

Saúde no Brasil 5



Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros

Michael Eduardo Reichenheim, Edinilsa Ramos de Souza, Claudia Leite Moraes, Maria Helena Prado de Mello Jorge, Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva, Maria Cecília de Souza Minayo

Embora existam sinais de declínio, homicídios, lesões e óbitos relacionados ao trânsito no Brasil representam quase dois terços dos óbitos devidos a causas externas. Em 2007, a taxa de homicídios era de 26,8 por 100.000 pessoas e a mortalidade relacionada ao trânsito era de 23,5 por 100.000. A violência doméstica talvez não leve a tantos óbitos, mas sua parcela de morbidade relacionada à violência é grande. Esses são importantes problemas de saúde pública que levam a enormes custos individuais e coletivos. Homens jovens, negros e pobres são as principais vítimas e os principais agressores na comunidade, ao passo que mulheres e crianças negras desfavorecidas são as principais vítimas da violência doméstica. As diferenças regionais são também significativas. Além dos determinantes socioculturais, parte da violência no Brasil tem sido associada ao uso indevido de álcool e drogas ilícitas e à ampla disponibilidade de armas de fogo. As altas taxas de morbidade e mortalidade relacionadas ao trânsito no Brasil estão ligadas ao modelo escolhido de sistema de transporte, que deu prioridade às estradas e ao uso de carros particulares, sem oferecer a infraestrutura adequada. Tal sistema está frequentemente mal preparado para lidar com as infrações às regras de trânsito. Em resposta aos maiores problemas de violência e lesões, o Brasil fez grandes avanços em termos de legislação e planos de ação. O principal desafio é avaliar esses avanços para identificar, estender, integrar e manter os bem-sucedidos.

Introdução

A violência e as lesões têm sido causas proeminentes da morbidade e mortalidade no Brasil desde a década de 1980; até 2007, representavam 12,5% dos óbitos, especialmente entre os homens jovens (83,5%).¹ O padrão no Brasil difere de outros lugares do mundo nos seguintes aspectos: a maior parte dos óbitos é causada por homicídio ou está relacionada ao trânsito (Figura 1), diferentemente da maioria dos países membros da OMS, nos quais 51% dos óbitos devidos a causas externas são suicídios e 11% ficam por conta de guerras e conflitos civis.² Em 2007, houve 47.707 homicídios e 38.419 lesões e óbitos relacionados ao trânsito no Brasil, que juntos constituem 67% do total de 131.032 óbitos por causas externas. Contudo, o Brasil não é tão diferente em comparação a outros países latino-americanos.³

A violência doméstica é outra grande questão que merece cuidado. Embora não contribua muito para a mortalidade nas causas externas, vários estudos (revistos por Krug *et al.*)² sugerem que este seja um problema expressivo e que acarrete consequências sérias e duradouras para os indivíduos, as famílias e a sociedade.

A insegurança sentida por muitos brasileiros não é, portanto, inesperada. Esse sentimento deriva de uma combinação de altas taxas de criminalidade, particularmente violência interpessoal, enfrentada por uma polícia geralmente ineficiente e corrupta, associada à impunidade generalizada.⁴ Em muitos aspectos, o uso de álcool e drogas ilícitas, juntamente com a grande quantidade de armas em circulação, forma o pano de fundo para a violência. Respostas insuficientes e inadequadas vêm de longa data por parte das forças de

segurança pública e do sistema judiciário, o que ajudou a aumentar a sensação de impunidade.

Segue-se a uma trajetória ascendente e constante por anos – uma tendência de declínio nos homicídios e lesões

Publicado Online

9 de maio de 2011
DOI:10.1016/S0140-6736(11)60053-6

Veja Online/Comentários

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60433-9,
DOI:10.1016/S0140-6736(11)60354-1,
DOI:10.1016/S0140-6736(11)60318-8,
DOI:10.1016/S0140-6736(11)60326-7 e
DOI:10.1016/S0140-6736(11)60437-6

Este é o quinto da *Séries* de seis fascículos em Saúde no Brasil

Departamento de
Epidemiologia, Instituto de
Medicina Social, Universidade
do Estado do Rio de Janeiro,
Rio de Janeiro-RJ, Brasil
(Prof M E Reichenheim PhD,

Mensagens principais

- A violência é um problema de saúde pública importante no Brasil, por ser fonte de uma grande parcela das morbidades (sexta maior causa de internações hospitalares e alta prevalência da violência doméstica) e mortalidades (terceiro lugar em mortalidade). Isso resulta em altos custos individuais e coletivos.
- Homens jovens, negros e pobres são as principais vítimas e os principais agressores em relação à violência comunitária, ao passo que mulheres e crianças negras e pobres são as principais vítimas da violência doméstica.
- No Brasil, a violência física entre parceiros íntimos segue um padrão regional, com prevalência mais elevada nas regiões Norte e Nordeste – as menos desenvolvidas, onde prevalece uma cultura patriarcal marcante e caracterizada pela desigualdade entre gêneros –, em oposição às regiões Sul e Sudeste, historicamente mais desenvolvidas.
- Apesar de algumas experiências de sucesso nos últimos anos, a segurança pública opera primordialmente pelo confronto e pela repressão, ao invés de compartilhar inteligência e prevenção.
- O sistema de transporte brasileiro prioriza as estradas e o uso de carros particulares, sem oferecer infraestrutura adequada, e está mal equipado para lidar com as infrações às regras de trânsito.
- A corrupção e as impunidades amplamente disseminadas oferecem uma cultura de permissividade que cerca a violência e suas consequências.
- Além dos determinantes socioculturais, parte da violência no Brasil tem sido associada ao uso indevido de álcool, às drogas ilícitas e à ampla disponibilidade de armas de fogo.
- Em resposta aos maiores problemas de violência e lesões, o Brasil fez grandes avanços em termos de legislação e planos de ação. O principal desafio é avaliar esses avanços para identificar, estender, integrar e manter os bem-sucedidos.

Prof C L Moraes PhD); Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde (CLAVES), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro-RJ, Brasil (E R de Souza PhD, M C de Souza Minayo PhD); Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brasil (Prof M H P de Mello Jorge PhD); Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro-RJ, Brasil (C M F P da Silva PhD)

Correspondência para: M E Reichenheim, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rua São Francisco Xavier 524, 7º andar, Rio de Janeiro, RJ 20559-900, Brasil michael@ims.uerj.br

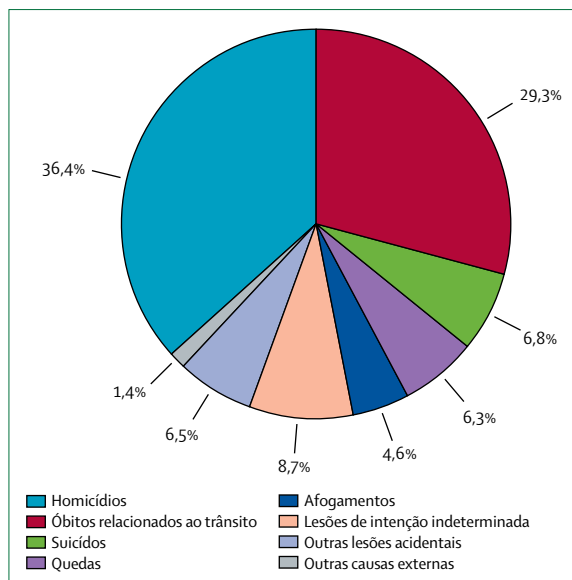


Figura 1: Distribuição proporcional de óbitos por causas externas, 2007
Análise original (*ad hoc*) (n=131.032) realizada com o banco de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde do Brasil.¹

Painel: Fontes de informação para análises de dados e revisões

Incluem-se aqui análises originais com base em dados secundários extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde do Brasil,¹ do Sistema de Informação de Internação Hospitalar,⁵ do censo brasileiro de 2000 obtido do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. A análise dos homicídios abrangeu 1980–2007, além de dados referentes às prefeituras brasileiras de 2008 com 100.000 habitantes ou mais. Foram avaliados os óbitos relacionados ao trânsito no período 1996–2007, com dados extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade, e para os períodos 2007 e 2008, dados do Sistema de Informação de Internação Hospitalar. Foi utilizada a Classificação Internacional de Doenças (10a edição) códigos X85–Y09 e Y87,¹ para agressão envolvendo homicídio, Y35 para intervenção legal e V01–V89 para óbitos relacionados ao trânsito.⁶

Os dados originais de saúde sobre homicídios e óbitos relacionados ao trânsito foram complementados por uma revisão de trabalhos publicados. Além de relatórios policiais, inquéritos policiais, casos judiciais e outros documentos oficiais, esta revisão se baseou, sobretudo, em dados do Departamento Nacional de Veículos Automotores, do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência,⁷ e do Sistema de Vigilância de Acidentes e Violência, recentemente criado pelo Ministério da Saúde.^{8,9}

Como no caso dos homicídios, o Sistema de Informação de Internação Hospitalar é a melhor fonte no que tange a lesões e óbitos relacionados ao trânsito, uma vez que inclui óbitos ocorridos em qualquer momento após o evento e não apenas aqueles ocorridos no momento do acidente. Contudo, os dados do DENATRAN cobrem apenas cerca de 70% de todos os óbitos relacionados ao trânsito.¹⁰ Portanto, as comparações precisam ser vistas com cautela quando forem usadas publicações baseadas em fontes de dados diferentes.^{9,11} Registros de morbidade de pacientes ambulatoriais pós-acidentes e violência geralmente são apenas parciais. Os dados existentes se referem às internações hospitalares registradas no banco de dados do Sistema de Informação de Internação Hospitalar e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.⁷ Ambos fornecem informações melhores em relação a acidentes (do que à violência), apesar de o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência ainda não estar organizado enquanto sistema com abrangência nacional. O Sistema de

(Continua na próxima página)

e óbitos relacionados ao trânsito vem sendo registrada nos últimos anos –, apesar de não ser homogênea em todas as regiões. Os fatores que podem estar influenciando essa tendência decrescente ainda permanecem incertos, porém algumas hipóteses têm sido levantadas. As tendências de violência doméstica são desconhecidas, pois há poucos estudos sobre o tema.

Um compromisso renovado da sociedade civil e dos organismos públicos com a construção de uma conscientização nacional acerca da violência e lesões pode ser constatado nos últimos anos. A urgência em relação à necessidade de mudanças sociais e institucionais vem sendo um catalisador de vários movimentos e ações por parte tanto da sociedade civil quanto do governo. Em relação aos diversos problemas relacionados à saúde abordados nesta Série, a violência é certamente um dos que afetou com grande intensidade o setor de saúde, exigindo uma reestruturação e reforma organizacional para responder aos seus efeitos: traumas, lesões e óbitos.

Com base em várias fontes primárias e secundárias (Painel), bem como em revisões específicas de trabalhos publicados, o texto oferece uma visão geral dos eventos de violência e relacionados ao trânsito que afetam a saúde dos brasileiros. O foco reside nos aspectos mais relevantes e descreve estratégias usadas pelos governos federal, estadual e municipal, bem como pela sociedade brasileira em geral para enfrentar problemas como homicídio, violência doméstica e lesões e óbitos relacionadas ao trânsito.

Homicídios

Magnitude do problema

Desde a década de 1980, os homicídios têm sido os grandes responsáveis pelo aumento da mortalidade relacionada à violência no Brasil. A mortalidade subiu de 26,8 por 100.000 pessoas em 1991 para 31,8 por 100.000 em 2001; entretanto, desde 2003, vem ocorrendo uma redução dessa taxa (Figura 2). Até 2007, os níveis haviam retornado ao que eram em 1991 (26,8 por 100.000). A mortalidade relacionada aos homicídios ainda é superior à notificada na China (1,2 por 100.000 em 2007) e na Argentina (5,2 por 100.000 em 2007), mas é inferior a outros países, como a África do Sul (36,5 por 100.000 em 2008) e a Colômbia (38,8 por 100.000 em 2007).²⁰

No Brasil, os homens correm dez vezes mais risco de morrer por homicídio que as mulheres (Figura 2); as diferenças por faixa etária são igualmente marcantes. Na década de 1980, o aumento da mortalidade ocorreu especialmente nas crianças (0-9 anos) e adolescentes (10-14 anos), ao passo que na década seguinte os homicídios também atingiram os adultos jovens com idade entre 15 e 29 anos. Na década de 2000, a mortalidade caiu em quase todas as faixas etárias, exceto no grupo com idade superior a 50 anos.²¹

Perfil epidemiológico, determinantes e fatores de risco
As regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (as áreas da fronteira agrícola e de graves conflitos pela posse de

terra) apresentaram os maiores índices de mortalidade por homicídio, enquanto as regiões Sul e Sudeste (as mais densamente povoadas e desenvolvidas) apresentaram os mais baixos (Tabela 1). No período avaliado, houve uma redução geral na mortalidade nas regiões Sudeste, Norte e Centro-Oeste, porém um aumento foi constatado nas regiões Nordeste e Sul.

Apesar de as regiões mais populosas serem as que apresentam as taxas de homicídio mais baixas, as mais elevadas se encontram nas cidades de maior porte. Alguns estudos encontram explicação para tal fenômeno na urbanização intensa a partir da década de 1990,²² enquanto outros apontam a desorganização social e a redução da capacidade de fazer cumprir a lei.²³ Também há conjecturas sobre uma forte associação entre homicídio, tráfico de drogas e posse ilegal de armas.^{22,24}

Diversos fatores estão implicados no aumento dos homicídios no Brasil; muitos deles são comuns aos países latino-americanos e a outras partes do mundo, porém alguns são específicos do país, como a mistura de diferentes aspectos culturais da sociedade brasileira. Como ocorre em muitos países, os homens negros jovens e com grau de instrução mais baixo são as principais vítimas.²¹ Em 2007, por exemplo, os homens foram responsáveis por 43.890 (92%) dos 47.707 homicídios e 36.124 (81,7%) das 44.216 internações hospitalares envolvendo violência em geral. A faixa etária mais fortemente afetada foi entre 20–29 anos para ambos: os óbitos (19.226 [40,3%] dos 47.707) e as internações hospitalares (13.928 [31,5%] das 44.216). Das 47.707 vítimas de homicídios, 26.287 (55,1%) eram pardos (42,5% da população brasileira é parda; 79.571.900 dos 187.228.000) e 3.912 (8,2%) eram negros (7,5% da população; 14.042.100 de 187.228.000).²⁵ Dos 30.107 homicídios (63,1%) a respeito dos quais havia informações disponíveis sobre as vítimas, 13.458 (44,7%) tinham entre 4–7 anos de escolaridade, à medida que apenas 1.174 (3,9%) tinham escolaridade superior a 12 anos.

O consumo elevado de álcool e uso de drogas ilícitas também é comum no Brasil. Em uma capital do sul do país (Curitiba), por exemplo, 99 (76,2%) das 130 vítimas ou os agressores acusados entre 1990 e 1995 estavam intoxicados na hora do crime.²⁶ De forma semelhante, uma análise toxicológica realizada no Instituto de Medicina Legal da cidade de São Paulo encontrou cocaína em seis das amostras de sangue colhidas em 42 óbitos violentos.²⁷

O Brasil apresenta uma taxa elevada de homicídios com arma de fogo (19,5 por 100.000 pessoas em 2002) em comparação a países de alta renda, como o Canadá, a França e os Estados Unidos (de menos de um a três por 100.000), e outros países latino-americanos de renda baixa a média, tais como a Argentina e o México (de três a sete por 100.000).²⁸ A proporção de homicídios cometidos com armas de fogo aumentou de 50% para 70% entre 1991 e 2000, um aumento principalmente causado pelo uso de armas contrabandeadas pelo crime

(Continuação da página anterior)

Vigilância de Acidentes e Violência, estabelecido em 2006, contém relatórios de casos de violência que incluem clínicas ambulatoriais e serviços de emergência.^{8,9} Baseado no perfil de pacientes internados em hospitais, calculou-se a morbidade relacionada a acidentes de trânsito desde 1998.¹²

Todas as taxas foram padronizadas pela população padrão da OMS em 2000.¹³ Subnotificações foram corrigidas de acordo com a região do país, gênero e faixa etária. O material da internet escrito por Victora *et al.* que acompanha em anexo esta Série contém detalhes dos cálculos de mortalidade.¹⁴

É difícil obter dados confiáveis sobre abuso e negligência infantil, violência entre parceiros íntimos e violência doméstica contra o idoso. Dados de mortalidade são problemáticos, pois assumem as mortes por causas externas como uma aproximação ao problema. Dados de mortalidade e morbidade oriundos das instituições policiais apresentam muitos dados faltantes, especialmente em relação ao agressor, dificultando assim sua interpretação. Os dados da vigilância extraídos de relatórios dos serviços de saúde ou dos Conselhos Tutelares têm cobertura limitada em diferentes regiões do Brasil e tendem a enfatizar certas manifestações da violência em detrimento de outras.¹⁵ Os dados primários de morbidade são mais específicos e fornecem um panorama mais detalhado. Assim, priorizaram-se as fontes primárias na revisão de trabalhos publicados e como dados subjacentes às análises originais. Há poucos estudos desse tipo com abrangência nacional no Brasil. Até agora, apenas três pesquisas de base populacional que avaliam especificamente a violência doméstica e entre parceiros íntimos e que cobrem estados de todas as regiões do país^{16–19} foram identificadas.

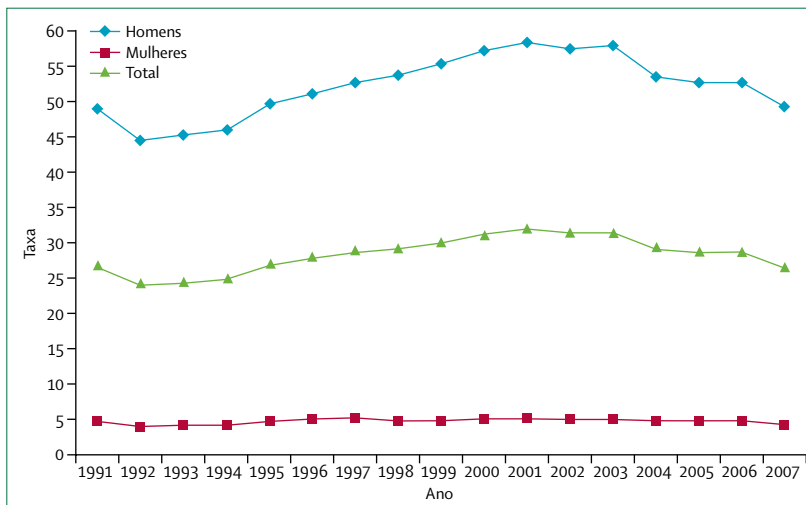


Figura 2: Mortalidade total por homicídio (por 100.000 habitantes) e por gênero, 1991–2007

Análise original (*ad hoc*) extraída do banco de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde do Brasil.¹ As taxas são padronizadas segundo a população padrão da OMS em 2000.¹³ Dados corrigidos por subnotificação de acordo com a região do país, gênero e faixa etária.

organizado. Nesse período, enquanto os homicídios aumentaram 27,5% em geral, aqueles que envolveram armas de fogo aumentaram 72,5%.²⁹ Segundo dados de 2007, armas de fogo foram usadas em 71,5% dos óbitos por homicídio e 24,4% das internações hospitalares eram decorrentes de agressões.

Do ponto de vista macroestrutural, os pesquisadores brasileiros têm sublinhado a estagnação econômica grave que tomou conta do país na década de 1980 e que agravou

Para obter mais dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, consulte <http://www.ibge.gov.br/home/>

Para obter mais dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, consulte <http://www.ipeadata.gov.br/ipeaweb.dll/ipeadata>

Para obter mais dados do Departamento Nacional de Veículos Automotores, consulte <http://www.denatran.gov.br/>

Para obter mais informações sobre o DENATRAN, consulte <http://www.denatran.gov.br/>

	1991	1995	2000	2007	Diferença
Norte	39,0	32,0	31,1	34,1	-12,6%
Nordeste	30,8	31,6	32,0	36,8	19,5%
Centro-Oeste	32,6	29,9	34,6	29,6	-9,2%
Sudeste	26,9	28,5	34,6	22,9	-14,9%
Sul	16,5	13,8	16,0	18,2	10,3%

Análise original (*ad hoc*) realizada com banco de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde do Brasil. As taxas são padronizadas segundo a população padrão da OMS em 2000.³³ Dados corrigidos para subnotificação de acordo com a região do país, gênero e faixa etária.

Tabela 1: Mortalidade por homicídio por 100.000 habitantes por macrorregião do Brasil, 1991-2007

a longa e histórica concentração de riqueza. Essa estagnação ocorreu no despertar de um processo de urbanização acelerada que já havia começado nas décadas anteriores, um processo que levou uma grande parcela da população a se deslocar para as periferias das cidades de pequeno e grande porte, sem que houvesse serviços nem infraestrutura adequados. O crescimento sem precedentes da população jovem, devido ao *baby boom* da década de 1960 e às subsequentes taxas elevadas de desemprego e trabalho informal desses jovens, particularmente daqueles de níveis mais baixos de educação formal, pode também ter contribuído para as taxas crescentes de homicídios.

Fatores contextuais também contribuíram muito para o aumento dos homicídios nas décadas de 1980 e 90. Fatores notáveis são a intensificação do comércio de drogas ilícitas, o contrabando e tráfico de armas de fogo e outras mercadorias, conflitos urbanos entre facções criminosas, violência policial, conflitos em áreas rurais em relação às fronteiras agrícolas e disputas de terra.^{23,30-32}

Consequências

A alta taxa de homicídios tem custos emocionais e sociais de grande envergadura. O homicídio leva à ruptura de famílias e afeta amigos e conhecidos das vítimas, causando sofrimento, revolta, medo e desespero, além de vários transtornos psiquiátricos.³³ Mesmo uma agressão não fatal deixa quase sempre sequelas temporárias ou permanentes.

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, a violência custou ao Brasil quase US\$ 30 bilhões em 2004. Desse montante, o custo para o setor público foi de quase R\$ 28 bilhões (US\$ 9,6 bilhões).³⁴ O Sistema Único de Saúde estima ter gastado US\$ 39 milhões em 2004 com internações hospitalares por agressões, estando grande parte das mesmas relacionadas a tentativas de homicídio.⁹

Estudos mostraram que os homicídios interferiram no *layout* urbano e incidiram negativamente sobre o setor imobiliário. Tais mudanças levaram ao fechamento de espaços públicos e deflagraram a construção de comunidades particulares cercadas para aqueles que pretendiam se proteger da violência.³⁵ De acordo com as simulações feitas para determinados bairros em Belo

Horizonte (capital do Estado de Minas Gerais), uma queda de 50% na taxa de homicídio aumentaria o valor dos aluguéis entre 12-16,6%.³⁶ De uma forma perversa, os homicídios também levaram a um aumento da economia e geraram renda para a indústria da segurança, uma vez que cresceu a demanda por cercas eletrificadas e grades, carros de passeio blindados e equipados com sistemas de alarme, bem como para a indústria de armas. Os homicídios ajudaram a indústria da segurança privada, que apresentou um aumento de 73,9% no número de empresas de 1997 a 2007; isso representou 45,5% do sistema de serviços de segurança³⁷ e da indústria de seguros de automóveis.³⁸

Violência doméstica

Escala do problema

Outro grande problema de saúde pública no Brasil são os maus tratos a crianças e adolescentes por parte dos pais, a violência entre parceiros íntimos e a violência doméstica contra pessoas idosas. Apesar de o abuso sexual ser um problema de saúde pública grave no Brasil, ele é discutido separadamente em um anexo *online* (p 1), já que não é necessariamente uma forma de violência doméstica e envolve determinantes e consequências específicas em comparação a outras formas de violência íntima.

O anexo *online* (p 3) resume os estudos de base populacional e em serviços sobre a violência doméstica no Brasil entre 1995 e 2010. A maior parte desses estudos se concentrava no Sudeste, especialmente nas áreas metropolitanas de São Paulo e do Rio de Janeiro.

Segundo os onze estudos sobre abuso e negligência infantis revisados, o número de casos de violência psicológica e física contra crianças e adolescentes é notoriamente elevado.^{39,40} Em relação ao abuso físico, por exemplo, a prevalência de período médio encontrada nos estudos publicados nos últimos quinze anos foi de 15,7%. Apesar de ser mais baixa que em alguns países, como Índia (36%), Egito (26%) e Filipinas (37%), a prevalência é bem mais elevada que em outros países do continente, como o Chile (4%) e os EUA (4,9%).² Embora estudos nacionais enfatizem a importância da negligência infantil como parte dos maus tratos a crianças e adolescentes,^{41,42} não existem estudos de base populacional que reflitam sua abrangência.

As estatísticas de mortalidade sugerem que uma mulher é morta a cada duas horas no Brasil, o que coloca o país na 12ª posição na classificação mundial de homicídio de mulheres.⁴ Os dados de morbidade reforçam esse quadro estorrecedor. A primeira pesquisa brasileira em larga escala realizada em dezesseis grandes cidades, com foco em como os casais resolvem os conflitos que emergem no cotidiano, mostrou que a prevalência geral de agressões psicológicas nos casais foi de 78,3%; os denominados abusos físicos menores apresentaram 21,5%; e os abusos físicos graves representaram 12,9%. Essas magnitudes, grosso modo, coincidem com a prevalência média em mulheres não

grávidas (63,5% das agressões psicológicas e 22,8% de qualquer tipo de abuso físico; anexo *online*, p 3).¹⁷ Focalizando a violência cometida contra mulheres por seus parceiros, o estudo mostrou 67,5% de agressões psicológicas e 7,1% de abuso físico grave. A prevalência em doze meses de qualquer tipo de abuso físico foi 14,3%, o que está próximo à média dos estudos revisados por Heise *et al.*,⁴³ Jewkes *et al.*⁴⁴ e Taft *et al.*⁴⁴ A prevalência foi muito superior às médias estimadas na América do Norte (2%), moderadamente superior às da Europa (8%) e às da África Subsaariana (9%), e próxima às relatadas na Ásia e Oceania (12%). Contudo, a prevalência agregada (16 cidades) ficou abaixo da média relatada na África do Norte e Oriente Médio (33%). A prevalência geral foi também mais baixa que a média de 21% na América Latina, mas próxima das taxas no México (15%) e no Uruguai (10%).

As estimativas brasileiras foram superiores ao se avaliar a violência entre parceiros íntimos ao longo da vida. O estudo *WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence* relatou uma prevalência de aproximadamente 27% em São Paulo (cidade) e 34% na região litorânea do estado de Pernambuco.⁴⁶ A violência por parceiro íntimo também é comum contra as mulheres grávidas. Um estudo no Rio de Janeiro mostrou uma prevalência de período (nove meses) de 18,2% no caso de agressão física,⁴⁷ valor bem próximo aos limites superiores relatados por outros pesquisadores.⁴⁸

Pesquisas sobre o abuso doméstico contra pessoas idosas ainda são escassas no Brasil. Dois estudos de base populacional mostram uma prevalência de aproximadamente 10% no caso de abuso físico perpetrado por algum membro da família ou cuidadores (anexo *online* p 3),^{49,50} valor substancialmente mais elevado que os relatados nos EUA (2%),⁵¹ Inglaterra (2%)⁵² e Holanda (1,2%).⁵³

Perfil epidemiológico, determinantes e fatores de risco

A Tabela 2 mostra o perfil de resolução de conflitos relacionada à violência cometida por parceiros íntimos.¹⁷ Tendo em foco as mulheres como vítimas, há algumas diferenças regionais na prevalência, bem como na idade e grau de escolaridade. Em todas as regiões, cerca de três quartos a dois terços das mulheres relataram ser alvo de pelo menos um ato de agressão psicológica nos doze meses anteriores à pesquisa. Cerca de uma a cada cinco (Norte e Nordeste) e uma a cada oito (Centro-Oeste, Sudeste e Sul) mulheres relataram um episódio de força física durante o mesmo período. Há um claro gradiente regional em relação à forma de abuso físico grave, como socos, espancamento, sufocamento ou mesmo brandir armas ou o uso efetivo de facas ou armas de fogo. Os achados são também consistentes com os níveis mais elevados de violência cometida por parceiro íntimo nas camadas de menor renda, um perfil semelhante ao encontrado em outros estudos.^{2,47,56} O padrão em relação à idade da mulher é menos regular: no Sul, as adolescentes

	Norte (n=828)	Nordeste (n=1920)	Centro- Oeste (n=772)	Sudeste (n=2008)	Sul (n=1246)	Agregado (n=6797)
Agressão Psicológica						
Idade das mulheres (anos)						
<20	79,8%*	69,2%	65,6%	75,3%	76,2%†	73,9%†
≥20	73,3%	66,6%	62,2%	66,7%	66,2%	66,8%
Duração da escolaridade (anos)						
≤7	75,7%	70,7%*	64,6%	67,0%	68,5%	68,4%
>7	73,6%	64,6%	62,2%	68,2%	67,3%	67,5%
Total	74,1%	66,8%	62,7%	67,4%	67,2%	..*
Abuso físico (se houver)						
Idade das mulheres (anos)						
<20	21,0%	16,0%	10,8%	13,1%	20,9%‡	14,9%
≥20	24,2%	19,3%	13,0%	12,8%	11,1%	14,5%
Duração da escolaridade (anos)						
≤7	29,6%†	27,8%†	14,1%	19,2%†	16,6%†	21,2%‡
>7	20,1%	12,4%	11,9%	9,9%	10,5%	11,2%
Total	23,8%	18,9%	12,8%	12,4%	12,0%	..‡
Abuso físico (grave)						
Idade das mulheres (anos)						
<20	6,1%†	7,8%	3,7%	4,3%	9,4%†	5,5%
≥20	12,6%	11,7%	7,5%	5,9%	4,9%	7,4%
Duração da escolaridade (anos)						
≤7	16,9%‡	18,6%‡	7,6%	10,4%‡	9,6%‡	12,3%‡
>7	8,4%	5,7%	6,9%	3,6%	3,7%	4,5%
Total	11,8%	11,3%	7,1%	5,6%	5,4%	..‡
Análise original (<i>ad hoc</i>) com dados extraídos do Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis. ⁵⁵ Versão em português (Brasil) das Escalas de Táticas de Conflito usadas para medir a violência cometida por parceiro íntimo. ^{53,54} Estimativas e os valores de p foram calculados usando o software Stata 10, permitindo o efeito de desenho (amostragens estratificadas, em múltiplos estágios com frações amostrais de tamanho desigual). *p<0,05. †p<0,01. ‡p<0,001.						
Tabela 2: Período de prevalência (12 meses) de abuso psicológico e físico contra mulheres por região						

estão entre as vítimas mais comuns de violência cometida por parceiro íntimo; no Norte, as vítimas são as mulheres mais velhas.

Embora a Tabela 2 esteja centrada no caso de mulheres vítimas, achados complementares descrevem um padrão mais complexo. Definindo um caso positivo de violência entre parceiros íntimos como pelo menos um ato cometido em doze meses, as mulheres se mostraram igualmente propensas a cometê-lo.^{17,47} Contudo, é crucial ressaltar que os agressores do sexo masculino cometeram maior número de atos desse tipo, implicando consequências mais graves para as mulheres vitimizadas. Um documento preparado pelo Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro⁵⁷ revela que as mulheres representaram 27.149 (88%) dos 30.851 casos de danos corporais graves registrados nas delegacias de polícia em 2008 e que os agressores eram parceiros atuais ou antigos das vítimas em mais da metade deles. Essa é claramente uma situação muito assimétrica que está relacionada às estruturas de poder dentro dos casais, o que pode levar a um potencial maior de um parceiro agredir ou machucar gravemente o outro.

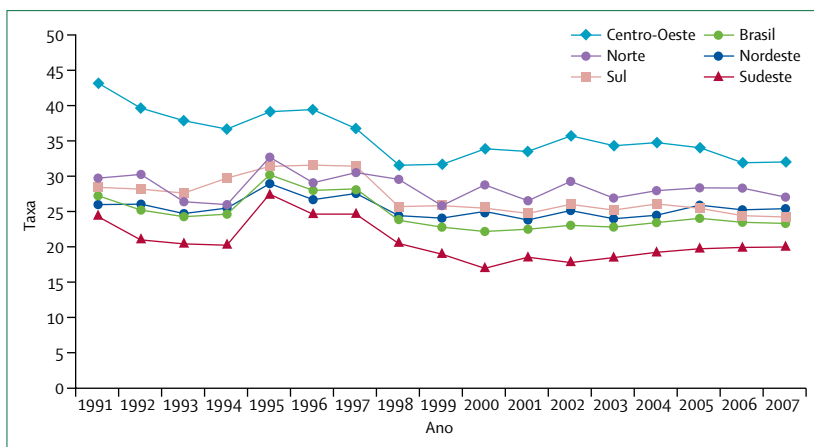


Figura 3: Mortalidade nacional relacionada ao trânsito (por 100.000 habitantes) e por macrorregião, 1991-2007
Análise original (*ad hoc*) extraída do banco de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde do Brasil.² As taxas são padronizadas segundo a população padrão da OMS em 2000.¹³ Dados corrigidos por subnotificação de acordo com a região do país, gênero e faixa etária.

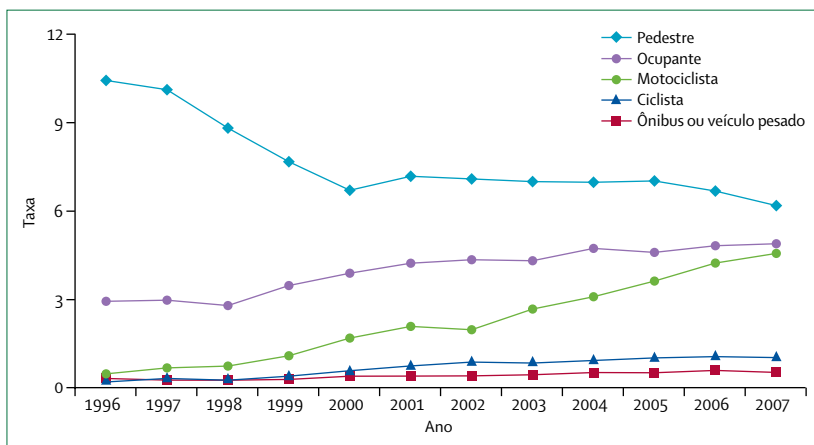


Figura 4: Mortalidade relacionada ao trânsito (por 100.000 habitantes) por tipo de vítima, 1996-2007
Análise original (*ad hoc*) extraída do banco de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde do Brasil.² As taxas são padronizadas segundo a população padrão da OMS em 2000.¹³ Dados corrigidos por subnotificação de acordo com a região do país, gênero e faixa etária.

Muitos estudos brasileiros identificaram fatores de risco socioculturais para a violência doméstica como a desigualdade entre os gêneros,⁵⁸ a permissividade em relação à violência na educação durante a infância,⁵⁹ desvalorização das pessoas idosas,^{49,60} condições socioeconômicas precárias,¹⁷ fraca rede de apoio e isolamento social.⁶¹ Uma história de violência familiar⁶² e uso de álcool e drogas ilícitas também desempenha um papel importante.^{58,61} A violência física contra as crianças é mais comum nos meninos, crianças com problemas de saúde e em famílias com concomitante violência cometida pelo parceiro íntimo.^{63,64} Essa violência contra as crianças tende a acontecer em casais jovens, porém também nos casais com maior número de filhos e em domicílios de alta densidade demográfica.^{17,58,65} Da mesma forma que em outros países, a violência por parceiro íntimo no Brasil também parece estar relacionada a uma

história de abuso sexual na infância, multiparidade, falta de autonomia financeira da mulher, laços conjugais informais e quanto ao consentimento dado à primeira relação sexual.⁵⁸ Mulheres casadas com homens que não praticam qualquer religião ou mulheres restritas ao lar também correm maior risco.⁶⁶

Consequências

Pesquisas no Brasil mostram que as consequências da violência na infância para a saúde podem se manifestar em diferentes aspectos do crescimento e desenvolvimento, podendo se estender à idade adulta. Os efeitos de traumas físicos tendem a deixar marcas visíveis na pele e no sistema musculoesquelético. De uma maneira menos tangível, estudos mostraram associações entre abuso infantil e transtornos psiquiátricos em geral,⁶⁷ uso de drogas,⁶⁸ depressão e baixa autoestima na adolescência,^{39,69} transtornos de conduta,⁷⁰ transtorno de estresse pós-traumático⁷¹ e comportamento transgressor na idade adulta.⁶²

A violência entre parceiros íntimos também tem consequências sérias.⁷² Estudos brasileiros relataram muitos problemas de saúde, desde arranhões até o óbito. As consequências para a saúde mental das mulheres são substanciais.^{73,74} A violência entre parceiros íntimos durante a gravidez ameaça não apenas a saúde da mãe, mas também a do bebê,⁷⁵⁻⁷⁸ além de trazer efeitos indiretos, como em outros contextos, pois crianças que presenciam violência entre seus pais também sofrem repercussões sérias.^{62,79,80} Há poucas evidências nos trabalhos publicados no Brasil sobre as consequências da violência doméstica contra as pessoas idosas, motivo pelo qual trabalhos internacionais foram utilizados para alertar os organismos governamentais e da sociedade civil sobre a relevância da violência doméstica e a importância da implementação de medidas para lidar com ela.

Óbitos e lesões relacionadas ao trânsito

Escala do problema

Os primeiros estudos epidemiológicos sobre os óbitos relacionados ao trânsito no Brasil datam da década de 1970 e já mostravam uma taxa de mortalidade alta e crescente.^{81,82} Tomando como base o perfil dos pacientes internados em hospitais, foi possível medir a morbidade das lesões relacionadas ao trânsito desde 1998.¹² O Sistema VIVA,⁸ estabelecido em 2006, permitiu identificar as características dos pacientes tratados nos serviços de emergência (Painel).

Em 2007, os óbitos relacionados ao trânsito representaram quase 30% de todos os óbitos por causas externas no Brasil (Figura 1). A Figura 3 mostra a tendência de mortalidade entre 1991 e 2007. A taxa de mortalidade apresentou um pico em 1996 e 1997 (28,1 por 100.000 habitantes por ano). Essa taxa ainda era superior à média mundial (19,0 por 100.000), à média de todos os países de renda baixa a média juntos (20,2 por 100.000) e

muito acima dos países de alta renda (12,6 por 100.000). O declínio ocorreu em 1998 e as taxas permaneceram em torno de 23 por 100.000 daí por diante. A posição do Brasil permaneceu próxima à média da América Latina e do Caribe (26,1 por 100.000), mas ainda acima de alguns países, como Argentina (9,9 por 100.000) e Chile (10,7 por 100.000), embora abaixo de outros, como El Salvador (41,7 por 100.000).⁸³ O declínio – aproximadamente 14% – pode ser atribuído em parte ao novo Código Nacional de Trânsito, de 1998, que inclui não apenas o cumprimento estrito do uso do cinto de segurança e as leis referentes ao consumo de álcool, como também prevê penalidades graves para os motoristas infratores.⁸⁴ A queda mais abrupta foi constatada na região Centro-Oeste, apesar de a taxa continuar sendo a mais alta no final da série de 16 anos (Figura 3). Também houve uma ligeira queda nas regiões Sul e Sudeste, semelhante ao agregado da tendência do país. As taxas no Nordeste permaneceram estáveis, em cerca de 28 óbitos por 100.000.

Os pedestres formam a maior categoria de óbitos relacionados ao trânsito (34,6%; Figura 4), mesmo com a redução de 40,4% em relação ao período do estudo. Em 2007, a mortalidade de pedestres foi de 6,2 por 100.000; contudo, o pior problema hoje está relacionado aos motociclistas. A proporção dos óbitos por motocicleta no total de óbitos relacionados ao trânsito subiu de 4,1% em 1996 para 28,4% em 2007; o risco aumentou a um ritmo alarmante (820%), com as taxas crescendo de 0,5 para 4,2 por 100.000 habitantes. Contribuiu para esse aumento a imensa expansão da frota de motocicletas do país, que quase dobrou de 2001 a 2005.¹⁰ Até os anos 1980, as motocicletas ainda eram vistas como veículos de lazer no Brasil, mas seu baixo custo e agilidade em congestionamentos transformaram-nas, desde os anos 1990, num veículo de trabalho, inicialmente usado para transportar mercadorias e, mais recentemente, usadas no transporte de passageiros (moto-táxi).⁸⁵

Perfil epidemiológico, determinantes e fatores de risco

Os óbitos relacionados ao trânsito envolvem especialmente homens (81,2% dos óbitos em 2007); a proporção entre homens e mulheres depende do tipo de acidente. A proporção é maior entre os ciclistas (9,8 homens mortos para cada mulher), motociclistas (8,1 homens mortos) e ocupantes de veículos pesados e ônibus (6,8 homens mortos). As razões entre os gêneros são mais baixas no caso dos ocupantes de carros (3,5: 1) e pedestres (3,1: 1). A população idosa (≥ 60 anos) apresenta as taxas mais elevadas de óbito como pedestres, ainda que indivíduos com idade entre 40–59 anos também constituam uma grande parcela (Tabela 3). Os óbitos relacionados a motocicletas e carros de passeio são mais comuns nos adultos jovens (idade entre 20–39 anos).

Diversos estudos tentaram esclarecer os fatores de risco ligados a óbitos e lesões relacionadas ao trânsito.⁸⁶ Fatores humanos incluem dirigir sob o efeito de álcool, estresse, fadiga e tonteiras. O último é particularmente comum

	Pedestre (n=6,2)	Ciclista (n=1,0)	Motociclista (n=4,6)	Ocupante de carro de passeio (n=4,9)	Ocupante de veículo pesado e ônibus (n=0,5)
<10 anos	2,7	0,2	0,1	1,3	0,1
10–19 anos	2,5	0,7	3,4	2,4	0,2
20–39 anos	5,1	1,1	9,4	7,0	0,8
40–59 anos	8,5	1,6	4,1	6,6	0,8
≥ 60 anos	15,0	1,5	1,5	5,2	0,4

Análise original (*ad hoc*) extraída do banco de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde do Brasil.¹ As taxas são padronizadas segundo a população padrão da OMS em 2000.¹³ Dados corrigidos por subnotificação de acordo com a região do país, gênero e faixa etária.

Tabela 3: Mortalidade relacionada ao trânsito (por 100.000 habitantes) por tipo de vítima e por faixa etária, 2007

entre motoristas de táxi, caminhão, ônibus e ambulância, em razão das longas e exaustivas jornadas de trabalho.^{87–89}

O consumo de bebidas alcoólicas é um fator importante e de início precoce.⁹⁰ Galduróz e Caetano⁹¹ fazem referência a dois estudos importantes. Um estudo, realizado em 1997 em três capitais estaduais (Curitiba, Recife e Salvador) e o Distrito Federal (Brasília), mostrou que em 865 vítimas, 27,2%, apresentaram teor de álcool no sangue superior a 0,6 g/L, a quantidade permitida antes de a lei ter sido alterada em 2008. O outro estudo, realizado em 1995 pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas na cidade de Salvador, mostrou que 37,7% dos motoristas envolvidos em lesões relacionadas ao trânsito haviam consumido bebidas alcoólicas. As lesões resultantes de consumo exacerbado de bebidas alcoólicas eram mais comuns à noite e nos finais de semana; a maior parte dos motoristas intoxicados eram homens jovens e solteiros.⁹² A esses fatores é necessário acrescentar o excesso de velocidade, a sonolência e a falta de experiência dos motoristas mais jovens, claramente uma combinação muito perigosa e por vezes fatal.

Fatores relacionados ao sistema viário incluem sinais de trânsito deficientes e a manutenção ruim das estradas, iluminação insuficiente ou inexistente, má conservação do capeamento, falta de acostamento e inclinações, muros de contenção e curvas inadequados – todos comumente encontrados no Brasil. Dentre os fatores relacionados aos veículos, encontram-se a manutenção inadequada de motores, freio e pneus, falta de *airbags* nos carros econômicos e *design* perigoso dos carros.⁸⁶ Surpreendentemente, os números sugerem que o aumento do número de carros no Brasil não teve um efeito correspondente sobre a mortalidade. De 1998 a 2007, os veículos automotores aumentaram 104% (carros de passeio 75% e motocicletas 270%); porém, conforme nossa análise *ad hoc* usando o banco de dados fornecido pelo Departamento Nacional de Trânsito, as taxas de óbito caíram entre 1998 e 2007 de 23,9% para 23,5%, e de 27,3 para 23,5 de 1991 em diante. Tal queda significa que outros fatores estão presentes, como o excesso de velocidade, dirigir sob o efeito do álcool, a falta de uso do equipamento de segurança (cintos de segurança, *airbags*,

cadeirinhas e assentos para crianças e capacetes para os motociclistas).⁸⁶

Consequências

Os acidentes de trânsito no Brasil têm alto custo pessoal e social: no nível individual, não apenas a mortalidade é

elevada, como também os sobreviventes que sofreram lesões acabam com sequelas físicas e psicológicas significativas, particularmente no caso das vítimas jovens. Em 2005, por exemplo, 500 pacientes tiveram alta de hospitais brasileiros com lesões de espinha dorsal relacionadas a acidentes de trânsito.⁹³ Dados do Sistema

Nome ou número	Detalhes
Violência entre parceiros íntimos	
1980	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (I)
1985	Conselho Nacional de Direitos da Mulher Delegacia de Defesa da Mulher
1986	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM)
1988	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (II)
1995	Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher
2003	Lei nº 10.778 Decreto Executivo 103
2004	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) Lei nº 10.886 1ª Conferência Nacional de Políticas da Mulher, Brasília
2005	Central de Atendimento à Mulher (180)
2006	Lei nº 11.340
2007	2ª Conferência Nacional de Políticas da Mulher
2008	Publicação do 2º Plano Nacional de Políticas da Mulher
Maus tratos a crianças e adolescentes	
1988	Artigo 227 da Constituição Brasileira
1990	Lei nº 99.710 Lei nº 8.069
1991	Projeto de Lei nº 8.242
1998	Implementação do Sistema de Informação para a Infância e a Adolescência (SIPIA)
1999	Normativa nº 1.354 da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro
2001	Normativa nº 737 do Ministério da Saúde Normativa nº 1.968 do Ministério da Saúde
2002	Programa Nacional de Combate à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes
2003	Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte – PPCAAM (I)
2004	Normativa nº 2.406 do Ministério da Saúde
2007	Decreto nº 6.231
2010	Projeto de lei que exclui o castigo corporal e tratamento degradante e cruel contra crianças e adolescentes

(Continua na próxima página)

Nome ou número	Detalhes
(Continuação da página anterior)	
Violência doméstica contra o idoso	
1994 Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842)	Lançada pelo governo criando o Conselho Nacional do Idoso
1999 Normativa nº 1.395/99	Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
2003 Lei nº 10.741 Lei nº 10.741, Artigos 19 e 57	Estabelece o Estatuto do Idoso, seguindo o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento aprovado pela 2ª Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento, em 2002. Torna responsabilidade dos profissionais de saúde e das instituições notificar abusos contra o idoso ao Conselho do Idoso (municipal, estadual ou federal)
2005 Plano de Ação de Combate à Violência contra os Cidadãos Idosos (I)	Apresentação do plano pela Subsecretaria Nacional de Direitos Humanos, Presidência da República Programado para implementação em 2005 e 2006.
2006 Normativa nº 2.528	Atualiza a Política Nacional de Saúde do Idoso de 1994.
2007 1ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa	Primeiro passo para o estabelecimento de uma Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa.

Tabela 4: Benchmarks importantes no combate à violência doméstica no Brasil, por ano

de Informação Hospitalar de 2007 mostram que houve 17.265 internações hospitalares por conta das lesões relacionadas ao trânsito.⁵

Em 2006, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada do governo brasileiro fez uma estimativa do custo econômico das lesões relacionadas ao trânsito nas regiões urbanas,⁹⁴ e o resultado foi de aproximadamente US\$9,9 bilhões, ou o equivalente a 1,2% do produto interno bruto do Brasil naquele ano. Esse total incluiu US\$2,9 bilhões em estradas federais (45% de produtividade perdida e 25% de tratamento ao paciente), US\$6,4 bilhões em estradas estaduais e cerca de US\$632 milhões em estradas municipais. Embora a duração média das internações por lesões decorrentes de óbitos ou lesões relacionadas ao trânsito seja menor que a de outras causas externas, a internação hospitalar decorrente de lesões relacionadas ao trânsito é muito mais dispendiosa que as outras.⁹⁵

Respostas sociais à violência, óbitos e lesões relacionados ao trânsito

Políticas e medidas passadas e presentes

Diversas medidas foram tomadas com a finalidade de reduzir o número de homicídios. Medidas macroestruturais implementadas pelo governo brasileiro abrangem iniciativas para jovens como o Programa Primeiro Emprego e o Programa Bolsa Família, que objetivam manter as crianças e os jovens na escola. Em 2004, o governo criou a Força Nacional de Segurança Pública, para tratar da violência urbana e reforçar a presença do Estado nas regiões com altas taxas de criminalidade. Mais recentemente, em 2008, o Brasil lançou o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania, para ligar as estrictas políticas de segurança às medidas sociais preventivas em projetos para mulheres em risco e jovens em conflito com a lei.⁹⁶

Em 2003, o Congresso Nacional aprovou a Lei 10.826 – conhecida como o Estatuto do Desarmamento –, regulamentando o registro, posse e comercialização de armas de fogo e estabelecendo o Sistema Nacional de Armas. Em 2004, uma grande campanha pelo

desarmamento voluntário, liderada predominantemente por organizações não governamentais, resultou em mais de 450.000 armas devolvidas. No entanto, um referendo nacional subsequente, em 2005, não reforçou o controle da posse de armas ilegais, uma vez que 67% da população votou contra a proibição da venda de armas e munição. Iniciativas regionais governamentais e não governamentais, contudo, estabeleceram programas abrangentes de controle de armas.⁹⁷⁻¹⁰¹

Não se sabe se o declínio verificado nos últimos anos é consistente e disseminado. Diante da ausência de estudos específicos, não é possível apontar quais foram os efeitos das iniciativas. Entretanto, a redução na mortalidade desde 2003 pode ser o resultado de uma combinação de medidas socioeconômicas, demográficas e específicas. Primeiramente, há a influência das recentes melhorias na qualidade de vida, fruto do aumento dos níveis de educação, renda e poder aquisitivo.¹⁰² A queda da proporção de jovens na população também pode ter exercido alguma influência.¹⁰³ Em nível mais específico, além do cumprimento mais estrito da lei em relação à compra e posse de armas e da campanha de desarmamento no país,¹⁰⁴ existe uma taxa crescente de encarceramento,¹⁰⁵ projetos sociais preventivos, investimentos em ações de segurança pública e uso de inteligência nas intervenções de planejamento.

A Tabela 4 apresenta um breve histórico das principais ações realizadas nos últimos trinta anos para lidar com a violência doméstica. À medida que o movimento feminista cresceu no Brasil, no final da década de 1970, a violência por parceiro íntimo passou a ser a primeira forma de violência doméstica a ganhar *status* de prioridade. As medidas iniciais foram tímidas, mas, desde então, ganharam ímpeto, sendo estabelecidos atendimentos especializados e multidisciplinares nas delegacias de polícia e notificação obrigatória de casos suspeitos e confirmados de violência por parceiro íntimo. O processo levou à sanção da Lei Maria da Penha, que definiu a violência doméstica como uma violação dos direitos humanos e levou a mudanças no Código Penal. A lei prevê medidas para proteger as mulheres cujas

	Nome ou número	Detalhes
1966	Lei 5.108	Estabelece o Código Nacional de Trânsito
1974	Lei 6.194	Regulamenta o seguro obrigatório para danos pessoais causados por veículos automotores, ou por sua carga, a terceiros, tanto ocupantes quanto não ocupantes
1997	Lei 9.053	Aprovação do novo Código Nacional de Trânsito, que regulamenta o trânsito no Brasil, juntamente com legislação complementar Os estados e municípios também complementam essa legislação com sua própria legislação e portarias e têm liberdade para fazer cumprir detalhes específicos relacionados ao trânsito dentro das suas próprias fronteiras A lei inclui o uso obrigatório do cinto de segurança pelos motoristas e passageiros em todas as estradas do Brasil
2001	Lei 10.350	Constitui emenda ao Código Nacional de Trânsito, tornando periódicos os testes psicológicos obrigatórios para todos os motoristas profissionais
2006	Lei 11.275 Lei 11.334	Altera os artigos 165.277 e 302 do Código Nacional de Trânsito em relação a dirigir sob o efeito do álcool Constitui emenda ao artigo 218 do Código Nacional de Trânsito, alterando os limites de velocidade para fins de violações e penalidades
2007	..	Uma Comissão do Senado de Constituição e Justiça emite uma revisão positiva sobre um projeto de lei que proíbe a venda e consumo de bebidas alcoólicas em postos de gasolina e lojas de conveniência dentro dos limites municipais das estradas federais Alguns estados, como Pernambuco, Rio de Janeiro e Espírito Santo transformaram esse projeto em lei
2008	Decreto Executivo nº 415 Regulamento 277 do Conselho Nacional de Trânsito Lei 11.705	Proíbe em todo o território nacional a venda de bebidas alcoólicas ao longo das estradas federais Regras para transportar crianças com menos de 10 anos de idade e o uso de dispositivos de restrição para crianças em veículos motorizados Mais conhecida como "Lei Seca" Define o limite zero para o teor de álcool no sangue e aplica penalidades severas para quem dirigir sob a influência de álcool
2009	Lei 12.006 Lei 11.910	Acrescenta um artigo ao Código Nacional de Trânsito, para estabelecer mecanismos para exibição e divulgação de mensagens de conscientização em relação ao trânsito, como propaganda e campanhas Constitui emenda ao artigo 105 da Lei 9.503, estabelecendo o uso obrigatório de dispositivos de restrição complementar (<i>airbag</i>)

Tabela 5: Medidas relacionadas a óbitos e lesões relacionadas ao trânsito no Brasil, por ano

vidas estejam ameaçadas, tais como medidas liminares ou a prisão dos agressores.¹⁰⁶

Avanços na legislação foram acompanhados de conquistas visando à expansão dos serviços para as mulheres em situação de violência. Houve um aumento das Defensorias Públicas, juizados especializados, delegacias dedicadas às mulheres, abrigos para lidar com situações de emergência e centros de referência. Contudo, esse trabalho não está concluído porque a cobertura dos serviços ainda permanece concentrada nas regiões Sul e Sudeste, especialmente nas grandes cidades.¹⁰⁷

Outro passo importante foi a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990, quando passou a ser obrigatório notificar às autoridades casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica. O setor de saúde também passou a ser responsável pela notificação e prevenção desses casos, além de oferecer assistência psicossocial e médica para os casos confirmados.⁷²

A prevenção de violência contra pessoas idosas é uma preocupação mais recente. O Estatuto do Idoso, aprovado em 2003, foi a primeira instância específica a garantir os direitos dos cidadãos com mais de 60 anos. A sociedade civil e as instituições governamentais também vêm unindo esforços. Por exemplo, como uma estratégia importante que surgiu do Plano de Ação para o Combate à Violência contra o Idoso,¹⁰⁸ foram criados os Centros Integrados de Atenção e Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa, pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Atualmente, 16 estados brasileiros possuem esses centros em operação.

Os vinte anos de mobilização parecem estar valendo a pena. A notificação obrigatória de casos suspeitos ou confirmados de violência é uma realidade na maior parte das cidades brasileiras,¹⁰⁹ bem como os serviços gratuitos de denúncia anônima (disque-denúncia).¹¹⁰ Os registros em centros especializados vêm aumentando constantemente, bem como o número de instituições voltadas para a igualdade entre os gêneros e a redução da violência contra a criança e pessoas idosas.^{60,107,109,111} Iniciativas bem-sucedidas para avaliar a efetividade dos programas e políticas, tais como aquelas desenvolvidas por algumas instituições não governamentais, ainda são isoladas e escassas (ex., o Instituto PROMUNDO e NOOS).

Diversas instituições brasileiras vêm tomando medidas para lidar com o problema dos óbitos e lesões relacionadas ao trânsito (Tabela 5). O papel importante do motorista sob influência de álcool nos óbitos e lesões relacionadas ao trânsito, por exemplo, levou à determinação das concentrações máximas permitidas de álcool no sangue. Em 1998, o Código Nacional de Trânsito especificou o limite legal em 0,6 g/L.⁸⁴ Em 2008, foi aprovada a Lei 11.705, conhecida como Lei Seca, que alterou o teor legalmente permitido de álcool no sangue para zero.¹¹² Embora ainda seja muito cedo para avaliar os efeitos da lei, alguns estudos apontam uma redução na morbidade e mortalidade de óbitos e lesões relacionadas ao trânsito desde que ela foi aprovada.^{95,113}

O crescimento na demanda de serviços de emergência, internação hospitalar e reabilitação levou o Ministério da

Para obter mais informações sobre o Instituto PROMUNDO, consulte <http://www.promundo.org.br/em/>

Para obter mais informações sobre o NOOS, consulte <http://www.noos.org.br/>

Saúde a lançar em 2001 o Projeto de Redução dos Acidentes de Trânsito em várias cidades. A meta era integrar os esforços dos serviços de saúde com os do setor de transporte;¹¹⁴ outra iniciativa foi a Política de Atendimento de Emergência. As diretrizes foram usadas para financiar e organizar o sistema de assistência pré-hospitalar por intermédio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, um serviço crucial para a sobrevivência das vítimas e redução de sequelas.¹¹⁵ Setores não governamentais no Brasil também responderam ao problema dos óbitos e lesões relacionadas ao trânsito, organizando movimentos sociais de pais e parentes das vítimas para exercer pressão de *lobby* em prol de punições mais severas para motoristas alcoolizados que tenham causado lesões ou óbitos.

Embora diversas iniciativas possam ter contribuído para a redução dos óbitos e lesões relacionadas ao trânsito no Brasil, as taxas ainda permanecem elevadas em relação a muitos países da América Latina e ainda pouco se sabe sobre sua efetividade, visto que há poucos estudos destinados a avaliar tais intervenções. Apesar de não serem abrangentes, há algumas sugestões de melhorias (Figura 3).

O Brasil sempre foi um país violento: o desenvolvimento nacional começou com a escravidão dos índios e negros e as cicatrizes do passado colonial do país permanecem até hoje. Esse legado desfavorável de exclusão, desigualdade, pobreza, impunidade e corrupção, frequentemente sob o comando do próprio Estado, há séculos vem falhando em garantir direitos básicos sociais e humanos, como segurança, saúde, educação, moradia, trabalho e lazer.^{116,117} Agravam essas violações valores culturais profundamente arraigados e que geralmente são usados para justificar várias expressões de violência nas relações subjetivas e interpessoais, como machismo, patriarcalismo,¹¹⁸⁻¹²⁰ preconceito e discriminação contra negros, pobres, mulheres, idosos e homossexuais.^{109,121}

Todavia, por mais que o legado exista, nos últimos quinze anos tem havido uma mudança em nível macro, a qual abarca uma melhoria da qualidade de vida, redução da pobreza e desigualdade (esquemas de proteção social etc.), redução do desemprego, aumento e expansão do acesso universal à educação, mobilidade social e promoção da inclusão social com reconhecimento dos direitos do indivíduo.¹⁰² Houve uma ampla mobilização da sociedade e do governo para responder aos desafios impostos pela escalada da violência, e isso se reflete na grande e diversa gama de fóruns de debate, novas políticas e aprovação de leis específicas em todo o país.

Contudo, ainda há muito a fazer. Para além do marco legal bem estabelecido hoje disponível, o desafio agora reside na implementação e avaliação específica dos planos de ação. As dificuldades de monitoramento e cumprimento da lei e políticas são imensas, por conta das dimensões do país e da sua diversidade cultural. Na perspectiva da gestão também existem barreiras, tais como a corrupção e a falta de definição de prioridades

para os recursos de melhoria de infraestrutura. Como exemplo, uma das questões mais controversas no Brasil hoje é que, apesar da sanção das leis direcionadas à condução de veículos sob o efeito do álcool em todo o país, algumas cidades sequer possuem etilômetros (conhecido como bafômetros pelos usuários), necessários para fazê-las cumprir.

No entanto, com o apoio da legislação e das políticas emergentes, diversos Planos Nacionais com diretrizes e prioridades bem estabelecidas foram desenvolvidos, fornecendo apoio financeiro, operacional e técnico. Mas ainda faltam estudos abrangentes e em larga escala para avaliar o efeito das ações que objetivam reduzir os homicídios, a violência doméstica e as lesões e óbitos relacionados ao trânsito. O que se vê são avaliações localizadas de processo, realizadas com a única finalidade de orientar ações. Essas avaliações têm consistentemente chamado a atenção e enfatizado a necessidade urgente de integração, tanto intra quanto intersetorial. Ficou claro que existe descontinuidade e falta de comunicação entre programas e ações, tanto dentro de um mesmo setor do governo quanto entre diferentes setores, como saúde, justiça, bem-estar social e educação.

Medidas específicas também são necessárias. No caso dos homicídios, os organismos de cumprimento da lei ainda se encontram dominados por políticas inefazes, fundamentadas, sobretudo, na repressão. A impunidade imperante diante de crimes cometidos por criminosos comuns, assim como por certos empresários e policiais, alimenta a percepção de que o crime compensa. Assim, é importante reforçar e redefinir ações para combater o tráfico de drogas e o crime em geral, aprendendo com experiências que respeitem e promovam os direitos humanos.^{97,98} Isso exige um controle rigoroso do contrabando e posse ilegal de armas de fogo, melhoria dos métodos investigativos da polícia e oferta de um sistema judiciário ágil para acelerar as potenciais condenações e assim restringir a impunidade. Tais realizações devem vir juntamente com mudanças estruturais voltadas à ampliação de oportunidades para adolescentes e adultos jovens, muitos dos quais não estão estudando, estão desempregados e longe das suas famílias e, portanto, em situação de risco de se envolver com o crime. Atenção deve ser dada à implantação de estratégias socioeducativas para jovens condenados, o que, por sua vez, exige uma completa reestruturação e reformulação das instituições com o objetivo de reintegrar os infratores, medida que poderia ser estendida para o desqualificado sistema prisional brasileiro como um todo.

A sociedade brasileira deveria lutar por uma interação mais igualitária e respeitosa entre os parceiros e membros familiares, que promova a igualdade entre os gêneros e os direitos das crianças, adolescentes e pessoas idosas. A substituição das frequentemente punitivas e agressivas formas de disciplinamento infantil, comunicação entre parceiros íntimos e cuidado com as pessoas idosas por estratégias que promovam o diálogo e o afeto merece ser

Para obter mais informações sobre os direitos humanos no Brasil, consulte <http://www.pactopelavida.pe.gov.br/>

estimulada. Desse modo, a participação de campanhas na mídia para promover a paz e condenar a violência é fundamental para potencializar mudanças culturais. A introdução dessas questões nos currículos escolares de nível fundamental e médio poderia gerar resultados positivos no futuro.

Na perspectiva do serviço de saúde, é crucial integrar os profissionais de forma a torná-los a espinha dorsal da formação e fortalecimento de redes intersectoriais para a assistência e proteção das vítimas. Existe a necessidade de expandir os programas voltados ao mapeamento de vulnerabilidades locais, tais como a gravidez indesejada na adolescência, uso indevido de álcool e drogas e história de violência familiar. Esses programas precisam estar baseados em equipes multidisciplinares e geograficamente bem distribuídas, incluindo trabalhadores da área de saúde oriundos das comunidades, como os milhares que já vêm operando na assistência primária de saúde em todo o país (amplamente conhecido como Programa Saúde da Família).¹²²

Nitidamente, não basta focalizar apenas na prevenção ou detecção precoce dos casos. Por enquanto, o sistema de saúde brasileiro está mal preparado para lidar com casos de violência doméstica. Pessoal adequadamente treinado precisa estar apto a decidir se a situação pode ser enfrentada localmente ou encaminhada para um centro de referência. A interação com outros setores é fundamental. A expansão e a coordenação de uma rede de segurança de assistência especializada para vítimas de violência devem incluir delegacias policiais acolhedoras, juizados especializados, conselhos tutelares, abrigos, conselhos de direitos, bem como serviços de saúde voltados à assistência às vítimas e aos agressores.

O problema do trânsito no Brasil exige a intensa implementação das leis derivadas do Código Nacional de Trânsito e demais legislações relacionadas à segurança no trânsito. O cumprimento da lei precisa ser mais rigoroso, da mesma forma que as condenações por violações das leis de trânsito. Um policiamento melhor, honesto e confiável é indispensável. Da mesma forma, é preciso melhorar a qualidade e a integração de diversos sistemas de informação ligados a óbitos e lesões relacionadas ao trânsito usados pela polícia e pelo setor de saúde. Existe também uma necessidade urgente de intensificar medidas para combater a direção sob o efeito de álcool, conforme prescreve a denominada Lei Seca; apesar de a lei ter recebido um forte apoio em várias partes do país, sua plena implantação ainda está longe de ser completa. Ainda se faz necessária uma infraestrutura sólida e universalmente disponível. As restrições à venda de bebidas alcoólicas ao longo das vias expressas intermunicipais e estradas merecem consideração, da mesma forma como as campanhas para desestimular os motoristas a dirigir sob o efeito do álcool. A cooperação dos meios de comunicação em massa seria crucial, não apenas para promover campanhas educativas pró-ativas a respeito da necessidade de dirigir de forma defensiva e

responsável, como também para evitar propagandas e programas de lazer que estimulem o excesso de velocidade e a direção imprudente.

Devem ser feitos esforços para melhorar a frota automotiva e a rede de transporte como um todo. Procedimentos anuais de licenciamento mais rigorosos facilitariam a retirada de circulação de veículos sem condições de trafegar com segurança. A introdução de recursos modernos de segurança em todos os veículos novos vendidos no país também ajudaria. Renovar e melhorar os sistemas de transportes de massa, restaurando os já existentes e as parcialmente dilapidadas redes rodoviárias, também é de extrema importância; isso envolve aprimorar a qualidade do asfalto e estender o número de vias expressas e estradas em todo o país, oferecendo sinalização adequada e provendo passarelas para pedestres. Em razão do grande número de acidentes com motocicletas, é essencial regular, hoje, o uso da motocicleta para fins de trabalho, criar uma pista exclusiva para o trânsito de motocicletas e reforçar o uso de equipamento de proteção para motociclistas. Na perspectiva da assistência de saúde, ainda há muito a avançar: expandir a cobertura e a qualidade da assistência de emergência oferecida nos hospitais, tanto antes quanto durante a internação, e alargar os serviços de reabilitação para os sobreviventes de incidentes relacionados ao trânsito.

Houve progressos no estudo das violências e lesões. Investimentos crescentes por parte dos organismos nacionais de pesquisa levaram a um aumento no número de grupos de pesquisa dedicados ao tema (sete em 2.000 para oitenta em 2009).¹²³ No entanto, os esforços de pesquisa se encontram particularmente concentrados na magnitude, determinantes, causas e consequências da violência. É chegada a hora de dar um passo adiante e também focalizar a avaliação do crescente número de políticas públicas e planos de ação a elas relacionados. Investimentos de maior volume e seletivos devem ser direcionados aos métodos de monitoramento, avaliações sistemáticas e inerentes aos processos, e estudos de eficácia (efetividade) abrangentes o suficiente para guiar as ações.

Por fim, para reduzir a violência, o Brasil precisa assumir uma postura pró-ativa e concluir seu processo de democratização,¹²⁴ especialmente no que tange ao fortalecimento e organização do Estado, oferecendo educação para todos e promovendo o diálogo entre os organismos de cumprimento da lei e os segmentos menos favorecidos da sociedade, sem os quais os esforços legais para combater esse grave problema social serão incapazes de lidar com tamanha complexidade.

Colaboradores

MER, ERS, MHPMJ e CMFPS participaram da análise dos dados originais. Todos os autores participaram da pesquisa de trabalhos publicados e da elaboração das seções do relatório. Todos os autores revisaram as versões subsequentes do artigo e aprovaram sua versão final.

Conflito de interesses

Declaramos que não temos conflito de interesses.

Agradecimentos

MER, ERS, CLM e MHPMJ tiveram o apoio do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), bolsas PQ-301221/2009-0, PQ-300515/2009-0, PQ-302851/2008-9 e PQ-310503/2009-4, respectivamente. CLM também recebeu o apoio da bolsa E-26/101.461/2010 da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ). Agradecemos ao Instituto Nacional do Câncer (CONPREV/INCa) pelos dados do Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, usados em algumas análises (violência entre parceiros íntimos). Esta pesquisa foi financiada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, com fundos de contrapartida do INCa. Agradecemos a Tatiana Ribeiro, pela sua colaboração na organização das referências, e a Christopher Peterson, pela sua meticulosa versão do português para o inglês.

Referências

- Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=040701> (acesso em 28 de janeiro de 2010).
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.
- PAHO. Información y análisis de salud: situación de salud en las Américas: indicadores básicos 2009. Washington, DC: Pan American Health Organization, 2009.
- Waiselfisz JJ. Mapa da Violência no Brasil: anatomia dos homicídios no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari, 2010.
- Ministério da Saúde. Sistema de Informação Hospitalar. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=040502> (acesso em 28 janeiro de 2010).
- WHO. International classification of diseases, 10th revision. Geneva: World Health Organization, 2007. <http://www.who.int/classifications/icd/en/> (acesso em 31 de janeiro de 2010).
- Ministério da Saúde. Serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=456 (acesso em 28 de janeiro de 2010).
- Ministério da Saúde. Sistema de vigilância de violências e acidentes. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32127 (acesso em 28 de janeiro de 2010).
- Gawryszewski VP, de Silva MMA, Malta DC, et al. Violence-related injury in emergency departments in Brazil. *Rev Panam Salud Pública* 2008; 24: 400–8.
- Mello Jorge M, Koizumi M. Acidentes de trânsito no Brasil: um atlas de sua distribuição. São Paulo: ABRAMET, 2007.
- WHO. Global status report on road safety: time for action (executive summary). Geneva: World Health Organization, 2009.
- Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília: OPAS/OMS, 2008.
- WHO. Age-standardized mortality rates by cause (per 100 000 population). Geneva: World Health Organization, 2008. <http://www.who.int/whosis/indicators/compendium/2008/1mst/en/index.html> (acesso em 29 de julho de 2010).
- Victora CG, Aquino EML, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarzwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet* 2011; publicado online em 9 de maio. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60138-4.
- Silva IV. Violence against woman: clients of emergency care units in Salvador. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 (suppl 2): S263–72.
- Coordenação de Prevenção e Vigilância – Instituto Nacional do Câncer. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de agravos não transmissíveis. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2003.
- Reichenheim ME, Moraes CL, Szklo A, et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad Saúde Pública* 2006; 22: 425–37.
- Cardia N. Atitudes, normas culturais e valores em relação à violência em 10 capitais brasileiras. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Direitos Humanos, 1999.
- Instituto AVON. Pesquisa Instituto AVON/IBOPE: Percepções e reações da sociedade sobre a violência contra a mulher. São Paulo: IBOPE, 2009.
- UN. Eleventh UN survey of crime trends and operation of criminal justice systems. New York, NY: United Nations, 2010. http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/crime_survey_eleventh.html (16/12/2010).
- Souza ER, Lima MLC, Bezerra EAD. Homicides in Brazil: evolution and impacts. In: Lovisi G, Mari J, Valencia E, eds. Psychological Impact of living under violence and poverty in Brazil (Psychology Research Progress). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers Inc, 2010: 1–14.
- Cano I, Ribeiro E. Homicídios no Rio de Janeiro e no Brasil: dados, políticas públicas e perspectivas. In: Cruz MUG, Batitucci ECO, eds. Homicídios no Brasil. Rio de Janeiro: FGV, 2007: 51–78.
- Beato Filho CC, Marinho FC. Padrões regionais de homicídios no Brasil. In: Cruz MUG, Batitucci ECO, eds. Homicídios no Brasil. Rio de Janeiro: FGV, 2007: 177–90.
- Zaluar A. Integração perversa: pobreza e tráfico de drogas. Rio de Janeiro: FGV, 2004.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/default.shtm> (28/01/2010).
- Duarte PAV. Alcool e violência: um estudo dos processos de homicídio julgados nos Tribunais do Júri de Curitiba – PR entre 1995 e 1998. Faculdade de Medicina. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2000: 61.
- Toledo F. Verificação do uso de cocaína por indivíduos vítimas de morte violenta na Região Bragantina-SP: Faculdade de Ciências Farmacêuticas. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2004.
- Waiselfisz J. Mapa da violência IV: os jovens do Brasil. Brasília: UNESCO, Instituto Ayrton Senna, Ministério da Justiça/SEDH, 2004.
- Peres MFT, Santos PC. Mortalidade por homicídios no Brasil na década de 90: o papel das armas de fogo. *Rev Saúde Pública* 2005; 39: 58–66.
- Szwarcwald CL, de Castilho EA. Mortalidade por armas de fogo no estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma análise espacial. *Rev Panam Salud Pública* 1998; 4: 161–70.
- Peres MFT, Cardia N, Mesquita Neto Pd, Santos PCd, Adorno S. Homicídios, desenvolvimento socioeconômico e violência policial no Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2008; 23: 268–76.
- Barata RB, Ribeiro MCSA, Sordi MD. Desigualdades sociais e homicídios na cidade de São Paulo, 1998. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11: 3–13.
- Afonso R. O atendimento psicológico nos casos de luto violento: a construção de um modelo diagnóstico. *Psikhe* 2003; 8: 31–9.
- Cerqueira DRC, Carvalho AXY, Lobão WJA, Rodrigues RI. Análise dos custos e consequências da violência no Brasil. Brasília: IPEA, 2007.
- Ferraz S, Possidônio E. Violência, medo e mercado: uma análise da publicidade imobiliária. *Impulso* 2004; 15: 79–88.
- Paixão LAR. O impacto da violência no preço dos imóveis comerciais de Belo Horizonte: uma abordagem hedônica. *Econ Aplic* 2009; 13: 125–52.
- Campos A. Evolução da ocupação no sistema de segurança no Brasil: uma perspectiva comparativa entre os setores público e privado. Brasília: IPEA, 2009.
- Rondon V, Andrade M. Custos da criminalidade em Belo Horizonte. *Economia, Niterói (RJ)* 2003; 4: 223–59.
- Assis SG, Avanci J, Pesce RP, Ximenes LF. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Cien Saúde Colet* 2009; 14: 349–61.
- Moura AT, Moraes CL, Reichenheim ME. Detection of child abuse: missed opportunities in emergency rooms in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24: 2926–36.
- Gonçalves HS, Ferreira AL, Marques MJV. Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica. *Rev Saúde Pública* 1999; 13: 547–53.
- Silva MAI, Ferriani MGC. Domestic violence: from the visible to the invisible. *Rev Lat Am Enfermagem* 2007; 15: 275–81.
- Heise LL, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, 1999.

- 44 Jewkes R, Levin J, Penn-Kekana L. Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross-sectional study. *Soc Sci Med* 2002; 55: 1603–17.
- 45 Taft AJ, Watson LF, Lee C. Violence against young Australian women and association with reproductive events: a cross-sectional analysis of a national population sample. *Aust N Z J Public Health* 2004; 28: 324–9.
- 46 WHO. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: Brazil. http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/fact_sheets/Brazil2.pdf (acesso em 23 de julho de 2010).
- 47 Moraes CL, Reichenheim ME. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J Gynaecol Obstet* 2002; 79: 269–77.
- 48 O'Reilly R. Domestic violence against women in their childbearing years: a review of the literature. *Contemp Nurse* 2007; 25: 13–21.
- 49 Moraes CL, Apratto Júnior PC, Reichenheim ME. Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, RJ. *Cad Saúde Pública* 2008; 24: 2289–300.
- 50 Melo VL, Cunha JOC, Falbo Neto GH. Maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Mat Inf* 2006; 6: s43–48.
- 51 Pillemer KA, Finkelhor D. The prevalence of elder abuse: a random sample survey. *Gerontologist* 1988; 28: 51–7.
- 52 Ogg J, Bennett G. Elder abuse in Britain. *BMJ* 1992; 305: 998–9.
- 53 Comijs HC, Pot AM, Smit JH, Bouter LM, Jonker C. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46: 885–8.
- 54 Straus MA. Measuring intra-familial conflict and violence: the conflict tactics (CT) scales. *J Marriage Fam* 1979; 41: 75–88.
- 55 Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural da versão em português das "Conflict Tactics Scales Form R" (CTS-1) usada para aferir violência no casal: Equivalências semântica e de mensuração. *Cad Saúde Pública* 2003; 19: 1083–93.
- 56 Rickert VI, Wiemann CM, Harrykissoon SD, Berenson AB, Kolb E. The relationship among demographics, reproductive characteristics, and intimate partner violence. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187: 1002–07.
- 57 Teixeira PAS, Pinto AS, Moraes OCR. Dossiê mulher 2010. Rio de Janeiro: Instituto de Segurança Pública, 2010.
- 58 d'Oliveira AF, Schraiber LB, Franca-Junior I, et al. Factors associated with intimate partner violence against Brazilian women. *Rev Saúde Pública* 2009; 43: 299–311.
- 59 Bordin IA, Paula CS, do Nascimento R, Duarte CS. Severe physical punishment and mental health problems in an economically disadvantaged population of children and adolescents. *Rev Bras Psiquiatr* 2006; 28: 290–6.
- 60 Minayo MCS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cad Saúde Pública* 2003; 19: 783–91.
- 61 Reichenheim ME, Patricio TF, Moraes CL. Detecting intimate partner violence during pregnancy: awareness-raising indicators for use by primary healthcare professionals. *Public Health* 2008; 122: 716–24.
- 62 Falbo Neto GH, Caminha F, Aguiar F, et al. Incidence of child and adolescent abuse among incarcerated females in the northeast of Brazil. *J Trop Med* 2004; 50: 292–6.
- 63 Reichenheim ME, Dias AS, Moraes CL. Co-occurrence of physical violence against partners and their children in health services. *Rev Saúde Pública* 2006; 40: 595–603.
- 64 Rocha PCX, Moraes CL. Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói, RJ. *Ciênc Saúde Colet* (in press).
- 65 Anacleto AJ, Njaine K, Longo GZ, Boing AF, Peres KG. Prevalence of intimate partner violence and associated factors: a population-based study in Lages, Santa Catarina State, Brazil, 2007. *Cad Saúde Pública* 2009; 25: 800–08.
- 66 Zaleski M, Pinsky I, Laranjeira R, Ramisetty-Mikler S, Caetano R. Intimate partner violence and contribution of drinking and sociodemographics: the Brazilian National Alcohol Survey. *J Interpers Violence* 2010; 25: 648–65.
- 67 Paula CS, Vedovato MS, Bordin IAS, Barros MGSM, D'Antino MEF, Mercadante MT. Mental health and violence among sixth grade students from a city in the state of São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2008; 42: 524–8.
- 68 De Micheli D, Formigoni ML. Drug use by Brazilian students: associations with family, psychosocial, health, demographic and behavioral characteristics. *Addiction* 2004; 99: 570–8.
- 69 Bordin IA, Duarte CS, Peres CA, Nascimento R, Curto BM, Paula CS. Severe physical punishment: risk of mental health problems for poor urban children in Brazil. *Bull World Health Organ* 2009; 87: 336–44.
- 70 Vitolo YL, Fleitlich-Bilyk B, Goodman R, Bordin IA. Parental beliefs and child-rearing attitudes and mental health problems among schoolchildren. *Rev Saúde Pública* 2005; 39: 716–24.
- 71 Ximenes LF, Oliveira RVC, Assis SG. Violência e transtorno de estresse pós-traumático na infância. *Ciênc Saúde Colet* 2009; 14: 417–33.
- 72 Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 737 DE 16 de maio de 2001: política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- 73 Ludermit AB, Schraiber LB, D'Oliveira AF, Franca-Junior I, Jansen HA. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Soc Sci Med* 2008; 66: 1008–18.
- 74 Stefanello S, Cais CF, Mauro ML, Freitas GV, Botega NJ. Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 2008; 30: 139–43.
- 75 Moraes CL, Amorim AR, Reichenheim ME. Gestational weight gain differentials in the presence of intimate partner violence. *Int J Gynaecol Obstet* 2006; 95: 254–60.
- 76 Moraes CL, Reichenheim M, Nunes AP. Severe physical violence among intimate partners: a risk factor for vaginal bleeding during gestation in less privileged women? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009; 88: 1041–8.
- 77 Audi CA, Correa AM, Latorre Mdo R, Santiago SM. The association between domestic violence during pregnancy and low birth weight or prematurity. *J Pediatr (Rio J)* 2008; 84: 60–7.
- 78 Ludermit AB, Lewis G, Valongueiro SA, de Araujo TV, Araya R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *Lancet* 2010; 376: 903–10.
- 79 Hasselmann MH, Reichenheim ME. Parental violence and the occurrence of severe and acute malnutrition in childhood. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2006; 20: 299–311.
- 80 Vasconcelos MM, Malheiros AF, Werner J Jr, et al. Contribution of psychosocial risk factors for attention deficit/hyperactivity disorder. *Arq Neuropsiquiatr* 2005; 63: 68–74.
- 81 Laurenti R, Guerra MAT, Baseotto RA, Klincervicius MT. Alguns aspectos epidemiológicos da mortalidade por acidentes de trânsito de veículo a motor na Cidade de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública* 1972; 6: 329–41.
- 82 Mello Jorge M. Mortalidade por causas violentas no Município de São Paulo: Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1979.
- 83 Peden M, Scurfield R, Sleet D, et al. World report on road traffic injuries prevention. Geneva: World Health Organization, 2004.
- 84 Anon. Código de Trânsito Brasileiro (Lei nº 9503/97). Brasília: National Congress, 1997.
- 85 Koizumi M, Mello Jorge M. Motos no trânsito brasileiro: do lazer à ferramenta de trabalho. *Revista ABRAMET* 2007; 25: 12–21.
- 86 Souza ER, Minayo MCS. Violência no trânsito: expressão da violência social. In: Ministério da Saúde, ed. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005: 279–312.
- 87 Moreno C, Pasqua I, Cristofoletti M. Turnos irregulares de trabalho e sua influência nos hábitos alimentares e de sono: o caso dos motoristas de caminhão. *Revista ABRAMET* 2001; 36: 17–24.
- 88 Matielo F, Maniglia FT, Senaga KI, et al. Atenção: estrabismo e direção veicular. *Revista ABRAMET* 2002; 20: 14–9.
- 89 Câmara P. O risco de acidentes entre motoristas profissionais em função de estresse e fadiga. *Revista ABRAMET* 1999; 30: 31–5.
- 90 Lima D, Garcia A. A ingestão de álcool e o ato de dirigir: medição e consequências. *Revista ABRAMET* 2001; 37: 44–7.
- 91 Galduróz JCF, Caetano R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26: 3–6.
- 92 Santos V. Alcoolismo e acidentes de trânsito. *Rev Assoc Med Bras* 1978; 24: 255–7.

- 93 Jardim V, Mello Jorge M. Traumas de coluna ocasionados por acidentes de transporte. *Revista ABRAMET* 2009; 27: 48–56.
- 94 Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. Impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas rodovias brasileiras. Brasília: IPEA/DENATRAN/ANTP, 2006.
- 95 Mello Jorge M, Koizumi M. Acidentes de trânsito causando vítimas: possível reflexo da Lei Seca nas internações hospitalares. *Revista ABRAMET* 2009; 27: 16–25.
- 96 Nielsen A. Criminalidade avança pelo interior. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2009. http://agencia.ipea.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=124:criminalidade-avanca-pelo-interior&catid=10:disoc&Itemid=9.%2004/08/2009 (acesso em 8 de janeiro de 2010).
- 97 Faria L. Uma política de defesa social a céu aberto. *Curinga* 2006; 22: 183–7.
- 98 Governo do Rio de Janeiro – Polícia Militar. Unidades pacificadoras, 2010. <http://www.pmerj.org/unidades-pacificadoras-2/> (acesso em 29 de janeiro de 2010).
- 99 Ramos S. Respostas brasileiras à violência no campo da segurança pública: os movimentos sociais e as organizações não governamentais – Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2007.
- 100 Peres M. Avaliação do RAC – Redescobrimo o Adolescente na Comunidade. Distrito Jardim Ângela, São Paulo. Relatório final de pesquisa do Projeto Inventário e Avaliação de Programas de Prevenção da Violência Interpessoal. São Paulo: NEV/USP, 2006.
- 101 Souza ER, Constantino P. Avaliação do Projeto Luta pela Paz-Maré – Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: CLAVES/FIOCRUZ, 2006.
- 102 Neri MC. A nova classe média e a mobilidade social brasileira (Relatório de Pesquisa). Rio de Janeiro: FGV/IBRE, 2008.
- 103 Wong L, Carvalho J, Perpétuo I. A estrutura etária da população brasileira no curto e médios prazos – evidências sobre o panorama demográfico com referências às políticas sociais, particularmente as de saúde. In: Rede Interagencial de Informação para a Saúde – RIPSAs (Org.). Rede Interagencial de Informação para a Saúde-Demografia e Saúde. Contribuição para análise de situação e tendências. Brasília: OPAS, 2009; 36–66.
- 104 Waiselfisz J. Mapa da violência dos municípios brasileiros 2008. Brasília: RITLA, 2008.
- 105 Nadanovsky P. O aumento no encarceramento e a redução nos homicídios em São Paulo, Brasil, entre 1996 e 2005. *Cad Saúde Pública* 2009; 25: 1859–64.
- 106 Presidência da República. Lei Maria da Penha—LEI Nº 11.340. Brasília, 2006.
- 107 Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, Brasil. Observatório Brasil da igualdade de gênero. 2010. <http://www.observatoriodegenero.gov.br/eixo/politicas-publicas> (acesso em 23 de julho de 2010).
- 108 Observatório Nacional do Idoso. Secretaria especial dos direitos humanos, 2010. <http://www.direitoshumanos.gov.br/observatorioidoso> (acesso em 1º de agosto de 2010).
- 109 Assis SG, Constantino P. Violência contra crianças e adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 1990. In: Minayo MCS, Souza ER, eds. Violência sob o olhar da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003: 163–98.
- 110 Anon. Dobram queixas de violência contra mulheres. *O Globo* (Rio de Janeiro), Aug 4, 2010. http://dhrj.zapto.org/site/pdf/julho2010/040810diretodamulher_violencia_globo.htm (acesso em 21 de fevereiro de 2011).
- 111 Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Enfrentamento à violência contra a mulher: balanço de ações 2006–2007. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007.
- 112 Anon. Lei Seca (Lei nº11705/08). Brasília: National Congress, 2008.
- 113 Malta DC, Silva MMA, Lima CM, et al. Impacto da legislação restritiva do álcool na morbimortalidade por acidentes de transporte terrestre – Brasil, 2008. *Epidemiol Serv Saúde* 2010; 19: 77–8.
- 114 Souza ER, Minayo MCS, Franco LG. Avaliação do processo de implantação e implementação do Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito. *Epidemiol Serv Saúde* 2007; 16: 19–31.
- 115 Malta D. Atendimentos SAMU/192 por acidentes de trânsito, Brasil, 2008. Brasília, Apresentação OTI—RIPSA—OPAS/OMS, 2009.
- 116 Adorno S. A criminalidade violenta urbana no Brasil: um recorte temático. *BIB-Boletim Bibliográfico e Informativo em Ciências Sociais* 1993; 35: 3–24.
- 117 Minayo MCS, de Souza ER. Violência para todos. *Cad Saúde Pública* 1993; 9: 65–78.
- 118 Souza ER. Quando viver é o grande risco-aventura. *Cad Saúde Pública* 2001; 17: 1291–2.
- 119 Souza ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2005; 10: 59–70.
- 120 Cecchetto F. Violência e estilos de masculinidade. Rio de Janeiro: FGV, 2004.
- 121 Ramos S, Carrara S. A constituição da problemática da violência contra homossexuais: a articulação entre ativismo e academia na elaboração de políticas públicas. *Physis Rev Saúde Col* 2006; 16: 185–205.
- 122 Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família, 2010. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149 (acesso em 3 de agosto de 2010).
- 123 Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq/Brasil). Diretório de grupos de pesquisa: coleta de dados. <http://dgp.cnpq.br/diretorio/> (acesso em 23 de dezembro de 2010).
- 124 Zaluar A. Democratização inacabada: fracasso da segurança pública. *Estudos Avançados* 2007; 21: 31–49.