

DIRETORIA DE ESTUDOS SOCIAIS



UCAM / UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

FORUM DE DEBATES

Criminalidade, Violência e Segurança Pública no Brasil: Uma Discussão sobre as Bases de Dados e Questões Metodológicas

2º Encontro:

**Crime e Relato II: Base de Dados da Saúde e
Pesquisas de Vitimização**

Organização:

Daniel Cerqueira (IPEA)

Julita Lemgruber (CESeC/UCAM)

Leonarda Musumeci (CESeC/UCAM)

AGOSTO DE 2000

FÓRUM DE DEBATES

Criminalidade, Violência e Segurança Pública no Brasil: Uma Discussão sobre as Bases de Dados e Questões Metodológicas

2º Encontro:

CRIME E RELATO II: BASE DE DADOS DA SAÚDE E PESQUISAS DE VITIMIZAÇÃO

ARTIGOS

- INTRODUÇÃO
- UMA *DATA-BASE* INTEGRADO SOBRE A VIOLÊNCIA NO BRASIL. Idéias Para um Pré-projeto Inter-Institucional de Pesquisa
Gláucio Ary Dillon Soares
- PESQUISAS DE VITIMIZAÇÃO
Yolanda Catão
- BASE DE DADOS DE SAÚDE. INFORMAÇÕES SOBRE A VIOLÊNCIA
Jacques Levin
- ACIDENTES E VIOLÊNCIAS NO BRASIL: BREVE ANÁLISE DE SUAS FONTES DE DADOS
M. Helena P. de Mello Jorge

UM DATA BASE INTEGRADO SOBRE A VIOLÊNCIA NO BRASIL

Idéias para um Pré-Projeto Inter-institucional de Pesquisa

GLÁUCIO ARY DILLON SOARES
Professor Titular , Universidade da Flórida
Professor Visitante, IUPERJ

1 - Introdução

Se compararmos o número de homicídios no Distrito Federal, cuja ordem de grandeza é de centenas, com o número de detentos cumprindo pena máxima por homicídio, cuja ordem de grandeza é de dezenas, veremos, de imediato, a disparidade entre os dois números. Há muito mais homicídios *cada ano* do que o total *acumulado* de homicidas que foram identificados, indiciados, presos, julgados, condenados e estão cumprindo pena. O Distrito Federal não é uma exceção: os números, em escala nacional, apontam na mesma direção: uma percentagem muito elevada dos homicidas escapa pelos ralos da sociedade e não cumpre pena. No Rio de Janeiro, a situação é catastrófica: segundo Luiz Eduardo Soares, apenas 8% tem condições de iniciar o inquérito policial.

Na mídia e na sociedade, abundam os palpites e faltam os dados. Daí podemos concluir que

- Evidentemente, é do interesse da sociedade civil, assim como dos sistemas policial e judicial, melhorar essas percentagens. A tarefa começa com a sua determinação, com a maior exatidão *possível*. De quanto estamos falando, exatamente? Cinquenta por cento, 70%?
- Ela continua, sempre com a maior exatidão *possível*, com a localização dos *momentos* em que ore esta evasão. Dados relativos a outras unidades da federação sugerem que, na área de várias jurisdições policiais, a percentagem de homicídios nos que o(s) autor(es) não é sequer identificado supera 80!
- Partimos do suposto de que o conhecimento sobre a identidade do(s) autor(es) existe na sociedade - começando pelo óbvio - o autor ou autores,

mas também de que *terceiras* pessoas têm este conhecimento. Não obstante, este conhecimento não chega às autoridades.

Para saber como incrementar este fluxo de conhecimentos, necessitamos pesquisar o que os entrava. Se torna necessária uma pesquisa, que incluiria um survey e a integração de várias bases de dados, sobre as relações entre a sociedade, incluindo suas múltiplas subdivisões (demográficas, por sexo, idade, ocupação, , educação, condição social, área de residência etc), e os sistemas policial, judicial e carcerário. Entretanto, durante a obtenção de fundos para esta pesquisa e a sua realização, podemos colher subsídios através da *análise secundária* de dados, particularmente dos da PNAD de 1988. As perguntas deixadas sem resposta pela PNAD serão acrescentadas ao questionário do survey de vitimização que também incluirá perguntas constantes da PNAD, permitindo acompanhar as *mudanças* entre 1988 e agora e as *comparações* com outras unidades da federação onde este procedimento foi usado.

2 - O Data-base

Um sério problema com análise do crime, em geral, e do homicídio, em particular, é o fato de que diversos "pedaços" de informações se encontram em *data-bases* diferentes, não integrados.

- As informações sobre a vítima e o crime são inporadas a um, inclusive as escritas na hora, o BO, *Boletim de Ocorrência*¹. O BO inclui duas seções não codificadas, o *Histórico* e o *Modus Operandi* que, muitas vezes não são preenchidos e raramente são bem preenchidos. A primeira autoridade a chegar ao local preenche o BO. A melhoria do preenchimento do atual BO já seria um grande passo; se combinada com a melhoria do BO, os benefícios seriam muito maiores;
- As informações do IML constam de outro data-base, mas incluem algumas informações do BO, sendo coligidas centralmente pelo SIM, mas permanecendo na dependência da qualidade dos dados enviados pelas Secretarias de Saúde dos governos estaduais que, por sua vez, dependem parcialmente das suas fontes

¹ A nomenclatura varia entre os estados. Alguns estados adotam RO.

municipais. No Estado do Rio de Janeiro, a partir de 1990, os “registros de orência” passaram a incluir informação relativa à vítima;

- As derentes do inquérito policial que, sem bem feito, é uma importante fonte sobre os possíveis motivos, sobre as relações entre vítima e criminoso, constam de outra base de dados. Não estão informatizadas: são calhamaços de papel. Porém, em alguns estados os inquéritos com informações detalhadas cobrem percentagem muito pequena das orências, inclusive das sérias, como homicídios;
- As informações sobre os policiais, detetives e os delegados associados com o inquérito – inclusive algumas elementares como idade, gênero, raça, classe social, treinamento, que são variáveis que, fora do Brasil, demonstram interagir com variáveis semelhantes da vítima e do acusado, com consequência para as averiguações, não estão disponíveis²;
- As informações constantes do processo judicial estão em uma quarta fonte que também não estão informatizadas;
- As informações sobre promotor³, advogado e defensor público, o juiz⁴ e, onde apropriado, o júri, se encontram em locais também diferentes. Pesquisas realizadas em sua grande maioria fora do Brasil demonstraram que essas variáveis interagem com variáveis semelhantes da vítima e do acusado, com consequência para a probabilidade de condenação e a severidade da pena.

É, claro, onde as fontes estão separadas, sem formar parte de um *data-base* integrado, é impossível cruzar as informações que constam em cada um destes *data-base* fragmentados com as que constam em todos os demais, é impossível colocá-las na mesma equação.

Somente as informações do SIM estão

² A polícia pode indiciar ou não o suspeito. Para saber se há vieses nesse nível (como delegados brancos indiciando mais suspeitos negros do que brancos pelo mesmo crime, com as mesmas evidências), necessitamos das informações sobre o suspeito, o crime, o delegado, detetives e policiais, e o inquérito, no mesmo database.

³ É o Ministério Público que denuncia ou não o suspeito. Para saber se há vieses nesse nível (como promotores brancos denunciando mais suspeitos negros do que brancos pelo mesmo crime, com as mesmas evidências), necessitamos das informações sobre o suspeito, o crime, o promotor, e o inquérito, no mesmo database.

⁴ É o juiz quem decide da inocência ou culpa na maioria dos crimes, assim como a severidade das penas.

1. Organizadas a nível nacional e
2. Pré-codificadas e disponíveis em formato conversível (dbf)

As variáveis de tipo “background” do SIM tem pouca utilidade. Dados sobre a cõr da vítima só começaram a ser digitadas em 1998 e a percentagem das respostas em branco é muito alta. Leva tempo até treinar todas as pessoas que preenchem o questionário no preenchimento de um novo ítem. Mesmo com treinamento e pressão para que esse ítem seja bem preenchido serão alguns anos até que essa variável tenha utilidade estatística.

Para que informações constantes do inquérito policial e do processo judicial possam ser usadas rotinaria e rriqueiramente em pesquisas criminológicas, elas precisam ser informatizadas. Não se trata de escanear os calhamaços embora houvesse vantagens nisso, mas de criar um Sumário Informatizado para os mesmos. A proposta para a criação desse sumário requer que um grupo de pesquisa examine uma razoável amostra aleatória dos inquéritos policiais e dos processos judiciais, construindo um sumário das informações úteis que possam ser codificadas e informatizadas. As categorias não devem ser construídas *a priori*, mas apenas após a listagem das iniformações contidas em cada ítem. Idealmente, cada um desses documentos deveria ser integrado às informações contidas no BO e no atestado de óbito.

Com isso ganharíamos a possibilidade de analisar conjuntamente dados relevantes ora separados, de calcular as taxas de atrito e perda com os seus determinantes a cada passo do longo processo⁵ que vai do crime até a prisão e, idealmente, depois da prisão.

Hoje, para conhecer as relações entre informações contidas em data-base separados se requer pesquisa específica. Devido às dificuldades de obtenção dos dados, elas se concentram nos dados do SIM e são, portanto, pesquisas de vitimização e somente de vitimização.

⁵ Um dos primeiros passos é a identificação de suspeitos. Hipotetizo que o *local do crime* tenha influência sobre a probabilidade de identificação, com os crimes feitos na rua com mais alta percentagem de autores não identificados; é possível que, a partir daí, classe, raça e gênero sejam variáveis associadas com a taxa de atrito, com mais baixa percentagem de mulheres, brancos e pessoas de classe alta e média sendo indiciados e denunciados.

Assim, o conhecimento criminológico teria muito a ganhar com a integração do conhecimento contido em locais diferentes, em formatos diferentes. Nossa proposta é a de integração dessas bases de dados, o que requerirá a construção de um formulário/sumário informatizável de cada uma delas. É inelutável que haja erros e omissões e é esperado que o primeiro formulário/sumário de cada data base seja provisório, com a duração proposta de 3 anos, tempo que considero suficiente para que os estudiosos comecem a usá-los, apontando suas deficiências. Essas críticas e sugestões serão integradas nos formulários/sumários permanentes.

3 – As Informações Necessárias

Portanto, se quisermos estudar o crime, em geral, e o homicídio, em particular, a tarefa mais imediata é a construção de um *data-base integrado*, que deve incluir dados sobre, pelo menos:

- Laudo cadavérico e atestado de óbito do IML
- Informações sobre a assistência e o atendimento hospitalar
- Registro da ocorrência
- Inquérito policial
- Informações sobre o delegado
- Informações sobre os policiais
- Informações sobre os detetives-investigadores
- Processo judicial
- Informações sobre o juiz

- Informações sobre o júri
- Informações sobre o(s) promotor(es)
- Informações sobre o(s) advogado(s) de defesa ou defensores públicos
- Informações sobre a vítima, inclusive sua comunidade de origem e de residência
- Informações sobre o(s) indiciado(s), inclusive sua comunidade de origem e de residência
- Informações sobre a vida pregressa de todos os circunstantes
- Informações sobre a base populacional para computar taxas específicas por idade E gênero E estado civil E etc.

4 – Variáveis Externas

Existe, também, a necessidade de inporar informações *externas* ao *data-base*, cuja relevância tem sido salientada pelas pesquisas criminológicas. Uma estratégia comum consiste em comparar as características das vítimas, indiciados e condenados, com as características de toda a população do estado, município, bairro ou da subdivisão respectiva (como idade, sexo, indicadores de condição social, local de nascimento etc). A comparação seria feita com informações do Censo e das PNADs. Com isto poderemos

ver quais as características da população que aumentam a probabilidade de que as pessoas matem ou sejam mortas. A relação entre os dados do registro policial e os hospitalares permitirá avaliar a adequação destas fontes de informação. Poderemos, também, usar dados *comparativos*, para saber como anda o Brasil, um estado ou município, tendo em vista os parâmetros dos países nos que as questões relativas a crimes violentos tenham sido abordadas de maneira julgada satisfatória. Se quisermos calcular taxas específicas no que se refere a algumas variáveis associadas com a vitimização, como a idade, o gênero e o estado civil, também teremos que rerer aos dados de censos, PNADs e levantamentos locais. Minha experiência ensina que as taxas específicas a valores de tres ou mais variáveis requerem tabulações especiais sobre a base populacional.



Caso as informações derivadas do Ministério da Saúde, das polícias e do Judiciário estivessem parcialmente ou totalmente informatizadas, seria mais fácil *integrá-las em um data-base único* se os programas usados forem compatíveis. Como não estão, será necessário programar a integração. Essa informação é necessária porque várias polícias e outras unidades de administração estadual usam programas proprietários que não se comunicam com outros, ou que requerem esforços de um programador profissional para que possam ser usados em pacotes estatísticos.

Somente após essa longa inversão, as informações poderão ser tabuladas e analisadas com 2, 3 e mais variáveis. Por exemplo: será possível cruzar qualquer dos dados disponíveis sobre a vítima com qualquer dos dados disponíveis sobre o homicida e as circunstâncias. As possibilidades analíticas são muito amplas e promissoras. Para compreender isto, pensemos em cada *data-base* como um conjunto de informações. É uma simples questão de análise combinatória. Como cada *data-base* contém muitas variáveis com possível relevância, as possibilidades analíticas são imensas. Só não é possível usar o dado inexistente. Este *database* nos permitirá usar informações de todas estas fontes, antes separadas.

PESQUISAS DE VITIMIZAÇÃO

YOLANDA CATÃO

Consultora do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

I. Introdução

Desde a década de 70, quando a Organização das Nações Unidas recomendou que os governos elaborassem informes sobre caminhos e métodos efetivos para o controle da criminalidade, vem sendo discutida, em vários países, a melhor forma de produzir estatísticas criminais relevantes e confiáveis, que sirvam de base para a formulação de estratégias de prevenção do crime. Reconhecendo a importância da questão, a Assembleia Geral e os Congressos das Nações Unidas para a Prevenção do Crime e Tratamento do Delinqüente, têm aprovado inúmeras resoluções, visando padronizar a coleta de dados e estimular os países membros a desenvolverem seus sistemas de informação.

Com a intensificação da violência e o crescimento da criminalidade, principalmente nos grandes centros urbanos, a necessidade de dados estatísticos fidedignos que orientassem a formulação de estratégias preventivas e subsidiassem a elaboração de políticas públicas, adquiriu caráter ainda mais urgente.

Acatando as recomendações da ONU, diversos países aprimoraram suas fontes de informação de modo a desenvolver estatísticas relevantes e de credibilidade sobre o fenômeno do crime e da violência. Durante décadas, as estatísticas criminais existentes que norteavam pesquisas e orientavam os estudos e teorias criminológicas, provinham dos registros oficiais: das polícias (crimes identificados e registrados), da justiça (acusado/indiciado) e do sistema penal (condenado e preso). Nessa fonte, o foco central é o infrator, ou seja, o “cliente” do sistema jurídico-penal. A grande crítica que se faz a essas estatísticas oficiais deriva do fato de que elas apresentam um quadro distorcido da violência e da criminalidade. Elas refletem mais a administração da justiça e a ação seletiva dos órgãos oficiais de controle social.

Na linha de evolução dos estudos criminológicos e do direito penal, desponta nova preocupação, qual seja, o reconhecimento dos direitos e interesses das vítimas de crimes.

Surge, assim, novo campo de investigação, tendo como objeto, desta vez, as vítimas de crimes e não mais o infrator. As pesquisas de vitimização constituem um importante instrumento para estimar a prevalência da vitimização pelos chamados crimes tradicionais.

Os surveys de vitimização, difundidos cada vez mais, são pesquisas domiciliares, feitas com base em amostra representativa da população, sendo o entrevistado, a vítima, ou outra pessoa do domicílio, dependendo da metodologia que se adote. Permitem conhecer o perfil das vítimas; as circunstâncias em que ocorreram o crime; a propensão das vítimas em denunciar ou não a ocorrência delituosa; delinear grupos de risco; e identificar atitudes da população em relação aos agentes encarregados da administração da justiça (policiais, promotores, juízes).

É preciso deixar claro, entretanto, que os surveys de vitimização não substituem os registros oficiais. Eles são complementares e constituem uma alternativa às estatísticas produzidas pelos sistemas policial, judiciário e penitenciário.

II. Subnotificação

Um dos problemas mais recorrentes na literatura criminológica diz respeito à mensuração da criminalidade. Com os estudos quantitativos e seu objetivo de conhecer a incidência criminal e os tipos de crimes perpetrados, ganha importância o conceito de cifra negra ou delinqüência oculta: número de crimes que não chegam ao conhecimento dos órgãos de administração da justiça criminal, não sendo, portanto, registrados. Citado como um dos “fantasmas da criminologia tradicional”, ele é mais freqüentemente utilizado, como crítica ao uso das estatísticas oficiais, por estas não retratarem a criminalidade realmente praticada. O subregistro das estatísticas oficiais varia conforme o tipo de crime. A decisão de não comunicar o fato delituoso à polícia também está relacionada com a opinião que a vítima/comunicante tem sobre a polícia e sua capacidade para resolução de conflitos. Além do mais, os sistemas policial e judiciário tendem a fazer uma seleção de certos tipos de delito e tratar distintamente determinadas modalidades de crimes, ocorrendo uma filtragem dos comportamentos desviantes e contribuindo para o subregistro da criminalidade.

A pesquisa de vitimização surge como uma tentativa de se obter, através da vítima, estimativas sobre a criminalidade praticada e não notificada à polícia. Um delito não

comunicado à polícia pode ser relatado, no domicílio, ao entrevistador bem treinado. Por outro lado, a subnotificação também não é pequena nas pesquisas de vitimização. A subnotificação, neste caso, ocorre quando a vítima deixa de relatar um crime do qual foi vítima, seja porque não deu maior importância ao ocorrido, seja porque o crime foi uma ofensa sexual e ela não se sente à vontade de falar sobre o assunto com o entrevistador. O respondente pode, ainda, não entender determinada ocorrência como delituosa, como por exemplo, lesão corporal decorrente de briga entre jovens conhecidos. A violência doméstica, seja contra a mulher seja contra a criança, por envolver com grande frequência, familiares, é muito comumente ocultada e não relatada, principalmente nas camadas médias mais altas. O entrevistado tende, também, a se lembrar apenas dos fatos mais recentes e aqueles de maior gravidade, omitindo os de pequena monta.

Alguns países complementam os dados oficiais com as estimativas da pesquisa de vitimização, para analisar a incidência e distribuição do crime, permitindo um conhecimento mais objetivo do comportamento delituoso, assim identificado e tipificado, pela sociedade.

III. Breve Panorama das Pesquisas de Vitimização

III. 1. National Crime Victimization Survey (NCVS)

As primeiras pesquisas de vitimização foram desenvolvidas, na década de 60, nos Estados Unidos, promovidas pela President's Commission on Law Enforcement and Administration of Justice. O primeiro survey, basicamente um piloto, visava testar a nova metodologia, a coleta de informações sobre as vítimas de crime em unidades domiciliares. Na realidade, o primeiro survey nacional foi realizado em 1966, aplicado em 10000 domicílios. Mas só na década de 70, iniciam-se as séries anuais de pesquisas de vitimização que vêm sendo aplicadas até hoje.

O National Crime Victimization Survey (NCVS), cuja amostra tem como base os endereços residenciais, levanta dados sobre vitimização pessoal e no domicílio. As séries NCVS têm como objetivos primordiais: 1º) obter informações detalhadas sobre as vítimas e consequências do crime; 2º) estimar a frequência e tipos de crime não relatados à polícia; 3º)

fornecer medidas uniformes de tipos selecionados de crimes; 4º) permitir comparações no tempo e entre áreas geográficas.

O Bureau of Justice Statistics do Departamento de Justiça dos Estados Unidos desenvolve surveys nacionais de vitimização, desde 1973. Cada ano, dados são obtidos com base em amostra nacional representativa de, aproximadamente, 50000 domicílios, compreendendo cerca de 100000 pessoas, obtendo informações sobre características e conseqüências da vitimização criminal nos EUA. O survey permite estimar a probabilidade de vitimização por vários tipos de crime, para a população como um todo, assim como para segmentos da população (mulheres, idosos, grupos raciais, etc.) As informações permitem avaliar o impacto do crime e conhecer as características do agressor.

Todas as pessoas nos EUA, com 12 anos ou mais, são entrevistadas nos domicílios selecionados pela amostra. Cada entrevistado responde a uma série de questões para determinar se foi vítima no período compreendido entre os seis meses precedentes ao primeiro dia do mês da entrevista. As perguntas abrangem, basicamente, os seguintes tipos de crimes, incluindo as tentativas: estupro, roubo, furto, agressão física, arrombamento de residência, furto de veículo a motor.

A pesquisa caracteriza os crimes como pessoais ou de propriedade. Crimes pessoais cobrem estupro, ataque sexual, roubo, agressão física simples e agravada e furto. Os crimes de propriedade cobrem arrombamento, roubo, roubo de veículo a motor e vandalismo. Os dados incluem: gravidade do crime; danos ou perdas; hora e local da ocorrência; despesas médicas ocorridas; número, idade, raça e gênero. Indaga também se houve uso de armas ou drogas (álcool inclusive) e a relação do ofensor(es) com a vítima: desconhecido, conhecimento casual, parente, etc. Informações demográficas básicas, tais como idade, gênero, etnia, educação, emprego e renda familiar também são coletadas para possibilitar análise do crime por várias subpopulações.

Os dados da NCVS são organizados por um conjunto de trimestres, sendo que seis trimestres completam um arquivo anual. Em 1992, houve uma modificação substantiva no desenho da metodologia da pesquisa, objetivando melhorar a qualidade das respostas dadas e para minimizar o efeito “recall”.

Nos EUA, há grande quantidade de trabalhos sobre vitimização comparando dados da NCVS com aqueles compilados pelo Uniform Crime Reports (UCR) do FBI, como por exemplo, *Criminal Victimization 1998: Changes 1997 – 98 with trends 1993 – 98*. Outro exemplo, é *Crime and Justice in the United States and England and Wales* que compara, de 1981 a 1996, dados oriundos tanto de pesquisas de vitimização quanto dos registros policiais.

Há outros tipos de pesquisa de vitimização em curso nos EUA. O Bureau of Justice Statistics (BJS) e o Office of Community Oriented Policing Services (COPS) desenvolveram um software, para que as próprias localidades possam conduzir surveys domiciliares, por telefone, coletando dados sobre atitudes em relação à polícia e outras questões relacionadas. Em 1998, utilizando o Random Digit Dialing (RDD) para contatar os domicílios, estes dois órgãos realizaram um survey de vitimização (Criminal Victimization and Perceptions of Community Safety in 12 Cities), em 12 cidades americanas, com perguntas sobre atitudes em relação à vizinhança, sua cidade e polícia local. Entretanto, ao contrário da NCVS, os dados desta pesquisa não são representativos nacionalmente.

Como exemplos de dados decorrentes da Pesquisa Nacional de Vitimização Criminal e sua contribuição para um panorama da vitimização criminal, pode-se relacionar alguns resultados da pesquisa de 1998 (Bureau of Justice Statistics).

Foram cometidos 31.3 milhões de crimes contra habitantes de 12 anos ou mais.

- 73% (22.9 milhões) eram crimes contra a propriedade.
- 26% (8.1 milhões) eram crimes violentos.
- 1% eram roubos.

Para cada 1000 habitantes com 12 anos ou mais, ocorreram:

- 2 estupros ou agressões sexuais.
- 3 agressões físicas com sérias lesões.
- 4 roubos.

Jovens, negros e homens eram mais vulneráveis a crimes violentos:

- 1 em cada 12 pessoas com idade de 12 a 15 anos para 1 em cada 357 com 65 anos ou mais.
- 1 em cada 24 negros para 1 em cada 28 brancos.
- 1 em cada 23 homens para 1 em cada 33 mulheres.

III. 2. Pesquisa Internacional de Vitimização

Promovida pelas Nações Unidas, a primeira pesquisa internacional sobre tendências do crime e os sistemas de justiça criminal (United Nations World Survey on Crime Trends and Criminal Justice Systems), foi feita em 1978. Desde então, já foram implementadas seis pesquisas padronizadas sobre o crime.

Entretanto, a primeira pesquisa internacional de vitimização só acontece onze anos depois. O United Nations International Crime and Justice Research Institute (UNICRI) realizou até agora três surveys de vitimização: em 1989, 1992 e 1996. O objetivo principal é obter informações comparativas confiáveis sobre o risco de vitimização, o contexto do crime e atitudes e opiniões frente à polícia. Através de sua implementação, procura-se sensibilizar pesquisadores, administradores da justiça criminal e responsáveis pelas tomadas de decisão nesta área, para a importância deste instrumento, seu significado, potencial e limites. Por outro lado, chama a atenção para a necessidade de se atender às necessidades da vítimas, seja através de ressarcimento do dano, assistência psicológica, criação de centros de atendimento ou outras.

As experiências com surveys de vitimização, em escala nacional, propiciaram a organização das pesquisas internacionais com metodologia padronizada: a abordagem e o questionário são os mesmos em todos os países assim como a metodologia utilizada para seleção da amostra. Participaram 15 países em 1989 e, em 1992, mais 13 países considerados em desenvolvimento foram incluídos. Na terceira pesquisa, em 1996, cerca de 35 países participaram, sendo que o Brasil esteve presente nas duas últimas.

Em 1989, a pesquisa foi realizada por telefone, em países considerados industrializados, usando o sistema CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing). Em 1992, nos países em desenvolvimento foram utilizadas amostras domiciliares (“face to face”). A amostra do survey variou de 1000 (Suíça) a 5274 (Alemanha), mas, em geral, a média foi de 2000 pessoas entrevistadas. A probabilidade de um erro amostral pode ser mais alto devido ao tamanho pequeno da amostra. Por outro lado, os custos de uma pesquisa de vitimização são muito elevados; uma amostra maior aumentaria bastante o custo do projeto. Para que a amostra não fosse muito diferente entre os países, recomendava-se que o tamanho ficasse entre 1500 e 2000 domicílios. Os principais parâmetros eram área residencial, gênero e idade. No domicílio, o

critério de seleção do entrevistado foi a pessoa de 16 anos ou mais, que tinha o aniversário mais próximo.

Deve-se ressaltar que a pesquisa internacional que segue os padrões do UNICRI, por ser comparativa e padronizada, tem o inconveniente de adotar definições genéricas para os delitos para abranger o maior número possível de países, de ter reduzida amostra e questionário cujo conteúdo nem sempre corresponde a interesses nacionais.

Países Participantes da Pesquisa Internacional de Vitimização em 1996

Europa Ocidental	América do Norte	Países em Transição	África	Ásia	América Latina
Áustria	Canadá	Albânia	África do Sul	China	Argentina
Grã-Bretanha	Estados Unidos	Rep. Checa	Tanzânia	Índia	Bolívia
Finlândia		Iugoslávia	Uganda	Indonésia	Brasil
França		Macedônia	Zimbábue	Filipinas	Costa Rica
Países Baixos		Geórgia			
Irlanda do Norte		Hungria			
Escócia		Kirguistão			
Suécia		Latvia			
Suíça		Mongólia			
		Polônia			
		Romênia			
		Rússia			

Fonte: UNICRI/ILANUD

Evidentemente, na análise comparativa dos dados resultantes da pesquisa internacional, há que se levar em conta as especificidades de cada cidade e país. As cidades escolhidas diferem no que se refere a uma série de indicadores, tais como, entre outros, o tamanho da população, a taxa de crescimento, o desenvolvimento urbano, etc. Críticas têm sido feitas, também, ao fato de, muitas vezes, serem apresentados como relativos a todo o país, resultados de pesquisas locais. Um dos problemas que também têm afetado a comparação, deve-se ao fato de que 25% dos países que responderam ao primeiro survey, não responderam ao segundo e 30% que responderam ao segundo não responderam ao primeiro. Não obstante, é interessante que se tenha pesquisas internacionais padronizadas com informações comparáveis em escala internacional.

III.3. Surveys na Grã-Bretanha

A Grã-Bretanha realiza pesquisas de vitimização a cada dois anos, abrangendo cerca de 10000 domicílios. Conduzida pelo Home Office Research and Planning Unit, o principal objetivo é estimar quantas pessoas foram vítimas de certos tipos de crime durante um ano, descrevendo as circunstâncias sob as quais se tornaram vítimas e as conseqüências do crime para a vítima. Outro objetivo inclui a obtenção de informações sobre o medo do crime e o contato com a polícia. Os entrevistados são submetidos a uma bateria de perguntas para saber se o morador ou seu domicílio foram vítimas de crimes relevantes durante o período de referência de um ano. Eles respondem a questões bem detalhadas sobre os incidentes relatados. Informações básicas descritivas sobre os entrevistados e seus domicílios são coletadas para permitir análise sobre o tipo de pessoa que se torna ou não, vítima. Também coletam informação sobre questões relacionadas com a experiência como vítima, como medo do crime, uso de drogas, contato com a polícia e estilo de vida. O universo contempla pessoas de 16 anos ou mais, vivendo em domicílios que constam do catálogo de endereços do correio, com uma amostra probabilística por estágios.

III. 4. Brasil

1. No Brasil, já foram realizadas oito pesquisas de vitimização propriamente ditas, ou pesquisas com perguntas sobre vitimização. O questionário suplementar da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/IBGE), em 1988, teve como tema Participação Político-Social. Um dos sub-temas abordados pelo questionário foi justiça e vitimização. Não foi, portanto, um survey de vitimização propriamente dito, mas incluiu perguntas relacionadas com este tema. As variáveis utilizadas foram roubo ou furto, agressão física, relacionamento com a vítima e recurso à polícia. O período de referência adotado foi um ano, de outubro de 1987 a setembro de 1988. Foram investigados 81 628 domicílios, em todas as regiões metropolitanas do Brasil, selecionados através de amostra probabilística, obtida em três estágios de seleção: municípios, setores censitários e domicílios. Um dos problemas desta pesquisa é que foi incluída na mesma pergunta, a informação se a pessoa foi vítima de furto ou roubo, englobando na mesma categoria um delito que envolve violência e outro sem violência e que expressam experiências, motivações e contextos diversos.

2. O Instituto Latino Americano das Nações Unidas para a Prevenção do Delito e Tratamento do Delinqüente (ILANUD) realizou três pesquisas de vitimização no Brasil: em 1992 e 1996, na cidade do Rio de Janeiro e, em 1997, na cidade de São Paulo, sendo que esta última, em conjunto com o Datafolha. Estas pesquisas foram realizadas a partir das experiências desenvolvidas pelo United Nations International Crime and Justice Research Institute (UNICRI), utilizando sua metodologia padronizada. No Rio de Janeiro, a amostra selecionada foi de 1000 pessoas e, em São Paulo foram entrevistados 2469 paulistanos, de idade igual ou superior a 16 anos. Os dados da pesquisa internacional de 1996 ainda não foram publicados. O questionário levanta dados referentes ao perfil dos entrevistados, vitimização e notificação à polícia, avaliação da polícia e percepção do risco em relação ao próprio bairro. O período adotado pelo UNICRI é de cinco anos.

3. O ISER realizou duas pesquisas de vitimização. *Atitudes e Normas Culturais frente à Violência em cidades da América Latina e Espanha*, sob a coordenação da Pan-American Health Organization (PAHO) fez parte de um survey realizado em oito cidades, em 1996. No Rio de Janeiro, uma das cidades escolhidas, foram entrevistadas 1126 pessoas. O período de referência foram os doze meses anteriores à entrevista. Os dados referem-se a vitimização, recurso à polícia, violência doméstica e valores frente à violência.

A outra pesquisa, *Lei, Justiça e Cidadania*, foi realizada em conjunto com o Centro de Pesquisa e Documentação da Fundação Getúlio Vargas, em oito municípios da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, em 1996. Teve como objeto de investigação as formas de vitimização sofridas pelos moradores de dezesseis anos ou acima, nos doze meses anteriores à data da pesquisa. A amostra foi estratificada por nível socio-econômico, com base nos setores censitários. Foi feito um levantamento para identificar as pessoas vitimadas, o que possibilitou a comparação das características e comportamento dos dois grupos: vitimados e não vitimados. Foram entrevistadas 1578 pessoas e levantados dados de vitimização e características das vítimas/agressores, recurso à polícia e acesso à justiça.

4. Em 1999, como parte do projeto *Determinantes do Crime em Cidades da América Latina*, o Departamento de Ciência Política da Universidade de São Paulo (DCP/USP) desenvolveu uma pesquisa de vitimização, promovida pelo Banco Mundial (BIRD), na Região Metropolitana de São Paulo. O survey contou com 1000 entrevistas, tendo como base o

questionário padrão do projeto. Foram considerados apenas os eventos ocorridos seis meses anteriores à entrevista. A investigação levantou dados sobre vitimização, recurso à polícia e características das vítimas e agressores.

Pesquisas de Vitimização no Brasil

Pesquisas	Ano	Região	Período Referência	População Alvo
PNAD	1988	Brasil	1 ano	81628 domic.
ILANUD	1992	RJ - munic.	5 anos	1000 entrev.
	1996			
	1997	SP - munic.	5 anos	2469 entrev.
ISER/PAHO	1996	RJ - munic.	1 ano	1126 entrev.
ISER/FGV	1996	RJ - RM	1 ano	1578 entrev.
SEADE	1998	SP - RM e munic. > 50000 hab.	1 ano	14000 domic.
USP	1999	SP - RM	6 meses	1000 entrev.

5. A Fundação SEADE, através da *Pesquisa de Condições de Vida*, implementada em 1998, levantou dados de vitimização em 14000 domicílios, localizados na Região Metropolitana de São Paulo e em todos os municípios do interior com mais de 50000 habitantes. O período de referência foi de um ano anterior à data da entrevista. Ainda este ano, deverá realizar outra pesquisa, com questionário anexo à Pesquisa de Emprego e Desemprego (PED), contendo perguntas sobre vitimização. Serão 3300 domicílios por mês, ao longo de seis meses, totalizando, ao final, 19800 domicílios na Grande São Paulo.

Pesquisas de Vitimização

Distribuição de pessoas vítimas de roubo ou furto, nos doze últimos meses

Vítima de roubo ou furto	Estado de São Paulo		São Paulo - RM	
	PNAD 88	PCV 98	PNAD 88	PCV 98
Total de pessoas	100,0	100,0	100,0	100,0
Foi vítima	4,6	5,9	5,7	6,6
Não foi vítima	95,4	94,1	94,3	93,4

Fonte: IBGE, Suplemento Participação Político-Social, PNAD 1988.

Fundação Seade, Pesquisa de Condições de Vida - PCV 1998

Distribuição de pessoas vítimas de agressão física nos doze últimos meses

Vítima de agressão física	Estado de São Paulo		São Paulo - RM	
	PNAD 88	PCV 98	PNAD 88	PCV 98
Total de pessoas	100,0	100,0	100,0	100,0
Foi vítima	0,9	1,6	1,1	1,7
Não foi vítima	99,1	98,4	98,9	98,3

Fonte: IBGE, Suplemento Participação Político-Social, PNAD 1988.
Fundação Seade, Pesquisa de Condições de Vida - PCV 1998

Distribuição de pessoas vítimas de roubo ou furto, nos doze últimos meses

Vítima de roubo ou furto que recorreram à polícia	Estado de São Paulo		São Paulo - RM	
	PNAD 88	PCV 98	PNAD 88	PCV 98
Total de pessoas	100,0	100,0	100,0	100,0
Recorreu à polícia	39,8	45,5	38,0	43,1
Não recorreu à polícia	60,2	54,5	62,0	56,9

Fonte: IBGE, Suplemento Participação Político-Social, PNAD 1988.
Fundação Seade, Pesquisa de Condições de Vida - PCV 1998

Pessoas vítimas de roubo ou furto que não recorreram à polícia

Motivos pelos quais não recorreu à polícia	PNAD 88	ISER / FGV 96	
	Furto e	Furto	Roubo
	Roubo		
Não acredita ou tem medo da polícia	27,8	30,5	42,4
Não era importante	22,1	22,5	18
Recorreu à terceiros ou resolveu sozinho	7,4	11,2	6,3
Falta de provas	23,1	21,4	13,3
Medo de represália	3,8	2,7	5,1
Outros	15,7	10,7	14,9
NS /NR	-	1,1	**
Total	100,0	100,0	100,0

Fonte: IBGE, Suplemento Participação Político-Social, PNAD 1988
Fundação SEADE, Pesquisa de Condições de Vida - PCV 1988

É quase impossível comparar os dados das pesquisas de vitimização realizadas no Brasil. Nem sempre as variáveis selecionadas são as mesmas e há diferenças metodológicas

quanto ao desenho da amostra, ao período de referência e à população alvo. No entanto, apresentamos acima alguns dados comparativos, com base nos resultados do suplemento da PNAD 1988 e daqueles resultantes da PCV 1998. Outra comparação possível foi entre os dados da pesquisa do ISER/FGV 1996 e PNAD 1988. Podemos observar que, em dez anos, o aumento da vitimização por roubo ou furto foi pequeno, tanto quanto na região metropolitana quanto no estado de São Paulo; a diferença foi um pouco maior para o estado como um todo do que para a região metropolitana. Com relação à agressão física, a diferença não atinge 1%. Quanto ao recurso à polícia, o aumento situou-se em torno dos 5%, na região metropolitana e no estado. Os dados relativos aos motivos pelos quais as pessoas não recorreram à polícia, mostra bem como é importante separar as duas variáveis furto e roubo. Conforme o motivo, a taxa tende a pesar mais para um ou outro tipo de crime, tornando-se difícil uma análise mais afirmativa.

III. 5. América Latina

Atualmente, inúmeros países realizam pesquisas de vitimização (alguns, de forma contínua, como os EUA e Inglaterra), dirigidas por órgãos governamentais ou por instituições de pesquisa.

Na América Latina, está em curso um movimento para realizar uma pesquisa comparativa envolvendo a maior parte dos países deste continente. Este movimento está sendo coordenado pelo Ministério da Justiça argentino, com o apoio do UNICRI. Vários países latinoamericanos têm desenvolvido pesquisas de vitimização embora com intervalos variados. A Argentina criou um Instituto Latino Americano de pesquisas de vitimização e desenvolveu, em setembro de 1996, um survey para ser respondido por maiores de 15 anos, na cidade de Buenos Aires. Nas zonas Norte e Oeste de Buenos Aires, o survey foi aplicado em janeiro de 1997. O Uruguai realizou uma pesquisa, em dezembro de 1999, com uma amostra representativa da população maior de 18 anos residente em duas regiões do país. No total, foram entrevistadas 912 pessoas na capital e 290 distribuídas por diferentes centros urbanos. No Paraguai, foi feita, em 1996, uma pesquisa de vitimização em Assunção, coordenada pelo Ministério Público, abrangendo 650 residências. Na Bolívia, já foram realizadas cinco pesquisas de vitimização, sendo que, em 1996, a metodologia implementada foi aquela proposta pelo UNICRI. Na Colômbia e Chile também foram realizadas pesquisas de vitimização, sendo que no Chile, elas vêm sendo efetuadas desde 1995.

IV. Conclusão

A importância da pesquisa de vitimização está, principalmente, na possibilidade que tem este instrumento de fornecer extensa gama de informações relacionadas com o crime, fundamentais para o desenvolvimento de políticas públicas nesta área e para a administração da justiça, tais como:

- 1) detalhes das circunstâncias do crime;
- 2) relação entre a vítima e o agressor;
- 3) características do infrator;
- 4) identificação dos grupos de risco, levando em consideração estilos de vida, diferencial de exposição (local de moradia, trabalho, etc.);
- 5) propensão das vítimas em comunicar ou não à polícia a ocorrência criminal;
- 6) motivos pelos quais não comunicou à polícia o fato;
- 7) opinião sobre a polícia e a administração da justiça.

Deve-se, entretanto, ressaltar que a pesquisa de vitimização mede muito mais a percepção da vítima, tal como expressa aos entrevistadores, enquanto reconstrói o fato vivenciado, do que a experiência realmente vivida no momento do crime. Este fato não diminui sua importância e contribuição para melhor conhecimento da violência e criminalidade na sociedade. As diferentes experiências com as pesquisas de vitimização e as questões metodológicas próprias a cada uma, devem ser analisadas com atenção quando se pensar em elaborar um projeto tendo em mente este tipo de survey comicial.

O Brasil não pode continuar sem participar, de forma continuada, das pesquisas desenvolvidas pelas Nações Unidas. Às vésperas do novo milênio, não é possível que o Brasil continue relegando a segundo plano, um dos problemas que mais aflige a população, incluído na agenda pública, só recentemente, pela pressão da opinião pública. Fontes inadequadas e estatísticas pouco confiáveis refletem o pouco caso das autoridades e governantes responsáveis, com uma base de informações fundamentais para estratégias operacionais e planejamento de políticas públicas.

A realização de uma pesquisa de vitimização, em escala nacional, deve ser agendada para futuro próximo e deve ser contínua para que se possa estabelecer padrões e tendências ao longo do tempo. As pesquisas locais realizadas no país, assim como os surveys nacionais implementados em outros países, constituem um conjunto de experiências bastante rico que permitem partir para este projeto que consta do Compromisso nº 15, ítem 124 do Plano Nacional de Segurança Pública (realizar anualmente uma pesquisa de vitimização).

BASES DE DADOS DE SAÚDE INFORMAÇÕES SOBRE A VIOLÊNCIA

JACQUES LEVIN

Coordenação Geral de Informações e Tecnologia - MS/SE/Datasus

Um dos setores da sociedade onde imediatamente se reflete a violência é o dos serviços de atenção à saúde – prontos-socorros, hospitais e ambulatórios, onde é feito o atendimento às vítimas. Há a necessidade de ter-se recursos suficientes e instalações adequadas tanto para o atendimento imediato como para o de mais longo prazo.

O aumento da violência tem provocado que a saúde pública tenha passado a adotar uma visão epidemiológica sobre o tema, já que não trata-se mais de questões individuais ou esparsas, mas sim afetando a saúde da população como um todo.

Dentro do setor saúde, não há um sistema de informações dedicado especificamente à questão da violência. No entanto, dada a abrangência dos sistemas existentes, é possível obter-se, com relativa facilidade, um conjunto significativo de informações nesta área.

Apresentaremos neste trabalho as fontes de informação existentes, os meios de acesso e indicativos de como trabalhar com elas.

Mortalidade

O Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM – é o mais antigo sistema de informações de saúde no Brasil, tendo sido implantado nacionalmente na década de 70. No entanto, os dados estão disponíveis apenas a partir de 1979, pois, para os anos anteriores, a cobertura nacional era limitada.

O estado dos padrões de mortalidade é, mundialmente, um padrão para análise da situação de saúde de populações. É uma das áreas de saúde mais exaustivamente estudada e, de certa maneira, padronizada.

A origem da informação é a Declaração de Óbito – DO, preenchida pelo médico assistente, de preferência, ou outro médico com condições de comprovar o falecimento. Em caso de localidades sem médico, a DO pode ser firmada por testemunhas.

A DO contém, basicamente, a identificação do falecido (nome, filiação, nascimento, idade etc.), dados ocupacionais, sobre a assistência médica e as causas do óbito. Além disto, para menores de 1 ano ou óbitos fetais, são coletadas algumas informações sobre a situação da mãe e da gravidez. Para causas externas, são coletadas algumas informações adicionais que melhor caracterizem a causa, como local do óbito, tipo de acidente etc.

As causas de óbito são informadas segundo padrão preconizado pela Organização Mundial de Saúde – OMS, sendo as causas informadas como ____ (decorrente de) ____ (decorrente de) ____ (decorrente de) _____. Além disto, devem ser informadas outros estados mórbidos do falecido, não obrigatoriamente relacionadas com o óbito.

Com a declaração, é possível à família do falecido providenciar o enterro e a emissão da Certidão de Óbito em cartório. As DO são então coletadas pelas Secretarias Municipais e/ou Estaduais de Saúde.

É feita, então, a *Seleção da Causa Básica*, ou seja, a partir do informado pelo médico como sendo as causas de óbito é aplicado um conjunto de regras, também padronizadas pela OMS, estabelecendo a causa que efetivamente provocou o óbito. Por exemplo, os portadores de HIV ou diabéticos não morrem diretamente por estas causas, mas por outras infecções (no caso de HIV) ou outros problemas cardiovasculares (no caso de diabetes). Da mesma maneira, uma pessoa que tenha sofrido um acidente ou foi vítima de violência pode ter como causa de óbito uma hemorragia decorrente do traumatismo provocado pelo acidente ou agressão. A seleção da Causa Básica determina, então, qual o agravo que deve ser utilizado na classificação do óbito, codificado segundo a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde – CID (tradicionalmente conhecida como Classificação Internacional de Doenças). De 1979 a 1995, utilizou-se a 9ª Revisão (CID-9) e, a partir de 1996, adotou-se a 10ª Revisão (CID-10).

Cabe aqui um parêntese, para vermos como a CID classifica os acidentes e violências. Já há várias revisões, elas podem ser classificadas segundo dois eixos:

1. Pela natureza da lesão, ou seja, pelo tipo e local do traumatismo, efeitos de acidentes e intoxicações etc. Corresponde ao capítulo XIX da CID-10 ou ao 17 da CID-9. Tem maior interesse clínico, pois indica a situação do paciente.
2. Pela causa da lesão, ou seja, pelo tipo de acidente, de (auto-)agressão, agente causador de intoxicação, etc. Corresponde ao Capítulo XX da CID-10 ou à Classificação Suplementar “E” da CID-9.

Durante o processo de seleção da causa básica, é sempre codificada a causa da lesão, e não sua natureza. Para isto, muitos vezes são necessárias pesquisas adicionais por parte dos codificadores, por não estar devidamente especificado na Declaração de Óbito.

Codificadas as DO, estas são adicionadas às bases de dados municipais, sendo regularmente transmitidas para as bases estaduais e finalmente para a base de nível federal, sendo então disponibilizadas pela Internet e CD-ROM.

As bases nacionais de Mortalidade são facilmente acessíveis, contendo todos os dados individualizados (mas não identificados). Isto permite efetuar análises bastante diversificadas, cruzando-se as variáveis coletadas (em torno de 40).

Como restrições no uso dos dados de Mortalidade, podemos citar:

- Falhas na cobertura: em diversos estados, principalmente no Norte/Nordeste, há um grande número de óbitos não registrados, por questões de acesso a cartórios, inexigibilidade da DO pelos cemitérios (ditos clandestinos) e inexistência de assistência médica, principalmente em áreas rurais ou isoladas. Há, também, dificuldades por parte das Secretarias de Saúde em coletar as DO existentes. Nacionalmente, estima-se, comparando com projeções demográficas do IBGE, que a cobertura do sistema esteja em torno de 83,4%, distribuídos como o apresentado na tabela 1.

- Falhas no preenchimento: é muito grande o percentual de causas mal definidas. Enquanto que em países europeus e norte-americanos este percentual é de menos de 3%, no Brasil tem-se este número muito elevado, como podemos ver na tabela 1. As principais razões para esta situação são, em primeiro lugar, a falta de recursos médicos em muitos locais, a ocorrência de grande número de óbitos sem assistência médica e, finalmente, o mal preenchimento por parte dos médicos das causas de óbito.

Tabela 1 – Cobertura do SIM e percentual de óbitos mal definidos segundo região

Região	Subregistro (%)	Óbitos mal definidos (%)
Norte	40,2	24,2
Nordeste	45,1	32,4
Sudeste	-3,3	9,2
Sul	-3,7	8,9
Centro-Oeste	12,7	10,8
Brasil	16,6	15,1

Fonte: MS/OPAS – IDB-98 Indicadores e Dados Básicos de Saúde

Nota: o valor negativo de subregistro indica que são coletados mais óbitos que os estimados pelo IBGE.

- Demora na liberação dos dados: para o fechamento dos dados em nível nacional, é necessário o recebimento dos dados de todos os estados. É comum, então, o nível nacional ficar dependente de apenas alguns estados. Em nível estadual, o atraso é menor e, em muitos municípios, praticamente não há. Mesmo assim, tem-se reduzido bastante o atraso. Atualmente, os dados de um ano são divulgados um ano e meio após. No momento (julho de 2000), estão sendo fechados os dados de 1998. Esta defasagem pode ser considerada normal, dentro de padrões internacionais.

Considerando-se apenas as causas externas, algumas considerações adicionais devem ser feitas:

- No momento do preenchimento do óbito, nem sempre é possível determinar se o óbito, principalmente no caso de violências, pode ser atribuído a uma agressão

(homicídio), seja por falta de dados, seja por omissão do atestante. O número de óbitos por causas externas de intenção indeterminada é bastante significativo, necessitando estudos específicos para a redistribuição dos mesmos. Observe-se, na Tabela 2, o número expressivo de óbitos sem determinação da intenção, em torno de 10% de todos os óbitos por causas externas.

Tabela 2 – Número de óbitos por causas externas – Estado do Rio de Janeiro, 1998

Diagnóstico	1996	1997	Total
Acidentes de transporte	3.795	3.569	7.364
Quedas	883	902	1.785
Afogamento e submersões acidentais	565	502	1.067
Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	129	96	225
Envenenamento, intoxicações por ou exposição a substâncias nocivas	11	15	26
Lesões autoprovocadas voluntariamente	379	381	760
Agressões	8.030	7.953	15.983
Eventos(fatos) cuja intenção é indeterminada	1.762	1.692	3.454
Intervenções legais e operações de guerra	4	1	5
Todas as outras causas externas	1.650	1.288	2.938
Total	17.208	16.399	33.607

Fonte: MS/SE/DATASUS – Sistema de Informações sobre Mortalidade

- Não existem estimativas do nível de subregistro dos óbitos por causas externas. Como nas demais causas, o subregistro tende a ser baixo nas áreas urbanas e de maior desenvolvimento e alto nas áreas rurais e mais carentes.

Estas considerações não impedem, no entanto, o estudo das informações sobre mortalidade, devendo ser ponderadas ao utilizar-se os dados.

Como produto das análises, podemos ter a frequência e distribuição dos óbitos por causas externas, cálculo de coeficientes, anos de vida perdidos etc. Uma das grandes vantagens de estudar a mortalidade é a comparabilidade internacional, já que estes dados são amplamente divulgados e estudados.

Assistência hospitalar

Já desde a década de 80, a partir do sistema para pagamento das contas hospitalares do extinto INAMPS, é possível ter uma ampla visão da morbidade hospitalar nos serviços públicos, seu perfil e seus custos.

Com a criação do SUS, a partir da Constituição de 1988, e com a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde, ampliou-se consideravelmente a cobertura e abrangência as informações hospitalares, principalmente por passar a captar os dados das unidades públicas estaduais, municipais e universitárias.

As informações são geradas na unidade hospitalar, onde é completado o preenchimento da AIH – Autorização de Internação Hospitalar. Mensalmente, o conjunto de AIH é transmitido para a Secretaria Municipal ou Estadual de Saúde, de acordo com o nível de gestão do município. Daí é transmitido para o nível federal, onde é feita a valorização das contas, calculando-se o pagamento a ser efetuado aos prestadores, tanto privados como públicos. Os dados pré e pós faturamento são consolidados e colocados disponíveis pela Internet e CD-ROM.

As principais informações coletadas nas internações hospitalares são: data de internação e de alta, especialidade, procedimento realizado, diagnóstico principal e secundário, unidade hospitalar, motivo da alta, idade e sexo. O nome e endereço do paciente são coletados, mas tornados disponíveis apenas sob solicitação do poder judiciário, de serviços de auditoria e por parte dos gestores do SUS.

Comparando-se os dados de pesquisas do IBGE (Pesquisa sobre a Assistência Médico-Sanitária – AMS), temos que as internações efetuadas pelo SUS, em torno de 12.000.000 por ano, representam de 70 a 80% do total de internações do País, variando de acordo com a região e o motivo da demanda. Esta sendo implantada, em paralelo à AIH, a CIH – Comunicação sobre a Internação Hospitalar, destinada a obter as informações sobre as hospitalizações não cobertas pelo SUS. A CIH é bastante mais simples que a AIH, não tendo sido, até o momento, estabelecida a rotina de disponibilização dos dados.

Pesquisas realizadas pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ e pelo Instituto de Saúde Pública da Universidade Federal da Bahia, entre outros, têm comprovado, de maneira geral, a fidedignidade dos dados com a realidade. A existência de fraudes e/ou mal preenchimento das informações não compromete a qualidade dos dados, pois os desvios podem ser estatisticamente tratados.

No caso específico de acidentes e violências, pode-se afirmar, com segurança, que a cobertura é muito maior que o padrão nacional para as demais causas, pois é fato reconhecido que, em caso de urgências traumáticas, as unidades públicas são procuradas primeiramente, havendo a transferência para unidades privadas, no caso do paciente estar coberto por plano de saúde, somente após a saída de estado crítico.

No entanto, até 1997, a análise das informações hospitalares provocadas por causas externas era prejudicada pela codificação do diagnóstico, também efetuadas pela Classificação Internacional de Doenças – CID. Devido à possibilidade de dupla classificação nas causas externas, uma internação decorrente por um acidente de trânsito que provocou uma fratura da perna, por exemplo, poderia ser classificada tanto como acidente de trânsito como fratura da perna. Por este motivo, não tínhamos como saber nem o total de acidentes de trânsito nem o total de fraturas. Note-se que, pelo fato dos dados serem gerados a partir dos prontuários médicos, a informação sobre a natureza da lesão é mais facilmente disponibilizada e de maior interesse clínico. No sistema de mortalidade, como a codificação é feita por técnicos especializados, é sempre utilizada a causa da lesão e não sua natureza.

Procurou-se corrigir esta situação quando adotou-se a 10^a Revisão da CID, a partir de janeiro de 1998, conforme portaria 1.311, de 12/09/1997. Esta portaria instituiu duas medidas adicionais que passariam a fornecer informações fundamentais para as causas externas:

- a. como diagnóstico principal, tornou-se obrigatória a utilização do capítulo XIX – Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas e, como diagnóstico secundário, do capítulo XX – Causas externas de morbidade e de mortalidade; e

- foram criados novos códigos para o caráter da internação, além de eletiva ou urgência/emergência, caracterizando a situação de acidente de trabalho, de trânsito ou outros tipos de lesões e envenenamentos.

Por problemas operacionais, para os primeiros meses de 1998 aceitou-se a não codificação dos diagnósticos, por não terem sido disponibilizados as publicações da CID-10 para as unidades hospitalares em tempo hábil.

Originalmente, pela portaria, todas as lesões e envenenamentos deveriam ter o diagnóstico principal codificado pelo capítulo XIX e o secundário pelo XX. No entanto, detectou-se uma série de situações em que isto não era possível, passando-se a aceitar diagnóstico principal pelo capítulo XX e, em algumas situações (principalmente no caso de seqüelas), o não uso do capítulo XX como diagnóstico secundário. Há muitos casos em que o diagnóstico principal é de outro capítulo (sistema nervoso, por exemplo) e o secundário dos capítulos XIX ou XX. São situações não previstas originalmente, não tendo-se tomado, ainda, alguma medida corretiva.

Isto provocou que, ao analisar as causas externas, devemos continuar trabalhando tanto com o diagnóstico principal como com o secundário, o que é um inconveniente mas não um complicador. As tabelas 3A e 3B, a seguir, mostram, para o estado do Rio de Janeiro, em 1998, o número de internações em que pelo menos um dos diagnósticos era dos capítulos XIX ou XX. Observe-se a grande concentração em traumatismos e acidentes de transporte. Note-se ainda que os eventos de intenção indeterminada representam um número significativo em relação ao número de agressões, ou seja, em muitas violências, não foi registrado se foi agressão, acidente ou autoagressão.

Tabela 3A – Número de Internações com diagnóstico pelo Capítulo XIX – Lesões e Envenenamentos – Estado do Rio de Janeiro, 1998

Diagnóstico	Principal	Secundário	Total	Percentual
Traumatismos	33.852	1.854	35.706	85,97
Penetração de corpos estranhos	101	12	113	0,27
Queimaduras	1.489	57	1.546	3,72
Geladuras	9	1	10	0,02
Intoxicações e efeitos tóxicos	1.323	145	1.468	3,53
Outros efeitos de causas externas	155	24	179	0,43
Complicações de cuidados médicos	1.091	431	1.522	3,66
Seqüelas	731	257	988	2,38
Total	38.751	2.781	41.532	100,00

Fonte: MS/SE/DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS

Tabela 3B – Número de Internações com diagnóstico pelo Capítulo XX – Causas Externas – Estado do Rio de Janeiro, 1998

Diagnóstico	Principal	Secundário	Total	Percentual
Acidentes de transporte	1.635	16.092	17.727	40,65
Outros acidentes	1.428	18.876	20.304	46,56
Lesões autoprovocadas intencionalmente	97	493	590	1,35
Agressões	179	2.196	2.375	5,45
Eventos de intenção indeterminada	195	862	1.057	2,42
Intervenções legais e operações de guerra	1	4	5	0,01
Complicações da assistência médica e cirúrgica	379	817	1.196	2,74
Seqüelas	40	145	185	0,42
Fatores suplementares	69	104	173	0,40
Total	4.023	39.589	43.612	100,00

Fonte: MS/SE/DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS

Uma questão que é normalmente colocada é se os dados, por serem gerados para faturamento das contas hospitalares, não têm um viés que distorce a análise. No entanto, o faturamento é feito, primordialmente, pelos procedimentos realizados, não pelo

diagnóstico. Desta maneira, a análise sendo efetuada com esta variável sofre menor influência da característica de faturamento.

Como produto das análises, podemos ter a frequência e distribuição das internações por causas externas, cálculo de coeficientes, estudo de custos, estudo de demanda sobre os serviços de saúde e outros. Deve-se observar que, ao contrário da mortalidade, esta área não atingiu, ainda, uma padronização internacional, sendo bem menos estudada academicamente, o que diminui o grau de comparabilidade internacional.

Assistência ambulatorial

As informações sobre a assistência ambulatorial prestada pelo SUS é de origem mais recente, tendo-se informações consolidadas em nível nacional a partir de julho/1994.

Dado o volume de atendimentos realizados (1 bilhão e meio por ano, aproximadamente), as informações são coletadas agregadamente: número de atendimentos realizados por período, unidade, tipo de procedimento realizado, atividade profissional e grupo de atendimento. Deste número, em 1998 aproximadamente 43% corresponderam a atos não-médicos (imunizações, atos de agentes comunitários etc.), 25% a consultas e procedimentos médicos, 8% a procedimentos odontológicos, 18% a exames e 6% a procedimentos terapêuticos. O custo da maior parte destes procedimentos é muito baixo, provocando que, caso a coleta fosse individualizada, haveria um grande ônus tanto em termos de custo como de tempo de atendimento.

Para procedimentos de alto custo ou complexidade, como terapia renal substitutiva (hemodiálise), quimioterapia etc., existe a rotina, conhecida como APAC, de coleta das informações em nível individual e identificada, para permitir maior controle de sua utilização. Paulatinamente serão incorporados novos procedimentos a esta rotina.

Com isto, são poucas as possibilidades de uso destas informações no estudo das violências, no momento.

Cartão Nacional de Saúde

O Cartão Nacional de Saúde está sendo implantado como projeto piloto em 44 municípios, numa população total de 12.000.000 de habitantes, aproximadamente, em curto prazo.

Uma das principais vantagens deste instrumento será a possibilidade de individualização dos atendimentos, com captação de maior volume de informações a um baixo custo, suprimindo, principalmente, as deficiências de informações sobre assistência ambulatorial.

Além disto, dada a identificação unívoca do paciente, poder-se-á fazer o acompanhamento dos atendimentos realizados, tanto ambulatoriais como hospitalares. Atualmente, por exemplo, não é possível saber quantas das internações são, na realidade, reinternações, seja por seqüelas, seguimento, recidivas, transferências ou outros motivos, o que será resolvido quando da possibilidade de ligar os eventos através da identificação do paciente.

Acesso às informações

Uma das características marcantes do setor saúde em relação às suas informações é a multiplicidade de visões sobre os dados. Assim, um grupo de dados sobre as internações hospitalares pode ser visto por uma óptica de gestão da unidade assistencial, de controle e avaliação dos serviços, de planejamento de ações, de economia em saúde, de epidemiologia etc., em diferentes níveis de agregação espacial.

Por este motivo, o Ministério da Saúde, além de divulgar os principais indicadores de saúde, tem como política liberar também o máximo possível de informações individualizadas, sem, é óbvio, identificar o cidadão. Com isto, o investigador pode analisar os dados segundo seu próprio interesse, não ficando limitado a um conjunto estanque de informações.

Os principais meios de disseminação de informações de saúde são:

- **IDB – Indicadores e Dados Básicos:** disponibilizados em *folders* e pela Internet (<http://www.datasus.gov.br/cgi/idb98/matriz.htm>), contém um conjunto de 80 indicadores demográficos, socio-econômicos, de mortalidade, de morbidade e fatores

de risco, de recursos e de cobertura de serviços, provenientes de diversas fontes – Ministério da Saúde, IBGE, IPEA, MPAS – detalhados em nível Brasil, regiões, estados e regiões metropolitanas. Estas informações são atualizadas anualmente.

- **Perfis de Saúde**, sendo implantado, poderá ser acessado pela Internet fornecendo um conjunto variado de indicadores em nível municipal, metropolitano, microrregional e estadual, construídos dinamicamente e atualizados continuamente.
- **Anuários, boletins, cadernos e outras publicações**, publicadas regularmente pelo Ministério da Saúde e entidades vinculadas, referentes a assuntos específicos.
- **Bases de Dados** de Mortalidade, Nascidos Vivos, Internações Hospitalares, Produção Ambulatorial e Procedimentos de Alto Custo/Complexidade, distribuídos gratuitamente pelo Ministério da Saúde, com o maior detalhamento possível, pela Internet (<http://msbbs.datasus.gov.br>), pelo MS-BBS – Bulletin Board System do Ministério da Saúde ou por CD-ROM.
- **Software de tabulação (TabWin)**, que permite tabular os dados das bases de dados citadas com grande facilidade e flexibilidade, distribuído também pela Internet (<http://www.datasus.gov.br/tabwin/tabwin.htm>), pelo MS-BBS ou por CD-ROM.
- **Tabulações pela Internet (TabNet)**, que fazem tabulações como no TabWin, porém diretamente pela Internet (<http://www.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>) sobre as bases de dados citadas, porém mais agregadamente.
- **Apurações especiais**, solicitadas quando os instrumentos citados não satisfizerem à necessidade.

Portanto, há uma grande variedade de meios de acesso às informações de saúde, com suficiente flexibilidade para satisfazer à maior parte das necessidades apresentadas, tendo-se trabalhado continuamente no aperfeiçoamento das ferramentas e das bases de dados.

Conclusões

Como foi visto, as bases de dados de informações de saúde contém uma gama variada de dados de grande utilidade para o estudo de acidentes e violências. Temos:

- facilidade de acesso, principalmente pela Internet ou por CD-ROM;
- informações detalhadas;
- softwares adequados para análise dos dados;
- grande abrangência e cobertura; e
- permitem múltiplas visões, de acordo com o interesse.

Assim, é possível a obtenção de diversos indicadores que permitirão analisar e comparar a situação de saúde nesta área.

Certamente, ainda há deficiências de informação em algumas áreas, principalmente no atendimento ambulatorial. Iniciativas, como o Cartão Nacional de Saúde, têm sido tomadas, tanto por parte do Ministério da Saúde como pelos gestores estaduais e municipais, no sentido de, cada vez mais, ampliar a abrangência, a cobertura e o detalhamento das informações coletadas, permitindo melhores condições de análise da situação de saúde, levando a tomada de ações eficazes na solução de problemas existentes.

ACIDENTES E VIOLÊNCIAS NO BRASIL:

BREVE ANÁLISE DE SUAS FONTES DE DADOS*

M. HELENA P. DE MELLO JORGE

1. Preliminares

A violência e seu incremento, no Brasil, constituem-se em problema importante, causado por fatores vários, devendo, em razão disso, ser enfrentado, também multisetorialmente.

Do ponto de vista da saúde, embora se possa afirmar que esse setor não entra na gênese da violência, verifica-se ser exatamente sobre ele que vai recair o maior ônus das consequências desta. A violência que lesa e a violência que mata o fazem em números elevados e crescentes e representam indicadores negativos para o setor saúde: elevam os níveis da mortalidade, principalmente em idades jovens, roubam anos à vida produtiva de seus habitantes e oneram, em valores absolutamente não desprezíveis, os gastos com tratamentos hospitalares. Acresce, ainda, que, em muitos casos, embora não tirem a vida, são responsáveis por seqüelas, às vezes, irreversíveis, deixadas em sua população.

Em razão disso, é necessário conhecê-la, estudá-la e entendê-la para verificar quem é vulnerável, em que grau e por que motivos, pois somente a partir deste cenário será possível montar ações e programas, bem como ter metas, visando à reversão do quadro que ela, hoje, delinea no Brasil.

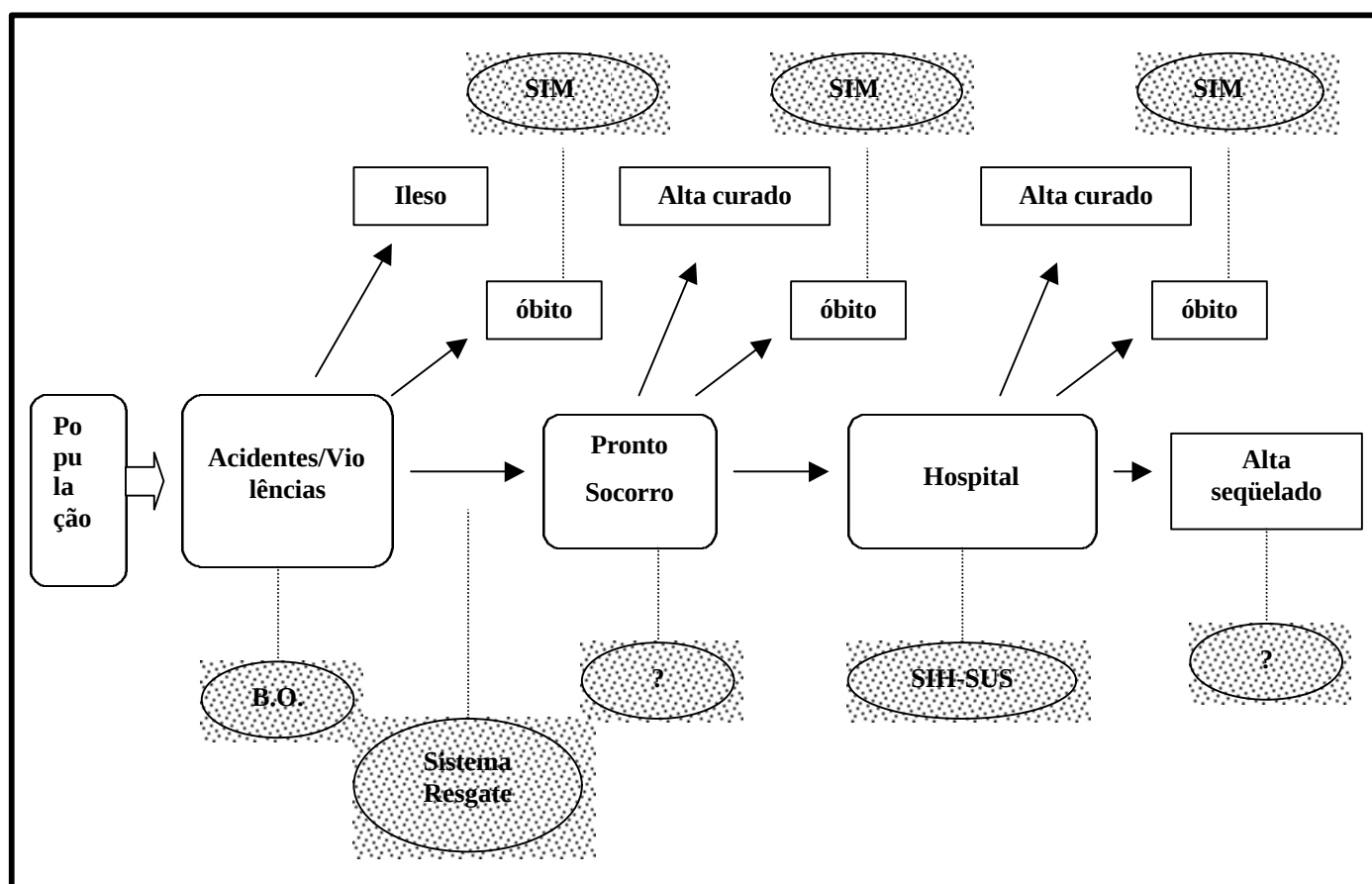
2. Fontes

O impacto da violência no setor saúde pode ser estudado por meio de várias fontes, nenhuma delas, entretanto, absolutamente completa e correta. Elas não se somam e não se interligam. Alguns dos seus efeitos não chegam sequer a ser conhecidos, ou porque as fontes não existem ou porque não estão sistematizadas ou ainda porque a própria população deixa de comunicar o fato às autoridades competentes.

* Preparado para apresentação no Fórum de Debates Criminalidade, Violência e Segurança Pública no Brasil: uma discussão sobre as Bases de Dados e Questões Metodológicas. IPEA, Rio de Janeiro, julho de 2000.

Na figura 1 é possível ver, de uma população exposta a acidentes e violências, as possíveis condições das vítimas e as fontes de dados por meio das quais seu estudo pode ser feito.

Figura 1. População exposta a acidentes , possíveis condições das vítimas e fontes de dados.



Fonte: Mello Jorge e col., 1997.

Nota: (BO = Boletim de Ocorrência; SIM = Sistema de Informação de Mortalidade; SIH-SUS = Sistema de Informações Hospitalares).

2.1. Boletim de Ocorrência Policial (BO) e assemelhados

Corresponde a instrumento usado nas Delegacias de Polícia; é complementado por outros registros feitos em diferentes níveis de governo (exemplo, Boletim do Departamento Nacional de Estradas de Rodagem), ou pela Polícia Militar.

Não existe padronização desses documentos sendo que as informações coletadas, também, não são homogêneas. O fluxo seguido pela informação é variável e não há nenhum sistema organizado nacionalmente.

Vários estudos têm mostrado haver sub-registro de eventos, nesta fonte, principalmente de acidentes (e, dentre estes, em geral, os mais leves como destaca ANDRADE, 1998) e de casos de violência doméstica que, em geral, não são levados ao conhecimento das autoridades policiais, como salientam vários autores. É possível, também haver sub-enumeração em relação a possíveis suicídios e/ou tentativas quando, muitas vezes, há investigações a serem feitas.

O número de feridos e o número de mortos não coincide com os levantamentos de outras fontes, pois seus valores referem-se somente aos indivíduos que se encontravam nessa condição no momento e local do evento.

Outro problema é que os dados, na maioria das vezes, são gerados com conotação jurídico/penal. Exemplo disso é o número de homicídios em São Paulo (O Estado de São Paulo, 24 de julho de 2000): levantado pelos órgãos de estatística do Município (Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade - PROAIM) esse número é maior do que o advindo da Secretaria da Segurança Pública (via Delegacias de Polícia), onde esse total vai corresponder ao número de homicídios mais o número de latrocínios, mais o número de lesões corporais e estupro seguidos de morte, e assim sucessivamente, visto que, cada um deles se constitui em entidade jurídica específica.

2.2. Dados hospitalares

O sistema nacional que abrange estes dados refere-se às internações realizadas em hospitais próprios e conveniados com o Sistema Único de Saúde, o qual, segundo estimativas, corresponde a cerca de 70 a 80% do total da assistência hospitalar do país (TRAVASSOS e LEBRÃO, 1998).

O Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), padronizado em nível nacional, é gerido pelo Ministério da Saúde e dá conta de que cerca de 6% das internações ocorridas nesses hospitais são decorrentes de causas externas. Não abrange

dados de Pronto-Socorro e Serviços de Emergência, mas refere, em boa medida, a situação relativa à morbidade por lesões e envenenamentos no país.

Os dados relativos às causas dizem respeito ao diagnóstico principal de cada paciente atendido, no caso de acidentes e violências, à natureza das lesões apresentadas, ou seja o motivo pelo qual cada paciente foi internado: traumatismo de crânio, fratura, politraumatismo, queimaduras, etc.

A partir de 1998 (em decorrência de determinação do Ministério da Saúde, 1997) estão sendo codificados, também, os tipos de causas externas que provocaram as lesões que ocasionaram a internação. Este fato representou um ganho do ponto de vista da informação e, por via de consequência, da saúde pública, na medida em que não se previnem os traumatismos, os ferimentos, mas sim as causas que os geraram, ou seja, os acidentes, as quedas, os espancamentos, as tentativas de suicídios ou homicídios.

O sistema deixa de ser focado em maior detalhe, visto ser objeto de outra apresentação neste Seminário.

2.3. Dados de óbitos (SIM/MS)

Todas as mortes ocorridas no Brasil são conhecidas por meio da “Declaração de óbito (DO)”; do ponto de vista de sua informação, constituem o Sistema de Informação de Mortalidade – SIM/MS – gerido pelo Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) do Ministério da Saúde. Esse Sistema foi implantado em 1975/76 e, especificamente para óbitos por causas externas, segundo determinação legal (Código de Processo Penal, art. 162) têm sua informação inicial gerada por Declaração de Óbito preenchida no Instituto Médico Legal, com base na necropsia da pessoa falecida e em laudo policial.

O Sistema abrange todas as áreas do país e dispõe de dados a partir de 1977 até o presente havendo, para o Brasil, defasagem de cerca de dois anos entre a ocorrência da morte e a liberação dos dados para os usuários (em julho de 2000, estão sendo disponibilizados os dados referentes a 1998).

O Sistema se mostra ainda deficiente, em quantidade e em qualidade, para certas áreas menos desenvolvidas e mais distantes dos grandes centros, visto que em alguns locais a cobertura não é completa e existem óbitos dos quais se desconhece a causa (Ministério da Saúde - RIPSA - 1999). Estima-se, entretanto, que, relativamente às causas externas, a sub-enumeração de mortes seja pequena, bem como, melhor, a sua qualidade, em decorrência de envolvimento, desses eventos, com a polícia e com a justiça (LAURENTI e MELLO JORGE, 1996).

Dessa forma, com documento básico - DO e fluxo de informação padronizados, pode-se afirmar que o sistema é universal e abrangente, permitindo, seus dados, uma boa visão dos acidentes e violências que levam à morte. É importante esclarecer que somente em cerca de 10% do total de mortes por acidentes e violências, não é possível conhecê-la detalhadamente (são casos em que se sabe que a morte foi decorrente de acidente ou violência, mas a informação não foi suficiente para detalhar sequer, se intencional ou acidental). Outro aspecto precisa ser lembrado é o de que, no SIM/MS, estão computadas as mortes conseqüentes a causas externas, qualquer que seja o intervalo decorrido entre o evento lesivo e a morte. Desde que, a juízo do médico, passa ser estabelecido um nexo de causalidade entre o evento e a morte, este é considerado como a causa básica do óbito. Este fato é importante porque diz respeito, assim, não apenas aos óbitos ocorridos no momento do acidente/violência, mas mesmo às mortes que se verificam tardiamente (inclusive, as decorrentes de seqüelas, segundo definição internacional).

♦ Os dados do SIM/MS e estão disponíveis em:

1º) Papel: Anuários de Mortalidade de 1997 a 1995

Mortalidade Brasil, biênio 1996/97 (no prelo)

2º) Meio magnético

- CD-ROM 1979 a 1996
- CD-ROM 1997 e 1998 (em elaboração)
- Internet 1979 a 1997.

- ◆ O que permite o SIM/MS

1º) Séries temporais: 1977 ao presente.

Para 1977 e 1978, em algumas Unidades da Federação (UF), os dados referem-se somente às Capitais, razão pela qual sugere-se usar a informação de 1979 em diante.

2º) Séries geográficas: Brasil, Regiões, UF e Municípios.

Os dados podem ser obtidos segundo local de residência. Para conhecer o local de ocorrência é preciso cautela, na medida em que a variável 26 da DO refere-se ao local de ocorrência da morte e não ao local de ocorrência do evento.

3º) Dados sócio-demográficos

Correspondem aos itens de identificação (Campo II da DO) (Figura 2)

Figura 2. Declaração de óbito - Campo II - identificação.

II Identificação	7 Tipo de Óbito ☐ 1 - Fetal ☐ 2 - Não Fetal		8 Óbito Data _____ Hora _____		9 RIC _____		10 Naturalidade _____	
	11 Nome do falecido _____							
	12 Nome do pai _____				13 Nome da mãe _____			
	14 Data de nascimento _____		15 Idade Anos completos _____ Menores de 1 ano _____ Meses _____ Dias _____ Horas _____ Minutos _____ Ignorado ☐		16 Sexo ☐ M - Masc. ☐ F - Fem. ☐ 1 - Ignorado		17 Raça/cor ☐ 1 - Branco ☐ 2 - Preta ☐ 3 - Amarela ☐ 4 - Parda ☐ 5 - Indígena	
	18 Estado Civil ☐ 1 - Solteiro ☐ 2 - Casado ☐ 3 - Viúvo ☐ 4 - Separado judicialmente ☐ 5 - União consensual ☐ 9 - Ignorado		19 Escolaridade (Em anos de estudos concluídos) ☐ 1 - Nenhuma ☐ 2 - De 1 a 3 ☐ 3 - De 4 a 7 ☐ 4 - De 8 a 11 ☐ 5 - 12 e mais ☐ 9 - Ignorado		20 Ocupação habitual e ramo de atividade (se aposentado, colocar a ocupação habitual anterior) _____ Código _____			

Para o conhecimento de algumas variáveis, tipo sexo e idade, o nível de preenchimento é, praticamente, igual a 100%. Para outras, como por exemplo, "ocupação habitual e ramo de atividade", deixa um pouco a desejar (MELLO JORGE e GOTLIEB, 2000; ARRUDA, 1997; OLIVEIRA e PEREIRA, 1997

4º) Causa básica de morte

O conceito de causa utilizado na DO é o relativo à causa básica, assim entendida com o “tipo de causa externa que deu origem à lesão que levou à morte”. Trata-se de definição internacional, dada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1995). Segundo regras internacionais, essa causa é extraída da descrição das causas de morte feita pelo médico que preencheu o documento (variável 49), combinada, nas mortes decorrentes de causas externas, com as informações das variáveis 56 a 60 da DO (Figura 3).

Os dados disponíveis para o Brasil foram codificados sob a vigência de diferentes revisões da Classificação Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Morte - CID - mas a compatibilização entre essas classificações é perfeitamente possível de ser feita. A Classificação Internacional de Doenças, em sua 10ª Revisão, em vigor no Brasil desde 1996 (para dados de mortalidade) apresenta as causas externas em seu Capítulo XX, sendo que as mesmas podem ser agrupadas para efeitos didáticos, em acidentes de

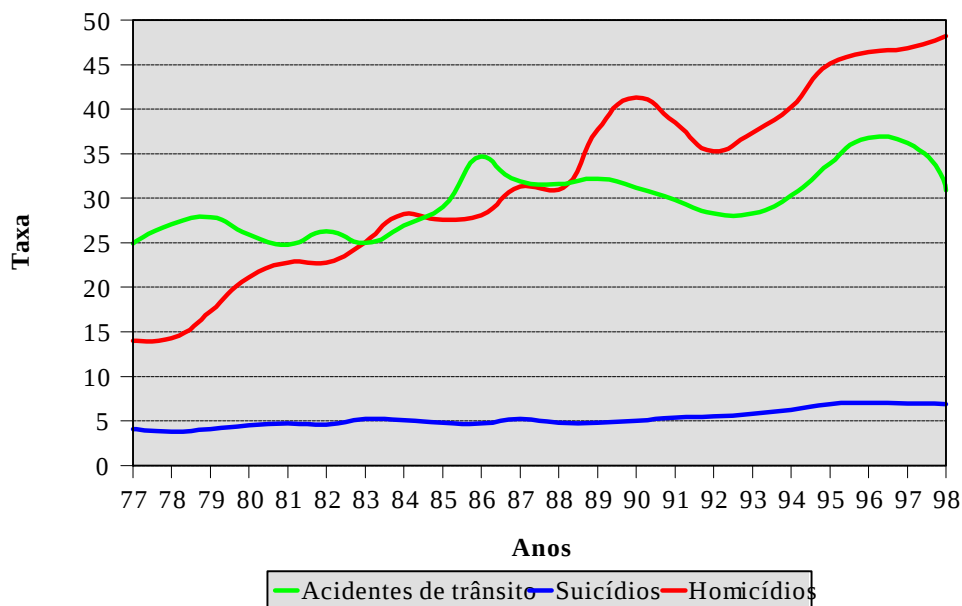
transporte, demais acidentes, lesões auto-infligidas (suicídios) e agressões e intervenções legais (homicídios) (Anexo 1).

Figura 3. Declaração de óbito - Campos relativos às causas.

VI Condições e causas do óbito	ÓBITOS EM MULHERES		ASSISTÊNCIA MÉDICA																
	43 A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto? ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ 9 - Ignorado		44 A morte ocorreu durante o puerpério? ☐ 1 - Sim até 42 dias ☐ 2 - Sim de 43 dias a 1 ano ☐ 3 - Não ☐ 9 - Ignorado																
	45 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ 9 - Ignorado																		
	46 Exame complementar? ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ 9 - Ignorado		47 Cirurgia? ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ 9 - Ignorado																
48 Necrópsia? ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ 9 - Ignorado																			
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:																			
49 CAUSAS DA MORTE ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte</th> <th>Tempo aproximado entre o início da doença e a morte</th> <th>CID</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>d</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID	a			b			c			d		
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID																	
a																			
b																			
c																			
d																			
CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.																			
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.																			
VIII Causas externas	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)																		
	56 Tipo ☐ 1 - Acidente ☐ 2 - Suicídio ☐ 3 - Homicídio ☐ 4 - Outros ☐ 9 - Ignorado		57 Acidente do trabalho ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ 9 - Ignorado																
	58 Fonte de informação ☐ 1 - Boletim de Ocorrência ☐ 2 - Hospital ☐ 3 - Família ☐ 4 - Outros ☐ 9 - Ignorado																		
59 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência																			
SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO																			
60 Logradouro (Rua, praça, avenida etc.)				Código															

A análise dessas variáveis tem possibilitado conhecer as estimativas do risco de morrer por causas externas e seus tipos. No Brasil, em fins da década de 70, verifica-se um predomínio das taxas de mortalidade por causas acidentais, principalmente acidentes de trânsito, que, entretanto, em meados dos anos 80 são ultrapassadas pelos óbitos decorrentes de homicídios (Figura 4). Especificamente quanto a estas causas, nota-se que suas taxas, no país, entre 1979 e 1998 tiveram um aumento apreciável que se torna ainda maior se se consideram somente os valores relativos ao sexo masculino.

Figura 4. Taxas* de mortalidade por causas externas segundo tipos, sexo masculino, Brasil, 1977/98.



* Taxas por 100.000 habitantes.

2.4. Outras fontes

◆ Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT

A CAT é o instrumento usado nacionalmente para a notificação de acidente do trabalho ao Instituto Nacional de Seguridade Social, para fins de concessão de benefícios. Esse documento representa a principal fonte de informação para o estudo da morbi-mortalidade ocupacional.

O sistema de informação dela decorrente, entretanto, não é completo, visto que exclui os trabalhadores autônomos, os empregados domésticos e os vinculados a outros

sistemas previdenciários, bem como os que trabalham sem carteira assinada. Esse fato dificulta o estabelecimento do perfil epidemiológico da população trabalhadora no país, razão pela qual algumas propostas estão sendo feitas no sentido, tanto de uma maior abrangência quanto da melhoria dos dados coletados (LAURENTI e MELLO JORGE, 1999).

♦ Sistema Nacional de Informações Tóxico-farmacológicas - SINITOX

Foi instituído pelo Ministério da Saúde em 1980 e originou-se da necessidade de se criar um sistema abrangente, de alcance nacional, capaz de fornecer dados precisos sobre os efeitos de medicamentos e demais agentes tóxicos no país.

Em 1997, estava formado por uma rede de 31 Centros de Controle de Intoxicações, em 16 estados brasileiros. Embora em 1995 tivessem sido registrados, no Brasil, 50.264 casos de intoxicação humana (MS, SINITOX, 1999), o Sistema padece, ainda, de importante sub-notificação, causada, fundamentalmente, pela não obrigatoriedade do registro, pela inexistência de uniformidade em relação aos dados coletados, bem como pelo, ainda, pequeno número de centros existentes no país.

♦ Sistema de Resgate

A inexistência de diretrizes nacionais para o atendimento de emergência, particularmente o pré-hospitalar, levou alguns estados a criarem seus próprios serviços, independentemente de uma linha mestra de planejamento, instalação e operacionalização.

Dessa forma, sem qualquer padronização, criaram-se onde esses serviços existem, formas diferentes de coletar informações. Não há nenhum sistema de informação que congregue esses dados e mesmo os boletins são preenchidos de modo, às vezes, inadequado e incompleto. A título de exemplo, o Sistema de Resgate de São Paulo, relativamente às ocorrências de 1998, assim as distribui (tabela 1).

Tabela 1. Atendimento do Sistema de Resgate segundo tipo, São Paulo, 1998.

Tipo	%
Acid. Trânsito com vítima	27,37
Acid. Trânsito com vítima presa nas ferragens	1,65
Atropelamento	10,32
Acidente pessoal	2,87
Parturiente	3,61
Demente	0,21
Caso Clínico	27,03
Queda	20,35
Tentativa Suicídio	1,39
Aborto	0,26
Lesão Corporal (agressão)	4,93
Estupro	0,01
Total	100,0

2.5. Os atendimentos de emergência e as seqüelas: os dois extremos de uma estatística não conhecida.

Os atendimentos em serviços de emergência (Pronto Socorro) não estão também incluídos em nenhum sistema de informação de base epidemiológica, fato que, evidentemente, sub-dimenciona o estudo de lesões decorrentes de acidentes e violências. ANDRADE, 1996, ao estudar acidentes de transporte terrestre em Londrina, PR, mostrou que, das vítimas conhecidas por diferentes fontes de informação, 92% foram atendidas em Pronto Socorro e, destas, somente 11,8% foram internadas (87,4% tiveram alta no próprio Serviço e 0,8% faleceram nessa Instituição).

Por outro lado, acompanhando as vítimas internadas, pode-se constatar que, segundo o tipo de saída elas podem estar enquadradas nas que esta especifique se o paciente está curado ou apresenta algum tipo de seqüela. Aliás, muitas vezes, nem o próprio prontuário hospitalar registra o fato o que dificulta não só dimensionar o problema, como classificar essas seqüelas segundo uma série de aspectos importantes até do ponto de vista social (FARIAS, 1995).

3. Considerações finais

A alocação que se faz, atualmente, dos acidentes e violências como problema de Saúde Pública, é incontestável. O objetivo de suas políticas públicas deve ser, assim, o de

ações voltadas para a reversão desse quadro, visando à redução da morbi-mortalidade por essas causas. É claro que, devido ao fato de que nessa problemática estão envolvidos diferentes setores, órgãos e segmentos sociais, sua resolução vai implicar, também, o concurso de outras áreas, além da sociedade em geral.

Entretanto, o panorama epidemiológico, relativo ao comportamento de cada tipo de causas externa e cada tipo de vítima, precisa ser estabelecido e, nesse contexto, é necessário que as bases de dados existentes, e/ou que venham a existir, dêem conta de produzir as informações de que se necessitam.

Os sistemas de informação devem ser ágeis e atualizados, além de precisarem estar estruturados de forma integrada, objetivando a vigilância completa desses eventos

BIBLIOGRAFIA

ANDRADE, S.M. Acidentes de transporte terrestre: Uma análise dos eventos e das vítimas, São Paulo, 1998. [Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da USP].

ARRUDA, D.M.C. Grandes Sistemas Nacionais de Informação em Saúde: revisão e discussão da situação atual. Informe Epidemiológico do SUS, 4: 7-46, 1997.

FARIAS, G.M. Deficiências, incapacidades e desvantagens decorrentes de causas externas: análise dos pacientes internados no IOT-HC FMUSP, 1991. São Paulo, 1995 [Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem da USP].

LAURENTI, R. e MELLO JORGE, M.H. Indicadores de mortalidade por acidentes de Trabalho. S.Paulo, 1999 (Trabalho realizado por solicitação do Ministério do Trabalho e Emprego).

LAURENTI, R. e MELLO JORGE, M.H. O Atestado de Óbito. S. Paulo, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 1996.

MELLO JORGE, M.H. e col. Acidentes e violência no Brasil: II- Análise da mortalidade. Revista de Saúde Pública, 31(Suplemento), São Paulo, 1997.

MELLO JORGE, M.H. e GOTLIEB, S.L.D. As condições de saúde no Brasil: restrospecto de 1979 a 1995. Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – RIPSa – Rede Interagencial de Informação para a Saúde, 1999 (Internet).

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SINITOX. Estatística anual de casos de intoxicação e envenenamento. Brasil, 1998. Brasília, 1999.

OLIVEIRA, H. e PEREIRA, I.P.A. Estatísticas de Mortalidade e Nascidos Vivos: considerações sobre principais problemas. Informe Epidemiológico do SUS, 3: 15-19, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão. São Paulo. Centro da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 1995.

TRAVASSOS, C. e LEBRÃO, M.L. Morbidade hospitalar nos jovens. IN CNPD. Jovens acontecendo na trilha das Políticas Públicas. Brasília, 1998.