



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

Lenise Patrocínio Pires Cecilio

**Violência interpessoal e saúde pública:
da legalidade à realidade**

Araçatuba

2012



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

Lenise Patrocinio Pires Cecilio

**Violência interpessoal e saúde pública:
da legalidade à realidade**

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”- UNESP, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Odontologia Preventiva e Social.

Orientadora: Prof^ª. Tit. Cléa Adas Saliba Garbin

ARAÇATUBA

2012

DADOS CURRICULARES

Nascimento: 16 de abril de 1975

Filiação: Odair Patrocinio Pires (*in memorian*)
Lenita Buranello

1993 / 1996: Curso de Graduação em Odontologia
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
Faculdade de Odontologia de Araçatuba – FOA UNESP

1998 / 1999: Curso de Especialização em Endodontia
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
Faculdade de Odontologia de Araçatuba – FOA UNESP

2008 / 2010: Curso de Especialização em Gestão Pública de Saúde
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

2010 / 2012: Mestrado em Odontologia Preventiva e Social
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
Faculdade de Odontologia de Araçatuba – FOA



Dedicatória

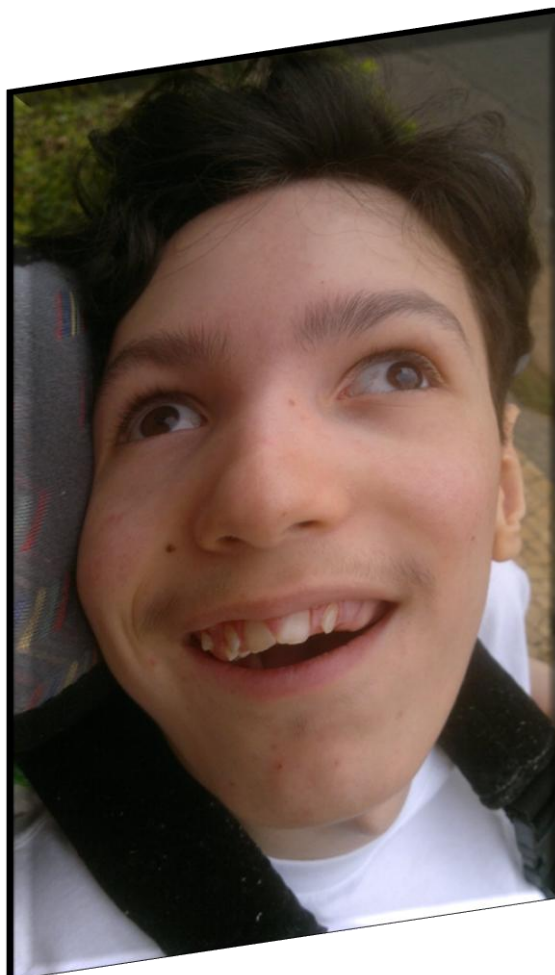
"O seu coração está onde está o seu tesouro. E seu tesouro precisa ser encontrado, para que tudo possa fazer sentido."

(Paulo Coelho)

Para os meus tesouros!



Ao meu filho Yann Felipe



*"Como pensar em mim
sem ter você..."*

*Se ao te dar a vida, quem ganhou vida fui eu
Ao te trazer ao mundo, foi o meu mundo que cresceu
Sei que sou seus olhos, seus braços, suas pernas, mas você...
...Você é a minha alma!"*

Mamãe

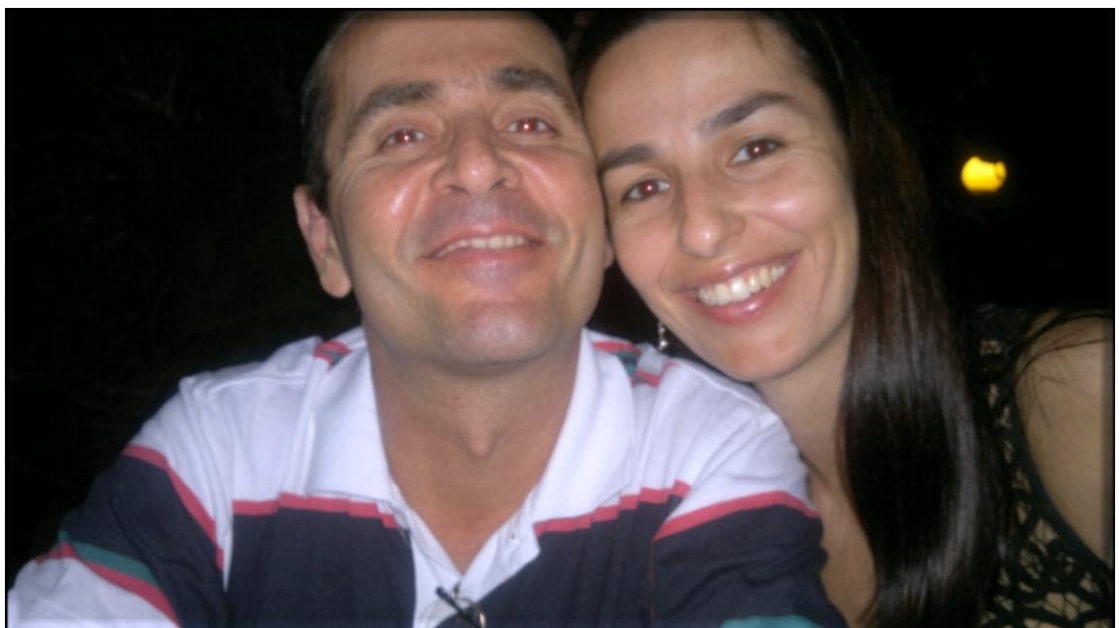
Ao meu marido Ledo

Ao meu amado Ledo, pela nossa bela família. O verdadeiro amor floresce não quando duas pessoas se anulam, mas quando dois amantes se completam.

*"Vim, cheia de saudade
Cheia de coisas lindas pra dizer
Vim porque sentia
Que nada existia fora de você
Nem a poesia, amor
Na sua ausência quis me
receber
Vim banhada em pranto
Eu te amo tanto
Vem, vem aos braços meus
Sem mais adeus
Oh, vem!"*

*"Eu sei que vou te amar
Por toda a minha vida
eu vou te amar
Em cada despedida eu vou te amar
Desesperadamente,
eu sei que vou te amar
E cada verso meu será
Prá te dizer
que eu sei que vou te amar
Por toda minha vida"*

Mô



À minha mãe Lenita e meu pai Odair (in memorian), por me darem a vida e me mostrarem o caminho.

"Ser feliz não é ter uma vida perfeita. Ser feliz é reconhecer que vale a pena viver, apesar de todos os desafios, perdas e frustrações. É deixar de ser vítima dos problemas e se tornar autor da própria história!" (Augusto Cury)

À minha querida irmã Elisa, pelo Caique e pela Catharina, meus sobrinhos, meus afilhados... Amo vocês intensamente.

"Quando o assunto é família, no fundo ainda somos crianças. Não importa o quão velho ficamos sempre precisamos de um lar para chamar de lar. Porque sem as pessoas que você mais ama, você não pode evitar de sentir sozinho do mundo." (Gossip Girl)

Ao meu irmão Júnior (in memorian), por me mostrar que, mesmo quando as batalhas são duras, cruéis, e invencíveis, ainda assim a luta vale a pena! Dignidade e cabeça erguida, mesmo em meio ao sofrimento! Por me ensinar que a vida é curta, que só temos o hoje! Sei que nos abraçaremos novamente! Amor e saudades eternas.

"Nossa existência é transitória como as nuvens do outono. Observar o nascimento e a morte dos seres é como olhar os momentos da dança. A duração da vida é como o brilho de um relâmpago no céu, tal como uma torrente que se precipita montanha abaixo." (Buda)

Aos meus enteados Heitor e Mariana, e meu neto Daniel, por me aturarem em alguns momentos de estresse, e por tornarem minha vida divertida e completa.

“A verdadeira família é aquela unida pelo espírito e não pelo sangue.”
(Luiz Gasparetto)

À **Silvinha**, por cuidar do meu tesouro mais precioso como uma mãe presente durante a minha ausência, e por salvá-lo naquele trágico dia: nunca poderei retribuir tamanha dedicação e amor! Torço por você e pela sua felicidade!

“Para conhecermos os amigos é necessário passar pelo sucesso e pela desgraça. No sucesso, verificamos a quantidade e, na desgraça, a qualidade.” (Confúcio)



Agradecimento Especial

A Deus...

...que me deu mais uma chance!



Obrigado por ter me concedido a vida

Obrigado na prisão e na saída

Obrigado pela dor, pelo carinho

Obrigado pelo amor, pelo caminho

Obrigado pela luz, pela saúde

Se eu não fiz o que eu não quis

Não fiz, não pude

Quero amor pra todo mundo

O tempo inteiro

Seja o que for, serei melhor, mais verdadeiro

Obrigado, obrigado,

Obrigado pela mente, pelo coração

Obrigado, obrigado

Obrigado pelo sonho e a realização

Obrigado pelo lado esquerdo e o direito

Obrigado pela qualidade e o defeito

Obrigado pelo som, pelo silêncio

Obrigado porque eu sinto, porque eu penso

Obrigado, obrigado

(Fábio Júnior)



Agradecimentos

A todos os meus bons amigos...

“Bons amigos são aqueles que nos instruem na fé, empenham-se conosco para aprofundar nossa prática e estudo, e trabalham em harmonia conosco para o avanço da Paz Mundial.”

(Bil Gates)



Agradeço à **minha orientadora e amiga, Professora Cléa**, por me acolher em meu retorno à vida universitária, pelos momentos de riso e choro, pela amizade construída sobre pilares de admiração, empatia e confiança, pela orientação precisa, para o curso e para a vida. Uma grande mulher... Uma grande amiga!

“Você é confiança, carinho e compreensão sem fim, agradeço a você por sua amizade tão especial, e por me fazer sentir que sou alguém com quem você se importa. E agradeço a Deus por ter te colocado em meu caminho.”

À **Dra Nemre e ao Dr. Orlando**, pelas lições de vida, altruísmo e pioneirismo, e pelo carinho de pais que demonstram pelos seus alunos. Obrigada pela acolhida!

Agradeço à **Professora Suzely**, pelo empenho, dedicação e profissionalismo. Sua paixão pelo trabalho é algo memorável.

Ao **Professor Renato**, pela paciência e alegria, pelo bom humor constante e pelas deliciosas discussões sobre saúde pública.

Agradeço à **Professora Tânia** pelo cumprimento que nos acalma, pela atenção educada, e pela simpatia acolhedora.

À **Professora Ana Paula**, pela disponibilidade e paciência constantes, desde o meu primeiro “resumo de trabalho” para um evento (como foi difícil fazer daquilo um resumo!). Obrigada, Ana!

Aos **Professores Artênio, Maria Lúcia, Dóris, Ana Cláudia e Ronald**, por serem, como todos os professores do departamento, exemplos a serem seguidos. Obrigada pela dedicação e empenho.

À **Dona Neusa, Valderez e Niltinho**, que mesmo em meio à correria de todo pós graduando, encontram, com paciência, disposição para ajudar, acolher e acalmar os mais desesperados.

À **Faculdade de Odontologia de Araçatuba – FOA – UNESP**, nas pessoas da diretora **Prof. Adj. Ana Maria Pires Soubhia** e do vice diretor **Prof. Tit. Wilson Roberto Poi**.

Aos **funcionários da Seção Técnica Acadêmica e de Pós-Graduação** pela paciência em repetir tantas vezes os detalhes técnicos e burocráticos que nos deixam de cabelo em pé.

Ao **Ednir e ao Edson** pelo cafezinho e chá sempre fresquinhos, pela simpatia e pelo sorriso.

Aos **funcionários da Biblioteca**, em especial à **Ana Cláudia**, pela atenção, ajuda, dedicação e paciência, muita paciência!

Agradeço aos **servidores** desta faculdade, por contribuírem, cada um a sua maneira, para o andamento de tamanha instituição.

Ao **Prefeito João Luís dos Santos e os Secretários Municipais de Saúde Arthur Antônio Andreatta e Antônio Sidney Marques**, por possibilitarem que eu me ausentasse do trabalho para a realização desta Pós Graduação. Sem a sua anuência e apoio isto não seria possível. Ao ex Secretário de Saúde **Roberto Martins Torsiano**, que acreditou em mim e me abriu as grandes portas que deram início a esta fase de minha vida, de muito crescimento e realizações.

Obrigada!

Ao **Enfermeiro Alexandre**, da Vigilância Epidemiológica de Penápolis, por me auxiliar na coleta dos dados mesmo fora do horário de trabalho e me mostrar as maravilhas do SIAB. Obrigada pela disposição!

À **Valéria, Suzi e Isa**, funcionários do Serviço Municipal de Odontologia de Penápolis, pela dedicação e compromisso com o serviço, e pela coragem de assumir as “buchas” administrativas durante a minha ausência.

Aos **funcionários do Serviço Municipal de Odontologia de Penápolis**, por fazerem com que a engrenagem gire em perfeito alinhamento. Sem o empenho destas pessoas minhas ausências seriam mais difíceis. Confio plenamente em seus trabalhos, excelentes profissionais!

Aos meus colegas de turma: **João, Renata, Lídia, Paulinha e Helô**, pelos ensinamentos de informática, pela convivência leve e tranquila, pelos muitos risos, por me fazerem voltar no tempo com tantas divertidas situações universitárias, por me acalmarem nas horas de desespero típico dos pós graduandos, por dividirem seu tempo e suas histórias comigo, e por serem meus amigos. Ao **João**, especialmente, por vir fazer parte, um pouquinho, da minha grande família, e me levar até a dele. A porta estará sempre aberta, a todos vocês!

Agradeço à **Renata, Carol e Milene** por toda a disposição em sempre ajudar, por colaborar com tantas tarefas, como pós graduandos mais velhos ensinando os mais novos a trilhar pelos caminhos menos tortuosos. Por fazerem muito mais do que precisam fazer, simplesmente por amor ao que fazem e aos seres humanos. Vocês são pessoas especiais! Obrigada pela convivência e simpatia!

Ao **Marquinho**, pela simplicidade e educação ao explicar para os quase leigos alguns aspectos básicos da estatística. Agradeço a disposição.

A todos os **colegas de pós-graduação**, pela troca de conhecimentos e experiências, pela companhia de laboratório, cursos, aulas, almoços, risos e lágrimas, alegrias e angústias, pressa e calma. Por tudo, e a cada um de vocês, meu muito obrigado! Levarei sempre vocês comigo!

Agradeço a todos que, mesmo não listados aqui, fizeram parte deste meu caminho e colaboraram de alguma maneira para que meu título de mestre se tornasse realidade.

*"E a pergunta que me vem, em tom de agradecimento, é: por que será que **você** aconteceu na minha vida? Não espero respostas. Tudo tem um porque, mas nem sempre um entendimento. Ninguém entra na nossa vida por acaso"*



Επίγραφε



“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos”.

(Chico Xavier)



Resumo Geral

"Temos que investir muito dinheiro na mudança de comportamento."

(Bil Gates)



Cecilio LPP. Violência interpessoal e saúde pública: da legalidade à realidade. [Dissertação]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista; 2012.

RESUMO GERAL

Nas últimas décadas a violência ultrapassou as questões sociais e da justiça e passou a ser tratada também como um grave problema de saúde pública. Esforços vêm sendo desenvolvidos no intuito de combater este fenômeno, e conhecer sua complexa epidemiologia é fundamental para promover ações de enfrentamento. Neste contexto realizou-se um trabalho de pesquisa dividido em duas partes. A primeira teve como objetivo resgatar a historicidade das ações de promoção, prevenção e intervenção sobre a violência nas políticas públicas de saúde no Brasil, com ênfase nos aspectos legais e de notificação. Buscou-se através de um estudo exploratório descritivo de caráter histórico apresentar os principais pontos da legislação e os acontecimentos que mobilizaram os diversos setores sociais para o enfrentamento deste fenômeno. A parte subsequente objetivou descrever as características dos casos de violência interpessoal atendidos em uma Unidade de Urgência e Emergência de referência para sete municípios de pequeno e médio portes do interior paulista e notificados à Vigilância Epidemiológica de Penápolis-SP, a fim de conhecer a face da violência ocorrida fora das capitais e regiões metropolitanas. Foi um estudo epidemiológico descritivo transversal com dados coletados através do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), referentes ao perfil de vítimas e agressores e características da ocorrência, como tipo de violência sofrida, local, dia e horário da prática. Observou-se que muito se avançou nas últimas três décadas no sentido de incluir a violência nos agravos a serem enfrentados pelo setor da saúde, principalmente através do conhecimento de sua epidemiologia. Porém, embora a notificação dos casos seja obrigatória, os sistemas de informação ainda não parecem refletir a realidade, e possuem lacunas a serem preenchidas para retratar com maior fidelidade sua epidemiologia. Este fato pôde ser confirmado com a segunda parte deste estudo, que demonstrou resultados diferentes daqueles frequentemente apresentados por pesquisadores e que embasam o desenvolvimento das políticas públicas. Houve uma maior prevalência de vítimas jovens, do sexo feminino, agredidas em casa por seus companheiros aos finais de semana após as 18:00 horas. Conclui-se que apesar do avanço alcançado em termos de legislação e mobilização social relacionadas ao enfrentamento da violência, não se pode ignorar que o perfil epidemiológico apresentado em pequenos municípios é compatível à violência doméstica intrafamiliar, diferente dos casos

notificados nas grandes metrópoles, que apresentam características deliquenciais e criminais em seus achados. Assim, embora a obrigatoriedade de notificação e o sistema de informações tenham sido desenvolvidos para ser fonte oficial de dados, fica o chamamento para uma reflexão em relação às múltiplas faces apresentadas pela violência. Mais que agir sobre um agravo gerador de estatísticas, fica a necessidade de encontrar maneiras de atuar nas diferentes formas de violência velada, não notificada, quase não percebida ou até mesmo ignorada pelos muitos setores da sociedade. Além de criar instrumentos legais para o combate da violência, educar os profissionais que lidam com agressores e vítimas, e empoderar o cidadão para promover a democracia e garantir seus direitos básicos são ações fundamentais para ampliar as possibilidades de ação sobre este grave fenômeno.

Palavras-chave: Violência. Políticas Públicas de Saúde. Epidemiologia. Saúde Pública. Legislação.



General Abstract

“A omissão de quem pode e não auxília o povo, é comparável a um crime que se pratica contra a humanidade inteira”. (Chico Xavier)



Cecílio LPP. Interpersonal violence and public health: from legality to reality. [Dissertação]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista; 2012.

GENERAL ABSTRACT

In the last decades the violence exceeded the social and justice questions and became to be treated also as a serious public health problem. Efforts have been developed aiming to combat this phenomenon and to know its complex epidemiology is essential to promote coping actions. In this context, it was performed a work divided in two parts. The first part had the aim to rescue the historicity of actions of promotion, prevention and intervention about violence in Brazilian public health policies with emphasis on legal aspects and notifications. It was purposed with an exploratory and descriptive study with historical character to show the main points of legislation and the happenings that moving diverse social sectors to coping this phenomenon. The other part, it was the objective to describe the characteristics of interpersonal violence cases attended in a Urgency and Emergency Unity of Reference for seven small and medium sized municipalities of São Paulo State and notified for Epidemiological Vigilance of Penápolis City, São Paulo State, aiming to know the violence's face occurred out of capitals and metropolitan regions. It was an epidemiological transversal and descriptive study with collected data from SINAN (Information System for Notifiable Diseases), referent to victims and aggressor's profile and characteristics of concurrency as type of suffered violence, local, data, hour of practice. It was observed an advance over last three decades about inclusion the violence on Diseases, like aggravation, to be copied by health sector, mainly through the knowledge of its epidemiology. However, although the notification of cases is obligatory, the information systems have not being seemed to reflect the reality yet and have lacks to be followed and so, represent with higher fidelity its epidemiology. This fact was confirmed with the second part of this study, which demonstrated different results of those frequently showed by researchers and that base the development of public policies. There was higher prevalence of young victims, female gender, attacked at home by their partners in the weekend after 6 pm. It was concluded that although the got advance in relation to legislation and social moving related to coping of violence, it's not possible to ignore the epidemiological profile showed in little municipalities is compatible of domestic violence, different of notified cases in large metropolitan areas that shows delinquent and criminal characteristics in their founds. So, although the mandatory of notification and the information system had been developed to be the source of official data, it calling the attention to make some reflection in relation to many faces showed by violence.

More than to act on aggravate causer of statistics, it's necessary to find ways to act on different forms of hide violence, which have no notification, almost not perceived or ignored by many society sectors. It create legal instruments to combat the violence, to educate the professionals that dealing with aggressors and victims, and give power for citizen to promote the democracy and guarantee their basic rights are essential actions to enlarger the possibilities of actions on this problem.

Keywords: Violence, Health Public Policy, Epidemiology, Public Health, Legislation.



Lista de Quadros e Tabelas

*“A violência, seja qual for a maneira como ela se manifesta, é sempre
uma derrota.” (Jean-Paul Sartre)*



LISTA DE QUADROS E TABELAS

Capítulo 1

Quadro 1	Principais documentos histórico-legais e ações de mobilização pública e social ligados ao enfrentamento da violência no período de 1979 a 1989.	45
Quadro 2	Principais documentos histórico-legais e ações de mobilização pública e social ligados ao enfrentamento da violência e à obrigatoriedade de notificação pelos serviços de saúde, na década de 90 (1990 a 1999).	47
Quadro 3	Principais documentos histórico-legais ligados ao enfrentamento da violência e à obrigatoriedade de notificação pelos serviços de saúde, no Brasil, após o ano 2000	50
Quadro 4	Principais acontecimentos e ações de mobilização pública e social ligados ao enfrentamento da violência e à obrigatoriedade de notificação pelos serviços de saúde após o ano 2000	56

Capítulo 2

Tabela 1	Distribuição dos casos de violência por sexo, segundo características da vítima. Municípios selecionados, Estado de São Paulo, Brasil, 2008-2009-2010.	86
Tabela 2	Distribuição dos casos de violência por sexo, segundo características do autor da agressão. Municípios selecionados, Estado de São Paulo, Brasil, 2008-2009-2010.	87
Tabela 3	Distribuição da dos casos de violência por sexo, segundo características da prática. Municípios selecionados, Estado de São Paulo, Brasil, 2008-2009-2010.	88
Tabela 4	Distribuição dos casos de violência por sexo, segundo características da ocorrência. Municípios selecionados, Estado de São Paulo, Brasil, 2008-2009-2010.	89
Tabela 5	Distribuição dos casos de violência segundo dia da semana, mês e horário da ocorrência. Municípios selecionados, Estado de São Paulo, Brasil, 2008-2009-2010.	90



Lista de Anexos

“O que afeta diretamente uma pessoa, afeta a todos indiretamente.

(Martin Luther King)



LISTA DE ANEXOS

Anexos

Anexo A	Referências da Introdução Geral	93
Anexo B	Ficha de Notificação de Violências do SINAN	94
Anexo C	Normas da Revista Ciência & Saúde Coletiva	96
Anexo D	Normas da Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde	102



Lista de Abreviaturas

*“A violência destrói o que ela pretende defender: a dignidade da vida,
a liberdade do ser humano.” (Paulo Freire)*



LISTA DE ABREVIATURAS

CEDAW	Committee on the Elimination of Discrimination against Women
CISA	Consórcio Intermunicipal de Saúde de Penápolis
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONSEGUE	Comissão Nacional de Prevenção da Violência e Segurança nos Espetáculos Esportivos
DANT	Doenças e Agravos não Transmissíveis
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DEAM	Delegacia Especializada de Atendimento À Mulher
DF	Distrito Federal
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
GM	Gabinete do Ministro
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
NPVPS	Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde
OEA	Organização dos Estados Americanos
ONU	Organização das Nações Unidas
PIB	Produto Interno Bruto
PLANAPIR	Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial
PNAISM	Programa Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNDH	Programa Nacional de Direitos Humanos
PNETP	Plano Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas
PNPIR	Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PNRMAV	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
PPCAAM	Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte
PR	Presidência da República
PRONASCI	Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania
PVPS	Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SEDH	Secretaria Especial de Direitos Humanos
SEPM	Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
SEVIV	Sistema Estadual de Vigilância Epidemiológica sobre Acidentes e Violências
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIPIA	Sistema de Informação para Infância e Adolescência
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
TabNet	Aplicativo de tabulações on line do Departamento de Informática do SUS
TabWin	Tabulador de Informações de Saúde para ambiente Windows
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes



Sumário

*“Se você é capaz de tremer de indignação a cada vez que se comete
uma injustiça no mundo, então somos companheiros.”*

(Che Guevara)



SUMÁRIO

1	Introdução Geral	33
2	Proposição Geral	36
3	Capítulo 1 – A violência nas políticas públicas de saúde.	
3.1	Resumo	38
3.2	Abstract	39
3.3	Introdução	40
3.4	A violência e as Políticas em Saúde	41
3.5	A notificação compulsória das violências	43
3.6	Considerações finais	61
3.7	Referências	62
4	Capítulo 2 – Violência Interpessoal: revelando o perfil das vítimas em municípios de São Paulo, Brasil, entre 2008 e 2010.	
4.1	Resumo	68
4.2	Summary	69
4.3	Introdução	70
4.4	Metodologia	73
4.5	Resultados	75
4.6	Discussão	76
4.7	Considerações finais	81
4.8	Referências	82
	Anexos	92



Introdução Geral

“Que ninguém faça ilusões de que a simples ausência de guerra, ainda que tão desejada, seja sinônimo de uma paz verdadeira. Não há verdadeira paz senão vier acompanhada de equidade, verdade, justiça e solidariedade.” (Papa João Paulo II)



1 INTRODUÇÃO GERAL

Em todo o mundo a violência vem se afirmando como um dos mais graves problemas sociais e de saúde pública,¹ devido à magnitude que este fenômeno atingiu na sociedade.

Sendo a saúde resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde,^{2,3} não há como ignorar o quanto este agravo nos distancia da busca por uma vida saudável e feliz.

Muitos fatores contribuíram para a inserção deste tema na agenda da saúde, dentre eles: a constatação da morbidade e mortalidade a ele associadas, o atual conceito ampliado de saúde e bem estar, o conceito de prevenção em todos os níveis, e a crescente ênfase dada à promoção da saúde e à qualidade de vida.

Porém, ainda que a busca por uma melhor qualidade de vida seja uma realidade, a violência permanece numa trajetória crescente, um fenômeno complexo, desencadeado por múltiplos fatores, e com conseqüências desastrosas para a saúde e a sociedade.

Assim, é certo que os fenômenos violentos tenham que ser vistos em seu contexto, meio cultural e momento histórico. *“Não se pode estudar a violência fora da sociedade que a produziu, porque ela se nutre de fatos políticos, econômicos e culturais traduzidos nas relações cotidianas que, por serem construídos por determinada sociedade, e sob determinadas circunstâncias, podem ser por ela desconstruídos e superados”*.⁴ O recorte escolhido para olhar o problema é que direcionará nossas ações de enfrentamento.

Escolheu-se neste estudo descrever aspectos relacionados a questões histórico-legais e à ocorrência deste agravo em um ambiente diferente do descrito na maioria dos trabalhos encontrados na literatura.

Para tal, dividiu-se esta dissertação em dois capítulos. O Capítulo 1 aborda a trajetória da violência dentro das ações da área da saúde pública no Brasil nas últimas três décadas, através do levantamento da historicidade da legislação e da obrigatoriedade de notificação e dos acontecimentos que buscaram mobilizar a atenção para os atos violentos e as populações vulneráveis.

O Capítulo 2 descreve o perfil dos casos de morbidade causada pela violência interpessoal em pequenas cidades brasileiras. A escolha deste recorte foi baseada na escassez de estudos que abordem morbidade e na ausência de publicações relacionadas a pequenos municípios e regiões interioranas. O ineditismo do trabalho pode proporcionar uma visão ampliada da violência que ocorre dentro de uma infinidade de lares brasileiros, ao avaliar uma população frequentemente distante dos olhares da maior parte dos estudiosos.

Espera-se a partir deste estudo contribuir para uma reflexão no que diz respeito aos aspectos legais e sociais que envolvem o tema violência e sua relação com a prática diária dos muitos profissionais ligados aos serviços de saúde.



Proposição Geral

“Chega sempre a hora em que não basta apenas protestar: após a filosofia, a ação é indispensável.”

(Victor Hugo)



2 PROPOSIÇÃO GERAL

Este estudo tem por objetivos:

- a) Resgatar a historicidade da trajetória da violência nas políticas públicas no Brasil, especialmente as da área da saúde, com ênfase à legislação, ao surgimento e aperfeiçoamento do instrumento de notificação compulsória e aos acontecimentos de mobilização pública e social para o tema e as populações vulneráveis.
- b) Descrever o perfil das vítimas de violência interpessoal atendidos em uma Unidade de Urgência e Emergência de referência a sete municípios de pequeno e médio portes do interior paulista e notificados à Vigilância Epidemiológica de Penápolis-SP, seus agressores e as características da prática, a fim de conhecer a face da violência ocorrida fora das capitais e regiões metropolitanas.



Capítulo 1

“Até que aqueles que ocupam postos de responsabilidade não aceitem questionar com valentia seu modo de administrar o poder e de tentar o bem-estar de seus povos, será difícil imaginar que se possa progredir verdadeiramente para a paz.”

(Papa João Paulo II)



3 Capítulo 1

A VIOLÊNCIA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

3.1 Resumo

Muito se avançou nas últimas décadas em relação ao reconhecimento da violência como problema de saúde pública. Este trabalho objetivou resgatar a historicidade da violência nas políticas públicas no Brasil, dando ênfase à legislação, ao surgimento e aperfeiçoamento do instrumento de notificação compulsória e aos eventos de mobilização pública e social relacionados ao tema e às populações vulneráveis. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, feito através de revisão das principais leis, programas governamentais e acontecimentos relevantes ao assunto. Foi possível demonstrar a trajetória crescente das ações de enfrentamento deste fenômeno nos últimos trinta anos, embora existam lacunas. Ainda que a obrigatoriedade de notificação e o sistema de informação tenham sido desenvolvidos para ser fonte oficial de dados, a subnotificação aparece como um ponto importante a ser trabalhado. A ação do profissional de saúde de notificar um ato violento é fonte de dúvidas, inseguranças e controvérsias. Fica o chamamento para uma reflexão maior da importância da multiprofissionalidade, transdisciplinaridade e intersetorialidade necessárias para efetivar uma verdadeira política de promoção de saúde e de prevenção dos fenômenos violentos, através do empoderamento dos cidadãos e preparação dos profissionais.

Palavras-chave: Violência. Políticas Públicas de Saúde. Legislação. Notificação.

VIOLENCE IN PUBLIC HEALTH POLICY

3.2 Abstract

It was significant the advance got over the last decades in relation to knowledge of violence as a public problem. The aim of this work was to rescue the historicity of violence on Brazilian public policy, with emphasis on legislation, origin and improvement of instrument of compulsory notification and events that promote social and public mobilization related to the theme and vulnerable populations. Dealing with an exploratory and descriptive study performed through the review of main laws, governmental programs and relevant happenings. It was possible to demonstrate the growing trajectory of coping actions of this phenomenon over last thirty years although there is lacks. Even the mandatory of notification and information system have been developed to be the official data source, the subnotification shows as an important point to be worked. The professional action to notify a violence act is the source of doubts, insecurity and controversies. It suggested making some reflection about importance of multiprofessional works, transdisciplinary and intersectoral, that is necessary to become a true policy of health promotion and prevention of violent phenomenon, giving the power for citizens and training of professionals.

Keywords: Violence. Public Health Policy. Legislation. Notice.

3.3 Introdução

A violência é um fenômeno de grande importância dentre os graves problemas de saúde pública do Brasil e do mundo. Mais do que uma questão social, ocupa um dos papéis primordiais no âmbito das políticas públicas, especialmente na área da saúde, dada a dimensão dos danos físicos, emocionais, sociais e mortes que provoca. É uma importante fonte de morbidade e mortalidade^{1,2}.

Em todo o mundo estima-se que 1,6 milhões de pessoas morram por causas externas (acidentes e violências) todos os anos, e as maiores taxas de mortalidade dentre estas causas são decorrentes de agressões³. No Brasil a violência representa a 3ª causa geral de óbitos, a primeira entre adolescentes e adultos, e causa graves prejuízos sociais, familiares, pessoais e econômicos. No ano de 2004 aproximadamente 90 bilhões de reais, 5 % do PIB brasileiro, foram gastos de forma direta, na assistência às vítimas, e indireta, na reparação dos danos causados pela violência no país⁴. E os danos quantificáveis são apenas uma parcela dos custos da violência. A desestruturação das famílias e das pessoas, as perdas emocionais e sociais, e o vazio com o qual convivem os envolvidos na ocorrência de episódios violentos são imensuráveis. O conhecimento científico alcançado atualmente demonstra e comprova que viver em condições violentas provoca, a curto e longo prazo, severos prejuízos ao ser humano⁵.

Neste contexto, algumas estratégias têm sido desenvolvidas para a diminuição da morbimortalidade por violência no país. São tentativas dos setores da justiça, saúde, educação, assistência social e segurança, voltadas ao combate do problema, na medida de suas possibilidades, e, muitas vezes, em parceria com a sociedade civil organizada. No entanto, para que as políticas públicas sejam planejadas acertadamente, são necessários dados que retratem fielmente a realidade, ou seja, delineiem epidemiologicamente o problema.

Muitas ações de controle da violência colaboram com o aumento do conhecimento acerca de sua epidemiologia. Além dos diversos trabalhos encontrados na literatura, os sistemas de informação constituem importante fonte de dados, principalmente após a instituição da obrigatoriedade da notificação dos casos suspeitos ou confirmados do agravo.

Este estudo tem por objetivo resgatar a trajetória da violência nas políticas públicas no Brasil, especialmente as da área da saúde, com ênfase à legislação, ao surgimento e aperfeiçoamento do instrumento de notificação compulsória e aos acontecimentos de

mobilização pública e social relacionados ao tema e às populações vulneráveis. Através da descrição cronológica dos fatos, buscou-se delinear os caminhos que levaram a violência a ocupar local importante na agenda de prioridades do Ministério da Saúde.

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de caráter histórico, que visa demonstrar o avanço que o enfrentamento a este fenômeno alcançou nas últimas três décadas. Para tanto, realizou-se uma busca bibliográfica nas bases informatizadas de órgãos governamentais e não governamentais que tratam do assunto, e em sites e portais oficiais do governo relacionados aos Ministérios da Saúde, Educação, Justiça, Desenvolvimento Social, e às Secretarias de Direitos Humanos, Assuntos Estratégicos, Comunicação Social, Políticas de Promoção da Igualdade Racial e Políticas para Mulheres. Foram consultadas também as bases de pesquisa da Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações e a Biblioteca Federal do Senado. Foi priorizada a consulta de legislação e dados disponíveis em plataformas on line a fim de viabilizar o acesso dos leitores às leis e informações citadas.

Após o levantamento do amplo material, realizou-se um processo de leitura crítica objetivando estabelecer a relação do conteúdo com o tema do estudo, seguida da organização cronológica dos principais documentos encontrados. Esta forma de organização visou facilitar a análise e interpretação dos resultados.

Por se tratar de um estudo de revisão documental, não houve necessidade de submissão a um Comitê de Ética em Pesquisa.

3.4 A Violência e as Políticas em Saúde

A área da saúde, durante muitos anos, tratou e atuou sobre os agravos relacionados às causas externas no sentido de melhorar o acesso, a qualidade do acolhimento e da assistência e a reabilitação das vítimas. Porém, essa estrutura de atendimento não relacionava os serviços a uma política de incentivo à melhoria da qualidade de vida, à prevenção e ao olhar ampliado para uma violência crescente⁶.

Embora a preocupação com este fenômeno seja anterior ao surgimento da Constituição Brasileira,⁷ nesta, promulgada em 1988, fica clara a responsabilidade do Estado brasileiro em assegurar “a assistência à família, na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência, no âmbito de suas relações”. Neste parágrafo 8º do artigo 226 o Estado assume que tem um papel a cumprir no enfrentamento a qualquer tipo de

violência. Este mesmo documento contempla em seu artigo 227 que “*É dever da família, sociedade e Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, ..., e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-lo à salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão*”, e garante, no parágrafo 4º deste artigo, que “*A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente*”, colocando em pauta o início da atenção às populações vulneráveis.

Porém, o histórico desta temática tratada especificamente pelo Ministério da Saúde começa nos anos 90. A sociedade, embasada no conceito ampliado de saúde, colocado na histórica VIII Conferência Nacional de Saúde de 1987⁸, começa a reagir e cobrar mudanças relacionadas ao aumento da violência. Entendendo saúde como mais que um processo biológico, as preocupações acerca do tema, antes visto como um problema social, de segurança e da justiça, passam a integrar de forma mais efetiva as discussões no setor saúde.

Neste âmbito, é elaborado o Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas, com o objetivo de reduzir a incidência de lesões e mortes decorrentes de causas externas, por meio de intervenções nos níveis de prevenção, atendimento pré hospitalar, hospitalar e reabilitação. Neste período cabia aos bombeiros, treinados como socorristas através de um modelo americano de atendimento às emergências médicas, o socorro pré hospitalar no âmbito público⁶.

Ainda nesta época, a Secretaria de Projetos Especiais de Saúde converte a Coordenação de Emergência e Trauma em Área Técnica de Acidentes e Violências, com o propósito de integrar os serviços de urgência e emergência, e obter mais qualidade nos dados sobre as situações atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS)⁶. A ênfase no atendimento de urgência é justificada, por exemplo, por Vazques et al (2011)⁹, que considera que estes serviços são, muitas vezes, o primeiro e único contato das vítimas de maus-tratos com o sistema de saúde.

Com a aprovação desta mudança, o Ministério decide dividir a área em duas linhas de atuação: a de atenção à saúde e a de políticas de saúde. Segundo Santos (2004)⁶, este é um dos períodos valiosos da história do SUS: a construção de uma política nacional voltada à redução da mortalidade e da morbidade por acidentes e violências, que tem a multidisciplinaridade e a intersetorialidade como estratégias de ação.

A proposta de uma política nacional foi votada e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2001 e a partir da Portaria nº 737/GM/MS¹⁰ foi instituída a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, que tem sido apontada como um marco no reconhecimento destes agravos como questão de saúde pública no Brasil. Por meio dela, buscou-se compreender a violência como um fenômeno multifatorial. Pontos como a integração entre os diversos setores sociais passaram a ser mais enfatizados, tanto na prevenção das ocorrências quanto na atenção às suas vítimas⁶.

3.5 A notificação compulsória das violências

As conseqüências da violência para o sistema de saúde e para a sociedade apontam para a necessidade de aperfeiçoamento dos sistemas de informação, a fim de subsidiar a adoção de estratégias para a prevenção e atuação sobre o problema. Na maioria dos países, o conhecimento do impacto das causas externas acontece por meio da análise dos dados de mortalidade, sendo poucos os que conhecem fidedignamente as dimensões da morbidade por essas causas^{11,12}.

Os dados referentes à mortalidade vêm sendo mundialmente mais utilizados por serem obtidos com mais facilidade¹³. A maior parte dos estudos caracteriza os casos cuja evolução seja a morte ou a internação, impossibilitando o conhecimento das lesões menos graves^{14,15}, frequentemente atendidas nos serviços de saúde, e geralmente subestimada e subnotificada. Embora estes dados sejam úteis para monitorar a vigilância epidemiológica das causas externas, não fornecem informações sobre as lesões de menor gravidade, responsáveis por uma grande demanda de atendimento¹⁶.

No Brasil, o monitoramento das violências para fins de vigilância epidemiológica é realizado por meio da análise dos dados da declaração de óbito e da autorização de internação em hospitais públicos, fornecidos, respectivamente, pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), ambos gerenciados pelo Ministério da Saúde (...). Considerando as limitações do SIM e SIH/SUS (...) o Ministério da Saúde implantou, em 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), com a finalidade de viabilizar a obtenção de dados e divulgação de informações sobre violências e acidentes, o que possibilitará conhecer a magnitude desses graves problemas de saúde pública. (Ministério da Saúde, 2009)¹²

Atualmente, mesmo com a criação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde¹⁷ e a implantação do VIVA^{12,18}, as informações referentes à morbidade por violência, agressão e maus tratos permanecem escassos, principalmente quando se trata de municípios menores e regiões interioranas.

Ainda que o desenvolvimento de bases de dados torne as informações mais acessíveis e sofisticadas, observam-se diversas limitações. A geração da informação depende do preenchimento, primeiramente, de formulários de papel, para posterior digitação e encaminhamento por parte dos municípios e estados. Neste processo muito se perde em relação à qualidade e pontualidade, pois depende de coleta periódica por pessoal treinado e comprometido, e ocorre uma defasagem temporal em termos da divulgação da informação pelos sistemas⁶.

Há tempos, uma das prioridades em saúde tem sido a preservação dos dados que possam indicar fatores predisponentes relacionados à violência. Com base nisso, o Ministério da Saúde vem movendo esforços no sentido de obter, cada vez mais, informações que correspondam à veracidade das ocorrências. A instituição da notificação compulsória pelos profissionais de saúde é um deles.

Notificação é a comunicação obrigatória de um fato¹⁹. Em saúde é a informação de determinado agravo aos setores responsáveis pelo controle de epidemias/endemias e preservação dos dados da ocorrência, com a finalidade de se elaborar estratégias de combate e prevenção do mesmo.

As primeiras manifestações a respeito datam da década de 90, quando, por meio do artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente²⁰, os profissionais de saúde ficaram obrigados a notificar os casos mesmo que suspeitos de maus-tratos contra este público. O artigo 245 do ECA prevê como infração administrativa “*deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e do ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar às autoridades competentes os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente*”. O artigo 66 da Lei das Contravenções Penais diz que cabe ao médico ou a qualquer pessoa que exerça a profissão sanitária, fazer tal comunicação¹⁹. Porém, muitos passos prévios foram dados no caminho que levou ao surgimento das ações de notificação.

Os quadros 1, 2, 3 e 4 retratam os principais documentos, ações e acontecimentos ligados ao combate à violências e à obrigatoriedade de sua notificação pelos serviços de saúde a partir da década de 1980, traçando uma linha do tempo do que se refere ao avanço das políticas públicas de contenção deste fenômeno.

Quadro 1- Principais documentos histórico-legais e ações de mobilização pública e social ligados ao enfrentamento da violência no período de 1979 a 1989.

Ano	Conteúdo
1979	Aprovada pela ONU (Organização das Nações Unidas) a Carta Magna dos Direitos da Mulher proposta na Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher pelo (CEDAW) Committee on the Elimination of Discrimination against Women.
1980	O Brasil faz parte do movimento internacional pela igualdade de gênero através do tratado na Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher.
1983	A Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, entidade da Igreja Católica Apostólica Romana, lança a campanha da fraternidade do ano com o tema “Fraternidade sim, violência não”, num movimento pela cultura da paz.
1984	Ratificada parcialmente no Brasil a Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher e a Carta Magna dos Direitos da Mulher, e criado um Comitê de Atuação.
1985	Lei nº 7.353 de 29/8/85. Cria o Conselho Nacional de Direitos da Mulher – CNDM. Criada no Estado de São Paulo a primeira Delegacia de Defesa da Mulher do País.
1986	Criada no Estado do Rio de Janeiro a primeira Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM).
1988	Artigo 227 da Constituição Brasileira. Visa garantir a proteção da criança pela família, sociedade e Estado. Convenção sobre a eliminação de todas as formas de violência contra a mulher: o governo brasileiro ratifica plenamente a Convenção das Nações Unidas.
1989	Lei nº 7716, de 5/1/89. Define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor. Criação do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli – CLAVES, unidade da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz.

Observa-se no período pré SUS uma ênfase nas questões referentes à violência contra a mulher (Quadro 1), com a criação de conselhos e delegacias que visavam garantir seus direitos e protegê-la. O Brasil foi pioneiro na implantação destes serviços, e, apesar do nome referir-se especificamente à mulher, estas unidades recebem ocorrências e apuram crimes de natureza familiar independente do gênero, embora o fenômeno incida, sobretudo, em mulheres²¹.

Historicamente, além das guerras, a violência doméstica e sexual praticada contra as mulheres constitui uma das principais formas de violação dos direitos humanos. É a face mais antiga da prática da violência interpessoal, perpetrada pelas gerações e legitimada por uma sociedade preconceituosa e machista. Os homens e mulheres são atingidos de forma diferente

pela violência: eles tendem a enfrentar uma violência frequentemente praticada em espaços públicos, enquanto que elas sofrem, na maioria das vezes, dentro de seus lares²¹.

Esta realidade abrangente contribuiu para o direcionamento das primeiras políticas de proteção a estas vítimas.

Mesmo assim, neste período ainda não havia nada sobre notificação, nem referência a serviços de saúde. A busca pelos direitos ou a denúncia dos atos violentos cabia espontaneamente à pessoa violentada, não havendo leis específicas que tratassem dos casos. Isto contribuiu para um problema que, ainda hoje, representa um nó crítico no que se refere ao conhecimento da epidemiologia da morbidade: a subprocura pela denúncia ou pelo atendimento.

A partir de 1990 (Quadro 2), a realidade começa a ser modificada, a Constituição Federal e o SUS prevêm direitos fundamentais que desencadeiam uma série de ações no sentido de garanti-los. São criados instrumentos legais que reiteram a postura do Estado no combate à violência e na promoção e garantia dos direitos constitucionais dos cidadãos. Há uma postura mundial nesta mesma direção, observada através dos eventos internacionais e da posição, principalmente, da Organização das Nações Unidas em relação a não violência e à cultura da paz demonstrada no quadro a seguir.

Quadro 2- Principais documentos histórico-legais e ações de mobilização pública e social ligados ao enfrentamento da violência e à obrigatoriedade de notificação pelos serviços de saúde, na década de 90 (1990 a 1999).

(continua)

Ano	Conteúdo
1990	Lei nº 8.069, de 13/7/90. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criando os Conselhos Tutelares para menores, e prevendo as ações de notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes.
	Lei nº 8.072/90. Dispõe sobre os crimes hediondos.
	Decreto nº 99.710 de 21/11/90. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. O Brasil adota plenamente o texto da Convenção Internacional dos Direitos da Criança, aprovado pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 1989.
	Criado o programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas.
1991	Lei nº 8.242, de 12/10/91. Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente.
1992	Decreto nº 678, de 6/11/92. Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22/11/69.
1993	Instalação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito para tratar a prostituição infanto-juvenil.
	Declaração para a eliminação da Violência contra as mulheres.
1994	Lei nº 8.842/94. Institui a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso.
	6 de junho: Adoção pela Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos (OEA) a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará).
	Decreto nº 107 de 9/6/94. Aprova o texto da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, assinada em Belém do Pará.
	Lei nº 8.930 de 6/9/94. Inclui o estupro entre os crimes hediondos que são considerados inafiançáveis.
1995	Ratificação da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará).
	Constituição da Frente Parlamentar pelo Fim da Violência, Exploração e do Turismo Sexual contra Crianças e Adolescentes no Congresso Nacional.
1996	Criação do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil.
	Decreto nº 1.973 de 1/8/96. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará em 9/6/94.
	Declaração e Agenda para Ação aprovadas no “I Congresso Mundial Contra Exploração Sexual Comercial de Crianças” (Estocolmo, agosto/96).
	10ª Conferência Nacional de Saúde. Propõe a criação de Conselhos de Segurança e Paz nos Municípios, Estados e União.

Quadro 2- Principais documentos histórico-legais e ações de mobilização pública e social ligados ao enfrentamento da violência e à obrigatoriedade de notificação pelos serviços de saúde, na década de 90 (1990 a 1999).

(conclusão)

Ano	Conteúdo
1996	Lei nº 9.318 de 6/12/96. Altera a alínea h do inciso II do art. 61 do Código Penal e inclui dentre as circunstâncias que agravam a pena dos crimes os cometidos contra mulher grávida.
	Portaria nº 820, de 25/6/97. Institui a Rede Integrada de Informações para a Saúde – RIPSa
1997	Lei nº 9.455, de 7/4/97. Define os crimes de tortura, constrangimento com uso de violência causando sofrimento físico ou mental.
	Portaria nº 3.733/GM, de 14/10/98. Institui o Comitê de Prevenção de Acidentes e Violências na Infância e Adolescência.
	DSN de 13/5/98. Constitui Grupo de Trabalho para estudar, avaliar e propor medidas que reduzam a violência nas escolas.
	A Assembléia Geral da ONU proclama a primeira década do século XXI como o “Decênio Internacional da Promoção de uma Cultura de Não Violência e da Paz em prol das crianças do Mundo”.
1998	O Governo Brasileiro e as Nações Unidas firmam o “Pacto Comunitário contra a Violência Intra-Familiar”.
	Lei nº 9.777, de 29/12/98, sobre o trabalho escravo. Altera o Código Penal: Artigos 132, 203 e 207 do Decreto-Lei nº 2848, de 7/12/40 – Código Penal, alterações sobre assuntos diversos, incluindo violência.
	Implementação do Sistema de Informação para a Infância e a Adolescência (SIPIA), apoiando o trabalho realizado pelos Conselhos Tutelares e pelos Conselhos dos Direitos da Criança nos níveis municipal, estadual e federal.
	A Organização das Nações Unidas proclama o “Dia Internacional pela Eliminação da Violência contra as Mulheres – 25 de novembro”.
1999	Lei Federal nº 9.807/99. Estabelece normas para organização e manutenção de programas especiais de proteção a vítimas e testemunhas ameaçadas.
	Portaria nº 1.395/99. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.
	Normativa nº 1.354 da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro: o primeiro passo importante para a obrigatoriedade de notificação de abuso infantil.

Observa-se nesta década a inclusão efetiva da população infantil como público prioritário das ações de combate à violência. Ainda que o Artigo 227 da Constituição Brasileira⁷ de 1988 já tenha colocado a criança e o adolescente como sujeitos de direitos especiais, é em 1990, através do Estatuto da Criança e do Adolescente²⁰, que fica estabelecido que o setor saúde tem o dever de identificar e notificar as situações de maus-tratos contra esta população. O artigo 5º do ECA prevê que *“Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão aos seus direitos fundamentais”*. Este mesmo estatuto coloca em seu artigo 245 que a não comunicação de eventos violentos contra esta população é passível de pena²⁰.

Os idosos passaram a garantir também um olhar diferenciado do setor da saúde através da aprovação, em 1999, da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa²². O aumento da expectativa de vida da população trouxe a necessidade dos órgãos públicos de se desenvolverem ações voltadas a esta nova realidade.

Embora a violência seja um fenômeno de caráter universal, sua epidemiologia respeita características distintas nos diferentes grupos populacionais, como crianças, adolescentes, adultos, idosos e mulheres, o que exige a implementação de ações e políticas voltadas a cada população vulnerável. Mesmo assim, o Estado e a sociedade não podem se valer apenas de um olhar fragmentado para determinados eventos. O caráter cultural, histórico e social das muitas faces apresentadas pelo agravo exige um olhar ampliado para a sua ocorrência, e requer uma conjunção de esforços amplos e articulados de diversas esferas sociais, que se deparam com a necessidade de desenvolver respostas adequadas aos efeitos crescentes da violência.

E na busca por estas respostas, a partir do ano 2000 observam-se esforços pela melhoria do acesso às informações e do conhecimento epidemiológico da violência, e percebe-se um acréscimo de leis, decretos e portarias relacionadas ao fenômeno. Em 2003 estabeleceu-se a notificação compulsória dos casos atendidos nos serviços públicos ou privados de saúde (Quadro 3).

Quadro 3- Principais documentos histórico-legais ligados ao enfrentamento da violência e à obrigatoriedade de notificação pelos serviços de saúde, no Brasil, após o ano 2000.

(continua)

Ano	Conteúdo
2000	Lei 9.970, de 17/5/00. Institui o “Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes – 18 de maio”.
	Decreto nº 3.637 de 20/10/00. Institui a Rede Nacional de Direitos Humanos.
2001	Portaria MS/GM nº 737, de 16/5/01. Institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.
	Portaria MS/GM, nº 1.968, de 25/10/01. Dispõe sobre a notificação, 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.
	Lei nº 10.224, de 15/5/01. Altera o Código Penal. Dispõe sobre o crime de assédio sexual; e dá outras providências.
2002	Portaria conjunta nº 44, de 8/3/02. Institui grupo de trabalho para proceder às ações conjuntas de implantação e implementação das propostas pactuadas entre os diversos setores do Ministério da Saúde e Sociedade Civil, estabelecidas na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.
	Lei nº 10.455, de 13/5/02. Modifica o parágrafo único do art. 69 de Lei nº 9.099 de 26/9/95 exigindo fiança e impondo prisão em flagrante do agressor nos casos de violência doméstica.
	Decreto Estadual nº 47.171, de 1/10/02. Institui o Sistema Estadual de Vigilância Epidemiológica sobre Acidentes e Violências - SEVIV no Estado de São Paulo
	Portaria MS/SAS nº 969, de 11/12/02. Dispõe sobre modelo de Ficha de Atendimento de Urgência e Emergência e a melhoria da qualidade da informação para todas as unidades do SUS.
	Adoção do Protocolo Facultativo à Convenção contra a Tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes – 18 de dezembro de 2002.
2003	Medida Provisória nº 103, de 1/1/03, convertida na Lei nº 10.683/2003. Criação da Secretaria Especial de Políticas da Mulher.
	Lei nº 10.678 de 23/5/03. É criada, como órgão de assessoramento imediato ao Presidente da República, a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial e lhe compete formular, coordenar e articular políticas e diretrizes para a promoção da igualdade racial nas políticas públicas de promoção da igualdade e da proteção dos direitos de indivíduos e grupos raciais e étnicos, com ênfase na população negra.
	Lei nº 10.683 de 28/5/03. Dispõe sobre a organização da Secretaria Especial de Políticas para as mulheres e do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher.
	Lei nº 10.714, de 13/08/03. Autoriza o Poder Executivo a dispor, em âmbito nacional, número telefônico para denúncias de violência contra a mulher.
	Portaria nº 1863/GM, de 29/9/03. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências.
	Lei nº 10.741, de 1/10/03. Institui o Estatuto do Idoso, seguindo o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento aprovado pela 2ª Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre envelhecimento, em 2002. Torna responsabilidade dos profissionais de saúde e das instituições notificarem abusos contra o idoso ao Conselho do Idoso (municipal, estadual ou federal).

Quadro 3- Principais documentos histórico-legais ligados ao enfrentamento da violência e à obrigatoriedade de notificação pelos serviços de saúde, no Brasil, após o ano 2000.
(continuação)

Ano	Conteúdo
2003	Decreto nº 4.886, de 20/11/03. Institui a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial – PNPIR e dá outras providências.
	Lei nº 10.778, de 24/11/03. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, de violência contra a mulher atendida em serviços públicos ou privados de saúde.
	Lei nº 10.764 de 24/11/03. Altera os artigos 240 e 241 da Lei nº 8.069, de 13/7/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente. Inclui como crime a produção de atividade fotográfica ou de qualquer outro meio visual, utilizando-se de adolescente em cena de sexo explícito ou simulado, agravando a pena se o crime tem como vítima a criança.
	Lei nº 10826, de 22/12/03. Implanta o Estatuto do Desarmamento
	Projeto de Lei nº 2654/03. Proíbe qualquer forma de castigo físico a crianças e adolescentes.
2004	Decreto nº 4.960 de 19/1/04. Cria a Comissão Nacional de Prevenção da Violência e Segurança nos Espectáculos Esportivos – CONSEGUE.
	Portaria interministerial MS-SEDH-SEPM nº 1426/04. Aprova as diretrizes da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a Lei, em regime de internação e internação provisória.
	Decreto nº 5.017 de 12/3/04. Promulga o Protocolo Adicional à Convenção das Nações Unidas contra o Crime Organizado Transnacional Relativa à Prevenção, Repressão e Punição do Tráfico de Pessoas, em especial mulheres e crianças.
	Decreto nº 5.030 de 31/3/04. Institui o Grupo de Trabalho Interministerial para elaborar proposta de medida legislativa e outros instrumentos para coibir a violência doméstica contra a mulher.
	Portaria nº 936, de 19/5/04. Plano Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, institui a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (PVPS) e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência (NPVPS) em Estados e Municípios.
	Decreto nº 5.099, de 3/6/04. Regulamenta a Lei nº 10.778, de 24/11/03, institui os serviços de referência sentinela, e obriga a notificação compulsória de violência contra a mulher.
	Lei nº 10.886, de 17/6/04. Acrescenta parágrafos ao Artigo 129 do Decreto-Lei nº 2.848 de 7/12/40 - Código Penal, criando o tipo especial de violência denominado “Violência Doméstica”.
2005	Portaria nº 2.406, de 5/11/04, do Ministério da Saúde. Institui o Serviço de Notificação Compulsória de Violência contra a Mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação.
	Decreto nº 5.390 de 8/3/05. Aprova o Plano Nacional de Políticas para as mulheres – PNPM, institui o Comitê de Articulação e Monitoramento e dá outras providências.
2006	Lei Estadual nº 12.215, de 9/2/06. Dispõe sobre a obrigatoriedade do procedimento de notificação compulsória de violências contra a mulher atendida em serviços de urgência e emergência, e a criação da comissão de acompanhamento da violência contra a mulher na Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.
	Portaria nº 1.356, de 23/6/06. Incentivo aos Estados, Distrito Federal e Municípios para a VIVA.
	Portaria MS/GM nº 687, de 30/6/06. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde.

Quadro 3- Principais documentos histórico-legais ligados ao enfrentamento da violência e à obrigatoriedade de notificação pelos serviços de saúde, no Brasil, após o ano 2000.
(continuação)

Ano	Conteúdo
2006	Lei nº 11.340, de 7/8/06. Lei Maria da Penha. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal e dá outras providências.
	Portaria MS/GM nº 1876, de 14/8/06. Institui as diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio.
	Lei nº 11.343, de 23/8/06. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD).
	Normativa nº 2.528. Atualiza a Política Nacional de Saúde do Idoso de 1994.
2007	Decreto nº 5.948 de 26/10/06. Aprova a Política Nacional de enfrentamento ao tráfico de pessoas e institui o Grupo de Trabalho Interministerial com o objetivo de elaborar proposta do Plano Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas – PNETP.
	Portaria nº 1.384, de 12/6/07. Institui o incentivo aos Estados, Distrito Federal e Municípios para a Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinelas.
	Lei nº 11.489, de 20/6/07. Institui o “Dia Nacional de Mobilização dos Homens pelo Fim da Violência contra as Mulheres – 6 de dezembro”.
	Portaria nº 42 de 23/8/07. Institui o Fórum Nacional de Elaboração de Política de Enfrentamento à violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta, com finalidade de formular e debater propostas de políticas públicas relacionadas à problemática e à realidade destas mulheres.
	Lei nº 11.577, de 22/11/07. Obriga a divulgação, pelos meios que especifica, de mensagem relativa à exploração sexual e tráfico de crianças e adolescentes, recomendando formas de denúncia.
	Decreto nº 6.117 de 22/5/07. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para a redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade.
	Lei nº 11.523, de 18/9/07. Institui a “Semana Nacional de Prevenção da Violência na Primeira Infância” – 12 a 18 de outubro de cada ano.
	Decreto Presidencial nº 6230, de 11/10/07. Estabelece o compromisso pela redução da violência contra crianças e adolescentes, institui o Comitê Gestor de Políticas de Enfrentamento à Violência contra criança e adolescente.
	Decreto nº 6.231, de 11/10/07. Estabelece oficialmente o Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte (PPCAAM), iniciado em 2003, e a Comissão Intersetorial de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes.
2008	Lei nº 11.530 de 24/10/07: Institui o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania – PRONASCI.
	Lei nº 11.551 de 19/11/07. Institui o Programa Disque Idoso.
2008	Decreto nº 6.347, de 8/1/08. Aprova o Plano Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas – PNETP e institui Grupo Assessor de Avaliação e Disseminação do referido plano.

Quadro 3- Principais documentos histórico-legais ligados ao enfrentamento da violência e à obrigatoriedade de notificação pelos serviços de saúde, no Brasil, após o ano 2000.
(continuação)

Ano	Conteúdo
2008	Portaria nº 206 de 31/3/08. Designa os membros do Comitê Gestor de Políticas de Enfrentamento da Violência contra Criança e Adolescente.
	Portaria nº 325, de 21/2/08. Prioridade, objetivos e metas do Pacto pela Vida/2008. Indicadores de monitoramento-avaliação do Pacto pela Saúde; orientações, prazos e diretrizes.
	Portaria nº 34 de 17/6/08. Institui a Câmara Técnica do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher com a finalidade de propor e elaborar ações de enfrentamento à violência contra as mulheres.
	Portaria nº 79, de 23/9/08. Estabelece mecanismo de repasse financeiro e incentivo à implementação e fortalecimento das ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde.
	Lei nº 11829 de 25/11/08. Altera a Lei nº 8069 de 13/7/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente, para aprimorar o combate à produção, venda e distribuição de pornografia infantil, bem como criminalizar a aquisição e a posse de tal material e outras condutas relacionadas à pedofilia na internet.
2009	Portaria nº 23 de 31/3/09. Estabelece procedimentos, critérios e prioridades para a implementação e execução das ações do pacto Nacional de Enfrentamento à violência contra as mulheres, no exercício de 2009.
	Portaria nº 36 de 7/5/09. Institui o Grupo de Trabalho do Comitê de Articulação e Monitoramento do II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres para tratar do enfrentamento do racismo, sexismo e homofobia.
	Decreto nº 6.872 de 4 de junho de 2009: Aprova o Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial – PLANAPIR, e institui o seu Comitê de Articulação e Monitoramento.
	Lei nº 11.988 de 27/7/09. Cria a Semana de Educação para a Vida nas escolas públicas de ensino fundamental e médio de todo o país.
	Decreto nº 6.924, de 5 de agosto de 2009. Institui o Prêmio de “Boas Práticas na Aplicação, Divulgação ou Implementação da Lei Maria da Penha”.
	Lei nº 12.015 de 7/8/09. Altera o Título VI da parte especial do Decreto-Lei nº 2848 de 7/12/1940 – Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8072 de 25/6/90, que dispõe sobre crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da constituição Federal e revoga a Lei nº 2252 de 1/7/54, que trata da corrupção de menores.
	Decreto nº 7.043, de 22 de dezembro de 2009. Estabelece competências da Subsecretaria de Enfrentamento da Violência contra mulheres.
2010	Decreto nº 7.037 de 21/12/09. Aprova o Programa Nacional de Direitos Humanos – PNDH-3.
	Projeto de Lei nº 7.672/10, enviado ao Congresso Nacional em 14 de julho por ocasião do 20º aniversário do ECA. Modifica o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/90), para tornar explícita a proibição de castigos corporais ou tratamentos que humilhem crianças e adolescentes.
	Lei nº 12.288, de 20/7/10. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nº 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.

Quadro 3- Principais documentos histórico-legais ligados ao enfrentamento da violência e à obrigatoriedade de notificação pelos serviços de saúde, no Brasil, após o ano 2000.
(conclusão)

Ano	Conteúdo
2010	Decreto nº 7.225 de 1/7/10. Promulga o Protocolo de Assunção sobre o Compromisso com a Promoção e a Proteção dos Direitos Humanos do MERCOSUL, assinado em Assunção, em 20 de junho de 2005.
	Lei nº 12.299 de 27/7/10. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão aos fenômenos de violência por ocasião de competições esportivas.
	Portaria nº 2.326/10. Cria grupo de trabalho para a coordenação do processo de elaboração do II Plano Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas.
	Portaria nº 85 de 10/8/10. Institui as diretrizes de Enfrentamento à Violência contra Mulheres do Campo e da Floresta.
2011	Lei nº 12.461 de 26/10/11. Altera a Lei nº 10.741 de 1/10/03 para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviços de saúde.

Esta última década estudada e vivida corresponde, com certeza, ao período mais profícuo em termos de legislação relacionada ao combate à violência. “A aprovação da *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV)* pela Portaria nº 737/GM, de 16 de maio de 2001, inclui decisivamente a importância e o papel do setor saúde no enfrentamento dos acidentes e violências no país, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas, em conformidade com diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas²³. Mesmo assim a implantação real desta política enfrentou inúmeros desgastes nas instâncias internas do Ministério da Saúde, desde a interrupção do processo de votação no Conselho Nacional de Saúde, até a necessidade das áreas técnicas promoverem debates e discussões, quase que clandestinas, sobre a sua viabilidade. Sua consolidação enfrentou todas as dificuldades que o novo sempre se depara: aprovação e rejeição, vontade técnica e política, morosidade burocrática, e necessidade de divulgação e comprometimento para se legitimar. As posições contrárias alegavam não ser aquele um momento propício para que o Ministério da Saúde entrasse para a intersectorialidade e o combate do grave problema com o qual se deparavam cotidianamente⁶. Mas a necessidade venceu, e o enfrentamento do fenômeno violência foi sendo ampliado em termos legais.

Em 2003 é aprovado o Estatuto do Idoso²⁴, e seus artigos 19 e 57 tratam claramente da responsabilidade que os profissionais de saúde e as instituições têm de comunicar os casos de abuso que tiverem conhecimento. A denúncia pode ser feita ao Conselho do Idoso em suas

três esferas públicas, ao Ministério Público ou às Delegacias de Polícia, e sua omissão prevê aplicação de multa. A inclusão desta população na obrigatoriedade de notificação é uma importante aliada no combate à ocorrência das muitas formas de violência perpetradas contra ela, dentre elas a negligência, os maus tratos e os abusos financeiros. Características próprias da idade como medo, dependência, enfermidade ou culpa por se sentirem um peso para suas famílias fazem com que esta população vulnerável não procure as instâncias legais para denúncia²¹. Neste caso, a responsabilidade do profissional de saúde aumenta, na medida em que os mais velhos, tanto quanto as crianças, sejam vítimas indefesas de tamanho absurdo.

Neste mesmo ano foi promulgada a Lei 10.778²⁵, que obriga os serviços de saúde notificar violência confirmada ou suspeita contra mulher. No entanto o documento criado para tal refere-se à denúncia de qualquer tipo de violência, e enquadra-se a qualquer tipo de população.

Em 2004 é aprovado o Plano Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde²⁶, e em 2006 a redução das violências é colocada como uma prioridade na Política Nacional de Promoção de Saúde²⁷.

Também foram muitos os acontecimentos de mobilização pública e social, os movimentos e os programas criados para seu combate nesta última década (Quadro 4).

Quadro 4- Principais acontecimentos e ações de mobilização pública e social ligados ao enfrentamento da violência e à obrigatoriedade de notificação pelos serviços de saúde após o ano 2000.

(continua)

Ano	Conteúdo
	A Secretaria Especial de Direitos Humanos/PR institui o Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil.
2000	Convenção 182, da Organização Internacional do Trabalho (19/11/00). Dispõe sobre a proibição das piores formas de trabalho infantil e ação imediata para a sua eliminação.
	11ª Conferência Nacional de Saúde. Considera a violência um problema de saúde pública.
2002	Divulgação do “Relatório Mundial sobre Violência e Saúde” pela Organização Mundial de Saúde.
	Criado o Programa Nacional de Combate à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, em resposta às demandas do Plano Nacional de Combate à Violência contra Crianças e Adolescentes.
	Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro.
2003	Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte (PPCAAM) – visa fornecer acomodações para crianças e adolescentes ameaçados, programas sociais voltados para plena proteção, apoio e assistência legal, psicológica, pedagógica e financeira, e apoio em caso de obrigações civis e administrativas que exijam seu comparecimento.
	1º Relatório do Comitê sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher, na 29ª sessão do comitê, 17 anos após a assinatura da Convenção.
	1ª Conferência Nacional de Políticas da Mulher, Brasília. O Ministério da Saúde reconhece formalmente a violência por parceiro íntimo como um problema de saúde pública.
2004	A Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres/PR cria o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.
	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) – Plano de Ação 2004-2007 – visa ao desenvolvimento de políticas para a saúde da mulher ligadas a outras áreas técnicas do Ministério da Saúde.
	XX Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS e I Congresso Brasileiro de Saúde e Cultura da Paz e não Violência – 10 a 20 de março – Natal - RN
	Criação da Central de Atendimento à Mulher (180): serviço telefônico com cobertura nacional, grátis, disponível 24 horas por dia, sete dias por semana.
2005	I Encontro Nacional da Rede de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde (Brasília-DF, junho/05).
	I Seminário de Vigilância, Prevenção e Controle de DANT (Doenças e Agravos não transmissíveis) e Promoção da Saúde (Brasília-DF, setembro/05).
	Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa – Secretaria Especial de Direitos Humanos/PR, 2005.

Quadro 4- Principais acontecimentos e ações de mobilização pública e social ligados ao enfrentamento da violência e à obrigatoriedade de notificação pelos serviços de saúde após o ano 2000.

(conclusão)

Ano	Conteúdo
2005	Agenda de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências – 2005 a 2008.
	Oficina com Núcleos Acadêmicos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde (Brasília-DF, fevereiro/06).
	Seminário Temático de Acidentes e Violências em Serviços Sentinelas (Brasília-DF, 22-24/3/06).
	Lançamento do sítio eletrônico http://www.redepazbrasil.ufms.br da “Rede Paz Brasil” em parceria com a Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (22/3/06).
	Implantação da Rede de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA.
2006	Plano Nacional de Promoção, Defesa e Garantia do Direito de Crianças e Adolescentes na Convivência Familiar e Comunitária.
	I Seminário Nacional de Promoção de Saúde.
	Edital nº 3/2006. Seleção de 78 projetos de Implantação de Núcleos de Prevenção e Promoção da Saúde.
	Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres: lançado em agosto como parte da agenda social do Governo Federal para consolidação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as mulheres.
	Edital nº 1/2007. Seleção de 130 projetos de implantação de Núcleos de Prevenção e Promoção da Saúde.
2007	1ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa: primeiro passo para o estabelecimento de uma Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa.
	2ª Conferência Nacional de Políticas da Mulher: acompanhamento da 1ª Conferência Nacional em 2004.
	13ª Conferência Nacional de Saúde. Propõe a atuação intersetorial na implementação da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências.
	Implantação da “Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências” na plataforma do SINAN (outubro/08).
	Publicação do 2º Plano Nacional de Políticas da Mulher, que fortalece a vontade política do Governo Federal em reverter o padrão de desigualdades entre homens e mulheres.
2008	Comemoração dos 18 anos do Estatuto da Criança e do Adolescente.
	Plano de Ação de Enfrentamento da Violência contra Pessoa Idosa.
	Plano Nacional de Enfrentamento da Violência contra Mulheres.
	“III Congresso de Enfrentamento da Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes” (Rio de Janeiro-RJ, novembro/08).

Neste período muitos eventos relacionaram a violência como um problema de saúde pública, e a atuação de diversos setores da sociedade foi enfatizada nos documentos e relatórios finais dos eventos em questão. O movimento mais expressivo do setor da saúde neste sentido foi o XX Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS em 2004, que teve como tema a cultura da paz e a não violência através do I Congresso Brasileiro de Saúde e Cultura da Paz e não Violência, e que acontece periodicamente desde então. Nele os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde firmaram o compromisso de incluir o tema em suas ações prioritárias.

Mesmo assim, fica claro que a trajetória que levou a violência a ocupar lugar de destaque nas agendas políticas dos mais diversos setores, especialmente da saúde, foi longa e lenta, e ainda precisa caminhar.

Embora a notificação seja um instrumento importante para o conhecimento de suas características epidemiológicas e o desenvolvimento de políticas de enfrentamento, apenas a partir de 2003, a sua obrigatoriedade foi expandida para além daquela determinada no Estatuto da Criança e do Adolescente²⁰, contemplando grupos também considerados vulneráveis, como as mulheres e os idosos.

O estabelecimento da notificação compulsória veio complementar os dados referentes aos casos não denunciados pelas vítimas, no momento que colocou aos profissionais de saúde a obrigatoriedade de notificar, inclusive, os casos suspeitos.

A definição do fluxo de notificação, que contempla o atendimento à vítima, preenchimento do instrumento, encaminhamento à Vigilância Epidemiológica, e, nos casos de crianças e adolescentes, também ao Conselho Tutelar, veio acompanhada da publicação de diversos manuais técnicos para identificação e atuação sobre os casos detectados, disponíveis nos sítios eletrônicos do Ministério da Saúde e Centros de Vigilâncias Epidemiológicas dos estados e municípios, a fim de subsidiar com informações importantes a ação dos profissionais envolvidos no atendimento e combate à violência.

Ainda assim, o instrumento de notificação passou por várias reavaliações e reestruturações. Em 2005 realizou-se um estudo piloto para avaliá-lo. Deste estudo piloto e a atuação de diferentes atores e instituições, surgiram considerações para que fossem incluídos, excluídos e/ou modificados alguns itens.

Ficou estabelecido que a ficha deveria seguir o padrão do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) e do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Com o apoio jurídico do Ministério da Saúde, a nova ficha passou a explicitar a obrigatoriedade de notificação nos casos em que trata as Leis nº 10.778/2003²⁵, nº 10.741/2003²⁴ e nº 8.069/1990²⁰, que se referem respectivamente à mulher, idoso e criança. Em 2008 a ficha foi disponibilizada via web, e, atualmente pode ser encontrada nos sites dos Centros de Vigilância Epidemiológica. A digitação destes dados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) segue recomendações de periodicidade estabelecidas em documentos do Ministério da Saúde, tendo a Portaria nº 201, de 3 de novembro de 2010²⁸ como mais recente. Porém, o monitoramento destas notificações fica quase que restrito àqueles agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011)²⁹, sendo facultado a estados e municípios incluírem outros problemas de saúde importantes em sua região.

Atualmente o instrumento conta com 71 questões relacionadas à identificação da unidade notificadora, à vítima, local da ocorrência, tipologia da violência, agressor, lesões, tratamento realizado, encaminhamento e desfecho do caso, e seu modelo e as instruções de preenchimento oficiais datam de 2008.

Embora a obrigatoriedade de notificação e o sistema de informação tenham sido desenvolvidos com o objetivo de ser fonte oficial de informação, a subnotificação aparece na literatura como um ponto importante a ser trabalhado^{9,30,31,32}. A ação do profissional de saúde de notificar um ato violento é fonte de dúvidas, inseguranças e controvérsias³³. Apesar da obrigatoriedade e do reconhecimento de sua importância, os profissionais apontam vários entraves para a adoção do ato como medida padrão, entre eles dificuldades na identificação dos casos, desconhecimento da legislação, inseguranças quanto à quebra de sigilo e a relação médico/paciente, medo de represálias, ocultamento, por parte do paciente, das verdadeiras causas das lesões identificadas, dentre outros^{9,34}.

Dado o caráter descritivo deste trabalho, com o objetivo de enriquecer e ilustrar a questão estudada e chamar a atenção dos leitores para uma reflexão mais profunda optou-se

por trazer, com a anuência da mesma, a experiência de atendimento de uma enfermeira relatada durante uma oficina realizada em um município de pequeno porte onde atua um dos autores deste estudo. A profissional, coordenadora de uma Unidade de Saúde da Família, de uma região de alta vulnerabilidade social, descreveu sua angústia ao se deparar com uma criança de 12 anos e sua madrasta, preocupada com uma dor abdominal apresentada pela menor após uma surra desferida pela mãe durante o final de semana. Durante todo o tempo as mesmas disseram que só queriam descartar algo grave. A profissional colocou que o próprio ato violento, independente da magnitude das lesões, já configurava gravidade, e que iria notificar ao Conselho Tutelar tal ocorrência. Foi quando as duas entraram num total desespero, chegando a menor ajoelhar-se no chão e implorar para que não o fizesse. Após retomar o controle da situação e acalmar as partes, a enfermeira questionou as razões para tal atitude, e a madrasta e a menina disseram que o pai já tinha cumprido penas diversas, que não tinha nada que o impedisse de matar, estava separado da mãe da garota há algum tempo, e tinham uma relação problemática. Se ele soubesse do ocorrido, mataria a mãe da garota e seria preso novamente, desestruturando ainda mais o que elas consideravam como família. A enfermeira conhecia o caso, e não duvidava disto. Sabia da importância de atuar através da notificação, mas dos riscos que estaria assumindo com tal ato. Não riscos pessoais, mas o de contribuir para um desfecho ainda pior que a agressão sofrida pela garota.

É isto que acontece, muitas vezes, na “ponta” do sistema, na sua porta de entrada, e que mostra a **distância entre a legalidade e a realidade das notificações**. Ainda que a notificação se materialize como um instrumento de proteção às vítimas, buscando a interrupção e a prevenção de novos atos violentos, as leis, isoladamente, não garantem a preservação do estado físico e emocional dos envolvidos³⁵. E no que diz respeito às informações sobre a violência doméstica, sexual e familiar, ainda impera a lei do silêncio, do medo, dos tabus e do preconceito¹².

3.6 Considerações finais:

Muitos avanços ocorreram nas últimas décadas no que tange ao reconhecimento da violência como problema que envolve também o setor da saúde. Sem dúvida, a situação de violência no país alcançou importante destaque neste período. Mas muito há por fazer.

Infelizmente, a aplicação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, principalmente no que se refere à preservação dos dados vem a “passos curtos” e ainda enfrenta dificuldades, tanto de ordem técnica, quanto política. Somente por meio de um real envolvimento, da disponibilização de recursos e de vontade política, a implementação desta, que representa um avanço dentre as estratégias contra a violência, será realizada com êxito.

A violência não é uma doença para o qual existe apenas um tratamento. Ela obedece dinâmicas que a legislação, os documentos, e os papéis não podem prever. A atuação dos profissionais envolvidos no seu reconhecimento tem respaldo legal no que diz respeito à sua intervenção técnica, burocrática, mas como agir em relação ao lado obscuro das relações humanas?

Fica então o chamamento para uma reflexão maior da importância da multiprofissionalidade, transdisciplinaridade e intersectorialidade necessárias para efetivar uma verdadeira política de promoção de saúde em seu conceito ampliado, de prevenção dos fenômenos violentos através da educação, da inclusão social, e da luta pela democracia e garantia de direitos básicos, empoderando os cidadãos, preparando e motivando os profissionais. Parece ser esta a melhor maneira de atuar sobre este importante problema de saúde pública.

3.7 Referências*

1. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Mello Jorge MHP, Silva CMFP, Minayo MCS. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *The Lancet* 2011; 377(9781):1962-75.
2. Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *CienSaude Coletiva* 2006; 11(Supl):1259-67.
3. Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. *Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
4. Brasil. Ministério da Saúde. *Temático prevenção de violências e cultura da paz III*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008.
5. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Deslandes SF. *Superação de dificuldades na infância e adolescência: conversando com profissionais de saúde sobre resiliência e promoção da saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES/CNPq; 2006.
6. Santos CA. *Implantação da política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: a experiência do Estado do Amapá*[dissertação]. Rio de Janeiro:Escola Nacional de Saúde Pública; 2004.
7. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal; 2006.
8. Brasil. Ministério da Saúde. *VII Conferência Nacional de Saúde*. Relatório Final. 1996. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf (acessado em 12 de março de 2012).

* Formatação de acordo com as normas da Ciência & Saúde Coletiva (Anexo C)

9. Vázquez RA, Montalvo PL, Cantó ME. Atención a la violencia de género en las urgencias de un centro de salud. *Aten Primaria* 2011;43(5):270-1.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001. Institui a política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. *Diário Oficial da União* 2001 maio 18.
11. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editores. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2002.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
13. Jorge MHPM, Koizumi MS. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo, 2000. *Rev Bras Epidemiol* 2004; 7(2):228-38.
14. Mascarenhas MDM, Pedrosa AAG. Atendimentos de emergência por violência em serviços públicos de Teresina, PI. *Rev Bras Enferm* 2008; 61(4):493-9.
15. Mascarenhas MDM, Silva MMA, Malta DC, Moura L, Macário EM, Gawryszewski VP, et al. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA): Brasil-2006. *Epidemiol Serv Saúde* 2009; 18(1):17-28.
16. Mascarenhas MDM, Silva MMA, Malta DC, Moura L, Gawryszewski VP, Pinheiro V, et al. Atendimentos de emergência por acidentes na Rede de Vigilância de Violências e Acidentes: Brasil, 2006. *Cienc Saude Coletiva* 2009; 14(5):1657-68.
17. Brasil. Portaria nº 936, de 19 de maio de 2004: dispõe sobre a estruturação da rede nacional de prevenção da violência e promoção da saúde e a implantação e

implementação de núcleos de prevenção à violência em estados e municípios.

Diário Oficial da União 2004 maio 20.

18. Mascarenhas MDM, Malta DC, Silva MMA, Lima CM, Carvalho MGO, Oliveira VLA. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(2):347-57.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
20. Brasil. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990: dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990 Jul 16.
21. Dossi AP. Violência doméstica: o que se espera do profissional de saúde? [dissertação]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista; 2006.
22. Brasil. Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1990: aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. *Diário Oficial da União* 1999 Dez 10.
23. Lima MLC. Sobre a política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências hoje. *CienSaude Coletiva* 2009; 14(5):1654-5.
24. Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003: dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2003 Out 3.
25. Brasil. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003: estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. *Diário Oficial da União* 2003 Nov 25.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 936, de 18 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde

- e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em estados e municípios. *Diário Oficial da União* 2004 maio 18.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União* 2006 mar 30.
28. Brasil. Portaria nº 201, de 3 de novembro de 2010: estabelece os parâmetros para monitoramento da regularidade na alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), para fins de manutenção do repasse de recursos do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde do Bloco de Vigilância em Saúde. *Diário Oficial da União* 2010 Nov4.
29. Brasil. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011: define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da União* 2011 Jan 26.
30. Rosenberg ML, Butchart A, Mercy J, Narasimhan V, Waters H, Marshall MS. Interpersonal violence. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al., editors. Disease control priorities in developing countries. Washington: World Bank; 2006. p. 755-70.
31. Soares BAC, Scatena JHG, Galvão ND. Evolução e características da morbidade por acidentes e violência na Grande Cuiabá – Mato Grosso. *Espaço Saúde* 2008; 9(2):26-38.

32. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(1):315-9.
33. 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;41(3):472-7.
34. Taylor DK, Bachuwa G, Evans J, Jackson-Johnson V. Assessing barriers to the identification of elder abuse and neglect: a communitywide survey of primary care physicians. *J Natl Med Assoc* 2006; 98(3):403-4.
35. Rossi D. Notificação da violência doméstica contra crianças e adolescentes (procedimentos de profissionais de saúde do setor público de Campinas SP) [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2004.



Capítulo 2

“Pensamos em demasia e sentimos bem pouco. Mais do que de máquinas, precisamos de humanidade. Mais do que de inteligência, de afeição e doçura. Sem essas virtudes, a vida será de violência e tudo será perdido.” (Charles Chaplin)



4 Capítulo 2

Violência interpessoal: revelando o perfil das vítimas em municípios de São Paulo, Brasil, entre 2008 e 2010.

4.1 Resumo

Objetivo: Descrever o perfil das vítimas de violência interpessoal em pequenos municípios do interior de São Paulo, Brasil, em 2008, 2009 e 2010. **Metodologia:** Estudo epidemiológico descritivo transversal onde foram analisados 109 casos notificados por uma Unidade de Urgência e Emergência em relação a características de agressores e vítimas, parentesco, local e horário da agressão, tipo de violência, parte do corpo atingida e natureza da lesão. **Resultados:** Os resultados revelaram vítimas jovens do sexo feminino (93,6%), numa proporção de 14,6 para 1 em relação ao masculino, e agressores masculinos (57,8%), cônjuges ou parentes/conhecidos das vítimas. A violência física foi a principal forma de agressão, e a força corporal dirigida à cabeça/face e membros superiores. As ocorrências ocorreram, principalmente, aos domingos, entre 18:01 e 24:00 horas. **Conclusão:** Os casos notificados têm perfil compatível com violência intrafamiliar doméstica contra mulheres, diferente dos estudos sobre violência interpessoal nas grandes cidades e regiões metropolitanas.

Palavras Chave: Violência. Serviços Médicos de Emergência. Agressão. Epidemiologia. Saúde Pública.

Interpersonal violence: revealing the profile of victims in São Paulo, Brazil, between 2008 and 2010.

4.2 Summary

Objective: To describe the profile of victims of interpersonal violence in little municipalities from interior of Sao Paulo State, Brazil, registered in 2008, 2009 and 2010. **Methodology:** Epidemiological study, descriptive and cross-sectional where it were analyzed 109 cases notified by an Emergency Unit in relation to characteristics of aggressors and victims, kinship, place and time of aggression, violence, part of body injured and nature of injury. **Results:** The results showed a prevalence of young victims of female (93,6%), expressing ratio 14.6:1 (woman:man), and male abusers (57.8%), partner or relatives / acquaintances of victims. Physical violence was the main form of aggression, and physical force was sent to the head / face and upper limbs. The violence cases occurred especially on Sundays, between 6:01pm and 12:00pm. **Conclusion:** The notified cases have a profile consistent with domestic family violence against women, differently of other studies about interpersonal violence in large cities and metropolitan regions.

Key words: Violence. Emergency Medical Services. Aggression. Epidemiology. Public Health.

4.3 Introdução

Embora a violência tenha estado presente em qualquer época histórica do Brasil e do mundo, estudos demonstram que, nos últimos 25 anos, houve um aumento significativo e importante dos casos de violência social e interpessoal.¹

A partir da década de 1970 a violência passou a ser uma das principais causas de morbi-mortalidade nas grandes cidades, e a representar um importante problema de saúde pública,^{2,3} se tornando, cada vez mais, tema de interesse de pesquisadores empenhados em identificar suas causas e compreender seu impacto social.⁴ O agravo passou a representar uma grande preocupação da sociedade contemporânea.⁵

No Brasil a violência representa a 3ª causa geral de óbitos, a primeira entre adolescentes e adultos, e causa graves prejuízos sociais, familiares, pessoais e econômicos. No ano de 2004 aproximadamente 90 bilhões de reais, 5 % do PIB brasileiro, foram gastos de forma direta, na assistência às vítimas, e indireta, na reparação dos danos causados pela violência no país.⁶ A magnitude do problema evidencia a necessidade de um enfrentamento contundente e imediato, e as estratégias para tal devem embasar-se em dados que apontem suas principais características.

Entende-se como violência a relação, processo ou condição em que há violação da integridade física, psicológica ou social através do uso de força física, poder real ou ameaça de um indivíduo, classe, grupos ou nações, contra si próprios ou a coletividade, que resulte ou possa resultar em morte, danos físicos, psicológicos, emocionais e espirituais, deficiência de desenvolvimento ou privação.⁷⁻⁹ Neste trabalho o termo violência interpessoal foi adotado para designar o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra outra pessoa, destacando a intencionalidade do ato violento, excluindo os incidentes não intencionais e as autoagressões.

Embora apresente várias manifestações (agressão física, abuso sexual, psicológico, omissões, violência interpessoal nas relações institucionais, sociais, de trabalho, políticas, estruturais, culturais, criminais e de resistência),⁹ perceber a violência como um fenômeno controlável e transformável, a ser abordado por diversos atores sociais,¹⁰ é fundamental para o avanço das ações intersetoriais de intervenção sobre este agravo.

Neste contexto, compreender as características epidemiológicas de qualquer tipo de violência torna-se o primeiro passo para o desenvolvimento de estratégias de atuação.

Embora vista, sobretudo, como um processo social, a violência exerce grande influência na área da saúde, e suas consequências acarretam elevados gastos com estruturas pré hospitalares, de emergência, assistência e reabilitação. Além de atender suas vítimas, esta área tem a função de elaborar estratégias de prevenção de modo a promover a saúde da população.^{1,2}

O Brasil é um país pioneiro a adotar, desde 2001, uma Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violências.¹ Com isto, na última década, houve um avanço nas pesquisas sobre esta temática junto ao Ministério da Saúde, Universidades e Instituições. Porém, os estudos e as políticas se concentram em capitais e grandes cidades, e a abordagem mais freqüente é a da mortalidade.

Os dados referentes à mortalidade vêm sendo mundialmente mais utilizados por serem obtidos com mais facilidade.¹¹ É difícil quantificar o impacto da violência não fatal, seja pela escassez ou pela imprecisão dos dados.^{2,12} A maior parte das informações disponíveis nos estudos caracteriza os casos mais graves, com a morte ou internação como desfecho, impossibilitando o conhecimento das lesões menos graves,^{13,14} frequentemente atendidas nos serviços pré hospitalares, pronto socorros e unidades de urgência e emergência, e geralmente subestimada e subnotificada.

Embora os dados disponíveis sobre óbitos e internações sejam úteis para monitorar a vigilância epidemiológica das causas externas, “... não fornecem dados sobre as lesões de menor gravidade,..., que são responsáveis por uma grande demanda de atendimento nos serviços de emergência”.¹⁵ Estimativas apontam que, para cada homicídio, 20 a 40 casos de violência não fatal sejam atendidos.¹² Em 1998 Minayo e Souza² já apontavam para a pouca visibilidade que têm estes tipos de agravos.

Nos dias atuais, mesmo com a criação de uma Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde¹⁶ e a implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), em 2006,^{14,17} as informações referentes à morbidade por violência, agressão e maus tratos permanecem, de certa forma, escassos, principalmente quando se trata de municípios menores e regiões interioranas.

O objetivo deste trabalho foi descrever o perfil dos casos não fatais de violência interpessoal atendidos em uma unidade de urgência e emergência referência de sete municípios do interior do estado de São Paulo e notificados à Vigilância Epidemiológica da cidade de Penápolis, a fim de demonstrar as características da violência interpessoal que ocorre fora das capitais e regiões metropolitanas.

A opção por municípios de pequeno e médio porte fora da capital e região metropolitana foi pautada na pouca literatura existente sobre o tema, que faz com que estas regiões apresentem uma pobreza de dados e informações que poderiam ser usadas para beneficiar a população como um todo com a criação de políticas adequadas para suas características. Trabalhou-se com a hipótese de que a ocorrência da violência interpessoal no interior dos Estados e em pequenos municípios tenha características distintas daquelas encontradas em grandes cidades, necessitando diferentes estratégias de enfrentamento.

4.4 Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo transversal, quantitativo, realizado na região do Primeiro Consórcio Intermunicipal de Saúde do Brasil, o CISA, implantado em 1986, localizado no município de Penápolis, interior de São Paulo, e que congrega o município sede e outros seis de pequeno porte: Alto Alegre, Avanhandava, Barbosa, Braúna, Glicério e Luiziana. O universo populacional da região consorciada é de aproximadamente 112 mil pessoas, tendo o município sede concentrando 45 % do todo. Para efeitos deste estudo considerou-se como pequeno porte os municípios com até 20 mil habitantes, e médio porte os que têm entre 20 e 100 mil.

Foram objeto do estudo os casos de violência interpessoal notificados à Vigilância Epidemiológica atendidos pela Unidade de Urgência e Emergência (Pronto Socorro) de referência dos sete municípios consorciados, ocorridos nos anos de 2008, 2009 e 2010.

Esta Unidade de Urgência e Emergência atua 24 horas com dois médicos plantonistas e realiza aproximadamente 5 mil atendimentos por mês. Após a detecção ou suspeita da ocorrência de violência, a equipe de enfermagem preenche a Ficha de Notificação, enviada semanalmente para a Vigilância Epidemiológica do município de Penápolis. É no município sede que são registrados os dados de todos os municípios atendidos.

Foi considerado como caso de violência interpessoal para a pesquisa todo atendimento resultante de agressão / maus tratos desferidos a outrem, que tenha como desfecho a alta do paciente. Foram excluídos os casos de morte e internação seguida de óbito, a fim de se analisar os fatores relacionados à morbidade.

Os dados foram obtidos através do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). As variáveis foram apresentadas conforme constam na Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências do

SINAN, e as escolhidas para o presente trabalho foram: sexo, faixa etária, raça, escolaridade e situação conjugal da vítima, sexo do agressor e vínculo/grau de parentesco com a vítima, e dados referentes à agressão sofrida como tipo, natureza, parte do corpo atingida, meio de agressão, frequência, local, dia da semana e horário da ocorrência.

A coleta dos dados foi realizada em forma de tabelas de distribuição de frequência geradas pelo aplicativo TabNet e importadas pelo programa TabWin (*Tab para Windows 2,0*), ambos desenvolvidos pelo Departamento de Informática do SUS (Datasus), e as informações analisadas sob a forma de números absolutos e proporções, determinadas as prevalências e razões pertinentes.

Os resultados foram apresentados por meio de tabelas construídas utilizando-se o programa Word, com os dados agrupados conforme as categorias: características da vítima, do autor da agressão, da violência sofrida, da ocorrência. Os casos com resultado zero não foram excluídos, a fim de auxiliar na caracterização epidemiológica.

Aspectos Éticos

A pesquisa utilizou dados secundários, sem risco à população do estudo e sem a identificação nominal dos sujeitos, e seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Seu início deu-se após apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP – Campus de Araçatuba, Processo nº00645/2010.

4.5 Resultados

No período estudado houve a notificação de 109 casos de violência interpessoal. Dentre as principais características das vítimas, podemos destacar que eram do sexo feminino (93,6 %, contra 6,4 % do sexo masculino), numa proporção feminino/masculino (F/M) de 14,6:1, faixa etária de 20 a 34 anos (43,1%) seguida de 35 a 49 anos (21,1 %), da raça branca (69, 7%), com ensino fundamental incompleto (23,8%) e solteiras (35,8%) ou casadas/união consensual (35,8%) (Tabela 1).

Em relação ao autor da agressão, a maioria era do sexo masculino (63,3%), tanto nas vítimas masculinas quanto femininas. Em 8,2% das ocorrências havia envolvimento de ambos os sexos. Suspeitou-se do uso de álcool pelo agressor em 35,8 % dos casos, mas a maior parte das vítimas (55,0%) informou não suspeitar do uso da substância. O vínculo/grau de parentesco mais freqüente entre agressores e vítimas foi cônjuges (22,9%), seguido de Amigos/conhecidos (21,0%) (Tabela 2).

Quanto às características da violência, em 41,3% dos casos ela era repetida, ou seja, já havia ocorrido outras vezes. O tipo de violência mais freqüente foi a física (93,6%), seguida de psicológica/moral (50,45%) e tortura (20,18%). Nesta avaliação foi observada uma frequência maior que 100% na soma dos tipos de violência sofridos, o que demonstra que a mesma vítima sofreu mais que um tipo de violência.

O meio de agressão mais utilizado foi a força corporal/spancamento (80,7%). A prática de ameaça, o uso de objeto contundente e o enforcamento foram encontrados, respectivamente em 22,0%, 12,8% e 11,0% dos casos. Também foi observada a ocorrência de mais de um meio de agressão por notificação. O tipo de lesão que apareceu com valor mais expressivo foi a contusão (36,7%). Corte/perfuração/laceração vem em seguida com 21,0%. As partes do corpo mais atingidas pela agressão foram a cabeça/face (47,7%) e os membros

superiores (20,18%), sendo a primeira mais comum nas mulheres, e a segunda, nos homens (Tabela 3).

As características da ocorrência demonstram que a residência foi o *locus* privilegiado, alcançando o índice de 67,9%, e, com menos da metade deste, a via pública (23,8%). Da totalidade dos casos, 89,9% foram confirmados, 4,6% considerados prováveis, e 5,5% inconclusivos (Tabela 4).

A maioria dos atendimentos aconteceu aos finais de semana, com predominância do domingo (16,5%), no horário compreendido entre 18:01 e 24:00 horas (57,8%), no mês de fevereiro (12,8%) (Tabela 5).

4.6 Discussão

A violência interpessoal tem sido um fato habitual na nossa sociedade. Afeta os diferentes grupos sociais e etários e exibe uma multiplicidade de manifestações. No entanto, observa-se uma escassez de estudos que trabalhem com a morbidade, principalmente em cidades de pequeno e médio porte e regiões interioranas.

Embora este seja um trabalho basicamente descritivo, o próprio tema violência traz em si a necessidade de discussões e reflexões acerca de suas principais características, não só epidemiológicas, mas também sociais, e conhecer as tendências da ocorrência da violência pode ajudar no direcionamento das ações para públicos-alvo específicos.

A intencionalidade relacionada à ocorrência de atos violentos sugere que este seja um agravo passível de atuação dos mais diversos setores da sociedade. Minayo (2006)¹ coloca que, embora a intencionalidade possa ocorrer também de forma indireta, a idéia da intenção demonstra que existe a responsabilidade dos sujeitos. Desta maneira aponta-se que estes, em

seus contextos sociais, sejam os principais alvos de intervenções, e, para tal, é necessário conhecê-los.

Os resultados deste estudo demonstraram a predominância de vítimas do sexo feminino numa proporção de 14,6:1 em relação ao sexo masculino, o que difere da maioria dos trabalhos relacionados à violência interpessoal como um todo, que apontam uma prevalência deste último.^{1,6,13,14,18-22} A questão que pode ser colocada nesta situação é a de que, inseridos nos resultados que avaliam grandes cidades e metrópoles estão os casos de violência interpessoal nas formas criminais e deliquenciais, menos freqüentes nas regiões interioranas, onde são encontrados mais casos de violência intrafamiliar, doméstica e de gênero, fenômenos sociais de caráter histórico abrangente não exclusivo das grandes cidades. Quando se analisa estudos específicos sobre violência intrafamiliar, o sexo feminino é o mais atingido,^{10, 23} como encontrado neste trabalho.

Outro aspecto que pode estar relacionado aos resultados encontrados é que, conforme dados estatísticos da Unidade de Urgência e Emergência que foi foco deste trabalho, 61% dos atendimentos são de ambulatório.²⁴ Sendo assim, estima-se que os casos avaliados, por terem sido os não letais e menos graves, excluídas as internações e os óbitos, ainda que tenham sido atendidos numa unidade de urgência e emergência, possam se tratar, em sua maioria, de ocorrências ambulatoriais, e pesquisas demonstram que a população que mais procura atendimento médico ambulatorial é a feminina, principalmente por questões culturais relacionadas à masculinidade e vulnerabilidade.^{25,26}

Assim, embora este trabalho tenha tido como foco a violência interpessoal geral, os resultados encontrados são compatíveis com o perfil da violência interpessoal doméstica, intrafamiliar e de gênero, e, em relação a esta última, sem apresentar simetria, sendo mais expressiva a violência contra a mulher.

Em relação à faixa etária, mesmo se tratando de gêneros diferentes, os resultados coincidem com os achados de muitos autores,^{3,5,14,18-20,27,28} ainda que se analise tipos de violências diversos. A população de jovens é a mais atingida por este agravo, e vale aqui destacar que a incidência da violência, intencional ou não, em jovens numa fase produtiva é capaz de gerar elevado impacto à sociedade e às famílias através dos “anos potenciais de vida perdidos”. Conforme afirma Norman et al.²⁹, dos fatores de risco para a perda de anos saudáveis de vida, a violência interpessoal é a segunda maior causa.

A diferença de prevalência das raças das vítimas encontradas na pesquisa não será alvo desta discussão, pois, embora quando associada a outras variáveis possa estar relacionada à ocorrência da violência, os atributos biológicos como raça e cor não devem, isoladamente, serem considerados determinantes deste fenômeno.²

A situação conjugal das vítimas, e o grau de parentesco destas com os autores da violência, demonstram que a maior parte das ocorrências envolve relações afetivas (ou “desafetivas”) entre parceiros ou ex parceiros. Isto corrobora com o estudo sobre a arqueologia da agressividade humana de Lessa⁴ que aponta a ruptura temporária dos mecanismos e relações de convívio e o rearranjo permanente dos papéis sociais, como combustível para situações potenciais de violência. Dentro deste contexto afirma-se, mais uma vez a importante contribuição dos dados relativos à violência intrafamiliar e de gênero no que concerne a epidemiologia da morbidade das agressões e maus tratos.

A informação de que a maior parte das ocorrências tenha se dado dentro das residências, com o sexo feminino como vítima de agressões diversas provocadas por familiares, situação mais comum neste trabalho, vai ao encontro dos achados de Oliveira et al.⁵; Mascarenhas e Pedrosa¹³; e Mascarenhas et al.¹⁴ ao separarem os seus resultados por sexo. Em maior ou menor grau, a violência intrafamiliar está presente e dispersa na maioria

das pesquisas sobre a violência interpessoal. Estima-se que 12 % das famílias apresentem episódios de violência, e, em 40 % dos casos, há associação de diferentes tipos de agressão (psicológica, física, negligência).¹⁰

Porém, seja qual for a tipologia da violência, um achado alarmante e preocupante, que requer atenção e iniciativa de toda uma sociedade, está relacionado ao perfil do agressor. Dados referentes à mortalidade, à morbidade, à criminalidade e delinquência, à violência contra mulheres, idosos, e até mesmo crianças, todos apontam para o sexo masculino como sendo o mais prevalente autor de agressão.^{1, 15, 17, 20} Ainda que os estudos atuais específicos sobre violência conjugal comecem a apresentar simetria e reciprocidade das agressões entre parceiros íntimos, quando se olha para a violência como um todo os achados permanecem indicando o sexo masculino como principal autor. As formas tradicionais de violência praticadas pelo sexo masculino têm conservado as mesmas características históricas, independente da condição da vítima, talvez herança de um comportamento cultural machista, de origem patriarcal, que atravessa as gerações.

Ao se analisar o sítio das lesões, a região da cabeça/face e os membros superiores foram as mais atingidas, estando de acordo com a maioria dos artigos pesquisados. Esta informação pode estar relacionada tanto ao caráter simbólico de humilhação que o agente imprime ao atingir o rosto da vítima, quanto ao comportamento defensivo por parte da vítima que usa os membros superiores como anteparo às agressões.²⁸

Já a prevalência de um número maior de casos aos finais de semana pode estar relacionada ao fato dos indivíduos terem mais situações de lazer, com ingestão de bebida alcoólica, e comportamentos que propiciem um ambiente mais fértil para o conflito.³⁰

Grande parte dos problemas com violência acontece fora do confronto com bandidos, mas onde vive, trabalha e se diverte a população comum, em conflitos interpessoais, nas

desavenças, brigas de vizinhos, contendas conjugais e após bebedeiras nos bares, quando as pessoas perdem o controle emocional.¹

Por meio do estudo realizado é possível afirmar que a maior parte das vítimas de violência interpessoal dos sete municípios avaliados que procurou atendimento de urgência e emergência da unidade de referência foi do sexo feminino, brancas, com idade entre 20 e 34 anos, ensino fundamental incompleto, sem distinção entre solteiras e casadas ou vivendo em união consensual, agredidas por homens, cônjuges ou conhecidos das vítimas, dentro da própria residência, aos finais de semana, entre as 18:01 e 24:00 horas. O tipo de violência mais prevalente foi a física, acompanhada de psicológica, e o meio de agressão utilizado foi a força corporal seguida de ameaça. Grande parte das vítimas sofreu contusão na região de cabeça/face e membros superiores, e, em muitos casos, além do autor da agressão poder estar sob uso de álcool, a agressão já havia ocorrido outras vezes. Os resultados demonstraram que o perfil epidemiológico mais frequente da morbidade causada por violência interpessoal fora das grandes cidades e regiões metropolitanas quando se analisa os casos que procuram por atendimento médico de urgência é compatível com violência intrafamiliar e doméstica. A coleta de dados através de inquéritos policiais ou entrevistas pessoais poderiam mostrar outros aspectos não encontrados aqui, o que abre um leque de alternativas para mais estudos nestas regiões.

Há que se avançar na compreensão do fenômeno violência. Mais do que agir sobre um agravo gerador de estatísticas, devemos encontrar maneiras de atuar nas diversas formas de violência velada, não notificada e, muitas vezes, quase não percebida, ou até mesmo ignorada. Explícita ou não, a complexidade que envolve o assunto requer que sua abordagem seja multidisciplinar, multifatorial e intersetorial, com foco nas diversas características sócio demográficas e culturais associadas à sua ocorrência.

Com suas múltiplas faces, a violência continuará atingindo a sociedade, diminuindo a qualidade de vida das pessoas, provocando danos físicos, emocionais e sociais aos indivíduos, acarretando elevados gastos aos serviços públicos, e avançando, à medida que não formos capazes de ter uma visão ampliada para a questão e atuarmos de forma efetiva. A desvalorização das hierarquias tradicionais e da autoridade familiar e comunitária contribuem para este panorama¹, e cabe a todos os atores sociais a responsabilidade do enxergar, pensar e atuar para a mudança deste paradigma.

4.7 Considerações Finais

Esta pesquisa apresenta algumas considerações importantes. Embora haja a possibilidade de subnotificação dos atendimentos por violência, a subprocura por atendimento médico das vítimas do sexo masculino muito provavelmente está mais relacionada a fatores culturais que epidemiológicos. Assim, estes dados não devem ser generalizados. No entanto, nem mesmo desprezados, uma vez que podem fornecer subsídios para a formulação de políticas e intervenções sociais por parte dos entes públicos.

Entre os pontos fortes do trabalho está a relevância dos dados em relação às regiões interioranas, população específica que pode apresentar perfil epidemiológico diferente das grandes cidades e regiões metropolitanas, e que carecem de mais estudos e informações acerca dos diversos agravos que atingem sua população, uma vez que não são o foco preferencial dos pesquisadores.

O ineditismo do trabalho pode proporcionar uma visão ampliada da violência que ocorre dentro de uma infinidade de lares brasileiros, ao avaliar uma população frequentemente distante dos olhares da maior parte dos estudiosos. Trabalhos deste tipo, ao agregar conhecimento novo ao acumulado, permitem ampliar as possibilidades de ação dos diversos setores da sociedade.

4.8 Referências*

1. Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
2. Minayo MCS, Souza ER. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde*. 1998;4(3):513-531.
3. Gawryszewski VP, Scarpelini S, Dib JA, Mello Jorge MHP, Pereira Júnior GA, Morita M. Atendimentos de emergência por lesões decorrentes de causas externas: características das vítimas e local de ocorrência, Estado de São Paulo, Brasil, 2005. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008;24(5):1121-1129.
4. Lessa A. Arqueologia da agressividade humana: a violência sob uma perspectiva paleoepidemiológica. *História, Ciências, Saúde*. 2004;11(2):279-296.
5. Oliveira CMCS, Santos JS, Brasileiro BF, Santos TS. Epidemiologia dos traumatismos buco-maxilo-faciais por agressões em Aracaju/SE. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial*. 2008;8(3):57-68.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Temático prevenção de violência e cultura da paz III. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008.
7. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.
8. Organização Panamericana de Saúde. Violenciay salud: resolución n. XIX. Washington: OPAS; 1994.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001. Institui a política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 18 maio 2001.
10. Aleaga MA, Bernal IL, Gómez MTO. Comportamiento de la violencia intrafamiliar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 1999;15(3):285-292.

* Formatação de acordo com as normas da Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde (Anexo C)

11. Jorge MHPM, Koizumi MS. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo, 2000. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2004;7(2):228-238.
12. Rosenberg ML, Butchart A, Mercy J, Narasimhan V, Waters H, Marshall MS. Interpersonal violence. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al., editors. *Disease control priorities in developing countries*. Washington: World Bank; 2006. p.755-770.
13. Mascarenhas MDM, Pedrosa AAG. Atendimentos de emergência por violência em serviços públicos de Teresina, PI. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2008;61(4):493-499.
14. Mascarenhas MDM, Silva MMA, Malta DC, Moura L, Macário EM, Gawryszewski VP, et al. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA): Brasil-2006. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2009;18(1):17-28.
15. Mascarenhas MDM, Silva MMA, Malta DC, Moura L, Gawryszewski VP, Costa VC, et al. Atendimentos de emergência por acidentes na Rede de Vigilância de Violências e Acidentes: Brasil, 2006. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2009;14(5):1657-1668.
16. Brasil. Portaria nº 936, de 19 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de prevenção da violência e promoção da saúde e a implantação e implementação de núcleos de prevenção à violência em estados e municípios. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 maio 2004.
17. Mascarenhas MDM, Malta DC, Silva MMA, Lima CM, Carvalho MGO, Oliveira VLA. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços

- de emergência, Brasil, 2006 e 2007. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010;26(2):347-357.
18. Minayo MCS, Souza ER. Violência para todos. *Cadernos de Saúde Pública*. 1993;9(1):65-78.
19. Ferreira TFA, Ribeiro LA. Epidemiologia das agressões atendidas pelo Hospital das Clínicas de Uberlândia e dos homicídios ocorridos no município de 2000 a 2004. *BioscienceJournal*. 2009; 25(2):161-170.
20. Soares BAC, Scatena JH, Galvão ND. Evolução e características da morbidade por acidentes e violência na Grande Cuiabá – Mato Grosso. *Revista Espaço para a Saúde*. 2008;9(2):26-38.
21. Abath MB, Leal MCC, Melo Filho DA, Marques APO. Physical abuse of older people reported at the Institute of Forensic Medicine in Recife, Pernambuco State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010; 26(9):1797-1806.
22. Anyanechi CE. Mandibular fractures associated with domestic violence in Calabar, Nigéria. *Ghana Medical Journal*. 2010; 44(4):155-158.
23. Lima MLC, Souza ER, Deslandes SF, Kelly A, Cabral APS. An analysis of prehospital care for victims of accidents and violence in Recife, Brazil. *Revista de Salud Pública*. 2010; 12(1):27-37.
24. Cecilio L. Impacto da demanda de atendimentos ambulatoriais na Unidade de Urgências e Emergências do município de Penápolis – SP [monografia]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2010.
25. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2002; 11(5/6):365-373.

26. Costa RG. Saúde e masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero. *Revista Brasileira de Estudos de População*. 2003; 20(1):79-92.
27. Minayo MCS, Deslandes SF. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(5):1641-1649.
28. Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP, Dossi MO. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006;22(12):2567-2573.
29. Norman R, Schneider M, Bradshaw D, Jewkes R, Abranans N, Matzopoulos R, et al. Interpersonal violence: an important risk factor for disease and injury in South Africa. *Population Health Metrics*. 2010; 8:32 [acessado em 10 abr. 2010]. Disponível em <http://www.pophealthmetrics.com/content/8/1/32>
30. Jorge MHPM. Mortalidade por causas violentas no município de São Paulo, Brasil. IV: a situação em 1980. *Revista de Saúde Pública*. 1982;16:19-41.

Tabela 1 - Distribuição dos casos de violência por sexo, segundo características da vítima. Municípios selecionados, Estado de São Paulo, Brasil, 2008-2009-2010.

Características	Feminino (F)		Masculino (M)		Total		Razão F/M
	n	%	n	%	n	%	
Faixa Etária							
< 1 ano	2	1,9	-	-	2	1,8	-
1-4	3	2,9	1	14,3	4	3,6	3,0
5-9	2	1,9	1	14,3	3	2,7	2,0
10-14	3	2,9	1	14,3	4	3,6	3,0
15-19	15	14,7	1	14,3	16	14,7	15,0
20-34	46	45,1	1	14,3	47	43,1	46,0
35-49	22	21,6	1	14,3	23	21,1	22,0
50-64	6	5,9	1	14,3	7	6,4	6,0
65-79	3	2,9	-	-	3	2,7	-
80 e +	-	-	-	-	-	-	-
Raça							
Ignorado	-	-	1	14,3	1	0,9	-
Branca	71	69,6	5	71,5	76	69,7	14,2
Preta	7	6,9	-	-	7	6,4	-
Amarela	1	0,9	-	-	1	0,9	-
Parda	22	21,5	1	14,3	23	21,1	22,0
Indígena	1	0,9	-	-	1	0,9	-
Escolaridade							
Ignorado	12	11,7	-	-	12	11,0	-
Analfabeto	2	1,9	-	-	2	1,8	-
Primário incompleto	9	8,8	-	-	9	8,2	-
Primário completo	2	1,9	-	-	2	1,8	-
Fundamental incompleto	24	23,5	2	28,6	26	23,8	12,0
Fundamental completo	6	5,9	-	-	6	5,5	-
Médio incompleto	12	11,7	-	-	12	11,0	-
Médio completo	19	18,6	3	42,9	22	20,2	6,3
Superior incompleto	5	4,9	-	-	5	4,6	-
Superior completo	6	5,9	-	-	6	5,5	-
Não se aplica	5	4,9	2	28,6	7	6,4	2,5
Situação conjugal							
Ignorado	7	6,9	1	14,3	8	7,3	7,0
Solteiro	38	37,2	1	14,3	39	35,8	38,0
Casado/União consensual	37	36,3	2	28,6	39	35,8	18,5
Viúvo	4	3,8	-	-	4	3,7	-
Separado	7	6,9	1	14,3	8	7,3	7,0
Não se aplica	9	8,8	2	28,6	11	10,1	4,5
Total	102	100,0	7	100,0	109	100,0	14,6

Tabela 2 - Distribuição dos casos de violência por sexo, segundo características do autor da agressão. Municípios selecionados, Estado de São Paulo, Brasil, 2008-2009-2010.

Características	Feminino (F)		Masculino (M)		Total		Razão F/M
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							
Ignorado	3	2,9	-	-	3	2,7	-
Masculino	63	61,8	6	85,8	69	63,3	10,5
Feminino	27	26,5	1	14,3	28	25,7	27,0
Ambos	9	8,8	-	-	9	8,2	-
Suspeita uso álcool							
Ignorado	9	8,8	1	14,3	10	9,2	9,0
Sim	36	35,3	3	42,9	39	35,8	12,0
Não	57	55,9	3	42,9	60	55,0	19,0
Vínculo/grau de parentesco							
Pai	4	3,8	1	14,3	5	4,6	4,0
Mãe	3	2,9	-	-	3	2,7	-
Padrasto	-	-	-	-	-	-	-
Madrasta	1	0,9	-	-	1	0,9	-
Cônjuge	25	24,5	-	-	25	22,9	-
Ex cônjuge	6	5,9	1	14,3	7	6,4	6,0
Namorado	4	3,8	-	-	4	3,8	-
Ex namorado	9	8,8	-	-	9	8,2	-
Amigos/conhecidos	20	19,6	3	42,9	23	21,0	6,6
Desconhecidos	8	7,8	-	-	8	7,3	-
Filho	3	2,9	1	14,3	4	3,7	3,0
Irmão	8	7,8	-	-	8	7,3	-
Cuidador	-	-	-	-	-	-	-
Patrão/chefe	-	-	-	-	-	-	-
Policial/agente da lei	2	1,9	1	14,3	3	2,7	2,0
Pessoa com relação institucional	-	-	-	-	-	-	-
Outro vínculo	9	8,8	-	-	9	8,2	-
Total	102	100,0	7	100,0	109	100,0	14,6

Tabela 3 - Distribuição dos casos de violência por sexo, segundo características da prática. Municípios selecionados, Estado de São Paulo, Brasil, 2008-2009-2010.

Principais Características selecionadas, Estado de São Paulo, Brasil, 2005-2010.							
Características	Feminino (F)		Masculino (M)		Total		Razão F/M
	n	%	n	%	n	%	
Ocorreu outras vezes							
Sim	44	43,1	1	14,3	45	41,3	44,0
Não	58	56,9	6	85,7	64	58,7	9,6
Tipo de violência							
Física	96	94,1	6	85,7	102	93,6	16,0
Psicológica/moral	54	52,9	1	14,3	55	50,4	54,0
Tortura	22	21,6	-	-	22	20,2	-
Sexual	6	5,9	1	14,3	7	6,4	6,0
Financeira/econômica	-	-	-	-	-	-	-
Negligência/abandono	-	-	-	-	-	-	-
Trabalho infantil	-	-	-	-	-	-	-
Intervenção legal	-	-	-	-	-	-	-
Tráfico seres humanos	-	-	-	-	-	-	-
Outras	1	0,9	-	-	1	0,9	-
Meio de agressão							
Força corporal/espancamento	82	80,4	6	85,7	88	80,7	13,6
Enforcamento	12	11,7	-	-	12	11,0	-
Objeto contundente	14	13,7	-	-	14	12,8	-
Objeto perfurocortante	5	4,9	-	-	5	4,6	-
Substância/objeto quente	-	-	-	-	-	-	-
Envenenamento	-	-	-	-	-	-	-
Arma de fogo	1	0,9	-	-	1	0,9	-
Ameaça	24	23,5	-	-	24	22,0	-
Outros	15	14,7	1	14,3	16	14,7	15,0
Tipo de lesão							
Ignorado/branco	14	13,7	-	-	14	12,8	-
Contusão	38	37,2	2	28,6	40	36,7	19,0
Corte/perfuração/laceração	22	21,6	1	14,3	23	21,0	22,0
Entorse/luxação	4	3,8	1	14,3	5	4,6	4,0
Fratura	1	0,9	1	14,3	2	1,8	1,0
Amputação	-	-	-	-	-	-	-
Trauma dentário	1	0,9	-	-	1	0,9	-
Trauma crânioencefálico	3	2,9	1	14,3	4	3,7	3,0
Politraumatismo	6	5,9	-	-	6	5,5	-
Intoxicação	1	0,9	-	-	1	0,9	-
Queimadura	-	-	-	-	-	-	-
Outros	9	8,8	-	-	9	8,2	-
Não se aplica	3	2,9	1	14,3	4	3,7	3,0
Parte do corpo atingida							
Cabeça/face	50	49,0	2	28,6	52	47,7	25,0
Pescoço	2	1,9	-	-	2	1,8	-
Boca/dentes	2	1,9	-	-	2	1,8	-
Coluna/medula	2	1,9	-	-	2	1,8	-
Tórax/dorso	6	5,9	1	14,3	7	6,4	6,0
Abdome	4	3,8	-	-	4	3,7	-
Quadril/pelve	1	0,9	-	-	1	0,9	-
Membros superiores	19	18,6	3	42,9	22	20,2	6,3
Membros inferiores	9	8,8	1	14,3	10	9,2	9,0
Órgãos genitais/ânus	2	1,9	-	-	2	1,8	-
Múltiplos órgãos/regiões	2	1,9	-	-	2	1,8	-
Não se aplica	3	2,9	-	-	3	2,7	-
Total	102	100,0	7	100,0	109	100,0	14,6

Tabela 4 - Distribuição dos casos de violência por sexo, segundo características da ocorrência. Municípios selecionados, Estado de São Paulo, Brasil, 2008-2009-2010.

Ocorrência: Manuseios selecionados, Estado de São Paulo, Brasil, 2005-2010.							
Características	Feminino (F)		Masculino (M)		Total		Razão F/M
	n	%	n	%	n	%	
Local de ocorrência							
Residência	69	67,6	5	71,5	74	67,9	13,8
Habitação coletiva	3	2,9	-	-	3	2,7	-
Escola	1	0,9	1	14,3	2	1,8	1,0
Local de prática esportiva	1	0,9	-	-	1	0,9	-
Bar ou similar	1	0,9	-	-	1	0,9	-
Via pública	25	24,5	1	14,3	26	23,8	25,0
Comércio/serviços	-	-	-	-	-	-	-
Indústria/construção	-	-	-	-	-	-	-
Outros	2	1,9	-	-	7	6,4	2,0
Número de envolvidos							
Ignorado/branco	3	2,9	-	-	3	2,7	-
Um	46	45,0	4	57,2	50	45,9	11,5
Dois ou mais	53	51,9	3	42,9	56	51,4	17,6
Classificação final							
Confirmado	91	89,2	7	100,0	98	89,9	13,00
Descartado	-	-	-	-	-	-	-
Provável	5	4,9	-	-	5	4,6	-
inconclusivo	6	5,9	-	-	6	5,5	-
Total	102	100,0	7	100,0	109	100,0	14,6

Tabela 5 - Distribuição dos casos de violência segundo dia da semana, mês e horário da ocorrência. Municípios selecionados, Estado de São Paulo, Brasil, 2008-2009-2010.

Características	Total	
	n	%
Dia da semana		
Segunda	9	8,2
Terça	12	11,0
Quarta	14	12,8
Quinta	7	6,4
Sexta	12	11,0
Sábado	16	14,7
Domingo	18	16,5
Feriados	5	4,6
Sem informação	16	14,7
Mês		
Janeiro	10	9,2
Fevereiro	14	12,8
Março	9	8,2
Abril	7	6,4
Maio	10	9,2
Junho	11	10,1
Julho	5	4,6
Agosto	4	3,7
Setembro	10	9,2
Outubro	7	6,4
Novembro	12	11,0
Dezembro	10	9,2
Horário		
00:01 as 06:00	7	6,4
06:01 as 12:00	9	8,2
12:01 as 18:00	14	12,8
18:01 as 24:00	63	57,8
Sem registro	16	14,7
Total	109	100,0

*“O oposto da violência não
é a não-violência... É a
cidadania!”*



Maria Cecília Souza Minayo



Anexos

“Seja a mudança que você quer ver no mundo.”

(Dalai Lama)



ANEXO A

Referências da Introdução Geral

1. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.
2. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990, 19 set.
3. Brasil. Ministério da Saúde. VII Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. 1996. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf (acessado em 12 de março de 2012).
4. Minayo MCS, Souza ER. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. História, Ciências, Saúde. 1998;4(3):513-531

ANEXO B

República Federativa do Brasil
Ministério da SaúdeSINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).

Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS	
	3 Data da notificação		Código (CID10)	
	Y09			
Dados de Residência	4 UF		5 Município de notificação	
	Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (CNES)	
	7 Data da ocorrência da violência			
Notificação Individual	8 Nome do paciente		9 Data de nascimento	
	10 (ou) Idade		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	
	12 Gestante		13 Raça/Cor	
	14 Escolaridade		15 Número do Cartão SUS	
Dados da Pessoa Atendida	17 UF		18 Município de Residência	
	Código (IBGE)		19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
Dados da Ocorrência	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência	
	27 CEP		28 (DDD) Telefone	
	29 Zona		30 Pais (se residente fora do Brasil)	
	31 Ocupação		32 Situação conjugal / Estado civil	
Dados da Ocorrência	33 Relações sexuais		34 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?	
	35 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?		36 UF	
	37 Município de ocorrência		38 Distrito	
	39 Bairro		40 Logradouro (rua, avenida,...)	
Dados da Ocorrência	41 Número		42 Complemento (apto., casa, ...)	
	43 Geo campo 3		44 Geo campo 4	
	45 Ponto de Referência		46 Zona	
	47 Hora da ocorrência		48 Local de ocorrência	
49 Ocorreu outras vezes?		50 A lesão foi autoprovocada?		
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
SVS		10/07/2008		

Tipologia da violência	51 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Física ☐ Tráfico de seres humanos ☐ Psicológica/Moral ☐ Financeira/Econômica ☐ Intervenção legal ☐ Tortura ☐ Negligência/Abandono ☐ Outros _____ ☐ Sexual ☐ Trabalho infantil _____				52 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Força corporal/espâncamento ☐ Obj. perfuro-cortante ☐ Arma de fogo ☐ Enforcamento ☐ Substância/Obj. quente ☐ Ameaça ☐ Obj. contundente ☐ Envenenamento ☐ Outro _____			
	53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Assédio sexual ☐ Atentado violento ao pudor ☐ Exploração sexual ☐ Estupro ☐ Pornografia infantil ☐ Outros _____				54 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Oral ☐ Anal ☐ Vaginal			
Violência Sexual	55 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Profilaxia DST ☐ Profilaxia Hepatite B ☐ Coleta de sêmen ☐ Contracepção de emergência ☐ Profilaxia HIV ☐ Coleta de sangue ☐ Coleta de secreção vaginal ☐ Aborto previsto em lei							
	56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Aborto ☐ DST ☐ Transtorno mental ☐ Estresse pós-traumático ☐ Gravidez ☐ Tentativa de suicídio ☐ Transtorno comportamental ☐ Outros _____							
Lesão	57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Contusão 04 - Fratura 07 - Traumatismo crânio-encefálico 10 - Queimadura 02 - Corte/perfuração/laceração 05 - Amputação 08 - Politraumatismo 11 - Outros _____ 03 - Entorse/luxação 06 - Traumatismo dentário 09 - Intoxicação 88 - Não se aplica 99 - Ignorado							
	58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Cabeça/face 04 - Coluna/medula 07 - Quadril/pelve 10 - Órgãos genitais/ânus 02 - Pescoço 05 - Tórax/dorso 08 - Membros superiores 11 - Múltiplos órgãos/regiões 03 - Boca/dentes 06 - Abdome 09 - Membros inferiores 88 - Não se aplica 99 - Ignorado							
Dados do provável autor da agressão	59 Número de envolvidos 1 - Um ☐ 2 - Dois ou mais ☐ 9 - Ignorado				60 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Pai ☐ Ex-Cônjuge ☐ Amigos/conhecidos ☐ Policial/agente da lei ☐ Mãe ☐ Namorado(a) ☐ Desconhecido(a) ☐ Padrasto ☐ Ex-Namorado(a) ☐ Cuidador(a) ☐ Própria pessoa ☐ Madrasta ☐ Filho(a) ☐ Patrão/chefe ☐ Outros _____ ☐ Cônjuge ☐ Irmão(ã) ☐ Pessoa com relação institucional			
	61 Sexo do provável autor da agressão 1 - Masculino ☐ 2 - Feminino ☐ 3 - Ambos os sexos ☐ 9 - Ignorado				62 Suspeita de uso de álcool 1- Sim ☐ 2 - Não ☐ 9- Ignorado			
Evolução e encaminhamento	63 Encaminhamento no setor saúde 1 - Encaminhamento ambulatorial 2 - Internação hospitalar 8 - Não se aplica 9 - Ignorado							
	64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Conselho Tutelar (Criança/Adolescente) ☐ Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM ☐ Centro de Referência da Mulher ☐ Vara da Infância / Juventude ☐ Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente ☐ Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS ☐ Casa Abrigo ☐ Outras delegacias ☐ Instituto Médico Legal (IML) ☐ Programa Sentinela ☐ Ministério Público ☐ Outros _____							
	65 Violência Relacionada ao Trabalho ☐ 1- Sim 2- Não 9- Ignorado				66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) ☐ 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			
	67 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX				68 Classificação final ☐ 1 - Confirmado 2 - Descartado 3 - Provável 8 - Inconclusivo			
69 Evolução do caso ☐ 1 - Alta 3 - Óbito por Violência 2 - Evasão / Fuga 4 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado				70 Se óbito por violência, data				
71 Data de encerramento								
Informações complementares e observações								
Nome do acompanhante				Vínculo/grau de parentesco				(DDD) Telefone
Observações Adicionais:								
TELEFONES ÚTEIS								
Disque-Saúde 0800 61 1997		Central de Atendimento à Mulher 180		Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100				
Notificador	Município/Unidade de Saúde				Cód. da Unid. de Saúde/CNES			
	Nome		Função		Assinatura			
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências				Sinan NET		SVS 10/07/2008		

ANEXO C

Normas para publicação da Revista Ciência & Saúde Coletiva

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- Objetivo e política editorial
- Seções da publicação
- Apresentação de manuscritos

Objetivo e política editorial

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade bimestral, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

A revista C&SC adota as "Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas", da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: responsabilidade do(s) editor(es). Este texto deve ter, no máximo, 3.500 caracteres.

Debate: encomendado pelos editores, trata-se de artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O artigo deve ter, no máximo, 40.000 caracteres; os textos dos debatedores e a réplica, máximo de 10.000 caracteres cada um.

Artigos Temáticos: revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta no número temático. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres; os de revisão, 50.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área ou das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres.

Resenhas: análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores devem encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução de alta definição da capa do livro resenhado.

Cartas: crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 7.000 caracteres).

Observação: O limite máximo de caracteres considera os espaços e inclui texto e bibliografia; o resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em

inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final do artigo.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (www.cienciaesaudecoletiva.com.br) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações.

3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.

6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização da Revista.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, etc.).

9. O resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, objetivos, metodologia, abordagem teórica e resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).
5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, de preferência, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar.
6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw. Estes formatos conservam a informação VETORIAL, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e NÃO conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, deve ser enviado o material original em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles a outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de !maturidade do PSF" ¹¹ ...

ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza ⁴, a cidade...

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a*

periódicos biomédicos (<http://www.icmje.org>).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (inclua até 6 autores, seguidos de *et al.* se exceder a esse número)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev C S Col* 2005; 10(2):275-86.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, *et al.* Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Rev C S Col* 2005; 10(2):483-91.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-4

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saúde Pública* 1993; 9(Supl 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/Ibama; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-2.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana - BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil* 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from:

<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe - PE - Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

ANEXO D

Normas para publicação da Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

- Introdução
- Modalidades de trabalhos
- Apresentação dos trabalhos
- Transferência de direitos autorais
- Formato de um trabalho para publicação

Introdução

A *Epidemiologia e Serviços de Saúde* é uma publicação trimestral de caráter técnico-científico destinada aos profissionais dos serviços de saúde e editada pela Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (CGDEP/SVS/MS). Sua principal missão é difundir o conhecimento epidemiológico visando ao aprimoramento dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), metodologias, e estudos aplicáveis às ações de vigilância, prevenção e controle. Nela, também são divulgadas portarias, regimentos e resoluções do Ministério da Saúde, bem como normas técnicas relativas aos programas de prevenção e assistência, controle de doenças e vetores.

A política editorial da publicação está pautada nos "Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos" do International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE (<http://www.icmje.org/>).

Modalidades de trabalhos

O Corpo Editorial da revista acolhe manuscritos nas seguintes modalidades:

- 1) Artigos originais nas diversas linhas temáticas, como por exemplo: análise de situação de saúde, estudos etiológicos, avaliação epidemiológica de serviços, programas e tecnologias, e avaliação da vigilância epidemiológica (limite: 20 laudas);
- 2) Artigos de revisão crítica – sobre tema relevante para a Saúde Coletiva – ou de atualização em tema controverso ou emergente (limite: 30 laudas);
- 3) Ensaio – interpretações formais e sistematizadas, bem desenvolvidas e concludentes sobre dados e conceitos referentes a assuntos de domínio público todavia pouco explorados (limite: 15 laudas) –;
- 4) Relatórios de reuniões ou oficinas de trabalho sobre temas de Saúde Pública, suas conclusões e recomendações (limite: 25 laudas);
- 5) Artigos de opinião – comentários sucintos sobre temas específicos –;
- 6) Notas prévias; e
- 7) Republicação de textos relevantes para os serviços de saúde, originalmente editados por outras fontes de divulgação técnico-científica.

Apresentação dos trabalhos

O trabalho apresentado deve ser acompanhado de uma carta dirigida à Editoria da revista e do Termo de Transferência de Direitos Autorais. Os autores são os responsáveis pela veracidade e ineditismo do trabalho. A carta de encaminhamento deve expressar:

- 1) que o manuscrito ou trabalho semelhante não foi publicado, parcial ou integralmente, tampouco submetido à publicação em outros periódicos;
- 2) os conflitos de interesse dos autores com a pesquisa relatada ou a sua inexistência; e 3) que todos os autores participaram na elaboração do seu conteúdo intelectual – desenho e execução do projeto, análise e

interpretação dos dados, redação ou revisão crítica e aprovação da versão final. A carta deve ser assinada por todos os autores, sem exceção.

Transferência de direitos autorais

- Os artigos publicados pela *Epidemiologia e Serviços de Saúde* são de sua propriedade. Sua reprodução – total ou parcial – por outros periódicos, tradução para outro idioma ou criação de vínculos eletrônicos com artigos da revista não é permitida, senão sob autorização expressa destes editores.
- Deve ser enviado, junto com a carta de encaminhamento, o “Termo de cessão de direitos autorais” assinado por cada um dos autores e cujo modelo encontra-se na página eletrônica da SVS: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1133.

Formato de um trabalho para publicação

O trabalho deve ser digitado em português, espaço duplo, fonte Times New Roman 12, no formato RTF (Rich Text Format), impresso em folha-padrão A4 com margens de 3cm e remetida a cópia impressa e gravação magnética (CD-Rom, disquete) exclusivamente por correios. Tabelas, quadros, organogramas e fluxogramas apenas são aceitos se elaborados pelo Microsoft Office (Word; Excel); e gráficos, mapas, fotografias, somente se elaborados nos formatos EPS, BMP ou TIFF, no modo CMYK, em uma única cor – preto, em suas várias tonalidades. Todas as páginas devem ser numeradas, inclusive as das tabelas e figuras. Não são aceitas notas de texto de pé de página. Tabelas e figuras devem vir em arquivos separados.

Cada manuscrito, obrigatoriamente, deve conter:

- Página de rosto - Página de rosto - compõe-se de: 1) título do artigo – em português e inglês; 2) título resumido para referência no cabeçalho das páginas; 3) nome completo dos autores e da instituição a que pertencem com o endereço completo, números de fax e de telefones para contato; 4) *E-mail* do autor principal para contato; 5) Créditos a órgãos financiadores da pesquisa, se pertinente.
- Resumo - parágrafo de 150 palavras, estruturado com as seguintes seções: 1) objetivo; 2) metodologia; 3) resultados; e 4) conclusão do estudo. Para pesquisas clínicas, é obrigatória a apresentação do número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo ICMJE (<http://www.icmje.org/>).

Imediatamente ao Resumo, devem ser listados três a cinco descritores, escolhidos a partir da lista de Descritores de Saúde do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde da Organização Pan-Americana de Saúde [Bireme/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS-OMS)], ou três a cinco palavras-chave escolhidas a partir de dados do resumo.

Summary- versão em inglês do Resumo, que também deve ser acompanhado dos descritores ou palavras-chave em inglês (*key words*).

Relatório completo – Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Agradecimentos e Referências, nesta ordem, seguidos das tabelas e figuras em ordem sequencial. Todos esses itens são obrigatórios para os artigos originais (detalhes na seção seguinte); as demais modalidades de artigos podem dispor desse ou de outro formato, à escolha do autor, sempre pautado na racionalidade, objetividade, clareza e inteligibilidade do relatório.

O relatório completo de um artigo original deve respeitar a seguinte sequência estrutural:

- Introdução

Apresentação do problema, justificativa e objetivo do estudo, nesta ordem.

- Metodologia

Descrição da metodologia, com os procedimentos analíticos adotados.

Pesquisas clínicas devem apresentar número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos

validados pela OMS e pelo ICMJE (<http://www.icmje.org/>).

- Considerações éticas - desde que pertinentes, devem ser destacadas como último parágrafo da Metodologia, fazendo menção às comissões de ética em pesquisa que aprovaram o projeto.
- Resultados

Exposição dos resultados alcançados, podendo considerar tabelas e figuras, desde que auto-explicativas (ver o item tabelas e figuras).

- Discussão

Comentários sobre os resultados, suas implicações e limitações. Discussão do estudo com outras publicações de relevância para o tema e no último parágrafo da seção, as conclusões.

Agradecimentos

Após a seção da discussão e no fim do relato do estudo; devem-se limitar ao mínimo indispensável.

Referências

Para a citação das referências, no texto, deve-se utilizar o sistema numérico. Os números serão grafados em sobrescrito (sem parênteses), imediatamente após a passagem do texto em que é feita a citação e separados entre si por vírgulas. Em caso de números sequenciais de referências, separá-los por um hífen, enumerando a primeira referência e a última do intervalo da citação (Ex.: 7,10-16). Após a Discussão ou Agradecimentos, as referências serão listadas segundo ordem de citação no texto.

Em cada referência, deve-se listar até os seis primeiros autores, seguidos da expressão et al para os demais. Os títulos de periódicos, livros e editoras devem constar por extenso. As citações são limitadas a 30, preferencialmente. Para artigos de revisão sistemática meta-análise, não há limite de citações.

O formato das referências deve seguir os "Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos" do ICMJE (<http://www.icmje.org/>) com adaptações definidas pelos editores, conforme os exemplos abaixo:

Anais de congresso

1. Silva EM, Santos E, Guerra NMM, Marqui R, Melo SCC e Leme TH. Escorpionismo em Bandeirantes, Paraná: ações integradas na análise da situação e controle do escorpião amarelo – *Tityus serrulatus*. In: Anais da 8ª Expoepi – Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle Doenças; 2008; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério Saúde, 2008. p.84.

Artigos de periódicos

2. Melione LPR, Mello Jorge MHP. Morbidade Hospitalar por Causas Externas no Município de São José dos Campos, Estado de São Paulo, Brasil. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2008; 17(3):205-216.

Autoria institucional

3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças Infecciosas e Parasitárias: guia de bolso. 7ª ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Livros

4. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. Epidemiologia Clínica. 4ª ed. Porto Alegre: Armed; 2006.

Livros, capítulos de

5. Medronho RA, Perez MA. Distribuição das Doenças no Espaço e no Tempo. In: Medronho RA et al. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu; 2004. p.57-71.

Material não publicado

6. Tian D, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in Arabidopsis. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. No prelo 2002.

Portarias e Leis

7. Portaria nº 1, de 17 de janeiro de 2005. Regulamenta a implantação do Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, integrando o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. Diário Oficial da União, Brasília, p.39, 16 fevereiro 2005. Seção 1.

8. Brasil. Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997. Decreta a obrigatoriedade do Programa de Controle de Infecção Hospitalar em todos os hospitais brasileiros. Diário Oficial da União, Brasília, p.165, 7 jan. 1997. Seção 1.

Referências eletrônicas

9. Ministério da Saúde. Informações de saúde [acessado durante o ano de 2002, para informações de 1995 a 2001] [Monografia na internet] Disponível em <http://www.datasus.gov.br>

10. Almeida MF, Novaes HMD, Alencar GP. Mortalidade neonatal no Município de São Paulo: influência do peso ao nascer e de fatores sócio-demográficos e assistenciais. Rev. Bras. Epidemiol. 2002; 5(1):93-107 [acessado em 11 nov. 2008]. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v5n1/11.pdf>

Teses

11. Waldman EA. Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública [Tese de Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1991.

Tabelas e figuras

As tabelas e as figuras (são considerados como “figuras”: quadros, gráficos, mapas, fotografias, desenhos, fluxogramas, organogramas) devem ser enviadas, em arquivos separados, por ordem de citação no texto.

O título deve ser conciso, evitando o uso de abreviaturas ou siglas; estas, quando indispensáveis, serão traduzidas em legendas ao pé da própria tabela ou figura.

Tabelas, quadros, organogramas e fluxogramas apenas serão aceitos se elaborados pelo Microsoft Office (Word; Excel); e gráficos, mapas, fotografias, somente se elaborados nos formatos EPS, BMP ou TIFF, no modo CMYK, em uma única cor – preto, em suas várias tonalidades.

Uso de siglas

Siglas ou acrônimos com até três letras devem ser escritos com maiúsculas (Ex: DOU; USP; OIT). Em sua primeira aparição no texto, acrônimos desconhecidos serão escritos por extenso, acompanhados da sigla entre parênteses. Siglas e abreviaturas compostas apenas por consoantes serão escritas em letras maiúsculas. Siglas com quatro letras ou mais serão escritas em maiúsculas se cada uma delas for pronunciada separadamente (Ex: BNDES; INSS; IBGE). Siglas com quatro letras ou mais e que formarem uma palavra (siglema), ou seja, que incluam vogais e consoantes, serão escritas apenas com a inicial maiúscula (Ex: Funasa; Datasus; Sinan). Siglas que incluam letras maiúsculas e minúsculas originalmente, serão escritas como foram criadas (Ex: CNPq; UnB). Para siglas estrangeiras, recomenda-se a correspondente tradução em português, se for largamente aceita; ou o uso da forma original, se não houver correspondência em português, ainda que o nome por extenso – em português – não corresponda à sigla. (Ex: Unesco = Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; MRPII = Manufacturing Resource Planning). Algumas siglas, popularizadas pelos meios de comunicação, assumiram um sentido próprio; é o caso de AIDS = síndrome da imunodeficiência adquirida, sobre a qual o Ministério da Saúde decidiu recomendar que seus documentos a reproduzam como se tratasse de nome de doença, “aids”, em letras minúsculas. (Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2004. 272p.).

Análise e aceitação dos trabalhos

Os trabalhos submetidos são analisados por revisores (revisão por pares) e publicados desde que aprovados pelo Comitê Editorial e Editoria Executiva.

Endereço para correspondência:
Coordenação-Geral de
Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços
Epidemiologia e Serviços de Saúde:
revista do Sistema Único de Saúde do Brasil
SCS, Quadra 4, Bloco A, Edifício Principal,
5º andar, Asa Sul
Brasília-DF
CEP: 70304-000

Telefones: (61) 3213-8387 / 3213-8393
Telefax: (61) 3213-8404

E-mail: revista.svs@saude.gov.br

Sê

*Se não puderes ser um pinheiro no topo de uma colina,
Sê um arbusto no vale, mas sê
O melhor arbusto à margem do regato.
Sê um ramo, se não puderes ser uma árvore.
Se não puderes ser um ramo, sê um pouco de relva
E dá alegria a algum caminho.*

*Se não puderes ser uma estrada,
Sê apenas uma senda,
Se não puderes ser o Sol, sê uma estrela.
Não é pelo tamanho que terás êxito ou fracasso...
Mas sê o melhor no que quer que sejas.*

(Pablo Neruda)

