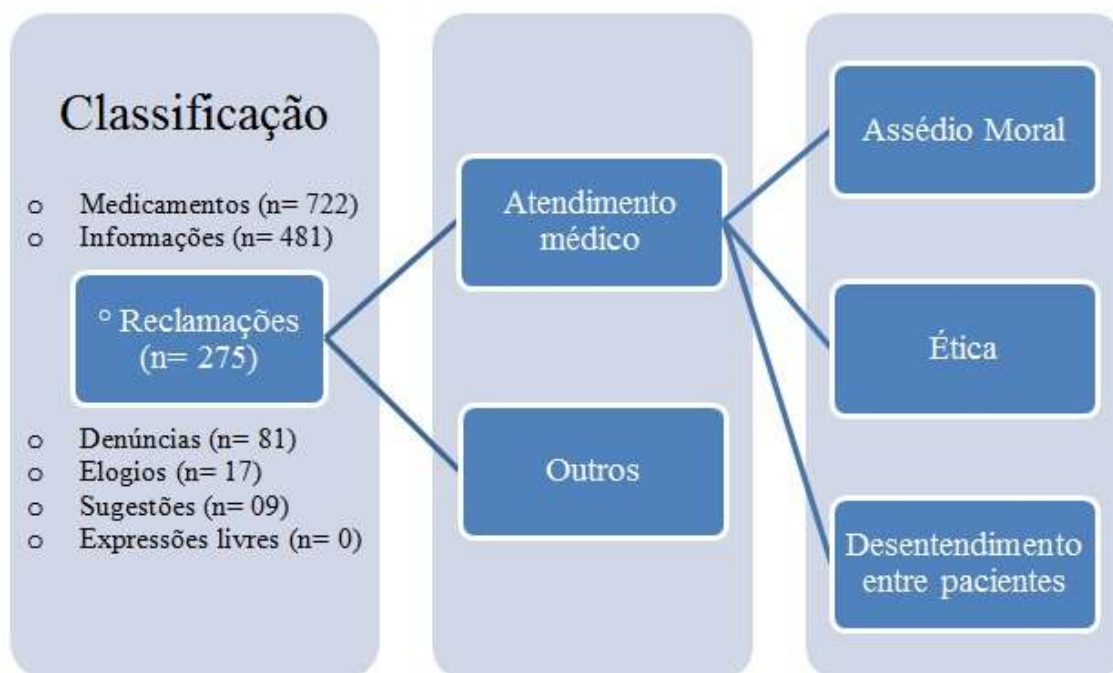


Figura 1. Distribuição dos atendimentos das ouvidorias dos hospitais estaduais no Estado de São Paulo, segundo classificação, no primeiro semestre de 2011

Fonte: Ouvidoria da SES-SP

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP

O CREMESP informou que não existe de base de dados a respeito do assunto, no entanto houve a disponibilização de alguns artigos sobre o tema que estavam em sua biblioteca.

Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo - COREN-SP

O Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo - COREN-SP, por ser uma entidade fiscalizadora, possui um banco de dados sobre violência contra profissionais da enfermagem e também sobre profissionais agressores. Todavia, não obtivemos acesso a esses dados.

Reunião Observatório de Saúde da RMSP

Foi realizada uma reunião com representantes das secretarias municipais de saúde dos municípios da RMSP onde foi exposto o projeto, com a finalidade de ouvir sugestões e buscar por outras bases de dados. Com relação à Violência em Instituições de Saúde, nenhuma base de dados foi sugerida.

DISCUSSÃO

Conforme apresentado neste estudo, não obtivemos acesso a bases de dados sobre violência em instituições hospitalares da Região Metropolitana de São Paulo. Segundo Berzins (2009), “raramente essa questão [da violência institucional] tem sido tratada e não aparece nos diagnósticos e condutas realizadas nos serviços de saúde”.

Apesar de não termos acesso à base de dados da Ouvidoria da SES-SP, é possível notar que a atual categorização dos atendimentos não favorece a identificação dos casos de violência.

A única base de dados que tivemos acesso apresenta limitações devido ao preenchimento manual por meio da consulta CAT. Assim como foi apresentado pelo Ministério da Saúde em 2005, a reformulação da CAT precisa ser tratada com urgência e poderia resolver parcialmente alguns dos problemas atuais.

A subnotificação é outro fator limitante percebido nas entrevistas deste estudo que também foi apresentado pelo Ministério da Saúde em 2005. Imagina-se que o número de ocorrências deve ser maior do que o encontrado na base de dados devido ao receio que tanto os profissionais quanto os pacientes têm de serem punidos por notificarem os acidentes. A violência é “um fenômeno de importante magnitude e repercussão que fica restrito apenas nos diálogos dos usuários [...], nas famílias e em alguns profissionais. O assunto é protegido pelo véu do silêncio, da invisibilidade e do desrespeito”. (BERZINS, 2009)

Além das limitações já citadas, chamamos a atenção para a subjetividade da análise dos dados realizada neste estudo durante a classificação dos acidentes de trabalho em acidentes intencionais e não intencionais.

Não foi possível mapear a violência em instituições hospitalares da RMSP devido às dificuldades de acesso a base de dados, seja pela limitação da base ou pela inexistência de dados disponíveis.

Sugerimos aos gestores da RMSP a sistematização do registro de casos de violência em instituições de saúde, centralizando as informações de todos os municípios e possibilitando a análise e comparação dos dados encontrados, contando ainda com a publicação dos mesmos.

VI. HOMICÍDIOS

CONTEXTO

A violência observada no dia-a-dia tem se tornado um tema de discussão na sociedade como na mídia. Um dos grandes fatores que interferem diretamente na violência vivenciada no mundo atual se da principalmente pela desigualdade social.

A Síntese de Indicadores Sociais lançada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2002 confirma que o traço mais marcante da sociedade brasileira é a desigualdade. Entre os indicadores de desigualdade mais utilizados está a razão entre a renda dos 10% mais ricos em relação aos 40% mais pobres. De acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2001, no Brasil essa razão é 18,3, ou seja, os 10% mais ricos ganham 18 vezes mais que os 40% mais pobres. Cerca de 1% da população mais rica acumula quase o mesmo volume de rendimentos dos 50% mais pobres. Tais indicadores variam segundo as diferentes unidades da federação, e a razão de renda encontrada para a Região Metropolitana de São Paulo foi 15,0.

Os homicídios no Brasil viraram uma questão pública, principalmente pelo aumento da taxa de mortalidade que cresceu a partir do início da década de 80, principalmente nos grandes centros urbanos.

Na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), um dos quatro maiores aglomerados urbanos do mundo, os homicídios foram responsáveis por 2.410 óbitos no ano de 1979. Ao longo dos próximos 20 anos subsequentes o número de assassinatos foi de 130.761 moradores da RMSP, em sua maioria adolescentes e adultos jovens, sendo 92% deles do sexo masculino. Apenas no ano de 1998, o número de homicídios na RMSP foi 10.898, o que correspondeu a um aumento de 352% em relação a 1979 (ao passo que a população aumentou 43% no período), mais do que triplicando a incidência bruta de homicídios.

Os homicídios têm se configurado como uma verdadeira epidemia, um grave problema social com repercussões em diversas áreas, inclusive na saúde pública.

METODOLOGIA

Trata-se de uma análise do número de homicídios ocorridos na Região Metropolitana de São Paulo entre os anos de 2001 a 2009. As ocorrências foram retiradas de duas bases de dados:

- SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade). Para este estudo foram considerados os homicídios por agressões por local de ocorrência (contemplados na CID-10 entre os códigos X85 a Y09). É importante salientar que essa base de dados é alimentada pelo preenchimento da Declaração de Óbito, que posteriormente é reunida e fica disponível através do DataSus (MS/SVS/DASIS);
- INFOCRIM (Sistema de Informações Criminais). Para este estudo foram considerados apenas os homicídios dolosos. São informações provenientes do Boletim de Ocorrência que estão disponíveis no site da Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo.

Após reunidas estas informações sobre cada município da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), foi calculada a taxa de homicídio por cem mil habitantes, através das informações sobre as populações dos municípios da (RMSP) provenientes do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

As bases de dados possuem algumas diferenças:

- A Declaração de Óbito é destinada a esclarecer a natureza do óbito e classificá-las de acordo com o a CID 10 (Classificação Internacional de Doenças);
- O Boletim de Ocorrência tem como objetivo determinar a natureza jurídica e criminológica da ocorrência, tendo como subproduto o número de homicídios dolosos.

Desta forma, padronizamos a taxa de homicídios como sendo o quociente das informações provenientes destas duas bases de dados separadamente pela população dos municípios multiplicado por cem mil habitantes.

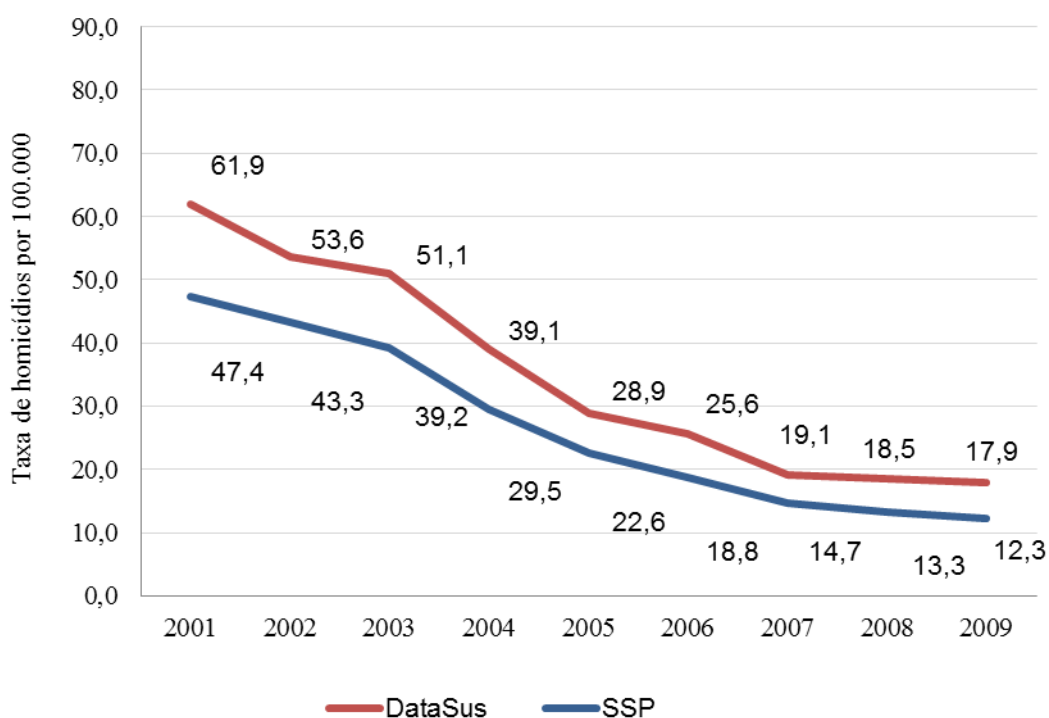
RESULTADOS

Os resultados serão apresentados primeiramente pelas informações da Região Metropolitana de São Paulo consolidadas, e posteriormente pelas informações referentes às microrregiões.

Região Metropolitana

Na Região Metropolitana de São Paulo foram contabilizadas, em 2009, pelo SIM, 3535 mortes por agressão, sendo que no ano de 2001 foram registradas 11214, o que corresponde a uma diferença de 7679 mortes. Já pela base de dados da Secretaria de Segurança Pública, o INFOCRIM, foram 2440 mortes por homicídios dolosos em 2009, sendo que em 2001 foram 8591, contabilizando uma redução de 6.151 homicídios. Quando se leva em consideração a evolução dos homicídios dolosos e das mortes por agressão, percebe-se uma grande diminuição na taxa de mortalidade por homicídios ao longo dos anos, como pode ser percebido no Gráfico 1. Quando é analisada a variação da taxa de homicídios entre os anos de 2001 a 2009, pelo SIM temos -71% e pelo INFOCRIM -74%.

Gráfico 3. Comparação da taxa de mortalidade por homicídios, na RMSP, entre as duas fontes de dados, durante os anos de 2001 a 2009



Alto Tietê

Na Microrregião do Alto do Tietê, em 2009, pelo SIM, 321 mortes por agressão, sendo que no ano de 2001 foram registradas 512, o que corresponde a uma diminuição de 191 mortes. Já pelo INFOCRIM, foram 203 mortes por homicídios dolosos em 2009,

sendo que em 2001 foram 434, contabilizando uma diferença de 231 homicídios. A evolução dos homicídios dolosos e das mortes por agressão correspondeu a uma grande diminuição na taxa de mortalidade por homicídios ao longo dos anos, como pode ser percebido no Gráfico 2. Quando se analisa a variação da taxa de homicídios entre os anos de 2001 a 2009, pelo SIM temos -47% e pelo INFOCRIM -60%.

Em alguns municípios, o número de homicídios dolosos e mortes por agressão foram muito pequenos, sendo que em alguns anos não houve ocorrências dessa natureza. Este problema ocorreu com os municípios de Biritiba-Mirim e Salesópolis, o que inviabilizou a análise do cálculo de taxa de mortalidade por homicídios em uma série histórica. Já nos municípios de Guararema e Santa Isabel, os dados provenientes do SIM e do INFOCRIM foram conflitantes:

Santa Isabel teve uma diminuição de 53% da taxa de homicídio, enquanto o INFOCRIM registrou um aumento de 32%.

Dentro da microrregião do Alto Tietê, o município de Guararema teve o maior aumento da taxa de homicídios, sendo de 273% pelo INFOCRIM e 66% pelo SIM. Já a maior redução na taxa de homicídios foi no município de Arujá, sendo -90% pelo INFOCRIM e -86% pelo SIM.

Gráfico 4. Comparação da taxa de mortalidade por homicídios, na região do Alto Tietê, entre as duas fontes de dados, durante os anos de 2001 a 2009

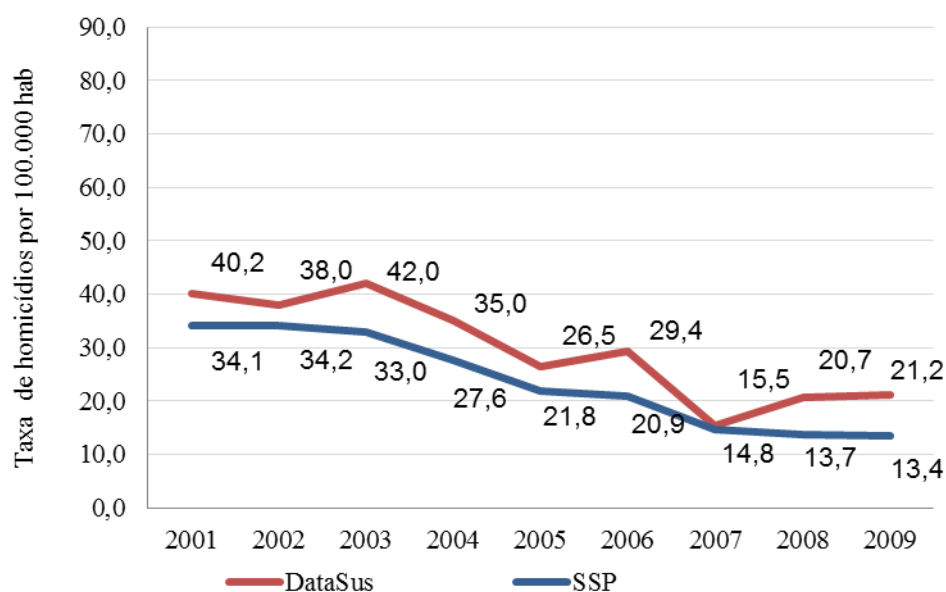


Tabela 15. Taxa de mortalidade por homicídios, na região do Alto Tietê, pelo SIM, durante os anos de 2001 a 2009

Município	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	% Variação
Arujá	53,5	22	34,9	29,4	19,3	22,6	27,1	19	7,4	-86%
Biritiba-Mirim	7,9	3,8	7,5	-	20,7	16,8	-	-	-	-
Ferraz de Vasconcelos	46,6	44	53	42,8	31,5	30	7,7	22,2	12,3	-74%
Guararema	22,4	13,2	56,2	21,3	4,1	12,1		15,1	37,1	66%
Itaquaquecetuba	72,8	70,7	66,6	50,2	39,6	40,3	22,2	29	41,5	-43%
Mogi das Cruzes	19,3	24,5	30,2	31,7	23	19,1	12,7	15,1	14,4	-25%
Poá	21,4	17	28,5	13,5	9,3	30,8	-	10,8	8,9	-58%
Salesópolis	27,2	6,7	-	6,4	18,5		17,7	12,6	12,5	-54%
Santa Isabel	27,1	40	17,6	28,2	10,6	16,7	10,3	17,2	12,8	-53%
Suzano	39,2	33,7	38,4	34,2	26,4	37,1	22,2	24,7	21,8	-44%

Fonte; Sistema de Informação de Mortalidade – SIM/MS

Tabela 16. Taxa de mortalidade por homicídios, na região do Alto Tietê, pelo INFOCRIM, durante os anos de 2001 a 2009

Município	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	% Variação
Arujá	37,3	12,6	28,9	16,2	15,1	10,6	11,6	20,3	3,7	-90%
Biritiba-Mirim	3,9	7,7	7,5	0	6,9	6,7	-	-	-	-
Ferraz de Vasconcelos	34,5	46,7	47,3	36	29,2	23,8	17,6	13,1	10,6	-69%
Guararema	8,9	8,8	30,3	17	4,1	12,1	4	18,9	33,4	273%
Itaquaquecetuba	73,2	66	53,9	41	34,1	32,6	20	14,5	18,4	-75%
Mogi das Cruzes	11,9	16,4	18,7	23,8	17,2	12,6	7,7	10,2	9,6	-19%
Poá	18,3	17	20,6	13,5	10,2	24,5	9,8	9,9	6,2	-66%
Salesópolis	20,4	-	-	6,4	12,3	0	17,7	6,3	24,9	22%
Santa Isabel	11,3	35,6	19,8	17,4	8,4	14,6	22,6	8,6	14,9	32%
Suzano	34,6	32,9	32	26,8	20,6	21	19,4	19,3	18,3	-47%

Fonte: Secretaria de Segurança Pública/ESP

Franco da Rocha

Na Microrregião de Franco da Rocha foram contabilizadas, em 2009, pelo SIM, 138 mortes por agressão, sendo que no ano de 2001 foram registradas 177, o que corresponde a uma diferença de 39 mortes. Já pela base de dados da Secretaria de Segurança Pública, o INFOCRIM, foram 106 mortes por homicídios dolosos em 2009, sendo que em 2001 foram 145, contabilizando uma diferença de 39 homicídios. Quando se leva em consideração a evolução dos homicídios dolosos e das mortes por agressão, percebe-se uma grande diminuição na taxa de mortalidade por homicídios ao longo dos anos, como pode ser percebido no Gráfico 3. Quando se analisa a variação da taxa de homicídios entre os anos de 2001 a 2009, pelo SIM temos -34% e pelo INFOCRIM -38%.

Mairiporã foi o município da microrregião em que as informações analisadas oriundas das duas bases de dados foram divergentes. Pelo INFOCRIM, o município apresentou aumento de 109% na taxa de homicídios comparada com 6% pelo SIM, apresentando também o maior aumento em comparação com os outros municípios da microrregião de Franco da Rocha. Já o município que mais reduziu a taxa de homicídios foi Francisco Morato com -73% de variação pelo INFOCRIM e -53% de variação pelo SIM.

Gráfico 5. Comparação da taxa de mortalidade por homicídios, na região de Franco da Rocha, entre as duas fontes de dados, durante os anos de 2001 a 2009

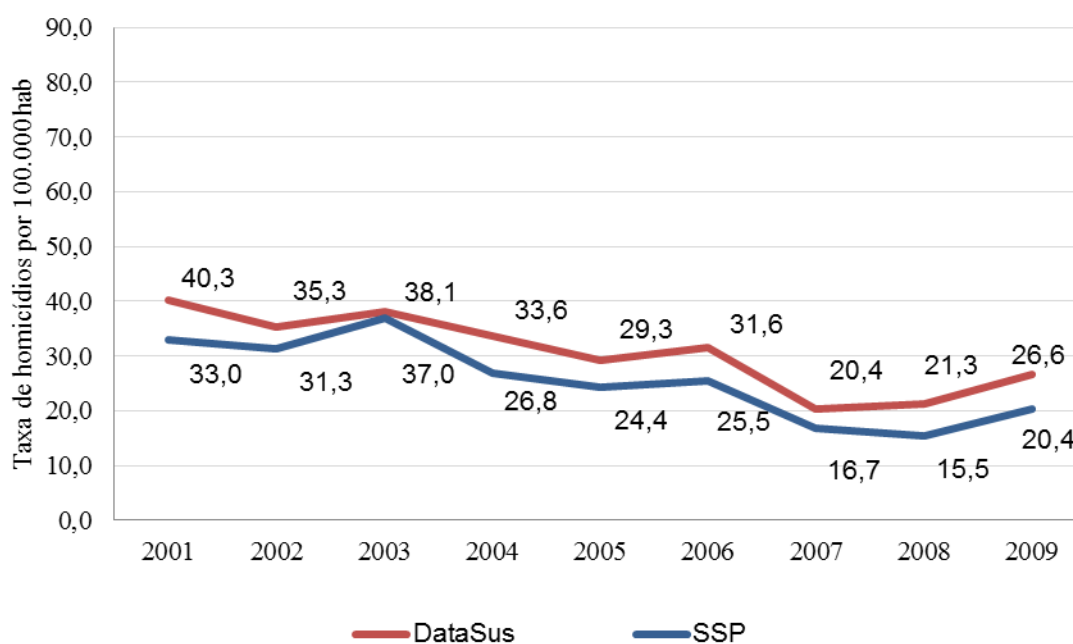


Tabela 17. Taxa de mortalidade por homicídios, na região de Franco da Rocha, pelo SIM, durante os anos de 2001 a 2009

Município	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	% Variação
Caieiras	22,7	16,7	21	15,4	6,6	17,9	9,1	16,1	14,7	-35%
Cajamar	21	14,7	26,8	19,1	16,3	18,9	18,4	12,8	31,4	50%
Francisco Morato	45,9	37,4	39,6	40,9	41,8	43,4	20,4	23,2	21,6	-53%
Franco da Rocha	48,8	54	53,9	39,2	33,5	30,4	25,9	17,8	22,1	-55%
Mairiporã	49,9	37,3	37,7	42,5	33	34,7	27,2	36,2	53,1	6%

Fonte: Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade – SIM/MS

Tabela 18. Taxa de mortalidade por homicídios, na região de Franco da Rocha, pelo INFOCRIM, durante os anos de 2001 a 2009

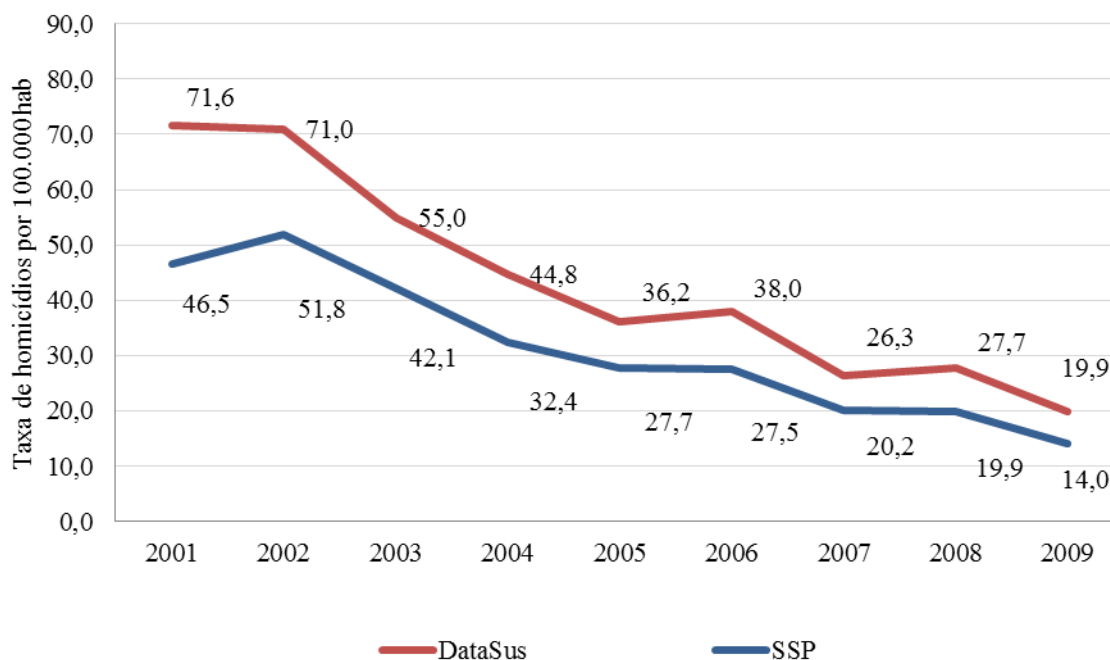
Município	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	% Variação
Caieiras	16,1	12,8	19,7	9,5	8,8	22,1	10,1	9,2	12,5	-22%
Cajamar	26,7	14,7	19,6	19,1	11,4	18,9	15,3	12,8	15,7	-41%
Francisco Morato	45,2	42,3	44,3	37	33,3	28,1	11,4	13,5	12,1	-73%
Franco da Rocha	37	40,8	50,4	27,3	27	21,6	22,8	14,7	19,8	-47%
Mairiporã	24,1	26,4	33,2	30,8	30,2	36	28,5	29,7	50,5	109%

Fonte: Secretaria de Segurança Pública/ESP

Guarulhos

Na Microrregião de Guarulhos foram contabilizadas, em 2009, pelo SIM, 258 mortes por agressão, sendo que no ano de 2001 foram registradas 792, o que corresponde a uma diferença de 534 mortes. Já pela base de dados da Secretaria de Segurança Pública, o INFOCRIM, foram 182 mortes por homicídios dolosos em 2009, sendo que em 2001 foram 514, contabilizando uma diferença de 332 homicídios. Quando se leva em consideração a evolução dos homicídios dolosos e das mortes por agressão, percebe-se uma grande diminuição na taxa de mortalidade por homicídios ao longo dos anos, como pode ser percebido no Gráfico 4. Quando se analisa a variação da taxa de homicídios entre os anos de 2001 a 2009, pelo SIM temos -72% e pelo INFOCRIM -69%.

Gráfico 6. Comparação da taxa de mortalidade por homicídios, no município de Guarulhos, entre as duas fontes de dados, durante os anos de 2001 a 2009



Mananciais

Na Microrregião dos Mananciais foram contabilizadas, em 2009, pelo SIM, 247 mortes por agressão, sendo que no ano de 2001 foram registradas 678, o que corresponde a uma diferença de 431 mortes. Já pela base de dados da Secretaria de Segurança Pública, o INFOCRIM, foram 137 mortes por homicídios dolosos em 2009, sendo que em 2001 foram 564, contabilizando uma diferença de 427 homicídios. Quando se leva em consideração a evolução dos homicídios dolosos e das mortes por agressão, percebe-se uma grande diminuição na taxa de mortalidade por homicídios ao longo dos anos, como pode ser percebido no Gráfico 5. Quando se analisa a variação da taxa de homicídios entre os anos de 2001 a 2009, pelo SIM temos -68% e pelo INFOCRIM -79%.

Nesta microrregião, as informações reunidas pelas duas bases de dados foram similares, sem maiores discrepâncias.

Dentro da microrregião dos Mananciais, o município de Jucituba teve o maior aumento da taxa de homicídios, sendo 63% pelo INFOCRIM e 86% pelo SIM. Já a maior redução na taxa de homicídios foi no município de Taboão da Serra, sendo -85% pelo INFOCRIM e -77% pelo SIM.

Gráfico 7. Comparação da taxa de mortalidade por homicídios, na região dos Mananciais, entre as duas fontes de dados, durante os anos de 2001 a 2009

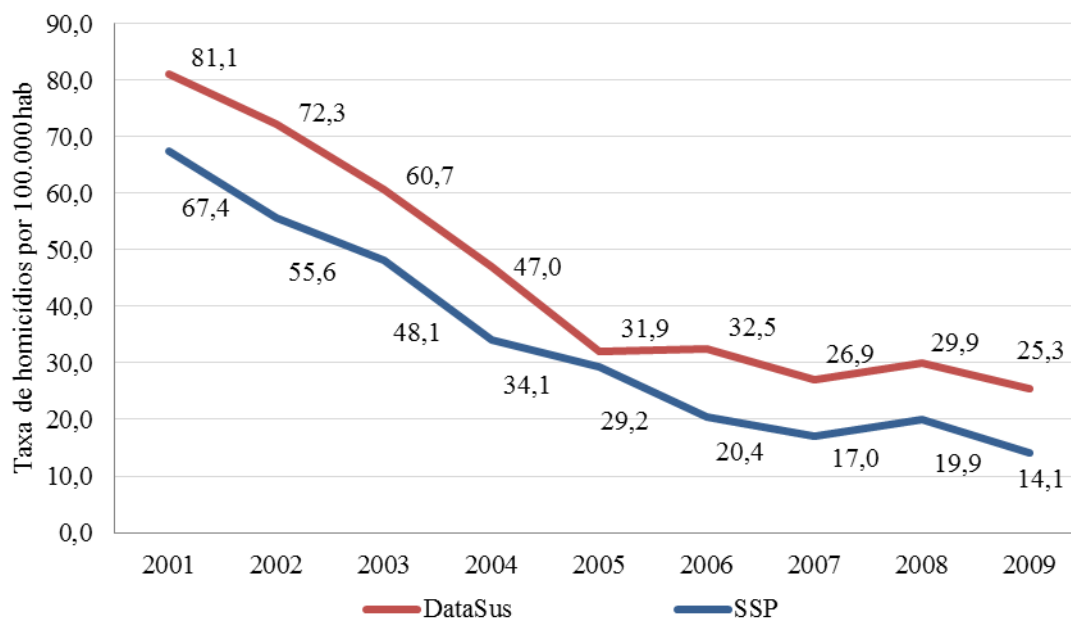


Tabela 19. Taxa de mortalidade por homicídios, na região dos Mananciais, pelo SIM, durante os anos de 2001 a 2009

Município	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	% Variação
Cotia	66	72,3	60,6	52,5	36,6	31,7	22,8	18,4	17,6	-73%
Embu	84	75	57,2	44,6	27,1	33,8	28,6	30,2	29,8	-65%
Embu-Guaçu	77,7	83,3	66,4	52,1	43	33,3	9,4	21,1	17,7	-77%
Itapecerica da Serra	110	82	73,3	63,7	38,1	57,9	47,3	51,5	36,4	-67%
Juquitiba	36,7	43,1	52,7	48,1	62,2	19,2	9,4	61,9	68,2	86%
São Lourenço da Serra	31,4	22,7	36,6	42,5	46,2	12,8	24,7	33,8	10,9	-65%
Taboão da Serra	84,6	73	66	36,2	21,3	20	23,5	25,4	19,4	-77%
Vargem Grande Paulista	54,9	35,9	10,6	25,3	27,8	15,5	19,2	9,2	11,2	-80%

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade – SIM/MS

Tabela 20. Taxa de mortalidade por homicídios, na região dos Mananciais, pelo INFOCRIM, durante os anos de 2001 a 2009

Município	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	% Variação
Cotia	52,9	53,9	50,1	36,2	28,6	22,3	17,4	16,2	12,6	-76%
Embu	92,5	74,1	54,6	37,2	30,4	23,2	17,9	22	16,1	-83%
Embu-Guaçu	57,4	73,5	47,4	44,4	48,7	24,9	21,5	35,7	27,4	-52%
Itapecerica da Serra	77,3	46,1	60,7	46,8	28	28,4	24,5	22	14,8	-81%
Juquitiba	14,7	21,6	49,2	44,7	59	16	15,6	24,1	23,9	63%
São Lourenço da Serra	31,4	0	7,3	28,4	33	31,9	24,7	33,8	5,5	-83%
Taboão da Serra	61,9	50,6	40,6	17,4	19,9	9,8	9,6	15,1	9,2	-85%
Vargem Grande Paulista	43,4	33,1	10,6	27,8	23,1	13,3	10,6	9,2	8,9	-79%

Fonte: Secretaria de Segurança Pública/ESP

Rota dos Bandeirantes

Na Microrregião da Rota dos Bandeirantes foram contabilizadas, em 2009, pelo SIM, 379 mortes por agressão, sendo que no ano de 2001 foram registradas 1.044, o que corresponde a uma diferença de 665 mortes. Já pela base de dados da Secretaria de Segurança Pública, o INFOCRIM, foram 233 mortes por homicídios dolosos em 2009, sendo que em 2001 foram 811, contabilizando uma diferença de 578 homicídios. Quando se leva em consideração a evolução dos homicídios dolosos e das mortes por agressão, percebe-se uma grande diminuição na taxa de mortalidade por homicídios ao longo dos anos, como pode ser percebido no Gráfico 6. Quando se analisa a variação da taxa de homicídios entre os anos de 2001 a 2009, pelo SIM temos -68% e pelo INFOCRIM -75%.

Pirapora do Bom Jesus foi o município dessa microrregião com poucos números de homicídios, dificultando a análise da taxa de homicídios. No entanto, os números dos outros municípios foram suficientes para a análise, demonstrando consistência nas informações provenientes das duas bases de dados.

Dentro da microrregião da Rota dos Bandeirantes, não houve municípios com aumento na taxa de homicídios. Já a maior redução na taxa de homicídios foi no município de Santana de Parnaíba, sendo -78% pelo INFOCRIM e -87% pelo SIM.

Gráfico 8. Comparação da taxa de mortalidade por homicídios, na região da Rota dos Bandeirantes, entre as duas fontes de dados, durante os anos de 2001 a 2009

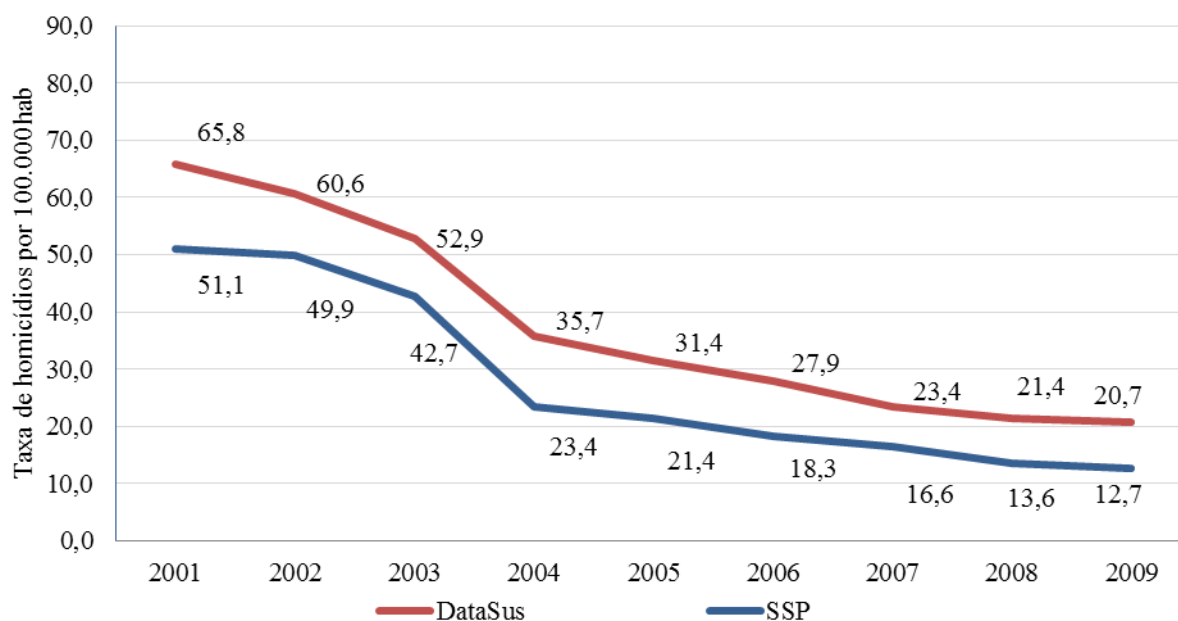


Tabela 21. Taxa de mortalidade por homicídios, na região da Rota dos Bandeirantes, pelo SIM, durante os anos de 2001 a 2009

Município	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	% Variação
Barueri	54,7	45	49,1	30,5	24,9	13,9	9,8	10,6	14,8	-73%
Carapicuíba	65,8	48,7	46,8	32,8	36,1	31,1	27	23,2	21,9	-67%
Itapevi	68,6	69,6	58	40,6	38,2	40	38,3	18,8	19,4	-72%
Jandira	60,9	51,1	48,6	31,9	30,9	37,9	23,2	19,9	25	-59%
Osasco	74,4	75,5	58,5	38	28,5	25,6	23,6	26,6	24,5	-67%
Pirapora do Bom Jesus	15,5	22,5	29,1	35,2	19,8	19,1	24,7	45,4	25,5	64%
Santana de Parnaíba	32,8	32,7	42,9	38,9	39,8	34,2	15	10,8	4,4	-87%

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade – SIM/MS

Tabela 22. Taxa de mortalidade por homicídios, na região da Rota dos Bandeirantes, pelo INFOCRIM, durante os anos de 2001 a 2009

Município	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	% Variação
Barueri	42,8	37,8	44,4	25	19,5	9,4	8	9,1	8,9	-79%
Carapicuíba	55,5	44,8	43,5	27,9	31,9	24,9	18,2	15,2	11,7	-79%
Itapevi	67,4	65,6	48	37,9	29	34	25,4	13,4	16	-76%
Jandira	51,4	50	42,7	30,9	27,3	28,2	17,2	12,7	16,9	-67%
Osasco	49,9	53,7	40,7	14	10,9	10,4	16,4	14,9	14,1	-72%
Pirapora do Bom Jesus	15,5	22,5	14,5	14,1	19,8	6,4	6,2	38,9	6,4	-59%
Santana de Parnaíba	35,3	44,8	45,2	35,6	38,8	31,3	16,9	8,1	7,9	-78%

Fonte: Secretaria de Segurança Pública/ESP

Grande ABC

Na Microrregião do Grande ABC foram contabilizadas, em 2009, pelo SIM, 511 mortes por agressão, sendo que no ano de 2001 foram registradas 1.342, o que corresponde a uma diferença de 831 mortes. Já pela base de dados da Secretaria de Segurança Pública,

o INFOCRIM, foram 342 mortes por homicídios dolosos em 2009, sendo que em 2001 foram 949, contabilizando uma diferença de 607 homicídios. Quando se leva em consideração a evolução dos homicídios dolosos e das mortes por agressão, percebe-se uma grande diminuição na taxa de mortalidade por homicídios ao longo dos anos, como pode ser percebido no Gráfico 7. Quando se analisa a variação da taxa de homicídios entre os anos de 2001 a 2009, pelo SIM temos -65% e pelo INFOCRIM -66%.

Rio Grande da Serra foi o município com baixo número de homicídios, assim como outros, impossibilitou uma análise mais confiável das taxa de mortalidade.

Dentro da microrregião do Grande ABC, não houve municípios com aumento da taxa de mortalidade, porém, ao longo dos 8 anos analisados, o município de Rio Grande da serra manteve-se estável. Já a maior redução na taxa de homicídios foi no município de Diadema, sendo -78% pelo INFOCRIM e -73% pelo SIM.

Gráfico 9. Comparação da taxa de mortalidade por homicídios, na região do Grande ABC, entre as duas fontes de dados, durante os anos de 2001 a 2009

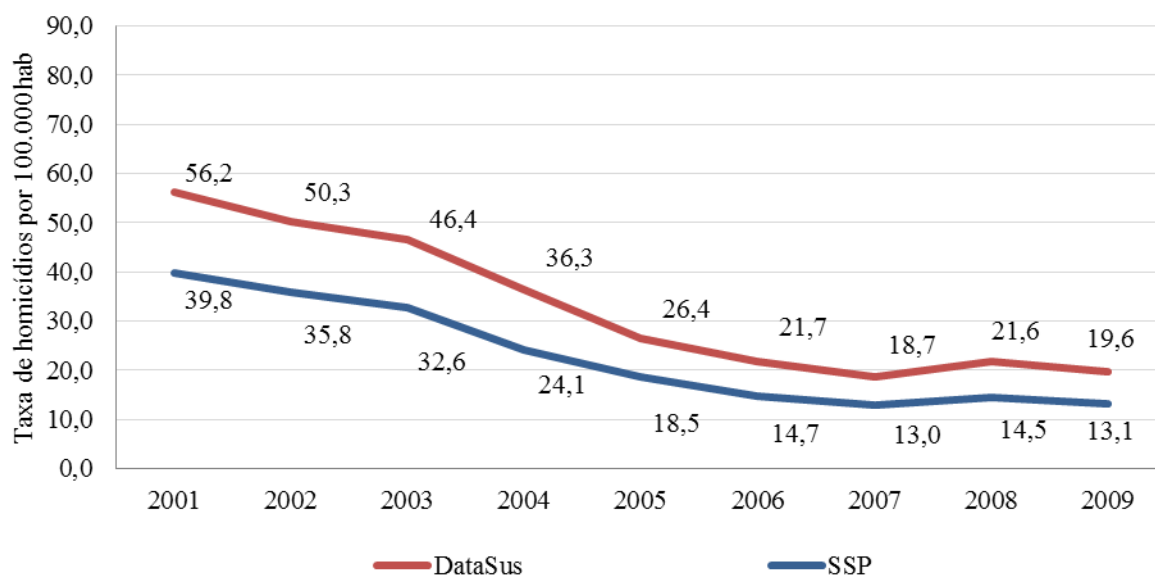


Tabela 23. Taxa de mortalidade por homicídios, na região Grande ABC, pelo SIM, durante os anos de 2001 a 2009

Município	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	% Variação
Diadema	98,7	88,3	79,6	56,3	45,4	35,4	33,9	36,3	26,4	-73%
Mauá	59,5	63,8	46,3	36,3	28,1	26,6	29,4	31,7	28,3	-52%
Ribeirão Pires	36,6	27,6	31,7	21,4	12	13,5	19	20,6	31,2	-15%
Rio Grande da Serra	24,2	20,7	17,8	20	28,8	11,8	18,5	12,1	24	-1%
Santo André	51,4	44,2	45,2	40,5	24,5	20,9	14,3	19,9	17,5	-66%
São Bernardo do Campo	49,7	41,8	41,5	31,2	23,6	16,9	12,1	14,3	14,4	-71%
São Caetano do Sul	16,5	12,3	9,5	6,6	3,7	9	2,3	5,3	5,3	-68%

Fonte: Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade – SIM/MS

Tabela 24. Taxa de mortalidade por homicídios, na região Grande ABC, pelo INFOCRIM, durante os anos de 2001 a 2009

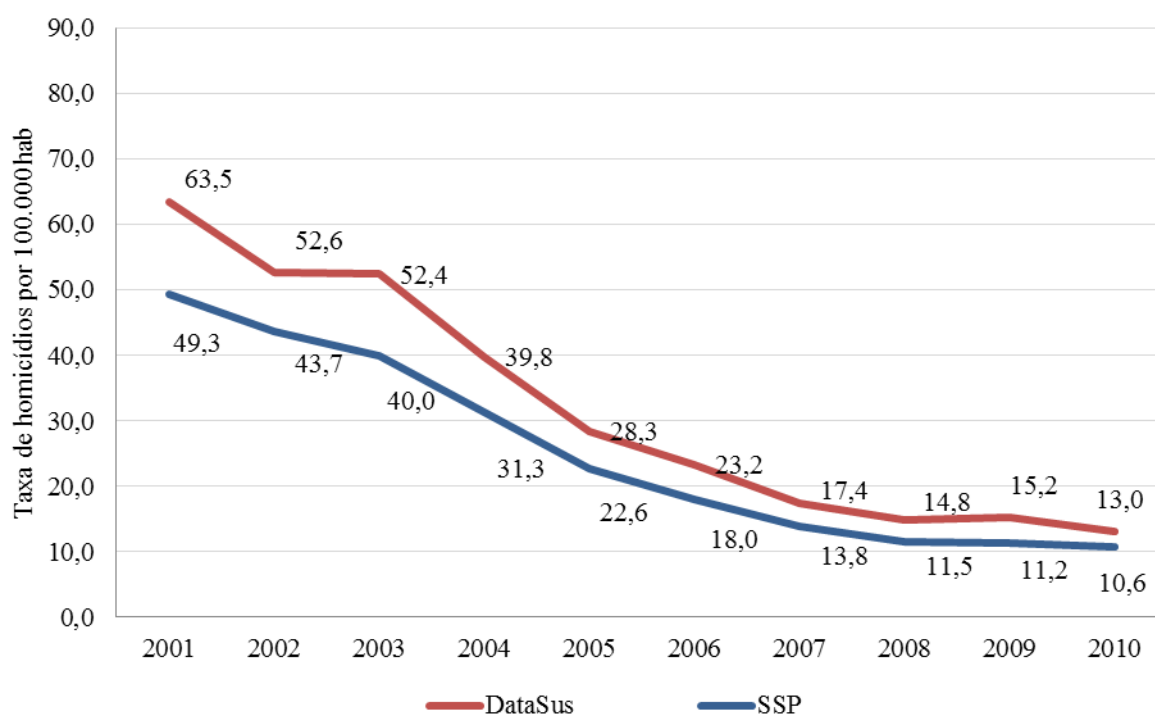
Município	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	% Variação
Diadema	65,6	54,1	44,2	35,2	27	19,7	19,9	21,1	14,3	-78%
Mauá	49,5	47,6	37,5	27,6	21,9	20,3	19	20,4	16,3	-67%
Ribeirão Pires	20,6	22,1	24,4	16	12	10,9	11,6	18,9	25,9	26%
Rio Grande da Serra	21,5	13	15,3	22,5	26,4	9,4	18,5	7,3	21,6	0%
Santo André	32,7	29,7	28,7	17,2	15,4	12,9	10,2	16,4	12,8	-61%
São Bernardo do Campo	36,8	34,6	34,2	27,4	18,6	13,2	10,5	8,7	10,6	-71%
São Caetano do Sul	14,4	8	9,5	5,1	2,2	5,3	1,5	2,6	4,6	-68%

Fonte: Secretaria de Segurança Pública/ESP

São Paulo

Na Microrregião do São Paulo foram contabilizadas, em 2009, pelo SIM, 1.681 mortes por agressão, sendo que no ano de 2001 foram registradas 6.669, o que corresponde a uma diferença de 4.988 mortes. Já pela base de dados da Secretaria de Segurança Pública, o INFOCRIM, foram 1.237 mortes por homicídios dolosos em 2009, sendo que em 2001 foram 5.174, contabilizando uma diferença de 3.937 homicídios. Quando se leva em consideração a evolução dos homicídios dolosos e das mortes por agressão, percebe-se uma grande diminuição na taxa de mortalidade por homicídios ao longo dos anos, como pode ser percebido no Gráfico 8. Quando se analisa a variação da taxa de homicídios entre os anos de 2001 a 2009, pelo SIM temos -76% e pelo INFOCRIM -77%.

Gráfico 10. Comparação da taxa de mortalidade por homicídios, no município de São Paulo, entre as duas fontes de dados, durante os anos de 2001 a 2009



DISCUSSÃO

Observando-se a série histórica da taxa de homicídios, tanto pela base de dados da Secretaria de Segurança Pública (INFOCRIM), quanto pela base de dados proveniente do SIM, temos uma grande redução ao longo desses 8 anos analisados. Em todas as microrregiões houve uma redução significativa, de pelo menos 34% no caso a microrregião de Franco da Rocha. Nas microrregiões de saúde do Grande ABC, Guarulhos, Mananciais, Rota dos Bandeirantes e São Paulo observamos uma redução semelhante, cerca de 70%.

Como citado nos resultados, em poucos municípios a análise das taxas de mortalidade por ambas as bases de dados foi prejudicada, isso devido ao pequeno número de homicídios que acabou resultando em grandes variações quando as taxas de mortalidade foram calculadas.

De uma forma geral, ambas as bases de dados geraram informações semelhantes, o que nos mostra que no contexto da Região Metropolitana de São Paulo ocorreu de fato uma redução drástica no número de homicídios durante os anos de 2001 e 2009. Fenômeno semelhante ocorreu na cidade de Nova York, o que nos leva a traçar correlações e levantar hipóteses para essa redução.

Um caso conhecido na Região Metropolitana de São Paulo foi o do município de Diadema, que em março do ano de 2002 restringiu a venda de bebidas alcoólicas em bares e restaurantes após durante as 23hs durante todos os dias da semana, numa tentativa de replicar experiência semelhante na cidade de Bogotá, Colômbia. No município de Diadema, a variação correspondeu a -73% pelo SIM e -78% pelo INFOCRIM. Houve uma ampla divulgação na imprensa sobre este caso, sendo que além do fator contribuinte da lei, o enfoque nas políticas públicas de segurança e cidadania desde 2001 foram levantadas como hipótese.

O município de São Paulo é o maior contribuinte no que tange a diminuição da taxa de homicídios, que de acordo com o censo de 2010 realizado pelo IBGE, é responsável por 57% da população da Região metropolitana de São Paulo, Da mesma forma, a porcentagem de contribuição do município de São Paulo em número absoluto de homicídios em relação à região metropolitana de São Paulo foi de 64% pelo INFOCRIM e 48% pelo SIM.

Devido à importância do município de São Paulo dentro da Região Metropolitana de São Paulo e também pela sua importância no contexto estadual e nacional, estudos levantam hipótese para essa redução ao longo dos anos.

Em grandes centros urbanos, a população de maior chance de morrer por homicídios são os homens adultos jovens, entre 15 e 34 anos que residem em áreas de exclusão social. Mudanças na composição demográfica da população, que correspondem a uma diminuição da proporção da população de maior risco, contribuíram para essa diminuição da taxa de homicídios devido ao envelhecimento da população em geral, informação apontada pelo IBGE. Além disso, a diminuição das desigualdades econômicas e sociais das regiões excluídas em relação ao restante do município contribuiu também para uma redistribuição dos homicídios espacialmente no município de São Paulo.

Após 1992, ano da invasão da polícia militar no Pavilhão 9 da casa de detenção do Complexo do Carandiru, onde mais de 100 presos foram mortos, muita atenção foi dada pela mídia aos problemas de Segurança Pública no Município e no Estado de São Paulo. Decorridos vinte anos, é levantada a hipótese de que o aumento do investimento em segurança pública contribuiu para a diminuição dos homicídios. Além disso, ações de incentivo para o desarmamento da população também foi observada. O aumento contingente de policiais aliado à adoção de novas práticas e procedimentos policiais em São Paulo têm contribuído para a percepção de maior segurança. O aumento expressivo na taxa de aprisionamento ao longo dos 8 anos também tem sua contribuição levantada como hipótese.

A alteração dos indicadores socioeconômicos e melhoria da qualidade de vida tornou a população de maior chance de morrer por homicídios menos suscetível a esses eventos, já que a desigualdade socioeconômica foi reduzida ao longo dos anos na Região Metropolitana de São Paulo.

A contribuição mais importante e de mais fácil confirmação, foi dada pela mudança demográfica, principalmente a população urbana: aumento da proporção de pessoas fora da população de risco de morrer por homicídios e a diminuição da proporção da população que indubitavelmente tem maior risco.

Muito tem sido comentado a respeito da queda na taxa de homicídios, tanto no Estado, Região Metropolitana e município de São Paulo. O foco da mídia, no que diz

respeito à Segurança Pública, aliado ao apropriamento político-partidário dessa redução na taxa de homicídios, faz com que a discussão não ocorra contemplando todos os fatores envolvidos, por se tratar de um fenômeno complexo e de difícil comprovação. Fenômenos semelhantes ocorreram em outras partes do mundo, mesmo assim, carecem de explicações mais assertivas. Até mesmo a liberalização do aborto em alguns países do leste europeu foi aventada com hipótese nesses países. Portanto, estudos mais aprofundados aliados à continuidade das políticas públicas implementadas poderão nos dizer se o caminho percorrido foi o correto, ou se mudanças na conjuntura socioeconômica da população foi mais importante nessa contribuição. A questão a ser respondida é: as ações pontuais fazem a diferença, quando se trata de segurança pública, ou se essa redução é fruto de uma reorganização da sociedade como um todo.

VII. SUICÍDIOS

CONTEXTO

No Brasil e em outros países, o suicídio é considerado problema de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) define o suicídio como o comportamento onde o indivíduo pensando em acabar com sua vida desenvolve um plano para cometer suicídio e obtém os meios para fazê-lo, completando assim o ato. Estima-se que em média 3.000 pessoas no planeta, se suicidam diariamente e as tentativas de suicídio superem o suicídio em pelo menos 20 vezes. (OMS, 2012)

O Brasil registrou 4,9 mortes por suicídio por 100 mil habitantes em 2008, colocando-o em 73ª posição mundial e no grupo com taxas consideradas baixas, mas em ascensão (no limiar do nível médio) (MINAYO, 2012).

Os suicídios resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturais e ambientais (OMS 2006). Na quase totalidade dos casos um transtorno mental encontra-se presente (BOTEGA, 2007). Dentre os diagnósticos psiquiátricos associados ao suicídio, depressão é o que mais se destaca (CHACHAMOVICH *et. al.*, 2009). Do ponto de vista familiar, a presença de suicídio na família eleva em cerca de três vezes o comportamento suicida em comparação a sujeitos sem história familiar (DIACONU G, 2008).

É consensual entre os pesquisadores que não há um fator único capaz de responder pela tentativa ou pelo suicídio propriamente dito. Entre os fatores de risco extensamente estudados na literatura internacional destacam-se tentativas prévias de suicídio, fatores genéticos, restrito suporte social e familiar e psicopatologia (CHACHAMOVICH *et. al.*, 2009).

Segundo a OMS os fatores de risco gerais ao suicídio incluem: nível socioeconômico e de educação baixos; perda de emprego; estresse social; problemas com a família, relações sociais e sistemas de apoio; trauma, tal como abuso físico e sexual; perdas pessoais; perturbações mentais tais como depressão, transtorno da personalidade, esquizofrenia, abuso de álcool e de outras substâncias; sentimentos de baixa autoestima ou de desesperança; questões de orientação sexual (tais como homossexualidade); comportamentos idiossincráticos (tais como estilo cognitivo e estrutura de personalidade);

pouco discernimento, falta de controle da impulsividade, e comportamentos autodestrutivos; poucas competências para enfrentar problemas; doença física e dor crônica; exposição ao suicídio de outras pessoas; acesso a meios para conseguir fazer-se mal; acontecimentos destrutivos e violentos (tais como guerra ou desastres catastróficos) (OMS 2006).

O comportamento suicida costuma ser concebido com início em *idéias de suicídio*, ou seja, pensamentos de acabar com a própria vida. Se o processo avança, surge o *planejamento suicida*, que é a etapa em que o sujeito estabelece quando, onde e como fará para levar avante a conduta de autodestruição. A partir daí, poderá ocorrer a *tentativa de suicídio*, resultando ou não em morte. (PEÑA GALVÁN LY at. el, SERFATY E. *apud* BAGGIO, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica o suicídio quatro níveis: baixo (quando ocorre em menos de cinco habitantes em 100 mil); médio (de cinco a 15); alto (de 15 a 30); e muito alto (acima de 30 por 100 mil) (MINAYO, 2012).

Embora o coeficiente de mortalidade por suicídio, no Brasil, seja relativamente baixo (em torno de 4,5 mortes por 100 mil habitantes), o número de mortes por suicídio chegou a 8.550 em 2005, posicionando o país entre os dez países com o maior número de suicídios (BOTEGA et.al., 2009).

Segundo a OMS, o suicídio está entre as dez principais causas de morte na população mundial em todas as faixas etárias, ocupando o terceiro lugar no grupo com idade entre 15 e 34 anos. As taxas variam em função do contexto social, gênero, meios utilizados e faixa etária. Entre adolescentes, os comportamentos de risco, em interação com fatores sociais e ambientais, têm gerado um aumento de mortes prematuras (BAGGIO, 2009).

Estudos demonstram que há maior prevalência de planejamento suicida entre jovens do sexo feminino, as meninas planejam e tentam mais; no entanto são os meninos que efetivam o suicídio. Segundo o estudo realizado por Biaggio (2009), entre os adolescentes de rede escolar pública, a relação entre depressão e suicídio também ocorre, os adolescentes que se sentiam mais sozinhos e/ou tristes apresentaram prevalências mais altas de planejamento suicida do que aqueles sem esse tipo de sentimentos. Adolescentes

com manifestações suicidas apresentam história positiva para situações de violência, brigas e agressões, transgressão às leis e problemas de conduta em geral.

Entre os adultos, os fatores estressores que levam ao suicídio em mulheres estão mais relacionados a problemas de relacionamento familiar, enquanto nos homens esses fatores relacionam-se com maior frequência ao desemprego e a problemas econômicos. Além disso, há maior incidência de abuso de substâncias entre homens que entre mulheres (WU, 2009).

O suicídio entre pessoas idosas constitui hoje um grave problema para as sociedades das mais diversas partes do mundo. Entretanto, estudos sobre suicídio entre idosos no Brasil são incipientes (MINAYO, 2010, 2012).

As pessoas com mais de 65 anos apresentam maior sucesso do que qualquer outro grupo etário em cometer suicídio. Um fato que muitas vezes passa despercebido (BEESTON, 2006).

Na faixa etária dos idosos, costumam ocorrer mudanças profundas na forma de compreender e conduzir a vida (Beeston, 2006). O isolamento social entre os idosos, principalmente entre os homens a partir do encerramento da vida profissional, contribui ao elevado risco de isolamento, tristeza, estresse e vontade de por fim à vida.

Alguns fatores devem ser levados em consideração quando este tipo de morte é pesquisado. Destaca-se o sub-registro de morte por suicídio decorrente principalmente do forte estigma que o envolve (SCHNITMAN *et. al.*, 2010). A falta de confiabilidade e amplitude das estatísticas do Brasil compromete a validade das taxas oficiais de mortalidade por suicídio no país.

De fato, é importante ressaltar a dificuldade em obterem-se registros exatos da ocorrência de suicídio. Muitos casos de tentativas de suicídio são ocultados pelo indivíduo e por seus familiares. O preconceito é um fato que permeia a ocorrência do suicídio, inclusive entre os profissionais de saúde que realizam o atendimento ao cliente.

Os profissionais de saúde em sua formação tendem a valorizar o cuidado e a preservação da vida, ao chegar um indivíduo em condições que sugerem a tentativa de suicídio, são relatados casos em que há a ocorrência de maus tratos dos profissionais. Segundo Machin (2009), o usuário que busca atendimento na emergência em razão de uma

lesão autoprovocada é identificado com uma situação não compatível com o modelo biomédico de inelegibilidade da doença, já que criou o fato. A intenção dos usuários é confrontada com a expectativa do profissional de saúde em encontrar um ser fragilizado, que merece cuidado e atenção, por ter adoecido.

O Ministério da Saúde por meio da Portaria Interministerial n.º 1.055/2006, de 17 de maio de 2006, instituiu o grupo de trabalho destinado a viabilizar a constituição de um Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental, com os objetivos de articular os campos de direitos humanos e saúde mental, produzir informações, estudos e pesquisas sobre estes campos, desenvolver mecanismos de monitoramento das instituições que lidam com pessoas com transtornos mentais e criar mecanismos de ouvidoria para acolher e encaminhar demandas.

Com objetivo de reduzir taxas de suicídios e tentativas e os danos associados com comportamentos suicidas, como o impacto traumático do suicídio na família, nas comunidades, nos locais de trabalho, nas escolas, outras instituições e na sociedade brasileira, a Coordenação de Saúde Mental desenvolveu a Estratégia Nacional para Prevenção do Suicídio, a partir da portaria n 1876/2006, foram publicadas as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, no Brasil. Dentre as iniciativas desta estratégia contemplam ações que visem esclarecer, prevenir e reduzir a ocorrência de suicídio, como o lançamento do Manual de Prevenção do Suicídio para profissionais das Equipes de Saúde Mental e do levantamento bibliográfico sobre os temas: Suicídio, Sobreviventes e Família, ambos em 2006, além da realização de seminários que abordem o tema, suicídio.

A detecção e o tratamento adequado de pessoas acometidas por transtornos mentais, notadamente depressão, a partir do atendimento em serviços gerais de saúde parece ser a forma mais efetiva de prevenir o suicídio (CHACHAMOVICH et. al., 2009).

Um estudo realizado na Suécia, em Gotland, é um exemplo de como uma intervenção que incluiu capacitação de profissionais, visando à maior detecção e ao tratamento adequado da depressão, pode reduzir o número de suicídios. Dois anos após o início do projeto, houve redução de 60% no coeficiente de mortalidade por suicídio (CHACHAMOVICH et. al., 2009).

METODOLOGIA

Inicialmente, realizou-se um levantamento de estudos epidemiológicos sobre suicídio utilizando as plataformas Scielo e Bireme. Utilizou-se a definição da OMS de suicídio, que seria um ato intencional de um indivíduo para extinguir sua própria vida.

A seguir, utilizou-se o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS) para obter dados sobre suicídios na Região Metropolitana de São Paulo. Utilizando-se o Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS), levantou-se o número de óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente (categorias X60 a X84 da Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão) no período de 2000 a 2010. Estes dados foram segmentados nas diferentes Regiões de Saúde, bem como por sexo e faixa etária. No caso das faixas etárias, foi feito um agrupamento entre as taxas para evitar trabalhar com números muito pequenos, que poderiam gerar distorções da análise. Também se obteve os meios empregados nos suicídios, ou seja, as categorias da CID -10, e calculou-se a mortalidade proporcional de cada um deles para cada sexo.

As populações de cada Região de Saúde, no mesmo período, foram levantadas utilizando-se os censos e projeções intercensitárias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para que se pudesse calcular taxas e fazer comparações.

No Sistema de Informações Hospitalares do Ministério da Saúde (SIH/MS), foram levantados dados de morbidade por lesões autoprovocadas intencionalmente. Foram eles: internações por tentativa de suicídio, média de permanência e valor médio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Os valores foram ajustados utilizando-se a média anual do Índice Geral de Preços – Disponibilidade Interna (IGP-DI) da Fundação Getúlio Vargas, trazendo os valores para março de 2012.

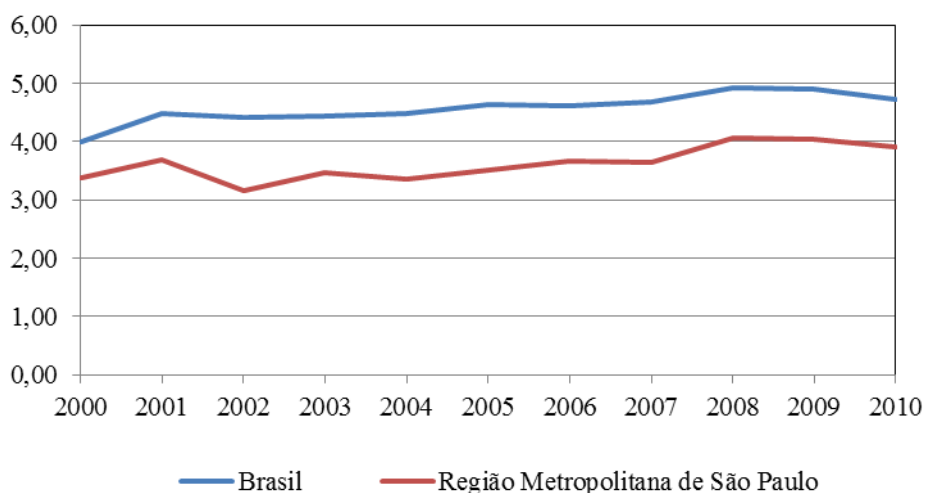
Finalmente, foi realizado levantamento dos estabelecimentos de saúde de cada Região no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Optou-se por focar a pesquisa em estabelecimentos que prestassem atendimento a urgências e emergências e em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais teriam maior contato com indivíduos propensos ao suicídio.

Os dados encontrados foram tabulados e dispostos em tabelas e gráficos utilizando-se o software Microsoft Office Excel®, sendo posteriormente comparados com dados da literatura.

RESULTADOS

Em 2010, ocorreram na Região Metropolitana de São Paulo 3,9 suicídios por 100.000 habitantes. Trata-se de valor inferior à média nacional no mesmo ano, que foi de 4,75 óbitos por 100.000 habitantes. Conforme aparece no gráfico 1, a tendência histórica foi de aumento progressivo da taxa de mortalidade por suicídio até 2008, quando se inicia discreta queda. O país como um todo segue a mesma tendência.

Gráfico 11. Taxa de Mortalidade por Suicídio por 100.000 habitantes, no Brasil e na Região Metropolitana de São Paulo (2000 a 2010)



Fonte: SIM/MS

Ao analisar a série histórica das taxas de mortalidade por suicídio por Região de Saúde (tabela 1), em geral nota-se a mesma tendência de aumento seguido de redução. Porém, chama a atenção os aumentos ocorridos nas regiões de Franco da Rocha, Rota dos Bandeirantes e Mananciais nos últimos anos.

Tabela 25. Taxa de mortalidade por suicídio (por 100.000 habitantes) e número absoluto de óbitos nas Regiões de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo no período de 2000 a 2010

Região de Saúde		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
São Paulo	Taxa	3,74	3,9	3,19	3,72	3,63	3,87	4,26	4,41	4,55	4,68	4,22
	Óbitos	390	409	338	397	390	423	469	490	500	517	475
Guarulhos	Taxa	3,45	2,71	2,56	2,76	2,78	2,32	3,2	2,97	3,75	3	2,95
	Óbitos	37	30	29	32	33	29	41	39	48	39	36
Grande ABC	Taxa	2,59	3,31	3,76	3,1	2,86	2,95	3,14	2,83	3,44	2,96	2,74
	Óbitos	61	79	91	76	71	75	81	74	89	77	70
Alto Tietê	Taxa	3,08	4,63	3,06	2,91	3,21	2,9	2,15	2,89	4,04	3,84	3,33
	Óbitos	38	59	40	39	44	42	32	44	60	58	48
Franco da Rocha	Taxa	1,89	2,73	1,98	3,42	3,53	4,1	4,16	2,75	3,52	2,69	4,06
	Óbitos	8	12	9	16	17	21	22	15	18	14	21
Rota dos Bandeirantes	Taxa	3,17	2,71	2,96	3,08	3,38	3,06	2,66	2,22	3,21	3,55	4,79
	Óbitos	49	43	48	51	57	54	48	41	58	65	82
Mananciais	Taxa	2,71	4,42	2,79	3,97	2,44	3,68	2,76	2,1	2,5	2,87	3,65
	Óbitos	22	37	24	35	22	35	27	21	24	28	36
Total RMSP	Taxa	3,38	3,69	3,15	3,47	3,36	3,5	3,66	3,63	4,06	4,03	3,9
	Óbitos	605	669	579	646	634	679	720	724	797	798	768

Fonte: SIM/MS

A seguir, as taxas de mortalidade por suicídio por sexo e faixa etária foram calculadas. Nota-se que os homens cometem mais suicídios que as mulheres em qualquer faixa etária. O grupo de maior risco é o de homens jovens (20 a 39 anos). Já entre as mulheres, o grupo atualmente de maior risco é o de 40 a 59 anos, que vem aumentando progressivamente desde 2004. Chama a atenção, em ambos os sexos, o aumento da taxa entre adolescentes nos últimos anos.

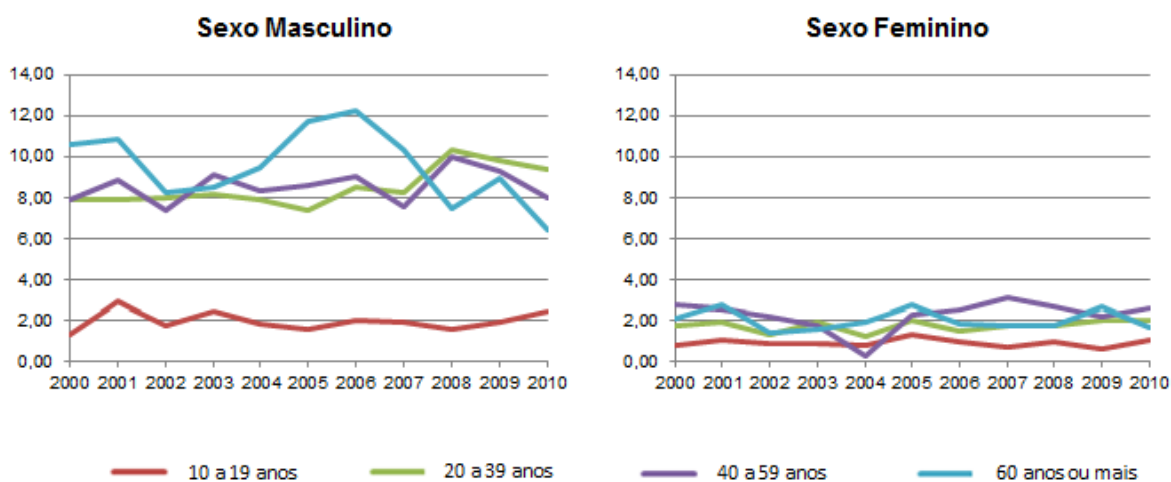
No Brasil, as mortes por suicídios mostram-se crescentes na faixa do adulto jovem, principalmente no sexo masculino (MENEGHEL, 2004).

Estudo realizado com dados de noventa países estimou em 7,4/100 mil a taxa de suicídios entre jovens de 15 e 19 anos. No Brasil, a estimativa foi de 4,2/100 mil. Foram constatadas, também, taxas mais elevadas entre meninos (10,5/100 mil) do que entre meninas (4,1/100 mil) (WASSERMAN, 2005).

Segundo Minayo (2010), a menor ocorrência de suicídio entre mulheres em todo o País é atribuída à baixa prevalência de alcoolismo, à religiosidade, às atitudes flexíveis em relação às aptidões sociais e ao desempenho de papéis que culturalmente lhe são peculiares.

Enquanto que o desempenho masculino envolve comportamentos machistas e agressivos, como competitividade, impulsividade e gosto por armas de fogo.

Gráfico 12. Taxa de Mortalidade por Suicídio por sexo e faixa etária na Região Metropolitana de São Paulo, entre 2000 e 2010 (por 100.000 habitantes)

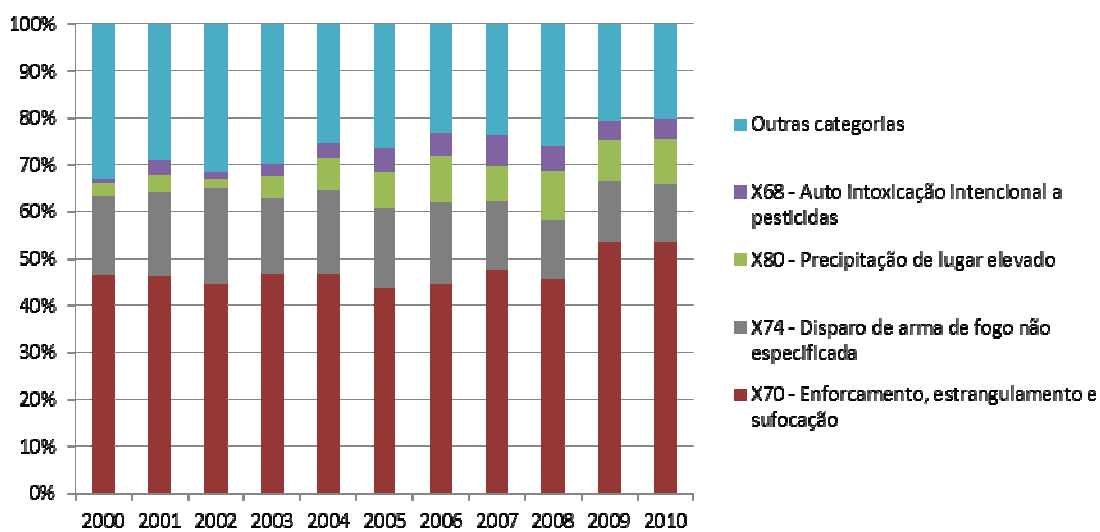


Fonte: SIM/MS

Também se calculou a mortalidade proporcional por categoria da CID 10, para se obter os meios mais utilizados para se cometer o suicídio em cada sexo. Considerou-se o capítulo das lesões autoprovocadas intencionalmente. As quatro categorias mais comuns em cada sexo, no período de 2000 a 2010, são exibidas nos gráficos 3 e 4. Nota-se que em ambos os sexos, o meio mais utilizado foi o enforcamento em todos os anos analisados. Contudo, chama a atenção o aumento progressivo em ambos os sexos das precipitações de lugar elevado. Este aumento foi de 2,5 vezes para o sexo feminino e de 3,3 vezes para o

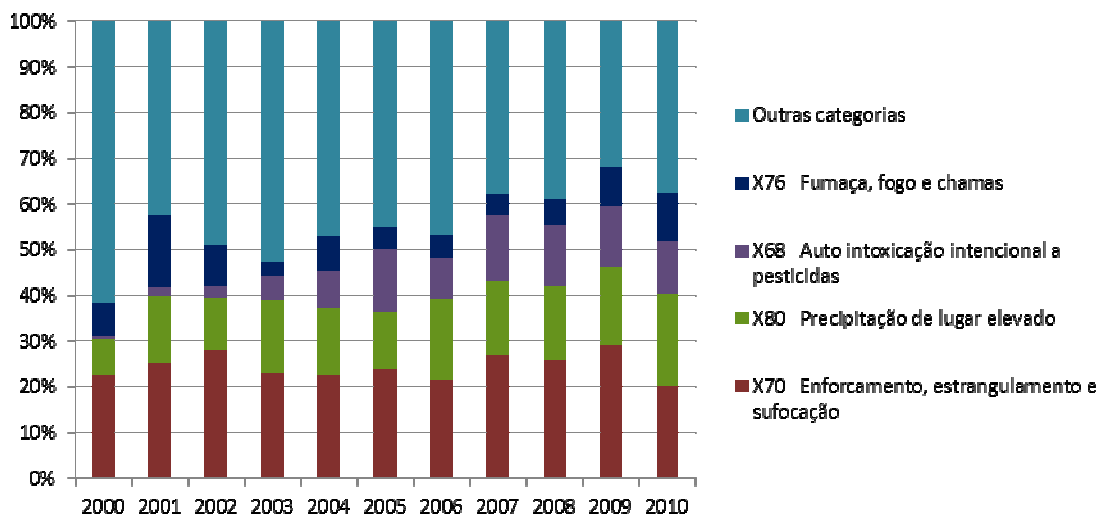
sexo masculino. Entre os homens, o segundo meio mais utilizado foi o disparo de arma de fogo, que não aparece entre os meios mais comumente usados pelas mulheres. Nota-se discreta redução da utilização desse meio entre os homens ao longo dos anos, possivelmente pelas campanhas de desarmamento ocorridas no período. Em ambos os sexos, também houve aumento progressivo da utilização de pesticidas, que foi mais expressivo entre as mulheres.

Gráfico 13. Mortalidade proporcional no sexo masculino por categoria da CID 10, dentre o total de óbitos por suicídio, na Região Metropolitana de São Paulo, entre 2000 e 2010



Fonte: SIM/MS

Gráfico 14. Mortalidade proporcional no sexo feminino por categoria da CID 10, dentre o total de óbitos por suicídio, na Região Metropolitana de São Paulo, entre 2000 e 2010



Fonte: SIM/MS

Para cada Região de Saúde, se obteve a taxa de internação no Sistema Único de Saúde por lesão autoprovocada intencionalmente. Foram utilizadas as internações na população residente, por 10.000 habitantes, conforme a Matriz de Indicadores da RIPSA. Nota-se que a tendência geral é de aumento das taxas de internação na maioria das regiões. Porém, não se pode descartar que tenha havido mudanças no preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) ao longo desses anos.

Ao analisar as taxas de internação da Região Metropolitana de São Paulo por sexo, nota-se tendência de aumento em ambos. Apesar de os homens se suicidarem mais, as taxas de internação são próximas entre os sexos e têm aumento mais expressivo entre as mulheres nos últimos anos. Apesar das taxas de mortalidade estarem decrescendo, é possível que a incidência de tentativas esteja aumentando.

Tabela 26. Número absoluto e Taxa de internação por lesão autoprovocada intencionalmente, na população residente de cada uma das Regiões de Saúde da RMSP, no período de 2000 a 2010

Região de Saúde		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
São Paulo	Taxa	0,34	0,33	0,39	0,54	0,67	0,67	0,85	0,95	0,78	0,9	0,88
	Internações	356	350	410	580	718	734	936	1052	853	988	993
Guarulhos	Taxa	0,15	0,26	0,43	0,45	0,35	0,66	0,69	1,35	0,58	1,31	0,88
	Internações	16	29	49	52	41	83	89	178	74	170	107
Grande ABC	Taxa	0,47	0,43	0,58	0,58	0,66	0,71	0,52	0,59	0,61	1,02	0,77
	Internações	110	102	140	143	163	182	133	155	157	266	197
Alto Tietê	Taxa	0,66	0,66	0,69	0,58	0,78	0,66	1	1,2	0,71	0,73	0,8
	Internações	82	84	90	78	107	95	149	183	106	111	115
Franco da Rocha	Taxa	0	0,07	0,46	0,3	0,02	0,08	0,09	0,09	0,02	0,4	0,25
	Internações	0	3	21	14	1	4	5	5	1	21	13
Rota dos Bandeirantes	Taxa	2,31	1,85	1,17	1,29	1,23	0,89	0,76	0,78	0,56	0,52	0,54
	Internações	357	293	189	214	208	157	138	143	101	95	93
Mananciais	Taxa	0,6	0,42	0,51	0,15	0,33	0,54	0,59	0,89	1,11	1,93	1,56
	Internações	49	35	44	13	30	51	58	89	107	188	154
Total RMSP	Taxa	0,54	0,49	0,51	0,59	0,67	0,67	0,77	0,9	0,71	0,93	0,85
	Internações	970	896	943	1094	1268	1306	1508	1805	1399	1839	1672

Fonte: SIH/MS

Gráfico 15. Taxa de internação por lesão autoprovocada intencionalmente por sexo, na Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2000 a 2010



Fonte: SIM/MS

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia (MS, 2004). Segundo o Ministério da Saúde (2008) a Rede de Atenção psicossocial deve ser desenvolvida de acordo com o porte do município. Os CAPS podem ser de tipo I, II, III, Álcool e Drogas (CAPS AD) e Infante-juvenil (CAPSi). Os parâmetros populacionais para a implantação destes serviços são definidos da seguinte forma: a) municípios até 20.000 habitantes - rede básica com ações de saúde mental, b) municípios entre 20 a 70.000 habitantes - CAPS I e rede básica com ações de saúde mental, c) municípios com mais de 70.000 a 200.000 habitantes - CAPS II, CAPSi, CAPS AD e rede básica com ações de saúde mental, c) Municípios com mais de 200.000 habitantes - CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPSi, e rede básica com ações de saúde mental e capacitação do SAMU. No entanto, a composição da rede deve ser definida seguindo estes parâmetros, mas também atendendo a realidade local.

Tabela 27. Número de estabelecimentos de Saúde destinados a atendimentos de Urgência e Atenção Psicossocial por Região de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo em março de 2012

Região de Saúde	População	Nº de Estabelecimentos de Saúde		Estabelecimentos por 100.000 hab	
		Urgência	CAPS	Urgência	CAPS
São Paulo	11.253.503	159	68	1,41	0,6
Guarulhos	1.221.979	30	7	2,46	0,57
Grande ABC	2.551.328	67	20	2,63	0,78
Alto Tietê	1.441.760	23	4	1,6	0,28
Franco da Rocha	517.675	11	2	2,12	0,39
Rota dos Bandeirantes	1.710.732	39	13	2,28	0,76
Mananciais	986.998	27	9	2,74	0,91
Total Região Metropolitana	19.683.975	356	123	1,81	0,62

Fonte: CNES

Por meio da relação entre o número da população e os CAPS disponíveis foi obtido o número da população coberta por estes estabelecimentos em cada região de saúde.

Verificou-se que apesar da região de Saúde Alto do Tietê apresentar municípios que possuam mais de 70.000 habitantes nos anos de 2007 a 2010 (Arujá, Ferraz de Vasconcelos, Itaquaquecetuba, Mogi das Cruzes, Poá, Suzano), de acordo com o CNES esta região não possui CAPS álcool e drogas e nem CAPS infanto-juvenil, no período considerado. Da mesma forma, a região de saúde Franco da Rocha apresenta municípios com mais de 70.000 habitantes nos anos de 2007 a 2010 (Caieiras, Francisco Morato, Franco da Rocha e Mairiporã), de acordo com o CNES esta região também não possui CAPS álcool e drogas e nem CAPS infanto-juvenil, no período considerado.

Segundo o CNES não há CAPS infanto-juvenil nas Regiões de Saúde Guarulhos e Mananciais apesar desta última apresentar municípios com população superior a 70.000 habitantes, e o município de Guarulhos apresentar população superior a 1 milhão e duzentos mil habitantes.

Tabela 28. População coberta por centro de atenção psicossocial (I, II, III) nas regiões de Saúde que compõem a Região Metropolitana de São Paulo, região metropolitana de São Paulo e Estado de São Paulo, período entre 2007 a 2010

Região de Saúde	Ano			
	2007	2008	2009	2010
Alto do Tietê	1010818	993420	1017262	998051
Franco da Rocha	180213	113832	116583	119335
Guarulhos	295939	289674	296090	286609
Mananciais	223845	161992	165544	171967
Rota dos Bandeirantes	417163	205704	209915	201848
Grande ABC	188085	187340	172819	190157
São Paulo	421852	346685	335414	350462
RMS	343369	278666	271690	282892
Estado de SP	203565	179706	172038	164384

Fonte: CNES

Tabela 29. População coberta por centro de atenção psicossocial álcool e drogas nas regiões de Saúde que compõem a Região Metropolitana de São Paulo, região metropolitana de São Paulo e Estado de São Paulo, período entre 2007 a 2010

Região	Ano			
	2007	2008	2009	2010
Região de Saúde				
Alto do Tietê	-	-	-	-
Franco da Rocha	-	-	-	-
Guarulhos	887817	869023	888271	859827
Mananciais	335768	323984	331088	343935
Rota dos Bandeirantes	417163	411409	419829	403695
Grande ABC	470212	468350	271572	271652
São Paulo	801519	797376	503121	442689
RMS	703906	696665	487168	450859
Estado de SP	675466	613994	507367	475172

Fonte: CNES

Tabela 30. População coberta por centro de atenção psicossocial infanto-juvenil nas regiões de Saúde que compõem a Região Metropolitana de São Paulo, região metropolitana de São Paulo e Estado de São Paulo, período entre 2007 a 2010.

Região	Ano			
	2007	2008	2009	2010
Região de Saúde				
Alto do Tietê	-	-	-	-
Franco da Rocha	-	-	-	-
Guarulhos	-	-	-	-
Mananciais	-	-	-	-
Rota dos Bandeirantes	212139	206382	208081	187432
Grande ABC	178141	173731	173544	121890
São Paulo	320694	276614	221343	236832
RMSP	353864	319004	277350	263255
Estado de SP	413285	367439	313045	281924

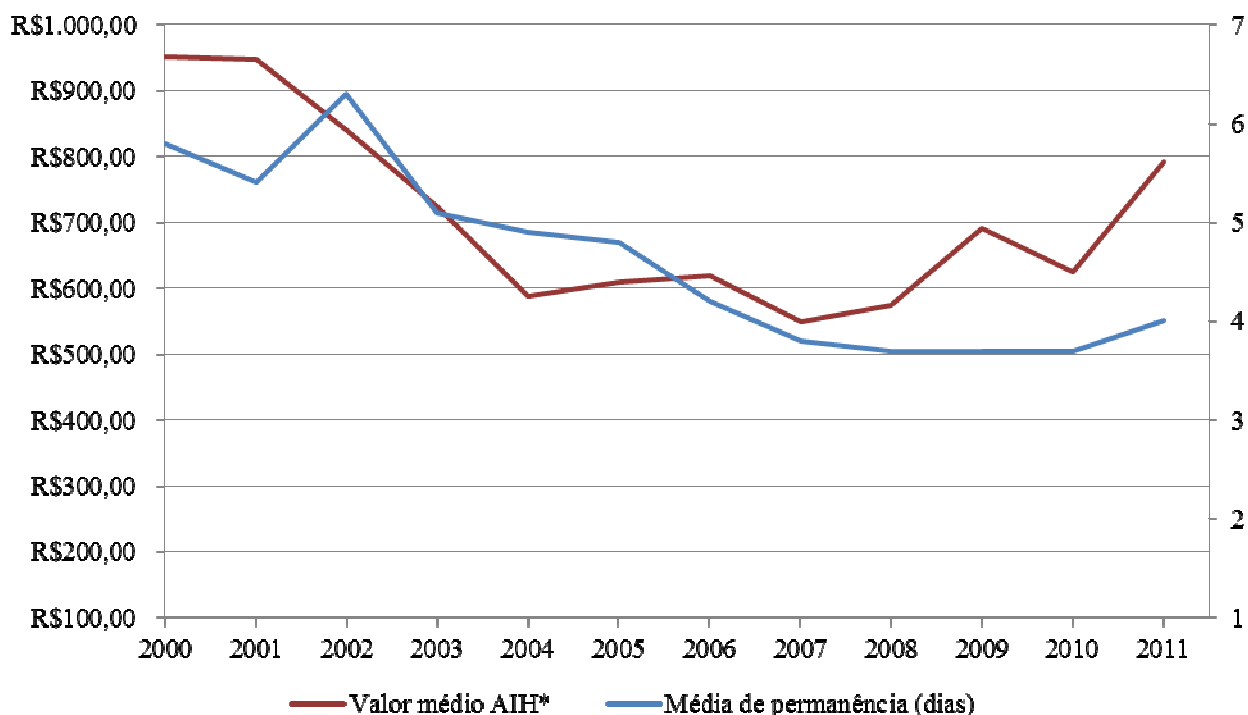
Fonte: CNES

Para a Região Metropolitana de São Paulo obteve-se o valor médio das AIH nos casos de internações por lesões autoprovocadas voluntariamente, além de obtido o tempo médio de permanência no período entre 2000 a 2010 (gráfico 6). Nota-se que o tempo médio de permanência nos casos de internação por lesão autoprovocada voluntariamente reduziu entre o período pesquisado, apresentando aumento pouco acentuado, no ano entre 2009 e 2010. Em relação ao valor médio da AIH pode-se notar acentuada queda entre 2001 a 2004. E tendência geral de aumento entre os anos 2004 a 2011.

Segundo Iunes (1997) as informações obtidas através das fichas de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) trazem dados importantes, mas apresentam algumas limitações significativas, entre elas, o fato de estarem limitadas aos hospitais cadastrados junto ao SUS e de não incorporam os atendimentos nas emergências (pronto-socorros) que, no caso de acidentes e violências, podem representar um volume considerável de recursos (Iunes, 1997).

A partir da análise da média de permanência nos casos de internações por lesões autoprovocadas voluntariamente, nota-se a tendência geral de redução, atingindo 3,7 dias em 2010, enquanto que em 2000 atingia a média de 5,8 dias de permanência.

Gráfico 16. Série histórica dos Valores médios de Autorizações de Internações Hospitalares e a média de permanência na região metropolitana de São Paulo, no período entre 2000 a 2011



Fonte: SIH/MS

*Valores corrigidos pelo Índice Geral dos Preços (IGP-DI) da Fundação Getúlio Vargas, referência março de 2012.

DISCUSSÃO

O aumento das taxas de suicídio na Região Metropolitana de São Paulo é condizente com a literatura. A redução nos últimos anos pode estar relacionada à melhoria nas condições de vida, estabilidade econômica do país, maior acesso à educação e a ampliação da política de Saúde Mental na rede de atenção à saúde.

Os homens jovens são o grupo de maior risco, o que também condiz com a literatura. O aumento recente das taxas de suicídio entre jovens, de ambos os sexos, poderia ser explicado pelo uso de substâncias psicoativas, histórico de agressão domiciliar ou na escola, no entanto, ainda há poucos estudos sobre o tema. Nesta faixa etária, a escola tem papel estratégico para a promoção e proteção da saúde dos alunos, pois é o local onde são reproduzidos os padrões de comportamentos e relacionamentos que podem por em risco a saúde dos jovens (BAGGIO, 2009). Tendo em vista o aumento das taxas de suicídio entre os jovens, são importantes investimentos em CAPS infanto-juvenil e em sua interface com os estabelecimentos de ensino.

Entre as principais causas de suicídio observou-se o aumento pela ingestão de pesticidas entre as mulheres principalmente. De acordo com a literatura esta causa é típica em países em desenvolvimento como o Brasil. Da mesma forma, o predomínio de enforcamento encontrado em ambos os sexos também é citado na literatura.

Entre as Regiões de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo, chamou a atenção o aumento das taxas de suicídio em Mananciais, Rota dos Bandeirantes e Franco da Rocha, nos últimos três anos. Desta forma, seria importante a realização de estudos mais detalhados para que sejam elucidadas as causas deste aumento.

O aumento observado nas taxas de internação por lesões autoprovocadas intencionalmente pode indicar o aumento na incidência de tentativas de suicídio. Tal aumento foi mais expressivo entre as mulheres, o que pode ser relacionado com o dado de que as mulheres tentam proporcionalmente mais o suicídio do que os homens, mas têm menos êxito.

O valor médio de AIH entre os anos 2010 e 2000 apresentou redução. No entanto, vale ressaltar que a análise das AIH não contempla os atendimentos de urgência e emergência.

Em relação aos registros sobre as lesões autoprovocadas voluntariamente, a subnotificação e a baixa qualidade das informações contidas nos certificados de óbito dos casos de suicídio ainda são uma realidade no Brasil. Aspectos culturais e religiosos, o estigma e o preconceito da família e dos profissionais de saúde impactam o registro dos casos de suicídio. Desta forma, é importante a ampliação da Política Nacional de Prevenção ao Suicídio e a capacitação dos profissionais de saúde para lidar com este tema.

VIII. MAUS TRATOS INFANTIS

CONTEXTO

A violência cometida contra crianças e adolescentes no âmbito familiar, no âmbito institucional mais amplo ou pela sociedade, é caracterizada pelo termo “maus tratos”. É um problema moral e social, com forte influência cultural. Os principais maus-tratos que acometem as crianças são a negligência e o abandono, que são a omissão de cuidados e de proteção; os abusos físicos, que podem causar a síndrome do bebê sacudido e a síndrome da criança espancada; a violência sexual; o abuso psicológico; e síndromes específicas, como exemplo a síndrome de Munchausen por procuração, em que os pais ou responsáveis projetam sinais e sintomas nas crianças vítimas, expondo-as a exames, tratamentos e internações desnecessários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O contexto histórico relacionado ao interesse e o envolvimento dos gestores públicos e da sociedade é marcado pela formulação de documentos, outorga de leis e manifestações sociais. No início do século XX, foi criado o primeiro juizado de Menores em 1923 e o Código de Menores em 1927. Este possuía conteúdo assistencialista com normas voltadas às crianças e aos adolescentes infratores, que sofriam problemas econômicos e de amparo social. Nesta época, não havia uma política voltada para a assistência integral às crianças e aos adolescentes e, o Código de Menores contemplava apenas uma parcela da população infantil, e mesmo assim, não havia a noção de que a população infanto-juvenil possui direitos como o cidadão adulto e o juiz costumava julgar o que seria melhor para cada criança ou adolescente.

Em 1942, na Era Vargas, foi criado o Serviço de Assistência ao Menor (SAM), que também tinha como foco as crianças e menores infratores e os abandonados. Os primeiros eram levados para o internato para medidas corretivas, e os segundos para os patronatos agrícolas e escolas de aprendizagem de ofícios urbanos. Já no Período da ditadura militar, dois documentos relacionados à infância foram acrescentados: a lei que criou a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM) e o Código de Menores de 79. Ambos seguiram a linha das diretrizes passadas, focando na correção dos infratores e assistência aos desprovidos de família, não alterando a cultura de “somente ajudar quando possa interferir no bom funcionamento da sociedade”.

Na década de 80, com os movimentos sociais que ocorreram no contexto da ditadura militar, houve oportunidade para formulação de políticas públicas que envolveriam tantos os profissionais de diversas áreas quanto à própria população. Uma destas políticas era a proteção integral à criança e ao adolescente que não estavam sendo mais vistos como meros dependentes da decisão familiar ou do Estado. Em 1986, a Oitava Conferência Nacional de Saúde ocorreu em um panorama de interdependência entre os diversos setores para o bem-estar dos cidadãos, e influenciou os ideais do Estado e da população. Esta conferência deliberou que: “saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde”.

Dois anos mais tarde, no processo de redemocratização do país, veio a Constituição Brasileira de 1988, que foi formulada com o intuito de abranger todos os cidadãos brasileiros. O artigo 277 dá atenção às crianças e aos adolescentes, e garante a estes os direitos fundamentais de sobrevivência, desenvolvimento pessoal e social, e integridade física, psicológica e moral, além de protegê-los através de dispositivos legais diferenciados contra negligência, maus tratos, violência, exploração, crueldade e opressão.

Esse artigo forma a base que serviria para a elaboração da Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Marco legislativo para a proteção desta população, garantindo uma política de atendimento, por parte das três esferas públicas, incidindo sobre políticas sociais básicas, programas de assistência social e programa de proteção especial e jurídica. O ECA contempla a criação de Conselhos de Direito no âmbito federal, estadual e municipal, prevendo a participação popular paritária nestes por meio de organizações representativas. A intenção é que se estabeleçam, através destes conselhos, políticas que atendam a infância e a adolescência focando, principalmente, nas características de cada região para que haja monitoramento dos procedimentos de atendimento e controle das operações do Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente.

Para defesa dos direitos da criança e do adolescente, o ECA instituiu o Conselho Tutelar (CT), que é um órgão permanente e autônomo, independente do Poder Judiciário. Ainda segundo a lei, cabe ao Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente instalar ao menos um CT no município. Dentre as funções do CT estão: atender as crianças e adolescentes que tenham seus direitos ameaçados ou violados, encaminhar ao Ministério

Público notícia de fato que constitua infração administrativa ou penal contra os direitos da criança ou adolescente, encaminhar à autoridade judiciária os casos de sua competência e expedir notificações.

O objetivo da criação do CT, por parte do Estado, foi desburocratizar a resolução dos casos de maus tratos infantis, dando agilidade aos processos e acompanhando de perto as medidas de prevenção e proteção adotadas. Porém, apesar da obrigatoriedade da notificação para o CT, há a necessidade de manter uma rede de comunicação entre os diversos atores envolvidos, a área da saúde, de direitos humanos, da justiça e o Ministério Público, porque o assunto intersecciona essas e outras áreas. Dependendo da política de cada área, há uma forma de atuação.

Apesar das iniciativas legislativas, devido à suscetibilidade e vulnerabilidade das crianças e adolescentes, os maus-tratos são um fenômeno crescente no mundo, e o conhecimento sobre eles ainda está em processo de construção. Estima-se que, em nosso país, 18 mil crianças e adolescentes sejam espancados diariamente e que para cada 20 casos de violência contra a criança e adolescente, apenas um caso seja denunciado (Martins, 2010).

METODOLOGIA

Foram analisadas as informações disponíveis sobre os municípios da Região Metropolitana de São Paulo nas bases de dados do Sistema Único de Saúde, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN).

Considerando a faixa etária de 0 a 19 anos, foram realizadas as séries históricas de 2005 a 2009 para a taxa de mortalidade por agressões, de 2000 a 2010 para a taxa de morbidade por agressões e de 2009 a 2011 do número de casos de violência sexual, doméstica e outras violências.

Considerando a importância dos Conselhos Tutelares, estabelecida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente foram levantados os conselhos da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), sendo encontrados 74 conselhos tutelares. A partir da ficha de notificação compulsória de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde, foram enumeradas as informações necessárias para traçar o perfil das agressões às crianças e aos adolescentes.

Tabela 31. Informações pretendidas para elaboração de panorama sobre Violência Infantil na Região Metropolitana de São Paulo

Perguntas solicitadas em ofício
Município da notificação
Município de residência
Data de ocorrência
Idade da vítima
A pessoa atendida possui algum tipo de deficiência? Se sim, qual?
Hora da ocorrência
Local da ocorrência
Tipo de Maus Tratos
Meio de agressão
Vínculo ou grau de parentesco com a pessoa atingida
Sexo do provável agressor
Suspeita de uso de álcool
Classificação final da evolução e encaminhamento

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/MS

Foi elaborado um ofício sobre o objetivo deste trabalho, com a solicitação das informações pretendidas. Dos 46 conselhos tutelares que foram contatados por telefone, o ofício foi enviado para 32% (15) destes. Relatório da Secretaria de Direitos Humanos realizado em 2006 apontou, entre outras observações, que muitos conselhos tutelares do Brasil não possuíam infraestrutura adequada e o sistema de informação preconizado, Sistema de Informação para a Infância e Adolescência (SIPIA).

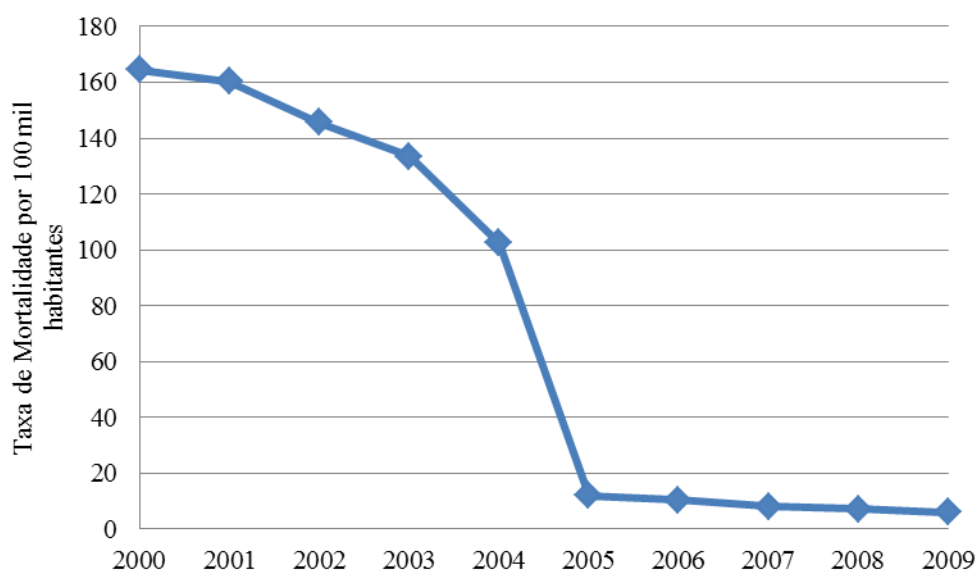
As dificuldades da metodologia proposta anteriormente reorientou a pesquisa para identificação das condições de infraestrutura, organização, relação com o CMDCA e alcance dos objetivos propostos em legislação pelos conselhos tutelares da RMSP. A abordagem aos conselhos tutelares ocorreu com o auxílio de um questionário eletrônico, respondido por telefone. Foram contatados os 74 conselhos tutelares encontrados na RMSP, visando questionar um dos conselheiros.

Tabela 32. Informações solicitadas aos Conselhos Tutelares dos Municípios da Região Metropolitana de São Paulo

Informações Solicitadas em Questionário Telefônico
A qual município pertence o conselho?
Seu conselho tutelar tem espaço físico próprio?
No seu município há o CMDCA?
O CMDCA dá suporte para o Conselho Tutelar funcionar?
Qual a escolaridade dos conselheiros?
Quais os requisitos, definidos por lei municipal, para aceitação de candidatura para conselheiro tutelar?
Qual o processo de escolha de membros dos Conselhos Tutelares?
Qual o agente responsável pela capacitação dos conselheiros tutelares?
Quais os equipamentos e materiais disponíveis nos CTs?
Você acha que há necessidade de criar mais conselhos tutelares no município?
Quais as condições de trabalho dos conselheiros tutelares?
Jornada de trabalho semanal dos conselheiros
Qual esquema de plantão para atendimento à população?
Situação do SIPIA no conselho tutelar
O Conselho Tutelar alimenta com os dados das notificações algum sistema de informação?
Avaliação da eficácia do Conselho Tutelar
O Conselho Tutelar participa do plano orçamentário?
O Conselho Tutelar encaminha relatório trimestral ao CMDCA?
O relatório contempla quais informações?
Qual o tipo de violência mais frequente?
Qual o tipo de agressão mais frequente?
Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação
Qual é o grau de parentesco mais comum do agressor?
Quais as dificuldades relacionadas à notificação?
Quais as sugestões para melhoria do seu Conselho Municipal?

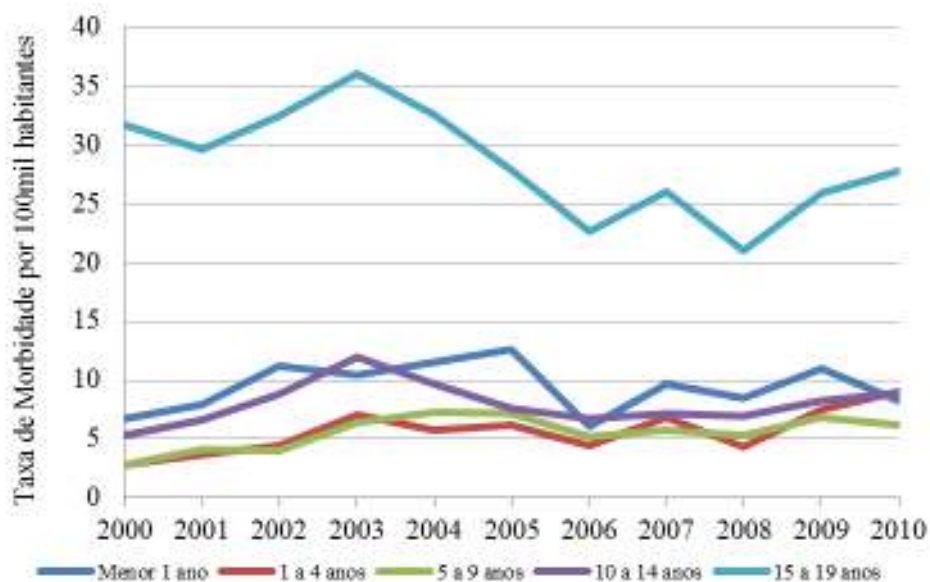
RESULTADOS

Gráfico 17. Série histórica de 2005 a 2009 da taxa de mortalidade por agressões nos municípios da Região Metropolitana de São Paulo, considerando a faixa etária de 0 a 19 anos



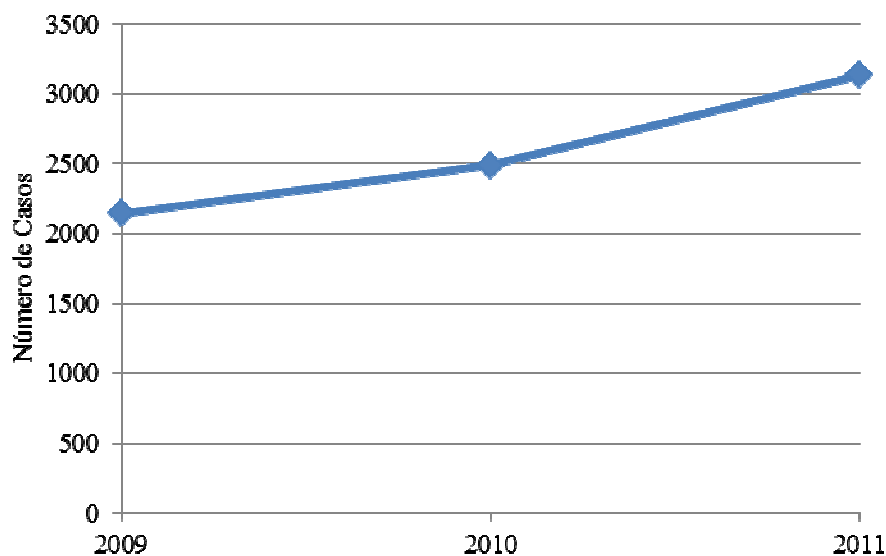
Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade – SIM/MS

Gráfico 18. Série histórica de 2000 a 2010 da taxa de morbidade por agressões nos municípios da Região Metropolitana de São Paulo, considerando a faixa etária de 0 a 19 anos



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade – SIM/MS

Gráfico 19. Série histórica de 2009 a 2011 do número de casos de violência sexual, doméstica e outras violências, nos municípios da Região Metropolitana de São Paulo, considerando a faixa etária de 0 a 19 anos



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN/MS

Em relação ao questionário telefônico, apesar da intenção de contato com os 74 conselhos encontrados na RMSP, muitos telefones não existiam e, além disso, alguns conselheiros tutelares não tinham disponibilidade para responder ao questionário. Ao final do período destinado as ligações, 10 CTs responderam ao questionário, sendo estes dos municípios de Jujutiba, Rio Grande da Serra, Cajamar, Santo André, Santana de Parnaíba, São Paulo, Cotia, Guararema, Mogi das Cruzes e Mauá.

Todos os Conselhos Tutelares (CTs) entrevistados possuem local próprio e padronização da notificação; nove CTs afirmaram que o CMDCA dos respectivos municípios está funcionando regularmente. Apenas o município de Jujutiba está com o CMDCA funcionando em condições não ideais. O CMDCA deste município não possui sede própria, realizando reuniões no conselho tutelar.

O CMDCA dá suporte para o conselho tutelar em 7 dos 10 entrevistados; dentre os requisitos, definidos por lei municipal, para aceitação de candidatura para conselheiro tutelar, todos asseguraram a necessidade de residir no município, a idoneidade moral, a idade superior a 21 anos e ter disponibilidade de tempo para se dedicar exclusivamente à função. Quanto a ter nível mínimo de escolaridade, os únicos que não exigem são: 30º Região administrativa de SP, Rio Grande da Serra e Mauá.

Os conselheiros têm jornada de trabalho de 40 horas semanais em todos os CTs que responderam ao questionário, sendo que há cobertura no esquema de plantão, nos horários em que os CTs não estão funcionando.

No município de Rio Grande da Serra, os conselheiros foram capacitados pelo governo municipal, enquanto em outros sete municípios o agente capacitador foi o CMDCA. Em Guararema e Mogi das Cruzes, os entrevistados não souberam informar quem era o agente responsável pela capacitação.

O CT de Mauá foi o único que informou não ter acesso à internet banda larga. Sete conselheiros entrevistados acham que é necessário mais um conselho tutelar no seu respectivo município. Em relação à situação do SIPIA nos CTs, somente o CT de Santana do Parnaíba o possui instalado e ativado. Em Cajamar, Cotia, Guararema, Mogi das Cruzes e na 30ª Região de São Paulo, o SIPIA foi instalado, mas está desativado. Já em Jujutiba, Mauá, Rio Grande da Serra e Santo André, o SIPIA ainda não foi instalado.

Somente três CTs (Cajamar, Santana do Parnaíba e 30ª Região de São Paulo) participam do plano orçamentário do município. Os CTs de Mogi das Cruzes, Rio Grande da Serra, Santo André e São Paulo, não enviam o relatório trimestral com os dados referentes às notificações ao CMDCA.

A agressão física e a violência sexual foram as causas mais comuns de violência e, em seis CTs, a consequência mais comum da agressão foi o transtorno mental. O padrasto foi apontado como o agressor mais comum nos CTs de Cajamar, Cotia, Guararema, Mauá e São Paulo. Em Jujutiba, Mogi das Cruzes e Santo André foi o Pai e em Rio Grande da Serra e Santana do Parnaíba, o agressor mais comum foi a mãe.

DISCUSSÃO

O Sistema de Informação em Mortalidade (SIM) e o Sistema de Internação Hospitalar (SIH – SUS) demonstram estatísticas que representam apenas os casos fatais e graves, e muitos casos não chegam aos serviços de saúde. Entre os que chegam, muitos são registrados como outras causas e ainda há uma parcela considerável de causas externas que não podem ser definidas como acidentais ou intencionais. O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA – SUS) retrata apenas a demanda pelo SUS e representa dados gerais do número de atendimentos, sem detalhar suas causas. Em relação aos atendimentos de

urgência e emergência, não existe um sistema nacional que capte dados do pronto-socorro (MARTINS, 2010).

Apesar das dificuldades relacionadas à obtenção de dados relacionados à mortalidade e morbidade associados à violência infantil, os resultados obtidos demonstram queda na mortalidade por agressão na faixa etária de 0 a 19 anos, com tendência ao aumento da morbidade por agressão na faixa etária de 0 a 14 anos. Considera-se que a agressão na faixa etária de 15 a 19 anos pode estar relacionada a outros fatores que não sejam apenas os maus tratos, pois, enquanto na infância o ambiente domiciliar é o principal local dos agravos relacionados à violência, na adolescência, o espaço extradomiciliar tem prioridade no perfil epidemiológico.

Observa-se que a redução do número de casos de violência que levam à morte, não necessariamente significa redução da violência contra a criança e o adolescente mas, provavelmente, redução da gravidade desses casos. Esses resultados podem ser explicados pelas políticas públicas de enfrentamento a violência infanto-juvenil.

Em junho de 1993 foi elaborado o relatório da primeira Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) para investigar as redes de exploração sexual de crianças e adolescentes. Em 1996, foi realizado o “I Congresso Mundial contra a Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes” em Estocolmo, do qual o Brasil foi signatário.

Em 1997, foi realizada a II Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, com o lema “criança e adolescente, prioridade absoluta” (PAIXÃO, 2010). Neste mesmo ano foi implantada a Rede de Informações sobre Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes (Recria) e criado o Disque-Denúncia, com o objetivo de acolher denúncias de qualquer modalidade de violência contra crianças e adolescentes, crimes de tráfico de pessoas e desaparecimento de crianças. Desde 2006, com o nome Disque 100, este serviço recebe, analisa e encaminha as denúncias aos órgãos de defesa e responsabilização, conforme competência e atribuições específicas, num prazo de 24 horas, preservando o sigilo da identidade do denunciante (PAIXÃO, 2010).

Em 2001, houve o “II Congresso Mundial contra a Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes” realizado em Yokohama, do qual o Brasil também foi signatário. Em 2008 o 3º Congresso ocorreu no Rio de Janeiro, e foi apresentada a “Declaração e Pacto do Rio de Janeiro”, que estabelece um acordo de ações integradas e sistêmicas para combater a

violência sexual imposta ao público infanto-juvenil em todo o mundo (PAIXÃO, 2010, apud OLIVEIRA, 2008).

Em 16 de maio de 2001 foi publicada a Portaria GM/MS nº 737, sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, que estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais, nas quais estão contempladas e valorizadas medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses eventos, mediante o estabelecimento de processos de articulação com diferentes segmentos sociais. No entanto, esta Política está em processo de avaliação e revisão, devido aos impactos e resultados das ações desencadeadas pelas suas diretrizes.

E, mais recentemente, o Projeto de Lei 7672/2010 que altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos corporais ou de tratamento cruel ou degradante, foi aprovado por unanimidade na Comissão Especial da Câmara dos Deputados. Foram apresentados 6 recursos contra a apreciação conclusiva e o projeto aguarda deliberação na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados.

Em relação ao aumento do número de casos pelo SINAN, este pode estar relacionado ao aumento das notificações, no entanto, ainda podem existir oportunidades de melhoria neste processo. Segundo o Art. 136 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências, é atribuição do Conselho Tutelar expedir notificações. O ato de notificar inicia um processo que visa interromper as atitudes e comportamentos violentos no âmbito da família e por parte de qualquer agressor e tem a finalidade de promover cuidados sócio-sanitários voltados para a proteção da criança e do adolescente, vítimas de maus-tratos.

Em 26 de outubro de 2001 foi publicada no DOU a Portaria GM/MS nº 1968 que dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. Assim, geralmente a notificação realizada numa instância dos serviços de saúde segue para o Conselho Tutelar da cidade onde ocorreu o evento, com cópia para a secretaria de saúde do município. A principal finalidade desse ato é dar apoio e proteção à criança e ao adolescente e à sua família. Para os serviços de saúde, o registro tem ainda o objetivo de gerar um perfil dos problemas e da demanda para subsidiar o

planejamento adequado de atenção às vítimas nas unidades básicas e no sistema como um todo.

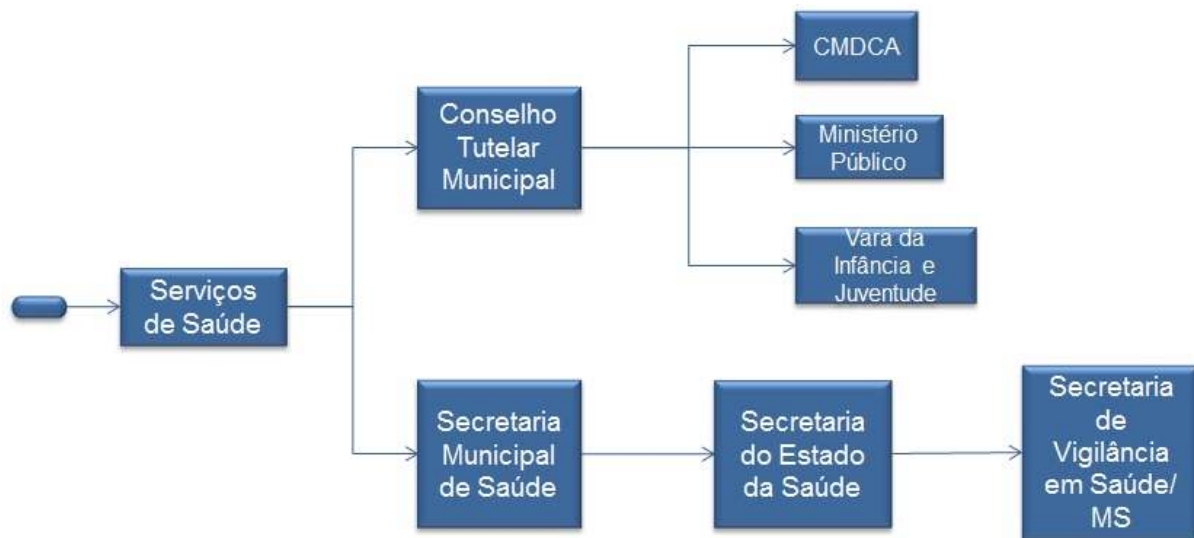


Figura 2. Fluxo das notificações

Um estudo observacional transversal realizado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, analisou uma amostra aleatória de 92 pediatras por meio de um questionário padronizado para estudar sua posição diante de casos de maus-tratos infantis. Este estudo revelou uma alta taxa de desconfiança nos órgãos de proteção, o medo de envolvimento em processo judicial, e que a atitude de notificar depende significativamente do grau de conhecimento sobre maus-tratos infantis (PIRES, 2005).

Várias causas podem influenciar para que não ocorra a notificação, dentre elas o pouco conhecimento para suspeitar do problema ou fazer o diagnóstico; ausência de suporte institucional para respaldar o ato de notificar; descrença na retaguarda ou no poder público para solucionar os casos; desconhecimento das obrigações legais; medo de notificar uma suspeita infundada; medo de envolvimento pessoal com possíveis problemas com o agressor ou com a justiça; interesses pessoais; entre outros (MAGALHÃES, 2009).

Assim, a subnotificação das situações de violência ocorre em todos os níveis de informação. Entre os casos notificados, encontram-se os encaminhados aos Conselhos Tutelares, serviços de saúde, programas e projetos que atendem uma grande parcela das vítimas, porém existem problemas relacionados aos registros das denúncias, como o arquivamento das fichas em local de difícil acesso, com possível perda de informações (ADED, 2006). Além disso, não há estruturação de uma rede de informações que permita

conhecer melhor a morbidade por violência, e a dificuldade de acesso aos dados relacionados aos maus tratos infantis dificulta o dimensionamento do número de casos.

Compreendendo as dificuldades para a obtenção de dados associados à violência infantil, devido à subnotificação e às dificuldades de classificação dos eventos relacionados a agressões na alimentação dos sistemas de informação, procurou-se o contato com os conselhos tutelares a fim de identificar um panorama das condições de maus tratos infantis e das políticas de enfrentamento a violência infantil. No entanto, a execução deste trabalho encontrou dificuldades no contato com os Conselhos Tutelares, uma vez que não houve resposta ao primeiro contato via ofício e, mesmo após mudança da abordagem e da metodologia, muitos conselhos tutelares tinham o número telefônico errado ou não atendiam. Dos CTs cujas ligações telefônicas eram atendidas, em muitos a proposta do trabalho não era compreendida, havia recusa ou ausência de disponibilidade para resposta. Mesmo com a baixa adesão a pesquisa, evidencia-se a necessidade de identificação do panorama dos conselhos tutelares, com aumento do envolvimento dos gestores municipais para formação de políticas sociais visando diminuição da desigualdade no sistema de enfrentamento aos maus tratos entre os vários municípios.

IX. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Por envolver diferentes fatores, o enfrentamento à violência demanda esforços coordenados e sistematizados de diferentes setores governamentais, de diversificados segmentos sociais e da população em geral. É imperativo o investimento em medidas preventivas, educativas e em segurança nas regiões consideradas mais violentas.

Observa-se a necessidade de capacitação e mobilização dos profissionais de saúde que atuam em todos os níveis de atendimento, sobre a importância do reconhecimento de eventos relacionados à violência, bem como sua notificação de maneira adequada e padronizada, com vistas a superar os problemas relacionados à investigação e à informação relativa à violência em todas as frentes aqui estudadas, acionando os serviços existentes de proteção às vítimas e acompanhamento dos casos identificados. Desse modo é possível realizar estudos e elaboração de estratégias de intervenção, para a melhoria do atendimento.

A prestação do atendimento às vítimas requer a estruturação e a organização da rede de serviços, de forma que possa diagnosticar a violência e acidentes entre os usuários e acolher demandas, prestando-lhes atenção digna, de qualidade e resolutiva, desde o primeiro nível de atenção. A consecução do atendimento deve ocorrer mediante o estabelecimento de sistemas de referência entre o setor saúde e as áreas jurídicas e de segurança, para o que será provida a respectiva assessoria técnica no tocante à definição, implantação e avaliação das ações.

Durante o estudo foi possível constatar que a violência contra a mulher caracteriza-se como um problema socioeconômico cultural grave. As consequências ultrapassam o prisma individual para ser um problema de saúde pública, tendo em vista a magnitude de sua incidência, assim como seus efeitos prejudiciais sobre a saúde e a vida. Nesse sentido, propõe-se a integração dos serviços envolvidos, constituindo uma rede de apoio à vítima, desde Unidades Básicas de Saúde, Hospitais, até Delegacias - onde se observa uma fragmentação desses serviços e muitas vezes falta de comunicação.

Em relação à violência em instituições de saúde, sugere-se aos gestores da RMSP o desenvolvimento de uma base de dados específica para violência em instituições de saúde públicas e privadas, com a devida sistematização do registro de casos, centralizando as

informações de todas as instituições, possibilitando a análise e comparação dos dados encontrados, contando ainda com a publicação dos mesmos.

A principal recomendação em relação à redução dos homicídios é a continuação das ações de segurança, sabendo-se da transição demográfica na Região Metropolitana de São Paulo.

O suicídio ainda é um tema pouco discutido e que envolve muitas questões ideológicas, morais e religiosas. Como sugestões para os municípios no enfrentamento deste tipo de violência, podemos citar:

- Atuação em conjunto com escolas na prevenção de suicídios entre crianças e adolescentes;
- Busca ativa e intervenção nos casos de tentativa de suicídio;
- Discutir junto aos Centros de Vigilância Epidemiológica a possibilidade de tornar as tentativas de suicídio um agravo de notificação compulsória e
- Adesão à Política Nacional de Prevenção ao Suicídio.

Quanto aos maus tratos infantis, a sensibilização e conscientização dos formadores de opinião e da população em geral são medidas essenciais para a promoção de comportamentos não-violentos. Os adolescentes e jovens são os mais afetados pela violência. É fundamental a sensibilização e o incentivo dos profissionais e da população para o reconhecimento de que a violência contra a criança e o adolescente é potencializadora da violência social em geral, estando presente na origem de sérios problemas, como população de rua, prostituição infantil e envolvimento em atos infracionais, devendo, portanto, ser alvo prioritário de atenção.

X. BIBLIOGRAFIA

ADED, N. L. de O. **Abuso sexual em crianças e adolescentes**: revisão de 100 anos de literatura. Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 204-213. 2006.

ARAÚJO et al. **Violência sexual**: caracterização das vítimas atendidas em um hospital de Taubaté, São Paulo. Rev Enferm UFPE on line. 2008 jul./set.; 2(3):226-32.

BAGGIO L.; PALAZZO L; AERTS D.R. **Planejamento suicida entre adolescentes escolares**: prevalência e fatores associados. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(1):142-150, jan, 2009.

BANDO D.H. et al. **Sazonalidade do suicídio na cidade de São Paulo**, Brasil, 1979-2003. Rev Bras Psiquiatr. 2009; 31(2): 101-5.

BEESTON D. *Older people and suicide*. Sttafordshire (UK): Sttafordshire University, Centre for Ageing and Mental Health; 2006.

BERZINS, M.A.V.S. **Violência institucional contra a pessoa idosa**: a contradição de quem cuida. Tese de Doutorado. São Paulo, 2009.

BOTEGA N.J. et al. **Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio**: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(12):2632-2638, dez, 2009.

BOTEGA, N.J. **Suicídio**: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2007; 29(1):7-8.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.288, de 20 julho de 2010. **Institui o Estatuto da Igualdade Racial**; altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. Código penal e a lei de Execução Penal e dá outras providências. Brasília, 2010. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil. (Acesso em: janeiro 2012).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Presidência da República. Brasília; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2003-2006: **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. 78 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Portaria N° 1.876/ GM de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 675 de 30 de março de 2006. Carta dos direitos dos usuários da saúde: ilustrada / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (2006). **Diretrizes brasileiras para um plano nacional de prevenção do suicídio**. Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília-DF: Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde, 2005. (Série B, Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, 2005. 340p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília – DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde.** Brasília, 2002. 48p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.** Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº1968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente.** 5ª ed. São Paulo: Saraiva, 1995. 210p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988.

CEATS (Centro de Empreendedorismo Social e Administração em Terceiro Setor). **Relatório Os Bons Conselhos. Pesquisa “Conhecendo a Realidade”.** São Paulo: Ceats, 2006. Disponível em: www.sedh.gov.br (acesso em: maio 2012)

CENTRO COLABORADOR DA OMS PARA A CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS EM PORTUGUÊS - **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID10.** Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>

CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ASSESSORIA - CFEMEA. **Lei Maria da Penha: do papel para a vida.** Comentários à Lei 11.340/2006 e sua inclusão no ciclo orçamentário. Brasília; 2007.

CHACHAMOVICH G.; STEFANELLO S.; BOTEGA N.; TURECKI G. **Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio?** Rev Bras Psiquiatr. 2009;31(Supl I):S18-25.

CLARAVALL, L. Healthcare violence. *A nursing administration perspective*. J Nurs Adm. 1996 Feb;26(2):41-6.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, VIII, 1986, Brasília.

Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf (Acesso em: maio 2012)

CORDEIRO, R.; DONALISIO, M.R.C. **Homicídios masculinos na Região Metropolitana de São Paulo entre 1979 e 1998**: uma abordagem pictórica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro; 17(3). 669-677, mai-jun, 2001.

COULOURIS, DG. **Violência, Gênero e Impunidade**: A verdade nos casos de estupro. [dissertação de mestrado]. Universidade Estadual Paulista, 2004.

CREMESP. **Simesp**: 41% dos médicos já sofreram agressão na Capital. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Noticias&id=250>. (Acesso em: 10/04/2012).

DIACONU G.; TURECKI G. *Family history of suicidal behavior predicts impulsive-aggressive behavior levels in psychiatric outpatients*. J Affect Disord. 2008;113(1-2):172-8.

DOSSI A.P. **Violência doméstica**: o que se espera do profissional de saúde? [dissertação de mestrado]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia da UNESP; 2006.

DURÃES, S.; MOURA, J. **Alguns tipos de violência contra as mulheres em Montes Claros/MG**: análise de indicadores da delegacia de repressão aos crimes contra a mulher (1998-2002). *Unimontes Científica*, América do Norte, 6, jun. 2008.

FAÚNDES, A.; ROSAS, C.F.; BEDONE, A.J.; OROZCO, L.T. **Violência sexual**: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006;28(2):1-13.

GARCIA et al. **Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(11):2551-2563, nov, 2008.

GAWRYSZEWSKIA, V.P.; K.A.H.N.B, T; MELLO, M.H.P.J. **Informações sobre homicídios e sua integração com o setor saúde e segurança pública.** Rev Saúde Pública. 2005;39(4):627-33.

GAWRYSZEWSKI, V.P.; COSTA, L.S. **Homicídios e desigualdades sociais no Município de São Paulo.** Rev Saúde Pública. 1999; 39(2).191-7.

GERBERICH S.G.; Church T.R.; McGovern P.M.; Hansen H.E.; Nachreiner N.M.; Geisser M.S.; Ryan A.D.; Mongin S.J.; Watt G.D. *An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study.* Occup Environ Med. 2004 Jun;61(6):495-503.

GODOY MARTINS, C. B. de. **Maus tratos contra crianças e adolescentes.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 63, n. 4, jul-ago, 2002.

GOMES N.P, DINIZ N.M.F.; ARAÚJO A.J.S.; COELHO T.M.F. **Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração.** Acta Paul Enfermagem; 2007; 20(4):504-8.

GOMES N.P. **Violência conjugal: análise a partir da construção da identidade masculina** [tese]. Salvador: Escola de enfermagem da Universidade Federal da Bahia; 2002.

Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=25605 (acesso em: 05/05/2012)

ILO/ICN/WHO/PSI JOINT PROGRAMME. *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector.* Geneva: International Labour Office, 2002.

INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO. **Percepção e reações da sociedade sobre a violência contra a mulher**. Pesquisa Ibope. São Paulo; 2006. [Pesquisa na internet]. Site disponível em: www.agenciapatriciagalvao.org.br. (acesso em: novembro 2010)

IPAS INTERNATIONAL POLICE ASSOCIATION BRASIL. **Ipas e a violência contra a mulher**. Conselho social e Econômico, Nações Unidas; 1992.

IUNES, R.F. **Impacto econômico das causas externas no Brasil**: um esforço de mensuração. Rev. Saúde Pública, 31 (4 Suplemento): 38-46, 1997.

KAISER D.E.; BIANCHI F. **A violência e os profissionais da saúde na atenção primária**. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v.29, n.3, p. 362-6, 2008.

LEVITT, S.D.; DUBNER, S.J. **Freakonomics - O lado oculto e inesperado de tudo que nos afeta**. Editora Campos. ISBN: 8535215042. 2005.

LOVISI G.M. et al. **Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006** . Rev Bras Psiquiatr. 2009;31(Supl II): 86-94.

MACHIN, R. **Nem doente, nem vítima**: o atendimento às “lesões autoprovocadas” nas emergências. Ciência & Saúde Coletiva, 14(5):1741-1750, 2009.

MAGALHÃES, M. de L. C., et al. **O profissional de saúde e a violência na infância e adolescência**. Femina, v. 37, n. 10, 2009.

MARZIALE, M.H.P. **A violência no setor Saúde**. Rev Latino-am Enfermagem 2004 março-abril; 12(2):147-8.

MERINO, C. *et al.* **V. Saúde e Trabalho**: o que acontece na emergência do Souza Aguiar?. Rio de Janeiro: UFRJ, junho de 2000.

MINAYO.M.C.S. **Tendência da mortalidade por suicídio na população brasileira e idosa, 1980–2006**. Rev Saúde Pública 2012;46(2):300-9.

MINAYO M.C.S, CAVALCANTE FG. **Suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura.** Rev Saude Publica. 2010;44(4):750-7.

MINAYO, M.C.S. **A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica.** Ciência e Saúde Coletiva, Vol. 11, 2006, pp. 1259-1267.

MINAYO M.C.S. **Suicídio: violência auto-infligida.** In: Impactos da violência na saúde dos brasileiros. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

MINAYO, M.C.S. **A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(3):646-647, mai-jun, 2004.

MINAYO, M.C.S. **A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública.** Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (supl. 1): 07-18, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio.** Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=25605 (Acesso em: 05/05/2012)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental passo a passo: como organizar a rede de saúde mental no seu município?** Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rede_de_saude_mental_revisado_6_11_2008.pdf (acesso em: 05/05/2012)

NADANOVSKY, P. **O aumento no encarceramento e a redução nos homicídios em São Paulo, Brasil, entre 1996 e 2005.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(8):1859-1864, ago, 2009.

NJAIN K., MINAYO M.C.S. **A violência na mídia como tema da área da saúde pública: revisão da literatura.** Ciência & Saúde Coletiva, 9(1): 201-211. 2004.

OKABE, I.; FONSECA, R.M.G.S. **Violência contra a mulher:** contribuições e limitações do sistema de informação. Rev. esc. enferm. USP 2009, vol.43, n.2 pp. 453-458 .

OLIVEIRA, E.M. **Violência sexual e saúde.** Introdução. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(2):455-458, fev, 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Estratégias de combate à violência doméstica:** manual de recursos. Organização das Nações Unidas. Centro para o desenvolvimento Social e Assuntos Humanitários – Gabinete das Nações Unidas de Viena. Tradução de Emanuel Fernando Gomes de Barros Matos. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2003.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD OPAS. **La violencia contra las mujeres: responde el sector salud.** Washington, DC (USA); 2003.

OSHIKATA, C.T.; BEDONE, A.J.; FAÚNDES, A. **Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual:** características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(1):192-199, jan-fev, 2005.

PAIXÃO, A. C. W. **Análise das Políticas Públicas de Enfrentamento da Violência Sexual Infantojuvenil.** *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 114-126, jan-mar. 2010.

PENNA L.H.G., SANTOS N.C. **Violência contra a mulher.** In: Fernandes RAQ, Narchi NZ (orgs). *Enfermagem e saúde da mulher.* São Paulo (SP): Manole. 2007;171-89.

PERES M.F.T., VICENTIN D., NERY M.B., LIMA R.S., SOUZA E.R., CERDA M., et al. **Queda dos homicídios em São Paulo, Brasil:** uma análise descritiva. *Rev Panam Salud Publica.* 2011;29(1):17–26.

PERES M.F.T., CARDIA N., MESQUITA NETO P., SANTOS P.C., ADORNO S. **Homicídios, desenvolvimento socioeconômico e violência policial no Município de São Paulo, Brasil.** *Rev Panam Salud Publica.* 2008;23(4):268–76.

PIRES, J. M. **Barreiras para notificação pelo pediatra, de maus tratos infantis.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 5, n. 1, p. 103-108, jan-mar. 2005.

RUTZ W. *The role of primary physicians in preventing suicide: possibilities, shortcomings, and the challenge in reaching male suicides.* In: Lester D, editor. Suicide prevention resources for the millennium. Philadelphia: Brunner-Routledge; 2001.

RUTZ W, VON KNORRING L, PIHLGREN H, RIHMER Z, WALINDER J. *Prevention of male suicides: lessons from Gotland study.* Lancet. 1995;345(8948):524.

SALIBA, O; GARBIN, CAS; GARBIN, AJI; DOSSI, AP. **Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica.** Rev. Saúde Pública. 2007, vol.41, n.3 pp. 472-477 .

SCHNITMAN, G. **Taxa de mortalidade por suicídio e indicadores socioeconômicos nas capitais brasileiras.** Revista Baiana de Saúde Pública v.34, n.1, p.44-59 jan./mar. 2010.

SOUSA BA. **Violência no quadro institucional psiquiátrico;** [internet] 2004. Disponível em: www.violencia.online.pt/scripts/cv.dll=colaboracoes&pass=BraulioSousa [acesso Nov 2010].

SOUZA LDM et al. **Ideação suicida em adolescentes de 11 a 15 anos: prevalência e fatores associados.** Rev. Bras. Psiquiatr. 2010, 32(1): 37-41.

STUCKLER, D., BASU, S., SUHRCKE, M., COUTTS, A, MCKEE. M. *Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data.* The Lancet, Volume 378, Issue 9786, 9–15, Pages 124-125 July 2011.

STUCKLER, D., BASU, S., SUHRCKE, M., COUTTS, A, MCKEE. M. *The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis.* The Lancet, Volume 374, 315-323 July, 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva. **Relatório Preliminar de Pesquisa violência no trabalho no setor saúde**; Marisa Palácios, coordenadora ... [et al.] Rio de Janeiro – Brasil. 2001/2002. 84 p.

WASSERMAN D, CHENG Q, JIANG GX. *Global suicide rates among young people aged 15-19*. World Psychiatry 2005; 4:114-20.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World report on violence and health*. Geneva; 2002. Disponível em: <http://www.who.int/violenceandhealth/htm>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Prevenção do Suicídio**: Um manual para profissionais da mídia. Genebra,2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global consultation violence and health*. Geneva, 1996, p. 04.

WU Y.W., SU Y.J., CHEN C.K. *Clinical characteristics, precipitating stressors, and correlates of lethality among suicide attempters*. Chang Gung Med J, 2009;32(5):543-52.

YASSI A.; TATE R.; COOPER J.; JENKINS J.; Trottier J. *Causes of staff abuse in health care facilities. Implications for prevention*. AAOHN Journal : Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses [1998, 46(10):484-91].