



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MONA LISA CORDEIRO ASSELTA DA SILVA

**MORBIDADE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATENDIDAS EM
SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS: INDICADORES DA
PESQUISA “VIVA INQUERITO”, EM NÍVEL NACIONAL**

Feira de Santana
2021

MONA LISA CORDEIRO ASSELTA DA SILVA

**MORBIDADE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATENDIDAS EM
SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS: INDICADORES DA
PESQUISA “VIVA INQUERITO”, EM NÍVEL NACIONAL**

Tese apresentada para defesa ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito de obtenção do grau de doutorado em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Linha de Pesquisa: Saúde de Grupos Populacionais Específicos.

Feira de Santana
2021

MONA LISA CORDEIRO ASSELTA DA SILVA

**MORBIDADE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATENDIDAS EM
SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS: INDICADORES DA
PESQUISA “VIVA INQUERITO”, EM NÍVEL NACIONAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, como pré-requisito para obtenção do grau de Doutora em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Epidemiologia.

Feira de Santana, 17 de novembro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Professora Dra. Maria Conceição Oliveira Costa
Universidade Estadual de Feira de Santana

Professor Dr. Ricardo Henrique Alves da Silva
USP Ribeirão Preto

Professora Dra. Alana de Cássia Silva Azevedo
Unidade de Ensino Superior de Feira de Santana

Professora Dra. Jamilly de Oliveira Musse
Universidade Estadual de Feira de Santana

Professora Dra. Magali Teresópolis Reis Amaral
Universidade Estadual de Feira de Santana

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

Silva, Mona Lisa Cordeiro Asselta da
S581m Morbidade de crianças e adolescentes atendidas em serviços de
urgência e emergência do SUS: indicadores da pesquisa “Viva
Inquérito”, em nível nacional./ Mona Lisa Cordeiro Asselta da Silva.
Feira de Santana, 2021.
114f.: il.

Orientadora: Maria Conceição Oliveira Costa
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Feira de Santana.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2021.

1.Violência. 2.Acidentes. 3.Violência física – Jovens 4.Viva
Inquérito. I.Costa, Maria Conceição Oliveira, orient. II.Universidade
Estadual de Feira de Santana. III.Título.

CDU: 301.151.56

Dedico esse trabalho a minha mãe, filho e marido:
Mirian Cordeiro, André Henrique e João Henrique!
Parceiros, compreensivos, dedicados, incansáveis e minhas fontes de inspiração!

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, por ter sido meu amigo, fiel companheiro, pai e por sonhar e realizar os melhores acontecimentos em minha vida. Palavras seriam insuficientes para expressar o tamanho da minha gratidão e felicidade, meu senhor! Obrigada por tudo! A ti toda HONRA E GLÓRIA. Está sendo tudo melhor do que imaginei um dia.

Obrigada a meu esposo, confidente, amigo, amor, calma e suporte por ser o meu parceiro de vida, sonhos e projetos. André Henrique, desde que te conheci percebi que nunca mais estaria sozinha. Você é o amor da minha vida. Um presente lindo preparado por Deus. Obrigada por segurar as minhas mãos sempre e por todo suporte para que eu chegasse até aqui. EU TE AMO!

Meu filho João Henrique, sua mãe é e sempre será eternamente grata por você ser essa criança incrivelmente parceira, por dormir nas horas que mamãe mais precisava, por ser tranquilo, inteligente e por talvez inconscientemente vim pronto para agregar em nossas vidas. Você é o nosso parceirinho. Com você nossa vida teve sentindo, amor e graça. Você é o meu melhor a maior sonho de Deus. EU TE AMO! Jamais esquecerei de você indo as salas de aula ainda recém-nascido me acompanhar para eu te dar de mamar. Você é incrível! Obrigada!

Agradeço a minha ETERNA orientadora Profa Maria Conceição Oliveira Costa, por me acompanhar desde o início da graduação e por me ensinar coisas que vão muito além da ciência. Pró Conce, a senhora é meu maior exemplo no meio científico, obrigada por sempre está ao meu lado, me compreendendo, educando, ajudando, ensinando, amando, abraçando, convivendo, perdoando, apoiando e se dedicando. O que aprendi com a senhora eu levarei por toda a minha vida. Nos momentos que mais precisei a senhora foi mais que uma professora. Foi uma mãe, uma mão amiga, me deu carinho, me ajudou a compreender o meu papel aqui nesse mundo e sempre independente do que eu fazia, como uma mãe, a senhora permaneceu ao meu lado. Me dói muito saber que aqui encerra o meu processo de tê-la como orientadora, mas ao mesmo tempo meu coração se enche de amor e gratidão por ter tido a oportunidade de tê-la em minha vida e durante toda a minha carreira acadêmica. Meu muito obrigada! Parabéns por ser essa professora, mulher, mãe e orientadora exemplar. Espero de todo o meu coração ter dado e continuar dando muito orgulho a senhora. EU TE AMO!

A minha base familiar, responsável por tudo que sou e que tenho, minha mãe Mirian, sogra Railce, sogro Henrique, irmãs Mari e Bela, cunhados (as) Hugo, Amana, Jade, Raul e minha afilhada Duda, obrigada por toda torcida e suporte comigo, Deco e com nosso filho João Henrique. Jamais esquecerei as rotinas incansáveis e os plantões todas as vezes que precisávamos nos ausentar e deixar o nosso filho. Sem vocês seria impossível. Obrigada por tudo. Eu jamais esquecerei e tenham certeza que sou eternamente grata. Amo muito vocês. Em especial a minha mãe Mirian Cordeiro, obrigada por tudo sempre, obrigada por ter abdicado da sua vida para cuidar de mim e das minhas irmãs. Sem a senhora nenhum desses sonhos seria possível. Eu te amo infinitamente! Obrigada por tanto!

Aos meus colegas de turma, obrigada por fazerem dos meus dias mais especiais e inesquecíveis. Aprendi e aprendo muito com vocês. Tenho orgulho de fazer parte de uma turma com pessoas tão admiráveis e profissionais tão competentes.

A professora Magali Teresópolis obrigada por estar presente ao meu lado do início ao fim desse trabalho e de todos os meus anteriores. Aprendi e aprendo muito com a senhora. Jamais esquecerei os conselhos amigos que me destes no momento que mais precisei. Agradeço também a pró Jamilly e a pró Chris, vocês são e sempre serão grandes exemplos dentro da odontologia.

Agradeço também a toda equipe do Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência (NNEPA) por se fazerem presente em todos os momentos da minha formação acadêmica, vocês são únicos e especiais e a toda equipe de professores e funcionários do Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva da UEFS, aqui foi toda a minha formação acadêmica na qual eu me orgulho demais.

Agradeço a CAPES e a FAPESB pelo apoio.

RESUMO

Introdução: as causas externas de morbimortalidade são classificadas em acidentes e violências que, juntas, são responsáveis pela maioria dos internamentos de jovens.

Objetivo: descrever, por região brasileira, o perfil sociodemográfico de crianças e adolescentes vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços-sentinela de urgência e emergência do SUS, que fizeram parte da pesquisa Viva Inquérito.

Metodologia: estudo epidemiológico do tipo transversal com dados secundários de crianças e adolescentes vítimas de causas externas, oriundos do “Viva Inquérito” em 2014, estratégia do Ministério da Saúde/MS, em nível multicêntrico, envolvendo os respectivos serviços das capitais e municípios de regiões brasileira. *Para o Artigo 1* foi elaborado um modelo teórico conceitual, tendo como desfecho a violência associada às características sociodemográficas, perfis das ocorrências e lesões, que serviram de base para as análises, realizadas através de um modelo hierarquizado em três níveis. *Para o Artigo 2* foram descritos a violência física e acidentes entre adolescentes, de 10 a 19 anos, por região brasileira. Para as análises referentes aos Artigos 1 e 2 foi utilizado o programa SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows), versão 17. No *Artigo 3* foi realizada uma revisão integrativa da literatura, buscando publicações científicas indexadas nas bases de dados do LILACS e SciELO. **Resultados:** esta Tese de doutorado se estrutura a partir de três (3) artigos. O primeiro enfoca os fatores associados à violência física perpetrada em crianças, destacando-se residir na região Norte do país, o evento violento ocorrer em área de recreação, via pública ou residência e ter, como consequências físicas da agressão, as lesões contusas, em região de tórax, dorso e abdômen, quadril, cabeça e pescoço. O segundo artigo apresenta, por regiões brasileiras, características e prevalências dos casos de violência física e acidentes, envolvendo jovens, segundo dados de vítimas, agressores, tipologia das lesões e evolução (alta, internamento e óbito). As regiões Centro-oeste, Sudeste e Sul tiveram alta prevalência de vítimas de acidentes, sendo a maioria do sexo masculino, de raça /cor de pele parda e branca (região Sul), envolvidos em acidentes de trânsito, onde a maioria estavam como condutores de motocicletas, ou conduzia automóveis. Nas regiões Norte e Nordeste prevaleceu casos de violência, com vitimizados do sexo masculino, raça/cor de pele parda, o provável autor das agressões era do sexo masculino e não pertenciam a família

da vítima. Em todas as regiões do Brasil, as lesões dos acidentes acometeram regiões de membros superiores e inferiores, enquanto as lesões de violência em maior proporção em cabeça e pescoço. O terceiro artigo sistematiza, através de uma revisão integrativa da literatura, as publicações encontradas sobre o Viva Sinan e Viva Inquérito, classificando-as por título, autores, ano de publicação, público alvo e tipo de estudo. A maior parte dos estudos publicados foram com dados do Viva/Inquérito, os anos de 2017, 2016 e 2012, a maioria das publicações com enfoque em diferentes faixas etárias e a maioria com desenho de estudo do tipo transversal **Conclusão:** os acidentes e violências são responsáveis pelo aumento no internamento de crianças e adolescentes, em todas as regiões do Brasil, o que aponta possibilidades de impacto econômico e social, para diferentes setores, da saúde, economia e desenvolvimento, destacando-se o impacto para o Sistema Único de Saúde, cujos resultados referem-se aos serviços de urgência e emergência, além de hospitais, do setor público, nas esferas federal, estadual e municipal. Os indicadores gerais e específicos das lesões, levantados na pesquisa podem subsidiar políticas públicas em saúde de prevenção a esses agravos.

Palavras-chave: violência, acidentes, jovens, viva inquérito, violência física

ABSTRACT

Introduction: the external causes of morbidity and mortality are classified as accidents and violence, which together are responsible for the majority of hospitalizations of young people. **Objective:** to describe, by Brazilian region, the sociodemographic profile of children and adolescents victims of violence and accidents treated in SUS emergency and emergency sentinel services, which were part of the Viva Inquérito survey. **Methodology:** cross-sectional epidemiological study with secondary data on children and adolescents victims of external causes, from the “Viva Inquérito” in 2014, a strategy of the Ministry of Health/MS, at a multicenter level, involving the respective services of the capitals and municipalities of regions Brazilian. For Article 1, a conceptual theoretical model was developed, having as an outcome the violence associated with sociodemographic characteristics, profiles of occurrences and injuries, which served as the basis for the analyses, carried out through a hierarchical model in three levels. For Article 2, physical violence and accidents were described among adolescents, aged 10 to 19 years, by Brazilian region. For the analyzes referring to Articles 1 and 2, the SPSS program (Statistical Package for Social Science for Windows), version 17 was used. In Article 3, an integrative literature review was carried out, seeking scientific publications indexed in the LILACS and SciELO databases. . **Results:** this doctoral thesis is structured from three (3) articles. The first focuses on factors associated with physical violence perpetrated on children, especially residing in the North region of the country, the violent event occurring in a recreation area, public road or residence and having, as physical consequences of the aggression, blunt injuries, in chest, back and abdomen, hip, head and neck region. The second article presents, by Brazilian regions, characteristics and prevalence of cases of physical violence and accidents involving young people, according to data on victims, aggressors, types of injuries and evolution (discharge, hospitalization and death). The Midwest, Southeast and South regions had a high prevalence of accident victims, with the majority being male, of mixed race/skin color and white (South region), involved in traffic accidents, where most were drivers. motorcycles, or driving automobiles. In the North and Northeast regions, cases of violence prevailed, with male victims, of mixed race/skin color, the probable perpetrator of the aggressions was male and did not belong to the victim's family. In all regions of Brazil, injuries from accidents affected regions of the upper and lower limbs, while injuries from violence affected the head and neck. The third article systematizes, through an integrative literature review, the

publications found on Viva Sinan and Viva Inquérito, classifying them by title, authors, year of publication, public, something and type of study. Most of the published studies were with data from Viva/Inquérito, the years 2017, 2016 and 2012, most of the publications focused on different age groups and most with a cross-sectional study design

Conclusion: accidents and violence are responsible for the increase in the hospitalization of children and adolescents in all regions of Brazil, which points to possibilities of economic and social impact, for different sectors, from health, economy and development, highlighting the impact on the Unified Health System, whose results refer to urgency and emergency services, in addition to hospitals, in the public sector, at the federal, state and municipal levels. The general and specific indicators of injuries, raised in the research, can support public health policies for the prevention of these diseases.

Keywords: violence, accidents, young people, live inquiry, physical violence

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 Acompanhamento histórico comportamental da instauração modificações do VIVA/Sinan, Brasil

Figura 2 Informações sobre a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada

Figura 3 Registro histórico e metodológico do Viva Inquérito, 2006 – 2017

Figura 4 Informações sobre a Ficha Viva Inquérito

Figura 5 Mapa do Brasil por estado com o número de unidades de urgência e emergência selecionadas para Viva Inquérito, 2014

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

CID –10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças Problemas relacionados à Saúde

CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

CT – Conselho Tutelar

CGDANT - Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

CONANDA - Conselho Nacional dos Direitos das Crianças e Adolescentes

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

DANT – Doenças e Agravos Não Transmissíveis

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNCFC - Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária

SCIELO - Scientific Electronic Library Online

SGD - Sistema de Garantia de Direitos

SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

SIS - Sistema de Informação em Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

VIVA - Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

VDANT - Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	15
2.1 Geral	15
2.2 Específicos	15
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	16
3.1 Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes - VIVA.....	16
3.1.1 Sistema Viva Notificação/SINAN.....	17
3.1.2 Sistema Viva Inquérito	22
3.2 Crianças e adolescentes brasileiras: direitos e peculiaridades	26
3.3 Causas externas de morbidade e mortalidade e suas consequências na juventude	28
3.3.1 Violências.....	28
3.3.2 Acidentes	30
4 METODOLOGIA.....	31
4.1 Contextualização da base estrutural da Tese e Artigos Científicos	31
4.2 Metodologia do Viva Inquérito (para 2014)	34
4.3 Procedimentos referentes à coleta de dados da Tese.....	36
4.3.1 Solicitação do Banco de dados Viva Inquérito	36
4.3.2 Variáveis selecionadas para a Tese.....	36
4.4 Estratégias metodológicas utilizadas nos Artigos da Tese.....	38
5 RESULTADOS.....	40
5.1 Artigo 1: Fatores associados à violência física grave em crianças: uma amostragem nacional.....	40
5.2 Artigo 2: Características e prevalências dos casos de violência física e acidentes em adolescentes brasileiros: uma análise regional	59
5.3 Artigo 3: Sistema de vigilância de violências e acidentes/ componentes: viva/sinan e viva inquérito: revisão integrativa.....	74
6 ASPECTOS ÉTICOS.....	91
REFERÊNCIAS.....	92
ANEXOS.....	96

1 INTRODUÇÃO

Os acidentes e violências são classificados como causas externas de morbidade e mortalidade, sendo responsáveis pelo crescente número de eventos envolvendo jovens, gerando impactos negativos, nos aspectos sociais, econômicos, psicológicos e previdenciários, ocupando uma posição de destaque, em nível nacional e mundial (SOUTO et al., 2017).

Para a saúde pública, esses eventos representam um grande desafio, por sua multicausalidade, que perpassa consequências sociais, econômicas e culturais, afetando o indivíduo e a coletividade. Estudos apontam uma forte associação com as desigualdades sociais, as quais exigem prevenção e intervenção, múltiplos investimentos e melhorias nas políticas públicas, em nível global (SOUTO et al., 2017). Por se tratar de fenômenos extremamente complexos, o enfrentamento exige envolvimento multisetorial, integrando setores, como saúde, segurança pública, educação, desenvolvimento social, entre outros.

No setor saúde, estratégias tem sido incrementadas, tendo como exemplo, a iniciativa do Ministério da Saúde, com o “Viva Inquérito”, que tem como objetivo avaliar o Sistema VIVA - vigilância de acidentes e violências -, em nível regional e nacional, no que concerne aos atendimentos, nos serviços de urgência e emergência, além dos internamentos e evolução dos casos, em nível hospitalar, buscando dados que possam subsidiar o planejamento de novas ideias, vislumbrando o enfrentamento e resolutividade do problema. Inicialmente, o “Viva Inquérito” foi planejado com periodicidade anual, tendo início em 2006, sendo que, a partir de 2009, passou a acontecer a cada dois anos; e, a partir de 2011, os levantamentos passaram a ocorrer trimestralmente (BRASIL, 2018).

Para definição dos casos que participariam da coleta do “Viva Inquérito” foi utilizada a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID-10), capítulo XX – Causas externas de morbidade e mortalidade. Os hospitais municipais selecionados seguiram critérios técnicos de gestão e adesão ao projeto. Os participantes do Inquérito foram as vítimas de acidentes e violências que procuraram os serviços de referência – urgência, emergência e unidades hospitalares, os quais aceitaram fazer parte da pesquisa (BRASIL, 2019).

A violência é definida pelo “uso não accidental da força ou do poder contra o indivíduo, grupo ou comunidade podendo gerar danos psicológicos, distúrbios no

desenvolvimento ou privações” (BRASIL, 2006). Pode ser classificada, quanto ao local em que ocorreu a agressão: violência domiciliar ou extradomiciliar. A violência domiciliar frequentemente ocorre no lar da vítima, de familiares ou pessoas do convívio próximo, ao passo que a extradomiciliar acontece em diferentes locais, como as vias públicas, bares, casas de shows, dentre outros (CAIRES et al., 2021). A violência pode ser classificada de acordo com o parentesco do agressor com a vítima. Nesses casos, são reconhecidas como familiar quando o agressor é um membro da família da vítima, podendo ser direto ou colateral, com vínculo consanguíneo ou não (FREITAS et al., 2021).

Quanto a natureza, a violência pode acontecer nas formas físicas, psicológicas, negligências e sexual, com ou sem penetração. Nesse contexto, a violência física é a mais fácil de ser identificada, inclusive pelos profissionais de saúde, que recebem os vitimizados e devem contribuir ou executar a notificação e denúncia, previstas em lei. Considerando as consequências, sequelas e marcas corporais, a violência física é a mais frequentemente visualizada e, portanto, mais notificada, quando comparada aos demais tipos, em especial a violência psicológica, uma das mais difíceis a ser identificada, até mesmo pela vítima. Esses e outros aspectos repercutem na notificação, considerando o registro isolado dos eventos, mesmo sabendo-se que, a maioria dos eventos violentos costumam estar combinadas - agregadas, no formato de polivitimização, fenômeno em que a vítima sofre vários tipos de violência no mesmo momento ou em curto período de prazo entre um evento e outro, causando impactos importantes na saúde e reabilitação física e emocional dos vitimados (FINKELHOR et al., 2012; BRASIL, 2009).

Do ponto de vista da pirâmide social, crianças e adolescentes são populações muito vulneráveis à vitimização, seja pela violência ou acidentes, que podem gerar fortes consequências a curto, médio e longo prazo. A dependência e necessidades especiais, inerentes a esses grupos, torna-os população vulnerável e de alto risco aos eventos externos que impactam nos índices de morbidade e mortalidade por causas externas. (LOPES NETO, 2002).

Os acidentes são marcados por sua não intencionalidade. São eventos que ocorrem na maioria das vezes de forma inesperada, sem escolha de classe econômica, cor de pele, sexo, idade dentre outros fatores sociodemográficos, são representados pelas quedas, acidentes automobilísticos, atropelamentos, colisões entre pessoa/pessoa ou pessoa/objeto, entre outros. Apesar de ser uma marca importante o fato de não existir a intenção em se causar os acidentes é válido ressaltar que alguns comportamentos

inconsequentes e indesejados levam ao aumento do motivo para esse fenômeno acontecer (LOPÉZ et al., 2021).

O uso precoce e abusivo de álcool e drogas, bem como comportamentos impulsivos ou súbitos contribuem com a possibilidade da intencionalidade, em alguns acidentes. Ao fazer uso de álcool ou droga e pegar em um automóvel para dirigi-lo o condutor assume o risco de causar o acontecimento. Nesse contexto, os adolescentes obtêm papel de destaque, por conta de ser a adolescência uma fase marcada por grandes descobertas, mistura de coragem e inconsequências (ALMEIDA et al., 2021).

Apesar de muito investigada, em diferentes perspectivas, os índices de violências e acidentes que envolvem crianças e adolescentes são preocupantes, pela alta frequência e repercussões, o que aponta a necessidade de atenção dos diferentes segmentos sociais e profissionais, considerando a necessidade de investimentos globais e específicos que possam controlar e prevenir esses eventos. Nessa perspectiva, os estudos epidemiológicos são necessários e fundamentais para fornecer indicadores que subsidiem e norteiem planejamento e intervenção direcionados a evitar e prevenir esses agravos.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Descrever, por região brasileira, o perfil sociodemográfico de crianças e adolescentes vítimas de violência física e acidentes, atendidas em serviços-sentinela de urgência e emergência do SUS, que fizeram parte do Viva Inquérito, 2014.

2.1 Específicos

Analisar fatores associados à violência física perpetrada em crianças atendidas e registradas em serviços de urgência e emergência, segundo amostragem nacional do Viva Inquérito.

Apresentar, por regiões brasileiras, características e frequências dos casos de violência física e acidentes envolvendo adolescentes, segundo dados demográficos de vítimas, agressores, tipologia das lesões e evolução dos casos (alta, internamento e óbito).

3 REVISÃO DA LITERATURA

A magnitude da violência e dos acidentes e a alta frequência de vítimas jovens tem despertado o interesse de estudiosos com a temática, com diferenciadas formas de investigação e abordagens. Nesse sentido, a presente sessão foi dividida em tópicos, abordando o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA); Crianças e adolescentes brasileiras peculiaridades e direitos; causas externas de morbidade e mortalidade e suas consequências na juventude.

3.1 Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA

As causas externas de morbidade e de mortalidade reconhecidas como os acidentes e as violências, têm grande impacto social e econômico em diversos setores, sobretudo no setor saúde que recebe, diariamente, as vítimas e familiares, com múltiplas consequências decorrentes desses agravos. Pensando nessas sequelas e com intuito de ampliar a vigilância epidemiológica para tais agravos, o Ministério da Saúde (MS), através da Portaria de número 1.356 de 23 de junho de 2006, implementou o *Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)*, considerado uma das importantes iniciativas, para o enfrentamento das morbidades e mortalidade por causas externas, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2018).

Em outros países, o acompanhamento das violências e acidentes é realizado através de dados sobre mortalidade, sendo poucos aqueles que registram morbidades hospitalares e ambulatorial, por essas causas, como é o caso do Brasil. O acompanhamento da vigilância epidemiológica, no Brasil, é feito através dos dados de declaração de óbito, pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), e também pelo Sistema VIVA, ambos gerenciados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

O Sistema VIVA é classificado em dois seguimentos, com componentes distintos: A Vigilância de Violência Interpessoal e Autoprovocada, do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/Sinan) e o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva Inquérito), implementado em Unidades de Urgência e Emergência, temática tratada nessa pesquisa (Tese de Doutorado).

Os Sistemas Viva/Sinan e Viva Inquérito foram implementados para ampliar a vigilância e acompanhamento dos casos de violência e acidentes no país, visto que os

Sistemas SIM e SIH/SUS apresentavam limitações, por apenas descreverem os casos de violência cuja consequência tenha sido o óbito ou a internação. Visando a ampliação da Vigilância dos casos de acidentes e de violências, o Sistema de Saúde, através do Sistema Viva, recolhe informações, anteriormente não registradas nos Sistemas já existentes, trazendo detalhamento sobre perfil da vítima, dos supostos agressores, tipologia das agressões, entre outros importantes e estratégicos dados que podem subsidiar ações de prevenção e enfrentamento desses agravos, e o Viva Inquérito ainda carrega informações importantes a respeito dos acidentes como perfil dos envolvidos, tipologia dos acidentes e lesões. Essa estratégia e respectivas notificações são fundamentais para ampliar e aprofundar o conhecimento desses agravos, trazendo possibilidades de melhorar o planejamento de políticas públicas, em diferentes setores sociais, buscando sua melhoria e efetividade para prevenção e atendimento dos casos (BRASIL, 2009).

Para que os Sistemas Viva Sinan e Viva Inquérito sejam efetivos, com o objetivo proposto é fundamental que haja notificação adequada, realizada por profissionais treinados e investimentos em educação continuada, visando a diminuir a subnotificação e os sub-registros das informações. Nesse contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs em uma de suas diretrizes, a melhoria no setor de informações para diagnóstico, prevenção e vigilância epidemiológica (SILVA et al., 2016).

Os dados dos Sistemas VIVA são transformados em registros através do Sistema de Informação em Saúde (SIS) e disponibilizadas pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), através do site <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php> (FRANCO, 2015).

A seguir apresenta-se a descrição mais detalhada do Sistema VIVA, em suas duas classificações: “Viva Notificação” e “Viva Inquérito”.

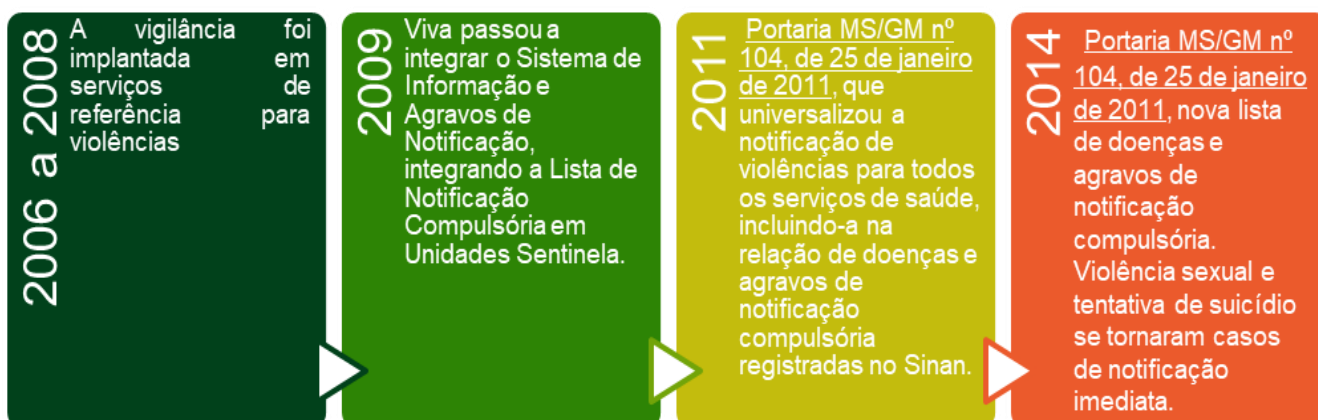
3.1.1 Sistema Viva Notificação/SINAN

O Sistema Viva notificação, normatizado como sistema Viva/Sinan tem como principais características a continuidade das notificações. As coletas dos dados ocorrem em serviços de saúde e tem como objetivo mapear casos suspeitos ou confirmados de violências domésticas, quando se trata da forma intrafamiliar. Com relação a violência extrafamiliar ou comunitária, a notificação no Sistema Viva só se faz obrigatório quando os casos envolverem vítimas crianças, adolescentes, mulheres, idosos, população LGBT, pessoas com deficiências e indígenas (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, entende-se violência como o uso da força ou poder, ameaçando a si próprio, outra pessoa, grupo ou sociedade, que causa ou tenha pretensões de causar distúrbios psicológicos, danos no desenvolvimento ou privações (OMS, 2002). A violência intrafamiliar ocorre entre familiares ou entre pessoas que têm grau de parentesco, podendo acontecer dentro ou fora dos lares (BRASIL, 2017). Enquanto a violência extrafamiliar/comunitária ocorre em indivíduos conhecidos ou não, que não apresentam grau de parentesco, comumente ocorre fora do domicílio, mas essa possibilidade não é excludente de tal tipificação (BRASIL, 2017).

Como observado na Figura 1 o Sistema Viva/Sinan foi implementado em 2006, em centros de referência para violências, serviços de referência para DST/AIDS, ambulatórios especializados, maternidades, entre outros serviços e vem sendo atualizado com o intuito de contemplar, abranger e se tornar eficiência para com sua proposta. A partir de 2011, tornou-se obrigatório em todos os serviços de saúde do território Brasileiro (BRASIL, 2014).

Figura 1 – Acompanhamento histórico comportamental da instauração e modificações do VIVA/Sinan, Brasil



Fonte: Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde, Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva).

O Sistema Viva/Sinan tem como instrumento de coleta a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada, que deve ser utilizada para casos suspeitos ou confirmados de violência interpessoal ou autoprovocada. A notificação através desse instrumento pode ocorrer todos os dias e em período integral. O responsável do setor saúde deverá preencher a ficha em duas vias, uma permanece no prontuário do paciente (a fim de um controle interno relacionado ao estado de saúde e ao preenchimento

adequado da anamnese do referido paciente), enquanto a outra via deve ser encaminhada ao setor municipal responsável pela Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) (BRASIL, 2014).

É interessante ressaltar que, em casos onde as vítimas são crianças e adolescentes (grupo foco da presente tese), deverá ocorrer a denúncia imediata aos Conselhos Tutelares ou órgãos competentes, conforme exigência do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

A Ficha de notificação do Sistema Viva / Sinan é composta por 67 questões, divididas em 9 blocos como observado na Figura 2.

Figura 2 – Informações sobre a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovoçada

BOLOCO I - DADOS GERAIS •1. Tipo de Notificação •2. Agravado/doença •3. Data da notificação •4. UF •5. Município da Notificação •6. Unidade de Saúde •7. Data da ocorrência da violência
BLOCO II - NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL •8. Nome do paciente •9. Data de nascimento •10. Idade •11. Sexo •12. Gestante •13. Raça/Cor •14. Escolaridade •15. Número do cartão/SUS •16. Nome da mãe
BLOCO III - DADOS DA RESIDÊNCIA •17. UF •18. Município de Residência •19. Distrito •20. Bairro •21. Logradura •22. Número •23. Complemento (24. Geo 1 e 25. Geo 2) •26. Ponto de referência •27. CEP •28. Telefone •29. Zona

Fonte: Ficha Viva/Sinan – Ministério da Saúde

Figura 2 – Informações sobre a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada

BOLOCO IV - DADOS DA PESSOA ATENDIDA •31. Nome Social •32. Ocupação •33. Situação conjugal/Estado civil •34. Orientação Sexual •35. Identidade de gênero •36. Possui alguma deficiência/transtorno? •37. Se sim, qual o tipo da deficiência/transtorno?
BLOCO V - DADOS DA OCORRÊNCIA •38. UF •39. Município da ocorrência •40. Distrito •41. Bairro •42. Logradura •43. Número •44. Complemento (45. Geo 3 e 46. Geo 4) •47. Ponto de referência •48. Zona •49. Hora da Ocorrência •50. Local da Ocorrência •51. Ocorreu outras vezes? •52. A lesão foi autoprovocada?
BLOCO VI - VIOLÊNCIA •53. Essa violência foi motivada por? •54. Tipo de violência •55. Meio da agressão
BLOCO VII - VIOLÊNCIA SEXUAL •56. Se ocorreu violência sexual, qual tipo? •57. Procedimento indicado.
BOLOCO VIII - DADOS DO (A) PROVÁVEL AUTOR (A) DA AGRESSÃO •58. Número de envolvido. •59. Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida •60. Sexo do provável autor da agressão •61. Suspeita de uso de álcool •62. Ciclo de vida do provável autor da agressão
BLOCO IX - EVOLUÇÃO E ENCAMINHAMENTO •63. Encaminhamento •64. Violência Relacionada ao Trabalho •65. Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do trabalho (CAT) •66. Circunstância da lesão •67. Data do encerramento

Fonte: Ficha Viva/Sinan – Ministério da Saúde

O objetivo em se criar um formulário como este é orientar e facilitar os profissionais de saúde responsáveis pelo registro dos dados, uniformizar a forma de

notificação, possibilitando assim que esses dados possam ser digitalizados e transformados em indicadores, tão importantes para o enfrentamento desse agravo. Os dados podem ser disseminados de diferentes formas. As publicações científicas constituem uma das importantes vias de divulgação dos dados.

3.1.2 Sistema Viva Inquérito

O Viva Inquérito foi idealizado com o intuito de apurar ocorrências relacionadas as morbidades e mortalidades por causas externas, em ambientes de atendimento das Unidades de Emergência e Urgência - fazendo parte de uma série de pesquisas realizada pelo Ministério da Saúde (MS), visando analisar tendências e descrever os perfis das violências e acidentes (RIBEIRO et al., 2016). Esta iniciativa teve início em 2006, com a intenção de checagem anual, ocorrendo no ano subsequente (2007); posteriormente, o inquérito passou a ser bianual, contemplando os anos de 2009 e 2011; e nos dias atuais acontece de forma trimestral (2014 e 2017). A Figura 3 mostra um apanhado dos inquéritos por ano.

O Viva Inquérito tem como objetivo caracterizar casos suspeitos ou confirmados de violências e acidentes que ocorreram em municípios e capitais brasileiras, cujas vítimas foram atendidas em serviços de Urgência e Emergência, sendo implementada em turnos sorteados e durante trinta dias consecutivos, cujas coletas de informações foram realizadas por acadêmicos e profissionais de saúde, devidamente treinados (BRASIL, 2018).

A categorização de acidentes e violências obedeceu à Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID –10). Foram incluídos em eventos acidentais os acidentes de transporte, queda, queimaduras, cortes, quedas de objeto sobre a pessoa, envenenamento acidental, sufocação, afogamento, dentre outros. As violências foram classificadas em lesões autoprovocadas, agressões, maus-tratos e intervenções legais (BRASIL, 2019).

O Sistema Viva Inquérito considera acidente os eventos não intencionais e evitáveis, que causem danos físicos ou emocionais, independente do âmbito em que ocorra; enquanto a violência é classificada de acordo com o que diz a OMS “uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em

lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (BRASIL, 2018; OMS, 2002).

O VIVA Inquérito trata de um estudo transversal realizado em serviços de Urgência e Emergência, do Sistema Único de Saúde (SUS), considerados como referência e validados pelas Equipes de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT) (FREITAS et al., 2015). O instrumento de coleta utilizado é muito parecido com o Formulário Viva/ Sinan, diferindo entre outros aspectos na inclusão dos acidentes (Figura 4).

Figura 4 - Informações sobre a Ficha Viva Inquérito

BOLOCO I - DADOS GERAIS •1. Número da ficha •2. Número do turno sorteado •3. UF •4. Município da Notificação •5. Unidade de Saúde •6. Concorda em participar da pesquisa? •7. Data do atendimento •8. Dia da semana do atendimento •9. Hora do atendimento
BLOCO II - DADOS DA PESSOA ATENDIDA •10. Qual seu nome completo •11. Qual sua data de nascimento •12. Idade •13. Sexo •14. Qual a sua raça ou cor de pele? •15. Escolaridade •16. Atividade remunerada •17. Se sim, qual? •18. Possui plano de saúde ou convênio médico? •19. Possui algum tipo de deficiência permanente •20. Se sim, qual? •21. Qual meio de locomoção utilizou para chegar até aqui? •22. Procurou atendimento em outro serviço, por essa ocorrência, antes de vir para esse local?
BLOCO III - DADOS DA RESIDÊNCIA •23. UF •24. Município de Residência •25. Bairro •26. Telefone •27. Zona •28. País •29. Comunidade tradicional

Figura 4 - Informações sobre a Ficha Viva Inquérito

BLOCO V - DADOS DA OCORRÊNCIA
•30. Data da ocorrência
•31. Dia da semana da ocorrência
•32. Hora da ocorrência
•33. Local da ocorrência
•34. UF
•35. Município da ocorrência
•36. Bairro da ocorrência
•37. Zona
•38. Tipo da ocorrência
• Acidente de transporte
•39. Tipo da vítima
•40. Meio de locomoção da vítima
•41. No momento do acidente você usava algum desses equipamentos?
•42. Outra parte envolvida
• Queda
•43. Tipo de queda
• Queimadura
•44. Tipo de queimadura
•45. Outros acidentes
• Lesão autoprovocada
•46. Meio utilizado
•47. Foi tentativa de suicídio?
• Agressão/maus-tratos/ Intervenção por agente legal público
•48. Natureza da agressão
•49. Meio da agressão
•50. Provável autor da agressão
•51. Sexo do provável autor da agressão
•Acidente de consumo
•52. Produto/serviço envolvido no acidente
•53. Tipo de produto/serviço
•54. A ocorrência se deu durante o trabalho ou no trajeto para o trabalho?
•55. Você considera essa ocorrência como?
•56. Você ingeriu bebida alcoólica nas 6 horas anteriores a ocorrência?

BLOCO VI - LESÃO/EVOLUÇÃO
•57. Natureza da lesão
•58. Parte do corpo atingida
•59. Evolução na emergência
•60. Nome e código do entrevistador
•61. Data do preenchimento
•62. Circunstância da lesão

Fonte: Ficha Viva Inquérito 2014 – Ministério da Saúde

Figura 3 – Apanhado histórico e metodológico do Viva Inquérito, 2006 - 2017

ANUAL	BIANUAL	TRIANUAL
2006 65 serviços selecionados 34 municípios/capitais + Distrito Federal	2009 136 serviços selecionados 38 municípios/capitais + Distrito Federal	2014 114 serviços selecionados 35 municípios/capitais + Distrito Federal
2007 82 serviços selecionados 35 municípios/capitais + Distrito Federal	2011 105 serviços selecionados 35 municípios/capitais + Distrito Federal	2017 121 serviços selecionados 36 municípios/capitais + Distrito Federal

3.2 Crianças e adolescentes brasileiras: direitos e peculiaridades

A literatura tem demonstrado um quantitativo numeroso de artigos publicados sobre crianças e adolescentes, no Brasil, principalmente para enfatizar sobre a gravidade da violação dos direitos fundamentais que, grande parte da população sofre diariamente (BRASIL, 2004).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criado em 13 de julho de 1990, é reconhecido, mundialmente como legislação destinada a proteger a juventude e traz em seu Art 2 a seguinte classificação “considera-se criança, para os efeitos desta lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade. Parágrafo único. Nos casos expressos em lei, aplica-se excepcionalmente este Estatuto às pessoas entre dezoito e vinte e um anos de idade” (BRASIL, 1990; BRASIL, 2019).

Artigos como o 4º coloca que “é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária” e o 18º traz que “É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor” do ECA, demonstrando claramente a assecuridade desses direitos para com esse público (BRASIL, 1990; BRASIL, 2019).

No entanto, apesar dos 31 anos de implantação e divulgação do ECA o que pode-se observar é a falta de comprometimento das diferentes instancias, em nível, local, regional e nacional. Os indicadores sociais que refletem a realidade da juventude brasileira mostram que crianças e adolescentes são as parcelas mais expostas às conseqüências desastrosas da exclusão social (BRASIL, 2004). “A legislação brasileira vigente reconhece e preconiza a família, enquanto estrutura vital, lugar essencial à humanização e à socialização da criança e do adolescente, espaço ideal e privilegiado para o desenvolvimento integral dos indivíduos” (BRASIL, 2006, p.15).

Nesse contexto e visando reafirmar a priorização dos direitos das crianças e adolescentes, em 2006, é lançado o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (PNCFC), em conjunto com o Conselho Nacional dos Direitos das Crianças e Adolescentes (CONANDA) e ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) (BARBIANI.

2016). O PNCFC constitui um marco histórico nas políticas públicas do Brasil, ao interromper a “institucionalização” de crianças e adolescentes e fortalecer a proteção integral e preservação dos vínculos familiares e comunitários, preconizados pelo ECA, no “Art. 19, onde “ Toda criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio da sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes” (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006).

Ainda na tentativa de garantir os direitos conquistados pelas crianças e adolescentes, através do ECA, foi criado um Sistema de Garantia de Direitos (SGD), que se baseia na tríade promoção (políticas públicas governamentais ou não), defesa (atuando na defesa e garantia dos direitos e na responsabilização de que não os cumpri) e controle (se a lei não for cumprida pode e deve ser denunciado) (CHILDHOOD BRASIL, 2021).

Em se tratando das peculiaridades envolvendo esse grupo-etário, é sempre interessante pensar na relação ou interação com a sociedade e não de forma isolada. Estudos apontam que essa relação contribui, de forma significativa, para que indivíduo e sociedade estejam entrelaçados, tornando esse entendimento subjetivo, personalizado e específico (SALLES, 2005).

Conceituar e explicar esses grupos populacionais de forma que não seja por divisão de idade se torna uma tarefa praticamente impossível de ser realizada. O que se recomenda é que sejam compreendidos, em acordo com o contexto sociocultural, que pode variar, de acordo com a realidade que cada indivíduo (criança ou adolescente) esteja inserido e integrado no meio social.

Vale fazer um breve apanhado histórico e entender que essa divisão entre crianças e adolescentes, segundo Salles (2005, p.3), “é uma invenção da sociedade industrial, vinculada às leis trabalhistas e ao sistema educacional, que os tornam dependente dos pais”. Essa divisão se fez fundamental para que se houvesse a separação entre crianças e adolescentes e os adultos. A partir daí foi mais fácil esclarecer que as crianças e os adolescentes deveriam frequentar as escolas enquanto que os adultos os trabalhos. Esse processo “conscientizador” ocorreu primeiro nas classes sociais mais favorecidas e com pouco tempo atingiu toda a sociedade (SALLES, 2005).

3.3 Causas externas de morbidade e mortalidade e suas consequências na juventude

As causas externas tem atuado como importantes determinantes de morbimortalidade infanto-juvenil, em nível mundial. Esses eventos são subdivididos em duas categorias, conhecidas como acidentes (trânsito, envenenamento, afogamento, quedas, queimaduras e outros) e agressões, homicídios, suicídios ou tentativas (abusos físicos, sexuais, psicológicos, negligências e outras) (BRASIL, 2001).

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade de Acidentes e Violências descreve os acidentes e as violências como consequência ou falta de ações direcionadas à prevenção e controle de eventos violentos e acidentais. A violência é conceituada pela ação ou omissão realizada por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e espirituais a si próprio ou aos outros” (BRASIL, 2001). Já os acidentes são culturalmente entendidos como situações inevitáveis (MARTINS, 2006).

As principais morbidades e mortalidade por causas externas envolvendo crianças e adolescentes são as quedas, envenenamento, queimaduras, acidentes de trânsito e as violências física (SILVA et al., 2010).

3.3.1 Violências

A violência é conceituada pela OMS como o uso da força física, intencional ou não acidental, contra uma pessoa, grupo ou comunidade, que cause ou tenha a intenção de causar, danos psicológicos, distúrbios de desenvolvimento ou privações (BRASIL, 2006). No Brasil, a notificação e denúncia da violência em crianças e adolescentes, independente de sua forma, é obrigatória, desde 1990, com a implantação do ECA, que traz no seu Artigo 13 - que suspeitas ou confirmações da violência e devem ser reportadas ao Conselho Tutelar (CT) (BRASIL, 2002).

Esses eventos violentos podem ocorrer em espaços de confiança, afeto e poder, considerada como violência do tipo doméstica, envolvendo, na maioria das vezes, pessoas que convivem no mesmo ambiente das crianças e adolescentes, podendo ou não ser da família, o que vai contribuir para a definição da violência intra-familiar, caso envolva pessoas laços sanguíneos e/ou afetivos, colocando essa população como vítimas potencial da violência (CARLOS et al., 2020).

Apesar de funcionar como uma referência para acolhimento das vítimas e familiares, o CT não é o único órgão com competência para receber as denúncias, a

notificação e denúncia também pode ser realizada junto a outras instituições, que atuem de forma articulada, como as Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e o Ministério Público (MACEDO et al., 2019).

A cerca das modalidades de violências, destacam-se: violência física, sexual, psicológica e negligência, cada uma com suas peculiaridades, podendo ocorrer de forma isolada ou agregada – coocorrências e polivitimização (ANTOGNOLLI, 2021).

A violência física é caracterizada pelo uso da força física praticada por pais, responsáveis legais, familiares ou pessoas do convívio próximo, com o objetivo de lesar, ferir ou destruir, deixando ou não marcas evidentes sobre o corpo (OMS, 2002). Configura-se esse tipo de violência, quando alguém causa ou tenta causar lesões internas, externas ou ambas, utilizando a força física ou algum tipo de arma ou instrumento (DAY et al., 2003).

Ressalta-se alguns indicadores ligados à violência física, como as queimaduras, traumas na região de cabeça e pescoço, luxações, lacerações, fraturas, dentre outros. Esse tipo de violência não tem predileção por sexo. Este tipo de violência é mais prevalente, quando o indivíduo está exposto a fatores externos, interpessoais e ambientais. Em geral, pelas peculiaridades inerentes à infância, as crianças são mais vitimizadas em ambiente doméstico, enquanto adolescentes, no ambiente extradomiciliar, considerando a maior expansão dos ambientes sociais de convivência extra familiar (SILVA et al., 2017; SILVA et al., 2016; AMORIM et al., 2016; PIMENTA et al., 2013).

O ato ou jogo sexual praticado pelo agressor, em posição de poder, que vislumbre estimular a vítima sexualmente ou garantir a sua própria satisfação é nomeado como violência sexual. Existe algumas formas de identificar esse tipo de violência, através das manifestações físicas que ficam registradas, em algumas vítimas, como as petéquias no palato, por consequência de felação, assim como gravidez precoce, comportamento sexualizado para idade, infecções orofaciais, doenças sexualmente transmissíveis em crianças, dentre outros (VIEIRA et al., 2008). A violência sexual apesar de vitimizar o sexo feminino, em maior frequência, ela também ocorre no sexo masculino, principalmente na infância (COSTA et al., 2011).

A negligência está relacionada com o deixar de fazer/ omissão de pais ou responsáveis legais, para com as necessidades básicas, importantes para o desenvolvimento físico, emocional e social. Pode ser representada nas formas de negligência educacional, física e emocional. A primeira está relacionada com o deixar de matricular o dependente na escola, quando o mesmo tem idade escolar, permissão para

faltar às aulas após pais ou responsáveis terem sido informados para intervir, dentre outros. A segunda relaciona-se a ausência de cuidados médicos, abandono e expulsão da criança de casa por rejeição, ausência de alimentação, cuidados de higiene, roupas, proteção às alterações climáticas, imprudência ou desobediência às regras de trânsito e falta de medidas preventivas para evitar intoxicação e supervisão inadequada. E a terceira e última é caracterizada pela falta de suporte emocional, afetivo e de atenção, exposição crônica a violência doméstica, permissão para o uso de drogas e álcool e permissão ou encorajamento de atos delinquentes (PIRES et al., 2005; VIEIRA et al., 2008).

A depreciação de crianças e adolescentes por adultos, nas formas de humilhação, ridicularização e ameaças, rejeição, isolamento, aterrorização, corrupção, causando um complexo de inferioridade emocional e mental, é entendido como violência psicológica. Esta na maioria das vezes esta imbutida também nos outros tipos de violência citados a cima, é considerada uma das mais difíceis de identificar e por conta disso o número de subnotificação ocorre em maior frequência (BRASIL, 2002).

3.3.2 Acidentes

Os acidentes são conceituados como a consequência de uma ação não intencional ou evitável que podem gerar lesões físicas ou agravos psicologicos, com importante impacto para a vida do vitimizado. Os acidentes podem ocorrer em diferentes contextos e são caracterizados pelas quedas, acidentes automobilísticos, queimaduras, afogamentos, dentre outros. A maior parte dos acidentes de transporte envolvem motocicletas, automoveis, caminhões, pedestres e bicicletas, com atropelamentos e colisões (LUZ et al., 2011) .

Os acidentes são responsáveis por um aumento no número de internações hospitalares, principalmente, quando refere-se ao grupo etário juvenil, por apresentarem, na maioria das vezes, características como, curiosidade, imaturidade e impulso de suas ações, cujos comportamentos podem gerar impactos e sequelas que podem cursar com sérios e definitivos problemas de saúde (MARTINS; ANDRADE, 2005).

Atitudes imprudentes e exposição a fatores, como exemplo a ingestão de bebidas alcoolicas e direção de veículo, brigas entre grupos, uso de outras drogas , podem determinar aumento dos casos de morbidade e mortalidade por acidentes, na população juvenil (MATOS; MARTINS, 2012).

Na maioria das vezes, os acidentes cursam com tempo de internação curto, no entanto mais oneroso, quando comparada a internações por causas naturais, impactando significativamente os cofres públicos, quando se refere aos investimentos no setor saúde o que reflete diretamente na organização do sistema de saúde, com gastos elevados direcionados à assistência médica, gerando a necessidade de políticas públicas efetivas e eficientes, para promoção e prevenção dos acidentes (TOMIMATSU et al., 2009).

Lima e colaboradores (2012) observaram que as quedas, seguidas de acidentes envolvendo motocicletas e veículos são os tipos de acidentes mais frequentes, na população jovem. A queda é considerada como o tipo de acidente mais frequente, determinada quando um indivíduo muda de forma inesperada e não intencional de posição, para uma posição inferior, que habitualmente gera lesões.

Os acidentes motociclisticos possuem características peculiares, sendo causado por diferentes fatores relacionados a exposição, devido ao tipo de veículo, aumento na quantidade de veículos circulando nas vias, segurança da via e veicular comprometidas. As motocicletas são consideradas um dos veículos de menor segurança motorizados, devido ao tamanho e a falta de proteção, tornando seus ocupantes mais vulneráveis (MASCARENHAS et al., 2016).

Ao analisar 7.164 adolescentes vítimas de morbidade e mortalidade por causas externas, internados em hospitais, participantes do Viva Inquérito de 2011, Malta e colaboradores (2012) observaram que cerca de 90% desses adolescentes estudados foram vítimas de acidentes, via pública e domicílios foram os locais de ocorrência mais prevalentes e as quedas foram eventos que ocorreram em maior proporção.

Os achados de pesquisas apontam que medidas de cuidados devem ser adotadas pelos pais e responsáveis, a fim de prevenir esses acontecimentos evitado de modo a minimizar as sequelas físicas e emocionais causadas pelo fenômeno (MALTE et al., 2016).

4 METODOLOGIA

4.1 Contextualização da base estrutural da Tese e Artigos Científicos

A estrutura metodológica da Tese fundamenta-se na estratégia do Viva Inquérito, pesquisa implementada pelo Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de conhecer características e perfis dos casos de Violências e Acidentes, atendidos nas Unidades de Urgências e Emergências do Sistema de Saúde, nas diferentes regiões (capitais e

municípios), em 2014. Essa investigação (Viva inquérito) trata de estudo do tipo transversal, operacionalizado em nível nacional (MS), utilizando procedimentos de seleção por amostragem e coleta de dados realizada por pesquisadores treinados, pela equipe do MS, através de entrevistas com os sujeitos vitimizados (casos selecionados), conforme descrito no item “Metodologia do Viva inquérito do ano de 2014”, a seguir.

Para elaboração dos artigos integrantes da Tese foram utilizados diferentes focos, quanto aos objetivos, procedimentos de análise e população de estudo (faixas etárias). No artigo 1, o cerne da pesquisa foi a Violência física perpetrada em crianças (0 – 11 anos); no artigo 2, foram abordados Violências e Acidentes, na adolescência e juventude, na faixa de 10-19 anos; e o artigo 3 trata de uma revisão integrativa sobre o perfil das publicações com os dados do Viva/Inquérito e Viva/Sinan. Os artigos encontram-se no item Resultados da Tese.

4. 2 Metodologia do Viva Inquérito (para 2014)

Pesquisa operacionalizada pelo MS, em Serviços de Urgência e Emergência do Sistema de Saúde, de capitais e regiões do Brasil, à exceção de Florianópolis e Cuiabá. Estudo epidemiológico do tipo transversal, com vítimas de acidentes e violências (causas externas) que procuraram atendimento nesses serviços, nos dias e turnos sorteados para a coleta. A coleta de dados foi realizada em 30 dias consecutivos, entre setembro e novembro de 2014, em turno de 12 horas, escolhidos através de sorteio (BRASIL, 2017).

Os atendimentos realizados foram divididos em dois grupos: violências e acidentes. A definição utilizada para a violência foi “o uso da força contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (OMS, 2002). Os acidentes foram definidos como: “evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e emocionais, no âmbito doméstico ou social como trabalho, escola, esporte e lazer” (SILVA et al., 2016).

Os eventos de causas violentas foram classificados em: *lesões autoprovocadas voluntariamente/tentativa de suicídio; agressões, maus-tratos e intervenção legal*. Os acidentais foram qualificados em: *acidentes de transporte, quedas, queimaduras e demais eventos acidentais, como cortes com objetos perfuro cortantes, queda de objetos sobre pessoa, envenenamento acidental, sufocação, afogamento entre outros*. Foram

consideradas as definições da décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID –10) (SILVA et al., 2016).

Os serviços foram escolhidos pela equipe técnica de cada Secretaria de Saúde (Municipal e Estadual), além de consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e aos registros do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), utilizando como critérios de escolha a importância local adotada pelos serviços de Urgência e Emergência: *número de atendimentos realizados, complexidade e resolutividade do serviço, sendo esses serviços considerados como principal porta de entrada de violências e acidentes, denominado de Serviço Sentinela* (BRASIL, 2017).

O “Viva Inquérito” incluiu os atendimentos realizados em 114 serviços de Urgência e Emergência, situados em 24 capitais, no Distrito Federal e em 11 municípios. As capitais Florianópolis/SC e Cuiabá/MT não conseguiram executar o inquérito, considerando questões regional e local, relacionadas aos aspectos técnico-operacionais e gestão dos Serviços (BRASIL, 2017) (Figura 5).

Para definição do tamanho da amostra, considerou-se o critério de precisão, para as estimativas de prevalências fixadas em estudos transversais: coeficiente de variação $\leq 30\%$ e erro padrão < 3 . Dessa forma, o tamanho da amostra calculada foi de, no mínimo,

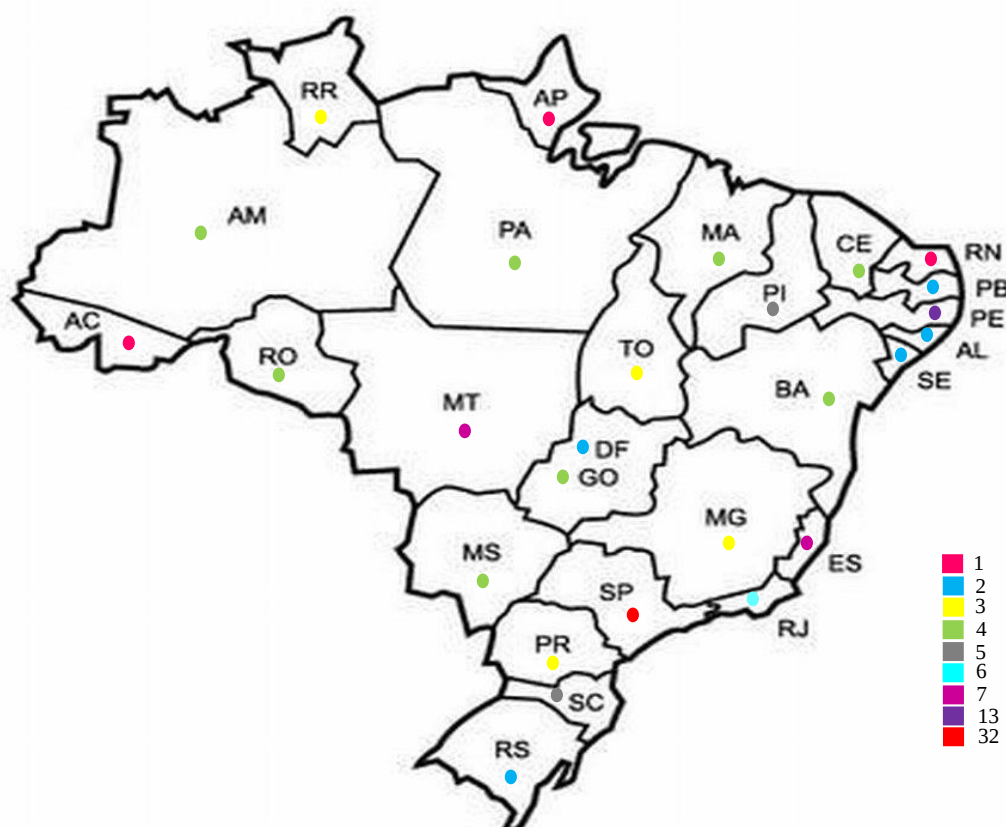


Figura 5 – Mapa do Brasil por estado, com o número de unidades de urgência e emergência selecionadas para o “Viva Inquérito”, 2014

1.500 e 2.000 atendimentos por causas externas, nos Municípios e Estados, respectivamente. *Os casos em que a vítima apresentou mais de uma entrada para o mesmo tipo de ocorrência, foi excluído do estudo* (BRASIL, 2017).

O “Viva Inquérito” contou com uma amostra probabilística de turnos de 12 horas, em estabelecimentos previamente selecionados. Para os sorteios de turnos, considerou-se o período de coleta de 30 dias, dividido em dois turnos, totalizando 60 turnos, sendo 30 diurnos (7h às 18h59) e 30 noturnos (19h às 6h59). O número de turnos a ser sorteado em cada estabelecimento foi obtido pela razão entre o tamanho mínimo da amostra de atendimentos por causas externas (1.500 ou 2.000) e a média de atendimentos por causas externas realizados no mesmo estabelecimento em anos anteriores (SILVA et al., 2016).

A partir dos registros disponíveis no SIH e nos bancos de dados do Inquérito Viva 2011, calculou-se o número médio mensal de ocorrências e o número de turnos para alcançar amostra de 2.000 entrevistas, no Distrito Federal e cada capital de estado ou 1.500, nos municípios incluídos (BRASIL, 2017).

O procedimento de sorteio utilizado foi a amostragem por conglomerado em único estágio, estratificado pelo estabelecimento, sendo o turno a unidade primária de amostragem (Upa) e os estratos compostos pelos estabelecimentos. Todos os atendimentos por causas externas (violências e acidentes) do turno sorteado foram incluídos na amostra. Uma vez identificado o número de turnos a serem sorteados em cada município, obteve-se a amostra de turnos, por meio de sorteio sistemático ordenado por turnos, os quais foram enumerados de um (1) a 60, em que os turnos ímpares indicavam coletas diurnas; e os pares, coletas noturnas. Calculou-se o intervalo de sorteio, resultado da divisão entre o total de turnos e o número de turnos sorteado. A seguir, sorteou-se um número aleatório entre um (1) e o intervalo para identificar o início casual, identificando, assim, o primeiro elemento (turno). Posteriormente, o número do primeiro elemento foi adicionado ao valor do intervalo, para identificar o segundo elemento e, assim, sucessivamente. Foi fornecida uma planilha com os turnos sorteados, em cada serviço de Urgência e Emergência incluído no inquérito (SILVA et al., 2016).

Para a coleta de dados, foi utilizado um formulário padronizado, elaborado pela equipe técnica da Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do MS, pesquisadores e técnicos de outras áreas do MS e de universidades envolvidas com o tema. Algumas modificações como exclusão de variáveis ou adequação do enunciado ou das categorias, foram sugeridas, durante as oficinas internas com os colaboradores da área técnica da CGDANT, no entanto, foram mantidas a maioria das variáveis utilizadas nos inquéritos anteriores (SILVA et al., 2016). A coleta foi realizada por acadêmicos e profissionais da área de saúde, previamente treinados, sob supervisão de técnicos das Secretarias de saúde dos municípios incluídos na pesquisa, em parceria com representantes das respectivas Secretarias estaduais de saúde. A cada paciente admitido no setor de emergência em decorrência de causas externas, os entrevistadores iniciavam a abordagem da vítima ou acompanhante (quando o paciente era menor ou se encontrava impossibilitado de responder) para solicitar autorização e iniciar a entrevista (SILVA et al., 2016).

Previamente, ao início da coleta, a equipe da Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes da CGDANT/SVS realizou treinamentos, para

disseminar os procedimentos do inquérito para os gestores e os técnicos das secretarias estaduais e municipais de saúde envolvidas. Os participantes comprometeram-se em coordenar a pesquisa, em nível local; assim como realizar novos treinamentos com a equipe técnica da VDANT, para entrevistadores e supervisores de campo. Foi distribuído o “Manual do Entrevistador” para os participantes dos treinamentos, onde constava informações sobre a pesquisa; atribuições do coordenador local, do supervisor e do entrevistador; orientações gerais para iniciar a entrevista e instruções para o preenchimento do formulário (SILVA et al., 2016).

4.3 Procedimentos referentes à coleta de dados da Tese

4.3.1 Solicitação do Banco de dados Viva Inquérito

Foi solicitada autorização ao MS, para acesso ao Banco de Dados do “Viva Inquérito”, através do site <https://esic.cgu.gov.br/falabr.html>. A ideia inicial foi trabalhar com dados da pesquisa do MS - Inquérito Nacional sobre Violências e Acidentes/Viva Inquérito, nos anos de 2014 e 2017, no entanto, foi informado que não era possível disponibilizar o Inquérito de 2017, pois não havia previsão de tempo, para essa liberação, cuja coleta estava em andamento. Os dados do Viva Inquérito - 2014 ainda não estão disponibilizados no site do DataSus.

Nesse sentido, foi solicitado apenas o ano de 2014, correspondente à população de vítimas crianças e adolescentes, nas faixas-etárias compreendidas entre 0-19 anos. O Ministério da Saúde atendeu ao pedido, enviou ao pesquisador, junto com outros documentos de fundamental importância, para o entendimento de todos os procedimentos e estratégias metodológicas utilizadas para consolidação do referido banco. Os Documentos anexados foram: *Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinelas de Urgência e Emergência – VIVA Inquérito, 2014; versão 5 - Dicionário de Variáveis e a ficha Viva Inquérito, utilizada no momento da coleta de dados. O banco de dados enviado pelo MS estava composto por 132 variáveis.*

4.3.2 Variáveis selecionadas para a Tese

Com base no banco do “Viva Inquérito”, as variáveis escolhidas e utilizadas, para elaboração dos artigos integrantes da Tese foram organizadas em blocos, de modo a permitir melhor visualização.

BLOCO I – DADOS DA PESSOA ATENDIDA

- Data de Nascimento.
- Sexo: 0-masculino; e 1-feminino.
- Qual a sua raça ou cor de pele: 0-preta; 1-parda; 2-amarela; 3-branca; e 4 indígena, 999-ignorado.
- Você realiza alguma atividade remunerada: 0- sim; 1- não; 999 – ignorado.

BLOCO II – DADOS ESPECÍFICOS DA OCORRÊNCIA

- Dia da semana: 0-domingo; 1-sábado; 2-sexta-feira; 3-quinta-feira; 4-quarta-feira; 5-terça-feira; e 6-segunda-feira.
- Local: 0-residência; 1-habitação coletiva; 2- escola; 3-área de recreação; 4-bar ou similar; 5-via pública; e 6-outros.
- Estado.
- Município.
- Bairro.
- Zona: 0-urbana; 1-rural; e 2-periurbana.
- Tipo da ocorrência: 0- acidente; e 1- violência

BLOCO III – DADOS ESPECÍFICOS DA OCORRÊNCIA VIOLÊNCIA

- Natureza da agressão: 0-física; 1-sexual; 2-negligência; 3-psicológica; 4-outras; e 888-não se aplica.
- Meio da agressão: 0-força corporal/spancamento; 1-arma de fogo; 2-envenenamento; 3-objeto perfurocortante; 4-objeto contundente; 5-substância/objeto quente; 6-ameaça; 7-outros; e 888-não se aplica.
- Provável autor da agressão: 0-pai/mãe; 1-companheiro(a)/ex; 2-outro familiar; 3-amigo/conhecido; 4-agente legal público; 5-desconhecido; e 6-outro.
- Sexo do provável autor da agressão: 0-masculino; 1-feminino; e 2-ambos os sexos.
- Você considera essa ocorrência como: 0-intencional (violência); 1-não intencional (acidente); e 2-não sabe.
- Percepção do entrevistador sobre a ocorrência: 0-intencional (violência); e 1-não intencional (acidente).

- Você ingeriu bebida alcoólica nas seis horas anteriores a ocorrência: 0-sim; 1-não; e 888-não se aplica.
- O entrevistador identificou indícios de uso de bebida alcoólica pela vítima: 0-sim; 1-não; e 888-não se aplica.

BLOCO IV – DADOS ESPECÍFICOS DA OCORRÊNCIA ACIDENTE

- Tipo do acidente: 0-acidente de transporte; 1-queda; 2-queimadura; 3-outros acidentes; 4-lesão autoprovocada; 5-intervenção por agente legal público; 888-não se aplica; e 999 – ignorado.
- Tipo de vítima: 0-pedestre; 1- condutor; 2-passageiro; 3-outro; 888- não se aplica; e 999-ignorado.

BLOCO IV – LESÃO/EVOLUÇÃO

- Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal): 0-contusão; 1-corte/laceração; 2-entorse/luxação; 3-fratura; 4-amputação; 5-traumatismo dentário; 6-traumatismo crânio-encefálico; 7-politraumatismo; 8-intoxicação; 9-queimadura; 10-sem lesão; e 11-outra.
- Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal): 0-boca/dentes; 1-outras regiões de cabeça/face; 2-pescoço; 3-coluna/medula; 4-tórax/dorso; 5-abdome/quadril; 6-membros superiores; 7-membros inferiores; 8-genitais/ânus; 10-múltiplos órgãos/regiões; e 888-não se aplica.
- Evolução da emergência (primeiras 24 horas): 0-alta; 1-encaminhamento ambulatorial; 2-internação hospitalar; 3-encaminhamento para outro serviço; 4-evasão/fuga; e 5-óbito.

4.4 Estratégias metodológicas utilizadas nos Artigos da Tese

• Artigo 1

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal, com dados secundários de crianças, atendidas nos serviços e turnos selecionados no Viva Inquérito do ano de 2014, cujo tipo de ocorrência foi violência física e acidentes. Foi considerada crianças a faixa etária ≤ 11 anos de idade, segundo critérios estabelecidos pelo ECA (BRASIL, 1990).

Teve como objetivo analisar fatores associados à violência física perpetrada em crianças atendidas e registradas em serviços de urgência e emergência, segundo amostragem nacional do Viva Inquérito.

Com intuito de responder ao objetivo proposto foi elaborado um modelo teórico conceitual em três níveis de hierarquia, no distal foram estudadas variáveis sociodemográficas, no intermediário, características da agressão e no proximal, lesões deixadas pela violência, tendo como variável desfecho a violência física.

Os grupos foram divididos em “vítimas de violência física” e “vítimas de acidentes”, permitindo-se a comparação entre as variáveis independentes com o desfecho. Para a análise foi aplicado o teste de Wald, selecionando aquelas que apresentaram nível de significância $<0,20$. Por conseguinte, as variáveis foram organizadas por nível de proximidade com o desfecho, começando pelo nível distal. As variáveis que apresentaram p valor significativo ($<0,05$) foram mantidas, entrando no ajuste do nível intermediário. O mesmo procedimento foi repetido até que as variáveis proximais fossem ajustadas. Os resultados foram apresentados em valores de razão de chances, com intervalos de confiança de 95% e o Programa utilizado foi o SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows), versão 17.

O presente artigo já foi aceito e publicado no periódico da Editora Atena, intitulado “Ações que Ampliam o Acesso e a Qualidade na Atenção Odontológica”, no ano de 2020 com DOI: 10.22533 / at.ed.4572003119.

- **Artigo 2**

Estudo epidemiológico do tipo transversal, com dados secundários de pré-adolescentes (10 a 14 anos) e adolescentes (15 a 19 anos), seguindo as definições da OMS, vitimados pelos acidentes e violência física, registrados nos Serviços de Urgência e Emergência do Sistema Único de Saúde/SUS, no período setembro a novembro de 2014, integrantes do Viva Inquérito.

O objetivo do artigo 2 foi apresentar, por regiões brasileiras, características e frequências dos casos de violência física e acidentes envolvendo adolescentes, segundo dados demográficos de vítimas, agressores, tipologia das lesões e evolução dos casos (alta, internamento e óbito), em 2014.

Foram realizadas análises multivariadas, entre os dados demográficos de vítimas, agressores e envolvidos no acidente; e, ainda, entre a tipologia das agressões e lesões,

assim como evolução dos casos, segundo regiões brasileiras. Foi aplicado o teste estatístico do Qui-quadrado (χ^2) de Pearson, considerando o valor $p \leq 0,05$.

Artigo 3

O artigo 3 refere-se a uma revisão integrativa da literatura, que teve como objetivo sistematizar, as publicações encontradas sobre o Viva Sinan e Viva Inquérito, classificando-as por título, autores, ano de publicação, público alvo e tipo de estudo. As escolhas das publicações ocorreram a partir da busca nas Bases de Dados Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), utilizando as palavras-chave “Viva/Sinan” OR “Viva/Inquérito”, no período 2012 a 2020. Os trabalhos que fugiam do tema proposto foram excluídos da amostra.

A coleta de dados foi norteadada pela seguinte pergunta: “Quais as características dos estudos sobre violências e acidentes com dados do Viva/Sinan e Viva Inquérito entre os anos de 2006 a 2020?” A análise dos artigos ocorreu de forma sistemática, permitindo verificar as seguintes características de cada pesquisa: autoria, delineamento da pesquisa (estratégias de coleta e análise de dados), ano da publicação, título e público alvo (faixa etária).

5 RESULTADOS

5.1 Artigo 1 (PUBLICADO)

FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA FÍSICA GRAVE EM CRIANÇAS: UMA AMOSTRAGEM NACIONAL

RESUMO

Objetivo: analisar os fatores associados à violência em crianças utilizando dados secundários do Sistema VIVA Inquérito. **Metodologia:** estudo epidemiológico transversal. As análises tiveram como base um modelo teórico conceitual com três níveis de hierarquia, no distal foram estudadas variáveis sociodemográficas, no intermediário, características da agressão e no proximal, lesões deixadas pela violência. As variáveis

selecionadas para compor o modelo multivariado foram as que apresentaram nível de significância $<0,20$, aplicando-se o teste de Wald. **Resultado:** dentre os fatores mais fortemente associados a violência destacam-se: morar na região norte do país; local da ocorrência área de recreação, via pública e residência; tipo da lesão contusa; parte do corpo atingido tórax/ dorso/ abdome/ quadril, cabeça e pescoço. **Conclusão:** a violência continua um importante problema de saúde pública, conforme revelaram os dados do Inquérito Nacional. Chamam a atenção os elevados números relacionados ao tipo de lesão e a região do corpo afetada, ambos potencialmente letais.

Palavras-chave: Maus-Tratos Infantis. Abuso Físico. Traumatismo.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, os acidentes e as violências atingiram proporções epidêmicas nas ocorrências, em nível mundial, constituindo o grupo de causas de morbi mortalidade denominada de “causas externas”, formada por dois subgrupos: *os acidentes* em geral, com destaque para eventos no trânsito; envenenamentos, afogamentos, quedas, queimaduras e outros; *e as violências*, manifestadas por diferentes intensidades e consequências, como os homicídios, abusos físicos, sexuais, psicológicos, negligências, além do autoinfringido (suicídio) e outras¹.

Em crianças, a violência é de natureza multifatorial, cujas consequências imediatas e a longo prazo dessa exposição são multifacetadas, podendo impactar os vitimados desde a infância, perpassando a adolescência, podendo chegar à idade adulta².

A exposição ao abuso físico infanto-juvenil é reconhecida por sua complexidade, abrigando aspectos tais como: características e histórias de vida familiar e individual de seus membros (pais, filhos, outros), formas de disciplina utilizadas para educação, papel da criança no contexto da família, círculos sociais estabelecidos na comunidade e na sociedade, distribuição de renda e oportunidades de inclusão social³

Para os vitimados pela violência existe uma rede de proteção composta por diversos órgãos competentes em diferentes áreas de atuação, criados com objetivo de cessar ou ao menos minimizar as consequências/sequelas deixadas pelas agressões. Nesse interim, no âmbito da saúde, pode-se contar com unidades de saúde e hospitais e, quando a natureza da violência é do tipo grave, comumente as vítimas dão entrada em hospitais de referência.

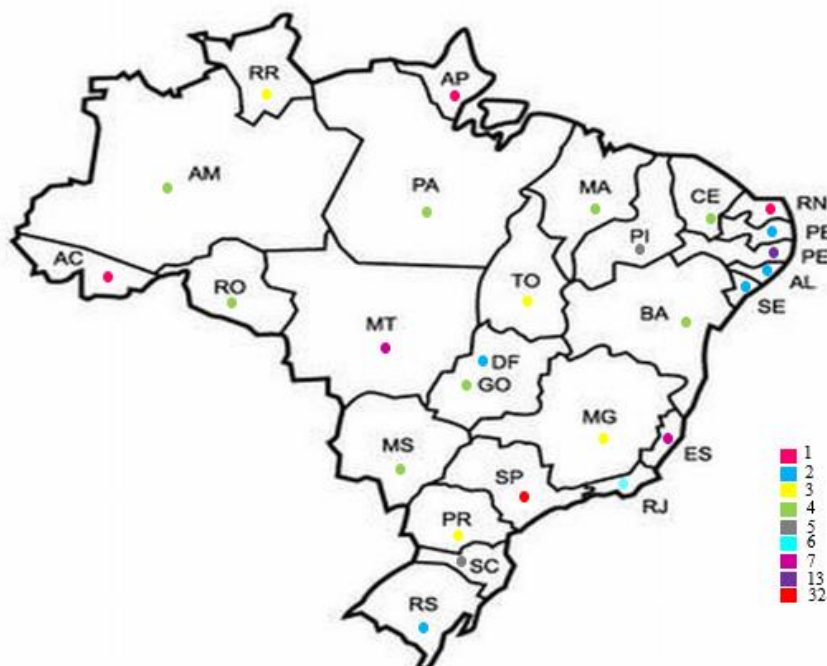
No Brasil, a partir de 2009, o Ministério da Saúde, com apoio de Instituições dedicadas às pesquisas vinculadas à temática da violência, implantou o Sistema de Vigilância às Violências e Acidentes\VIVA, em nível nacional. Desse modo, em 2014, com o intuito de avaliar o desempenho e o impacto do Sistema VIVA, o MS analisou uma amostragem nacional dos registros desse Sistema, ação denominada VIVA INQUERITO, com vistas a ampliar possibilidades de prevenção e intervenção no contexto da saúde coletiva, para subsidiar políticas, programas e ações de saúde pública voltadas ao enfrentamento da violência e suas consequências.

O objetivo do presente estudo foi analisar fatores associados à violência perpetrada em crianças atendidas e registradas em serviços de urgência e emergência, segundo amostragem nacional do Viva Inquérito.

METODOLOGIA

Estudo epidemiológico do tipo transversal, utilizando dados de crianças (0-11 anos), vítimas de violência física e acidentes (causas externas), em 24 capitais, no Distrito Federal e em 11 municípios (Figura 1), por meio da coleta dados secundários, a partir de registros do Sistema Inquérito de Violências e Acidentes (VIVA Inquérito), realizado no ano de 2014.

Figura 1 – Mapa do Brasil por estado com o número de unidades de urgência e emergência selecionadas para Viva Inquérito, 2014



Fonte: Ministério da Saúde - Viva Inquérito, 2014.

O processo de amostragem do Viva Inquérito foi realizado em duas etapas. A primeira foi composta pela escolha de forma intencional dos Serviços de Saúde, a partir do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), seguindo os critérios de prestar serviços de urgência e emergência e funcionar como serviço de referência para causas externas, no município. No segundo momento, foi realizado uma amostragem probabilística por conglomerado, em único estágio de seleção, estratificado pelo estabelecimento, com turnos de 12 horas. Nessa etapa, para a Unidade Primária de Amostragem (UPA) foi utilizado o turno e nos estratos compostos, utilizou-se os estabelecimentos. No total, foram utilizados 60 turnos (30 diurnos e 30 noturnos), sendo que todos os atendimentos por causas externas do turno sorteado, que aceitaram fazer parte da pesquisa, entraram na amostra, sendo excluídas vítimas que foram atendidas pela segunda vez, pela mesma ocorrência⁴.

Foi estabelecido que a coleta ocorreria no período de 30 dias, entre os meses de setembro e outubro, evitando-se, dessa forma, os meses de férias, para não ocorrer alteração na amostra. O tamanho mínimo da amostra por município ou capital variou entre 1500 e 2000 atendimentos. Vale salientar que as capitais Florianópolis/SC e Cuiabá/MT, apesar de selecionadas, não participaram do Viva Inquérito devido a limitações locais e por problemas técnicos administrativos⁴.

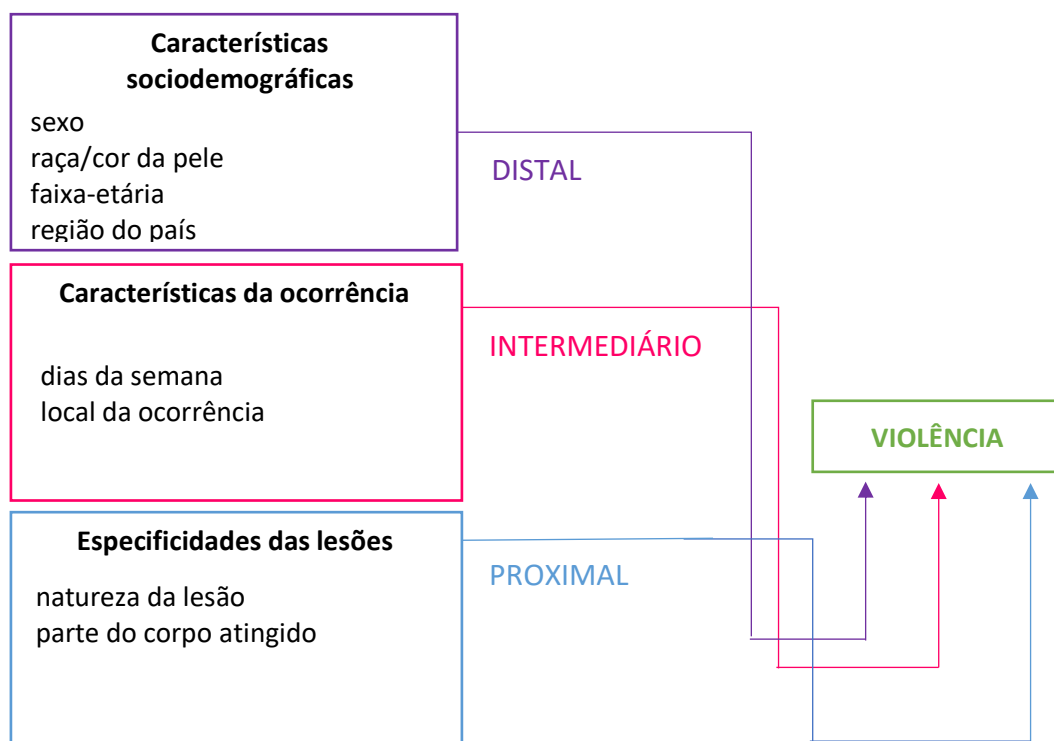
Os dados do Viva Inquérito foram coletados por meio de formulário padronizado - Ficha de Violências e Acidentes 2014, sendo as entrevistas realizadas por profissionais de saúde e por acadêmicos dos cursos de enfermagem e medicina, treinados e sob supervisão de gestores e técnicos das secretarias municipais e estaduais de saúde⁴.

Para o presente estudo, os dados foram solicitados ao Ministério da Saúde, respeitando o procedimento previsto em Lei nº 12.527 – Lei de Acesso à Informação, por meio do Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão – e-SIC. Após liberação dos dados, elaborou-se um modelo teórico conceitual, que serviu de base para as análises, nos três níveis de hierarquia (distal, intermediária e proximal), com base na literatura^{5,6}.

Variáveis do nível distal: Sociodemográficas: sexo (1- feminino e 2- masculino); faixa-etária (1 – terceira infância e 2- primeira e segunda infância); raça/cor da pele (1- branco, 2- preto, 3- pardo); regiões do País (1- Sul, 2- Centro-oeste, 3- Norte, 4- Sudeste e 5-Nordeste); *Variáveis do nível intermediário:* Característica da ocorrência: dias da semana (1- sábado-domingo e 2- segunda-sexta) e local (1- escola, 2- área de recreação, 3- via pública, 4- residência, 5-outros). *Variáveis do nível proximal:* Especificidades das lesões - natureza da lesão contusa (1- não e 2- sim) e parte do corpo atingido (1- membros inferiores, 2- tórax/ dorso/ abdome/ quadril, membros superiores, 3- cabeça e pescoço, 4- outros).

O modelo teórico conceitual relacionando à variável “desfecho” (violência) e aos fatores estudados como variáveis independentes, nos três níveis de hierarquia, está representado na Figura 2.

Figura 2 – Modelo teórico-conceitual dos fatores associados à violência perpetrada em crianças



A seleção das variáveis que participaram do modelo multivariado obedeceu aos critérios de significância do p valor, após a realização da análise bivariada, aplicando-se o teste de Wald, selecionando aquelas que apresentaram nível de significância $<0,20$. Por conseguinte, as variáveis foram organizadas por nível de proximidade com o desfecho, começando pelo nível distal (Modelo I). As variáveis que apresentaram p valor significativo ($<0,05$) foram mantidas, entrando no ajuste do nível intermediário (Modelo II). O mesmo procedimento foi repetido até que as variáveis proximais fossem ajustadas (Modelo III).

Os resultados encontram-se apresentados em valores de razão de chances, com intervalos de confiança de 95%. O programa utilizado foi o SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows), versão 17.

RESULTADOS

Nessa pesquisa, após análise da amostragem nacional do VIVA Inquérito (2014), verificou-se que 466 crianças foram vítimas de violência, sendo a maioria com idade menor de 6 anos, de raça/cor preta, atendidas nas regiões Sul e Nordeste do país (Tabela 1).

No que diz respeito às características das ocorrências de vitimização por causas externas, observou-se que a maior proporção dos casos de violência aconteceu entre segunda-feira e sexta-feira, principalmente, na escola e na residência das vítimas (Tabela 2).

Os resultados referentes às características das lesões são mostrados na Tabela 3, evidenciando uma maior frequência das intoxicações e queimaduras, seguidas dos cortes e das lacerações. Além disso, as regiões do corpo mais atingidas foram tórax/dorso/abdômen e quadril, seguida da região de cabeça e pescoço.

No modelo final (Tabela 4), verifica-se que, no nível distal, o principal fator associado à violência em crianças foi a região do país. Segundo as análises, residir na região Norte aumentou a chance de crianças serem vítimas de violência (OR= 3.6).

No nível intermediário, o fator de risco que se destacou para ocorrência de violência em crianças foi o ambiente físico (local de ocorrência), predominando área de recreação, via pública e residência, por maiores chances de desfecho (OR= 3.2), (OR= 2.4) e (OR= 1.7), respectivamente.

O modelo de análise em nível proximal mostrou que as crianças apresentaram maiores chances de sofrerem lesões contusas (OR=1.4), e, quanto ao segmento corporal atingido, destacaram-se as regiões do tórax, dorso, abdômen e quadril, seguidas da cabeça e pescoço, com OR de 4.6 e 2.3, respectivamente.

DISCUSSÃO

Na presente pesquisa, foi observado 5% de casos de violência física em crianças, destacando-se entre os principais fatores associados a essa violência: residir na região Norte do país, os eventos ocorrerem em área de recreação, via pública ou residência e ter como consequências físicas da agressão as lesões contusas em região de tórax, dorso e abdômen, quadril, cabeça e pescoço.

Malta e colaboradores (2015)⁶ ao investigar violência na infância através dos dados do Viva Inquérito do ano de 2011, observou a metade da prevalência de ocorrência nesse público (2,5%), quando comparado ao presente estudo. Souto e colaboradores (2017), estudando os dados do Viva Inquérito (2014), mostraram em seu trabalho que (11,8%) das vítimas de violência estavam entre as faixas-etárias de 0 - 9 anos. Esse cenário, pode estar sugerindo aumento dos índices desse fenômeno nessa população, conforme observado em outras pesquisas realizadas no Brasil⁷.

No entanto, como observado na atual pesquisa, ainda é maior a quantidade de crianças internadas por outros motivos diversos da violência, como apontou o estudo realizado por Martins e Romagnoli (2017)⁸, em um hospital de Belo Horizonte. A possível explicação para este achado, é que a violência em crianças se apresenta como de difícil diagnóstico, visto que as mesmas encontram dificuldade em relatar o ocorrido, levando à suspeição de subnotificação das informações por trás dos achados, uma vez que, no

momento da entrevista do Viva Inquérito, foram os acompanhantes que responderam pelos menores de idade.

Quando se trata da violência grave, considerando as que foram responsáveis pelas internações em crianças, ainda são incipientes estudos nacionais; no entanto, sabe-se que diversos fatores podem estar associados, dentre eles aspectos socioculturais, econômicos, ideológicos e pessoais dos agressores⁹.

Na Comunidade Europeia, levantamentos estatísticos sobre a violência contra a criança estimaram que 4 a 47% delas são vítimas de abuso físico moderado a grave. Análises realizadas nos bancos de morbidade hospitalar dos países da Europa apontaram que apenas doze países apresentavam dados relativamente completos e consistentes sobre os internamentos de crianças por consequências da violência física, considerando-se a faixa etária de 0 a 14 anos. Alguns países como Reino Unido, Suíça, Finlândia e Dinamarca apresentaram maiores taxas de internações, refletindo maior vulnerabilidade a esse tipo de maus-tratos contra a criança¹⁰.

Estudos sobre a violência contra a criança revelam que, na Grã-Bretanha, anualmente, pelo menos uma em cada 1000 crianças com menos de 4 anos de idade sofre violência física grave¹¹. Na Romênia 4,6% das crianças sofrem abuso físico com sequelas graves a cada ano e 50% pais batem em seus filhos¹².

Segundo estudiosos como Deslandes (1994)¹³ e Marmo et al (1995)¹⁴, a violência doméstica é a mais prevalente em crianças, podendo ocorrer no domicílio ou fora dele, como evidenciado na presente pesquisa. Os agressores podem ser os pais, irmãos e outros membros da família, além de pessoas com laços afetivos, como vizinhos, amigos, com ou sem consanguinidade. O ambiente domiciliar aparece com grandes proporções nos estudos de Malta e colaboradores^{6,15}, dos anos de 2009 (66,6) e 2015 (67,9%),

respectivamente. Já o trabalho de Souto⁵ e colaboradores (2017) encontrou a via pública (42,5%) seguida da residência (33,0).

Cabe salientar que os meninos são mais agredidos em ambientes extradomiciliar, enquanto a violência nas meninas é perpetrada no domicílio. Conforme os dados do atual estudo, os meninos estão mais propensos à vitimização pela violência comunitária, ratificando estudo de Bernadino¹⁶ e colaboradores (2016) que apontaram resultados semelhantes.

Ressalta-se nesse contexto a importância de conceituar a violência comunitária, como aquela que ocorre fora do ambiente familiar e que, geralmente, é explicitada por brigas, lutas, disputas esportivas, brincadeiras, dentre outras. Revisão Sistemática sobre violência em crianças e adolescentes, em nível nacional, destaca a influência do gênero da vítima sobre as consequências da violência, afirmando que essa dicotomia tem origem “a partir do processo de socialização diferenciado e pelos comportamentos socialmente valorizados para cada gênero – maior liberdade para os meninos e mais vigilância sobre as meninas” (Macedo et al., 2016, p. 491)⁷.

Na literatura, estudos sobre crianças vítimas de violência física, atendidas no Instituto Médico Legal para exame de lesão corporal, mostram um número elevado de lesões contusas, sendo que as regiões de cabeça, pescoço e membros superiores são aquelas onde predominam esse tipo de agressão^{17,18}, achados corroborados pelo presente estudo. Pesquisas que analisaram casos de crianças internadas em hospitais de urgência e emergência, verificaram como lesões mais frequentes o corte/laceração (37,1%; 40,7%; e 46,3%); contusão, entorse e luxação (27,7%; 24,6%; e 14,0%)^{5,6,15}.

É válido ressaltar que a população utilizada para a presente pesquisa foi constituída de vítimas internadas por violência, onde a gravidade do ferimento pode estar associada às regiões anatômicas afetadas¹⁹. A diferença entre as proporções dos tipos de

lesões entre os estudos pode ser decorrente de que as lesões contusas, por terem características menos graves, não levam a internações com a mesma frequência dos cortes e lacerações.

De forma consensual, as crianças, vítimas da violência física, na maioria das vezes, apresentam lesões corporais, manifestadas clinicamente nas formas de lesão contusa, corte e lacerações²⁰. Para essas lesões, o Código Penal Brasileiro define no seu artigo 129, como “ofensa a integridade física ou a saúde de outrem” tendo como pena detenção de três meses a um ano.

Ainda segundo o Código Penal, as lesões corporais podem ser classificadas em graves ou gravíssimas. Lesões graves são caracterizadas quando o resultado da ação provocar incapacidade para as ocupações habituais maiores que trinta dias, perigo de vida, debilitar algum membro sentido ou função de forma perene e aceleração de parto. São consideradas lesões de naturezas gravíssimas aquelas que resultarem na incapacidade apresentada pela vítima para o trabalho, doença ou problema incurável, perder ou inutilizar membros, sentido e função, aborto e ainda deformidade permanente. Possuindo diferença de pena, entre elas.

As manifestações clínicas da violência física são sinais importantes para o diagnóstico, notificação e denúncia por parte da comunidade e pelos profissionais de saúde. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) referenda que casos suspeitos ou confirmados de violência precisam ser notificados e denunciados, podendo responder por negligência quem não o fizer²¹. Essa característica individual da agressão física em deixar marcas registradas do corpo da vítima talvez faça dela o tipo de violência mais visto, descrito, estudado, notificado e denunciado no mundo.

Nesse contexto, as regiões de cabeça, pescoço e tronco, são seguimentos corporais conhecidos por apresentarem maior prevalência. A literatura afirma que essas regiões são

mais atingidas pela proporção entre a altura dos agressores e vítimas, e ainda por serem regiões mais ofensivas, como demonstram a literatura ^{6,15,18}.

Vale destacar que a compreensão e atuação no enfrentamento das múltiplas formas e manifestações da violência extrapola os limites dos serviços de saúde. Salienta-se a importância novos estudos e discussões sobre o fenômeno, integrando diferentes instâncias de segurança, saúde, educação, dentre outros, destacando a participação da Academia com publicações na área, contribuindo para o embasamento de novas estratégias de promoção e prevenção da saúde dessa população vulnerável.

A violência física em crianças vem sendo estudado em nível mundial, por pesquisadores de diferentes áreas do conhecimento. O impacto no setor saúde vai além dos aspectos financeiros e não se limitam apenas à vítima ou seja, aquela que é afetada diretamente pelo fenômeno, deixando marcas severas em todos os envolvidos, gerando a necessidade de equipes multiprofissionais devidamente treinadas para o enfrentamento do problema em nível global, primário, secundário e terciária, com participação de todos segmentos sociais, considerando o envolvimento universal, independentemente do nível de desenvolvimento do país, classe social, raça e credo.

Dentre as limitações da presente pesquisa destacam-se: impossibilidade de generalização dos dados para o contexto nacional, por não se tratar de amostra de base populacional, sendo coletados apenas indivíduos atendidos em serviços selecionados de urgência e emergência; as informações são referidas pelos pacientes ou acompanhantes, ou, ainda, pelo entrevistador, estando passível de erros de mensuração, podendo ocorrer equívocos, por exemplo, na classificação do agravo entre acidentes e violência. Pode-se citar ainda, a ausência de variáveis importantes para explicar o fenômeno da violência física que não foram incluídas no estudo primário, reduzindo as opções na elaboração do modelo teórico e consequentes análises; e a ausência de sorteio das amostras reservas, no

Inquérito 2014, procedimento adotado em edições anteriores, o que pode ter repercutido no baixo número de entrevistas em alguns municípios.

O presente estudo possui como pontos positivos o fato da amostra ser original de hospitais (instituição de atenção secundária e terciária à saúde); de serviços de referência em urgência e emergência, para causas externas, tendo representatividade nas capitais de todo Brasil; a coleta de dados ter sido realizada por profissionais de saúde, devidamente treinados, o que traz maior segurança na qualidade das informações coletadas e descritas nos formulários; e ainda a obtenção das informações através de entrevistas, o que permite os participantes tirarem dúvidas em relação às perguntas do questionário.

A violência física continua um importante problema de saúde pública, conforme revelaram os dados do Inquérito Nacional. Dentre os fatores associados ao fenômeno nas crianças encontram-se: residir na região Norte do país, eventos ocorrerem em área de recreação, via pública e residência, e ter como consequências físicas da agressão as lesões contusas em região de tórax, dorso e abdômen, quadril, cabeça e pescoço. Chamam a atenção os elevados números relacionados ao tipo de lesão e a região do corpo afetada, ambos potencialmente letais.

As evidências deste estudo reforçam a necessidade de ampliação e aprofundamento de pesquisas relacionadas a violência física em crianças, já que existe uma lacuna na literatura, no que condiz com a gravidade dos casos e respectivas consequências nesse grupo. É indispensável que novos estudos, de base populacional, sejam realizados no Brasil, servindo de pilares para políticas públicas e planejamento longitudinal em saúde, nas Unidades Básicas, prevenindo ocorrências e recorrência de casos.

Vale destacar que, no contexto da saúde coletiva, é essencial colocar em prática políticas de promoção e prevenção dos agravos da violência e de suas consequências,

levando à comunidade informações necessárias, para a conscientização e prevenção. Destaca-se ainda a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para atendimento qualificado às vítimas, em nível primário, assim como dos seus familiares, com destaque para aspectos éticos e encaminhamentos primordiais e com ênfase nas ações de educação continuada para as equipes de saúde de Unidades Básicas e de referência.

Agradecimentos:

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), processo n° xxxxx, pelo financiamento da pesquisa, tornando possível a elaboração desse artigo e ainda pela Bolsa de Pesquisa da Doutorando Mona Lisa Cordeiro Asselta da Silva.

Contribuições dos Autores:

Mona Lisa Cordeiro Asselta da Silva participou da elaboração e escrita de todas as partes que compõem o presente artigo científico, também fez as tabelas, mapas, desenho do modelo teórico conceitual e toda a parte de formatação. Maria Conceição Oliveira Costa contribuiu com a escrita, correções e sugestões. Magali Teresópolis Reis Amaral participou da análise estatística e interpretação dos resultados. André Henrique do Vale de Almeida contribuiu com a escrita e correções e Christianne Sheilla Leal Almeida Barreto também contribuiu com a escrita.

REFERÊNCIAS

1. Meneghel SN, Camargo M, Fasolo LR, Mattiello DA, Silva RCR, Santos TCB et al. Mulheres cuidando de mulheres: um estudo sobre a Casa de Apoio Viva Maria, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2000 jul-set; 16(3):747-757. Versão on-line ISSN 1678-4464.
2. Cook A, Spinazzola J, Ford J, Lanktree C, Blaustein M, Cloitre M, DeRosa R et al. Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric annals*. 2005 may; 35 (5): 390-398.
3. Rocha PCX, Moraes CL. Violência familiar contra criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil). *Ciênc. Saúde Colet*. 2011. 16(7):3285-3296. Rio de Janeiro ISSN 1413-8123.
4. Silva MMA, Mascarenhas MDM, Lima CM, Malta DC, Monteiro RA, Freitas MG et al. *Epidemiol. Serv. Saude*. Brasília. 2016 jan-mar; 26(1):183-194. doi: 10.5123/S1679-49742017000100019
5. Souto RMCV, Barufaldi LA, Nico LS, Freitas MG. Perfil epidemiológico do atendimento por violência nos serviços públicos de urgência e emergência em capitais brasileiras, Viva 2014. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(9):2811-2823. doi: 10.1590/1413-81232017229.13342017
6. Malta DC, Mascarenhas MDM, Neves ACM, Silva MA. Atendimentos por acidentes e violências na infância em serviços de emergências públicas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2015 maio; 31(5):1095-1105. doi: 10.1590/0102-311X00068814
7. Macedo DM, Foschiera LN, Bordini TCPM, Habigzang LF, Koller SH. Revisão sistemática de estudos sobre registros de violência contra crianças e adolescentes no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2019. 24(2):487-496. doi: 10.1590/1413-81232018242.34132016
8. Martins FFS, Romagnoli RC. A violência contra as crianças e adolescentes admitidos no Hospital João XIII: Uma análise quantitativa. *Univ. Fed. Juiz Fora*. 2017 jan-jun. 10 (1): 148 – 161.
9. RHA Silva. *Orientação Profissional para o Cirurgião Dentista: Ética e Legislação*. 2010. 608. ISBN: 9788572888486
10. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Regional Office for Europe. European report on preventing child maltreatment. Copenhagen:WHO, 2013. 114 p. Disponível em: < <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-report-on-preventing-child-maltreatment-2013>>. Acesso em: 11. Maio. 2020.
11. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Regional Office for Europe. European report on preventing child maltreatment. Copenhagen:WHO, 2013. 114 p. Disponível em: < <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-report-on-preventing-child-maltreatment-2013>>. Acesso em: 20. Mar. 2015.
12. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Preventing child maltreatment: a guide to taking action on generating evidence. Geneva: WHO, 2006. Disponível em: < <http://>

- www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/child_maltreatment/en/>. Acesso em: 20.
13. Mar. 2015.Deslandes SF. Atenção a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica: Análise de um Serviço. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 1994. 10 (supplement 1): 177-187.
 14. Marmo DB, Davoli A, Ogido R. Violência doméstica contra a criança (Parte I). J. pediatri. (Rio J.). 1995. 71 (6): 313- 316.
 15. Malta DC, Mascarenhas MDM, Bernal RIV, Andrade SSCA, Neves ACMN, Melo EMM, Silva Junior JBS. Causas externas em adolescentes: atendimentos em serviços sentinelas de urgência e emergência nas Capitais Brasileiras – 2009. Ciênc. Saúde Colet. 2012.17(9):2291-2304.
 16. Bernardino IM, Barbosa KGN, Marques Nóbrega LM, Cavalcante GMS, Ferreira EF, d'Ávila S. Violência interpessoal, circunstâncias das agressões e padrões dos traumas maxilofaciais na região metropolitana de Campina Grande, Paraíba, Brasil (2008-2011). 2017. Ciênc. Saúde Colet, 22(9):3033-3044. DOI: 10.1590/1413-81232017229.09852016
 17. Silva MLCA, Musse JOM, Almeida AHV, Marques JAM, Costa MCO. Traumas dentários em crianças e adolescentes periciadas no instituto médico legal de feira de Santana-Bahia. Adolesc. Saude. 2017 out/dez. 14 (4) 24-30.
 18. Pimenta RMC, Matos FRRO, Silva MLCA, Rodrigues AAAO, Marques JAM, Musse JO. Levantamento de lesões na região bucomaxilofacial em vítimas de violência periciadas no Instituto Médico Legal (IML) de Feira de Santana-BA, entre 2007 e 2009. Arq Odontol, Belo Horizonte. 2013 out/dez.49(4): 154-161.
 19. Vanrrel JP. Odontologia legal e antropologia forense. Editora: Guanabara Koogan. Edição: 2ª. Ano2009, ISBN: 9788527715485
 20. Musse JO, Silva MLCA. Violência doméstica e maus-tratos infantis. In: Jeison Marques e Wanessa Aras. (Org.). Odontologia Legal - Tratado de Perícias Forenses. 1ed.São Paulo: Leud, 2017, v. 1, p. 167-180.
 21. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei 8069 de 1990. Proposta preliminar de prevenção da violência doméstica. Brasil: Ministério da Saúde, 1993.

Tabela 1

Características sociodemográficas de crianças vitimizadas por causas externas. VIVA Inquérito, Brasil, 2014

	Causas Externas				Valor de P*
	Acidentes		Violências		
	N	%	N	%	
Sexo					
Feminino	3769	95,4	181	4,6	0,004
Masculino	5898	95,4	285	4,6	
Raça/cor da pele					
Branco	2718	94,9	146	5,1	0,004
Preto	927	94,0	59	6,0	
Pardo	5696	96,0	238	4,0	
Faixa-etária					
6 -11	4432	96,1	178	3,9	< 0,001
≤ 5	5237	94,8	288	5,2	
Regiões do Brasil					
Norte	2950	98,1	58	1,9	< 0,001
Nordeste	3505	93,9	226	6,1	
Centro-oeste	1191	96,8	39	3,2	
Sudeste	1567	94,0	100	6,0	
Sul	456	91,4	43	8,6	

Tabela 2

Características das ocorrências de vitimização por causas externas. VIVA Inquérito, Brasil, 2014

Causas Externas					Valor de P*
	Acidentes		Violências		
	N	%	N	%	
Dias da semana					
Sábado-Domingo	2884	96,1	118	3,9	0,045
Segunda- sexta	6725	95,2	342	4,8	
Local da Ocorrência					
Escola	1164	93,0	87	7,0	< 0,001
Área de recreação	489	97,6	12	2,4	
Via Pública	1678	96,9	53	3,1	
Residência	5899	95,3	294	4,7	
Outros ¹	331	91,1	10	2,9	

¹ habitação coletiva, bar ou similar, comércio/serviço, indústria e construção e outros

Tabela 3

Características das lesões de crianças provocadas por causas externas. VIVA Inquérito. Brasil, 2014

	Causas Externas				Valor de P*
	Acidentes		Violências		
	N	%	n	%	
Natureza da Lesão					
Intoxicação, queimadura e outros	650	92,9	50	7,1	< 0,000
Fratura/Amputação/Traumas	1650	96,2	65	3,8	
Corte e laceração	3048	95,4	147	4,6	
Contusão, entorse e luxação	3097	96,4	114	3,6	
Parte do corpo atingido					
Membros inferiores	1929	98,2	36	1,8	< 0,001
Tórax/ dorso/ abdome/ quadril	280	93,0	21	7,0	
Membros superiores	2352	96,4	88	3,6	
Cabeça e pescoço	3623	95,0	189	5,0	
Outros ²	568	91,8	51	8,2	

² coluna/medula, genitais/ ânus e múltiplos órgãos/regiões

Tabela 4

Fatores associados à violência em crianças. Viva Inquérito, Brasil, 2014

Variáveis/ Categorias	OR	IC 95%
MODELO DISTAL		
Regiões do Brasil		
Sul	1,0	-
Centro-oeste	1,8	0,9 – 3,3
Norte	3,6	2,2 – 5,9
Sudeste	0,9	0,6 - 1,5
Nordeste	1,2	0,8 – 1,8
MODELO INTERMEDIÁRIO*		
Local da Ocorrência		
Escola	1,0	-
Área de recreação	3,2	1,5 - 6,8
Via Pública	2,4	1,6 – 3,6
Residência	1,7	1,3 - 2,4
Outros ¹	1,0	0,4 – 2,2
MODELO PROXIMAL**		
Lesão Contusa		
Não	1,0	-
Sim	1,4	1,1 - 1,7
Parte do corpo atingido		
Membros inferiores	1,0	-
Tórax/ dorso/ abdômem/ quadril	4,6	2,8 - 7,1
Membros superiores	1,4	0,8 - 2,5
Cabeça e pescoço	2,3	1,6 - 3,5
Outros ²	1,9	1,3 - 2,7

IC95%: intervalo de 95% de confiança; OR: odds ratio.

*Ajustado para faixa-etária e regiões do Brasil

** Ajustado para regiões do Brasil, dias da semana e local de ocorrência

¹ habitação coletiva, bar ou similar, comércio/serviço, indústria e construção e outros.² fratura, entorse, Luxação, traumas dentários/ cranioncefálico/ politraumatismo e contusão.

5.2 Artigo 2

CARACTERÍSTICAS E EVOLUÇÃO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA FÍSICA E ACIDENTES EM ADOLESCENTES BRASILEIROS: UMA ANÁLISE REGIONAL

CHARACTERISTICS AND EVOLUTION OF PHYSICAL VIOLENCE AND ACCIDENTS IN BRAZILIAN ADOLESCENTS: A REGIONAL ANALYSIS

RESUMO

Objetivo: investigar, por regiões brasileiras, características e prevalências dos casos de violência física e acidentes envolvendo adolescentes, segundo dados demográficos de vítimas, agressores, lesões e evolução dos casos (alta, internamento e óbito). **Método:** estudo transversal, com participantes do “Viva Inquérito” de 2014; pesquisa com amostragem nacional, em capitais das regiões brasileiras. Calculou-se frequências; das agressões; e análises das lesões corporais e evolução dos casos, por região; sendo calculado o Qui-quadrado (χ^2) de Pearson, com p valor $\leq 0,05$, através do SPSS. **Resultados:** as regiões Centro-oeste, Sudeste e Sul tiveram alta prevalência de vítimas por acidentes de trânsito, a maioria do sexo masculino, raça /cor de pele parda e branca (região Sul) e a maior parte, envolvidos como condutores de motocicletas, ou automóveis. Nas regiões Norte e Nordeste prevaleceu casos de violência, com vitimados do sexo masculino; raça/cor de pele parda; com autor das agressões do sexo masculino e não pertencente à família da vítima. Em todas as regiões do Brasil, a maior proporção das lesões dos acidentes acometeu membros superiores e inferiores, enquanto as lesões de violência, em cabeça e pescoço. A maioria das variáveis analisadas apresentaram significância. **Conclusões:** acidentes e violências revelaram padrões semelhantes entre regiões, no perfil demográfico e evolução dos casos; enquanto o perfil das vítimas diferiu na região Sul. Acidentes e violências mostraram padrões distintos, quanto ao tipo de lesão e segmento corporal atingido, indicadores importantes para diferenciação entre vitimização por violências ou acidentes de trânsito.

Palavras-chaves: violência, acidentes, adolescentes, causas externas.

ABSTRACT

Objective: to investigate, by Brazilian regions, characteristics and prevalence of cases of physical violence and accidents involving adolescents, according to demographic data of victims, aggressors, injuries and evolution of cases (discharge, hospitalization and death). Method: cross-sectional study, with participants of the “Viva Survey” 2014; research with a national sample, in capitals of the Brazilian regions. Frequencies were calculated; of aggressions; and analyzes of bodily injuries and evolution of cases, by region; Pearson's chi-square (χ^2) was calculated, with p value ≤ 0.05 , using SPSS. Results: the Midwest,

Southeast and South regions had a high prevalence of victims of traffic accidents, mostly male, brown and white (southern region) and most involved as motorcycle drivers, or automobiles. In the North and Northeast regions, cases of violence prevailed, with male victims; brown race/skin color; with the perpetrator of the male sex and not belonging to the victim's family. In all regions of Brazil, the largest proportion of injuries from accidents involved upper and lower limbs, while violence injuries affected the head and neck. Most of the analyzed variables showed significance. Conclusions: accidents and violence revealed similar patterns between regions, in the demographic profile and evolution of cases; while the profile of victims differed in the South region. Accidents and violence showed different patterns, regarding the type of injury and affected body segment, important indicators for differentiating between victimization by violence or traffic accidents.

Keywords: violence, accidents, adolescents, external causes.

INTRODUÇÃO

O período da adolescência é considerado complexo, e marcado pela diversidade de experiências, necessidade de emancipação, processo de instabilidades emocional e psicossocial, gerando diversidade de comportamentos, que podem impactar, negativamente ou positivamente, nos indicadores relacionados a esse grupo populacional, de forma imediata ou mediata.

Fatores econômicos e sociais são capazes de impactar nas condições de vida e saúde de jovens, especialmente nos contextos de risco e grupos populacionais mais vulneráveis, privados das condições necessárias (educação, saúde e integração social) consideradas insubstituíveis, na formação do indivíduo. A literatura tem mostrado, por meio de estudos populacionais realizados em nível local, regional, e mundial que, nesse delicado período agrava-se a exposição aos riscos ambientais (externos), como acidentes e violências (BRASIL, 2011, MALTA et al., 2012; MALTA et al., 2016; MALTA et al., 2015, MALTA et al., 2017). De acordo com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade de Acidentes e Violências, “os acidentes e as violências são resultados de ações ou omissões, realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e espirituais a si próprio ou aos outros” (BRASIL, 2001).

A Classificação Internacional de Doenças (CID-10), atualmente em vigor, classifica os acidentes e violências (capítulo XX), como causas externas de morbidade e mortalidade (V01-Y98), considerando acidentes as ocorrências de trânsito, envenenamento, afogamento, quedas, queimaduras e outros; enquanto as violências classificadas como agressões, homicídios, suicídios ou tentativas, abusos físicos, sexuais, psicológicos, negligências e outras (BRASIL, 2013).

Em perspectiva ampla, no espaço geográfico, a vulnerabilidade não é distribuída de forma homogênea, mesmo em nível das cidades que, apesar de possuírem hábitos, costumes e população com perfis semelhantes, podem ser observadas discrepâncias social e econômica, entre os agrupamentos sociais (regiões e bairros). Pensando em nível nacional, como é o caso dos dados do presente estudo, as divergências sociais, econômicas e educacionais tornam-se ainda mais evidentes, principalmente se tratando de um país continental, pela extensão territorial, a exemplo de outros (Canadá, Rússia, China e Estados Unidos) (OMS, 2004).

Com base na magnitude e impacto do fenômeno, apresentado pelas pesquisas e respectivos indicadores, o objetivo do presente estudo foi apresentar, por regiões brasileiras, características e prevalências dos casos de violência física e acidentes, envolvendo adolescentes, segundo dados de vítimas, agressores, tipologia das lesões e evolução (alta, internamento e óbito).

METODOLOGIA

Estudo epidemiológico transversal, com adolescentes, nas faixas etárias de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos (BRASIL, 2010), vítimas de acidentes e de violência física, registrados nos Serviços de Urgência e Emergência do Sistema Único de Saúde / SUS, integrantes do “Viva Inquérito”, pesquisa nacional, realizada pelo Ministério da Saúde, nas capitais das regiões do Brasil, em 2014.

Este tipo de abordagem metodológica produz “instantâneos” de um fenômeno na população, onde a causa e o efeito são observados simultaneamente. Amostras representativas refletem a avaliação individual de cada um dos membros da população estudada, permitindo estabelecer relações de associação entre exposição e efeito (prevalência), através da detecção de grupos vulneráveis, para agravos frequentes (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

O “Viva Inquérito” trata de uma estratégia do MS, implementada em 2006, com a intenção de checagem anual das violências e acidentes. A partir de 2009, o inquérito passou a ser bianual, contemplando 2009 e 2011; e atualmente, acontece de forma trianual (2014 e 2017). A pesquisa tem caráter multicêntrico, implementada nas capitais e municípios, com representação em todas as regiões do país. Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal, com vítimas de acidentes e violências (causas externas) que procuraram atendimento em serviços de urgência e emergência, unidades de referências para causas externas.

Foram sorteados dias e turnos para a coleta, realizada em 30 dias consecutivos, entre setembro e novembro de 2014, em turno de 12 horas (BRASIL, 2017).

Para este estudo foram utilizados dados do Inquérito Viva, ano de 2014, os quais foram solicitados ao e-Sic, através do site <https://esic.cgu.gov.br/falabr.html> e viabilizados por e-mail pelo Setor de Vigilância epidemiológica do MS.

As variáveis utilizadas na presente pesquisa foram divididas em blocos:

Bloco I - *Dados demográficos de vítimas, agressores e envolvidos no acidente*: sexo (0- feminino e 1- masculino); raça/cor da pele (0- branco, 1- preto, 2- pardo); atividade remunerada (0-não e 1- sim); sexo do provável autor da agressão (0- feminino e 1- masculino); provável autor da agressão (0- familiar e 1- não familiar); classificação da agressão pela vítima (0- intencional e 1- não-intencional);e uso de bebida alcoólica pela vítima (0- sim e 1- não); tipo de vítima (0- pedestre, 1- condutor e 2- passageiro); meio de locomoção da vítima no momento do acidente (0- automóvel/ônibus/micro ônibus, 1- a pé, 2- bicicleta, 3- motocicleta, e 4- outro); meio de locomoção da outra parte envolvida (0- objeto fixo, 1- automóvel/ônibus/ micro ônibus, 2- motocicleta e 3- outro).

Bloco II: *Tipologia das agressões, lesões e ocorrências, e evolução dos casos*: local da ocorrência (0- domicílio e 1- extra domicílio); tipo de ocorrência (0- queda, 1- acidente de transporte e 2- outros acidentes); natureza da agressão (0- lesões contusas, 1- lesões cortantes e corto contusas, e 2- outras); parte do corpo atingida (0- cabeça/pescoço, 1-membros (S e I), 2- outras regiões); instrumento utilizado na agressão (0- contundente, 1- perfuro contundente, e 2- perfuro cortante); evolução na emergência (0- alta, 1- internação hospitalar, e 2- encaminhamento ambulatorial).

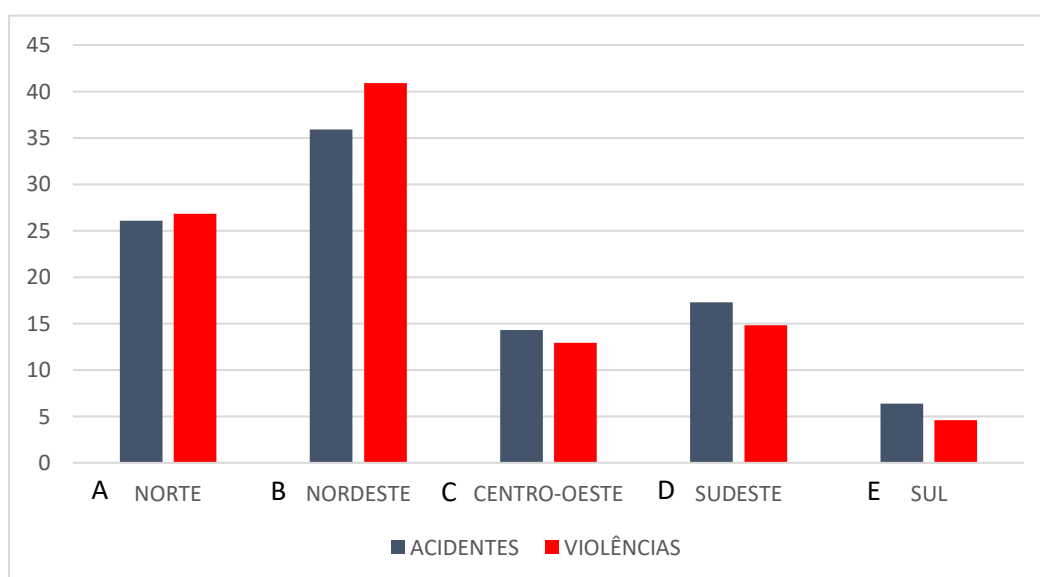
Os dados foram processados eletronicamente, com ajuda do pacote estatístico *Social Package for the Social Sciences – SPSS*, versão 17.0 for Windows, e apresentados sob a forma de gráfico e tabelas. Na primeira etapa, foram calculadas as frequências simples e absoluta, posteriormente, foram realizadas análises multivariadas, entre os

dados demográficos de vítimas, agressores e envolvidos no acidente; a tipologia das agressões e lesões, e a evolução dos casos, segundo regiões brasileiras. Foi utilizado o cálculo do Qui-quadrado (χ^2) de Pearson, com p valor $\leq 0,05$.

RESULTADOS

Os acidentes representaram as causas externas de morbidade mais prevalentes, entre adolescentes das regiões Centro-oeste (C), Sudeste (D) e Sul (E), com exceção das regiões Norte (A) e (B) Nordeste que, apesar de registrarem alta prevalência de acidentes, os índices foram ultrapassados pelas taxas de violência, destacando a região Nordeste, com a mais alta diferença entre as taxas de prevalências em violências e acidentes (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Adolescentes vítimas de acidente e violência física, por regiões do Brasil, no ano de 2014



Fonte: Viva Inquérito, 2014 (Ministério da Saúde/MS).

Adolescentes do sexo masculino foram mais vitimados pela violência, em todas as regiões do país. Ressaltam-se diversidades regionais, para o quesito raça-cor, onde, no geral das regiões, a maior prevalência dos casos de violência ocorreu entre indivíduos com pele parda, contrário à região Sul, onde prevaleceu vítimas de pele branca. Não foi registrado adolescente exercendo atividade remunerada ou fazendo uso de bebidas alcoólicas, no momento da agressão (Tabela 1).

Segundo os achados da pesquisa, a maior proporção dos agressores de violência era do sexo masculino e não fazia parte da família da vítima. A maior parte das agressões aconteceram em ambiente extradomiciliar, provocando lesões cortantes ou corto

contusas, com maior prevalência dos registros de violência nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste, enquanto que, nas regiões Sul e Sudeste, as lesões mais prevalentes foram contusas, atingindo, principalmente, as regiões de cabeça e pescoço (Tabela 1).

Em todas as regiões do Brasil, para provocar lesões, os agressores utilizaram instrumento contundente, no entanto, vale destacar a alta prevalência de instrumento perfuro contundente, caracterizado pelo projétil de arma de fogo (PAF), nas regiões Nordeste e Centro-Oeste (Tabela 1).

A maioria das vítimas evoluiu para alta e a maior prevalência de internamentos entre adolescentes, nas regiões Nordeste e Centro-Oeste do Brasil (Tabela 1).

Tabela 1 – Violência em adolescentes, por região brasileira, segundo registros do Viva Inquérito, em 2014

Tabela 1 – Violência em adolescentes, por região brasileira, segundo registros do VIVA Inquérito, em 2014						
	NORTE	NORDESTE	CENTRO- OESTE	SUDEST E	SUL	P
SEXO						
Feminino	28,0	21,7	27,5	38,5	30,6	<0.001
Masculino	72,0	78,3	72,5	61,5	69,4	
RAÇA/COR DE PELE						
Branca	17,6	13,3	21,1	24,3	52,8	<0.001
Preta	11,3	21,5	12,6	29,7	27,8	
Parda	71,1	65,2	66,3	45,9	19,4	
ATIVIDADE REMUNERADA						
Não	80,7	79,1	71,7	76,8	69,4	0.313
Sim	19,3	20,9	28,3	23,2	30,6	
SEXO DO PROVÁVEL AUTOR DA AGRESSÃO						
Feminino	16,6	8,5	12,1	13,3	23,3	<0.001
Masculino	83,4	91,5	87,9	86,7	76,7	
PROVÁVEL AUTOR DA AGRESSÃO						
Familiar	19,7	16,4	10,4	25,4	14,3	0.053
Não familiar	83,4	83,6	89,6	74,6	85,7	
CLASSIFICAÇÃO DA AGRESSÃO PELA VÍTIMA						
Intencional	84,9	88,5	84,4	81,6	97,1	0.110
Não-intencional	15,1	11,5	15,6	18,4	2,9	
USO DE BEBIDA ALCOOLICA PELA VÍTIMA						
Sim	21,5	14,8	16,1	14,3	35,3	<0.001
Não	78,5	85,2	83,9	85,7	64,7	
LOCAL DA OCORRÊNCIA						
Domicílio	29,8	23,2	16,3	21,6	8,3	<0.001
Extra domicílio	70,2	76,8	83,7	78,4	91,7	
NATUREZA DA AGRESSÃO						
Lesões contusas	28,7	29,4	44,8	62,9	54,3	<0.001
Lesões cortantes e/ou corto contusas	66,0	63,5	51,0	31,4	45,7	
Outras	5,3	7,0	4,2	5,7	-	

PARTE DO CORPO ATINGIDA						
Cabeça/pescoço	35,1	33,0	40,2	40,0	40,0	0.635
Membros (S e I)	33,7	33,3	35,1	30,9	40,0	
Outras regiões	31,3	33,7	24,7	29,1	20,0	
INSTRUMENTO UTILIZADO NA AGRESSÃO						
Contundente	50,0	46,4	56,4	84,4	66,7	<0.001
Perfuro Contundente	11,0	33,0	31,7	10,4	11,1	
Perfuro cortante	39,0	20,6	11,9	5,2	22,2	
EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA						
Alta	56,0	58,0	58,1	86,7	83,3	<0.001
Internação hospitalar	28,5	30,4	36,6	11,5	8,3	
Encaminhamento ambulatorial	15,5	11,5	5,4	1,8	8,3	

Fonte: Viva Inquérito, 2014 (Ministério da Saúde/MS).

As características sociais e demográficas dos acidentados foram semelhantes aos dos vitimados pela violência física. Os acidentes, como queimaduras, colisão contra pessoa e objetos; e os acidentes de transporte foram as ocorrências mais prevalentes; a maioria das vítimas encontrava-se na condição de condutor (motocicleta ou veículos); as vítimas classificaram a ocorrência como não-intencional e relataram não ter ingerido bebidas alcoólicas, no momento do acidente (Tabela 2).

A maior prevalência de acidentes aconteceu em ambiente extradomiciliar, em via pública; as lesões que mais se destacaram foram contusas, representadas por entorses e luxações. Quanto à localização da lesão, a parte do corpo mais atingida foram os membros superiores e inferiores, tendo a vítima evoluído para alta, na maior parte dos casos (Tabela 2).

Os resultados supracitados sobre acidentes demonstraram padrão semelhante entre as diferentes regiões estudadas, com maioria absoluta das variáveis apresentando significância estatística, $p < 0,05$ (Tabela 2).

Tabela 2 – Acidentes em adolescentes, por região brasileira, segundo registros do Viva Inquérito, em 2014

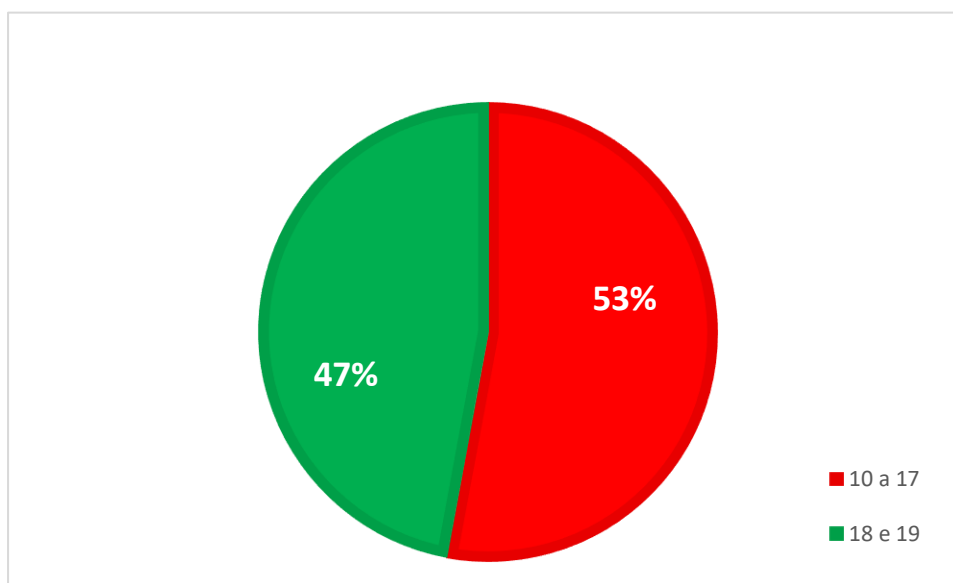
	NORTE	NORDESTE E	CENTRO- OESTE	SUDEST E	SUL	P
SEXO						
Feminino	33,8	32,1	35,7	37,3	40,1	<0.001
Masculino	66,2	67,9	64,3	62,7	59,9	
RAÇA/COR DE PELE						
Branca	19,4	17,1	31,6	30,3	71,9	<0.001
Preta	8,6	16,9	10,7	20,7	12,1	
Parda	71,9	65,9	57,8	49,0	16,0	
ATIVIDADE REMUNERADA						
Sim	19,3	22,5	31,1	19,5	27,2	<0.001

Não	80,7	77,5	68,9	80,5	72,8	
TIPO DE OCORRÊNCIA						
Queda	26,8	30,7	32,0	35,6	36,9	
Acidentes de transporte	33,8	32,7	29,8	17,3	13,9	<0.001
Outros acidentes	39,4	36,6	38,2	47,1	49,2	
TIPO DE VÍTIMA						
Pedestre	11,5	8,7	10,9	18,3	16,7	
Condutor	58,0	65,0	58,9	50,8	52,6	<0.001
Passageiro	30,5	26,3	30,1	30,9	30,8	
MEIO DE LOCOMOÇÃO DA VÍTIMA NO MOMENTO DO ACIDENTE						
Automóvel/ ônibus/micro-ônibus	8,9	6,1	16,5	13,8	26,9	
A pé	11,3	8,2	10,9	17,6	16,7	
Bicicleta	18,9	14,2	14,4	28,0	21,8	<0.001
Motocicleta	57,6	67,2	56,8	35,6	33,3	
Outro	3,2	4,3	1,3	5,0	1,3	
MEIO DE LOCOMOÇÃO DA OUTRA PARTE ENVOLVIDA						
Objeto fixo	6,5	9,0	11,1	9,8	9,0	
Automóvel/ ônibus/ micro-ônibus	38,8	34,7	51,7	43,1	50,0	<0.001
Motocicleta	18,9	17,6	11,7	11,8	5,1	
Outro	35,8	38,7	25,5	35,3	35,9	
CLASSIFICAÇÃO DA AGRESSÃO PELA VÍTIMA						
Intencional	2,0	1,7	1,7	2,4	1,8	0.4899
Não-intencional	98,0	98,3	98,3	97,6	98,2	
USO DE BEBIDA ALCOOLICA PELA VÍTIMA						
Sim	3,0	4,6	33,3	1,9	2,9	<0.001
Não	97,0	95,4	96,7	98,1	97,1	
LOCAL DA OCORRÊNCIA						
Domicílio	29,2	26,2	22,4	26,3	24,6	<0.001
Extra domicílio	70,8	73,8	77,6	73,7	75,4	
NATUREZA DA AGRESSÃO						
Lesões contusas	55,5	62,2	72,1	73,4	79,0	
Lesões cortantes e corto contusas	40,5	30,0	24,1	22,0	17,4	<0.001
Outras	4,0	7,8	3,8	4,6	3,6	
PARTE DO CORPO ATINGIDA						
Cabeça/pescoço	14,4	18,7	13,6	11,2	10,2	
Membros (S e I)	68,5	65,9	72,0	75,5	79,1	<0.001
Outras regiões	17,0	15,4	14,4	13,3	10,8	
EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA						
Alta	76,5	79,9	77,1	89,9	86,5	
Internação hospitalar	13,2	14,1	15,7	8,0	3,6	<0.001
Encaminhamento ambulatorial	10,2	6,0	7,2	2,1	9,9	

Fonte: Viva Inquérito, 2014 (Ministério da Saúde/MS).

A maioria das vítimas que se envolveram nos acidentes como condutoras apresentavam-se faixa-etária menor que 18 anos (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Percentual de vítimas de acidentes na condição de condutora de automóvel, por faixa-etária, segundo registros do Viva Inquérito, 2014, no Brasil.



Fonte: Viva Inquérito, 2014 (Ministério da Saúde/MS).

DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou que, na maioria das regiões do Brasil, jovens foram vitimizados, principalmente, pelos acidentes, sendo as violências registradas, com maior frequência, nas regiões Nordeste e Norte.

Segundo pesquisas, as causas externas de morbimortalidades (acidentes e violências) produzem grandes impactos no cotidiano da comunidade e por esse motivo são considerados como um sério e grave problema de saúde pública, em nível mundial (OMS, 2004). Entre as causas externas, os acidentes de transporte dominam o *ranking* das hospitalizações e mortes (NETO et al., 2010). Em meio as principais causas associadas a esses eventos estão os fatores socioeconômicos, culturais, constituição/estrutura familiar, faixa etária, entre outras características das vítimas e agressores como, sexo e etnia, os quais atestam a alta vulnerabilidade dos grupos etários estudados, especialmente, em contextos ambientais de risco (MARTINS, 2013).

Fatores como faixa etária e sexo parecem estar fortemente associados a esses fenômenos. A literatura vem demonstrando que jovens, especialmente do sexo masculino,

arriscam-se, na busca de novas experiências, emoções, prazer em experimentar situações de risco, colocando-se mais expostos e vulneráveis (MARTINS, 2013).

Compreender a violência como um processo histórico, cultural e econômico, marcado pela falta de oportunidades aos acessos, ajuda a entender melhor a diferença comportamental entre as morbimortalidades por causas externas. No Brasil, analisando o Produto Interno Bruto (PIB), verifica-se que as regiões Sul e Sudeste, juntas, concentram 72% do PIB nacional, o que implica na precariedade de do acesso às condições básicas de sobrevivência, especialmente nas regiões mais carentes, considerando que a violência está relacionada a múltiplos fatores contextuais, em especial a precariedade de investimentos em áreas cruciais, como educação, saúde e desenvolvimento social, para a juventude, indivíduos em formação pessoal e social, requisitos indispensáveis às novas gerações (PENNA, 2021).

Quando observado pela óptica raça/cor de pele dos envolvidos nas ocorrências de morbidades por causas externas o presente estudo verificou maior proporção de indivíduos de cor parda, em todas as regiões, com exceção da região Sul, onde a maior parte dos vitimizados era de cor branca. Sabe-se que, análises estruturais e econômicas que envolvem questões raciais apontam desequilíbrios sociais, sugerindo desigualdades, que são o reflexo da falta de acesso, de grande contingente populacional, aos serviços básicos, uma das possíveis explicações, para o aumento da violência entre jovens. Entretanto, salienta-se que, as ocorrências violentas na juventude abrangem todas as camadas sociais, nos distintos contextos socioculturais, desenvolvidos e subdesenvolvidos, sugerindo influências múltiplas, nos aspectos históricos, culturais e intergeracionais (COSTA et al., 2021).

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio do IBGE (2020), em 2012, a região Sul tinha o predomínio de população de cor branca (73,2%), o que pode explicar os achados, para a região sul do país, nesse quesito referente à raça (BRASIL, 2020).

No presente estudo, apesar das diferenças regionais, o sexo das vítimas e agressores ou provocadores das ocorrências de acidentes e violência foram similares, para ambas as causas externas de morbimortalidade. Segundo estudiosos, a maior parte dos envolvidos do sexo masculino pode estar relacionado a “masculinidade”, socialmente aceita, com raízes no modelo patriarcal, influenciando legiões de jovens, ao longo das gerações, os quais tendem a repetir e perpetuar comportamentos relacionados às questões de gênero, com grande impacto na população adolescente, considerada de alto risco para situações

de vulnerabilidade, ligadas ao contexto social. Segundo pesquisadores, nesse processo de formação de identidade, os rapazes, para garantir sua postura de “homem”, perante a sociedade, usam e abusam da agressividade física e verbal, tentando o domínio através da força (HOFFMANN et al., 2021; COSTA et al., 2021). Outra característica peculiar encontrada no presente estudo foi a vitimização de adolescentes por pessoas do convívio próximo, confirmando a teoria da heteronormatividade que cria expectativas nas atitudes, nas relações íntimas e sociais com homens e mulheres (HOFFMANN et al., 2021).

Na presente investigação, a via pública foi o local onde ocorreu o maior número de acidentes e agressões, respectivamente, achado que pode ser explicado pela maior liberdade social permitida aos rapazes e aos inúmeros aspectos culturais e sociais aceitos, relacionados às atividades de alto risco (RIBEIRO et al., 2016). Esses resultados corroboram com outros estudos nacionais, os quais observaram achados semelhantes (MALTA et al., 2009; RIBEIRO et al., 2016).

No presente estudo, as entorses, luxações, contusão, cortes e lacerações foram as lesões mais frequentes, para morbidades por causas externas. Em se tratando da região anatômica atingida, nos casos de violência, observou-se maior frequência de lesões em região de cabeça e pescoço, enquanto que, nos acidentes, lesões em membros superiores e inferiores. Esses achados corroboram com estudos da literatura que consideram esses sinais importantes indicadores para suspeita de morbidade por causas externas, seja por acidentes ou violência - maus-tratos, na faixa adolescente (SILVA et al., 2016; SILVA et al., 2020).

Para todas as regiões do Brasil, os acidentes de transporte, somado a outros acidentes, foram os responsáveis pelo alto número de internações, os vitimados apresentavam-se como condutores de motocicletas e de automóvel, ônibus e/ou micro-ônibus, com maiores proporções de vítimas/condutoras com faixa-etária menor que 18 anos. Conforme preconizado por lei, em nível global, para conduzir um veículo é imprescindível estar preparado e habilitado, perante as leis vigentes “ Código de Trânsito Brasileiro”. O artigo 140 - do Código de Trânsito Brasileiro – instrui que um dos requisitos para portar a carteira de habilitação é ser penalmente imputável, ou seja maior de 18 anos (BRASIL, 1997). Caso o menor sem habilitação seja pego conduzindo o veículo automotor é entendido, através da jurisprudência adotada no país, que os pais ou responsáveis legais devem responder por descumprimento do dever familiar – omissão dos pais – configuração administrativa prevista no artigo 249 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (JURISBRASIL, 2008):

“Descumprir, dolosa ou culposamente, os deveres inerentes ao pátrio poder familiar ou decorrente de tutela ou guarda, bem assim determinação da autoridade judiciária ou Conselho Tutelar: (Expressão substituída pela Lei nº 12.010, de 2009) Vigência Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência” (BRASIL, 1990).

Nesse contexto, é válido ressaltar os achados da presente investigação, onde foi verificado grande proporção de acidentes causados por adolescentes entre as faixas-etárias de 18 e 19 anos que, mesmo habilitados, apresentam pouco tempo de habilitação e menor experiência de trânsito. Um estudo realizado por Ehsani e colaboradores (2020) nos Estados Unidos (EUA) mostrou que características individuais e experiências com a direção de automóveis, motos, entre veículos, em adolescentes/alunos estão associadas ao risco de colisão, durante a direção independente dos veículos). O consenso aponta que, a prática contínua, ao longo do tempo, pode reduzir o risco de acidentes, entre jovens, resultados apoiados por teorias de aprendizagem que indicam ser fundamental a prática e os conhecimentos, para o desenvolvimento de habilidades. Em um estudo realizado por Miniño (2010) nos EUA mostrou que, entre as principais causas de morte de adolescentes entre 12 e 19 anos, os acidentes destacam-se, especialmente, os automobilísticos, responsáveis por mais de um terço do total de óbitos. Moller e Houstein (2016) estudaram motociclistas adolescentes, na Dinamarca, onde o principal fator associado aos acidentes foi a velocidade de condução, representando 45% dos achados. Para as outras partes envolvidas, o erro de atenção (52%) foi o fator causador de acidente mais frequente. A maioria (78%) dos acidentes envolveu violação das regras de trânsito, por parte do condutor. O presente estudo corrobora com achados dessas pesquisas, considerando os resultados sobre a condução de automóveis por adolescentes menores de 18 anos, prática ilegal e proibida pela Lei de Trânsito Brasileira.

A literatura tem apontado que, quanto mais precocemente o adolescente tem contato com a independência no transporte, quer como condutor, quer enquanto carona de um colega, também adolescente, inicia um período de oportunidades para a participação em atividades adultas, aumentando muitas vezes o risco de comportamentos indesejáveis, como uso de álcool e outras drogas, risco sexual e violências associadas a ambientes de alto risco e falta de supervisão dos pais (VOAS e TARA KELLEY-BAKER, 2013; MCCARTHY e BROWN, 2004; BECK et al., 2005).

Como limitações da presente pesquisa destacam-se o tipo de delineamento transversal que não permite o nexo causal, a impossibilidade de inferência estatística para a população de não vitimados por causas externas, considerando que a amostra do “Viva

Inquérito” foi composta por indivíduos hospitalizados que deram entrada por conta das consequências das agressões ou acidentes; os casos não registrados nos Serviços, por conta decisões dos envolvidos e com pouca gravidade; ausência de sorteio das amostras reservas, no Inquérito 2014, procedimento adotado em edições anteriores, o que pode ter repercutido nas entrevistas em alguns municípios.

Como pontos positivos da pesquisa pode-se destacar que o Viva Inquérito foi organizado e executado com apoio e participação de equipe de pesquisadores e especialistas do MS, reconhecido pelas iniciativas e suporte em pesquisas, Programas e Políticas de saúde, em nível regional e nacional, o que gera financiamento, credibilidade e maior alcance para o estudo. Destaca-se ainda o fato de que a coleta das informações foi realizada por profissionais de saúde devidamente treinados, e a amostra ser originada de hospitais de referência em urgência e emergência para causas externas, tendo representatividade nas capitais do país.

CONCLUSÃO

Os acidentes foram as causas externas de maior prevalência, na maioria das regiões do Brasil, com exceção das regiões Norte e Nordeste, onde prevaleceram os casos de violência, com maior proporção de vítimas do sexo masculino. As lesões provocadas pela violência física acometeram com maior frequência as regiões de cabeça e pescoço, enquanto que os membros superiores e inferiores foram a localização de destaque para as lesões de acidentes. Acidentes de transporte, somado a outros, foram os responsáveis pelo alto número de internações, valendo destacar que a maioria dos vitimados apresentava-se como condutores de motocicletas e automóvel e altas proporções de vítimas condutoras entre menores de 18 anos.

Os resultados do presente estudo chamam a atenção para a urgente necessidade de maior fiscalização por parte dos órgãos de trânsito, além de maior rigor das leis de trânsito brasileiras.

REFERÊNCIAS

BECK, K. H; HARTOS, J. L; SIMONS-MORTON, B. G. Parent-Teen Disagreement of Parent-Imposed Restrictions on Teen Driving after One Month of Licensure: Is

Discordance Related to Risky Teen Driving. **Prevention Science**, v. 6, n. 3, p. 177–185, 2005.

BRASIL. **LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069compilado.htm>.

BRASIL. Código de Trânsito Brasileiro. **LEI Nº 9.503, DE 23 DE SETEMBRO DE 1997**. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço / Secretaria de Políticas de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 96, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para atenção integral a saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da Saúde**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. **Protocolos de codificações especiais em mortalidade**. Brasília, 2013.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2020. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/indicadores#variacao-do-pib>>.

COSTA, M.C.O. et al. **Violência nas relações de jovens com parceiro íntimo e seus pares: perspectivas de abordagem quantitativa e qualitativa**. 1. ed. Curitiba: Appris, p. 207, 2021.

EHSANI, J. P. Learner Driver Experience and Teenagers' Crash Risk During the First Year of Independent Driving. **JAMA Pediatr**, n. 174, v. 6, p. 1–8, 2020.

MALTA, D. C. et al. A ocorrência de causas externas na infância em serviços de urgência: aspectos epidemiológicos, Brasil, 2014. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 21, n. 12, p. 3729-3744, 2016.

MALTA, D.C. et al. Atendimentos por acidentes e violências na infância em serviços de emergências públicas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 1095-1105, 2015.

MALTA, D. C. et al. Violências contra adolescentes nas capitais brasileiras, segundo inquérito em serviços de urgência. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2899-2908, 2017.

MALTA, D. C. et al. Acidentes e violência na infância: evidências do inquérito sobre atendimentos de emergência por causas externas – Brasil, 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2247-2258, 2012.

MCCARTHY, D. M; BROWN, S.A. Changes in Alcohol Involvement, Cognitions and Drinking and Driving Behavior for Youth after They Obtain a Driver's License. **J Stud Alcohol**, v. 65, n. 3, p. 289–296, 2004.

MINIÑO, A. M. Mortality Among Teenagers Aged 12–19 Years: United States, 1999–2006. **NCHS Data Brief**, v. 37, p. 1-8, 2010.

MOLLER, M; HAUSTEIN, S. Factors contributing to young moped rider accidents in Denmark. **Accident Analysis & Prevention** Volume, v. 87, p. 1-7, 2016.

NETO, O. L. M. Fatores de risco para acidentes de transporte terrestre entre adolescentes no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Ciência e Saúde coletiva**, n. 15, v. 2, p. 3043-3052, 2010.

PENA, R. F. A. PIB dos estados brasileiros; **Brasil Escola**, 2021. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/brasil/pib-dos-estados-brasileiros.htm>. Acesso em 04 de setembro de 2021.

ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro, 2003.

RIBEIRO, A. P. Quedas acidentais nos atendimentos de urgência e emergência: resultados do VIVA Inquérito de 2014. **Ciência e Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 21, n. 12, p. 3719-3727, 2016.

SILVA, M. L. C. A. et al. Fatores associados à violência física grave em crianças: uma amostragem nacional. **Editora Atena**, 2020.

VOAS, R; KELLEY-BAKER, T. Licensing Teenagers: Nontraffic Risks and Benefits in the Transition to Driving Status. **Traffic Inj Prev**, v. 9, n. 2, p. 89–97, 2013.

World Health Organization (WHO). World report on road traffic injury prevention Geneva: WHO; 2004.

5.3 Artigo 3

SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES/ COMPONENTES: VIVA/SINAN E VIVA INQUÉRITO: REVISÃO INTEGRATIVA

VIOLENCE AND ACCIDENT SURVEILLANCE SYSTEM / COMPONENTS: VIVA
/ SINAN AND VIVA SURVEY: INTEGRATIVE REVIEW

RESUMO

Introdução: violências e acidentes são classificadas como causas externas de mormimortalidade e juntas são responsáveis por grandes impactos nos setores saúde, economia, segurança e educação. No intuito de levantar indicadores importantes para serem utilizados na prevenção desses agravos e promoção da saúde, o Ministério da Saúde implementa estrategicamente O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). Objetivo: sistematizar, através de uma revisão integrativa da literatura, as publicações encontradas sobre o Viva Sinan e Viva Inquérito, classificando-as por título, autores, ano de publicação, público alvo e tipo de estudo. Metodologia: Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, buscando publicações científicas, indexadas nas bases de dados LILACS e SciELO, utilizando as palavras-chave “Viva/Sinan” OR “Viva/Inquérito”, no período 2012 a 2020. Foram excluídas publicações que fugiram ao tema proposto. Resultados: Foram encontradas 35 publicações científicas, a maioria sobre o Viva Inquérito, com maior quantidade nos anos de 2017, 2016 e 2012 com público alvo variado. Se tratando no Viva/Sinan foi observado que crianças e adolescentes foram os grupos populacionais mais pesquisado, sendo a maior frequência dos estudos do tipo transversal e anos de 2012, 2015 e 2019 se destacaram quanto ao maior número de publicações. Conclusão: O Viva inquérito e o Sistema Viva/Sinan foram criados no intuito de se complementarem e avançarem, na qualidade, abrangência e profundidade dos dados, ao longo do tempo, trazendo informações fidedignas e completas, para subsidiar políticas públicas de saúde voltadas ao enfrentamento das violências e dos acidentes.

Palavras-chave: violência, acidentes, Viva Inquérito, Viva Sina

ABSTRACT

Introduction: violence and accidents are classified as external causes of morbimortality and together they are responsible for major impacts in the health, economy, security and education sectors. In order to raise important indicators to be used in the prevention of these diseases and health promotion, the Ministry of Health strategically implements the Violence and Accident Surveillance System (VIVA). Objective: to systematize, through an integrative literature review, the publications found on Viva Sinan and Viva Inquiry, classifying them by title, authors, year of publication, audience, something and type of study. Methodology: An integrative literature review was carried out, seeking scientific publications, indexed in the LILACS and SciELO databases, using the keywords “Viva/Sinan” OR “Viva/Inquérito”, in the period 2012 to 2020. Publications that were excluded escaped from the proposed theme. Results: 35 scientific publications were found, most about the Viva Inquiry, with the highest number in the years 2017, 2016 and 2012 with a varied target audience. When dealing with Viva/Sinan, it was observed that children and adolescents were the most researched population groups, with the highest frequency of cross-sectional studies and the years 2012, 2015 and 2019 stood out in terms of the largest number of publications. Conclusion: The Viva Inquiry and the Viva/Sinan System were created in order to complement and advance in the quality, scope and depth of data over time, bringing reliable and complete information to support public health policies aimed at coping violence and accidents.

Keywords: violence, accidents, Viva Inquiry, Viva Sinan.

INTRODUÇÃO

No Brasil, as causas externas de morbimortalidade, classificadas como “violências e acidentes”, têm apresentado aumento dos índices e causado impactos, na saúde da população e na economia, sinalizando a necessidade de investimentos, por parte do poder público, visando medidas de prevenção e controle (BRASIL, 2014).

As violências são conceituadas como “uso da força física, intencional ou não acidental, contra uma pessoa, grupo ou comunidade, que causa ou tenha intenção de causar danos psicológicos, distúrbios no desenvolvimento ou privações” (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002). Os acidentes são nominados, como “consequência de uma ação não intencional ou evitável que podem gerar lesões físicas ou agravos psicológicos, com importante impacto par vida do vitimados” (MARTINS e ANDRADE, 2005; MATOS e MARTINS, 2012).

Na busca de responder a esses eventos, independente da intencionalidade, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) foi implantado, com o intuito de ter conhecimento das taxas e impactos dessas ocorrências, pessoas acometidas com esses agravos, local, frequências e características dos eventos e possíveis preditores associados aos problemas visando sensibilizar e subsidiar investimentos e políticas de prevenção e intervenção, pelos setores competentes, na promoção da saúde (BRASIL 2017).

O VIVA apresenta dois componentes, implementados com procedimentos e estratégias distintas e finalidades em comuns: o componente I -“Vigilância de Violência Interpessoal e Autoprovocada - VIVA/SINAN” e componente II - “Vigilância de Violências e Acidentes - Viva Inquérito”.

O Viva/SINAN tem como objetivo principal traçar indicadores e tendências, dos eventos violentos, ao longo do tempo, tendo como característica a continuidade da coleta dos dados, uma vez que as notificações devem ocorrer nos Serviços de Saúde, de acordo com a Portaria 104 de 25 de janeiro de 2011. Essas notificações são realizadas por profissionais de saúde em serviço, no momento da entrada da vítima ou suposta vítima de violência e, mesmo que não exista a confirmação da violência, o profissional de saúde deve, como obrigação ética e legal, fazer a denúncia dos casos suspeitos ou confirmados, principalmente se tratando de populações consideradas vulneráveis para agravos externos (como, crianças e adolescentes, mulheres e idosos). Os registros são anotados em duas vias da “Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocadas”: a primeira é anexada ao prontuário do paciente, no próprio serviço de saúde onde foi atendido, e a segunda via vai para a Vigilância Epidemiológica da respectiva Secretarias Municipal e Estadual de Saúde. Salienta-se que, quando os casos envolverem crianças, adolescentes ou idosos, deve-se encaminhar um comunicado para o Conselho Tutelar e ao Ministério Público ou Conselho do Idoso, respectivamente (BRASIL, 2014).

O “Viva Inquérito” trata de uma investigação transversal, com dados primários, de ocorrência periódica que, atualmente, acontece de forma trianual, pelas equipes treinadas pelo Ministério da Saúde (MS). As entrevistas ocorrem em Unidades Sentinelas de Urgência e Emergência, realizadas por profissionais de saúde devidamente treinados e que estão no local e turnos sorteados, disponíveis para executar a pesquisa. Os dados provenientes do Viva Inquérito e do Sistema Viva/Sinan são encaminhados para a Secretárias: Municipal de Saúde, Regionais, Estadual e Ministério da Saúde, com finalidade de digitação, consolidação, análise e divulgação dos dados, visando investimentos direcionados à implementação das políticas de enfrentamento (BRASIL 2017).

Diante do impacto do fenômeno e respectiva importância da estratégia do MS, o objetivo do presente artigo foi sistematizar, através de uma revisão integrativa da literatura, as publicações encontradas sobre o Viva Sinan e Viva Inquérito, classificando-as por título, autores, ano de publicação, público alvo e tipo de estudo.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, buscando publicações científicas, indexadas nas bases de dados Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), utilizando as palavras-chave “Viva/Sinan” OR “Viva/Inquérito”, no período 2012 a 2020. Foram excluídas publicações que fugiram ao tema proposto. Nos casos de duplicidade de artigos entre as bases de dados foi determinado pelos autores a manutenção do artigo encontrado na primeira base pesquisada.

A revisão integrativa da literatura inclui a análise de pesquisas relevantes, possibilitando a síntese do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas que precisam ser preenchidas através de novos estudos (MENDES et al., 2008).

Para o desenvolvimento dessa revisão foram percorridas as seguintes etapas: definição do tema e formulação da questão norteadora; escolha das bases de dados eletrônicas utilizadas na pesquisa; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; definição dos descritores; pré-seleção dos artigos; avaliação dos estudos pré-selecionados e seleção dos incluídos na revisão; interpretação dos resultados e apresentação da revisão integrativa. A coleta de dados foi norteadora pela seguinte pergunta: ‘Quais as

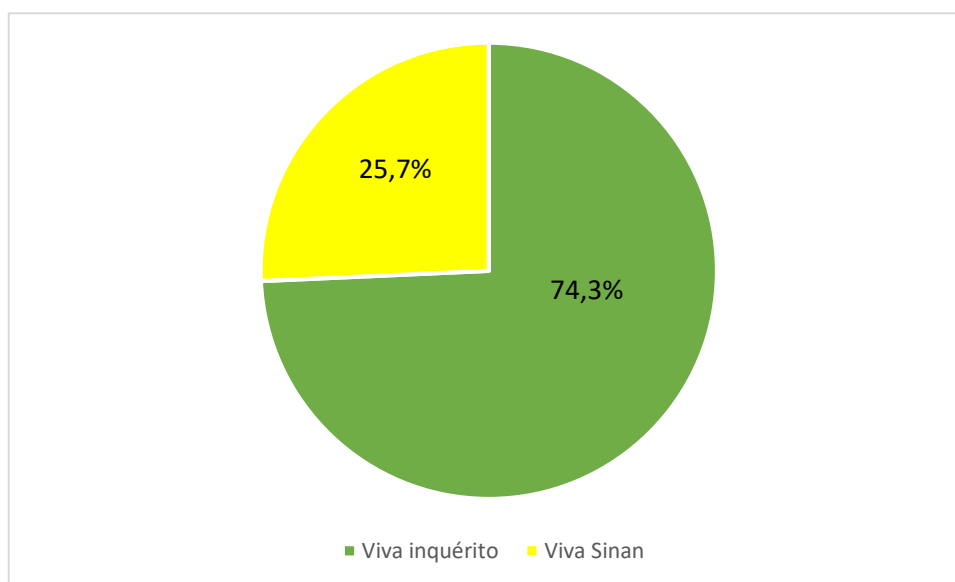
características dos estudos sobre violências e acidentes com dados do Viva/Sinan e Viva Inquérito entre os anos de 2006 a 2020?

A análise dos artigos ocorreu de forma sistemática, permitindo verificar as seguintes características de cada pesquisa: autoria, delineamento da pesquisa (estratégias de coleta e análise de dados), ano da publicação, título e público alvo (faixa etária).

RESULTADOS

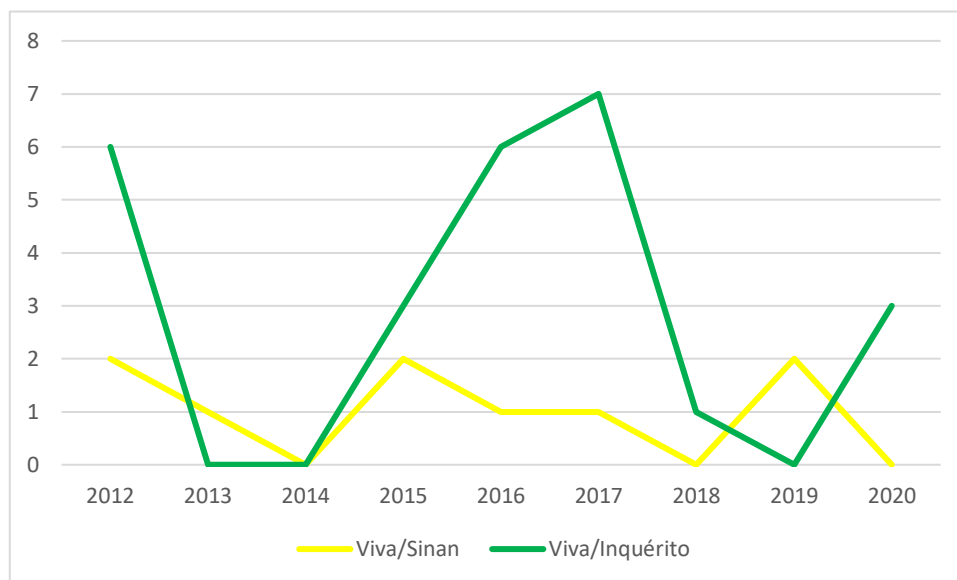
Na presente pesquisa foram encontradas 35 publicações científicas sobre dados do Viva Inquérito e Sistema VIVA/Sinan, no período entre 2012 a 2020. O Gráfico 1 aponta detalhes percentuais, por segmento do VIVA, utilizando as bases de dados supracitadas.

Gráfico 1 – Frequência em porcentagem de Artigos científicos encontrados nas bases de dados Lilacs e Scielo, com dados do Viva/Sinan e Viva/Inquérito, de 2012-2020



Fonte: Bases de dados da Scielo e Lilacs

Gráfico 2 – Evolução do número de artigos científicos publicados com dados do Sistema Viva/Sinan e o Viva/Inquérito, segundo o ano de publicação, no período 2012-2020



Fonte: Bases de dados da Scielo e Lilacs

Nas publicações referentes ao Sistema Viva/SINAN ou também chamado de Viva/Notificação, pode-se observar que as crianças e adolescentes foram os grupos populacionais mais pesquisado, sendo a maior frequência dos estudos do tipo transversal (Quadro 1). Os anos de 2012, 2015 e 2019 se destacaram quanto ao maior número de publicações (Gráfico 2).

Quadro 1 – Artigos selecionados nas bases Lilacs e Scielo, com dados do Sistema Viva/Sinan, publicados no período entre 2006 e 2020

VIVA/SINAN				
TÍTULO	AUTORES	ANO DE PUBLICAÇÃO	PÚBLICO ALVO	TIPO DE ESTUDO
Registro de dados sobre acidentes de trabalho fatais em sistemas de informação no Brasil	Adriana Galdino Batista Vilma Sousa Santana Silvia Ferrite	2019	GERAL	DOCUMENTAL
Notificações de violências contra a mulher adulta no Estado de São Paulo em 2014	Carnevalle, Claudia Vieira; Schmidt, Teresa Cristina Gioia; Moraes, Marco Antonio de; Shirassu, Mirian Matsura; Valencich, Dalva Maria de Oliveira.	2019	MULHERES	EXPLORATÓRIO
Estupro e gravidez de meninas de até 13 anos no Brasil: características e implicações na saúde gestacional, parto e nascimento	Rayone Moreira Costa Veloso Souto Denise Lopes Porto Isabella Vitral Pinto Carlos Cezar Flores Vidotti Laura Augusta Barufaldi Mariana Gonçalves de Freitas	2017	ADOLESCENTES	COMPARATIVO

	Marta Maria Alves da Silva Cheila Marina de Lima			
Completeness of notifications of violence against adolescents in Pernambuco, Brazil	Taciana Mirella Batista dos Santos Mirian Domingos Cardoso Ana Carolina Rodarti Pitangui Yasmim Gabriella Cardoso Santos Saul Martins Paiva João Paulo Ramos Melo Lygia Maria Pereira Silva	2016	ADOLESCENTES	TRANSVERSAL
Perfil da violência contra a pessoa idosa na cidade do Recife-PE	Patrícia Maria Ferreira Paraíba Maria Carmelita Maia e Silva	2015	IDOSOS	TRANSVERSAL
Violence against children: an analysis of mandatory reporting of violence, Brazil 2011	Susana Maria Moreira Rates Elza Machado de Melo Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas Deborah Carvalho Malta	2015	CRIANÇAS	TRANSVERSAL
Vigilância da violência contra a mulher em um município do estado do Rio de Janeiro	Oliveira, Paula Sergipense.	2013	MULHERES	TRANSVERSAL
Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil	Simone Gonçalves de Assis Joviana Quintes Avancil Renata Pires Pescel Thiago de Oliveira PiresI Daniela Lopes GomesII	2012	CRIANÇAS	TRANSVERSAL

Maus-tratos contra a criança e o adolescente no Estado de São Paulo, 2009	Gawryszewski, Vilma Pinheiro; Valencich, Dalva Maria de Oliveira; Carnevalle, Cláudia Vieira; Marcopito, Luiz Francisco	2012	CRIANÇAS E ADOLESCENTES	TRANSVERSAL
---	--	------	-------------------------	-------------

Fonte: Bases de dados da Scielo e Lilacs

No que concerne às publicações referente ao Viva Inquérito, pode-se observar um maior percentual de artigos publicados (74,3%), nos anos de 2017, 2016 e 2012, a maioria das publicações com enfoque em diferentes faixas etárias, público alvo e estudos do tipo transversal (Quadro 2).

Quadro 2 – Artigos selecionados nas bases de dados Lilacs e Scielo, com dados do Viva/Inquérito, publicados no período entre os anos de 2006 e 2020

VIVA INQUÉRITO				
TÍTULO	AUTORES	ANO DE PUBLICAÇÃO	PÚBLICO ALVO	TIPO DE ESTUDO
Perfil dos atendimentos por violência contra idosos em serviços de urgência e emergência: análise do VIVA Inquérito 2017	Fabiana Martins Dias de Andrade Adalgisa Peixoto Ribeiro Regina Tomie Ivata Bernal Ísis Eloah Machado Deborah Carvalho Malta	2020	IDOSO	TRANSVERSAL
Uso de capacete e gravidade de lesões em motociclistas vítimas de acidentes de trânsito nas capitais brasileiras: uma análise do Viva Inquérito 2017	Rayone Moreira Costa Veloso Souto Rafael Bello Corassa Cheila Marina de Lima Deborah Carvalho Malta	2020	GERAL	TRANSVERSAL

Agressões nos atendimentos de urgência e emergência em capitais do Brasil: perspectivas do VIVA Inquérito 2011, 2014 e 2017	Isabella Vitral Pinto Paula Dias Bevilacqua Adalgisa Peixoto Ribeiro Ana Pereira dos Santos Regina Tomie Ivata Bernal Deborah Carvalho Malta	2020	GERAL	TRANSVERSAL
Violência por parceiro íntimo: perfil dos atendimentos em serviços de urgência e emergência nas capitais dos estados brasileiros, 2014	Leila Posenato Garcia Gabriela Drummond Marques da Silva	2018	GERAL	TRANSVERSAL
Violências contra adolescentes nas capitais brasileiras, segundo inquérito em serviços de urgência	Deborah Carvalho Malta Regina Tomie Ivata Bernal Fabricia Soares Freire Pugedo Cheila Marina Lima	2017	ADOLESCENTE	EXPLORATÓRIA
Lesões provocadas por armas de fogo atendidas em serviços de urgência e emergência brasileiros	Adalgisa Peixoto Ribeiro Edinilsa Ramos de Souza Carlos Augusto Moreira de Sousa	2017	GERAL	TRANSVERSAL
Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil	Camila Alves Bahia Joviana Quintes Avanci Liana Werners bach Pinto Maria Cecilia de Souza Minayo	2017	GERAL	TRANSVERSAL
Fatores associados a violências contra crianças em Serviços Sentinela de Urgência nas capitais brasileiras	Deborah Carvalho Malta Regina Tomie Ivata Bernal Barbara de Sá Menezes Teixeira	2017	CRIANÇA	EXPLORATÓRIA

Perfil epidemiológico do atendimento por violência nos serviços públicos de urgência e emergência em capitais brasileiras, Viva 2014	Rayone Moreira Costa Veloso Souto Laura Augusta Barufaldi Lucélia Silva Nico Mariana Gonçalves de Freitas	2017	GERAL	TRANSVERSAL
Perfil do Inquérito de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência	Marta Maria Alves da Silva Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas Cheila Marina Lima Deborah Carvalho Malta Rosane Aparecida Monteiro Mariana Gonçalves de Freitas Alice Cristina Medeiros Melo Camila Alves Bahia Regina Tomie Ivata Bernal	2017	GERAL	TRANSVERSAL
Viva: vigilância de violências e acidentes: 2013 e 2014	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde.	2017	GERAL	TRASNVERSAL
Acidentes envolvendo indígenas brasileiros atendidos em serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde	Edinilsa Ramos de Souza Kathie Njaine Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas Maria Conceição de Oliveira	2016	INDÍGENAS	TRANSVERSAL
Quedas acidentais nos atendimentos de urgência e emergência: resultados do VIVA Inquérito de 2014	Adalgisa Peixoto Ribeiro Edinilsa Ramos de Souza Carlos Augusto Moreira de Sousa Mariana Gonçalves de Freitas	2016	GERAL	TRANSVERSAL

Atendimento de urgência e emergência a pedestres lesionados no trânsito brasileiro	Liana Wernersbach Pinto Adalgisa Peixoto Ribeiro Camila Alves Bahia Mariana Gonçalves de Freitas	2016	GERAL	TRANSVERSAL
Análise dos fatores associados aos acidentes de trânsito envolvendo ciclistas atendidos nas capitais brasileiras	Carlos Augusto Moreira de Sousa Camila Alves Bahia Patrícia Constantino	2016	GERAL	TRANSVERSAL
Características de motociclistas envolvidos em acidentes de transporte atendidos em serviços públicos de urgência e emergência	Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas Rayone Moreira Costa Veloso Souto Deborah Carvalho Malta Marta Maria Alves da Silva Cheila Marina de Lima Marli de Mesquita Silva Montenegro	2016	GERAL	TRANVERSAL
A ocorrência de causas externas na infância em serviços de urgência: aspectos epidemiológicos, Brasil, 2014	Deborah Carvalho Malta Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas Marta Maria Alves da Silva Mércia Gomes Oliveira de Carvalho Laura Augusta Barufaldi Joviana Quintes Avanci Regina Tomie Ivata Berna	2016	CRIANÇAS	TRANSVERSAL
Atendimentos por acidentes e violências na infância em serviços de emergências públicas	Deborah Carvalho Malta Márcio Denis Medeiros Mascarenhas Alice Cristina Medeiros das Neves Marta Alves da Silva	2015	CRIANÇAS	TRANSVERSAL

Elderly patients attended in emergency health services in Brazil: a study for victims of falls and traffic accidents	Mariana Gonçalves de Freitas Palmira de Fátima Bonolo Edgar Nunes de Moraes Carla Jorge Machado	2015	GERAL	TRANSVERSAL
Emergency room visits for work-related injuries: characteristics and associated factors - Capitals and the Federal District, Brazil, 2011	Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas Mariana Gonçalves de Freitas Rosane Aparecida Monteiro Marta Maria Alves da Silva Deborah Carvalho Malta Carlos Minayo Gómez	2015	ADOLESCENTES OU MAIS	TRANSVERSAL
Acidentes e violência na infância: evidências do inquérito sobre atendimentos de emergência por causas externas - Brasil, 2009	Deborah Carvalho Malta Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas Regina Tomie Ivata Bernal Anna Paula Bise Viegas Naiza Nayla Bandeira de Sá Jarbas Barbosa da Silva Junior	2012	CRIANÇA	TRANSVERSAL
Causas externas em adolescentes: atendimentos em serviços sentinelas de urgência e emergência nas Capitais Brasileiras - 2009	Deborah Carvalho Malta Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas Regina Tomie Ivata Bernal Silvania Suely Caribé de Araújo Andrade Alice Cristina Medeiros das Neves Elza Machado de Melo Jarbas Barbosa da Silva Junior	2012	ADOLESCENTE	TRANSVERSAL

Atendimentos por causas acidentais em serviços públicos de emergência - Teresina, Piauí - 2009	Ana Amélia Galas Pedrosa Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas Elaine Monteiro da Costa Liana Pereira Cronemberger	2012	GERAL	TRANSVERSAL
Acidentes de transporte envolvendo motocicletas: perfil epidemiológico das vítimas de três capitais de estados brasileiros, 2007	Legay, Letícia Fortes; Santos, Simone Agadir; Lovisi, Giovanni Marcos; Aguiar, Jeane Soares de; Borges, José Carvalho; Mesquita, Renata Martins; Abelha, Lúcia.	2012	GERAL	DESCRITIVO/EXPLORATÓRIO
Atendimentos por acidentes de transporte em serviços públicos de emergência em 23 capitais e no Distrito Federal – Brasil, 2009	Malta, Deborah Carvalho; Bernal, Regina Tomie Ivata; Mascarenhas, Márcio Dênis Medeiros; Monteiro, Rosane Aparecida; Sá, Naíza Nayla Bandeira de; Andrade, Silvânia Suely Caribé de Araújo; Gawryszewski, Vilma Pinheiro; Silva, Marta Maria Alves da; Moraes Neto, Otaliba Libânio de	2012	GERAL	DESCRITIVO/EXPLORATÓRIO
Atendimentos por acidentes de transporte em serviços públicos de emergência em 23 capitais e no Distrito Federal – Brasil, 2009	Malta, Deborah Carvalho; Bernal, Regina Tomie Ivata; Mascarenhas, Márcio Dênis Medeiros; Monteiro, Rosane Aparecida; Sá, Naíza Nayla Bandeira de; Andrade, Silvânia Suely Caribé de Araújo; Gawryszewski, Vilma Pinheiro; Silva, Marta Maria Alves da; Moraes Neto, Otaliba Libânio de	2012	GERAL	DESCRITIVO/EXPLORATÓRIO

Fonte: Bases de dados da Scielo e Lilacs

DISCUSSÃO

O Viva Inquérito e o Sistema Viva/Sinan são dois componentes da “Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA”, que integram as “morbimortalidades por causas externas”. Ambos os componentes do VIVA são de fundamental importância, para subsidiar políticas públicas de intervenção e promoção da saúde, em nível regional e nacional (BRASIL, 2018). Esses componentes contribuem para ampliar o mapeamento e a situação epidemiológica dos acidentes e violências, através das múltiplas “portas de entrada” dessas ocorrências no Sistema de Saúde (BRASIL, 2009). Apesar de apresentarem objetivos similares, eles divergem quanto a abordagem e procedimentos metodológicos utilizados.

O Viva Inquérito, como o nome sinaliza, representa um Inquérito nacional, de autoria do MS, realizado nas diferentes regiões (capitais e distrito federal), com periodicidade trianual, obedecendo procedimentos sistemáticos rigorosos, calculados e analisados por ferramentas estatísticas, para obtenção dos resultados (BRASIL, 2017b). Essa estratégia do MS teve início em 2006, quando foram selecionados, no processo de amostragem, 65 serviços Sentinela de Urgência e Emergência, distribuídos em 34 capitais e Distrito Federal. Ideologicamente, o Viva Inquérito deveria acontecer com periodicidade anual, no entanto, a partir de 2007, passou a ser bianual e, depois da coleta de 2011, realizado trianual, devido às questões de custos financeiro, necessários para operacionalização da coleta e sistematização de dados (BRASIL, 2017a).

Por se tratar de um estudo transversal, com dados primários, coletados por profissionais e acadêmicos da saúde, devidamente treinados, com abrangência nacional e visando coletar dados das diversas formas de violências e tipos e acidentes, o Viva Inquérito representa uma importante fonte de informações para pesquisadores que atuam nessa área, considerando o foco em diferentes grupos-etários. Apesar dos dados serem disponibilizados pelo DATA/SUS, de forma compilada, pesquisadores podem solicitar informações específicas adicionais ao MS, com pronta disponibilização dos bancos de dados e respectivas variáveis, ampliando a perspectiva de estudos, viabilizando a operacionalização de pesquisas que não possuem financiamento, considerando a amplitude multicêntrica, em nível regional e nacional (BRASIL, 2017b).

Vale a pena ressaltar que os dados do Viva Inquérito são primários, obtidos através de uma entrevista, o que permite aprofundar o nível da investigação, pela completude das informações (variáveis), permitindo ainda o aprofundamento no tema.

Todas essas características talvez respondam o maior número de publicações com os dados do Viva Inquérito quando comparado ao Viva/Sinan, já que o Viva/Notificação conta com registros dos profissionais de saúde que atuando frente aos diferentes serviços de saúde se deparam com casos suspeitos ou confirmados da violência. Nessa perspectiva, apesar da obrigatoriedade por Lei, através da Portaria de Número 104, de 25 de janeiro de 2011, e nos casos de crianças e adolescentes, através do Estatuto da criança e do Adolescentes, essas notificações contam com particularidades inerentes a cada profissional. Peculiaridades estas associadas muitas vezes ao grau de conhecimento que esses profissionais têm sobre o agravo, pois muitas vezes discutiram pouco ou nada sobre o assunto quando estavam na graduação, ou até mesmo em cursos de pós-graduação, ou por não saberem como agir frente a esses casos (SILVA et al., 2014).

Ressalta-se a importância e necessidade de melhorar a discussão sobre esses agravos, nos cursos das Universidades, especialmente na Graduação e Pós-graduação em Saúde, os quais podem contribuir, de forma impactante, na formação profissional, sensibilização e atitudes de técnicos e gestores, assim como nos indicadores da situação de saúde e estratégias de prevenção e intervenção, a curto e médio prazo.

Nesse sentido, a literatura aponta o impacto negativo da subnotificação no Sistema VIVA/Sinan que depende da prática profissional, considerando a necessidade de notificação dos agravos.

A continuidade com que os dados do Sistema Viva/Sinan devem ser operacionalizados é um diferencial, considerando a importância da notificação na atenção primária, secundária e terciária à saúde. Uma das possíveis explicações para pesquisadores utilizarem com menos frequência os dados do Sistema Viva/Sinan, pode ser também em decorrente ao grande número de variáveis ignoradas (subnotificadas), no momento do preenchimento da notificação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Viva Inquérito e o Sistema Viva Sinan possuem características distintas, no que concerne ao processo de registro das informações, em especial a forma com que esses dados são coletados e analisados. A utilização do Viva Inquérito para os pesquisadores parece ser mais interessante, no sentido da melhor qualidade dos registros de informações, que são importantes para subsidiar políticas públicas, através de indicadores levantados.

O Viva Inquérito coleta dados de violências e acidentes em diferentes estados e no Distrito Federal Brasileiro, trazendo mais um ponto a ser levado em consideração. Apesar das subnotificações e sub registros relacionados ao Sistema Viva/Sinan é fundamental e necessária a utilização de dados desse Sistema, considerando a continuidade, individualidade e obrigatoriedade, em serviços de saúde, nos diferentes níveis; por outro lado, apontando a necessidade de investimentos direcionados à qualidade dos dados, quanto ao empenho para evitar subnotificações.

O Viva inquérito e o Sistema Viva/Sinan foram criados no intuito de se complementarem e avançarem, na qualidade, abrangência e profundidade dos dados, ao longo do tempo, trazendo informações fidedignas e completas, para subsidiar políticas públicas de saúde voltadas ao enfrentamento das violências e dos acidentes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço / Secretaria de Políticas de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 96, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Instrutivo de Preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências**, 2009.

BRASIL. Equipe de Vigilância de Eventos Vitais, Doenças e Agravos Não Transmissíveis. **Inquérito sobre Atendimentos por Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA**. Brasília, 2014.

BRASIL . Ministério da Saúde. **Vigilância de Violência Interpessoal e Autoprovocada (VIVA/SINAN)**. Brasília, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Viva: Vigilância de Violências e Acidentes 2013 e 2014**. Brasília, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)**. Brasília, 2018. Disponível em: < <https://antigo.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-violencias-e-acidentes-viva>>.

MARTINS, C. B. G; ANDRADE, S. M. Causas externas entre menores de 15 anos em cidade do Sul do Brasil: atendimentos em pronto socorro, internações e óbitos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 194-204, 2005.

MATOS, F. K; MARTINS, C. B. G. Perfil epidemiológico da mortalidade por causas

externas em crianças, adolescentes e jovens na capital do Estado de Mato Grosso, Brasil, 2009. **Epidemiologia Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 43-53, 2012.

MENDES, K. D.S; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

SILVA, M. L. C. A et al. Responsabilidade ética e legal dos profissionais de saúde que integram a ESF e NASF diante de casos suspeitos ou confirmados de violência. **Revista Brasileira de Odontologia Legal**. v. 1, n. 1, p. 52-62, 2014.

6 ASPECTOS ÉTICOS

O viva Inquérito foi aprovado pelo CONEP sob o número 735.933/2014 atendendo a Resolução 466/12 (SILVA et al., 2016).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. S. et al. FATORES ASSOCIADOS AO USO DE ÁLCOOL POR ADOLESCENTES. **Texto e Contexto enfermagem**, v. 30, p. 1-16, 2021.

AMORIM, H. P. L. et al. Levantamento de marcas de mordidas humanas em vítimas de violência periciadas no Instituto Médico Legal de Feira de Santana-BA, entre 2007 e 2014. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 52, n. 3, p. 165-174, 2016.

ANTOGNOLLI, S. R. D. B. et al. Perfil Epidemiológico da Violência Contra Crianças e Adolescentes no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Ensaio e Ciência**, v.25, n.1, p. 95-101, 2021.

BARBIANI, R. Violação de direitos de crianças e adolescentes no Brasil: interfaces com a política de saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 200-211, ABR-JUN 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Viva Inquérito 2017: Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência – Capitais e Municípios/** Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, Brasília, Ministério da Saúde, v.1, p. 132, 2019.

BRASIL. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)**. Brasília, 2018. Disponível em: < <https://antigo.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-violencias-e-acidentes-viva>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de Violência Interpessoal e Autoprovocada (VIVA/SINAN)**. Brasília, 2017.

BRASIL. Equipe de Vigilância de Eventos Vitais, Doenças e Agravos Não Transmissíveis. **Inquérito sobre Atendimentos por Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Instrutivo de Preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências**, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. **Violência faz mal à saúde** / [Cláudia Araújo de Lima (Coord.) et al.]. Brasília: Ministério da Saúde, p. 298, 2006.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **O direito a convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil**. Brasília, 2004.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço / Secretaria de Políticas de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 96, 2001.

BRASIL. LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069compilado.htm>.

CAIRES, P. T. P. R. C. et al. A violência de gênero na Atenção Básica sob a ótica dos profissionais de saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [São Paulo], v. 13, n. 3, p. 1-7, 2021.

CARLOS, D. M. “Não tenho, não tive”: vivências de famílias envolvidas na violência contra crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.73, n.4, p. 1-8, 2020.

COSTA, M. C. O. et al. Perfil da vitimização sexual de crianças e adolescentes, segundo descrição de casos por alunos e professores de escolas públicas. **Revista Baiana Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 482-502, 2011.

DAY, V. P. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, v. 25, n. 1, p. 9-21, 2003.

FRANCO, J. L. F. Sistemas de Informação em Saúde. Unasus. Unifesp, 2015. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/6/unidades_conteudos/unidade08/p_04.html>.

FREITAS, R. J. M. et al. VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE: O PAPEL DA ENFERMAGEM. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 8822, 2021.

FREITAS, M. G. Idosos atendidos em serviços de urgência no Brasil: um estudo para vítimas de quedas e de acidentes de trânsito. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 701-712, 2015.

FINKELHOR, D. et al. Measuring poly-victimization using the Juvenile Victimization Questionnaire. **Child Abuse & Neglect**, v. 29, p. 1297-1312, 2012.

LIMA, M. V. F. et al. Perfil dos atendimentos por causas externas em hospital público. **Revista Rene**, v. 13, n. 1, p. 36-43, 2012.

LOPES NETO, A. A. **Violência contra Crianças e Adolescentes**. Acervo, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 59-78, jan/jun, 2002.

LOPÉZ, M. E. S. Epidemiologia da violência contra adolescentes no Brasil: Análise de dados do sistema de vigilância de violência e acidentes. **Revista Médica Herediana**, [Lima - Peru], v. 32, n. 2, p. 79-90, 2021.

LUZ, T. C. B. et al. Violências e acidentes entre adultos mais velhos em comparação aos mais jovens: evidências do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2135-2142, 2011.

MACEDO, D. M. et al. Revisão sistemática de estudos sobre registro de violência contra crianças e adolescentes no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.24, n. 2, p. 487-496, 2019.

MALTA, D. C. et al. Acidentes e violência na infância: evidências do inquérito sobre atendimentos de emergência por causas externas – Brasil, 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2247-2258, 2012.

MALTA, D. C. et al. A ocorrência de causas externas na infância em serviços de urgência: aspectos epidemiológicos, Brasil, 2014. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n 12, p.3729-3744, 2016.

MARTINS, C. B. G. et al. Acidentes na infância e adolescência: uma revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 59, n. 3, p. 344-348, 2006.

MASCARENHAS, M. D. M. Características de motociclistas envolvidos em acidentes de transporte atendidos em serviços públicos de urgência e emergência. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 12, 2016.

MATOS, F. K; MARTINS, C. B. G. Perfil epidemiológico da mortalidade por causas externas em crianças, adolescentes e jovens na capital do Estado de Mato Grosso, Brasil, 2009. **Epidemiologia Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 43-53, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra, p. 338, 2002.

PIMENTA, R. M. C. et al. Levantamento de lesões na região bucomaxilofacial em vítimas de violência periciadas no Instituto Médico Legal (IML) de Feira de Santana-BA, entre 2007 e 2009. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 49, n. 4, p. 154-161, 2013.

PIRES, A. L. D; MIYAZAKI, M. C.O.S. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. **Arquivos Ciência e Saúde**, v. 12, n 1, p. 42-9, 2005.

RIBEIRO, A. P. Quedas acidentais nos atendimentos de urgência e emergência: resultados do VIVA Inquérito de 2014. **Ciência e Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 21, n. 12, p. 3719-3727, 2016.

SALLES, L. M. F. Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 22, n. 1, p. 33-41, 2005.

SILVA, M. A. L. et al. Perfil dos atendimentos a crianças e adolescentes vítimas de causas externas de morbimortalidade, 2000-2006. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 351 – 358, 2010.

SILVA, M. L. C. A. et al. Injúrias dentárias traumáticas em crianças e adolescentes vítimas de violência periciadas no Instituto Médico Legal de Feira de Santana, Bahia. **Revista da Faculdade de Odontologia**, Passo Fundo, v. 21, n. 1, p. 31-36, 2016.

SILVA, M. M. A. Perfil do Inquérito de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência. **Epidemiologia Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 1, p.183-194, 2016.

SILVA, M. L. C. A. et al. Traumas dentários em crianças e adolescentes periciadas no instituto médico legal de feira de Santana-Bahia. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 24-30, 2017.

TOMIMATSU, M. F. A. I. et al. Qualidade da informação sobre causas externas no Sistema de Informações Hospitalares. **Revista Saúde Pública**. v. 43, n 3, 2009.

VIEIRA, L. J. E. S. et al. Fatores de Risco para Violência Contra a Mulher no Contexto Doméstico e Coletivo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, p.113-125, 2008.

ANEXOS

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde		VIVA Inquérito 2014		1 N. da Ficha	2 N. do Turno Sorteado
Definição de caso: Vítima de violência ou acidente atendida pela primeira vez neste serviço em decorrência desta violência ou acidente, com ou sem lesão física.					
Dados Gerais 3 UF 4 Município de Notificação 5 Unidade de Saúde 6 Código (CNES)					
6 Concorda em participar da pesquisa? 1-Sim (vítima) 5-Não (vítima) 2-Sim (familiar) 6-Não (familiar) 3-Sim (acompanhante) 7-Não (acompanhante) 4-Sim (corpo clínico) 8-Não (corpo clínico)		7 Data do atendimento		8 Dia da semana do atendimento 1-Domingo 2-Segunda 5-Quinta 3-Terça 6-Sexta 4-Quarta 7-Sábado	
10 Qual o seu nome completo?		9 Hora do atendimento (00:00 - 23:59)			
Dados da Pessoa Atendida 11 Qual a data de seu nascimento? 12 Idade 13 Sexo 14 Qual a sua raça ou cor da pele? (Ler)					
15 Você estudou até que série ou grau? 16 Você realiza alguma atividade remunerada? 17 Se sim, qual atividade realiza? 18 Você possui algum plano de saúde ou convênio médico?					
19 Você possui algum tipo de deficiência permanente? 20 Se sim, qual tipo de deficiência? 21 Qual meio de locomoção utilizou para chegar até aqui? 22 Procurou atendimento em outro serviço, por essa ocorrência, antes de vir para este local?					
Residência 23 UF 24 Município de residência 25 Bairro de residência 26 (DDD) Telefone					
27 Zona de residência 28 País (se residente fora do Brasil) 29 Comunidade tradicional/Pop. específica: (Ler)					
30 Data da ocorrência 31 Dia da semana da ocorrência 32 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59)					
33 Local de ocorrência 34 UF 35 Município de ocorrência 36 Bairro de ocorrência 37 Zona de ocorrência					
PERGUNTAR: O que aconteceu? Como? (anotar o relato sucinto no verso do formulário)					
38 Tipo de ocorrência 39 Tipo de vítima 40 Meio de locomoção da vítima 41 No momento do acidente, você usava algum desses equipamentos? (Ler) 42 Outra parte envolvida 43 Tipo de queda 44 Tipo de queimadura					
Acidente de transporte 45 Outros acidentes 46 Lesão autoprovocada 47 Foi tentativa/suicídio? 48 Natureza da agressão 49 Meio de agressão 50 Provável autor da agressão					
Acidente de Consumo 51 Produto/Serviço envolvido no acidente 52 A ocorrência se deu durante o trabalho ou no trajeto para o trabalho? 53 Tipo de produto/serviço 54 A ocorrência se deu durante o trabalho ou no trajeto para o trabalho? 55 Você considera essa ocorrência como... (Ler) 56 Você ingeriu bebida alcoólica nas seis horas anteriores à ocorrência?					
Lesão/Evolução 57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal) 58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal) 59 Evolução na emergência (primeiras 24 horas) 60 Nome e código do entrevistador 61 Data do preenchimento 62 Circunstância da lesão					



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS
ÁREA TÉCNICA DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS
Inquérito sobre Atendimentos de Emergência por Causas Externas em Serviços Sentinela do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)

Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência – VIVA Inquérito 2014 versão 5
- Dicionário de Variáveis – PARTE 1

CAMPO DA FICHA		BANCO DE DADOS				
NOME	TIPO	TAM	NOME	CATEGORIAS	DESCRIÇÃO	CARACTERÍSTICAS/ CRÍTICA DE CONSISTÊNCIA
1. N. da Ficha	Numérica	7	NUM_NOT		Informar o número da notificação.	Campo de preenchimento obrigatório.
2. N. do Turno Sorteado	Numérica	2	NUM_TURNO		Informar o número do turno sorteado conforme tabela fornecida pela CGDANT.	Campo de preenchimento obrigatório.
3. UF de notificação	Caractere	2	UF_NOT		Informar a Unidade Federada (UF) onde foi feita a notificação.	Variável de preenchimento automático a partir do nome do município.
4. Município de Notificação	Caractere	30	MUN_NOT		Informar o município onde foi feita a notificação.	Campo de preenchimento obrigatório.
Código IBGE	Numérica	7	IBGE_NOT		Para cada município selecionado, será apresentado um código conforme tabela do IBGE	Variável de preenchimento automático a partir do nome do município.
5. Unidade de Saúde	Caractere	30	UNID_SAUDE		Informar o nome da unidade de saúde onde foi feita a notificação.	
Código (CNES)	Numérica	15	CNES		Informar o número da unidade de saúde, caso ela esteja incluída no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).	Campo de preenchimento obrigatório.
6. Concorda em participar da pesquisa?	Caractere	1	CONSENT	1-Sim (vítima) 2-Sim (familiar) 3-Sim (acompanhante) 4-Sim (corpo clínico) 5-Não (vítima) 6-Não (familiar) 7-Não (acompanhante) 8-Não (corpo clínico)	Informar se a pessoa atendida/vítima, familiar, acompanhante ou corpo clínico concorda em participar da pesquisa.	Campo de preenchimento obrigatório.
7. Data do atendimento	Data	10	DT_ATEND		Informar a data em que a pessoa atendida/vítima foi atendida	Campo de preenchimento obrigatório

CAMPO DA FICHA		BANCO DE DADOS				
NOME	TIPO	TAM	NOME	CATEGORIAS	DESCRIÇÃO	CARACTERÍSTICAS/ CRÍTICA DE CONSISTENCIA
8. Dia da semana do atendimento	Caractere	1	DIA_ATEND	1-Domingo 2-Segunda 3-Terça 4-Quarta 5-Quinta 6-Sexta 7-Sábado	Informar o dia da semana em que a pessoa atendida/vítima foi atendida.	
9. Hora do atendimento (00:00 às 23:59)	Númerica	6	HORA_ATEND		Informar a hora em que a pessoa atendida/vítima foi atendida, considerando o intervalo de 00:00 às 23:59.	
10. Qual o seu nome completo?	Caractere	45	NOME		Informar o nome completo da pessoa atendida/vítima.	
11. Qual a data de seu nascimento?	Data	10	DT_NASC		Informar a data de nascimento da pessoa atendida/vítima.	
12. Idade	Númerica	3	IDADE		Informar a idade da pessoa atendida/vítima.	Preenchimento automático a partir da variável Data de nascimento para idade maior ou igual a um ano.
Unidade de tempo	Caractere	1	IDADE_A	1-Dia 2-Mês 3-Ano 9-Ignorado	Informar a unidade de tempo da idade da pessoa atendida/vítima.	
13. Sexo	Caractere	1	SEXO	1-Masculino 2-Feminino 9-Ignorado	Informar o sexo da pessoa atendida/vítima.	
14. Qual a sua raça ou cor da pele?	Caractere	1	RACA	1 – Branca 2 – Preta 3 – Amarela 4 – Parda 5 – Indígena	Informar a raça/cor da pele declarada pela pessoa atendida/vítima (Agregada).	
15. Você estudou até que série ou grau?	Caractere	2	ESCOLAR	1-Analfabeto/sem escolaridade 2-Creche (0 a 3 anos) 3-Pré-escola (4 a 5 anos) 4-1º Ciclo Ens Fund (1º ao 5º ano) 5-2º Ciclo Ens Fund (6º ao 9º ano) 6-Ens Médio 7-Ens Superior 8-Não se aplica 9-Ignorado	Informar a escolaridade da pessoa atendida/vítima.	

CAMPO DA FICHA		BANCO DE DADOS				
NOME	TIPO	TAM	NOME	CATEGORIAS	DESCRIÇÃO	CARACTERÍSTICAS/ CRÍTICA DE CONSISTENCIA
16. Você realiza alguma atividade remunerada?	Caractere	1	TRABALHA	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Informar se a pessoa atendida/vítima realiza alguma atividade remunerada.	Se Sim, passar para o campo 17. Se Não ou Ignorado, passar para o campo 18. Se Não ou Ignorado, o campo 52 deverá ser preenchido com 8-Não se aplica.
17. Se sim, qual atividade realiza?	Caractere	40	OCUPACAO		Informar a ocupação da pessoa atendida/vítima.	Caso seja preenchido DESEMPREGADO ou DESOCUPADO na ficha, a opção <u>Desempregado</u> será selecionada no aplicativo.
Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)	Númerica	7	CBO2002		Para cada ocupação selecionada, será apresentado um código conforme tabela do CBO.	
18. Você possui algum plano de saúde ou convênio médico?	Caractere	1	CONVENIO	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Informar se a pessoa atendida/vítima possui algum plano de saúde ou convênio médico.	
19. Você possui algum tipo de deficiência permanente?	Caractere	1	DEFICIENCIA	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Informar se a pessoa atendida/vítima possui algum tipo de deficiência permanente.	Se Sim, passar para o campo 20. Se Não ou Ignorado, passar para o campo 21. Se Não ou Ignorado, o campo 20 deverá ser preenchido com 8-Não se aplica.
20. Se sim, qual tipo de deficiência Física	Caractere	1	DEF_FIS	1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado	Informar se a pessoa atendida/vítima possui deficiência física.	
20. Se sim, qual tipo de deficiência Mental	Caractere	1	DEF_MENTAL	1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado	Informar se a pessoa atendida/vítima possui deficiência mental.	
20. Se sim, qual tipo de deficiência Visual	Caractere	1	DEF_VISUAL	1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado	Informar se a pessoa atendida/vítima possui deficiência visual.	
20. Se sim, qual tipo de deficiência Auditiva	Caractere	1	DEF_AUDITIVA	1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado	Informar se a pessoa atendida/vítima possui deficiência auditiva.	
20. Se sim, qual tipo de deficiência Outras deficiências/Síndromes	Caractere	1	DEF_OUTRAS	1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado	Informar se a pessoa atendida/vítima possui outras deficiências ou síndromes.	Se Outras deficiências/Síndromes=1-Sim, especificar no campo seguinte.
Outras deficiências/Síndromes	Caractere	25	QUAL_DEFIC		Informar qual outra deficiência ou síndrome a pessoa atendida/vítima possui.	

CAMPO DA FICHA		BANCO DE DADOS				
NOME	TIPO	TAM	NOME	CATEGORIAS	DESCRIÇÃO	CARACTERÍSTICAS/ CRÍTICA DE CONSISTÊNCIA
21. Qual meio de locomoção utilizou para chegar até aqui?	Caractere	1	TRANSP	1-A pé 2-Veículo particular 3-Viatura policial 4-SAMU 5-Ambulância 6-Resgate 7-Ônibus/micro-ônibus 8-Outro 9-Ignorado	Informar o meio de locomoção que a pessoa atendida/vítima utilizou para chegar ao serviço de saúde.	
21 Qual outro	Caractere	15	O_ATEND		Informar qual o outro meio de locom.	
22. Procurou atendimento outro serviço, por essa ocorr, antes vir p/este local?	Caractere	1	ATEND_OUTRO	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Informar se houve atendimento anterior por essa ocorrência em outro serviço.	
23. UF de residência	Caractere	2	UF_RES		Informar a UF de residência da pessoa atendida/vítima.	Variável de preenchimento automático a partir do nome do município.
24. Município de residência	Caractere	30	MUN_RES		Informar o município de residência da pessoa atendida/vítima.	
Código IBGE	Númerica	7	IBGE_RES		Para cada município selecionado, será apresentado um código conforme tabela do IBGE	Variável de preenchimento automático a partir do nome do município.
25. Bairro de residência	Caractere	40	BAIRRO_RES		Informar o nome do bairro de residência da pessoa atendida/vítima.	
26. (DDD) Telefone	Númerica	11	FONE_RES		Informar o número do telefone da pessoa atendida/vítima.	
27. Zona de residência	Caractere	1	ZONA_RES	1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado	Informar a zona de residência da pessoa atendida/vítima.	
28. País (se é residente fora do Brasil)	Caractere	15	PAIS_RES		Informar o país de residência, caso a pessoa atendida/vítima resida em outro país.	
29. Você é:	Caractere	1	VULNERAVEL	1-Cigano 2-Quilombola 3-Aldeado 4-Pessoa em situação de rua 5-Outro 6-Nenhum 9-Ignorado	Informar se a pessoa atendida/vítima pertence a algum grupo de pessoas em situação de vulnerabilidade.	Se Outro, especificar no campo seguinte.
Outro	Caractere	15	OUTRO_VUL		Informar qual outro grupo de pessoas em situação de vulnerabilidade a pessoa atendida/vítima pertence.	
30. Data da ocorrência	Data	10	DT_OCOR		Informar a data em que o acidente / violência ocorreu.	A data da ocorrência não pode ser posterior à data da notificação.

CAMPO DA FICHA		BANCO DE DADOS				
NOME	TIPO	TAM	NOME	CATEGORIAS	DESCRIÇÃO	CARACTERÍSTICAS/ CRÍTICA DE CONSISTENCIA
31. Dia da semana da ocorrência	Caractere	1	DIA_OCORA	1-Domingo 2-Segunda 3-Terça 4-Quarta 5-Quinta 6-Sexta 7-Sábado	Informar o dia da semana em que o acidente / violência ocorreu.	
32. Hora da ocorrência (00:00 às 23:59 horas)	Númerica	6	HORA_OCORA		Informar a hora em que o acidente/violência ocorreu, considerando o intervalo de 00:00 às 23:59.	
33. Local de ocorrência	Caractere	2	LOC_OCORA	01-Residência 02-Habitação coletiva 03-Escola 04-Área de recreação 05-Bar ou similar 06-Via pública 07-Comércio/serviços 08-Indústria/construção 09-Outro 99-Ignorado	Informar o local onde se deu a ocorrência notificada.	Se Outro, especificar no campo seguinte.
Outro	Caractere	15	O_LOCOORA		Informar qual outro local onde se deu a ocorrência notificada.	
34. UF de ocorrência	Caractere	2	UF_OCORA		Informar a UF de ocorrência do acidente/violência.	Variável de preenchimento automático a partir do nome do município.
35. Município de ocorrência	Caractere	30	MUN_OCORA		Informar o nome do município de ocorrência do acidente/violência	
Código IBGE	Númerica	7	IBGE_OCORA		Para cada município selecionado, será apresentado um código conforme tabela do IBGE	Variável de preenchimento automático a partir do nome do município.
36. Bairro de ocorrência	Caractere	40	BAIRRO_OCORA		Informar o bairro de ocorrência do acidente/violência.	
37. Zona de ocorrência	Caractere	1	ZONA_OCORA	1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado	Informar a zona de ocorrência do acidente/violência.	

CAMPO DA FICHA			BANCO DE DADOS			
NOME	TIPO	TAM	NOME	CATEGORIAS	DESCRIÇÃO	CARACTERÍSTICAS/ CRÍTICA DE CONSISTENCIA
38. Tipo de ocorrência	Caractere	1	TP_OCOR	1-Acidente de transporte 2-Queda 3-Queimadura 4-Outros acidentes 5-Lesão autoprovocada 6-Agressão/maus-tratos 7-Intervenção por agente legal público 9-Ignorado	Informar o tipo de ocorrência notificada.	Campo de preenchimento obrigatório.
39. Tipo de vítima	Caractere	1	TP_VITIMA	1-Pedestre 2-Conductor 3-Passageiro 4-Outro 8-Não se aplica 9-Ignorado	Se Tipo de ocorrência=1-Acidente de transporte, informar o tipo de vítima.	
40. Meio de locomoção da vítima	Caractere	1	TP_TRANSP	1-A pé 2-Automóvel 3-Motocicleta 4-Bicicleta 5-Ônibus/micro-ônibus 6-Outro 8-Não se aplica 9-Ignorado	Se Tipo de ocorrência=1-Acidente de transporte, informar o meio de locomoção utilizado pela pessoa atendida/vítima no momento do acidente.	Se Outro, especificar no campo seguinte.
Outro	Caractere	25	O_TPTRANSP		Informar qual outro meio de locomoção utilizado pela pessoa atendida/vítima no momento do acidente de transporte.	
41. No momento do acidente, você usava algum desses equipamentos? Cinto de segurança	Caractere	1	CINTO	1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado	Se Tipo de ocorrência=1-Acidente de transporte, informar se a pessoa atendida/vítima utilizava cinto de segurança no momento do acidente.	
41. No momento do acidente, você usava algum desses equipamentos? Capacete	Caractere	1	CAPACETE	1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado	Se Tipo de ocorrência=1-Acidente de transporte, informar se a pessoa atendida/vítima utilizava capacete no momento do acidente.	
41. No momento do acidente, você usava algum desses equipamentos? Dispositivo de retenção para transporte de crianças	Caractere	1	DISP_RETEN	1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado	Se Tipo de ocorrência=1-Acidente de transporte, informar se a pessoa atendida/vítima utilizava algum dispositivo de retenção para transporte de crianças no momento do acidente.	
41. No momento do acidente, você usava algum desses equipamentos? Outro	Caractere	1	O_EQUIP	1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado	Se Tipo de ocorrência=1-Acidente de transporte, informar se a pessoa atendida/vítima utilizava outro item de segurança no momento do acidente.	Se Outro=1-Sim, especificar no campo seguinte.

CAMPO DA FICHA			BANCO DE DADOS			
NOME	TIPO	TAM	NOME	CATEGORIAS	DESCRIÇÃO	CARACTERÍSTICAS/ CRÍTICA DE CONSISTENCIA
Outro	Caractere	15	QUAL_EQUIP		Informar qual outro equipamento de segurança obrigatório utilizado pela pessoa atendida/vítima no momento do acidente.	
42. Outra parte envolvida	Caractere	1	TP_ENVOLV	1-Automóvel 2-Motocicleta 3-Ônibus/micro-ônibus 4-Bicicleta 5-Objeto fixo 6-Animal 7-Outra 8-Não se aplica 9-Ignorado	Se Tipo de ocorrência=1-Acidente de transporte, informar qual outra parte envolvida no momento do acidente. Se Tipo de vítima=1-Pedestre, este campo refere-se ao meio de transporte que o atingiu.	Se Outra, especificar no campo seguinte.
Outra	Caractere	25	O_ENVOLV		Informar qual outro tipo de meio de parte envolvida.	
43. Tipo de queda	Caractere	2	TP_QUEDA	01-Mesmo nível 02-Buraco 03-Leito 04- Outra mobília 05-Andaime 06-Escada/degrau 07-Árvore 08-Telhado/laje 09-Outros níveis 88-Não se aplica 99-Ignorado	Se Tipo de ocorrência=2-Queda, informar qual o nível.	Se Outros níveis, especificar no campo seguinte.
Outros níveis	Caractere	15	O_TPQUEDA		Informar qual outro nível da queda.	Evitar informar a medida da altura, mas especificar o nome do lugar de onde a pessoa atendida/vítima caiu.
44. Tipo de queimadura	Caractere	1	TP_QUEIM	1-Fogo/chama 2-Substância quente 3-Objeto quente 4-Choque elétrico 5-Substância química 6-Outros 8-Não se aplica 9-Ignorado	Se Tipo de ocorrência=3-Queimadura, informar o tipo.	Se Outros, especificar no campo seguinte.
Outras	Caractere	15	O_TPQUEIM		Informar qual outro tipo de queimadura.	

CAMPO DA FICHA		BANCO DE DADOS				
NOME	TIPO	TAM	NOME	CATEGORIAS	DESCRIÇÃO	CARACTERÍSTICAS/ CRÍTICA DE CONSISTENCIA
45. Outros acidentes	Caractere	2	O_ACID	01-Sufocação/engasgamento 02-Corpo estranho 03-Afogamento 04-Envenenamento/intoxicação 05-Ferimento por objeto perfurocortante 06-Ferimento por arma de fogo 07-Acidentes com animais 08-Queda de objetos sobre pessoa 09-Choque contra objetos/pessoa 10-Entorse (torção) 11-Compressão dentro/entre objetos 12-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado	Se Tipo de ocorrência=4-Outros acidentes, informar os outros tipos de acidentes.	Se Outros, especificar no campo seguinte.
Outros	Caractere	15	QUAL_ACID		Informar qual outro tipo de acidente.	
46. Meio utilizado	Caractere	1	TP_SUIC	1-Envenenamento 2-Enforcamento 3-Arma de fogo 4-Objeto perfurocortante 5-Precipitação de lugar elevado 6-Outro 8-Não se aplica 9-Ignorado	Se Tipo de ocorrência=5-Lesão autoprovocada, informar o meio utilizado.	Se Outro, especificar no campo seguinte.
Outro	Caractere	15	O_TPSUIC		Informar qual outro tipo de lesão autoprovocada.	
47. Foi tentativa/suicídio?	Caractere	1	SUICIDIO	1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado	Se Tipo de ocorrência=5-Lesão autoprovocada, informar se foi um caso de tentativa de suicídio ou suicídio.	
48. Natureza da agressão	Caractere	1	TP_VIOL	1-Física 2-Sexual 3-Psicológica 4-Negligência/Abandono 5-Outro 8-Não se aplica 9-Ignorado	Se Tipo de ocorrência=6-Agressão/maus-tratos ou 7-Intervenção por agente legal público, informar qual a natureza da agressão.	Se Outro=1-Sim, especificar no campo seguinte.

CAMPO DA FICHA		BANCO DE DADOS				
NOME	TIPO	TAM	NOME	CATEGORIAS	DESCRIÇÃO	CARACTERÍSTICAS/ CRÍTICA DE CONSISTENCIA
Outra	Caractere	15	O_VIOL		Informar qual outra natureza da agressão.	
49. Meio de agressão	Caractere	2	MEIO_VIOL	01-Força corporal/espandimento 02-Arma de fogo 03-Envenenamento 04-Objeto perfurocortante 05-Objeto contundente 06-Ameaça 07-Substância/Objeto quente 08-Outro 88-Não se aplica 99-Ignorado	Se Tipo de ocorrência=6- Agressão/maus-tratos ou 7-Intervenção por agente legal público, informar se houve agressão por meio de força física/espandimento.	Se Outro, especificar no campo seguinte.
Outro	Caractere	15	O_MEIOVIOL		Informar qual outro meio de agressão.	
50. Provável autor da agressão	Caractere	1	AGRESSOR	1-Pai/mãe 2-Companheiro(a)/Ex- 3-Outro familiar 4-Amigo/conhecido 5-Agente legal público 6-Desconhecido 7-Outro 8-Não se aplica 9-Ignorado	Se Tipo de ocorrência=6- Agressão/maus-tratos ou 7-Intervenção por agente legal público, informar a relação do provável autor da agressão com a pessoa atendida/vítima.	Se Outro, especificar no campo seguinte.
Outro	Caractere	15	QUAL_AGR		Informar qual outro provável autor de agressão.	
51. Sexo do provável autor da agressão	Caractere	1	SEXO_AGR	1-Masculino 2-Feminino 3-Ambos os sexos 8-Não se aplica 9-Ignorado	Se Tipo de ocorrência=6- Agressão/maus-tratos ou 7-Intervenção por agente legal público, informar o sexo do provável autor da agressão.	
52. Produto/Serviço envolvido no acidente de consumo	Caractere	1	CONSUMO	1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado	Informar se havia algum produto ou serviço envolvido no acidente.	

53. Tipo de produto/serviço envolvido no acidente de consumo	Caractere	1	TP_CONSUMO	1-Automotores e Motociclos 2-Brinquedos e Produtos Infantis 3-Eletrrodomésticos e eletrônicos 4-Alimentos e Saúde 5-Serviços 6-Outro 8-Não se aplica 9-Ignorado	Informar o tipo de produto ou serviço envolvido no acidente de consumo.	Se Outros, especificar no campo seguinte.
Outro	Caractere	15	O_CONSUMO		Informar qual o outro tipo de produto ou serviço envolvido no acidente de consumo.	
54. A ocorrência se deu no trabalho ou no trajeto para o trabalho?	Caractere	1	EVENTO_T	1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado	Informar se a ocorrência se deu no trabalho ou no trajeto para o trabalho da pessoa atendida/vítima.	
55. Você considera essa ocorrência como...	Caractere	1	PERCEP_VIT	1-Intencional (violência) 2-Não intencional (acidente) 3-Não sabe 9-Ignorado	Informar se a pessoa atendida/vítima considerou a ocorrência como intencional (violência) ou não intencional (acidente).	
56. Você ingeriu bebida alcoólica nas seis horas anteriores à ocorrência?	Caractere	1	ALCOOL_VIT	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Informar se a pessoa atendida/vítima declarou ter feito uso de bebida alcoólica nas seis horas anteriores à ocorrência.	
57. Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)	Caractere	2	LESAO	01-Sem lesão física 02-Contusão 03-Corte/laceração 04-Entorse/luxação 05-Fratura 06-Amputação 07-Traumatismo dentário 08-Traumatismo crânio-encefálico 09-Politraumatismo 10-Intoxicação 11-Queimadura 12-Outra 99-Ignorado	Informar a natureza da lesão.	Se Outra, especificar no campo seguinte.

CAMPO DA FICHA		BANCO DE DADOS				
NOME	TIPO	TAM	NOME	CATEGORIAS	DESCRIÇÃO	CARACTERÍSTICAS/ CRÍTICA DE CONSISTENCIA
Outra	Caractere	15	O_LESAO		Informar qual a outra natureza da lesão.	
58. Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal)	Caractere	2	CORPO	01-Boca/dentes 02-Outra região da cabeça/face 03-Pescoço 04-Coluna/medula 05- Tórax/dorso 06-Abdome/quadril 07-Membros superiores 08-Membros inferiores 09-Genitais/ânus 10-Múltiplos órgãos/regiões 88-Não se aplica 99-Ignorado	Informar a localização anatômica da lesão durante a ocorrência.	
59. Evolução na emergência (primeiras 24 horas)	Caractere	1	EVOLUCAO	1-Alta 2-Encaminhamento ambulatorial 3-Internação hospitalar 4-Encaminhamento para outro serviço 5-Evasão/fuga 6-Óbito 9-Ignorado	Informar a evolução/encaminhamento do caso.	
60. Nome e código do entrevistador	Númerica	3	CODIGO_ENTR		Informar nome e código do entrevistador responsável pelo preenchimento.	Digitar somente o código do entrevistador responsável pelo preenchimento.
61. Data do preenchimento	Data	10	DATA_COLETA		Informar a data do preenchimento da ficha.	
62. Circunstância da lesão	Caractere	4	CIRC_LESAO		Informar o código referente à circunstância da lesão, conforme capítulo XX da CID-10.	
Descrição	Caractere	50	DESCR_CID10			Variável de preenchimento automático a partir do código da CID-10 informado na variável Circunstância da lesão.

Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinelas de Urgência e Emergência – VIVA Inquérito 2014 versão 5
- Dicionário de Variáveis – PARTE 2

Variáveis reclassificadas para análise

CAMPO NOME	BANCO DE DADOS					
	TIPO	TAM	NOME	CATEGORIAS	DESCRIÇÃO	CARACTERÍSTICAS/ CRÍTICA DE CONSISTENCIA
Ano de nascimento	Númerica	4	ANO_NASC		Considerado apenas o ano de nascimento	
Ano de atendimento	Númerica	4	ANO_ATEND		Considerado apenas o ano de atendimento	
Ano de ocorrência	Númerica	4	ANO_OCOR		Considerado apenas o ano de ocorrência	
ESTRATO	Númerica	1	ESTRATO	1,2,3,4,5	Categorias dos hospitais para seleção da amostra	
UPA	string		upa1			
Tipo de ocorrência	Númerica	1	tp_ocor1	1-acidente 2-violência		
Meio de transporte de locomoção	Númerica	1	Transpl	1- 2- 3- (4,5,6) 4- 7 8- (3,8) 9- 9	Reclassificou a variável: Qual meio de locomoção utilizou para chegar até aqui? (campo 21)	
Idade em anos	Númerica	3	idadenova		idade da pessoa atendida/vítima em anos (quando menor que um ano foi atribuído valor zero e missing para os ignorados)	
Faixa etária	Númerica	1	fetnova	1 – 0 a 9 2 – 10 a 19 3 – 20 a 39 4 – 40 a 59 5 – 60 e mais 9 - ign	Faixa etária (anos)	
Faixa escolaridade	Númerica	1	fesc	1 – 0 a 4 2 – 5 a 8 3 – 9 a 11 4 – 12 e mais 8 – NA 9 - ign	Faixa de escolaridade	

Período de atendimento	Númerica	1	fxhoraate	1 – Manhã 2 – Tarde 3 – Noite 4 – Madrugada 9 - ign	Período referente a hora de atendimento	
Local de ocorrência	Númerica	1	loc_ocor1	1 – Domicilio 2 – Escola 3 – Área de recreação 4 – Via publica 5 - Outros 9 - ign	Local de ocorrência do acidente ou violência	
Lesão	Númerica	2	lesão1	1 – Sem lesão 2 - Contusão/Entorse e luxação 3 - Corte e laceração 4 - Fratura/Amputação/Traumas 12-intoxicacao, queimadura e outras 99 – Ignorado	Reclassificado a variável Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal) (campo 57)	
Corpo	Númerica	2	corpo1	1 - Cabeça/pescoço 2 - Coluna/tórax/Abdome 3 - Genitais/Ânus 4 - Membros (S e I) 5 - Múltiplos órgãos/regiões 88 – NA 99 - Ign	Reclassificado a variável Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal) (campo 58)	
Evolução	Númerica	1	evolucao1	1 – Alta 2 - Internação hospitalar 3 – Encaminhamento ambulatorial 4 – Outros 9 - Ign	Reclassificado a variável Evolução na emergência (primeiras 24 horas) (campo 59)	

Tipo de transporte	Numérica	1	tr_transp1	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/microônibus/ outros 9 - Ign	Reclassificado a variável Meio de locomoção da vítima (campo 40)	
Peso	Numérica		peso_1		Variável utilizada para análise complexa	
Cidade	Numérica	2	CIDADE	1 - Belém 2 - Boa Vista 3 - Macapá 4 - Manaus 5 - Palmas 6 - Porto Velho 7 - Rio Branco 8 - Aracaju 9 - Fortaleza 10 - João Pessoa 11 - Maceió 12 - Natal 13 - Recife 14 - Salvador 15 - São Luís 16 - Teresina 17 - Campo Grande 18 - Distrito Federal 19 - Goiânia 20 - Belo Horizonte 21 - Rio de Janeiro 22 - São Paulo 23 - Vitória 24 - Curitiba 25 - Porto Alegre		
Região	Numérica	1	REGIAO	1 - Norte 2 - Nordeste 3 - Centro-oeste 4 - Sudeste 5 - Sul		

Capital	Numérica	1	CAPITAL	0 – nao 1 – sim 9 – ign		
Acidente	Numérica	1	acidente	0 – nao 1 – sim		
Violência	Numérica	1	violencia	0 – nao 1 – sim		
Acidente de transporte	Numérica	1	at	0 – nao 1 – sim Missign		
Queda	Numérica	1	queda	0 – nao 1 – sim Missign		
Lesão autoprovocada	Numérica	1	lesao_auto	0 – nao 1 – sim Missign		
Queimadura	Numérica	1	queimadura	0 – nao 1 – sim Missign		
Outros acidentes	Numérica	1	outro_acid	0 – nao 1 – sim Missign		
Agressão	Numérica	1	agressao	0 – nao 1 – sim Missign		
Uso do álcool	Numérica	1	uso_alcool	0 – nao 1 – sim		
Trabalho	Numérica	1	i_trabalho	0 – nao 1 – sim Missign		
Queda em residência	Numérica	1	queda_res	0 – nao 1 – sim Missign		
Queda em via publica	Numérica	1	queda_viap	0 – nao 1 – sim Missign		
Agressão em residência	Numérica	1	agressao_res	0 – nao 1 – sim Missign		

Agressão em via pública	Numérica	1	agressao_viap	0 – nao 1 – sim Missign		
-------------------------	----------	---	---------------	-------------------------------	--	--