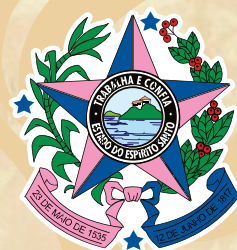


Boletim Epidemiológico

Uma análise da situação de Saúde

**Segundo perfil da mortalidade geral,
causas externas, mulheres em
idade fértil e notificação de violências
interpessoal/autoprovoçadas.**



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GEVS – GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
NEVE – NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
DANTPS – DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS
E PROMOÇÃO DE SAÚDE

Saúde Espírito Santo, 2018 - Uma
análise da situação de saúde, segundo
perfil da mortalidade geral, causas
externas, em mulheres em idade fértil
e notificação de violências
interpessoal/autoprovocadas.

Vitória – ES
2019

Elaboração:

GOVERNO DO ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SESA - Secretaria de Estado da Saúde
SSAROAS - Subsecretaria de Estado da Saúde
para Assuntos de Regulação e Organização da
Atenção à Saúde
GEVS – Gerência de Vigilância em Saúde
NEVE – Núcleo de Vigilância Epidemiológica
DANTS – Doenças e Agravos não Transmissíveis
Vigilância Epidemiológica de Causas Ex-
ternas/Acidentes e Violência: Av. Marechal
Mascarenhas de Moraes, 2025, Bento Ferreira
– CEP: 29050-625 Vitória/ES
e-mail: causasexternas@saude.es.gov.br
tel.: 27-36368212

Editores-Gerais

Edleusa Gomes Ferreira Cupertino
Jeane Soares de Aguiar

Editores:

Albertina Maria Salomão Rocha
Agnes Lopes Lima
Edleusa Gomes Ferreira Cupertino
Jeane Soares de Aguiar
Márcio Nunes Rodrigues
Zaine Silva Souza Alves

Equipe Editorial:

Revisão:

Edleusa Gomes Ferreira Cupertino
Jeane Soares de Aguiar
Ronise Valéria Guarnier

Capa:

Guilherme Campelo

Arte final gráficos, figuras:

Jeane Soares de Aguiar

Supervisão de Produção Editorial

Larissa Dell' Antonio Pereira

Impressão: Aquarius Gráfica Ltda.

(27) 3223-5222

Ficha Catalográfica

Espírito Santo, Secretaria de Estado da Saúde, Gerência de Vigilância em Saúde, Núcleo de Vigilância Epidemiológica, Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Vigilância Epidemiológica de Causas Externas/Acidentes e Violência, Saúde Espírito Santo, 2018: uma análise da situação de saúde, segundo perfil da mortalidade geral, causas externas, em mulheres em idade fértil e notificação de violências interpessoal/autoprovocadas, Vitória – Governo do Estado do Espírito Santo - 2019

Sumário

Apresentação	5
Introdução	7
Evolução da Mortalidade no Estado do Espírito Santo, 1998 a 2018.	9
Resultados	10
Conclusão	13
Referências	14
Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil no Estado do Espírito Santo, 2012 a 2018.	15
Resultados	15
Conclusão	20
Referências	21
Mortalidade por Causas Externas no Espírito Santo, 2008 a 2018.	22
Resultados	22
Homicídio	29
Acidentes de Transporte	31
Suicídio	32
Quedas	36
Internações	37
Discussão	38
Referências:	41
Situação epidemiológica das notificações de violência no Estado do Espírito Santo, 2018.	42
Resultados	43
Discussão	48
Referências:	50

APRESENTAÇÃO

O Governo do Estado do Espírito Santo, por meio da Secretaria de Estado da Saúde apresenta o Boletim Epidemiológico: Saúde Espírito Santo: 2018, uma análise da situação de saúde, segundo perfil da mortalidade geral, das causas externas, em mulheres em idade fértil e notificação de violências interpessoal/autoprovocadas nas regiões de saúde estadual. Publicação elaborada, organizada e produzida pela equipe de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Promoção da Saúde e Causas Externas do Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica (NEVE), da Gerencia de Vigilância em Saúde (GEVS) da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo e tem como objetivo descrever a magnitude e as tendências de indicadores relativos aos fatores de risco e de proteção de mortalidade geral e específica por grupos de causas externas e em mulheres em idade fértil na população espírito-santense, entre outros, cumprindo o compromisso em produzir e disseminar análises de situação de saúde.

Espera-se que as análises de tendências e de séries temporais, possam contribuir para a projeção de intervenção de modo a inferir nos cenários futuros, discutindo-o em centros de pesquisas e formação acadêmica, consultores, gestores e técnicos das várias áreas onde se fizer possível e/ou necessário.

A disseminação das informações internamente contribui para a tomada de consciência da necessária intervenção do setor saúde quanto ao processo saúde/adoecimento/morte. O exercício da produção científica colabora, também, para o aprimoramento institucional, bem como, fortalece o papel da vigilância epidemiológica quanto à capacidade analítica dos profissionais participantes deste processo coletivo. E ainda, na informação e discussão junto a sociedade sobre a importância da saúde no enfrentamento da violência, para além da área curativa, própria do setor saúde.

Os resultados apresentados ao longo dos capítulos trazem importantes informações para a gestão da saúde e até da gestão governamental, no sentido de orientar as prioridades e as ações na busca da redução da mortalidade por causas evitáveis e, assim, facilitar o alcance das metas estaduais na direção das metas nacionais, visando cumprir as internacionais.

Editores Gerais

Edleusa Gomes Ferreira Cupertino

Jeane Soares de Aguiar

INTRODUÇÃO

A presente publicação é a terceira da trilogia que começou em 2018 com a publicação do Boletim Epidemiológico de DANT's, o Boletim Epidemiológico: A saúde das crianças menores de 10 anos, em 2019, que alicerçados no aprimoramento da prática da análise de saúde no estado, ao tempo em que também se amplia o conhecimento sobre a saúde da população capixaba, apura a magnitude e as tendências históricas, tanto dos riscos de adoecer e morrer quanto das desigualdades regionais em saúde, levando-se em conta, entre outros, variáveis como sexo e idade, a partir da mortalidade e da notificação de violência. Toda a análise foi realizada, ancorada no caráter multidisciplinar e intersetorial, sobretudo a partir de marcos legais do Ministério da Saúde que impactam, como a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências e Promoção da Saúde voltada para o enfrentamento da violência no trânsito, homicídio (agressão), suicídio, estupro e outras violências.

Para além da explanação dos dados, existe a dinâmica cada vez mais intensa de capacitação em serviço de forma que o profissional da vigilância busque o melhor de si na produção literária, o exercício de análise e da qualificação da informação, a partir da coleta dos dados.

Todos os textos foram construídos a partir de dados secundários extraídos dos bancos do Ministério de Saúde, seja no SIM – Sistema de Informação de Mortalidade ou no SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação, com complementação de dados fornecidos pela RODOSOL, concessionária que administra a Terceira Ponte: Ponte Deputado Darcy Castello de Mendonça.

No texto inicial foi feita uma análise da série histórica da mortalidade ocorrida no Espírito Santo por duas décadas, iniciada em 1998 até 2018 com o propósito de demonstrar a evolução da mortalidade no período de estudo.

Em seguida foi feita uma análise da mortalidade na população feminina em idade fértil, considerando as regiões de saúde e condições em que elas ocorrem no Estado do Espírito Santo.

Dando sequência aos trabalhos, foi analisada a mortalidade por grupo específico de causas externas, na década de 2008 a 2018, a partir de três anos que dividem a década em períodos de cinco anos: 2008, 2013 e 2018, buscando demonstrar o impacto dos acidentes e violência na mortalidade da população capixaba na década de estudo, detalhando por tipo de agravos de maior impacto tais como: as agressões ou homicídios, os acidentes de transportes, suicídios e quedas.

As informações relacionadas a notificações de violências foram extraídas do banco do SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação para o ano de 2018 e analisadas posteriormente.

Para entender melhor as análises, é importante lembrar que diferentemente de outros seguimentos institucionais, a saúde divide o Espírito Santo em quatro regiões. (Figura 01)

Figura 1: Plano Diretor de Regionalização da saúde. Espírito Santo, 2011.



NORTE: Água Doce do Norte, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Conceição da Barra, Ecoporanga, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Nova Venécia, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo, São Mateus e Vila Pavão. Central: Águia Branca, Alto Rio Novo, Aracruz, Baixo Guandu, Colatina, Governador Lindenberg, Ibatiba, Itapemirim, Itarana, Itirama, Itupema, Laranja da Terra, Mantena, Marilândia, Pancas, Rio Bananal, São Gabriel da Palha, São Roque do Canaã, Sooretama e Vila Valério.

Metropolitana: Afonso Cláudio, Brejetuba, Cariacica, Conceição de Castelo, Domingos Martins, Fundão, Guarapari, Ibatiba, Itaguaçu, Itarana, Laranja da Terra, Marechal Floriano, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa, Serra, Venda Nova do Imigrante, Viana, Vila Velha e Vitória.

Sul: Alegre, Alfredo Chaves, Anchieta, Apiacá, Atilio Vivacqua, Bom Jesus do Norte, Cachoeiro do Itapemirim, Castelo, Divino de São Lourenço, Dorcas, Itapemirim, Itirama, Itupema, Laranja da Terra, Mantena, Marilândia, Pancas, Rio Bananal, São Gabriel da Palha, São Roque do Canaã, Sooretama e Vila Valério.

Cada texto traz sua própria discussão e referências bibliográficas, denotando independência entre os textos e autores, embora ocorra interdependência entre os mesmos.

Evolução da Mortalidade no Estado do Espírito Santo, 1998 a 2018.

Efa. Jeane Soares de Aguiar

Referência técnica da Vigilância em DANTs

A análise da evolução da mortalidade permite acompanhar as mudanças no perfil epidemiológico de uma população por meio dos aspectos da sua estrutura, dos níveis e da sua tendência. As transformações no estilo de vida da população, mudança de hábitos e comportamento associados às desigualdades sociais predispõem a exposição aos fatores de risco tais como: sedentarismo, obesidade, tabagismo, uso abusivo de álcool e outras drogas contribuindo para a ocorrência de óbitos na sociedade.

Nas últimas décadas, a mortalidade no Estado do Espírito Santo apresentou alterações importantes, considerando o perfil etário e na distribuição dos grupos causais.

Em 1998, a principal causa de morte era decorrente de doenças do aparelho circulatório, o que permaneceu em 2018. Dentre os dez principais grupos de causas, foram observadas algumas mudanças significativas no ranking entre 1998 e 2018. Outra mudança importante foi o aumento das mortes por doenças do aparelho respiratório e a redução das infecciosas e parasitárias. Em 1998, as causas mal definidas apareciam como a segunda causa de morte. Com a implantação do Sistema de Verificação de Óbitos (SVO), melhorou o sistema de investigação, diminuindo consideravelmente os óbitos por causas mal definidas (Quadro 01).

Quadro 01: Ranking das principais causas de mortes ocorridas no Estado do Espírito Santo nos períodos de 1998 e 2018.

Ranking	1998	Capítulo CID-10	Ranking	2018	Capítulo CID-10
1º	IX.	Doenças do aparelho circulatório	1º	IX.	Doenças do aparelho circulatório
2º	XVIII	Causas mal definidas	2º	II.	Neoplasias
3º	XX.	Causas externas	3º	XX.	Causas externas
4º	II.	Neoplasias	4º	X.	Doenças do aparelho respiratório
5º	X.	Doenças do aparelho respiratório	5º	IV.	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
6º	IV.	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	6º	XI.	Doenças do aparelho digestivo
7º	XVI.	Algumas afec originadas no período perinatal	7º	VI.	Doenças do sistema nervoso
8º	I.	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8º	XVI.	Algumas afec originadas no período perinatal
9º	XI.	Doenças do aparelho digestivo	9º	XIV.	Doenças do aparelho geniturinário
10º	XIV.	Doenças do aparelho geniturinário	10º	I.	Algumas doenças infecciosas e parasitárias

Fonte: DATASUS / SIM

A mortalidade geral no Estado do Espírito Santo apresentou uma redução de 10% entre os habitantes no período de 1998 e 2018, passando de 6,1 para 6,0 por mil habitantes. Há que se considerar que além da redução do número de óbitos, ocorreram mudanças entre as regiões que serão descritas ao longo do texto.

Foram considerados para o estudo, os dados de óbitos ocorridos nos períodos de 1998, 2003, 2008, 2013 e 2018 no Estado do Espírito Santo e regiões de saúde, considerando as faixas etárias, sexo e as principais causas de mortalidade classificadas segundo o CID-10.

Os dados de mortalidade utilizados neste trabalho são provenientes do sistema de informação de mortalidade (SIM), Tabnet/ES. Os dados populacionais são provenientes do IBGE, disponibilizados na página do Datasus.

Realizados cálculos da mortalidade proporcional e de taxas específicas, com resultados relevantes apresentados na forma de quadro, gráfico e tabelas.

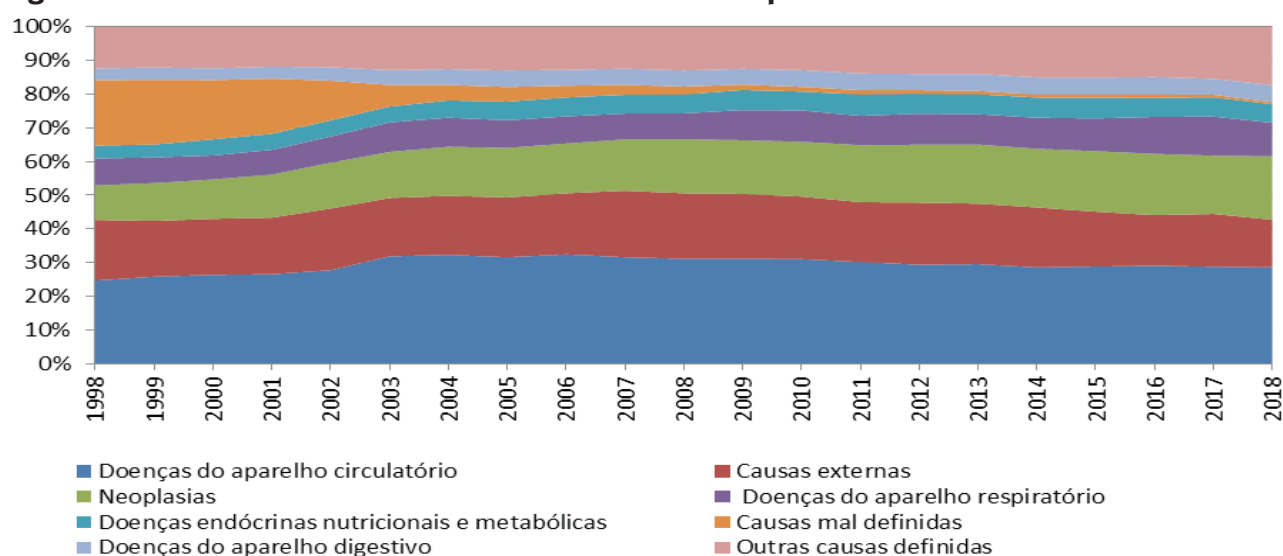
A mortalidade proporcional é a distribuição percentual de óbitos por grupos de causas na população residente em determinada região no ano considerado, calculada segundo idade e sexo.

A taxa de mortalidade por causas específicas foi calculada segundo população total, considerando o ano de ocorrência dos óbitos, multiplicada por 100 mil habitantes.

Resultados

Dentre os grandes grupos de causas, os que se destacaram nos anos 1998, permaneceram ao longo dos últimos vinte anos. A análise da mortalidade proporcional demonstra que as doenças e agravos não transmissíveis (DANTs) estão entre as primeiras causas de morte. No decorrer desses períodos, as doenças do aparelho circulatório aparecem como as maiores causas de mortalidade proporcional entre as demais, apresentando uma estabilização na curva de tendência. A mortalidade por causas externas aparece na segunda posição no período de 2001, quando a partir de 2015, as neoplasias ultrapassaram-nas, ficando na segunda posição. As doenças do aparelho respiratório aparecem na quarta posição. Em 2018, as doenças endócrinas e metabólicas e as do aparelho digestivo aparecem em quinto e sexto lugares, respectivamente. Em 2003, observa-se a queda do componente das causas mal definidas em decorrência da criação do Sistema de Verificação de Óbitos (SVO) no ES e a melhora das investigações dos óbitos, que anteriormente eram subnotificados ou registrados como causa mal definida. Consideram-se as outras causas definidas, o somatório das demais doenças descritas no CID-10 (Figura 01).

Figura 01: Percentual de óbitos ocorridos no Estado do Espírito Santo - 1998 a 2018.



Fonte: DATASUS / SIM

O percentual de óbitos entre a população masculina e feminina apresenta-se com pequenas variações no Estado do Espírito Santo e em todas as Regiões de Saúde. Com relação ao gênero, percebe-se que a mortalidade é maior na população masculina, nos períodos avaliados (Tabela 01).

Tabela 01: Total de óbitos e percentual de óbitos ocorridos entre a população masculina e feminina, segundo Regiões de Saúde, nos períodos 1998, 2003, 2008, 2013 e 2018 – ES.

Ano	Sexo / Região de Saúde	Norte	Central	Metropolitana	Sul	Estado ES
1998	Masc	58,6	60,0	61,7	59,5	60,8
	Fem	40,9	39,8	38,1	40,2	38,9
	Total	1724	2482	9394	3423	17588
2003	Masc	62,1	59,6	61,2	58,1	60,4
	Fem	37,9	40,4	38,7	41,8	39,5
	Total	1968	2829	9974	3626	18404
2008	Masc	59,9	62,0	60,2	58,9	60,2
	Fem	40,1	38,0	39,8	41,0	39,7
	Total	2303	3239	11055	3816	20447
2013	Masc	61,8	59,5	58,7	58,0	59,0
	Fem	38,2	40,5	41,3	41,9	40,9
	Total	2412	3399	11594	4214	21651
2018	Masc	57,9	57,8	56,4	56,2	56,8
	Fem	42,1	42,1	43,5	43,7	43,2
	Total	2508	3729	12505	4581	23329

Fonte: DATASUS / SIM

A análise da mortalidade por todas as doenças segundo faixa etária mostra que proporcionalmente, houve redução do número de óbitos na faixa etária < 1 ano no decorrer dos períodos avaliados. No entanto, os maiores números de casos estão na população com idade entre 25 anos e, principalmente na população com 65 anos. A que se preocupar, uma vez ser essa população economicamente ativa. Considerando os períodos estudados e o total de óbitos ocorridos por regiões, observa-se que para cada região e estado houve aumento progressivo no número de casos entre os períodos 1998 e 2018 (Tabela 02).

Tabela 02: Proporção de óbitos ocorridos nas Regiões de Saúde, segundo faixa etária, nos períodos, Espírito Santo, 1998, 2003, 2008, 2013 e 2018.

Ano	Região de Saúde / Faixa Etária	Nº óbitos	< 1 ano	1 a 4 anos	5 a 14 anos	15 a 24 anos	25 a 44 anos	45 a 64 anos	≥ 65 anos
1998	Norte	1724	8,5	2,0	2,0	4,8	14,8	22,6	45,1
	Central	2482	5,6	1,9	1,7	5,1	16,4	22,6	46,7
	Metropolitana	9394	5,9	1,0	1,4	8,5	20,2	23,2	39,6
	Sul	3423	6,1	1,2	1,1	4,0	12,6	22,7	52,1
	Estado ES	17588	6,7	1,2	1,5	6,7	17,5	22,7	43,3
2003	Norte	1968	6,5	1,3	3,0	5,2	15,3	21,8	48,0
	Central	2829	4,7	0,9	2,6	5,3	13,0	23,2	51,1
	Metropolitana	9974	4,1	0,8	1,9	8,0	17,3	24,1	44,6
	Sul	3626	5,7	0,8	1,8	3,4	10,0	22,4	56,4
	Estado ES	18404	4,7	0,9	2,1	6,4	15,0	23,4	48,3
2008	Norte	2303	4,0	0,7	1,7	6,2	16,0	23,7	48,5
	Central	3239	3,8	0,6	1,5	5,4	14,7	23,8	50,8
	Metropolitana	11055	3,5	0,6	1,5	7,7	15,7	25,3	46,0
	Sul	3816	4,0	0,6	1,4	3,7	11,7	24,4	54,8
	Estado ES	20447	3,7	0,6	1,5	6,4	14,8	24,7	48,6
2013	Norte	2412	3,2	0,5	1,7	5,5	15,1	24,3	50,1
	Central	3399	2,2	0,4	1,3	5,4	12,1	25,9	53,2
	Metropolitana	11594	3,0	0,5	1,4	6,8	12,5	25,1	51,1
	Sul	4214	2,4	0,5	1,2	3,0	9,8	25,2	58,5
	Estado ES	21651	2,8	0,5	1,4	5,7	12,2	25,1	52,8
2018	Norte	2508	2,6	0,5	1,4	4,5	11,4	23,6	56,5
	Central	3729	2,7	0,3	1,3	3,9	9,5	24,8	57,7
	Metropolitana	12505	2,7	0,5	1,1	4,1	9,8	25,4	56,9
	Sul	4581	2,2	0,3	1,1	2,5	8,4	24,0	61,8
	Estado ES	23329	2,6	0,4	1,2	3,8	9,6	24,8	58,0

Fonte: DATASUS / SIM

O quadro ao lado retrata o detalhamento das cinco primeiras causas de mortes segundo regiões de saúde ao longo dos períodos estudados. Retrata os diferentes momentos na evolução epidemiológica no Estado do Espírito Santo.

A análise da taxa de mortalidade dos óbitos nas Regiões e Estado por 100 mil habitantes, mostra que nos anos 1998 e 2003, a mortalidade por causas mal definidas aparecem entre as cinco primeiras causas. No ano de 1998, mostra que, dentre as cinco primeiras causas de óbitos ocorridas, a mortalidade por causas mal definidas estava em primeiro lugar na Região Norte e na Região Central, com 157,89 óbitos/100 mil habitantes e 147,70 óbitos/100 mil habitantes respectivamente. Na Região Sul e Estado aparece na segunda posição e na Região Metropolitana na terceira posição.

Na maioria dos períodos, as doenças do aparelho circulatório se configuram como as primeiras causas de mortalidade na população. Do período 2003 a 2013, as causas externas se configuram como a segunda causa de mortes nas Regiões Norte, Central, Metropolitana e Estado exceto, a Região Sul, onde estão como a terceira causa de mortes. No ano 2018, a mortalidade por neoplasias aparece como a segunda causa de mortalidade em todas as regiões do estado. Os dados mostram que as neoplasias ocupam a segunda posição no ranking, a partir do ano 2015.

A análise aponta que as maiores taxas de mortalidade são às doenças do aparelho circulatório em todas as regiões de saúde e os períodos avaliados, especificamente a Região Sul, que apresentou altas taxas em todos os períodos, sendo que em 2008, apresentou uma taxa de 212,68 óbitos/100 mil habitantes. Observa-se também o aumento progressivo das taxas de mortalidade por neoplasias no decorrer dos anos, demonstrada no ano 2018 em todas as regiões (Tabela 04).

Tabela 04: Taxa de mortalidade por 100 mil habitantes segundo as cinco primeiras causas, ocorridos nas regiões de saúde do Estado do Espírito Santo, nos períodos 1998, 2003, 2008, 2013 e 2018.

Ano	Causas Capítulo CID-10	Norte	Central	Metropolitana	Sul	Estado ES
1998	Doenças do aparelho circulatório	106,03	127,09	151,37	175,99	149,82
	Causas mal definidas	157,89	147,70	91,77	120,78	117,87
	Causas externas	70,50	80,97	131,85	73,73	109,55
	Neoplasias	39,03	41,65	70,89	63,54	62,20
	Doenças do aparelho respiratório	38,74	41,87	41,77	75,21	48,66
2003	Doenças do aparelho circulatório	171,59	177,98	172,66	210,04	180,39
	Causas externas	84,95	84,19	116,12	64,82	98,18
	Neoplasias	61,20	78,52	80,07	78,60	77,53
	Doenças do aparelho respiratório	45,27	45,23	47,12	63,17	49,63
	Causas mal definidas	59,52	62,26	25,05	34,13	36,40
2008	Doenças do aparelho circulatório	186,89	177,83	176,42	212,08	184,33
	Causas externas	121,49	108,46	125,78	82,53	115,36
	Neoplasias	81,61	89,93	98,36	95,96	94,80
	Doenças do aparelho respiratório	45,99	51,75	43,57	47,34	45,84
	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	42,80	30,83	26,95	48,78	33,24
2013	Doenças do aparelho circulatório	155,88	165,23	156,24	206,68	166,64
	Causas externas	112,06	105,05	101,26	90,30	101,42
	Neoplasias	91,71	93,07	100,51	103,12	98,97
	Doenças do aparelho respiratório	61,30	59,71	42,04	63,33	50,79
	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	49,09	25,86	28,15	48,43	33,60
2018	Doenças do aparelho circulatório	160,59	161,29	165,27	206,78	171,23
	Neoplasias	100,34	110,29	111,97	124,84	112,63
	Causas externas	96,36	77,35	85,34	83,57	84,94
	Doenças do aparelho respiratório	71,74	66,02	48,03	85,65	59,91
	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	37,75	29,56	28,88	47,35	33,08

Fonte: DATASUS / SIM e Estimativas populacional de 1992 a 2018 utilizadas pelo TCU

Conclusão

Assim como no Brasil, o Estado do Espírito Santo experimentou nas duas últimas décadas mudanças com relação à mortalidade proporcional, que mostrou uma queda na proporção em menores de 01 ano e aumento da proporção de óbitos na faixa de idade de 45 anos e mais. Porém, a proporção de óbitos entre homens e mulheres, mantém-se maior na população masculina no decorrer de todos os períodos e em todas as regiões de saúde do Estado.

A relação da mortalidade deu-se de forma diferenciada entre as regiões apontando momentos distintos na evolução epidemiológica do Estado. A taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório foi maior em todas as regiões e períodos, porém entre 1998 e 2003, os óbitos por causas mal definidas tiveram uma representatividade maior nas Regiões Norte e Central.

A presente realidade epidemiológica busca fundamentar a necessidade da adoção de medidas estratégicas imediatas e de longo prazo, na tentativa de minimizar o passivo assistencial, com o objetivo para reduzir o número de mortes evitáveis.

É necessário identificar determinantes causais do processo de saúde-adoecimento-cuidado, fatores importantes para o seu enfrentamento, devendo ser as ações estratégicas a base para a prevenção e redução, com base no controle dos fatores de risco.

Observa-se a semelhança da distribuição das DANTS nas quatro regiões de saúde do Estado, predispondo assim, um planejamento integral nas áreas da saúde para o seu enfrentamento em todo território capixaba.

Notadamente, a Região Metropolitana conta com maior oferta de aparelhos do Estado, o que faz com que haja um fluxo migratório intenso em busca de atendimento, sobretudo nas especialidades médicas. A Região Norte, assim como a Sul, são as que demandam maior necessidade de apoio governamental, com fortalecimento da rede.

Neste contexto, a garantia da saúde implica não só em assegurar o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, mas também a formulação de políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer.

A integralidade implica, para além da articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, a ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, quer seja individual e/ou coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades e suas potencialidades na construção dos projetos e da organização do trabalho sanitário.

A ampliação do comprometimento e da corresponsabilidade entre trabalhadores da saúde, usuários e território em que se localizam, altera os modos de atenção e de gestão dos serviços, uma vez que a produção de saúde se torna indissociável da produção de subjetividades mais ativas, críticas, envolvidas e solidárias e, simultaneamente, exige a mobilização de recursos políticos, humanos e financeiros que extrapolam o âmbito da saúde.

Referências

1. Saúde Brasil 2004 – uma análise da situação de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 87 p.
2. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Coordenação de população e indicadores sociais, projeções da população do Brasil por sexo e faixa etária. Revisão 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
3. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. GEVS - Gerência Estratégica de Vigilância em Saúde, NEVE – Núcleo Especial de Vigilância em Saúde - Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Espírito Santo. 1ª edição. Vitória, 2016.

Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil no Estado do Espírito Santo, 2012 a 2018.

Agnes Lopes Lima

Referência técnica da Vigilância do Óbito Materno e Infantil

Ao longo do século XX, as mulheres deixaram de exercer somente o papel de mãe e dona de casa e passaram a participar ativamente do mercado de trabalho, tendo como consequência a aquisição de novos hábitos e comportamentos que eram mais frequentes na população masculina, como uso de álcool e outras drogas, tabagismo, exposição ocupacional, alimentação inadequada (fast-food), dentre outros fatores de risco; com isso, elas ficaram mais expostas aos riscos associados às doenças crônicas bem como a vários tipos de violência e acidentes. Além da exposição aos fatores de risco referidos, as mulheres no período sexual-reprodutivo ficam expostas aos fatores de risco inerentes à gestação, parto e puerpério, aumentando ainda mais a chance de ocorrerem óbitos entre essas mulheres. No Brasil, considera-se mulher em idade fértil a faixa etária entre 10 a 49 anos.

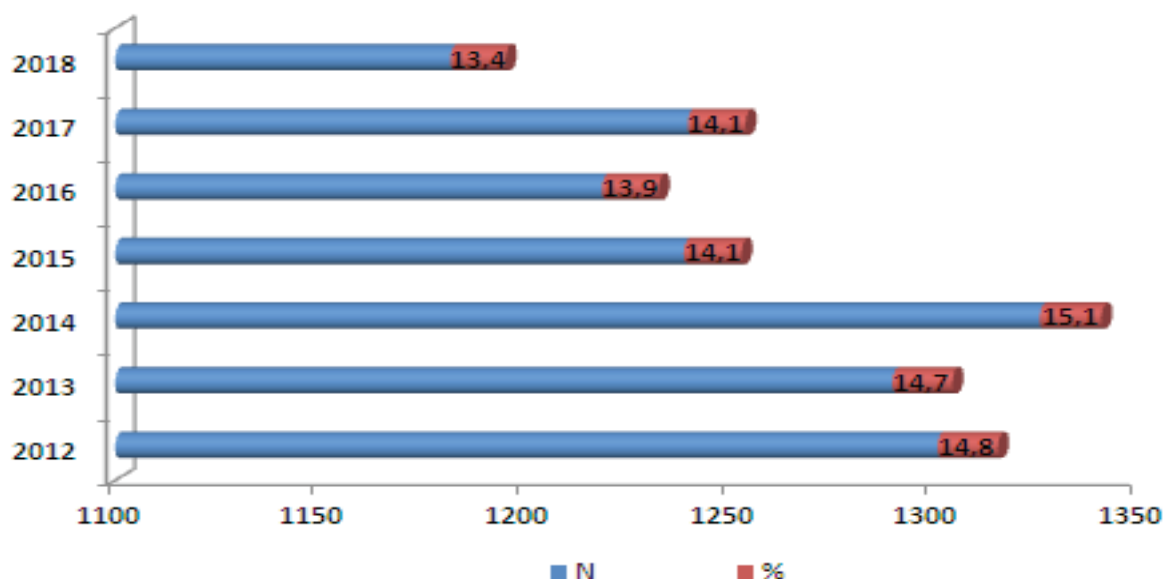
Em 2008, o Ministério da Saúde, através da Portaria MS/GM nº 1.119, de 5/6/2008, tornou obrigatória a investigação dos óbitos maternos e dos óbitos de mulheres em idade fértil, independente da causa declarada, com o objetivo de levantar fatores determinantes, possíveis causas, assim como subsidiar a adoção de medidas que possam evitar eventos semelhantes, norteadas as ações de promoção da saúde e prevenção de óbito de mulher. Estabeleceu também o prazo de 48 horas para a notificação e o prazo máximo de 120 dias para a conclusão de todo o processo investigatório.

O objetivo desse trabalho é apresentar uma descrição epidemiológica da mortalidade de mulheres em idade fértil no estado do Espírito Santo, no período de 2012 a 2018*, suas causas básicas e outras variáveis importantes do ponto de vista epidemiológico.

Resultados

No ES, no período de 2012 a 2018* foram registrados no Sistema de Informação de Mortalidade - SIM: 8797 óbitos de mulheres em idade fértil, sendo que em 2014 houve a maior frequência desses óbitos, 15,2%. A segunda maior frequência ocorreu no ano de 2012 com 14,8% e a terceira maior foi no ano de 2013 com 14,7% dos óbitos (Gráfico 01).

Gráfico 01 – Número e frequência de óbitos de mulheres em Idade fértil - ES. 2012 a 2018*.



Fonte: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM)

* Dados preliminares sujeitos à revisão

Os óbitos ocorridos em mulheres de idade fértil no período do estudo foram mais frequentes na faixa etária entre 40 a 49 anos (46,9). A segunda maior frequência dos óbitos foi na faixa etária entre 30 a 39 anos (27,9%) e a terceira na faixa entre 20 a 29 anos com 16,3% (tabela 01).

Tabela 01 – Número e percentual de óbitos de mulheres em idade fértil segundo faixa etária, ES. 2012 a 2018*.

Ano	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		Total	
Faixa Etária	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
10 a 14 a	46	3,5	41	3,2	47	3,5	32	2,6	33	2,7	35	2,8	35	3,0	269	3,1
15 a 19 a	86	6,6	86	6,7	85	6,4	74	6,0	54	4,4	69	5,6	58	4,9	512	5,8
20 a 29 a	240	18,4	227	17,6	233	17,6	196	15,8	188	15,4	184	14,8	165	14,0	1433	16,3
30 a 39 a	344	26,4	334	25,9	369	27,8	372	30,0	349	28,6	357	28,8	329	27,8	2454	27,9
40 a 49 a	585	45,0	602	46,7	592	44,6	565	45,6	595	48,8	595	48,0	595	50,3	4129	46,9
Total	1301	100,0	1290	100,0	1326	100,0	1239	100,0	1219	100,0	1240	100,0	1182	100,0	8797	100,0

Fonte: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM)

* Dados preliminares sujeitos à revisão

Na tabela 2, apresentamos o número e percentual de óbitos segundo grau de instrução, estando em primeiro lugar os óbitos em mulheres com 4 a 7 anos de estudo, em segundo lugar 8 a 11 anos e, em terceiro lugar, mulheres com 1 a 3 anos. Ressaltamos que há um significativo percentual de informações ignoradas, variando de 39,1% a 42,3% em todo o período analisado, dificultando uma análise mais precisa dessa variável (tabela 02).

Tabela 02 – Número e percentual de óbitos de mulheres em idade fértil segundo grau de escolaridade, ES. 2012 a 2018*.

Escolaridade	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nenhuma	86	6,6	74	5,7	72	5,4	72	5,8	70	5,7	61	4,9	83	7,0	518	5,9
1 a 3 anos	177	13,6	186	14,4	162	12,2	124	10,0	119	9,8	143	11,5	104	8,8	1015	11,5
4 a 7 anos	257	19,8	258	20,0	276	20,8	207	16,7	221	18,1	214	17,3	203	17,2	1636	18,6
8 a 11 anos	205	15,8	231	17,9	207	15,6	231	18,6	236	19,4	238	19,2	247	20,9	1595	18,1
12 anos e mais	67	5,1	63	4,9	72	5,4	81	6,5	89	7,3	95	7,7	97	8,2	564	6,4
Ignorado	509	39,1	478	37,1	537	40,5	524	42,3	484	39,7	489	39,4	448	37,9	3469	39,4
Total	1301	100,0	1290	100,0	1326	100,0	1239	100,0	1219	100,0	1240	100,0	1182	100,0	8797	100,0

Fonte: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM)

* Dados preliminares sujeitos à revisão

O registro de óbitos de mulheres segundo raça/cor, de acordo com a tabela 03, foi maior na cor parda (47,7%), seguido da cor/raça branca com 28,9% dos casos. Em terceiro lugar a cor/raça preta apresentou 11,1% dos óbitos. Essa variável também apresenta um elevado percentual de ignorados (12,0%).

Tabela 03 – Número e percentual de óbitos de mulheres em idade fértil segundo raça/cor, ES. 2012 a 2018*.

Cor/raça	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Parda	617	47,4	620	48,1	632	47,7	603	48,7	572	46,9	584	47,1	564	47,7	4192	47,7
Branca	375	28,8	379	29,4	393	29,6	349	28,2	350	28,7	375	30,2	319	27,0	2540	28,9
Ignorado	153	11,8	143	11,1	154	11,6	143	11,5	153	12,6	150	12,1	157	13,3	1053	12,0
Preta	150	11,5	143	11,1	144	10,9	138	11,1	138	11,3	129	10,4	138	11,7	980	11,1
Amarela	2	0,2	5	0,4	2	0,2	5	0,4	5	0,4	0	0,0	3	0,3	22	0,3
Indígena	4	0,3	0	0,0	1	0,1	1	0,1	1	0,1	2	0,2	1	0,1	10	0,1
Total	1301	100,0	1290	100,0	1326	100,0	1239	100,0	1219	100,0	1240	100,0	1182	100,0	8797	100,0

Fonte: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM)

* Dados preliminares sujeitos à revisão

Os óbitos, segundo local de ocorrência, foram mais frequentes nos hospitais (68,1%), seguidos dos óbitos notificados nos domicílios (13,9%); óbitos em via pública 8,3%; em outros estabelecimentos de saúde o registro foi de 5,0%, em outros locais e ignorados, 4,0% e 0,8%, respectivamente (tabela 04).

Tabela 04 – Número e percentual de óbitos de mulheres em idade fértil segundo local de ocorrência, ES. 2012 a 2018*.

Local ocorrência	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hospital	887	68,2	863	66,9	898	67,7	812	65,5	840	68,9	849	68,5	843	71,3	5992	68,1
Domicílio	187	14,4	180	14,0	177	13,3	166	13,4	186	15,3	183	6,0	143	12,1	1222	13,9
Via pública	127	9,8	143	11,1	138	10,4	131	10,6	82	6,7	86	6,9	23	1,9	730	8,3
Outro estabelecim. saúde	54	4,2	44	3,4	74	5,6	71	5,7	69	5,7	66	5,3	58	4,9	436	5,0
Outros	44	3,4	55	4,3	34	2,6	51	4,1	38	3,1	53	4,3	73	6,2	348	4,0
Ignorado	2	0,2	5	0,4	5	0,4	8	0,6	4	0,3	3	0,2	42	3,6	69	0,8
Total	1301	100,0	1290	100,0	1326	100,0	1239	100,0	1219	100,0	1240	91,2	1182	100,0	8797	100,0

Fonte: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM)

* Dados preliminares sujeitos à revisão

Ao analisarmos os óbitos por causas segundo capítulos CID 10, verificamos que as doenças e agravos que mais se destacaram no período de 2012 a 2018* foram relacionados às causas externas com 24,1% dos óbitos; em segundo lugar, as neoplasias com 22,3% e, em terceiro lugar, as doenças do aparelho circulatório, com 17,6%. Essa tendência se mantém nos anos de 2012 a 2015 e começa a mudar nos anos de 2016 a 2018, quando aparecem as neoplasias como primeira causa de óbito (22,7%, 25,2% e 26,4%, respectivamente) e as causas externas como a segunda causa (20,1%, 23,0% e 21,2%, respectivamente). As doenças do aparelho circulatório se mantêm em terceiro lugar em todo o período.

Tabela 05 – Óbitos de mulher em idade fértil segundo causas - ES. 2012 a 2018*.

Causas	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Causas externas de morbidade e mortalidade	337	25,9	342	26,5	330	24,9	333	26,9	245	20,1	285	23,0	250	21,2	2122	24,1
Neoplasias (tumores)	255	19,6	279	21,6	266	20,1	263	21,2	277	22,7	312	25,2	312	26,4	1964	22,3
Doenças do aparelho circulatório	236	18,1	227	17,6	207	15,6	223	18,0	244	20,0	215	17,3	196	16,6	1548	17,6
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	82	6,3	86	6,7	101	7,6	84	6,8	89	7,3	71	5,7	67	5,7	580	6,6
Doenças do aparelho digestivo	71	5,5	71	5,5	60	4,5	51	4,1	55	4,5	69	5,6	58	4,9	435	4,9
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	65	5,0	57	4,4	60	4,5	61	4,9	64	5,3	59	4,8	71	6,0	437	5,0
Doenças do aparelho respiratório	59	4,5	50	3,9	67	5,1	50	4,0	74	6,1	52	4,2	52	4,4	404	4,6
Gravidez parto e puerpério	37	2,8	37	2,9	68	5,1	43	3,5	30	2,5	45	3,6	33	2,8	293	3,3
Doenças do sistema nervoso	44	3,4	43	3,3	44	3,3	25	2,0	39	3,2	35	2,8	39	3,3	269	3,1
Doenças do aparelho geniturinário	25	1,9	25	1,9	28	2,1	30	2,4	36	3,0	32	2,6	37	3,1	213	2,4
Transtornos mentais e comportamentais	22	1,7	22	1,7	26	2,0	17	1,4	13	1,1	14	1,1	15	1,3	129	1,5
Sintomas e achados anormais em clínica e laboratório	24	1,8	15	1,2	17	1,3	15	1,2	21	1,7	12	1,0	0	0,0	104	1,2
Doenças sistêmicas do tecido conjuntivo	15	1,2	11	0,9	20	1,5	14	1,1	9	0,7	18	1,5	17	1,4	104	1,2
Malfomções congênitas e anomalias cromossômicas	16	1,2	11	0,9	13	1,0	16	1,3	7	0,6	10	0,8	7	0,6	80	0,9
Doenças do sangue, órgãos hematológicos e transtornos imunitários	9	0,7	9	0,7	9	0,7	5	0,4	6	0,5	8	0,6	9	0,8	55	0,6
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3	0,2	3	0,2	6	0,5	9	0,7	7	0,6	3	0,2	11	0,9	42	0,5
Algumas afecções originadas no período perinatal	1	0,1	2	0,2	4	0,3	0	0,0	2	0,2	0	0,0	0	0,0	9	0,1
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Mal definidas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	0,6	7	0,1
Lesões envenenamento e outras consequências de causas externas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	1	0,0
Total	1301	100,0	1290	100,0	1326	100,0	1239	100,0	1219	100,0	1240	100,0	1182	100,0	8797	100,0

Fonte: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM)

* Dados preliminares sujeitos à revisão

A seguir descrevemos detalhadamente as três principais causas de óbito de Mulheres em Idade Fértil.

Dentre as causas externas de mortalidade de mulheres em idade fértil, as agressões foram as mais frequentes no período com 828 óbitos (39,0%), seguida dos acidentes de transportes com 661 óbitos (31,3%) e das lesões autoprovocadas/suicídios com 253 óbitos (11,9%) dos registros (tabela 06).

Tabela 06 - Causas de óbitos de mulheres em idade fértil segundo causas externas - ES. 2012 a 2018*.

Causas externas	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Agressões/homicídio	140	41,5	147	43,0	131	39,7	123	36,9	82	33,5	127	44,6	78	31,2	828	39,0
Acidentes de transporte	118	35,0	106	31,0	107	32,4	97	29,1	78	31,8	87	30,5	68	27,2	661	31,1
Lesões autoprovocadas volunt/suicídio	36	10,7	27	7,9	40	12,1	40	12,0	40	16,3	30	10,5	40	16,0	253	11,9
Eventos(fatos) cuja intenção é indeterminada	11	3,3	19	5,6	13	3,9	24	7,2	18	7,3	17	6,0	26	10,4	128	6,0
Afogamento e submersões acidentais	16	4,7	7	2,0	10	3,0	19	5,7	5	2,0	4	1,4	6	2,4	67	3,2
Quedas	7	2,1	10	2,9	4	1,2	12	3,6	9	3,7	3	1,1	7	2,8	52	2,5
Outros acidentes	7	2,1	18	5,3	19	5,8	14	4,2	9	3,7	10	3,5	16	6,4	93	4,4
Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	2	0,6	3	0,9	2	0,6	2	0,6	1	0,4	2	0,7	3	1,2	15	0,7
Demais causas externas	0	0,0	5	1,5	4	1,2	2	0,6	3	1,2	5	1,8	6	2,4	25	1,2
Total	337	100,0	342	100,0	330	100,0	333	100,0	245	100,0	285	100,0	250	100,0	2122	100,0

Fonte: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM)

* Dados preliminares sujeitos à revisão

Ao destacar as neoplasias malignas, segunda maior causa de óbitos, verificamos com maior frequência, no período, as neoplasias de mama com 25,7%, em segundo lugar; as neoplasias dos órgãos digestivos com 21,9% dos óbitos; seguidas das neoplasias dos órgãos genitais femininos com 20,1% no período (tabela 07).

Tabela 07 - Causas de óbitos de mulheres em idade fértil segundo neoplasias malignas, grupo CID 10 - ES. 2012 a 2018*.

Neoplasias Malignas	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018*		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Neoplasias malignas da mama	67	26,6	75	27,1	58	22,0	73	28,0	72	26,1	77	24,8	80	26,1	422	25,7
Neoplasias malignas dos órgãos digestivos	51	20,2	61	22,0	58	22,0	47	18,0	64	23,2	78	25,2	53	17,3	359	21,9
Neoplasias malignas dos órgãos genitais femini	49	19,4	50	18,1	53	20,1	63	24,1	49	17,8	65	21,0	77	25,1	329	20,1
Neopl malig tecido linfát hematopoét e correlato	30	11,9	29	10,5	18	6,8	21	8,0	28	10,1	24	7,7	21	6,8	150	9,1
Neopl malig olhos encéf outr part sist nerv ce	20	7,9	16	5,8	19	7,2	12	4,6	26	9,4	16	5,2	25	8,1	109	6,6
Neopl malig aparelho respirat e órgãos intrato	15	6,0	21	7,6	17	6,4	15	5,7	12	4,3	17	5,5	16	5,2	97	5,9
Neopl malig local mal def, secund e local n espe	6	2,4	7	2,5	10	3,8	6	2,3	7	2,5	6	1,9	8	2,6	42	2,6
Neopl malig do tecido mesotelial e tecidos mol	0	0,0	4	1,4	8	3,0	6	2,3	3	1,1	4	1,3	1	0,3	25	1,5
Melanoma e outras(os) neoplasias malignas da p	3	1,2	3	1,1	5	1,9	2	0,8	5	1,8	6	1,9	4	1,3	24	1,5
Neoplasias malig do lábio, cavidade oral e far	3	1,2	2	0,7	5	1,9	4	1,5	3	1,1	4	1,3	5	1,6	21	1,3
Neopl de comportamento incerto ou desconhecido	3	1,2	2	0,7	3	1,1	3	1,1	4	1,4	6	1,9	4	1,3	21	1,3
Neopl malig dos ossos e cartilagens articulare	2	0,8	4	1,4	4	1,5	5	1,9	1	0,4	2	0,6	5	1,6	18	1,1
Neoplasias malignas do trato urinário	2	0,8	2	0,7	5	1,9	3	1,1	0	0,0	3	1,0	4	1,3	15	0,9
Neopl malig tireóide e outras glândulas endócr	1	0,4	1	0,4	1	0,4	1	0,4	2	0,7	2	0,6	4	1,3	8	0,5
Total	252	100,0	277	100,0	264	100,0	261	100,0	276	100,0	310	100,0	307	100,0	1640	100,0

Fonte: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM)

* Dados preliminares sujeitos à revisão

Na tabela 08, verificamos que, dentre as doenças do aparelho circulatório, as cerebrovasculares estão em primeiro lugar, com 31,2% dos óbitos, seguidas das doenças isquêmicas do coração (23,2%) e, em terceiro lugar, as doenças hipertensivas com 14,9% dos óbitos no período.

Tabela 08 - Causas de óbitos de mulheres em idade fértil segundo doenças do aparelho circulatório - ES. 2012 a 2018*

Doenças do Aparelho Circulatório	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doenças cerebrovasculares	89	37,7	65	28,6	60	29,0	75	33,6	69	28,3	64	29,8	61	31,1	483	31,2
Doenças isquêmicas do coração	44	18,6	53	23,3	48	23,2	48	21,5	56	23,0	69	32,1	41	20,9	359	23,2
Doenças hipertensivas	32	13,6	46	20,3	32	15,5	35	15,7	36	14,8	22	10,2	27	13,8	230	14,9
Outras formas de doença do coração	34	14,4	25	11,0	22	10,6	24	10,8	34	13,9	20	9,3	30	15,3	189	12,2
Doenças reumáticas crônicas do coração	8	3,4	15	6,6	17	8,2	13	5,8	8	3,3	13	6,0	2	1,0	76	4,9
Doenças veias, vasos e gânglios linfáticos, NCOP	8	3,4	11	4,8	8	3,9	20	9,0	16	6,6	11	5,1	9	4,6	83	5,4
Doenças das artérias, das arteríolas e capilares	9	3,8	7	3,1	11	5,3	7	3,1	10	4,1	10	4,7	12	6,1	66	4,3
Doenças cardíaca pulmonar e da circulação pulmonar	11	4,7	5	2,2	9	4,3	1	0,4	12	4,9	6	2,8	9	4,6	53	3,4
Febre reumática aguda	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,2	0	0,0	5	2,6	9	0,6
Total	236	100,0	227	100,0	207	100,0	223	100,0	244	100,0	215	100,0	196	100,0	1548	100,0

Fonte: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM)

* Dados preliminares sujeitos à revisão

Conclusão

Identificou-se, no período de 2012 a 2018*, que houve maior número e percentual de mortes decorrentes de causas externas, neoplasias e doenças do aparelho circulatório, respectivamente. As mulheres em idade fértil na faixa etária dos 40 aos 49 anos, com 4 a 7 anos de escolaridade, da cor/raça parda e em hospitais, foram as que mais morreram. A subinformação e o sub-registro de algumas variáveis como grau de instrução e raça/cor dificultaram análise mais precisa e a real dimensão desse problema.

Os dados apresentados apontam a necessidade de intervenções para melhoria na assistência ofertada à saúde feminina, com a finalidade de resolver os agravos à saúde, evitando que os mesmos evoluam para o óbito. Medidas educativas para a prevenção de acidentes, acolhimento às vítimas de violência, a promoção, a prevenção e o diagnóstico precoce de doenças crônicas não transmissíveis são opções que contribuem para a redução da mortalidade dessa população.

A mortalidade relacionada à gravidez, parto e puerpério ocupa a 8ª causa de mortalidade em mulheres em idade fértil no ES com 3,3% dos casos. Vale ressaltar que a investigação de óbito de mulheres em idade fértil permite detectar casos de óbitos maternos não

declarados ou descartar, após investigação, a possibilidade dos óbitos dessas mulheres terem sido maternos, independente da causa declarada no registro original (Tabela 5).

Evidenciada a importância da investigação de óbitos de mulheres em idade fértil para esclarecer possíveis óbitos maternos. Torna-se necessário o aprimoramento dos sistemas de informação e a reestruturação da vigilância dos óbitos no âmbito municipal, regional e estadual para qualificar as informações. Embora haja instrumentos legais que normatizem a investigação dos óbitos femininos em idade reprodutiva, a atuação dos comitês de investigação de óbitos ainda é muito incipiente, considerando ser de extrema importância a atuação dos comitês para propor medidas de redução da mortalidade das mulheres em idade fértil no ES.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informações sobre mortalidade. Distrito Federal, 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Manual dos comitês de mortalidade materna. Distrito Federal, 2009.

Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Vigilância em Saúde. Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica – TABNET.

BRASIL, Epidemiologia e Serviços de Saúde, v.18 n.1 Brasília mar. 2009.

Mortalidade por Causas Externas no Espírito Santo, 2008 a 2018.

Edleusa Gomes Ferreira Cupertino

Referência técnica da Vigilância Epidemiológica em Causas Externas

Desde 1980, as causas externas assumiram, tanto em âmbito mundial quanto no Brasil, uma posição de destaque no ranking da morbimortalidade, especialmente em grandes áreas urbanas, tendo como suas principais vítimas os homens jovens. Portanto, a redução da magnitude e da gravidade da violência na nossa sociedade, incluindo, para tanto, a ampliação do conhecimento sobre seus fatores de risco, configura-se como um dos maiores desafios para as políticas públicas de saúde na atualidade; e a ascensão destes eventos indesejáveis tem motivado estudos de grande importância no cenário nacional e internacional. (Brasil, 2014)

Este trabalho apresenta análises de uma série histórica, desenvolvidas em um estudo epidemiológico de abrangência estadual, descritivo e retrospectivo, da distribuição de casos de óbitos por causas externas, de 2008 a 2018 divididos em período de 05 (cinco) anos, 2008, 2013 e 2018, a partir das bases de dados secundários do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. Entende-se causas externas como todos os casos de acidentes e violências.

As variáveis utilizadas na análise foram: município e região de residência, raça/cor, faixa etária, sexo e ano de ocorrência. Para a análise descritiva dos dados, foram empregados cálculos de distribuição de frequências e taxas de detecção por faixa etária, segundo sexo e ano de notificação. Para o cálculo das taxas de detecção, foram utilizados, como denominador populacional, os dados das projeções intercensitárias produzidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para as regionais e estado, os cálculos foram tabelados por 100.000 habitantes residentes, enquanto que para os municípios a base foi de 10.000 habitantes, considerando que dos 78, apenas: Vitória, Serra, Cariacica, Vila Velha, Guarapari, Linhares, Colatina, São Mateus e Cachoeiro do Itapemirim, ou seja, 11,5%, apresentam população acima de 100.000 habitantes e 85,9% dos municípios têm acima de 10mil habitantes, na previsão do IBGE para o Espírito Santo em 2018. As análises e representações gráficas foram realizadas utilizando-se o programa Microsoft Excel 2003.

Resultados

A partir de 2015, a mortalidade por causas externas passou a ocupar o terceiro lugar no ranking da mortalidade geral no Espírito Santo, quando as neoplasias as ultrapassaram. No ano de 2008, 19,80% dos óbitos ocorridos entre os residentes no Espírito Santo, 18,11% em 2013 e em 2018, 14,39 %

foram por causas evitáveis, como homicídios e acidentes de transporte entre outros, isto é, causas externas. Tais dados apontam para uma redução da taxa na década de estudo. (tabela 01)

Tabela 01- Proporção e Mortalidade segundo capítulos CID-10 na população residente no Espírito Santo. 2008, 2013 e 2018.

	2008						2013						2018	
Causas Capítulos	N	%	2009	2010	2011	2012	N	%	2014	2015	2016	2017	N	%
Doenças do aparelho circulatório	6391	30,71	6416	6657	6565	6448	6420	29,41	6438	6566	6764	6978	6825	29,22
Causas externas (acidentes,homicídios e suicídios)	4121	19,80	4049	4035	3940	4164	3954	18,11	4092	3792	3561	3803	3361	14,39
Neoplasias (tumores)	3305	15,88	3325	3508	3688	3803	3840	17,59	3913	4110	4253	4216	4502	19,28
Doenças do aparelho respiratório	1640	7,88	1834	2016	1892	2022	1959	8,97	2070	2204	2552	2806	2376	10,17
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1179	5,67	1227	1216	1381	1290	1311	6,01	1357	1403	1312	1403	1319	5,65
Doenças do aparelho digestivo	968	4,65	973	1071	1074	1064	1120	5,13	1146	1144	1219	1150	1202	5,15
Doenças do sistema nervoso	478	2,30	520	547	651	716	686	3,14	762	830	882	1075	1048	4,49
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	623	2,99	630	635	691	641	661	3,03	705	700	726	778	662	2,83
Doenças do aparelho geniturinário	366	1,76	385	460	475	542	546	2,50	613	691	667	715	740	3,17
Algumas afec originadas no período perinatal	453	2,18	354	362	378	363	363	1,66	389	360	381	353	361	1,55
Transtornos mentais e comportamentais	312	1,50	258	293	301	293	308	1,41	302	238	245	236	205	0,88
Mal Definidas	487	2,34	347	350	274	235	188	0,86	193	216	232	149	142	0,61
Malformações congênicas e anomalias cromossôm	248	1,19	245	219	246	226	221	1,01	263	283	258	228	213	0,91
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	89	0,43	59	66	82	91	89	0,41	108	86	88	125	155	0,66
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	69	0,33	67	66	82	93	72	0,33	64	86	70	67	74	0,32
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	47	0,23	45	62	52	56	48	0,22	66	87	104	108	121	0,52
Gravidez parto e puerpério	28	0,13	42	34	36	41	36	0,16	68	45	32	45	41	0,18
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	6	0,03	5	2	3	5	6	0,03	4	4	2	5	5	0,02
Lesões enven e alg out conseq causas externas	0	0,00	0	0	0	0	0	0,00	0	0	1	0	2	0,01
Doenças do olho e anexos	0	0,00	0	0	1	0	0	0,00	0	0	1	0	0	0,00
Total	20810		20781	21599	21812	22093	21828		22553	22845	23350	24240	23354	

Fonte: DATASUS / SIM e Estimativas populacional de 1992 a 2018 utilizadas pelo TCU

Os óbitos por causas externas ocorrem em todas as faixas etárias, porém ao estratificar por faixa etária, a população de 05 a 49 anos se mostra ainda mais vulnerável, posto que há alguns anos, conforme ocorrido em 2018, a primeira causa de mortalidade para esta faixa etária foram as causas externas. Destacam-se as faixas etárias de 15 a 19 e de 20 a 29 anos, quando, respectivamente, 81,6% e 73,2% da população para estas faixas etárias foram a óbito por estes agravos. (Quadro 01)

Quadro 01: Mortalidade proporcional por faixa etária, segundo capítulos CID-10 na população residente no Espírito Santo, 2018

	<1 Ano	01 a 04	05 a 09	10 a 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 e+
1	perinatal 357 59,6%	DAR 18 - 17,6 %	CE 18 25,7 %	CE 41 41,8 %	CE 314 81,6 %	CE 657 73,2 %	CE 553 49,3 %	CE 454 33,9 %	DAC 867 29,9 %	DAC 1322 32,8 %	DAC 1645 36,3 %	DAC 2395 34,8 %
2	Malf 155 - 25,9 %	Malf 16 - 15,7 %	Neo 17 24,3 %	DSN 13 13,3 %	Neo 18 4,7 %	Neo 51 5,7 %	Neo 134 11,9 %	Neo 335 20,6 %	Neo 743 25,7 %	Neo 1151 28,5 %	Neo 1051 23,2 %	DAR 1136 16,5 %
3	DAR 23 - 3,8%	CE 17 - 16,6 %	DAR 7 e DSN 7 24,3%	Neo 12 12,2 %	DSN 16 4,2 %	DIP 40 4,5 %	DAC 129 11,5 %	DAC 332 20,4 %	CE 421 14,5 %	DAR 341 8,4 %	DAR 535 11,8 %	Neo 941 13,7
4	CE 15 e DIP 15 2,5%	DSN 13 - 12,7 %	Malf 5 7,1 %	DAR 5 5,1 %	DAC 9 2,3 %	DAC 39 4,3 %	DIP 73 6,5 %	DAD 118 7,2 %	DAD 201 6,9 %	DEM 284 7,0 %	DEM 309 6,8 %	DSN 613" 8,9 %
5	DAD /DSN 8 - 1,5 %	Neo 12 - 11,8 %	DAC 4 5,7 %	DEM 4 e DAC 4 4,1 %	DAR 8 2,1 %	DAR 24 2,7 %	DAR 44 e DAD 44 3,9 %	DAR 87 5,3 %	DEM 173 6,0 %	CE 278 6,9 %	DAD 240 5,3 %	DEM 387 5,6 %
6	DAC 4 - 0,7 %	DAC 7 - 6,9 %	DIP 3 4,3 %	DAG 3 3,1 %	DIP 5 1,3 %	DSN 16 1,8 %	DEM 37 3,3 %	DIP 78 4,8 %	DAR 170 5,9 %	DAD 253 6,3 %	CE 228 5,0 %	CE 357 5,2 %
ES	599	102	70	98	385	897	1122	1630	2899	4036	4531	6881
	23250											

Fonte: DATASUS / SIM e Estimativas populacional de 1992 a 2018 utilizadas pelo TCU

SIGLAS: NEO: Neoplasias (câncer); DAC: Doenças do Aparelho Circulatório; DAD: Doença do Aparelho Digestivo; DAR: Doença do Aparelho Respiratório; DSN: Doenças do Sistema Nervoso; CE: Causas Externas; MALF: Mal Formação Congênita; DEM: Doenças Endócrinas e Metabólicas; DIP: Doenças Infeciosas Parasitárias

Em 2008, a taxa de mortalidade por causas externas foi de 114,52/100 mil habitantes, em 2013, foi de 102,99/100 mil habitantes e em 2018, o índice foi de 82,82/100 mil habitantes, apontando uma tendência de decréscimo. Isoladamente, alguns agravos seguem esta mesma tendência, no entanto, outros estão em crescimento, sendo que os principais agravos serão tratados em separado.

Na análise por sexo, é possível observar que a população masculina é a mais atingida, apresentando um percentual de 84,03%, 81,16% e 79,32%, com taxas 192,45/100 mil habitantes, 178,34/100 mil habitantes, alcançando 131,73/100 mil habitantes, nos anos de 2008, 2013 e 2018, respectivamente. Os dados do sexo feminino apresentaram crescimento, pois se observa um percentual de 15,97%, 18,84% e 20,68%, com taxas 36,57/100 mil habitantes, 38,75/100 mil habitantes, com um ligeiro decréscimo, alcançando 34,16/100 mil habitantes, nos anos de 2008, 2013 e 2018, respectivamente. (Tabela 02)

Tabela 02 – Óbitos por causas externas, segundo sexo e faixa etária de residentes no Espírito Santo, 2008, 2013 e 2018.

Variáveis	2008			2013			2018		
	N	%	Tx/100 mil	N	%	Tx/100 mil	N	%	Tx/100 mil
Total causas externas	4121	100	114,52	3954	100	109,99	3361	100	82,82
Sexo									
Masculino	3463	84,03	192,45	3209	81,16	178,34	2666	79,32	131,73
Feminino	658	15,97	15,97	745	18,84	38,75	695	20,68	34,16
Total	4121	100,00	114,52	3954	100,00	102,99	3361	100,00	82,82
Faixa etária									
00-04	61	1,48	21,13	59	1,49	21,44	31	0,92	11,78
05-09	30	0,73	9,72	28	0,71	9,53	19	0,57	6,79
10-14	67	1,63	21,44	75	1,9	23,8	41	1,22	13,68
15-19	466	11,31	145,45	496	12,54	154,81	317	9,43	98,18
20-29	1206	29,26	179,36	959	24,25	142,91	657	19,55	99,29
30-39	789	19,15	141,26	702	17,75	110,7	547	16,27	79,88
40-49	562	13,64	117,79	496	12,54	97,41	447	13,3	80,37
50-59	347	8,42	102,97	402	10,17	98,1	421	12,53	91,38
60-69	210	5,10	118,6	227	5,74	97,54	281	8,36	91
70-79	177	4,30	172,58	188	4,75	158,01	232	6,9	160,88
80 e+	16	3,91	369,62	312	7,89	528,7	366	10,89	480,21
ign	45	1,09	1,25	10	0,25	0,26	2	0,06	0,05
Total	4121	100,00	114,52	3954	100	102,99	3361	10	82,82

Fonte: DATASUS / SIM e Estimativas populacional de 1992 a 2018 utilizadas pelo TCU

Os dados indicam uma maior taxa de óbitos por causas externas na população negra, que aqui apresentamos com a junção das cores parda e preta. Em 2008, da mortalidade por causas externas, 56,2% dos óbitos era da população negra, contra 24,5% da população branca. Esse índice aumentou em 2018 passando para 69,8% dos negros, contra 22,6% da raça branca. Uma das explicações poderia ser uma ligeira alta da valorização da raça negra, ou seja, maior quantidade de pessoas se dizendo negra, conforme aponta o IBGE, na Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios – PNAD. (IBGE,2017). Corroborar com essa explicação, o fato de que em 2008 a taxa de “não informado ou em branco” da raça e cor ser de 19,2%, e em 2018 foi de apenas 7,4%. Com certeza a qualificação dos dados produz interferência por esclarecer as situações. (Tabela 03)

Tabela 03: Óbito por causas externas, segundo raça e cor em residentes no Espírito Santo: 2008, 2013 e 2018.

Ano	2008						2013					2018					
Causas externas	Branca	Negra	Amarela	Indígena	Não informado	total	Branca	Negra	Indígena	Não informado	total	Branca	Negra	Amarela	Indígena	Não informado	total
Homicídios	267	1263	0	1	431	1962	236	1314	1	72	1623	130	966	1	0	61	1158
Acid de transportes	402	567	0	0	175	1144	349	690	0	77	1116	217	536	0	0	51	804
Quedas	143	132	1	1	65	342	230	213	0	43	486	195	315	1	2	64	577
Eventos intenção	29	83	0	0	40	152	44	113	0	7	164	55	184	0	0	29	268
Suicídios	52	70	0	0	29	151	0	102	0	7	159	77	145	0	1	13	236
Outros acidentes	70	88	0	0	22	180	81	113	0	16	210	68	122	0	0	23	213
Afogamentos	37	92	0	0	24	153	30	101	0	6	137	19	93	0	0	7	119
Demais causas externas	10	11	0	0	3	24	15	21	0	10	46	12	28	1	1	4	46
Queimadura	1	9	0	0	3	13	3	9	0	1	13	3	13	1	0	2	19
Total	1011	2315	1	2	792	4121	1038	2676	1	239	3954	776	2402	4	4	254	3440

Fonte: DATASUS / SIM e Estimativas populacional de 1992 a 2018 utilizadas pelo TCU

Exceto a Região Sul, todas as demais regiões de saúde reduziram a taxa de óbitos por 100 mil habitantes no período de 2008 a 2018. No entanto, as regiões de saúde aumentaram, ainda que em pequenas quantidades, o percentual de óbitos por causas externas, exceto a Região Metropolitana que reduziu de 60,19% em 2008 para 56,17% em 2018. (Tabela 04).

Tabela 04: Óbitos e porcentagem de óbitos por causas externas, por 100 mil habitantes, segundo Regiões de Saúde, de residentes no Espírito Santo – 2008, 2013 e 2018.

Causas Externas	Metropolitana		Norte		Central		Sul		Ignorado		ES	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Período:2008												
Homicídio	1374	57,01	184	40,09	244	41,22	127	24,33	17	80,95	1946	48,60
Suicídio	89	3,69	18	3,92	22	3,72	22	4,21	0	0,00	151	3,77
Acidentes Transportes	513	21,29	144	31,37	200	33,78	217	41,57	1	4,76	1075	26,85
Outros Acidentes	63	2,61	37	8,06	26	4,39	45	8,62	1	4,76	172	4,30
Afogamento	60	2,49	26	5,66	27	4,56	30	5,75	0	0,00	143	3,57
Queda	219	9,09	29	6,32	34	5,74	50	9,58	0	0,00	332	8,29
Queimadura	9	0,37	0	0,00	2	0,34	1	0,19	0	0,00	12	0,30
Eventos intenção indet	64	2,66	19	4,14	34	5,74	30	5,75	2	9,52	149	3,72
Demais causas externas	19	0,79	2	0,44	3	0,51	0	0,00	0	0,00	24	0,60
Total	2410	100,00	459	100,00	592	100,00	522	100,00	21	100,00	4004	100,00
%	60,19		11,46		14,79		13,04		0,52		100	
Período:2013												
Homicídio	1056	50,19	170	37,36	255	39,35	112	19,38	4	50,00	1597	42,10
Suicídio	92	4,37	12	2,64	23	3,55	29	5,02	0	0,00	156	4,11
Acidentes de Transportes	436	20,72	146	32,09	202	31,17	226	39,10	1	12,50	1011	26,65
Outros Acidentes	86	4,09	28	6,15	33	5,09	61	10,55	0	0,00	208	5,48
Afogamento	60	2,85	20	4,40	24	3,70	22	3,81	0	0,00	126	3,32
Queda	267	12,69	46	10,11	67	10,34	93	16,09	2	25,00	475	12,52
Queimadura	9	0,43	0	0,00	1	0,15	3	0,52	0	0,00	13	0,34
Eventos cuja intenção é indeterminada	71	3,37	27	5,93	39	6,02	24	4,15	1	12,50	162	4,27
Demais causas externas	27	1,28	6	1,32	4	0,62	8	1,38	0	0,00	45	1,19
Total	2104	100,00	455	100,00	648	100,00	578	100,00	8	100,00	3793	100,00
%	55,47		12,00		17,08		15,24		0,21		100	
Período:2018												
Homicídio	707	37,33	145	35,28	175	34,79	118	20,96	0	0,00	1145	33,96
Suicídio	140	7,39	23	5,60	28	5,57	44	7,82	0	0,00	235	6,97
Acidentes de Transportes	345	18,22	121	29,44	151	30,02	157	27,89	0	0,00	774	22,95
Outros Acidentes	106	5,60	20	4,87	26	5,17	59	10,48	0	0,00	211	6,26
Afogamento	37	1,95	24	5,84	29	5,77	23	4,09	0	0,00	113	3,35
Queda	356	18,80	40	9,73	67	13,32	106	18,83	0	0,00	569	16,87
Queimadura	9	0,48	3	0,73	2	0,40	4	0,71	0	0,00	18	0,53
Eventos cuja intenção é indeterminada	158	8,34	33	8,03	24	4,77	45	7,99	1	100,00	261	7,74
Demais causas externas	36	1,90	2	0,49	1	0,20	7	1,24	0	0,00	46	1,36
Total	1894	100,00	411	100,00	503	100,00	563	100,00	1	100,00	3372	100,00
%	56,17		12,19		14,92		16,70		0,03		100	

Fonte: DATASUS / SIM e Estimativas populacional de 1992 a 2018 utilizadas pelo TCU

Na observação dos dados, o Espírito Santo apresenta o valor de 8,49/10 mil habitantes dos óbitos por causas externas. Cerca de 53,84%, ou seja, 42 municípios apresentam taxas maiores que o Estado. Ressalta-se que 7,74 % dos óbitos por causas externas encontram-se como eventos cuja intenção é indeterminada. Contribuem para este resultado alguns municípios como Colatina, Aracruz e Santa Teresa que tem percentual zero de causas, cuja intenção é indeterminada.

Destaca-se o número de ocorrências de óbitos por acidentes de transporte em municípios de pequeno porte e até com população reduzida, tais como: Afonso Cláudio, Pinheiros, Barra de São Francisco, Jaguaré, Santa Maria de Jetibá, Nova Venécia e Marataízes. (Tabela 05).

Tabela 05: Óbitos e porcentagem de óbitos por tipos de causas externas, por 10 mil habitantes, segundo município de residentes no Espírito Santo, 2018.

Município Residência	Homicídio		Suicídio		Acid Transp		Outros Acidentes		Afogamento		Queda		Queimadura		intenção indet		Demais c.externas		Total	
	N	TX/10mil	N	TX/10mil	N	TX/10mil	N	TX/10mil	N	TX/10mil	N	TX/10mil	N	TX/10mil	N	TX/10mil	N	TX/10mil	N	TX/10mil
Afonso Cláudio	7	2,28	9	2,93	10	3,26	4	1,30	0	0,00	8	2,60	0	0,00	4	1,30	0	0,00	42	13,67
Água Doce do Norte	5	4,49	2	1,80	2	1,80	0	0,00	0	0,00	3	2,70	1	0,90	1	0,90	0	0,00	14	12,58
Água Branca	2	2,07	1	1,04	7	7,25	0	0,00	0	0,00	1	1,04	0	0,00	1	1,04	0	0,00	12	12,43
Alegre	0	0,00	1	0,33	4	1,31	2	0,65	0	0,00	7	2,29	0	0,00	3	0,98	1	0,33	18	5,89
Alfredo Chaves	0	0,00	0	0,00	1	0,69	2	1,37	0	0,00	4	2,75	0	0,00	1	0,69	0	0,00	8	5,49
Alto Rio Novo	0	0,00	0	0,00	2	2,56	1	1,28	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,28	0	0,00	4	5,13
Anchieta	8	2,78	3	1,04	3	1,04	1	0,35	0	0,00	4	1,39	0	0,00	1	0,35	0	0,00	20	6,96
Apiacá	0	0,00	1	1,32	0	0,00	1	1,32	1	1,32	1	1,32	0	0,00	2	2,64	0	0,00	6	7,92
Aracruz	26	2,62	3	0,30	12	1,21	1	0,10	6	0,60	5	0,50	1	0,10	0	0,00	0	0,00	54	5,44
Atílio Vivacqua	1	0,85	0	0,00	3	2,55	1	0,85	0	0,00	2	1,70	0	0,00	0	0,00	0	0,00	7	5,95
Baixo Guandu	5	1,62	0	0,00	7	2,27	3	0,97	1	0,32	7	2,27	1	0,32	1	0,32	0	0,00	25	8,10
Barra de São Francisco	16	3,61	3	0,68	21	4,74	5	1,13	1	0,23	6	1,35	1	0,23	0	0,00	0	0,00	53	11,96
Boa Esperança	2	1,33	0	0,00	9	6,01	0	0,00	0	0,00	1	0,67	0	0,00	1	0,67	0	0,00	13	8,68
Bom Jesus do Norte	2	2,02	0	0,00	0	0,00	1	1,01	0	0,00	1	1,01	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	4,04
Brejetuba	5	4,04	2	1,62	0	0,00	1	0,81	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	1,62	0	0,00	10	8,08
Cachoeiro de Itapemirim	53	2,56	14	0,68	50	2,41	15	0,72	6	0,29	34	1,64	1	0,05	14	0,68	1	0,05	188	9,07
Cariacica	153	4,04	23	0,61	66	1,74	20	0,53	3	0,08	71	1,88	0	0,00	47	1,24	5	0,13	388	10,25
Castelo	5	1,34	2	0,54	7	1,88	3	0,80	1	0,27	9	2,41	0	0,00	4	1,07	1	0,27	32	8,58
Colatina	21	1,73	7	0,58	21	1,73	3	0,25	4	0,33	23	1,89	0	0,00	0	0,00	0	0,00	79	6,50
Conceição da Barra	11	3,57	2	0,65	4	1,30	1	0,32	4	1,30	3	0,97	0	0,00	5	1,62	0	0,00	30	9,72
Conceição do Castelo	1	0,79	4	3,17	3	2,37	1	0,79	1	0,79	5	3,96	0	0,00	0	0,00	0	0,00	15	11,87
Divino de São Lourenço	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	4,61	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	4,61
Domingos Martins	3	0,89	6	1,78	6	1,78	0	0,00	1	0,30	6	1,78	0	0,00	2	0,59	0	0,00	24	7,12
Dores do Rio Preto	1	1,49	0	0,00	3	4,46	1	1,49	2	2,97	0	0,00	0	0,00	3	4,46	0	0,00	10	14,87
Ecoporanga	4	1,74	3	1,30	5	2,17	1	0,43	1	0,43	0	0,00	0	0,00	3	1,30	0	0,00	17	7,39
Fundão	11	5,22	2	0,95	4	1,90	1	0,47	1	0,47	4	1,90	0	0,00	3	1,42	0	0,00	26	12,35
Governador Lindenberg	0	0,00	1	0,80	1	0,80	2	1,60	2	1,60	2	1,60	0	0,00	0	0,00	0	0,00	8	6,38
Guaçuí	2	0,65	4	1,31	6	1,96	5	1,63	2	0,65	3	0,98	1	0,33	0	0,00	2	0,65	25	8,17
Guarapari	42	3,42	8	0,65	24	1,95	7	0,57	4	0,33	24	1,95	0	0,00	11	0,89	0	0,00	120	9,76
Ibatiba	8	3,11	3	1,17	12	4,66	2	0,78	0	0,00	1	0,39	0	0,00	0	0,00	0	0,00	26	10,10
Ibiraçu	3	2,43	2	1,62	3	2,43	2	1,62	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,81	0	0,00	11	8,90
Ibitirama	1	1,12	0	0,00	4	4,48	2	2,24	0	0,00	2	2,24	0	0,00	0	0,00	0	0,00	9	10,09
Iconha	2	1,46	0	0,00	3	2,18	0	0,00	0	0,00	1	0,73	0	0,00	1	0,73	0	0,00	7	5,09
Irupi	4	3,02	0	0,00	4	3,02	0	0,00	3	2,27	2	1,51	0	0,00	1	0,76	0	0,00	14	10,59
Itaguaçu	1	0,71	1	0,71	5	3,54	2	1,42	1	0,71	3	2,13	0	0,00	2	1,42	0	0,00	15	10,63
Itapemirim	6	1,76	2	0,59	9	2,64	2	0,59	3	0,88	2	0,59	0	0,00	2	0,59	1	0,29	27	7,93
Itarana	0	0,00	2	1,88	3	2,83	1	0,94	0	0,00	1	0,94	0	0,00	3	2,83	0	0,00	10	9,42
Iúna	5	1,72	1	0,34	6	2,07	1	0,34	0	0,00	4	1,38	0	0,00	1	0,34	1	0,34	19	6,54
Jaguaré	13	4,35	0	0,00	12	4,01	0	0,00	2	0,67	2	0,67	0	0,00	2	0,67	0	0,00	31	10,37
Jerônimo Monteiro	2	1,70	1	0,85	2	1,70	4	3,41	1	0,85	2	1,70	0	0,00	1	0,85	0	0,00	13	11,07
João Neiva	3	1,81	0	0,00	1	0,60	0	0,00	1	0,60	2	1,20	0	0,00	1	0,60	0	0,00	8	4,82
Laranja da Terra	1	0,91	1	0,91	4	3,65	0	0,00	1	0,91	1	0,91	0	0,00	1	0,91	0	0,00	9	8,21
Linhares	65	3,82	8	0,47	47	2,76	6	0,35	10	0,59	9	0,53	0	0,00	10	0,59	0	0,00	155	9,10
Mantenedópolis	6	3,95	1	0,66	9	5,92	0	0,00	0	0,00	3	1,97	0	0,00	1	0,66	1	0,66	21	13,82
Marataizes	3	0,79	4	1,05	10	2,62	4	1,05	1	0,26	3	0,79	0	0,00	3	0,79	0	0,00	28	7,35
Marechal Floriano	1	0,61	2	1,21	9	5,47	1	0,61	0	0,00	3	1,82	0	0,00	2	1,21	1	0,61	19	11,54
Marilândia	3	2,36	0	0,00	4	3,15	0	0,00	2	1,57	4	3,15	0	0,00	0	0,00	0	0,00	13	10,24
Mimoso do Sul	4	1,53	2	0,76	8	3,05	3	1,15	1	0,38	5	1,91	0	0,00	2	0,76	0	0,00	25	9,55
Montanha	0	0,00	1	0,53	4	2,13	1	0,53	1	0,53	2	1,07	0	0,00	3	1,60	0	0,00	12	6,39
Mucurici	0	0,00	2	3,60	1	1,80	1	1,80	1	1,80	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5	9,01

Muniz Freire	4	2,27	2	1,14	5	2,84	1	0,57	1	0,57	3	1,70	0	0,00	2	1,14	0	0,00	18	10,22
Muqui	1	0,65	0	0,00	1	0,65	2	1,30	0	0,00	3	1,95	0	0,00	1	0,65	0	0,00	8	5,20
Nova Venécia	7	1,41	4	0,80	14	2,81	5	1,00	2	0,40	8	1,61	1	0,20	2	0,40	0	0,00	43	8,64
Pancas	6	2,60	0	0,00	9	3,90	1	0,43	0	0,00	1	0,43	0	0,00	1	0,43	0	0,00	18	7,81
Pedro Canário	9	3,46	0	0,00	7	2,69	2	0,77	1	0,38	1	0,38	0	0,00	0	0,00	0	0,00	20	7,70
Pinheiros	17	6,35	0	0,00	11	4,11	1	0,37	1	0,37	2	0,75	0	0,00	2	0,75	0	0,00	34	12,70
Prúma	4	1,87	2	0,94	7	3,28	2	0,94	1	0,47	2	0,94	1	0,47	1	0,47	0	0,00	20	9,36
Ponto Belo	1	1,28	0	0,00	1	1,28	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	3,85	0	0,00	5	6,42
Presidente Kennedy	2	1,74	1	0,87	5	4,35	2	1,74	0	0,00	1	0,87	0	0,00	0	0,00	0	0,00	11	9,58
Rio Bananal	4	2,10	1	0,53	7	3,68	2	1,05	0	0,00	1	0,53	0	0,00	2	1,05	0	0,00	17	8,94
Rio Novo do Sul	3	2,58	0	0,00	6	5,16	0	0,00	0	0,00	3	2,58	0	0,00	1	0,86	0	0,00	13	11,19
Santa Leopoldina	3	2,44	2	1,63	6	4,88	2	1,63	0	0,00	2	1,63	0	0,00	1	0,81	0	0,00	16	13,01
Santa Maria de Jetibá	4	1,00	2	0,50	15	3,76	5	1,25	1	0,25	5	1,25	0	0,00	3	0,75	0	0,00	35	8,78
Santa Teresa	1	0,43	3	1,28	4	1,71	0	0,00	1	0,43	2	0,85	0	0,00	0	0,00	0	0,00	11	4,70
São Domingos do Norte	1	1,16	1	1,16	5	5,82	1	1,16	0	0,00	1	1,16	0	0,00	0	0,00	0	0,00	9	10,48
São Gabriel da Palha	7	1,87	1	0,27	7	1,87	0	0,00	1	0,27	3	0,80	0	0,00	3	0,80	0	0,00	22	5,89
São José do Calçado	2	1,89	0	0,00	2	1,89	4	3,79	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	8	7,57
São Mateus	59	4,59	6	0,47	29	2,26	2	0,16	7	0,54	9	0,70	0	0,00	10	0,78	2	0,16	124	9,65
São Roque do Canaã	2	1,62	0	0,00	4	3,25	1	0,81	0	0,00	1	0,81	0	0,00	1	0,81	0	0,00	9	7,31
Serra	211	4,16	21	0,41	65	1,28	19	0,37	4	0,08	57	1,12	1	0,02	21	0,41	6	0,12	405	7,98
Sooretama	13	4,41	1	0,34	3	1,02	2	0,68	1	0,34	2	0,68	0	0,00	1	0,34	0	0,00	23	7,81
Vargem Alta	3	1,41	4	1,89	8	3,77	0	0,00	0	0,00	6	2,83	1	0,47	1	0,47	0	0,00	23	10,85
Venda Nova do Imigrante	3	1,21	5	2,02	8	3,23	1	0,40	0	0,00	7	2,82	0	0,00	1	0,40	2	0,81	27	10,89
Viana	9	1,17	1	0,13	6	0,78	4	0,52	1	0,13	18	2,34	2	0,26	1	0,13	0	0,00	42	5,46
Vila Pavão	1	1,09	0	0,00	1	1,09	1	1,09	3	3,27	3	3,27	0	0,00	1	1,09	0	0,00	10	10,90
Vila Valério	8	5,68	1	0,71	2	1,42	1	0,71	1	0,71	2	1,42	0	0,00	0	0,00	0	0,00	15	10,65
Vila Velha	159	3,27	22	0,45	59	1,21	19	0,39	12	0,25	62	1,28	3	0,06	46	0,95	6	0,12	388	7,98
Vitória	84	2,34	21	0,59	36	1,00	16	0,45	6	0,17	76	2,12	3	0,08	8	0,22	16	0,45	266	7,42
Espírito Santo	1145	2,88	235	0,59	774	1,95	211	0,53	113	0,28	569	1,43	18	0,05	261	0,66	46	0,12	3372	8,49

Fonte: DATASUS / SIM e Estimativas populacional de 1992 a 2018 utilizadas pelo TCU

Homicídio

Neste estudo se observa que a taxa de homicídio está em declínio, saindo de 54,52/100 mil habitantes em 2008, para 42,27/100 mil habitantes em 2013, alcançando 28,54/100 mil habitantes em 2018. O meio mais usado foi arma de fogo, somados os vários tipos, com um percentual de 76,66% em 2008, 79,13% em 2013 e 77,12% em 2018. As armas de fogo responderam por 41,27/100 mil habitantes, 33,52/100 mil habitantes e 22,01/100 mil habitantes dos óbitos ocorridos por homicídio nos anos de 2008, 2013 e 2018, respectivamente. Na sequência, os objetos cortantes ou penetrantes com um percentual de 10,30% em 2008, 10,04% em 2013 e 12,26% em 2018, com uma taxa de 5,61/100 mil habitantes, 4,25/100 mil habitantes e 3,50/100 mil habitantes, para os anos de 2008, 2013 e 2018 respectivamente. O terceiro tipo mais comum é agressão por objeto contundente com 8,15% em 2008, 5,91% em 2013 e 5,96% em 2018, com uma taxa de 4,45/100 mil habitantes, 2,50/100 mil habitantes e 1,70/100 mil habitantes nos anos de 2008, 2013 e 2018, respectivamente.

Nos três anos de referência, o sexo masculino foi predominante, com um percentual de 90,21%, 89,46% e 91,19%, com uma taxa de 49,19/100 mil habitantes, 37,82/100 mil habitantes e 26,02/100 mil habitantes dos óbitos por homicídios, respectivamente para os anos de 2008, 2013 e 2018.

e 2018. O sexo feminino respondeu por 9,73%, 10,54% e 8,72%, com uma taxa de 5,31/100 mil habitantes, 4,45/100 mil habitantes e 2,49/100 mil habitantes dos óbitos por homicídios em 2008, 2013 e 2018, respectivamente.

A faixa etária de 15 a 39 anos responderam por 76,76%, 80,04% e 76,17%, sendo a faixa de 20 a 29 anos a mais afetada, com um percentual de 40,06%, 37,46% e 35,41%, com uma taxa de 116,90/100 mil habitantes, 90,60/100 mil habitantes e 61,96/100 mil habitantes dos óbitos por homicídios em 2008, 2013 e 2018, respectivamente. Destaca-se, ainda a faixa etária de 15 a 19 anos, com uma taxa de 103,94/100 mil habitantes, 117,39/100 mil habitantes e 65,04/100 mil habitantes, nos mesmos anos de comparação. (Tabela 06).

Tabela 06: Óbitos por tipo de homicídios segundo sexo, faixa etária e ano de ocorrência em residentes no Espírito Santo, 2008, 2013 e 2018.

Variáveis	2008			2013			2018		
	N	%	TX/100mil	N	%	TX/100mil	N	%	TX/100mil
total de homicídios	1962	100	54,52	1623	100	42,27	1158	100	28,54
Condição da Vítima									
X93, X94 , X95 Agressao disparo arma de fogo ou NE	1504	76,66	41,79	1287	79,30	33,52	893	77,12	22,01
X99 Agressao objeto cortante ou penetrante	202	10,30	5,61	163	10,04	4,25	142	12,26	3,50
Y00 Agressao p/meio de um objeto contundente	160	8,15	4,45	96	5,91	2,50	69	5,96	1,70
Y09 Agressao p/meios NE	48	2,45	1,33	34	2,09	0,89	12	1,04	0,30
X91 Agressao enforc estrangulamento sufocacao	23	1,17	0,64	16	0,99	0,42	18	1,55	0,44
Y07 Outr sindr de maus tratos	7	0,36	0,19	13	0,80	0,34	5	0,43	0,12
Y04 Agressao p/meio de forca corporal	7	0,36	0,19	9	0,55	0,23	11	0,95	0,27
X97 Agressao p/meio de fumaca fogo e chamas	7	0,36	0,19	3	0,18	0,08	5	0,43	0,12
X92 Agressao p/meio de afogamento e submersao	1	0,05	0,03	1	0,06	0,03	0	0,00	0,00
Y03 Agressao p/meio de impacto veic a motor	1	0,05	0,03	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Y05 Agressao sexual p/meio de forca fisica	0	0,00	0,00	1	0,06	0,03	0	0,00	0,00
Y08 Agressao p/outr meios espec	1	0,05	0,03	0	0,00	0,00	1	0,09	0,02
X96 Agressao p/meio de material explosivo	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	1	0,09	0,02
X86 Agressao p/meio de subst corrosivas	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	1	0,09	0,02
X90 Agressao prod quimicos e subst nocivas NE	1	0,05	0,03	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Total	1962	100	54,52	1623	100	42,27	1158	100,00	28,54
Sexo									
Masc	1770	90,21	49,19	1452	89,46	37,82	1056	91,19	26,02
Fem	191	9,73	5,31	171	10,54	4,45	101	8,72	2,49
Sem Informação	1	0,05	0,03	0	0,00	0,00	1	0,09	0,02
Total	1962	100	54,52	1623	0,00	42,27	1158	100	28,54
Faixa Etária									
00-04	3	0,15	1,04	5	0,31	1,82	2	0,17	0,76
05-09	2	0,10	0,65	2	0,12	0,68	3	0,26	1,07
10-14	29	1,48	9,28	43	2,65	13,65	17	1,47	5,67
15-19	333	16,97	103,94	376	23,17	117,35	210	18,13	65,04
20-29	786	40,06	116,90	608	37,46	90,60	410	35,41	61,96
30-39	387	19,72	69,29	315	19,41	49,67	262	22,63	38,26
40-49	222	11,31	46,53	140	8,63	27,49	120	10,36	21,58
50-59	107	5,45	31,75	83	5,11	20,25	76	6,56	16,50
60-69	36	1,83	20,33	32	1,97	13,75	38	3,28	12,31
70-79	17	0,87	16,58	10	0,62	8,40	13	1,12	9,01
80 e+	6	0,31	13,77	5	0,31	8,47	7	0,60	9,18
Sem Informação	34	1,73	0,94	4	0,25	0,10	0	0,00	0,00
total	1962	100	54,52	1623	100	42,27	1158	100	28,54

Fonte: DATASUS / SIM e Estimativas populacional de 1992 a 2018 utilizadas pelo TCU

Acidentes de Transporte

As taxas de mortalidade por acidentes de transporte observada nos anos de estudo deste trabalho apontam uma redução bastante significativa, saindo de 30,32/100 mil habitantes, 28,47/100 mil habitantes alcançando 18,93/100 mil habitantes respectivamente para os anos de 2008, 2013 e 2018.

Os dados apontam que nos anos de 2008 e 2013, os ocupantes de veículo eram as vítimas de maior incidência, respondendo por 29,49 % e 38,24% e uma taxa de 09,03/100 mil habitantes e 10,89/100 mil habitantes dos óbitos em acidentes de transportes. Nestes mesmos anos, os motociclistas ocuparam o segundo lugar, respondendo por 26,49 %, com uma taxa de 08,03/100 mil habitantes e 08,13/100 mil habitantes dos óbitos em acidentes de transportes em 2008 e 2013. No entanto, em 2018, os motociclistas passam a ocupar o primeiro lugar, com 30,08 % e uma taxa de 5,69/100 mil habitantes, contra 23,44% e uma taxa de 4,44/100 mil habitantes entre os ocupantes de veículos dos óbitos em acidentes de transportes.

Os óbitos de pedestres responderam pelo terceiro lugar com 23,92%, 16,83% e 19,27% com taxas de 7,25/100 mil habitantes, 4,79/100 mil habitantes e 3,65/100 mil habitantes, respectivamente para os anos de 2008, 2013 e 2018 para os óbitos por acidentes de transportes.

O sexo masculino esteve presente em 83,78%, 84,63% e 84,11%, com taxas de 50,79/100 mil habitantes, 48,35/100 mil habitantes e 31,92/100 mil habitantes entre os óbitos por acidentes de transporte ocorridos nos anos de 2008, 2013 e 2018, respectivamente. O sexo feminino respondeu por 16,22 %, 15,28% e 15,89%, com taxas de 9,84/100 mil habitantes, 15,28/100 mil habitantes e 15,89/100 mil habitantes entre os óbitos por acidentes de transporte ocorridos nos anos de 2008, 2013 e 2018, respectivamente.

A faixa etária de maior incidência foi a de 20 a 29 anos, seguida pela faixa de 30 a 39 anos, quando somadas, elas responderam por 48,37% dos óbitos por acidentes de transporte em 2008, 44,19% em 2013 e 38,02% em 2018.

A faixa etária de 70 a 79 anos é a mais atingida, com uma taxa de 44,85/100 mil habitantes em 2013. No entanto, a faixa etária acima de 80 anos apresentou uma taxa de 55,92/100 mil habitantes e 43,30/100 mil habitantes entre os óbitos por acidentes de transporte ocorridos nos anos de 2013 e 2018, respectivamente. (Tabela 07)

Tabela 07: Óbitos por tipo de acidentes de transporte segundo sexo, faixa etária e ano de ocorrência em residentes no Espírito Santo, 2008, 2013 e 2018.

Variáveis	2008			2013			2018		
	N	%	TX/100mil	N	%	TX/100mil	N	%	TX/100mil
Total ATT	1091	100	30,32	1093	100	28,47	768	100	18,93
Condição da Vítima									
V20 - V39 Motociclista	289	26,49	8,03	312	28,55	8,13	231	30,08	5,69
V40 a V79 Ocupante veículo	325	29,79	9,03	418	38,24	10,89	180	23,44	4,44
V80 - V89 - outros	190	17,42	5,28	152	13,91	3,96	192	25,00	4,73
V01 a V09 Pedestre	261	23,92	7,25	184	16,83	4,79	148	19,27	3,65
V10 a V19 Ciclista	26	2,38	0,72	27	2,47	0,70	17	2,21	0,42
Total	1091	100	30,32	1093	100	28,47	768	100	18,93
Sexo									
Masc	914	83,78	50,79	925	84,63	48,25	646	84,11	31,92
Fem	177	16,22	9,84	167	15,28	8,69	122	15,89	6,00
sem informação	0	0,00	0,00	1	0,09	0,03	0	0,00	0,00
Total	1091	100	30,32	1093	100	28,47	768	100	18,93
Faixa Etária									
1-4	18	1,65	6,23	11	1,01	4,00	3	0,39	1,14
5-9	14	1,28	4,54	10	0,91	3,40	5	0,65	1,79
10-14	23	2,11	7,36	14	1,28	4,44	4	0,52	1,33
15-19	85	7,79	26,53	81	7,41	25,28	72	9,38	22,30
20-29	297	27,22	44,17	247	22,60	36,81	147	19,14	22,22
30-39	231	21,17	41,36	236	21,59	37,22	145	18,88	21,17
40-49	175	16,04	36,68	188	17,20	36,92	142	18,49	25,53
50-59	114	10,45	33,83	144	13,17	35,14	105	13,67	22,79
60-69	66	6,05	37,27	80	7,32	34,37	63	8,20	20,40
70-79	46	4,22	44,85	48	4,39	40,34	49	6,38	33,98
80 e+	16	1,47	36,73	33	3,02	55,92	33	4,30	43,30
sem informação	6	0,55	0,17	1	0,09	0,03	0	0,00	0,00
Total	1091	100	30,32	1093	100	28,47	768	100	18,93

Fonte: DATASUS / SIM e Estimativas populacional de 1992 a 2018 utilizadas pelo TCU

Suicídio

Segundo os dados do TABNET/SIM, a taxa de suicídio por 100 mil habitantes que esteve com certa estabilidade nos óbitos por suicídio em torno dos 4,00/100 mil habitantes por um longo período, registra uma alta no número de óbitos por suicídio no Espírito Santo, a partir de 2017 e 2018, com uma taxa de 5,20 e 5,82/100 mil habitantes, respectivamente. (Quadro 2)

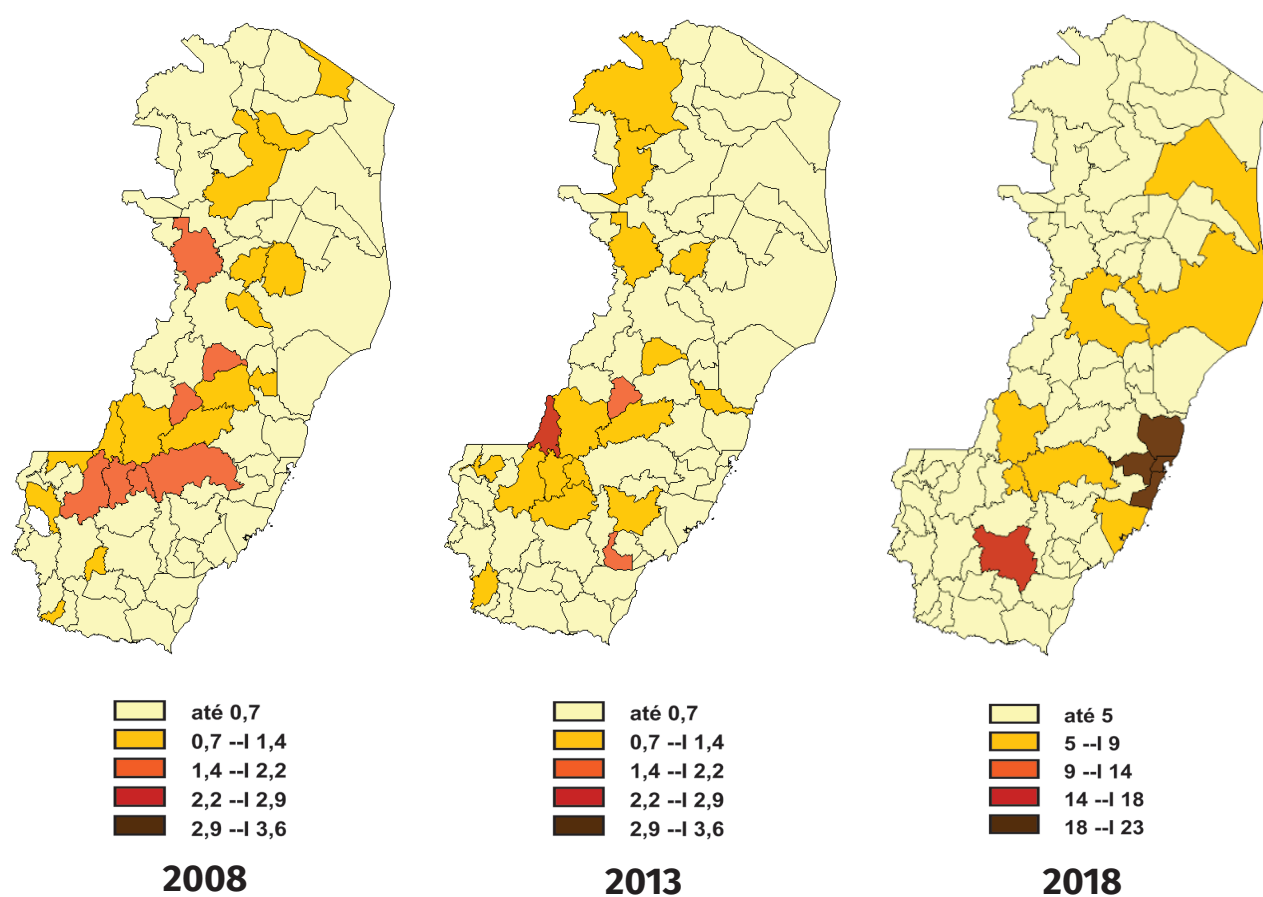
Quadro 02: Taxa de mortalidade por suicídio por 100 mil habitantes residentes no Espírito Santo, 2008 a 2018.

Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
N	151	150	163	164	179	159	173	194	175	209	236
TX / 100 mil Hab	4,2	4,11	4,41	4,38	4,72	4,14	4,45	4,94	4,4	5,2	5,82

Fonte: DATASUS / SIM e Estimativas populacional de 1992 a 2018 utilizadas pelo TCU

Os maiores índices de mortalidade por suicídio até o ano de 2016, no Espírito Santo, se encontravam nos municípios do interior, com algumas características que se assemelham entre si, embora não seja uma regra, tais como: colonização europeia, maioria de clima frio, altitudes elevadas e agricultura como maior meio de produção, com consequente presença de agrotóxico. No entanto, em 2018, observa-se a Região Metropolitana, com ênfase na Região da Grande Vitória com o maior índice (Figura 2)

Mapa 01: Taxa de mortalidade por suicídio, por 10mil habitantes segundo município de residência do Estado Espírito Santo – 2006 a 2016



O meio mais usado para o acometimento do suicídio foi o enforcamento e estrangulamento em todos os anos da década. No ano de 2008, o enforcamento respondeu por 49,01% dos óbitos por suicídio, segundo lugar foi arma de fogo, com 10,60% na soma de todos os tipos de armas, o terceiro lugar ficou com os produtos químicos com 7,28%, o quarto lugar foi dividido entre o uso de medicamentos, todos os tipos, pesticidas e outros meios inespecíficos com 6,62% entre os óbitos por suicídio. Em 2013, enforcamento continuou a ser o primeiro colocado, com um percentual de 50,31% dos óbitos, segundo lugar foi uso de armas de fogo com 13,34%, o terceiro lugar foi por uso de pesticidas com um percentual de 6,92%, quarto lugar foi por uso de medicamentos com 6,29% e o quinto lugar foi por precipitação por lugares elevados com o percentual de 5,66% dos óbitos por suicídio. Em 2018, enforcamento ocupou, novamente, o primeiro lugar com 60,59%, medicamentos ocuparam o segundo lugar com 9,75%, o terceiro lugar foi por precipitação por lugares elevados com 8,05%, quarto lugar, o uso de armas de fogo com 5,51% e quinto lugar o uso de produtos químicos com 4,24% dos óbitos por suicídio.

O sexo masculino esteve presente em 73,51 %, 68,55% e 75%%, com taxas de 6,17/100 mil habitantes, 5,69/100 mil habitantes e 8,75/100 mil habitantes entre os óbitos por suicídios ocorridos nos anos de 2008, 2013 e 2018, respectivamente. O sexo feminino esteve presente em 26,49 %, 31,45% e 24,58 %, com taxas de 2,22/100 mil habitantes, 2,60/100 mil habitantes e 2,85/100 mil habitantes entre os óbitos por suicídios ocorridos nos anos de 2008, 2013 e 2018, respectivamente.

A faixa etária de 30 a 39 anos foi a mais atingida, com um percentual de 25,83%, 28,30% e 22,88%, com uma taxa de 1,13/100 mil habitantes, 1,17/100 mil habitantes e 1,36/100 mil habitantes dos óbitos por suicídio ocorridos em 2008, 2013 e 2018, respectivamente. Observa-se que somados as faixas etárias de 30 a 59 anos responderam por 60,27%, 71,06% e 65,25% dos óbitos por suicídio ocorridos em 2008, 2013 e 2018, respectivamente. Observa-se ainda um aumento na faixa etária de 15 a 19 anos, que foi de 2,65%, 3,14% e 3,81% dos óbitos por suicídio ocorridos nos mesmos anos.

É possível perceber ainda que em 2018, 1,69% dos óbitos ocorreu na faixa etária de 10 a 14 anos, ocorrência exclusiva deste ano, não sendo observada nos demais anos deste estudo. (Tabela 8).

Tabela 08: Óbitos segundo o meio usado para execução do suicídio, sexo, faixa etária e ano de ocorrência em residentes no Espírito Santo, 2008, 2013 e 2018.

Variáveis	2008			2013			2018		
	N	%	TX/100mil	N	%	TX/100mil	N	%	TX/100mil
total de suicídio	151	100	4,20	159	100	4,14	236	100	5,82
Condição da Vítima									
X70 Lesão autoprov intenc enforc estrang sufoc	74	49,01	2,06	80	50,31	2,08	143	60,59	3,52
X60, X61, X62, X64 Auto-int intenc drog med subst biolog NE	10	6,62	0,28	10	6,29	0,26	23	9,75	0,57
X80 Lesão autoprov intenc precip lugar elevado	6	3,97	0,17	9	5,66	0,23	19	8,05	0,47
X74, X72 Lesão autoprov intenc disp arma fogo e NE	16	10,60	0,44	22	13,84	0,57	13	5,51	0,32
X69 Auto-int intenc outr prod quim subst noc NE	11	7,28	0,31	7	4,40	0,18	10	4,24	0,25
X68 Auto-intox intenc a pesticidas	10	6,62	0,28	11	6,92	0,29	9	3,81	0,22
X84 Lesão autoprov intenc p/meios NE	10	6,62	0,28	7	4,40	0,18	6	2,54	0,15
X71 Lesão autoprov intenc p/afogamento submersao	3	1,99	0,08	2	1,26	0,05	4	1,69	0,10
X78 Lesão autoprov intenc obj cortante penetr	3	1,99	0,08	2	1,26	0,05	2	0,85	0,05
X65 Auto-intox voluntaria p/alcool	1	0,66	0,03	0	0,00	0,00	2	0,85	0,05
X82 Lesão autoprov intenc impacto veic a motor	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	2	0,85	0,05
X76 Lesão autoprov intenc fumaca fogo e chamas	3	1,99	0,08	8	5,03	0,21	1	0,42	0,02
X79 Lesão autoprov intenc p/objeto contundente	0	0,00	0,00	1	0,63	0,03	1	0,42	0,02
X67 Auto-intox intenc p/outr gases e vapores	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	1	0,42	0,02
X66 Auto-int int solv org hidrocarb halog vapor	3	1,99	0,08	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
X83 Lesão autoprov intenc p/outr meios espec	1	0,66	0,03	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
total	151	100	4,20	159	100	4,14	236	100	5,82
Sexo									
Masc	111	73,51	6,17	109	68,55	5,69	177	75,00	8,75
Fem	40	26,49	2,22	50	31,45	2,60	58	24,58	2,85
Total	151	100	4,20	159	100	4,14	236	100	5,82
Faixa Etária									
10-14	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	4	1,69	0,10
15-19	4	2,65	0,12	5	3,14	0,13	9	3,81	0,23
20-29	25	16,56	0,72	22	13,84	0,57	40	16,95	1,01
30-39	39	25,83	1,13	45	28,30	1,17	54	22,88	1,36
40-49	27	17,88	0,78	34	21,38	0,89	52	22,03	1,31
50-59	25	16,56	0,72	34	21,38	0,89	48	20,34	1,21
60-69	21	13,91	0,61	10	6,29	0,26	18	7,63	0,45
70-79	7	4,64	0,20	7	4,40	0,18	10	4,24	0,25
80e+	3	1,99	0,09	2	1,26	0,05	1	0,42	0,03
total	151	100	4,20	159	100	4,14	236	100	5,82

Fonte: DATASUS / SIM e Estimativas populacional de 1992 a 2018 utilizadas pelo TCU

Parte dos óbitos por suicídio ocorreu na Terceira Ponte, que seguindo o aumento ocorrido em todo o estado, também sofreu acréscimo, significando um percentual de 0,66%, 1,92% e 2,98%, dentre todos os óbitos, por suicídio, ocorridos no Espírito Santo, respectivamente para os anos de 2008, 2013 e 2018.

Quadro 03: Comparação do número de óbito por suicídios na Terceira Ponte e mortalidade por suicídio ocorridos entre os residentes no Espírito Santo, 1999 a 2018.

Ano		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ÓBITOS	Estado Espírito Santo	93	110	114	112	145	124	118	127	117	151	149	157	162	179	156	170	192	175	207	235
	Suicídio Grande Vitória (Serra, Vitória, Cariacica e Vila Velha)	35	44	52	43	44	50	31	47	46	54	60	55	64	63	64	70	76	77	79	87
3ª PONTE	Óbitos	0	2	9	2	1	4	2	4	4	1	2	2	8	6	3	12	6	10	9	7
	Tentativas	0	8	20	15	11	8	12	16	14	18	11	15	21	28	15	43	31	46	61	71
	% em relação Estado	0	1,82	7,89	1,79	0,69	3,23	1,69	3,15	3,42	0,66	1,34	1,27	4,94	3,35	1,92	7,06	3,13	5,71	4,35	2,98

Fonte: Rodosol, Polícia Militar, DATASUS / SIM e Estimativas populacional de 1992 a 2018 utilizadas pelo TCU

Quedas

Os óbitos por quedas apresentaram uma taxa de 9,50/100 mil habitantes em 2008, 12,66/100 mil habitantes em 2013 e 14,12/100 mil habitantes em 2018, mostrando um nítido crescimento na década.

O sexo masculino esteve presente em 63,45 %, 55,35% e 58,29%, com taxas de 12,06/100 mil habitantes, 14,03/100 mil habitantes e 16,50/100 mil habitantes entre os óbitos por quedas ocorridos nos anos de 2008, 2013 e 2018, respectivamente. O sexo feminino esteve presente em 36,55%, 44,65% e 41,71% com taxas de 6,95/100 mil habitantes, 11,29/100 mil habitantes e 11,75/100 mil habitantes entre os óbitos por quedas ocorridos nos anos de 2008, 2013 e 2018, respectivamente. Todas as análises apontam um aumento considerável desse tipo de ocorrência.

A faixa etária acima de 70 anos respondeu por 54,38% dos óbitos por queda. No entanto, a população acima de 80 anos é sem sombra de dúvidas a mais vulnerável, com taxas de 252,54/100 mil habitantes, 376,19/100 mil habitantes e 309,64/100 mil habitantes dos óbitos por quedas ocorridos em 2008, 2013 e 2018, respectivamente. (Tabela 9)

Tabela 09: Óbitos por quedas segundo sexo, faixa etária e ano de ocorrência em residentes no Espírito Santo, 2008, 2013 e 2018.

Causas	2008			2013			2018		
	N	%	TX/100mil	N		TX/100mil	N		TX/100mil
Externas									
Queda	342	100	9,50	486	100	12,66	573	100	14,12
sexo									
Masc	217	63,45	12,06	269	55,35	14,03	334	58,29	16,50
Fem	125	36,55	6,95	217	44,65	11,29	239	41,71	11,75
Total	342	100,00	9,50	486	100	12,66	573	100	14,12
Faixa etária									
00-04	2	0,58	0,69	5	1,03	1,82	1	0,17	0,38
05-09	2	0,58	0,65	1	0,21	0,34	3	0,52	1,07
10-14	2	0,58	0,64	2	0,41	0,63	3	0,52	1,00
15-19	3	0,88	0,94	1	0,21	0,31	3	0,52	0,93
20-29	4	1,17	0,59	12	2,47	1,79	5	0,87	0,76
30-39	27	7,89	4,83	25	5,14	3,94	12	2,09	1,75
40-49	43	12,57	9,01	34	7,00	6,68	35	6,11	6,29
50-59	37	10,82	10,98	54	11,11	13,18	83	14,49	18,02
60-69	36	10,53	20,33	48	9,88	20,62	89	15,53	28,82
70-79	76	22,22	74,10	81	16,67	68,08	101	17,63	70,04
80 e+	110	32,16	252,54	222	45,68	376,19	236	41,19	309,64
Total	342	100,00	9,50	486	100	12,66	573	100	14,12

Fonte: DATASUS / SIM e Estimativas populacional de 1992 a 2018 utilizadas pelo TCU

Internações

O número de internações por causas externas em 2008 foi de 12.592 e de 25.694 em 2018, o que equivale a 2,04 vezes de aumento. Essa elevação se deve, sobretudo, às internações por outras causas externas de lesões acidentais que aumentou de 6.560 em 2008 para 14.951 em 2018.

Da mesma forma, os valores pagos pelo SUS referente a internações por causas externas subiram de R\$ 10.285.750,14 em 2008 para R\$ 26.073.813,51, apresentando um aumento de 2,53 vezes na década de estudo. (Tabela 10)

TABELA 10: Internações e valores pagos pelo SUS por internações segundo tipo de causas externas de residentes no Espírito Santo – 2008 a 2018.

Internações por Grande Grupo de Causas e Ano processamento											
Grande Grupo Causas	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
V01-V99 Acidentes de transporte	1.603	1.945	3.614	4.423	4.275	4.978	5.774	6.563	6.509	7.037	6.860
W00-X59 Outras causas externas de lesões acident	6.560	7.917	9.051	10.091	10.194	11.789	12.767	13.442	13.635	14.951	15.249
X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente	220	232	395	425	351	364	355	330	258	185	220
X85-Y09 Agressões	420	794	1.054	1.046	990	1.226	1.513	1.546	1.310	1.258	1.137
Y10-Y34 Eventos cuja intenção é indeterminada	62	79	199	248	179	180	401	1.084	1.357	1.145	791
Y35-Y36 Intervenções legais e operações de guerra	2	1	1	1	-	1	4	1	2	2	2
Y40-Y84 Complic assistência médica e cirúrgica	134	166	542	525	602	739	769	1.009	820	820	745
Y85-Y89 Sequêlas de causas externas	62	102	43	381	634	620	764	815	789	399	246
Y90-Y98 Fatores suplement relac outras causas	22	18	27	16	61	148	145	340	277	239	204
S-T Causas externas não classificadas	3.507	3.657	1.266	962	1.238	1.532	1.579	572	325	354	240
Total	12.592	14.911	16.192	18.118	18.524	21.577	24.071	25.702	25.282	26.390	25.694
% de variação	2,04										
Valor total por Grande Grupo de Causas e Ano processamento											
V01-V99 Acidentes de transporte	1.847.018,58	2.479.212,44	4.164.850,08	5.326.423,16	5.386.580,87	5.930.967,51	7.189.262,70	8.123.340,10	8.221.046,97	7.927.976,14	7.234.278,21
W00-X59 Outras causas externas de lesões acident	5.022.732,90	6.725.387,48	6.980.586,14	8.737.943,47	8.776.243,42	10.127.598,98	10.810.448,61	11.769.295,54	12.984.561,37	14.062.620,18	13.691.044,36
X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente	40.682,79	63.067,80	186.627,24	118.029,41	97.371,65	87.975,06	87.276,21	102.162,62	155.928,50	115.718,46	118.643,87
X85-Y09 Agressões	432.996,89	838.724,50	1.707.672,45	1.952.935,36	1.790.194,78	2.068.330,07	2.266.936,46	2.486.459,04	2.193.837,78	2.085.747,13	1.404.238,97
Y10-Y34 Eventos cuja intenção é indeterminada	28.676,53	82.454,80	104.679,74	139.858,94	139.312,28	139.720,13	282.023,38	1.023.477,14	2.047.872,07	1.973.958,67	996.770,40
Y35-Y36 Intervenções legais e operações de guerra	628,32	2.861,36	223,33	623,80	-	543,08	2.324,61	695,21	398,66	1.292,72	590,37
Y40-Y84 Complic assistência médica e cirúrgica	68.944,46	196.830,80	702.543,36	854.059,37	1.249.586,45	1.391.992,67	1.314.587,48	2.080.833,05	2.208.280,53	1.825.270,31	2.005.885,44
Y85-Y89 Sequêlas de causas externas	71.864,09	43.814,12	37.365,81	274.149,84	387.473,53	344.073,52	464.272,83	593.559,75	613.445,00	383.880,71	283.767,17
Y90-Y98 Fatores suplement relac outras causas	7.862,87	5.277,14	7.500,13	17.782,18	137.686,04	349.338,78	221.460,80	264.783,62	294.845,71	230.351,51	261.758,80
S-T Causas externas não classificadas	2.764.342,71	2.804.257,92	850.368,80	567.586,64	808.929,67	1.265.852,70	1.498.318,91	319.696,68	131.662,33	106.729,86	76.835,72
Total	10.285.750,14	13.241.888,36	14.742.417,08	17.989.392,17	18.773.378,69	21.706.392,50	24.136.911,99	26.764.302,75	28.851.878,92	28.713.545,69	26.073.813,51
% de variação	2,53										

Fonte: DATASUS / SIM e Estimativas populacional de 1992 a 2018 utilizadas pelo TCU

Discussão

As causas externas têm um componente muito intenso a partir do comportamento da população e que demanda do poder público uma atenção ainda mais qualificada no ato do planejamento das ações para a redução de morbimortalidade por estes agravos. Percebe-se um aumento significativo das taxas de maneira geral, a partir de 2017 e 2018.

Uma vez que a violência gera, ao mesmo tempo em que é gerada pela desigualdade social, sendo produzida por multicausalidades que impactam na sociedade, pode se inferir que vários fatores contribuíram para o aumento das taxas de mortalidade por causas externas. Pode se apontar, sobretudo a grave crise política ocorrida em nível nacional, ampliada pelo difícil processo da eleição federal, com clara divisão da população do país entre dois lados antagônicos. Além da crise política, o país passa por uma crise econômica que tem gerado alto índice de desemprego, ampliando as possibilidades de adoecimento psíquico das pessoas que por sua vez, pode ser um desencadeador de processos desesperados de suicídio.

Para o Espírito Santo, soma-se o fato de que ocorreu em 2017, um movimento na segurança pública, que resultou na paralisação desses serviços no período de 03 a 25/02/2017. Ainda que nem todos os municípios tenham ficado todo o período sem a cobertura policial, este fato ficou muito evidente na Grande Vitória, onde reside a grande maioria da população capixaba. Esse processo paralisou a população por alguns dias, tendo implicado no movimento de ida e vinda das pessoas para cumprimento de agendas pessoais quanto ao trabalho, escola e outros. Parece que este fato causou um desequilíbrio no processo de adoecimento e óbito da população, para o ano de 2017 e se arrastou até 2018, mas que ainda precisa ser melhor estudado para avaliar a real implicação deste fator nas ocorrências.

Com o acelerado envelhecimento da população, os idosos denotam um cuidado ainda maior, amparada por vasta discussão sobre que cidades estão se construindo para as pessoas. Há grande incentivo para a autonomia desse nicho da população, chamando-os a tomarem as ruas com propostas de atividades voltadas para a promoção da saúde física e mental dos mesmos. No entanto, com as vias cada vez mais tomadas por veículos que vão dos carros, motocicletas, bicicletas e até patinetes elétricos, parece que essa população está sendo esquecida por ocasião dos planejamentos das travessias de grandes pistas e até aquelas que estão diante de aparelhos destinados aos idosos. Essa afirmativa se pauta nas construções de passarelas sem acessibilidade para os idosos e nos tempos dos semáforos em todo território capixaba.

Quanto aos suicídios, é preocupante o aumento, sobretudo no rebaixamento de início da faixa etária de incidência para 10 a 14 anos e mais ainda quando há registros de crianças de até 6 anos em tratamento por mais de uma tentativa.

Em 2014, um episódio de suicídio ocorrido na Terceira Ponte causou grande comoção social, com dois óbitos, sendo um homicídio e um suicídio na mesma ocorrência. Este caso ganhou as mídias, com grande repercussão na imprensa e depois desse fato, percebe-se no ano de 2014, um aumento de quase três vezes mais de tentativas, sugerindo o que especialistas como Dr. Neury Botega e Karen Scavacini, classificam como efeito contágio.

De maneira geral, as análises dos dados demonstrados neste trabalho, refletem em muito a realidade no Brasil. Assim a discussão realizada pela equipe do Ministério da Saúde, por ocasião de análise similar publicada no SAÚDE BRASIL 2014 se encaixa perfeitamente à leitura interna da equipe da Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo, para este trabalho, motivo pelo qual replicamos na íntegra, posto que aquela equipe conseguiu expressar exatamente o que se poderia dizer do Espírito Santo em relação à análise da mortalidade por causas externas no Estado do Espírito Santo:

“Os óbitos por causas externas vitimaram predominantemente indivíduos do sexo masculino, com idade entre 20 e 39 anos e de cor parda. Pode-se atribuir este perfil à maior exposição de homens jovens a algumas atividades laborais de maior risco, ao consumo de álcool, aos comportamentos agressivos e à direção perigosa de veículos automotores. Quanto à raça/cor da pele, esta não deve ser considerada como fator de risco, mas sim relacionada à vulnerabilidade exercida pela inserção social adversa de alguns grupos étnicos. Corroborando com os dados apresentados no presente estudo, o predomínio da mortalidade por agressão no total de óbitos por causas externas, em jovens e adultos, constitui um fenômeno bastante estudado nas últimas décadas, sendo reconhecido como problema bastante complexo e multicausal. Este fenômeno está associado às más condições de vida, à instabilidade familiar, à falta de oportunidade para escolarização de qualidade e consequente dificuldade de inserção no mercado de trabalho formal, às barreiras para ascensão social, às precárias opções de lazer e ao assédio atraente do tráfico de drogas e acesso às armas. Essas condições determinam e traduzem diferentes faces das desigualdades sociais, uma realidade recorrente da vida dos adultos jovens pobres no Brasil, vítimas e agressores frequentes da violência urbana. Estudos que apresentam achados semelhantes aos da presente pesquisa justificam o predominante envolvimento masculino na faixa etária de 20 a 39 anos em situações de agressões, pela questão cultural de gênero. A violência consiste eventualmente em uma forma de resolução de conflitos entre homens. Além disso, esses sujeitos podem apresentar comportamentos violentos devido a fatores familiares e sociais conturbados, violência doméstica, uso de álcool e drogas, baixa renda, isolamento social, entre outros fatores. A industrialização acelerada e o movimento migratório fizeram com que as cidades absorvessem grande número de pessoas, sem o oportuno e suficiente acompanhamento da infraestrutura urbana que contribuiu para desencadear uma série de problemas sociais. Fatores como o aumento da frota de veículos, más condições das vias, falta de fiscalização e impunidade para os transgressores contribuíram para o aumento dos ATT. Além disso, o tráfico de drogas e o acesso às armas das regiões metropolitanas para as cidades do interior dos estados brasileiros, anteriormente tranquilas, caracterizam a interiorização da violência. Em relação aos ATT, desde a década de 1980, os adultos do sexo masculino destacam-se como principais vítimas, principalmente o grupo de 20 a

39 anos. Esta associação tem sido explicada por diferentes fatores. A maior exposição desses sujeitos a profissões que exigem maior exposição a esses acidentes, tais como motoristas profissionais de ônibus e caminhões, viagens por motivos ocupacionais, uso de motocicletas para entrega de mercadorias (motoboys), entre outros. Além disso, fatores ligados a comportamentos próprios desse grupo, decorrentes da imaturidade e da inexperiência, tais como desrespeito às normas de trânsito, espírito desafiador, combinação de álcool e drogas com direção e abuso da velocidade, podem contribuir com maior ocorrência desse tipo de acidente. No entanto, em relação ao risco de morte (letalidade), a faixa etária mais acometida é a dos idosos. Nesse sentido, deve-se considerar o próprio processo de envelhecimento que acarreta alterações fisiológicas que interferem na resposta do indivíduo idoso ao trauma, tornando-o suscetível a maior gravidade decorrente dos ATT. Sobre a morbidade por causas externas, vale ressaltar que as internações hospitalares retratam apenas uma parcela de todos os indivíduos acometidos. Ficam excluídas dessa estatística as vítimas fatais no local do evento, ou com lesões leves que não demandaram atendimento hospitalar. Além disso, não são incluídas as vítimas cujo atendimento hospitalar foi financiado por recursos próprios ou por seguros de saúde privados. Todavia, as internações do SIH/SUS refletem a morbidade grave por causas externas da população atendida por serviços do SUS. Foi observada a redução nas taxas de internação por ATT após o ano de 1998, com a implantação do novo Código de Trânsito Brasileiro que estabeleceu várias medidas para o trânsito, tais como punição dos infratores, educação no trânsito para prevenção e conscientização dos condutores nas vias, entre outras. Esse fato demonstrou claramente como uma política setorial pode ter impacto na morbimortalidade por essa causa. No entanto, em anos mais recentes, tem sido verificado incremento desse indicador. Dessa forma, é importante reforçar as medidas instituídas no Código, fomentar ações de promoção de saúde, atuando sobre os fatores de risco e proteção com intuito de sensibilizar a população para adoção de hábitos seguros e saudáveis. Um pouco mais recente, a Lei Seca vem sendo efetivada e a fiscalização e penalidade em relação à associação de álcool e direção veicular deve ser fator primordial para a reversão desse cenário. As quedas em indivíduos idosos representam grande transtorno devido às elevadas taxas de morbidade e mortalidade associadas e ao ônus ocasionado ao SUS, que tem gastos crescentes com tratamentos decorrentes deste tipo de lesão. Devido aos agravos, sejam fraturas ou lesões de partes moles, é sensível o impacto ocasionado por atendimentos e internações tanto para o sistema público quanto para o sistema privado de saúde. Além do impacto direto nos anos potenciais de vida perdidos em decorrência das causas externas, esses agravos repercutem na incidência de incapacidades e mortes de pessoas em idade economicamente ativa, com reflexo no contexto familiar, social e econômico. Os custos desses eventos impõem ônus econômico a todo o País, com assistência à saúde, custos legais e produtividade perdida. O SIH/SUS permite dimensionar apenas parte dos gastos hospitalares com causas externas, mas ainda há de se considerar a parcela paga para materiais, equipamentos e recursos humanos do setor Saúde, além de custos com previdência social e gastos ambulatoriais envolvidos nos atendimentos de emergência. É pertinente salientar que ainda há necessidade de melhorias na qualidade das informações disponíveis para o estudo das causas externas no Brasil. Um exemplo é o percentual relevante de registros mal preenchidos no que se refere à variável raça/cor da pele no SIH/SUS, proporção 6,6 vezes a da observada para a mesma variável no SIM. Também há falhas na qualidade da informação no que se refere à causa básica da

morte e ao diagnóstico secundário para as ocorrências devidas a causas externas, o que contribui para a robustez das categorias “causas de intenção indeterminada” e “demais causas externas”. Apesar do evidente aumento na utilização dos sistemas de informação para fins de análises epidemiológicas no Brasil em anos recentes, faz-se necessário o contínuo investimento na melhoria da qualidade do preenchimento de seus formulários. A complexidade que envolve o fenômeno das causas externas demanda ações conjuntas entre vários setores (Saúde, Educação, Judiciário, serviço de trânsito, serviço social, entre outros) para canalizar ações de prevenção e promoção para obter uma melhor qualidade de vida nos níveis individual, familiar, coletivo e cultural no intuito de reverter essa triste realidade do Estado e do País.”

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes; 2006 e 2007. Brasília, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas; 2014. Brasília, 2015.

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf

Brito, C., Revista Galileu: Efeito werther: como um suicídio pode afetar outras pessoas, 18 set 2019, consultada em 29/09/19

<https://revistagalileu.globo.com/Ciencia/Saude/noticia/2019/09/efeito-werther-como-um-suicidio-pode-afetar-outras-pessoas.html>

Crise da segurança pública no Espírito Santo em 2017, Wikipedia, consultada em 29/09/19

https://pt.wikipedia.org/wiki/Crise_da_seguran%C3%A7a_p%C3%BAblica_no_Esp%C3%ADrito_Santo_em_2017

Situação epidemiológica das notificações de violência no Estado do Espírito Santo, 2018.

Edleusa Gomes Ferreira Cupertino o e Márcio Nunes Rodrigues
Referências técnicas da Vigilância Epidemiológica em Causas Externas

A Vigilância epidemiológica contínua visa descrever o perfil dos atendimentos por violências (doméstica, sexual e/ou outras violências) nos serviços de saúde e parceiros da rede de cuidados, caracterizando as vítimas, o tipo e o local das violências, o (a) provável autor (a) da agressão, entre outros; além de articular e integrar com a Rede de Atenção, Cuidados e Proteção Social às Pessoas em Situação de Violências, garantindo-se assim a atenção integral e humanizada, a proteção e garantia de direitos humanos.

Os dados coletados a partir da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada, cuja última versão é a 5.1, datada de 2015 e disponibilizada na internet, são digitados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) com objetivo de coletar, transmitir e disseminar dados gerados pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica, das três esferas de governo, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória.

Desde a promulgação da Portaria 104/2011, a notificação de violências é compulsória. Notifica-se todo e qualquer caso suspeito ou confirmado de violências contra crianças, adolescentes, mulheres, idosos, indígenas, população LGBT e portadores de deficiências, como população mais vulnerável. Para o homem de 20 a 59 anos, apenas a violência extrafamiliar (briga de trânsito, tráfico e outros correlatos) não são de notificação, assim como os casos em que a pessoa já chega aos serviços de saúde em óbito, uma vez que para os óbitos já há uma vigilância por meio da declaração de óbitos. Lembrando que não é exigida a assinatura do profissional notificante, mas é imprescindível que tenha a assinatura institucional, ou seja, o carimbo com os dados da instituição onde foi gerada a notificação.

Em 2014, amparada pela Portaria 1271/2014, atualizada pela Portaria 204/2016, os casos de violência sexual e as tentativas de suicídio passaram a ter caráter imediato de notificação, devendo ser comunicados à Secretaria Municipal de Saúde em até 24 horas após o primeiro atendimento da pessoa em situação de violência. Também é obrigatória a comunicação, ao que se sugere um relatório sucinto, de qualquer tipo de violência contra crianças e adolescentes ao Conselho Tutelar, pelo meio mais rápido, conforme preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), assim como, os casos de violência contra o idoso, ao respectivo conselho, conforme Estatuto do Idoso.

Sendo o setor saúde a referência para prestação de cuidado para com as pessoas, então, os municípios que apresentarem o maior número de fichas de notificação de violência e de unidades notificantes, além de serviços de referência para atenção integral às pessoas em situação de violência, está longe de ser o mais violento, mas é sim o mais cuidadoso. Aponta para uma equipe comprometida com a vigilância e atenção ao agravo e uma gestão, consciente do importantíssimo papel da saúde no enfren-

tamento da violência em seu território, posto que a saúde pode apontar sinais e sintomas de violência antes mesmo da ocorrência e propor uma intervenção interinstitucional, multidisciplinar e efetiva.

Este estudo pretende descrever as informações contidas na ficha de notificação, caracterizando o perfil das pessoas em situação de violência, bem como o perfil das ocorrências e do possível agressor, no período de 2018, considerando as regiões de saúde, sexo e faixa etária. Os dados foram extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). A base de 2018, ainda demanda limpeza de duplicidade pelo Ministério da Saúde, o que torna os dados preliminares e foram extraídos em agosto 2019.

Resultados

De 2011 a 2018, ocorreu um aumento de 1017% no número de notificações saindo de 855 para 9549 fichas, demonstrando uma média de crescimento de 145,7% ao ano. O número de municípios notificantes saiu de 28,2% em 2011 para 94,9 % em 2018, demonstrando uma média de 9,52% de adesão ao ano, por parte dos municípios. No entanto, 04 municípios continuam silenciosos, apesar de vários profissionais capacitados, sobretudo em final de 2018. São eles: Pancas, Bom Jesus do Norte, Águia Branca e Ibitirama.

O sexo feminino respondeu por 75,46% das notificações de violência, enquanto o sexo masculino respondeu por 24,54%, no ano de 2018.

A faixa etária de maior ocorrência é a de 30 a 39 anos para ambos os sexos, sendo a mulher com 33,22% e os homens com 7,68% das notificações. Percebe-se que 20,38% das notificações foram de crianças e adolescentes menores de 14 anos, sendo 13,30% do sexo feminino e 7,08% do sexo masculino. (Tabela 01)

Tabela 01: Evolução e distribuição notificações de violência, segundo município de notificação, faixa etária, sexo e ano de notificação de residentes no Espírito Santo, 2011 a 2018.

Evolução do número de notificações de violência, na população residente no ES, 2018

Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Notificações	855	1575	2800	4259	5132	6798	7531	9549
Municípios silenciosos	56	41	22	15	17	7	6	4

Percentual de distribuição das notificações segundo sexo e faixa etária, de residentes no ES, 2018

Faixa etária	< 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 59	60 e mais
Feminino	0,94	1,73	2,15	8,49	10,77	33,22	15,16	75,46
Masculino	0,52	1,30	2,14	3,12	4,79	7,68	3,16	24,54

Fonte: SINAN

Em 2018 foram registrados no SINAN, 9549 fichas de notificação, com uma somatória de 15.684 tipos de notificação, sugerindo uma média de 1,64 tipos de violência por ficha de notificação. A violência física apresentou o maior número respondendo por 32,86%, seguida por lesão autoprovocada

com 20,21% das notificações. Somadas estes dois tipos respondem por 53,07% das notificações.

Destaca-se a violência física, outras violências, negligência e abandono como aquelas de maior impacto na faixa etária menor de 04 anos, no entanto, 41,04% de todas as notificações foram na faixa etária de 20 a 39 anos, sendo 33,29% em mulheres.

A raça negra, formada pela soma da preta e parda, responderam por 69,47% das violências notificadas, sendo a maioria em todas as faixas etárias.

Entre as notificações, 32,33% das fichas não registraram devidamente o campo relativo à escolaridade, optando por ignorado ou não se aplica. Ainda assim, verifica-se que a violência esteve presente em todas as faixas de escolaridade, destacando-se de 5º ao 8º ano e 2º grau completo que somados alcançam o valor de 34,44% das notificações, apresentando 17,08 e 17,36%, cada faixa, respectivamente. Estima-se que os serviços privados de saúde contabilizariam um valor mais expressivo para o nível superior, posto que este nicho tem um número pequeno de atendimento nos serviços públicos de saúde.

O campo orientação sexual das pessoas notificadas apresentou um percentual de 31,80 de variável com não se aplica ou ignorado, 65,53% com heterossexual e apenas 2,20% de homossexual feminino ou masculino e 0,46% com bissexual. Semelhante fenômeno ocorreu com a variável identidade de gênero, quando 99,14% preencheram o campo com não se aplica ou ignorado. Apenas 0,18%, 0,48% e 0,20% responderam pela violência notificada para travesti, transexual mulher e transexual homem, respectivamente em 2018. (Tabela 02)

Tabela 02: Notificações de violência, segundo tipo de violência, faixa etária, raça e cor, sexo, escolaridade de residentes no Espírito Santo, 2018.

sexo	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	M+F	%
Notificação de Violência segundo tipo de violência, sexo e faixa etária																		
Física	27	22	35	40	49	91	269	169	479	297	1969	372	881	177	155	121	5153	32,86
Lesão autoprovocada	0	0	0	0	6	12	313	43	526	146	1029	408	472	161	40	29	3185	20,31
Outras	22	3	4	3	5	12	273	32	436	114	899	335	394	117	38	24	2711	17,29
Psicológica/moral	0	0	15	13	39	43	112	49	171	52	820	58	424	26	95	21	1938	12,36
Sexual	8	0	76	17	103	40	286	25	129	16	214	14	72	2	5	0	1007	6,42
Estupro(contido na V.Sex)	7	0	55	12	85	34	244	18	98	13	195	13	61	2	4	0	841	5,36
Negligência/abandono	33	21	63	66	56	64	48	64	23	26	7	3	9	2	38	26	549	3,50
Tortura	3	0	4	4	9	3	8	4	13	6	57	6	22	5	1	4	149	0,95
Financeira/econômica	2	0	0	0	2	0	2	0	6	0	25	5	32	2	20	5	101	0,64
Trabalho infantil	0	0	0	3	4	3	4	17	0	0	0	0	0	0	0	0	31	0,20
intervenção legal	0	0	0	0	0	0	0	0	3	8	6	1	1	0	0	0	19	0,12
total	102	46	252	158	358	302	1559	421	1884	678	5221	1215	2368	494	396	230	15684	100,00
Notificação de Violência segundo Raça/Cor da Pele, sexo e faixa etária																		
PRETA + PARDA	62	34	112	85	134	138	571	212	657	325	2129	461	910	179	137	110	6256	69,47
Parda	52	29	97	73	109	124	466	169	551	259	1714	354	735	143	101	89	5065	56,25
Branca	19	13	45	28	55	48	189	56	290	99	843	227	441	106	130	61	2650	29,43
Preta	10	5	15	12	25	14	105	43	106	66	415	107	175	36	36	21	1191	13,23
Amarela	0	0	0	0	1	11	3	8	2	26	1	10	2	0	0	0	64	0,71
Indígena	1	0	0	2	3	1	2	1	3	1	14	2	3	2	0	0	35	0,39
total	82	47	157	115	192	188	773	272	958	427	3012	691	1364	289	267	171	9005	100,00
Notificação de Violência segundo escolaridade, sexo e faixa etária																		
Analfabeto	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	7	3	22	7	16	16	74	0,78
1ª a 4ª série incomp do EF	0	0	0	0	62	51	31	36	10	10	93	29	105	34	42	29	532	5,60
4ª série completa do EF	0	0	0	0	11	6	33	12	20	10	80	16	69	16	20	13	306	3,22
5ª a 8ª série incomp do EF	0	0	0	0	11	8	456	122	186	122	389	83	191	31	14	10	1623	17,08
Ens fund comp	0	0	0	0	0	0	39	7	64	32	229	46	123	20	23	13	596	6,27
Ens méd incomp	0	0	0	0	0	0	44	8	300	91	290	65	65	13	9	1	886	9,32
Ens méd comp	0	0	0	0	0	0	11	6	133	37	876	147	323	50	42	25	1650	17,36
Educação sup incomp	0	0	0	0	0	0	0	0	18	4	178	42	29	7	4	0	282	2,97
Educação sup comp	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	185	33	100	9	9	2	341	3,59
Não se aplica	89	49	164	124	82	91	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	603	6,34
Ign/Em branco	0	0	0	0	38	46	191	106	289	147	830	266	414	113	105	66	2611	27,47
total	89	49	164	124	204	202	807	297	1024	455	3158	730	1441	300	285	175	9504	100
Notificação de Violência segundo orientação sexual, sexo e faixa etária																		
Heterossexual	0	0	0	0	0	0	480	118	667	259	2488	476	1161	212	224	144	6229	65,53
Homossexual (gay/lésbica)	0	0	0	0	0	0	7	7	38	17	66	43	18	8	4	1	209	2,20
Bissexual	0	0	0	0	0	0	4	1	18	2	11	5	2	1	0	0	44	0,46
Não se aplica	89	47	164	124	202	199	111	59	43	34	34	14	21	5	8	1	1155	12,15
Ign/Em branco	0	2	0	0	2	4	205	112	258	143	559	192	239	74	49	29	1868	19,65
total	89	49	164	124	204	203	807	297	1024	455	3158	730	1441	300	285	175	9505	100,00
Notificação de Violência segundo identidade de gênero, sexo e faixa etária																		
Travesti	0	0	0	0	0	0	0	1	0	5	1	9	0	1	0	0	17	0,18
Transexual Mulher	0	0	0	0	0	0	1	1	7	2	17	4	9	3	1	1	46	0,48
Transexual Homem	0	0	0	0	0	0	1	1	4	2	6	4	1	0	0	0	19	0,20
Não se aplica	89	47	164	124	202	199	638	239	761	326	2479	489	1148	202	229	139	7475	78,64
Ign/Em branco	0	2	0	0	2	4	167	55	252	120	655	224	283	94	55	35	1948	20,49
total	89	49	164	124	204	203	807	297	1024	455	3158	730	1441	300	285	175	9505	100,00

Fonte: SINAN

Quanto ao agressor, atipicamente o maior número de registro é da própria pessoa com 33,76% dos casos notificados, colocando os cônjuges e os ex-maridos, namorados, amantes e outros em segundo lugar com 23,82% das notificações. Somados estes dois tipos de possíveis agressores somam 57,59% dos casos notificados. Para a faixa etária menor de 04 anos, os agressores são definitivamente, os pais, padrastos, madrastas e outros provavelmente, outro parente próximo não citado na tabela.

Embora o banco conte com um percentual de 16,33% desta variável com ignorado, o maior número de notificação entre os prováveis autores da agressão apareceu na faixa etária de 25 a 59 anos com 48,85% dos casos. No entanto, destaca-se, também, adolescentes e jovens de 10 a 24 anos como agressores de menores de 04 anos. (Tabela 03)

Tabela 03: Notificações de violência, segundo provável autor da violência, faixa etária e sexo de residentes no Espírito Santo, 2018.

Notificação de Violência segundo provável autor da agressão, sexo e faixa etária																
Fx. etaria	< 1		1 a 4		5 a 9		10 a 14		15 a 19		20 a 39		40 a 59		≥ 60	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Sexo																
Própria pessoa	0	0	0	0	7	11	313	39	529	149	1038	414	472	155	39	30
Cônjuge/ex- cônjuge/ namorado/ ex-namorado	0	0	0	0	0	0	93	3	150	4	1252	82	548	37	57	29
Conhecido	3	3	11	5	34	37	105	55	99	60	272	51	94	24	18	29
Desconhecido	4	1	7	2	5	11	46	34	76	101	247	86	91	20	16	20
Pai/padrasto	12	6	57	48	65	63	126	67	81	47	37	15	5	2	0	4
Outros	3	7	26	13	40	29	63	26	47	17	107	26	74	23	48	25
Mãe/madrasta	37	24	62	76	65	66	58	76	39	24	19	5	10	2	2	0
Filho	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	20	1	72	15	96	41
Irmão	1	2	5	1	11	3	14	7	13	7	58	24	39	13	9	4
Policial/ag da lei	0	1	0	0	0	1	0	1	3	14	14	11	6	0	0	0
Pess c/ relaç institucional	0	0	2	0	0	2	3	7	2	2	6	1	4	0	1	2
Patrão	0	0	0	0	0	0	1	3	3	1	4	0	4	0	0	0
Cuidador	0	0	3	1	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	7	0
total	60	44	173	146	228	224	824	318	1042	430	3074	716	1419	291	293	184
															9466	100,00

Notificação de Violência segundo faixa etária do provável autor da agressão e sexo e faixa etária																
Criança (0-9)	1		4		14		2		1		1		18		5	
	1	1	4	4	14	18	2	1	1	1	1	1	18	2	5	0
Adolescente (10-19)	14	3	18	10	31	16	423	96	563	186	69	16	32	4	10	8
Jovem (20-24)	11	8	18	19	11	9	73	20	137	40	701	215	160	36	32	24
Adulto (25-59)	31	15	57	43	92	91	195	90	190	79	1909	410	1030	224	117	70
Idoso (60 e mais)	1	0	1	0	10	3	6	2	6	5	23	5	47	2	71	40
Ignorado/Em branco	31	22	66	48	46	66	108	88	127	144	438	82	167	34	53	32
total	89	49	164	124	204	203	807	297	1024	455	3158	730	1441	300	285	175
															9505	100,00

Fonte: SINAN

Quanto ao motivo, percebe-se um descuido no preenchimento da variável, quando 72,62% não dispõe de respostas qualificadas, e sim, ignorado, não se aplica e outros. Outrossim, pode sugerir uma falta de conhecimento conceitual a partir dos termos, tais como sexismo (é uma ideologia que se pauta no suposto prestígio e poder masculino sobre as mulheres), xenofobia (é uma forma de discriminação social que consiste na aversão a pessoas de diferentes culturas e nacionalidades) e outros que dificultam atender corretamente o preenchimento da ficha. Ainda assim, 15,98% das notificações apontaram o sexismo e 8,05%, o conflito geracional como motivação para o cometimento da violência.

Os meios mais utilizados foram: força corporal e espancamento, com 33,78%, seguido de envenenamento, com 19,82%, ameaça, com 11,40% e objeto perfuro-cortante, com 10,36% dos casos notificados. (Tabela 04)

Tabela 04: Notificações de violência, segundo motivação, meio mais usadas, faixa etária e sexo de residentes no Espírito Santo, 2018.

Notificação de Violência segundo motivação, sexo e faixa etária																		
Fx. Etária da vítima	< 1		1 a 4		5 a 9		10 a 14		15 a 19		20 a 39		40 a 59		≥ 60		total	
Sexo	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	M+F	%
Outros	47	32	68	79	77	103	300	152	380	204	1046	292	514	111	111	81	3597	37,88
Ign/Em branco	17	12	43	23	38	49	184	58	281	139	807	238	341	107	77	42	2456	25,86
Sexismo	0	0	34	9	60	21	134	11	126	8	727	14	327	3	41	2	1517	15,98
Não se aplica	9	3	13	8	21	22	101	32	105	36	255	67	102	31	17	21	843	8,88
Conflito geracional	4	1	2	3	5	6	65	34	102	39	219	65	123	36	37	23	764	8,05
Situação de rua	2	1	1	1	0	1	10	5	8	21	73	43	16	9	1	4	196	2,06
Deficiência	1	0	3	1	1	0	7	2	13	3	13	5	8	1	1	2	61	0,64
Homofobia/Lesbofobia/ Transfobia	0	0	0	0	2	0	3	2	7	4	13	5	5	2	0	0	43	0,45
Racismo	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	1	1	2	0	0	0	8	0,08
Intolerância religiosa	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	6	0,06
Xenofobia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	2	0	0	0	5	0,05
total	80	49	164	124	204	203	807	297	1024	455	3158	730	1441	300	285	175	9496	100

Notificação de Violência segundo meio mais usado, sexo e faixa etária																		
Força corporal/ espancamento	16	14	44	30	63	64	168	109	338	120	1580	198	685	91	132	79	3731	33,78
Envenenamento	19	6	6	9	5	4	183	23	372	78	774	253	330	86	29	12	2189	19,82
Outros	33	17	71	60	74	62	182	66	110	42	358	91	180	32	77	39	1494	13,53
Ameaça	7	1	5	8	29	27	113	41	87	29	516	28	273	14	58	12	1248	11,30
Obj. perfuro-cortante	8	3	2	0	3	4	141	32	178	68	343	115	154	45	16	32	1144	10,36
Obj. contundente	1	1	4	2	6	5	17	27	36	25	151	40	61	29	13	26	444	4,02
Enforcamento	2	0	1	0	1	13	17	7	35	22	172	52	62	33	6	2	425	3,85
Arma de fogo	3	1	2	1	1	7	12	18	17	116	62	37	17	7	3	4	308	2,79
Substância/obj. quente	0	1	1	3	0	3	2	1	4	1	12	10	13	8	2	1	62	0,56
total	89	44	136	113	182	189	835	324	1177	501	3968	824	1775	345	336	207	11045	100

Fonte: SINAN

Cerca de 46,66 % das pessoas atendidas e notificadas por violência, foram encaminhadas para a própria rede de saúde, 19,27% foram encaminhadas para a segurança pública, seja para as delegacias especializadas da mulher, idoso ou outras, 18,45% encaminhadas aos serviços de garantia de direitos como conselho tutelar, conselho do idoso, defensoria pública, Ministério Público, e ainda, 15,62% foram encaminhadas para os serviços de assistência como rede de atenção à mulher, assistência social, direitos humanos e outros. (tabela 05)

TABELA 05: Notificações de violência, segundo encaminhamentos, faixa etária e sexo de residentes no Espírito Santo, 2018.

Notificação de Violência segundo encaminhamentos, sexo e faixa etária																		
Fx. Etaria da vítima	< 1		1 a 4		5 a 9		10 a 14		15 a 19		20 a 39		40 a 59		≥ 60		total	
Sexo	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	M+F	%
Rede da Saúde	39	17	69	45	87	73	493	131	668	229	1879	478	853	189	143	101	5494	46,66
Conselho Tutelar	47	32	122	80	144	144	392	177	256	153	19	1	4	0	1	0	1572	13,35
Outras delegacias	5	7	19	4	23	21	61	38	117	115	482	149	192	62	50	36	1381	11,73
Rede da Assistência Social	7	7	45	25	69	63	177	70	150	57	343	49	153	19	73	32	1339	11,37
Del. de Atendimento à Mulher	2	1	2	0	1	0	6	1	41	1	388	5	185	1	35	2	671	5,70
Rede de Atendimento à Mulher	2	0	1	0	3	1	9	3	23	3	233	3	121	0	14	0	416	3,53
Defensoria pública	1	3	2	1	6	2	2	0	11	1	169	2	91	2	5	2	300	2,55
Del. Espec. de Prot. à Criança e Adolescente	3	0	27	9	22	15	39	14	23	14	4	1	3	0	1	1	176	1,49
Ministério Público	1	1	8	7	15	25	37	8	23	13	14	4	4	0	13	1	174	1,48
Justiça da infância e da Juventude	3	2	5	6	5	7	12	5	8	7	3	0	1	2	0	0	66	0,56
Rede de Educação	0	1	7	2	4	8	20	12	2	2	6	0	1	0	0	0	65	0,55
Conselho do Idoso	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	3	1	3	0	27	23	60	0,51
Delegacia de Atendimento ao Idoso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	1	0	27	9	41	0,35
Centro de Referência dos Direitos Humanos	0	0	1	0	0	0	2	2	0	1	8	1	1	0	2	1	19	0,16
total	110	71	308	179	380	359	1252	461	1322	596	3554	695	1613	275	391	208	11774	100

Fonte: SINAN

Discussão

Alguns trabalhos apontam que experiências de violência ao longo da vida, sobretudo, quando de caráter crônico desempenham importante papel no desenvolvimento de doenças físicas e mentais na população. Os impactos da violência não se restringem às consequências diretas e imediatas, deixam também marcas profundas que se fazem reconhecer ao longo da vida, podendo, inclusive, contribuir para processos de adoecimento e para uma morte prematura. A violência que atinge a população, sobretudo a feminina durante a infância, nas relações entre parceiros íntimos e a violência sexual não conjugal, representam um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Dados da OMS indicam que quase um quarto dos adultos (23%) sofreu abuso físico quando crianças. A violência durante a infância é uma preocupação relevante, pois gera impactos na saúde ao longo da vida, no bem-estar das crianças, famílias, comunidades e nações. As experiências adversas na fase inicial da vida estão sendo associadas a uma série de doenças crônicas como doença pulmonar obstrutiva crônica, depressão, problemas cardíacos, câncer e diabetes. (Brasil, 2018).

Estimativas globais indicam que 35% das mulheres sofreram violência física ou sexual do parceiro íntimo ou violência sexual por pessoa distinta do parceiro. Quase 30% de todas as mulheres que mantiveram uma relação íntima foram vítimas de violência física e/ou sexual por parte do companheiro e 38% do número total de homicídios femininos estiveram relacionados à violência conjugal. As mulheres estão mais propensas a reportarem situações de violência no âmbito das relações íntimas e também de serem vítimas de formas mais severas de violência. (Brasil, 2018).

A produção de informações e análises da situação de saúde pode apoiar a implementação de estratégias setoriais e intersetoriais, operando um cuidado integral das Doenças Crônicas Não Transmissíveis e seus fatores de risco. Além disso, a melhoria dos serviços de saúde, em especial a qualificação da atenção básica, pode responder efetivamente à dupla carga de adoecimento dos países de média/baixa renda. (Brasil, 2014)

Os resultados de um estudo do Ministério da Saúde, divulgado no Saúde Brasil, 2018 demonstram maior risco de mulheres com notificação prévia de violência morrerem por causas externas, em comparação com a população feminina geral. O enfrentamento da violência contra as mulheres impõe o fortalecimento de estratégias de vigilância, acolhimento e atenção pelos serviços de saúde, articuladas intersetorialmente dentro da rede de proteção e de responsabilização.

No Espírito Santo, apesar do aumento do número das notificações e dos municípios notificantes, a maioria dos municípios ainda contribui com apenas duas ou três fichas por ano, sendo impossível uma análise epidemiológica do território para contribuição no planejamento local. Percebe-se que ainda insiste um desconhecimento por parte dos servidores e até dos gestores, de maneira geral, sobre a importância do setor saúde para o enfrentamento da epidemia da violência. Enquanto municípios como Dorcas do Rio Preto, Boa Esperança, Laranja da Terra, Pinheiros e São José dos Calçados, a partir de capacitações feitas nos municípios de interesse, aumentaram suas notificações em até 600%, outros como, Águia Branca e Água Doce do Norte não ampliaram, pelo contrário, diminuíram o número de notificações ao ano, após seus servidores passarem por capacitações.

Some-se a isso a baixa qualidade das informações obtidas nas fichas, bem como a falta da imediata instalação da linha de cuidados no território a partir da ficha recebida, gerando em torno de 40% de reincidência da mesma pessoa em outras notificações de outras violências.

Apesar de que uma violência está sempre seguida de outras na mesma ocorrência que os trazem ao serviço de saúde, espera-se que apenas a violência de maior gravidade e que realmente foi o motivo de acesso ao setor saúde seja registrada no campo tipos de violência e as demais sejam citadas no campo das observações. Este fato é importante tanto na estatística como no desencadear da linha de cuidados.

Também, não acompanhou o aumento das notificações, a oferta de serviços de referência para atendimento às pessoas em situação de violência (Port MS 485/2014) na saúde. Apenas dois municípios: Vitória e Vila Velha têm seus próprios serviços de referência para atenção especializada

às pessoas em situação de violência sexual na população e violação de direitos infanto-juvenil. O único serviço de referência estadual, o PAVIVIS, localizado no Hospital Universitário (HUCAM), já há algum tempo restringiu o público alvo para a faixa etária acima de 12 anos, por restrições de profissionais, logísticas e até de espaço físico. Este serviço é um projeto de extensão universitária da Universidade Federal do Espírito Santo, e é um dos dois cadastrados para a interrupção da gravidez prevista em lei, embora seja o único na Região Metropolitana e Sul. O outro serviço habilitado se localiza em Colatina: Hospital São José. Ainda não há serviços de saúde habilitados para a coleta de vestígios da violência sexual, inviabilizando a construção da cadeia de custódia determinada pelo Decreto-Lei 7958/2013.

O tema violência é por si só, pesado e adoecedor, somados à falta de apoio logístico tanto estrutural como de capital humano e gerencial, causam uma rotina de substituição das referências técnicas no território, quebrando o salutar sequenciamento das ações locais, tanto no atendimento das pessoas como na produção efetiva de uma rede viva, atuante e resolutiva.

De outra forma, percebe-se que, ainda com dificuldades, a vigilância epidemiológica tem executado seu papel na busca pelas notificações, no entanto, a rede de atenção primária não tem executado o monitoramento no território, assim como os devidos encaminhamentos dentro da linha de cuidados. Este fato prejudica a instalação de rotina da atenção integrada junto aos parceiros da garantia de direitos e da responsabilização.

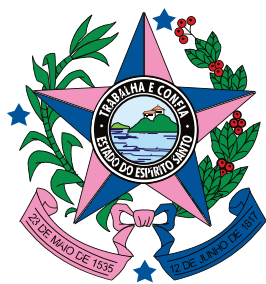
No enfrentamento da violência, o setor saúde é privilegiado, pois, recebem em seus serviços as pessoas em situação de violência, bem como atua junto às famílias e deve ser o disparador da promoção da saúde no território, em um contexto amplo de intersetorialidade colocando na discussão todos os atores envolvidos no território.

Referências:

<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/video-e-webconferencias/webconferencias-2010/treinamento-sim/3659-manual-mortalidade-200/file>

MINAYO, M.C.S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. In: O impacto da violência social sobre a saúde. Cad. Saúde Pública, 10 (Supl.1), 1994. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_saude_doencas_agravos_cronicos_desafios_perspectivas.pdf



**GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO**
Secretaria da Saúde