



CUSTOS DA VIOLÊNCIA ARMADA

Gastos da saúde pública com atendimento
de vítimas de arma de fogo

3^a edição, 2025

CUSTOS DA VIOLÊNCIA ARMADA

Gastos da saúde pública com atendimento de vítimas de arma de fogo | 3ª edição, 2025

COORDENAÇÃO:

Cristina Neme

ELABORAÇÃO:

Cristina Neme

Thiago da Costa

REVISÃO:

Natália Pollachi

Izabelle Mundim

CONSULTORIA

DE PESQUISA:

Thiago da Costa

COLABORAÇÃO:

Dean Peacock

PROJETO GRÁFICO

E DIAGRAMAÇÃO:

Marina Sá

APOIO:

Open Society Foundations

REALIZAÇÃO:

EQUIPE INSTITUTO SOU DA PAZ:

Carolina Ricardo - Diretora-executiva

Janaina Baladez - Diretora de Desenvolvimento Institucional

Natália Pollachi - Diretora de Projetos

Beatriz Graeff - Coordenadora de Projetos

Brena Andrade - Analista de Mídias Digitais

Bruno Langeani - Consultor Sênior

Cristina Neme - Coordenadora de Projetos

Danielle Tsuchida - Coordenadora de Projetos

Ecilane Rodrigues - Assistente da Diretoria

Ellen Lima - Assistente Contábil-financeira

Fernanda Figueiredo - Analista Contábil-financeira

Gabriela Alves - Assistente de Comunicação

Giovana Rezende - Assistente de Projetos e Parcerias

Guilherme Galdino - Analista de Gestão de Pessoas

Izabelle Mundim - Gerente de Comunicação e Engajamento

Jéssica Moura - Analista de Projetos

Luciano Almeida - Gerente Administrativo-financeiro

Marcele de Oliveira - Assistente de Advocacy

Maria Eduarda Brommonschenkel - Assistente de Projetos

Marina Sá - Designer

Malu Pinheiro - Pesquisadora

Nathalie Drumond - Gerente de Advocacy

Rafael Rocha - Coordenador de Projetos

Tamiris de Jesus - Gerente de Captação de Recursos

Wigde Arcangelo - Assessor de Imprensa



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
PRINCIPAIS ACHADOS DESTA EDIÇÃO	6
METODOLOGIA	10
VISÃO NACIONAL	11
VISÃO REGIONAL	14
VISÃO ESTADUAL	18
PERFIL DAS VÍTIMAS	20
CUSTO DAS INTERNAÇÕES	23
DIMENSIONANDO OS CUSTOS	25
DAS EVIDÊNCIAS DO SOU DA PAZ À ATUAÇÃO DA OMS NO ENFRENTAMENTO DA VIOLENCIA ARMADA	27
CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	29

INTRODUÇÃO: IMPACTO DA VIOLENCIA ARMADA NA SAÚDE



Ainda que o país venha registrando redução importante das taxas de homicídios, a violência segue entre as principais causas de mortalidade e de anos de vida saudável perdidos da população brasileira

Todos os dias, milhares de brasileiras e brasileiros têm suas rotinas interrompidas pela violência armada, seja pela perda de uma pessoa querida, na recuperação após um ferimento provocado por arma de fogo ou pelo medo constante que afeta comunidades inteiras. Por trás de números que evidenciam as dificuldades da segurança pública brasileira, cada pessoa afetada pela violência armada mobiliza uma rede de cuidados, recursos e esforços que muitas vezes permanecem invisibilizados no debate público. Além das próprias vítimas e seus familiares, há uma série de profissionais que atuam na linha de frente da mitigação dessa violência - de agentes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e do Corpo de Bombeiros, que realizam o resgate pré-hospitalar, a profissionais de enfermagem e cirurgia intensiva que fazem parte de um sistema de saúde que, juntamente com a segurança pública, é pressionado a responder essa realidade.

Nesse cenário, apresentamos a terceira edição da pesquisa Custos da Violência Armada, em que o Instituto Sou da Paz atualiza a análise dos gastos federais com internações hospitalares para tratamento das vítimas feridas por arma de fogo e chama a atenção para o impacto da violência armada no sistema público de saúde brasileiro.

Segundo as estimativas globais de saúde, a violência, em suas diversas formas, permanece entre as cinco maiores causas de mortalidade da população brasileira ao longo das estimativas da Carga Global de Doenças referentes ao período 2000-2021. Além disso, figura como a principal causa de anos de vida saudável perdidos por morte prematura e aqueles vividos com capacidades reduzidas - com exceção de 2020 e 2021, quando a Covid-19 ocupou a primeira posição.

A diferença de gênero desse impacto é expressiva, com incidência muito maior entre os homens. A partir da adolescência até meados da vida adulta, a violência se torna a principal causa de mortalidade dos meninos, jovens e adultos (10 a 34 anos), seguida por acidente de trânsito, leucemia, afogamento, lesão autoprovocada (com todos os meios) e Covid-19, a depender dos recortes nessa faixa etária. A violência é também a principal causa de anos de vida saudável perdidos dos homens. Entre as mulheres, a violência é menos numerosa, mas também é a principal causa de mortalidade das adolescentes e jovens (10-29 anos), seguida por acidente de trânsito, lesão autoprovocada (todos os meios), condições maternas e Covid-19, a depender dos recortes nessa faixa etária, e se encontra entre as 10 principais causas de perda de anos de vida saudável das mulheres jovens e adultas (15 a 39 anos)¹.



No Brasil, a arma de fogo é o principal instrumento utilizado nos casos de agressão que resultam em morte

Segundo os dados da saúde, a arma de fogo é o meio que provoca 71% desses óbitos a cada ano no país. Já segundo os dados da segurança, 79% dos homicídios foram cometidos com arma de fogo em 2024². A violência armada resulta em altíssima letalidade, de modo que apenas a menor parte das vítimas sobrevive e chega à assistência médico-hospitalar. Ainda que as estimativas globais tenham limitações, estudo do Small Arms Survey estimou em cerca de 70% o índice de letalidade em países como o Brasil, Colômbia e México, frente à média global de 48% no caso de ferimentos intencionais por armas de fogo e fora de situações de conflito³.

Além das mortes irreparáveis e da demanda por tratamento e reabilitação das pessoas que sobrevivem, a violência armada afeta o funcionamento dos serviços de saúde localizados em territórios das periferias e favelas, onde tiroteios interrompem o atendimento nas unidades e impedem o trânsito dos agentes de saúde nas comunidades. Prejudica, portanto, o acesso da população a esse serviço e a saúde dos profissionais que atuam sob risco elevado e estresse, dentro e fora das unidades de saúde, gerando custos que se sobrepõem e que não podem ser diretamente estimados.

A violência armada afeta o funcionamento dos serviços de saúde em territórios onde tiroteios interrompem o atendimento nas unidades e impedem o trânsito dos agentes de saúde

1 World Health Organization. Global Burden of Disease Estimates 2000-2021. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>. A Carga Global de Doenças (Global Burden of Disease) é estimada a partir do indicador de “anos de vida perdidos ajustados por incapacidade” (Disability adjusted life year – DALY), composto a partir dos indicadores de anos de vida perdidos por morte prematura e anos vividos com capacidades reduzidas.

2 Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro da Segurança Pública, 2025.

3 Small Arms Survey. Non-lethal Firearm Violence. Research Notes Armed Violence, number 32, July 2013.

PRINCIPAIS ACHADOS DESTA EDIÇÃO



Em 2024, **15,8 mil internações hospitalares** para tratamento de ferimentos provocados por arma de fogo consumiram **R\$ 42,3 milhões** dos recursos federais destinados ao sistema de saúde brasileiro.

Nos últimos dez anos (2015-2024), a soma do gasto federal com essas internações hospitalares foi de aproximadamente **meio bilhão** (R\$ 556 milhões), uma média de R\$ 56,6 milhões por ano.

Agressão é a principal causa das internações

- ➊ Agressões seguem predominando no conjunto das internações para tratamento de lesões provocadas por arma de fogo (77,3%), seguidas por acidentes (14,6%), causas indeterminadas (4,7%) e lesões autoprovocadas (3,5%).
- ➋ Na contramão da tendência geral de redução, o número de internações por lesões autoprovocadas com arma de fogo mais do que dobrou entre 2022 e 2024, e sua proporção no total das internações passou de 1,5% para 3,5%, enquanto as indeterminadas diminuíram de 6,5% para 4,7%.
- ➌ Esse padrão indica participação majoritária de eventos intencionais (agressão por terceiros e lesão autoprovocada com arma de fogo) entre as causas de internação.

Queda nas internações, mas letalidade por violência armada segue alta

- ◆ Em linha com a redução das mortes por agressão armada (homicídios com arma de fogo), as internações seguem em tendência de redução, -3% entre 2023 e 2024 e queda acumulada de 35% em relação aos anos mais críticos (2015-2017).
- ◆ **Ainda assim, a letalidade por violência armada segue alarmante:** para cada internação, são registrados dois óbitos por arma de fogo no país, evidenciando que grande parte das pessoas feridas não sobrevive para chegar ao atendimento médico-hospitalar.

Diferenças regionais permanecem significativas

- ◆ Nordeste responde por 42% das internações em 2024, ultrapassando em quantidade os registros do Sudeste. O Nordeste não acompanhou a redução observada nas outras regiões e hoje concentra o maior número e a maior taxa de internações, assim como o maior montante dos gastos com internações hospitalares.
- ◆ Norte e Nordeste seguem como as regiões mais afetadas em termos relativos, mas com tendências opostas nos anos recentes: enquanto o Norte se destaca pelo recuo após a alta expressiva observada nos anos de 2021 e 2022, o Nordeste apresenta taxas crescentes nos dois últimos anos.
- ◆ Sul e Centro-Oeste exibem maior proporção de acidentes, que representam $\frac{1}{4}$ das internações, e de causas indeterminadas (10% e 8%, respectivamente), contrastando com o Nordeste que, com 3% de indeterminadas, apresenta dados mais consistentes.

Desigualdades de gênero, raça e idade permanecem estruturais, com maior vitimização de pessoas negras, homens e jovens

- ❖ 89% dos pacientes internados são homens e 82% são pessoas negras
- ❖ Pessoas jovens (15-29 anos) são 52% dos internados, seguidas por adultas na faixa de 30-39 anos (23%).
- ❖ Homens são mais expostos a agressões (causa de 78% das internações masculinas, contra 70% entre as pacientes mulheres), enquanto as mulheres são relativamente mais expostas a acidentes (21% contra 14% entre os homens).
- ❖ Pessoas negras são mais expostas a agressões (causa de 79% das internações, contra 69% entre pacientes não negros/as); já entre as pessoas não negras é maior a participação de acidentes (17%) e lesões autoprovocadas (6%) entre as causas, em comparação com pacientes negros/as (14% e 3%, respectivamente).

O tratamento das vítimas de violência armada custa caro ao Sistema Único de Saúde (SUS)

- ❖ O custo médio da internação para tratamento de ferimentos por arma de fogo é 2,6 vezes maior do que o gasto federal médio com saúde per capita.⁴
- ❖ **Internações por agressão armada custam mais do que outras agressões:** seu custo médio é cerca de 80% maior do que o de agressão por objeto cortante/penetrante e por agressão física, tipos mais frequentes ao lado da arma de fogo.
- ❖ Regionalmente, Nordeste responde por 40% dos gastos, superando o Sudeste (36%). Em seguida, os gastos se distribuem nas regiões Sul (9%), Norte (8%) e Centro-Oeste (7%).

**A violência armada tem custo social e econômico elevado: !
o SUS gasta dezenas de milhões de reais por ano
que poderiam ser aplicados na ampliação dos serviços de saúde**

⁴ Despesa total com Saúde (exceto inativos), sob responsabilidade da União, por habitante em 2024 (Siops).

Qualidade dos dados sobre raça

- ◆ Houve notável aprimoramento da informação sobre raça, que contou com 100% de preenchimento e permitiu retratar fidedignamente o perfil racial dos pacientes.

A DIMENSÃO VISÍVEL DE UM IMPACTO AINDA MAIOR

Os gastos com internações hospitalares representam apenas uma parcela dos custos reais da violência armada. A conta completa incluiria despesas com reabilitação e outros procedimentos de assistência às vítimas, como fisioterapia, acompanhamento psicológico, entre outros cuidados.

Além disso, a violência armada ao redor das unidades de saúde impacta diretamente a oferta e a qualidade dos serviços de saúde à população, a exemplo do fechamento intermitente de postos de saúde em razão de tiroteios e da alta rotatividade de profissionais de saúde que atuam em áreas atingidas pela violência.

O acesso a armas de fogo é, portanto, também um problema de saúde pública que exige o engajamento das áreas da segurança e da saúde para aumentar a capacidade de controle sobre a circulação de armas, legais e ilegais, por parte do Estado brasileiro.



METODOLOGIA



Com base na análise das informações da saúde atualizadas até 2024 do Sistema de Informações Hospitalares - SIH, esta análise atualiza o panorama da violência armada no contexto do sistema de saúde público, possibilitando a estimativa dos gastos com internações hospitalares. Os totais de internações e a mensuração dos custos seguem o procedimento de Cerqueira et al. (2019), replicado na [1^a](#) e [2^a edições](#) do estudo do Instituto Sou da Paz (2021 e 2023), o que assegura comparabilidade metodológica ao longo da série e entre os recortes apresentados.⁵

Conforme ressaltado na última edição do estudo, a metodologia empregada focada nas internações hospitalares não retrata todos os casos de ferimento por violência armada, haja vista a falta de informações desagregadas que permitiriam identificar os custos associados a outros tipos de assistência às vítimas de violência por arma de fogo – caso dos atendimentos ambulatoriais não encaminhados à internação e dos processos prolongados de reabilitação após alta hospitalar, como fisioterapia ou atendimento psicológico. A análise dos custos das internações também se restringe aos gastos federais repassados aos entes federados, sem considerar os recursos estaduais e municipais que integram o SUS, em razão da falta de dados disponíveis (públicos) sobre os casos que envolvem violência armada.

⁵ Cerqueira, D. et al. Uma análise da base de dados do Sistema de Informação Hospitalar entre 2001 e 2018: dicionário dinâmico, disponibilidade dos dados e aspectos metodológicos para a produção de indicadores sobre violência. Rio de Janeiro: Ipea, 2019.

VISÃO NACIONAL



O Brasil registrou 15,8 mil internações hospitalares em razão de ferimentos provocados por arma de fogo no ano de 2024. São casos de agressões, acidentes e lesões autoprovocadas com arma de fogo que exigiram internação para tratamento. **Não estão incluídos os atendimentos ambulatoriais em unidades da saúde relacionados a ferimentos por arma de fogo que não necessitaram de internação, nem as reabilitações posteriores à alta hospitalar.**

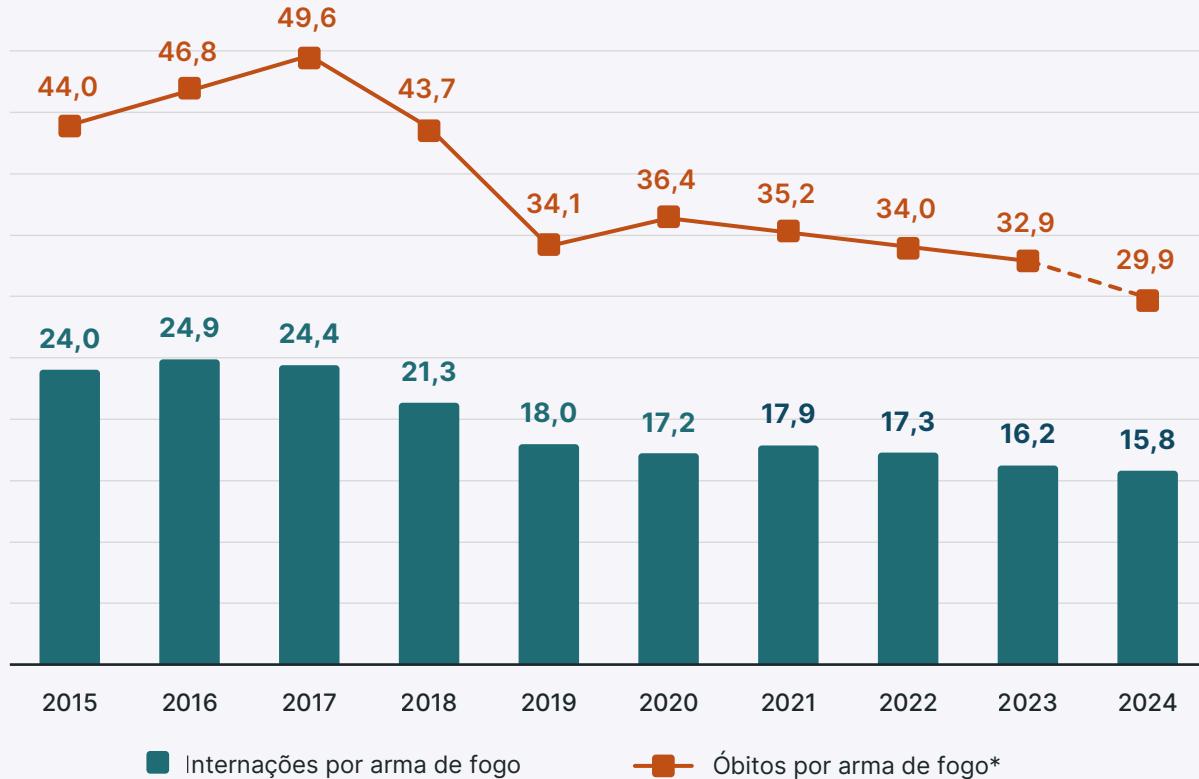
A série de internações por ferimentos provocados por arma de fogo apresenta uma trajetória de redução iniciada em 2018, à exceção do sobressalto observado em 2021. Em relação aos anos mais críticos (2015 a 2017), o ano de 2024 acumula redução de 35% nas internações, no entanto o ritmo arrefece nos anos mais recentes.

Tendência similar aparece nos registros de óbitos por arma de fogo, cujos dados consolidados estão disponíveis até 2023, com retração de -34% entre 2017 e 2023 e um total de 32,9 mil mortes neste último ano, o menor valor da série. Considerando os dados preliminares de 2024, essa tendência segue com queda em relação a 2023.

É interessante observar que o impacto da violência armada na saúde, aferido pelo número de internações, não segue exatamente o mesmo comportamento da mortalidade, visto que **pode haver recuo nas internações a despeito do aumento de óbitos com emprego de arma de fogo**. Como se observa nos anos de 2017 e 2020, houve crescimento dos óbitos por violência armada, mas redução das internações, enquanto o inverso ocorre no ano de 2021, que registrou diminuição de óbitos e aumento de internações.⁶ Ainda que sutis, essas diferenças sugerem que contextos de agravamento dos conflitos armados produzem maior letalidade, reduzindo a chance de sobrevivência e, portanto, de encaminhamento ao socorro médico para tratamento.

⁶ Nesse estudo, a análise das internações e custos hospitalares parte do ano de processamento das internações no SIH, mas a tendência é similar se considerado o ano do atendimento.

GRÁFICO 1 | Número de internações e de óbitos por arma de fogo. Brasil, 2015-2024*
(Em milhares)



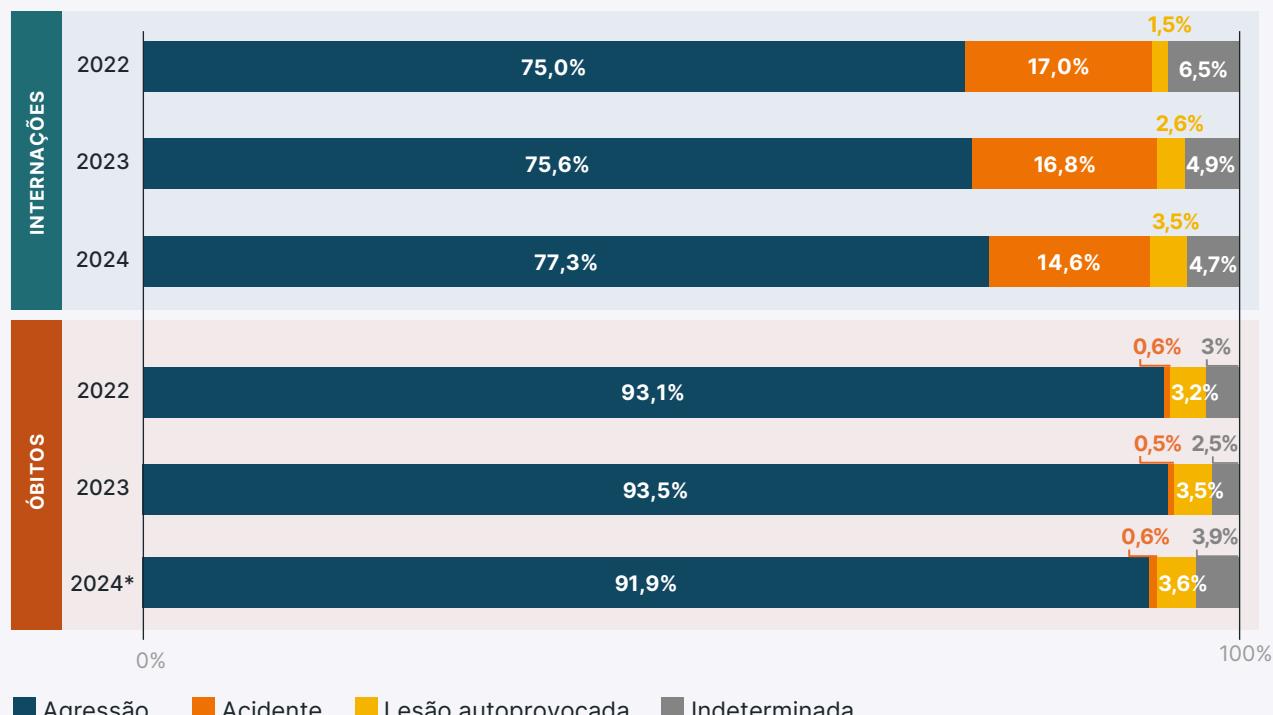
Fonte: SIM e SIH/DATASUS

* Dados preliminares de óbitos para 2024, em out./2025 (SIM/Datasus).

Apesar da redução, mantém-se estável a relação entre as séries: ao longo de todo o período, **o número de óbitos permanece cerca de duas vezes maior que o de internações, evidenciando a alta letalidade dos eventos com arma de fogo no Brasil.**

As causas das internações por arma de fogo também permanecem estáveis: as agressões respondem por cerca de três quartos dos casos, seguidas por acidentes, indeterminadas e lesões autoprovocadas. A comparação com o perfil dos óbitos nos últimos anos evidencia o peso maior das agressões na mortalidade do que na internação para tratamento de lesões (mais de 90% das fatalidades decorreram de agressão armada contra ¾ das internações), enquanto os acidentes têm participação muito maior nas internações (15% das internações decorreram de lesão accidental com arma de fogo contra menos de 1% no caso dos óbitos).

**GRÁFICO 2 | Causas de internações e de óbitos por arma de fogo.
Brasil, 2022-2024* (%)**



Fonte: SIM e SIH/DATASUS

* Dados preliminares de óbitos para 2024, em out./2025 (SIM/Datasus).

Lesões por arma de fogo estão associadas a alta letalidade, especialmente quando resultam de uma agressão, de modo que grande parte dos feridos sequer chega a receber tratamento médico. Das 41,1 mil internações para tratamento de lesões provocadas por qualquer tipo de agressão (com quaisquer meios) no ano de 2024, em 25% delas a agressão foi com arma de fogo. A arma de fogo permanece entre os principais meios de agressão, ainda que se observe nos anos recentes o aumento da participação da força corporal.

TABELA 1 | Internações para tratamento de lesões provocadas por agressão, segundo os principais meios empregados. Brasil, 2022-2024 (%)

		2022	2023	2024
Força Corporal		26%	29%	30%
Arma de Fogo		27%	25%	24%
Objeto cortante ou perfurante		23%	22%	20%

Fonte: SIH/DATASUS

VISÃO REGIONAL



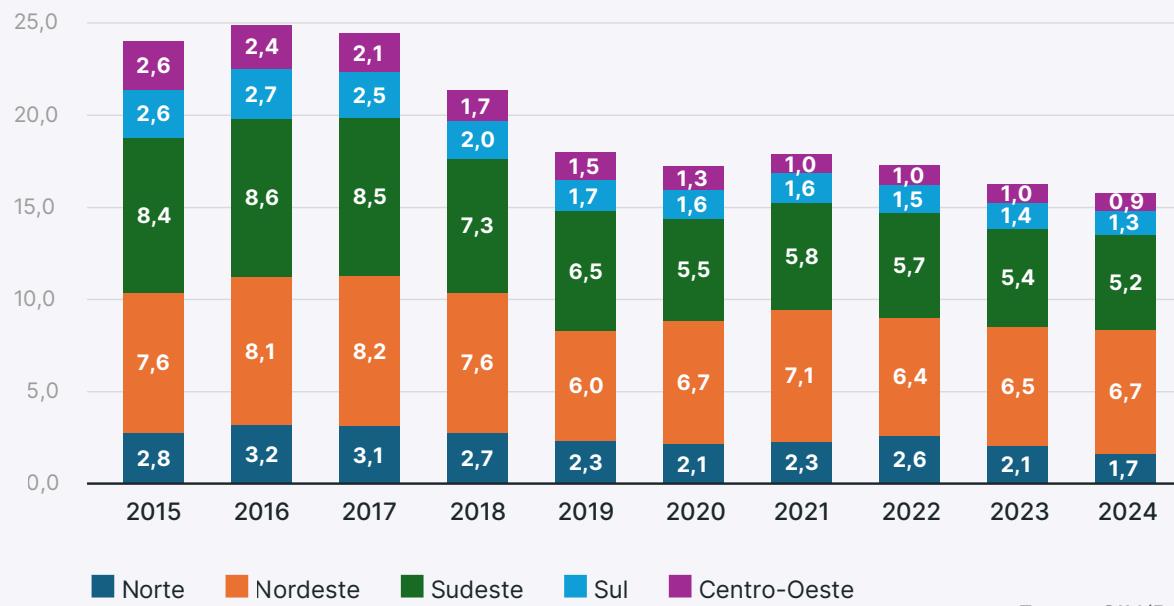
Em termos de volume, as regiões Nordeste e Sudeste concentram 75% das internações por arma de fogo em 2024. A evolução ao longo da década 2015-2024 indica diminuição das internações em quase todas as regiões, à exceção do Nordeste, que passou a contar o maior número absoluto de internações a partir de 2018. Se a evolução da taxa nacional por 100 mil habitantes indica tendência de queda, há uma forte desigualdade regional que oscila picos em diferentes períodos, refletindo as dinâmicas regionais da violência armada, a exemplo do aumento no Norte em 2022 em relação ao ano anterior (+13%).

Em 2024, Norte e Nordeste são as regiões que mais pressionam a média nacional, registrando taxas até mais de duas vezes superiores às observadas nas outras regiões. Nordeste vai na contramão, sendo a única região a apresentar crescimento nos últimos anos (+4,0% entre 2022 e 2024), enquanto Norte se destaca com a expressiva redução de 37% nas internações neste mesmo período.

**Estudo realizado pela
Fundação Oswaldo Cruz
do Ceará em 8 cidades aponta o
impacto da violência e da covid-19
nos agentes comunitários de saúde
do Nordeste brasileiro**

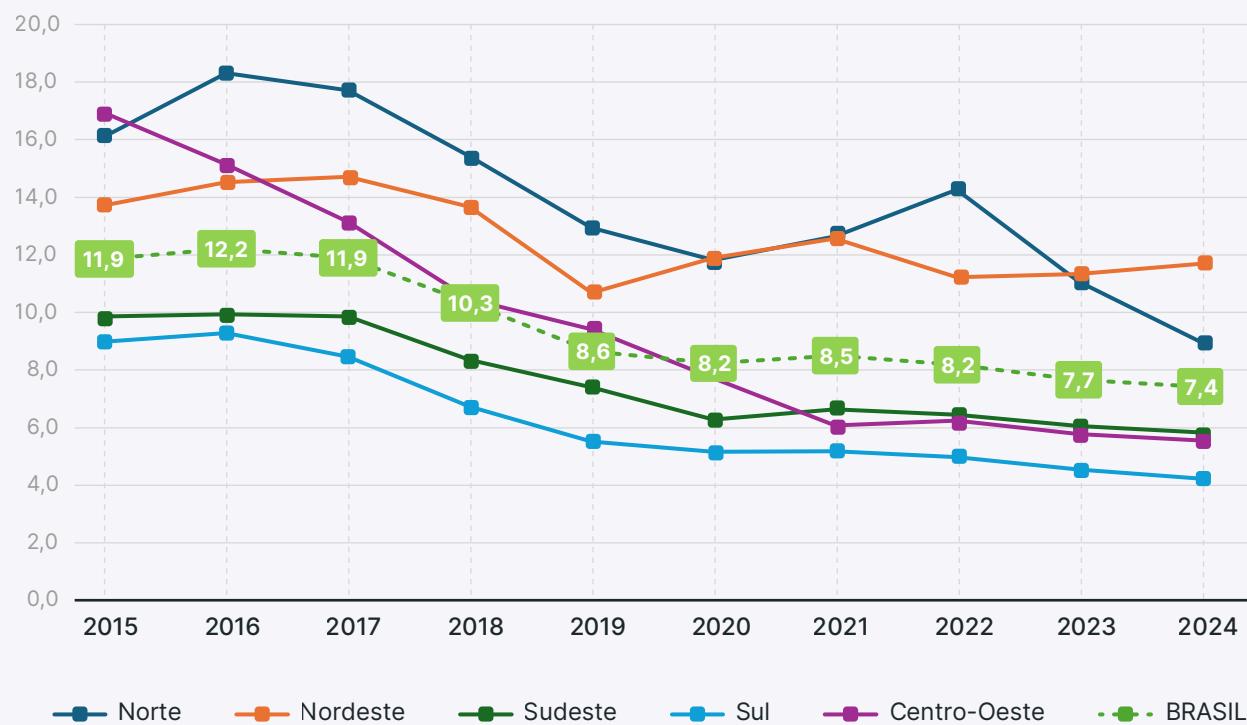
Fiocruz Ceará e Rede Nós APS Brasil

GRÁFICO 3 | Número de internações por arma de fogo. Regiões, 2015-2024
(em milhares)



Fonte: SIH/DATASUS

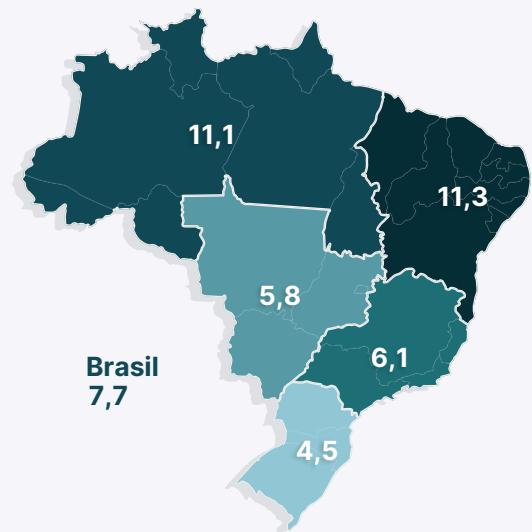
GRÁFICO 4 | Taxa de internações por arma de fogo. Brasil e regiões, 2015-2024
(por 100 mil hab.)



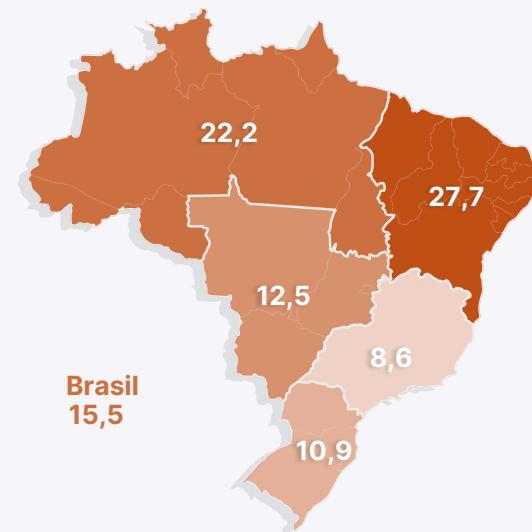
Fonte: SIH/DATASUS/PNAD/IBGE

**MAPAS 1 a 4 | Taxas de internações e de óbitos por arma de fogo.
Brasil e regiões, 2023 e 2024 (por 100 mil hab.)**

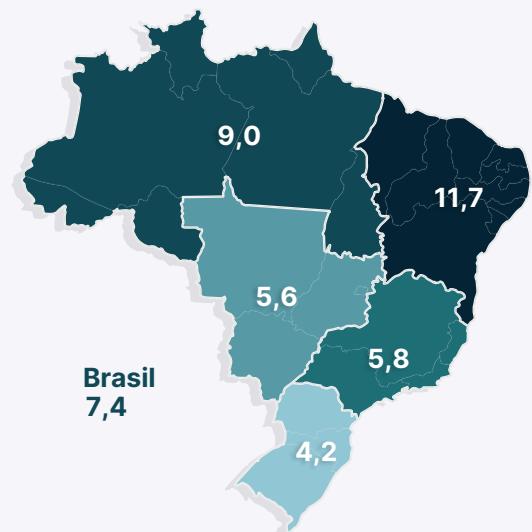
Internações 2023



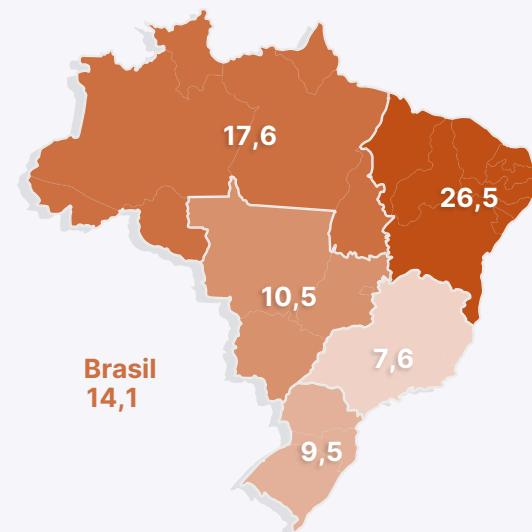
Óbitos 2023



Internações 2024



Óbitos 2024*

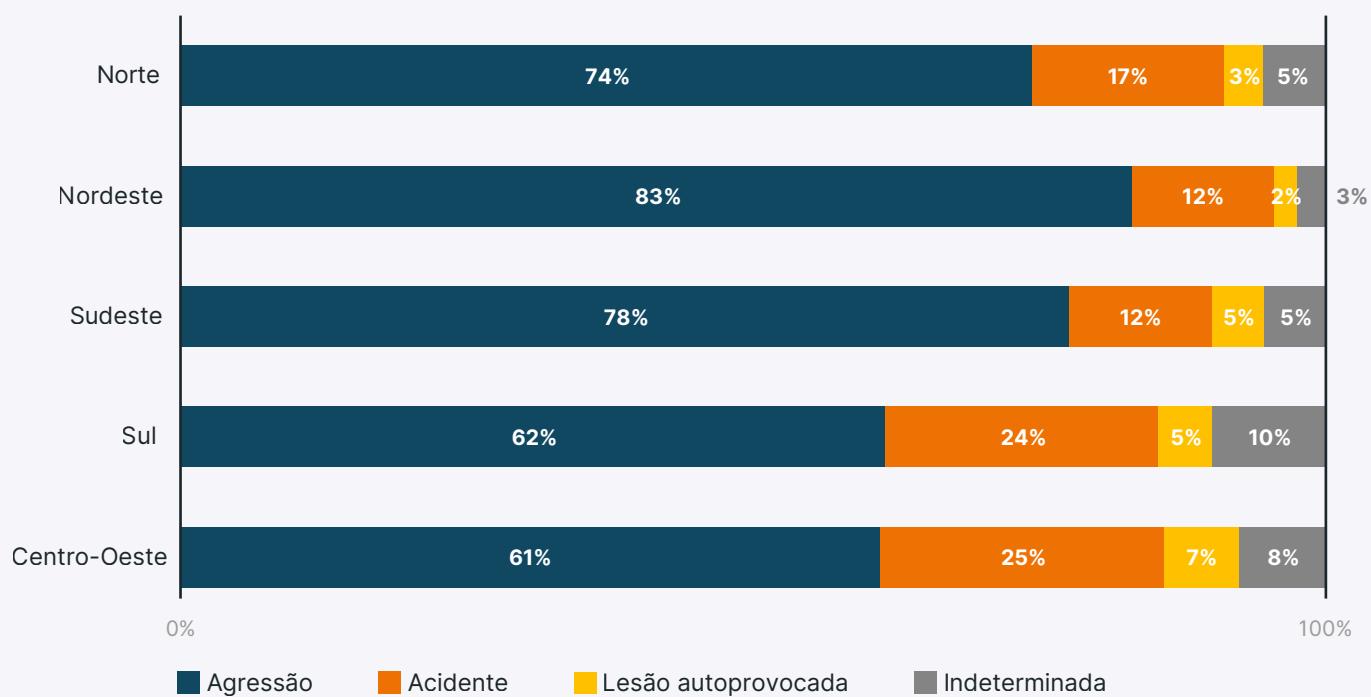


Fonte: SIM/DATASUS/PNAD/IBGE

*Dados preliminares de óbitos para 2024, em out./2025 (SIM/Datasus).

A agressão armada permanece como principal causa das internações em todas as regiões, chegando a 83% no Nordeste, proporção mais elevada do país (Gráfico 5). No Sul e no Centro-Oeste, embora as agressões continuem predominando, observa-se uma participação mais expressiva dos acidentes, que respondem por cerca de ¼ das internações. Nota-se que o Nordeste apresenta o quadro mais qualificado em termos de registro, apresentando a menor proporção de causas indeterminadas.

**GRÁFICO 5 | Causas de internações por arma de fogo.
Regiões, 2024 (%)**

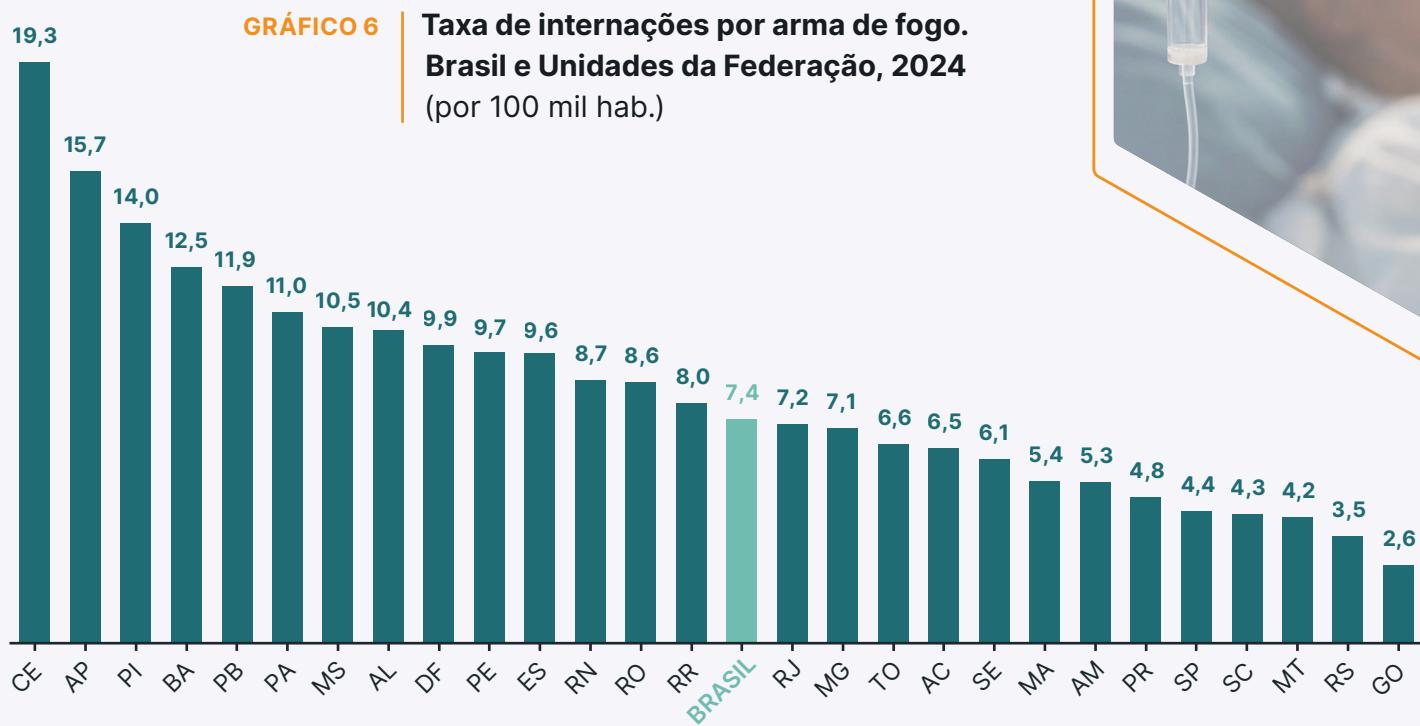


Fonte: SIH/DATASUS

VISÃO ESTADUAL



No âmbito estadual, destacam-se Ceará, Amapá e Piauí, com a maior demanda por internações, e, por outro lado, Rio Grande do Sul e Goiás, com as menores taxas.



Fonte: SIH/DATASUS/PNAD/IBGE

Após tiroteio entre polícia e CV, prefeituras suspendem serviços na Bahia

Confrontos ocorreram nesta terça (11) e na madrugada de quarta-feira (12), após suspeitos reagirem a prisões; prefeituras de Muritiba e São Félix suspenderam serviços, atividades escolares e de saúde



Gabriela Bento, colaboração para a CNN Brasil, no Recife
12/11/25 às 08:27 | Atualizado 12/11/25 às 08:44

Na Bahia, serviços municipais de saúde foram suspensos após confronto armado entre polícia e facções criminosas

É válido ressaltar que **a demanda de alguns estados pode ser inflada em razão da concentração do atendimento em grandes centros hospitalares**. A comparação com as taxas de óbitos permite perceber essa diferença, ilustrada no Gráfico 7, referente ao ano de 2023.⁷ O

7 Ano de 2023 para fins de comparação entre as unidades da federação, visto que os dados de óbitos para 2024 são preliminares.

Distrito Federal segue liderando com o dobro de internações em relação à taxa local de óbitos, uma das mais baixas do país, enquanto no vizinho Goiás a taxa de óbitos é quase quatro vezes maior do que a de internações. Isso sugere que o DF absorve parte da demanda por internações de pacientes de outras unidades da federação. Em 2023, o mesmo acontece no Piauí, cuja taxa de internações supera a de óbitos, enquanto o vizinho Maranhão apresenta taxa de mortalidade cinco vezes maior do que a de internações.

Por outro lado, **a maioria dos estados apresenta taxas de óbitos muito superiores às de internações**. Destacam-se Maranhão, Pernambuco, Mato Grosso, Amazonas e Goiás, onde as discrepâncias vão de quatro a cinco vezes mais óbitos do que internações. Essa forte discrepância pode refletir também a maior gravidade da violência armada local e da mortalidade decorrente da falta de assistência hospitalar imediata.

EM 2023

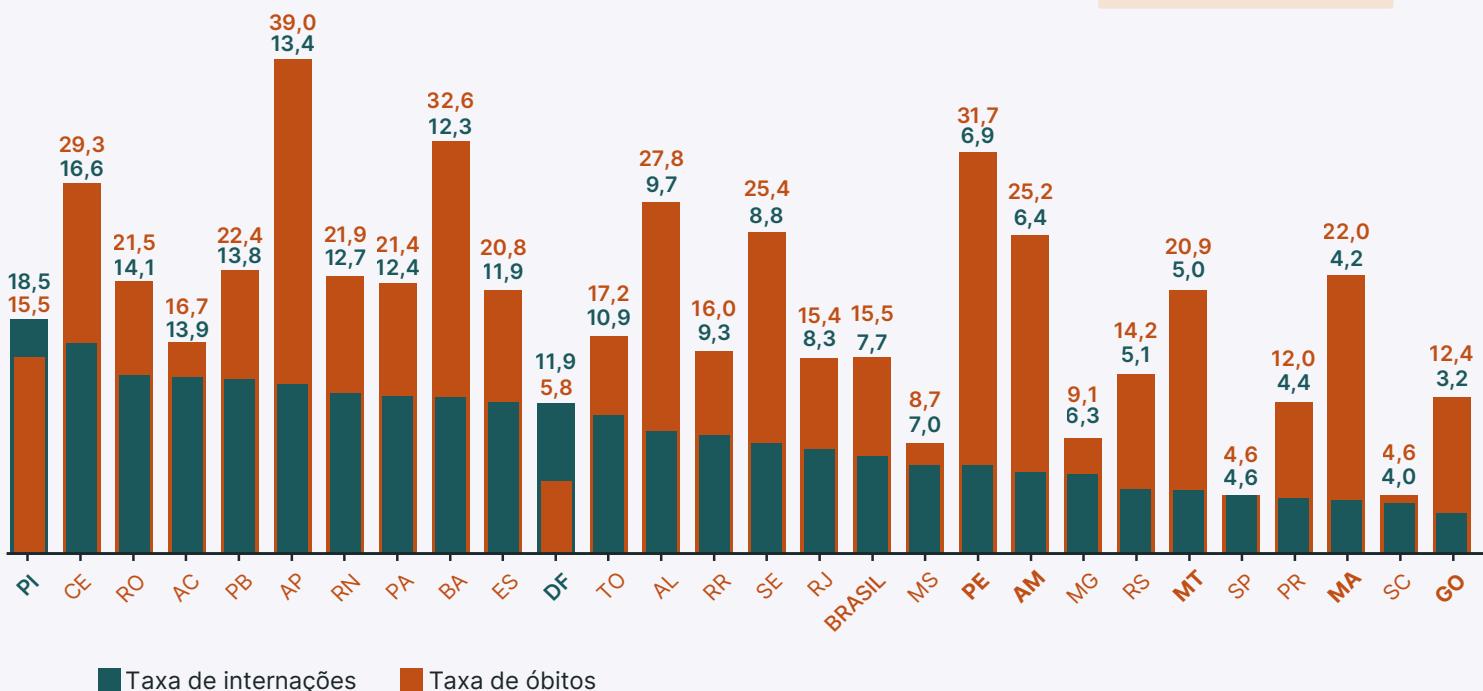
+ INTERNAÇÕES:

DF:	2,0x
PI:	1,2x

+ ÓBITOS:

MA:	5,2x
PE:	4,6x
MT:	4,2x
AM e GO:	3,9x

GRÁFICO 7 | Taxa de internações e de óbitos por arma de fogo.
Unidades da Federação, 2023 (por 100 mil hab.)



Fonte: SIH/DATASUS/PNAD/IBGE

Em 2024, ainda com dados preliminares para óbitos, há algumas alterações na relação entre internações e óbitos, mas as maiores discrepâncias se mantêm e o DF segue na situação inversa, com taxa de internações duas vezes maior do que a de óbitos.

PERFIL DAS VÍTIMAS



PAÍS
Profissionais de saúde no Rio relatam medo e episódios de violência na rede pública

Prefeitura afirma que tem aumentado os pedidos de transferência de funcionários que trabalham em áreas dominadas por facções

13/10/2025 | 17h35

O perfil das pessoas internadas para tratar lesões provocadas por arma de fogo é similar ao das vítimas de homicídios. São homens em grande maioria (89%), pessoas negras (82,3%) e jovens. Independentemente da causa da lesão por arma de fogo, prevalece a vitimização de homens, mas, comparativamente, observa-se maior peso dos acidentes entre as mulheres, visto que foram a causa de 21% das internações femininas contra 14% das masculinas, enquanto entre os homens os acidentes caem em participação diante do volume muito maior de agressões.



GRÁFICO 8

Internações por arma de fogo segundo gênero. Brasil, 2024 (%)

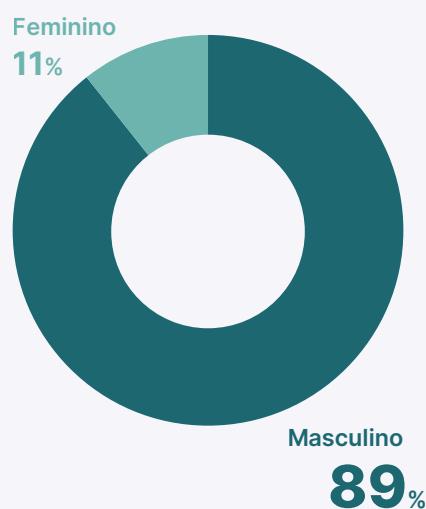
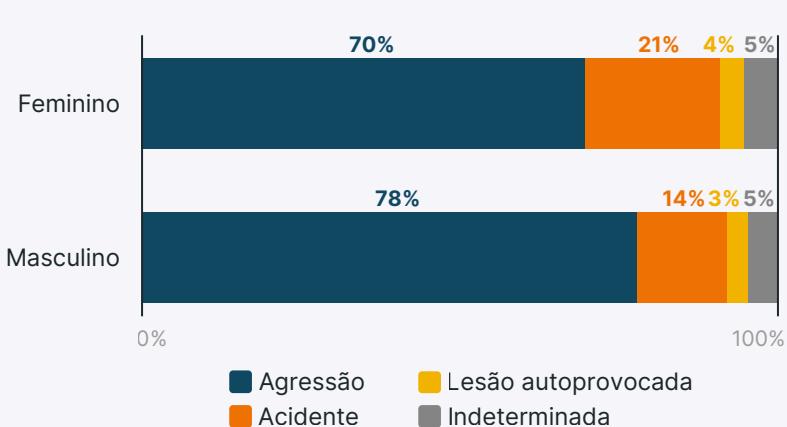


GRÁFICO 9

Internações por arma de fogo segundo a causa, por gênero. Brasil, 2024 (%)

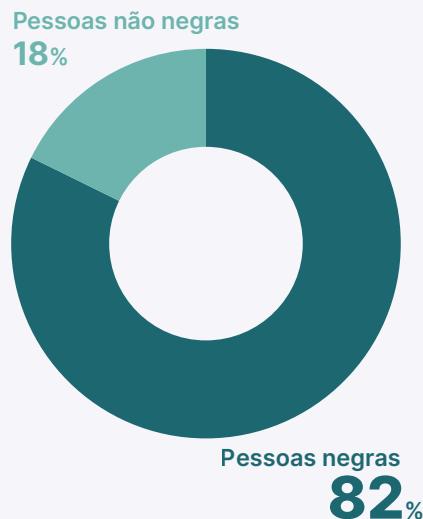


Fonte: SIH/DATASUS

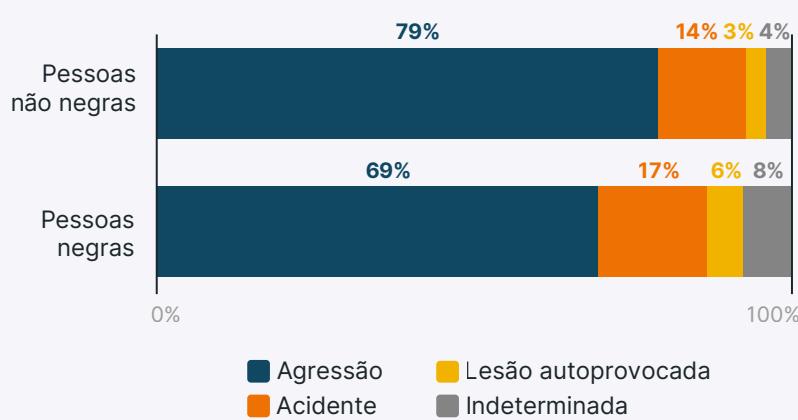
No recorte racial prevalece a vitimização de pessoas negras, com destaque para as agressões, que são a causa de 79% das internações das vítimas negras (contra 69% das não negras). Por sua vez, os acidentes têm maior peso nas internações de pessoas não negras (17,3% contra 14%), assim como as lesões autoprovocadas (6% contra 3%) em comparação às pessoas negras. Nota-se o aprimoramento das informações sobre raça nos registros, visto que a alta taxa de dado ignorado ao longo da série histórica caiu para 3,5% em 2023 e foi zerada em 2024.

GRÁFICO 10

Internações por arma de fogo segundo raça. Brasil, 2024 (%)

**GRÁFICO 11**

Internações por arma de fogo segundo a causa, por raça. Brasil, 2024 (%)



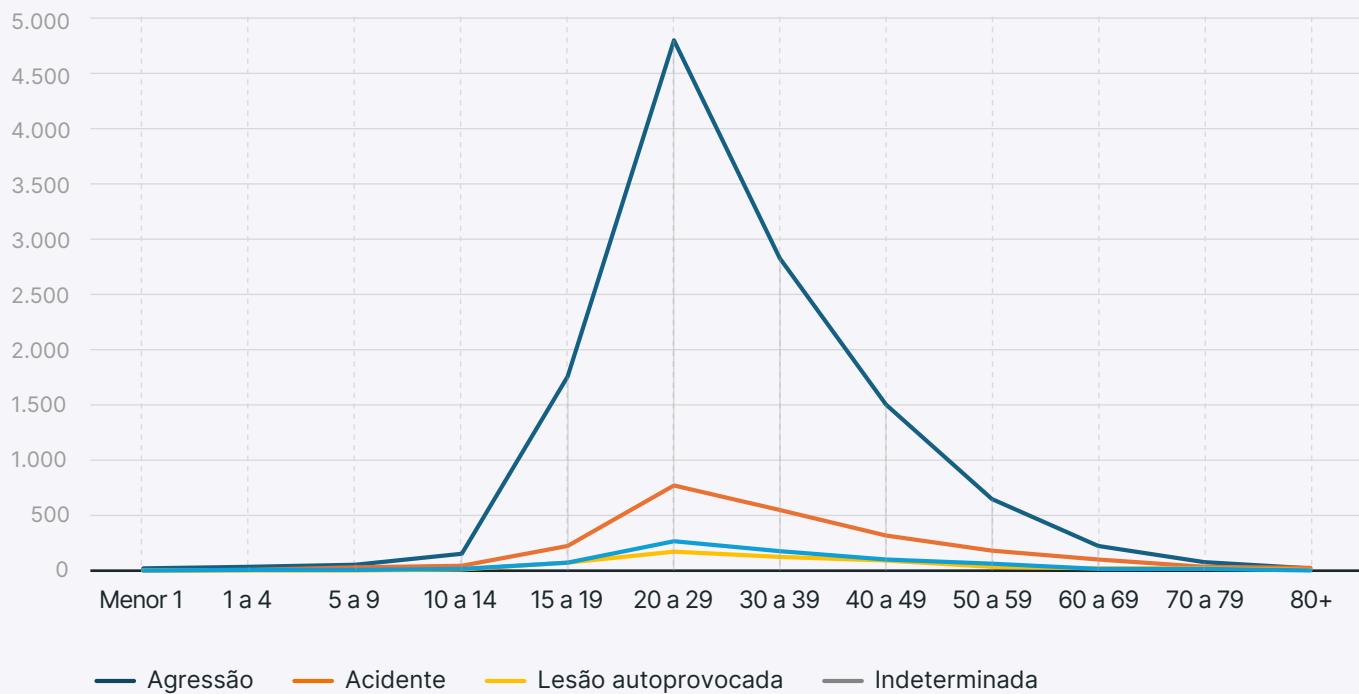
Fonte: SIH/DATASUS

O recorte por idade indica concentração no grupo de 20 a 29 anos, que responde por 38,3% das internações por lesão provocada por arma de fogo, seguido pelos adultos de 30 a 39 anos (23,4%) e adolescentes (10-19 anos), com 14,9%. É a partir da faixa de 15 a 19 anos que as internações começam a aumentar, especialmente no caso de lesões decorrentes de agressão, e chegam ao pico na faixa de 20 a 29 anos.

Já os acidentes, em termos relativos, têm maior peso na vitimização de crianças (23%) e de adultos mais velhos, chegando a responder por 29% das internações de idosos.

GRÁFICO 12

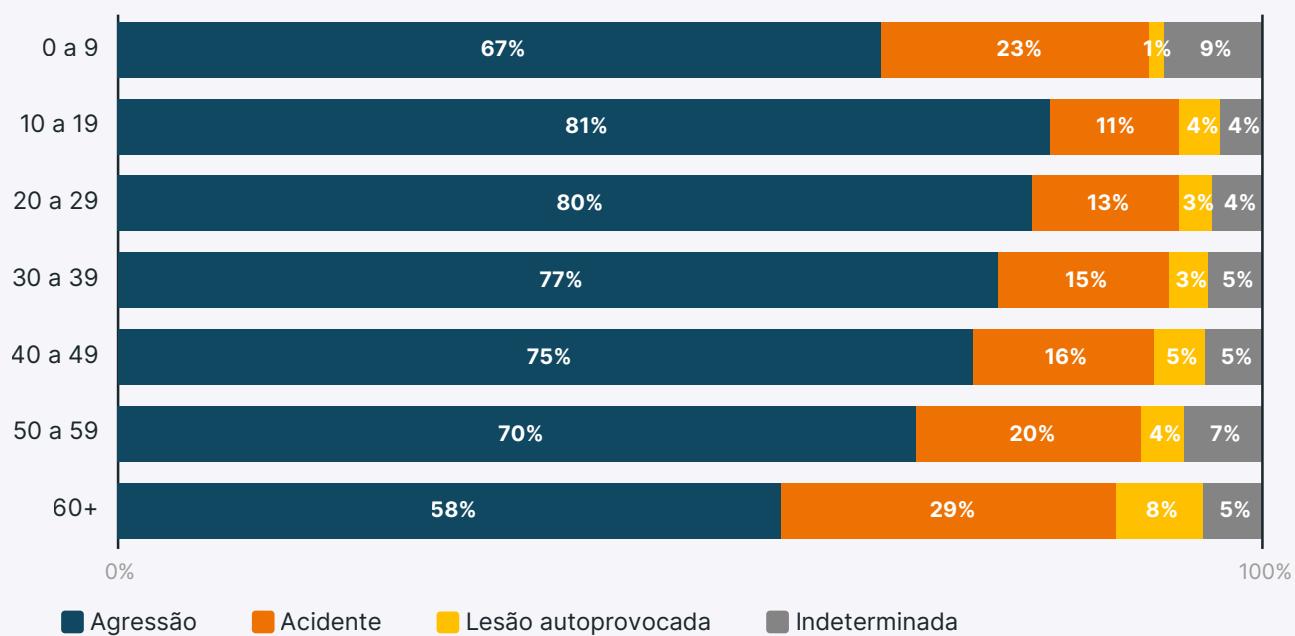
Número de internações por arma de fogo segundo a causa, por faixa etária. Brasil, 2024



Fonte: SIH/DATASUS

GRÁFICO 13

Proporção de internações por arma de fogo segundo a causa, por faixa etária. Brasil, 2024 (%)



Fonte: SIH/DATASUS

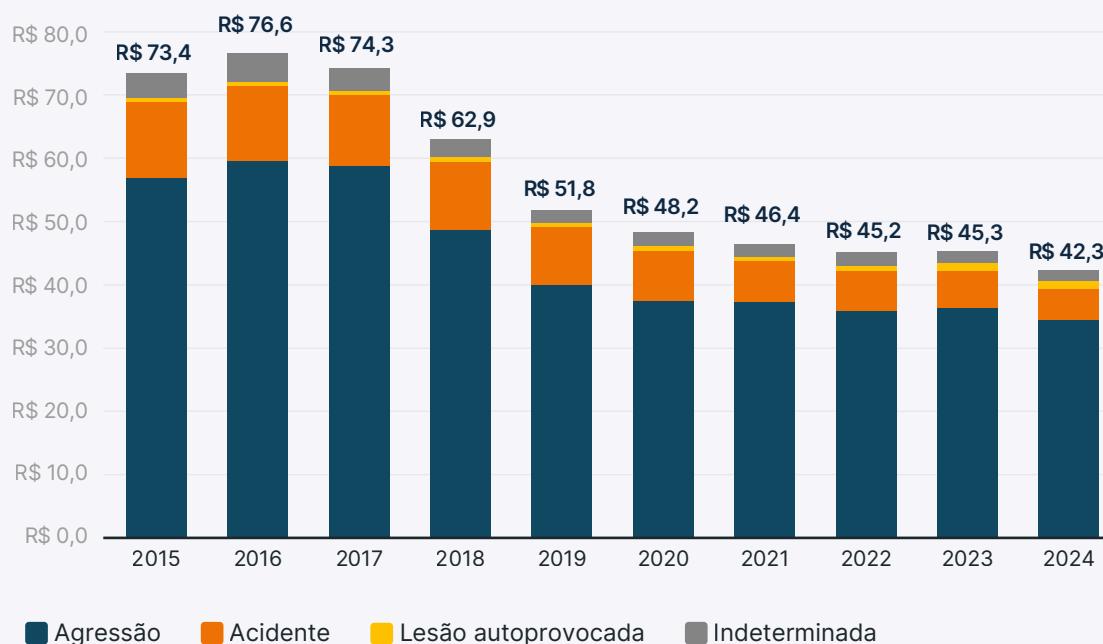
CUSTO DAS INTERNAÇÕES



Em 2024, o custo das internações para tratamento de lesões provocadas por arma de fogo foi de R\$ 42,3 milhões, maior parte dos quais (82%) destinada ao tratamento das vítimas de agressão armada (Gráfico 14). Na década, o custo anual com internações hospitalares foi em média R\$56,6 milhões, somando mais de meio bilhão de reais no período. Em valores reais, mantém-se a trajetória de queda desses custos após o pico observado entre 2015 e 2017, em linha com a redução geral dos registros de homicídio a partir de então. Se ao longo da década 2015-2024 destaca-se a redução de 42%, os anos recentes vem apresentando uma média anual de redução em torno de 3,2%.

GRÁFICO 14

Custo das internações por arma de fogo, total e segundo a causa. Brasil, 2015-2024. (Em milhões R\$)



Fonte: SIH/DATASUS

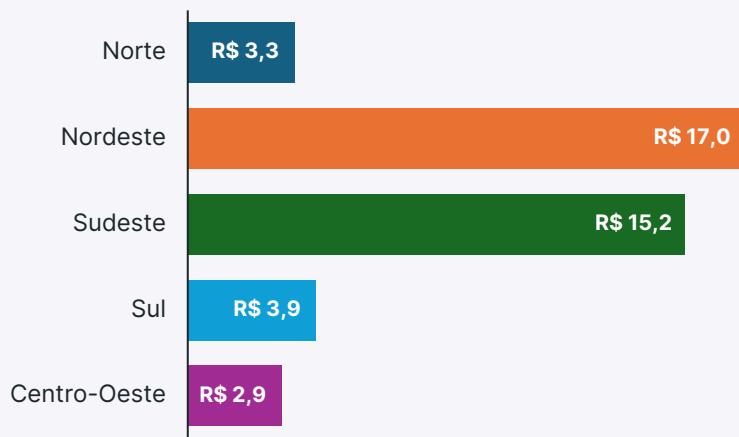
Nota: Valores reais de dezembro de 2024 (IPCA/IBGE).

A distribuição regional em 2024 indica que o Nordeste respondeu por 40% do gasto federal com internações para tratamento de lesões por arma de fogo, seguido pelo Sudeste (36%).

Em termos de custo médio de cada internação, o tratamento de lesões por arma de fogo decorrentes de uma agressão é mais caro, seguido pelos casos de lesão autoprovocada. Na comparação por gênero e raça, o gasto é mais elevado no tratamento de vítimas homens (+14%) em relação às mulheres, e de vítimas não negras (+10%) em relação às negras; estas, por sua vez, permanecem mais tempo hospitalizadas, com tempo médio de 6,8 dias de internação contra 6,0 para as vítimas não negras.

GRÁFICO 14

Custo das internações por arma de fogo, por regiões, 2024. (Em milhões R\$)



Fonte: SIH/DATASUS

Nota: A valores reais de dezembro de 2024 (IPCA/IBGE).

GRÁFICO 15

Custo médio da internação para tratamento de lesões por arma de fogo segundo a causa. Brasil, 2024. (Em milhares R\$)



Fonte: SIH/DATASUS

Nota: A valores reais de dezembro de 2024 (IPCA/IBGE).

DIMENSIONANDO OS CUSTOS



Em 2024, o SUS desembolsou mais de R\$ 42 milhões para custear internações para tratamento de lesões provocadas por arma de fogo, cobrindo tanto despesas com leitos quanto com procedimentos realizados durante a hospitalização. O valor correspondeu a um custo médio de aproximadamente R\$ 2.680 por internação. Do custo total, 82% destinaram-se ao tratamento de lesões provocadas por agressão armada, cujo custo médio da internação é ainda mais elevado (R\$ 2.831). O custo da internação por agressão armada excede em 68% o de uma internação por qualquer causa em 2024 (R\$ 1.686) e é cerca de 80% superior ao valor médio das internações decorrentes de agressão por objeto cortante/penetrante (por exemplo, armas brancas) e por força corporal (agressão física), tipos mais frequentes ao lado da arma de fogo.

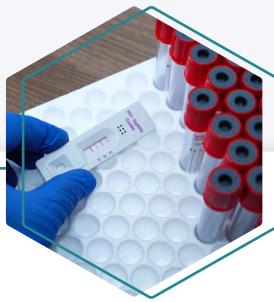
Na comparação com a despesa federal com saúde, o custo de uma internação para tratamento de lesão por arma de fogo em 2024 foi 159% maior do que o gasto federal com saúde per capita no mesmo ano (R\$ 1.033,57),⁸ sublinhando a sobrecarga que a violência armada impõe sobre os recursos públicos.

Quando se compara o montante gasto com os valores unitários de procedimentos de alta relevância na Tabela SIGTAP⁹, é possível dimensionar a magnitude desses custos e estimar quantos tratamentos poderiam ter sido financiados em outras áreas críticas da saúde pública. A seguir, quatro blocos temáticos de procedimentos exemplificam como tais recursos poderiam ser alocados caso os níveis de violência armada fossem menores.¹⁰

⁸ Despesa total com saúde (exceto inativos), sob responsabilidade da União, por habitante (despesa empenhada em 2024). Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/siops/indicadores>

⁹ Tabela de Procedimentos do SUS, disponível no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP).

¹⁰ Cada cálculo corresponde ao número de procedimentos que poderiam ter sido realizados com o total gasto em internações por violência armada em 2024, utilizando apenas os valores de referência nacionais da tabela SIGTAP para o custo unitário – indicado entre parênteses.



DOENÇAS INFETIOSAS DE GRANDE INCIDÊNCIA

42,3 milhões

testes rápidos para HIV

42,3 milhões

testes rápidos para sífilis



DIAGNÓSTICOS E ANÁLISES PREVENTIVAS

10,3 milhões

hemogramas completos

4,5 milhões

radiografias de tórax



SAÚDE MATERNO-INFANTIL

77,5 mil

partos cesáreo hospitalares

1,7 milhão

ultrassonografias obstétricas



ONCOLOGIA

74 mil sessões

quimioterapia para tratamento do câncer de mama

39,8 mil sessões

quimioterapia para tratamento do câncer de próstata

38,5 mil sessões

quimioterapia para tratamento do câncer pulmonar

A comparação evidencia como o custo da violência armada no sistema de saúde poderia equivaler, em apenas um ano, ao financiamento de dezenas de milhares de procedimentos oncológicos, milhões de exames diagnósticos para doenças infeciosas e preventivos ou centenas de milhares de procedimentos ligados à saúde materno-infantil. São exemplos que ajudam a dimensionar o peso econômico da violência armada na vida de todas as pessoas, especialmente daquelas que mais dependem do sistema público de saúde. E reforçam que cada recurso consumido pela violência é um recurso subtraído da prevenção, do cuidado e da construção de um sistema de saúde mais justo: um preço que continuamos pagando coletivamente.

DAS EVIDÊNCIAS DO SOU DA PAZ À ATUAÇÃO DA OMS NO ENFRENTAMENTO DA VIOLENCIA ARMADA

Dean Peacock ^[1]

O novo relatório do Sou da Paz reforça a urgência de enquadrar a violência armada como um desafio central de saúde pública e destaca a necessidade de uma liderança global mais forte no enfrentamento da violência armada. Pesquisa recente mostra que, nos últimos anos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) - a principal instituição global de saúde - reduziu de forma substancial sua atenção ao problema da violência armada, apesar de sua magnitude, letalidade e possibilidade de prevenção.

Uma análise multi-institucional realizada por um consórcio de centros acadêmicos e organizações da sociedade civil identifica três lacunas significativas e interligadas na atuação da OMS. **Em primeiro lugar**, uma revisão de mais de 3.200 resoluções da Assembleia Mundial da Saúde adotadas desde 1948 constata que nenhuma delas aborda explicitamente armas de fogo, ainda que a prevenção à violência tenha sido reiteradamente reconhecida como uma prioridade de saúde pública. **Em segundo lugar**, uma revisão das publicações da OMS sobre prevenção da violência documenta um declínio expressivo, ao longo das últimas duas décadas, da atenção dada à violência armada, inclusive em áreas onde as armas de fogo estão entre as principais causas de morte e lesões. **Em terceiro lugar**, uma análise das estratégias e dos relatórios emblemáticos da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) indica a ausência da violência armada nas diretrizes regionais, inclusive em documentos como A Saúde de Adolescentes e Jovens nas Américas, o Plano Estratégico da OPAS 2020–2025 e Masculinidades e Saúde dos Homens no Caribe.

Essas lacunas geram consequências cumulativas. A violência armada permanece como uma das principais causas de mortalidade prematura, particularmente entre meninos adolescentes e homens jovens, enquanto a promoção comercial de armas de fogo - especialmente por meio de plataformas digitais, jogos, filmes e redes sociais - continua em grande medida sem controle. A OMS tem demonstrado reiteradamente sua capacidade de exercer liderança frente a desafios complexos e politicamente sensíveis de saúde pública, tais como o controle do tabaco, a segurança no trânsito, o HIV, os danos relacionados ao álcool e a violência contra mulheres e crianças. A violência armada merece uma repriorização semelhante, incluindo recomendações da OMS sobre abordagens baseadas em evidências para promover prevenção e resposta, regulação do acesso e do marketing, intervenções nos sistemas de saúde e estratégias comunitárias.

O Brasil é um dos poucos países que possuem uma **estratégia nacional de saúde dos homens** e pode exercer liderança ao integrar a violência armada nesse marco, chamando atenção tanto para a exposição desproporcional dos homens ao homicídio quanto para o uso de armas de fogo por homens na violência contra mulheres. O Brasil pode fortalecer essa liderança no plano internacional ao apoiar uma resolução da Assembleia Mundial da Saúde que convoque uma renovação na atuação da OMS para tornar a violência armada uma prioridade global de saúde pública. O impulso para essa ação já está em construção por meio da Coalizão Global pela Ação da OMS sobre Armas de Fogo, que atualmente reúne mais de 60 organizações em mais de 20 países (<https://whoaction.org>).

^[1] Dean Peacock atua há mais de três décadas na prevenção da violência e em pesquisa e advocacy nas áreas de saúde e direitos humanos. É codiretor da Coalizão Global para Ação da OMS sobre Violência Armada. É comissionado da Comissão Lancet sobre Violência Armada Global e Saúde e consultor especial da Força-Tarefa Global para Reduzir pela Metade a Violência Global. Também é associado à Divisão de Ciências Sociais e Comportamentais da Escola de Saúde Pública da Universidade da Cidade do Cabo, ao Centro de Gênero do Instituto de Pós-Graduação de Genebra e ao Laboratório de Violência, Desigualdade e Poder da Universidade de San Diego. Seus escritos foram amplamente publicados em livros, periódicos acadêmicos e meios de comunicação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES



A análise expõe uma contradição gritante na política pública brasileira: ao longo da última década, o país destinou em média R\$ 56,6 milhões por ano apenas para tratar, no SUS, lesões provocadas por armas de fogo. Esses valores, que deveriam potencializar investimentos públicos em cuidado e prevenção, são consumidos para reparar danos que poderiam ter sido evitados. Essas cifras não apenas medem despesas hospitalares, mas denunciam um modelo de segurança pública incapaz de proteger vidas e de romper o ciclo de violência.

O padrão das internações permanece, com maioria de homens, jovens e pessoas negras entre os pacientes internados, o que evidencia vulnerabilidades específicas à violência armada. Em 2024, destaca-se o aprimoramento da qualidade da informação sobre raça, que contou com 100% de preenchimento e permitiu retratar fidedignamente o perfil racial dos pacientes: 82% são pessoas negras.¹¹ Estas ficam mais tempo internadas do que as não negras: após atingir mínima histórica em 2021, o diferencial médio entre os grupos raciais voltou a crescer, o que pode refletir a incorporação dos dados previamente ‘sem informação’ sobre raça na série histórica. Neste último ano, as internações de pacientes não negros caíram 5% enquanto as internações de pacientes negros subiram 2%.

O maior tempo de permanência hospitalar de pacientes negros pode ser indicativo de lesões mais graves, mas, ainda assim, os custos médios com pacientes negros seguem inferiores aos de não negros. Essa diferença pode ser um reflexo de desigualdades no acesso à infraestrutura de saúde e a procedimentos mais complexos, de maior valor de referência. Além disso, estudos sinalizam para a reprodução

11 Resultado de processos de qualificação das informações em todos os níveis de atenção à saúde, a exemplo do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde, que estimula o aumento das notificações e o correto preenchimento de campos como raça/cor (Avanci, JQ et al. Ações de vigilância das violências em serviços da atenção primária, hospitalar e de reabilitação no Brasil. Ciência e saúde coletiva 30(03), 2025).

da discriminação racial no atendimento à saúde, a exemplo dos homens negros vitimados por violência armada nos Estados Unidos e do atendimento hospitalar a mulheres negras no Brasil.¹²

A agressão é a principal causa dos ferimentos por arma de fogo que levaram à internação de homens e mulheres, mas têm maior peso entre os homens e as pessoas negras, em comparação às mulheres e às pessoas não negras.

Do ponto de vista da política pública, precisamos de diversas respostas macroestruturais para reverter o quadro observado nos contextos em que a violência armada faz parte da vida cotidiana. Na saúde, para além dos gastos hospitalares, esse impacto é evidenciado no fechamento intermitente de postos de saúde em razão de tiroteios e na alta rotatividade de servidores. De modo não tão visível, ela atinge diretamente o trabalho dos profissionais da atenção primária que, por viver e atuar nos territórios, têm suas rotinas alteradas, perdem vínculos com os pacientes e, por vezes, não cumprem a notificação obrigatória de violências observadas, conforme determina a vigilância em saúde, devido ao medo de sofrer retaliações. A falta de aprofundamento sobre as consequências dessa violência dificulta identificar seus danos e impactos no funcionamento de serviços territoriais e no uso de estratégias de enfrentamento, proteção e cuidado.¹³

Nesse cenário, destaca-se o **programa Acesso Mais Seguro (AMS)**, desenvolvido pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) em conjunto com a gestão pública em sete municípios brasileiros. Trata-se de uma metodologia de fortalecimento das capacidades das instituições em matéria de análise de contextos de violência armada, gestão de riscos, de crise e de estresse, com objetivo de mitigar as consequências da violência armada para profissionais e usuários de serviços essenciais, como os de saúde e educação. O programa prevê a notificação diária de riscos e a avaliação que pode determinar a suspensão das atividades e fechamento das unidades de saúde, quando se alcança a escala mais grave de risco. Por meio de ferramenta que permite o monitoramento da situação, de protocolos e de capacitações, o programa promove comportamentos visando fortalecer a resiliência dos profissionais e reduzir as consequências da violência sobre a oferta e o acesso aos serviços.¹⁴

12 Code Blue: How Police and Healthcare Providers Disrupt Healing for violently injured Black men. University San Diego, 2024. Santos, GM. Violência institucional: desigualdades raciais no atendimento hospitalar a mulheres negras: revisão de literatura. Ciências da Saúde, Volume 29 - Edição 140/nov/ 2024 / 15/11/2024.

13 Sampaio, JFS et al. Violência armada e repercussões no cotidiano de trabalho de profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 33, 2023; Ribeiro, FML et al. Violência armada em Manguinhos/RJ, Brasil: saúde e cotidiano de trabalhadoras(es) de saúde e educação. Ciência e Saúde Coletiva, 29, 2024; Ribeiro, FML et al. Violência Armada e Saúde na América Latina: revisão de literatura. Revista CS. Estudos Sociais sobre a América Latina, 40, 2023.

14 Acesso Mais Seguro para Serviços Públicos Essenciais. Comitê Internacional da Cruz Vermelha, Brasília-DF, 2023. O programa foi implementado em Porto Alegre (RS), Florianópolis (SC), Duque de Caxias (RJ), Rio de Janeiro (RJ), São Paulo (SP), Vila Velha (ES) e Fortaleza (CE).

Uma avaliação do AMS indica resultados positivos em termos da aplicação de protocolos e adoção de comportamentos protetivos em situações de risco e crise em contextos muito vulneráveis e violentos. Observou-se uma correlação positiva e significativa entre o aumento de unidades treinadas na metodologia e a redução da suspensão do atendimento no período de 2016 a 2020. Por outro lado, não houve efeitos significativos em termos de aumentar a capacidade de apoio à saúde mental e de acolhimento psicossocial após momentos de estresse e crise.¹⁵ Estudo sobre o AMS implementado em Porto Alegre também indica resultados positivos na administração das situações de risco em razão do acúmulo de conhecimento sobre as manifestações de violência no território e da construção de parceria com a comunidade.¹⁶

O AMS parece ser o único programa vigente focado nos impactos da violência armada na saúde e baseado nos territórios vulneráveis aos confrontos entre grupos criminosos e decorrentes de ações policiais. Visando a mitigação de riscos e o funcionamento seguro de serviços públicos essenciais, os benefícios gerados são relevantes, mas não suficientes para reverter um quadro de escala nacional que demanda ações do Estado na promoção de políticas efetivas de controle da violência armada.

Numerosos estudos traçam um profundo diagnóstico sobre o impacto da violência armada na saúde e as estratégias individuais e coletivas que os profissionais adotam para lidar com a situação. Muitos deles estão centrados na realidade do Rio de Janeiro, onde historicamente vastos e populoso territórios sofrem a violência dos confrontos armados entre grupos criminosos e provocados por intervenções policiais com uso de armamentos de uso militar.¹⁷ Mas o problema se manifesta em todas as regiões do país para onde se expandiram dinâmicas criminais baseadas no poder da arma de fogo e mesmo onde os riscos de tiroteios não são tão explícitos, como em São Paulo.¹⁸

Há vinte anos, estudo pioneiro baseado nos dados da saúde apresentou um amplo panorama sobre o impacto das armas de fogo na mortalidade brasileira e sinalizou para a necessidade de avançar na promoção de políticas públicas preventivas que visassem a redução da disponibilidade e da demanda por armas de fogo no país, entre outras medidas de caráter integrado e multisectorial.¹⁹

15 Acesso Mais Seguro para Serviços Públicos Essenciais: um resumo da avaliação de resultados da metodologia AMS. CICV e Plan Eval, 2022. A avaliação contemplou os programas de Duque de Caxias (RJ), Rio de Janeiro (RJ), Porto Alegre (RS) e Fortaleza (CE).

16 Sofiatti, V. et al. Violência armada no contexto de trabalho da Atenção Primária à Saúde: o Programa Acesso Mais Seguro. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 2, 2024.

17 Saúde na linha de tiro: impactos da guerra às drogas no acesso aos serviços de saúde no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Cesec, 2023.

18 Almeida, JF. et al. O território e as implicações da violência urbana no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde em uma unidade básica. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.28, n.1, p.207-221, 2019.

19 Peres, MFT. Violência por Armas de Fogo no Brasil - Relatório Nacional. São Paulo, Brasil: Núcleo de Estudos da Violência, Universidade de São Paulo, 2004.

A violência armada se sobrepõe a desigualdades estruturais da sociedade brasileira. Nesse contexto, é fundamental considerar o acesso a armas de fogo como um fator que afeta a saúde pública. É preciso, portanto, aumentar a capacidade de controle de armas, legais e ilegais, enfrentando o tráfico de armas e mantendo normas de acesso legal que sejam responsáveis e coerentes com a nossa realidade brasileira. Frente ao aumento de armas de fogo em circulação no país, após o afrouxamento excessivo das normas de acesso vigentes durante o governo Bolsonaro entre 2019 e 2022, é preciso destacar a 130^a (pior) posição que o Brasil ocupa no ranking de 161 países do Índice Global de Paz 2025 (GPI). No grupo de países com baixo GPI, o país apresenta o pior grau justamente na dimensão que mede segurança interna, a qual considera o nível de acesso a armas na sociedade, entre outros indicadores de violência.²⁰

As áreas da saúde e da segurança precisam atuar de modo articulado na promoção de políticas públicas de prevenção e enfrentamento à violência armada: fortalecendo a produção de informações que permitam diagnosticar melhor esse quadro também na atenção primária e no atendimento ambulatorial e de reabilitação, além do hospitalar; ampliando as capacidades e a oferta de proteção e cuidado aos profissionais que atuam em áreas críticas; e engajando sociedade e instituições na defesa do controle responsável do comércio de armas e munições e do enfrentamento ativo e eficaz do tráfico de armas e munições. Sem isso, o país seguirá pagando uma conta alta, recorrente e socialmente injusta.

20 Institute for Economics & Peace. Global Peace Index 2025: Identifying and Measuring the Factors that Drive Peace, Sydney, June 2025.

