

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Tatiane Soares Costa Macêdo

Óbitos por violência em Nova Iguaçu - RJ de 2014 a 2020: análise epidemiológica a partir do *linkage* do Sistema de Informação de Agravos de Notificação e Sistema de Informação sobre Mortalidade

Rio de Janeiro

2023

Tatiane Soares Costa Macêdo

Óbitos por violência em Nova Iguaçu - RJ de 2014 a 2020: análise epidemiológica a partir do *linkage* do Sistema de Informação de Agravos de Notificação e Sistema de Informação sobre Mortalidade

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Métodos Quantitativos em Epidemiologia.

Orientador: Prof. Dr. Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Liana Wernersbach Pinto.

Rio de Janeiro

2023

Título do trabalho em inglês: Deaths due to violence in the town of Nova Iguaçu, state of Rio de Janeiro-Brazil, from 2014 to 2020: epidemiological analysis from the linkage of the databases of National System of Disease Reports and Mortality Information System.

M177o

Macêdo, Tatiane Soares Costa.

Óbitos por violência em Nova Iguaçu - RJ de 2014 a 2020: análise epidemiológica a partir do linkage do Sistema de Informação de Agravos de Notificação e Sistema de Informação sobre Mortalidade / Tatiane Soares Costa Macêdo. -- 2023.

107 f. : il.color, mapas.

Orientador: Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva.

Coorientadora: Liana Wernersbach Pinto.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Epidemiologia em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2023.

Bibliografia: f. 97-105.

1. Mortalidade. 2. Violência. 3. Registros de Mortalidade. 4. Sistemas de Informação em Saúde. 5. Perfil de Saúde. I. Título.

CDD 304.64

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

Tatiane Soares Costa Macêdo

Óbitos por violência em Nova Iguaçu - RJ de 2014 a 2020: análise epidemiológica a partir do *linkage* do Sistema de Informação de Agravos de Notificação e Sistema de Informação sobre Mortalidade

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Métodos Quantitativos em Epidemiologia.

Aprovada em: 30 de junho de 2023.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Joviana Quintes Avanci
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Raquel de Vasconcelos Carvalhaes de Oliveira
Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas

Prof. Dr. Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2023

A Deus, meus pais, Marcos e minha filha Mariane por todo amor.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo amor incondicional, por ser meu refúgio e minha fortaleza. Socorro bem presente na hora da angústia.

Aos meus pais pelo amor e incentivo ao meu crescimento desde sempre.

A Marcos e filha Mariane pelo amor, mesmo nos momentos de ausência. Ao meu cãopaneiro Matteo sempre comigo, nas lutas e nas glórias.

Ao meu orientador Prof. Dr. Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva pelo acolhimento, apoio e carinho nos momentos difíceis, pelas vibrações e incentivos nos pequenos avanços.

A minha Coorientadora Prof.^a Dr.^a Liana pela sua doçura e disponibilidade, colocando a cereja no bolo.

Aos professores, do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia em Saúde Pública da ENSP-FIOCRUZ pela dedicação ao ensino, mesmo no remoto.

Aos colegas de turma, do Programa Pós-Graduação em Epidemiologia em Saúde Pública da ENSP-FIOCRUZ pelos risos, choros, apoio e troca de figurinhas nos momentos pesados e leves, em especial Léa e Raquel, que não mediram esforços a me ajudar sempre.

Gratidão a pessoas especiais: Dr.^a Célia, Dr.^a Sandra Victória, Suely, Ivana, Elizângela e Laís por estarem comigo neste processo.

RESUMO

A violência consiste em um fenômeno complexo; multicausal; e global, e que apesar das raízes históricas, vem persistindo ao longo do tempo, perpassando gerações; presente em diferentes culturas e sociedades. Este estudo seccional, que teve como objetivo conhecer o perfil epidemiológico e de mortalidade e analisar os fatores associados ao óbito em vítimas com notificações prévias de violência, no município de Nova Iguaçu/Rio de Janeiro, no período de 2014 a 2020, a partir do *linkage* entre as bases de dados dos Sistemas de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Quanto à metodologia foi realizada análise utilizando teste de Qui-quadrado e ajuste do modelo logístico. Como resultado do estudo, quanto ao perfil epidemiológico das notificações a faixa etária mais prevalente foi de 0 a 9 anos, do sexo masculino, da raça/cor parda. Ainda no Sinan foram analisadas a *completitude* e a consistência dos registros. Em relação ao perfil de mortalidade, os óbitos por violência foram mais prevalentes na faixa etária de 20 a 29 anos, no sexo masculino, na raça/cor parda, nos solteiros, com escolaridade até o fundamental II, sendo as agressões as principais causas. Após o *linkage* das 39.147 notificações do Sinan com os 6.957 registros no SIM por causas externas, foram identificadas 280 vítimas que foram a óbito, que tiveram notificações prévias de violência. Os fatores associados encontrados foram a faixa etária e sexo. Esse estudo mostrou a importância do relacionamento das bases de dados e suas análises, sendo ferramentas válidas e úteis tanto para os serviços de saúde, visando a redução da incompletudes e inconsistências, e objetivando melhoria dos registros; quanto para a rede de apoio intersetorial, permitindo a (re)organização destes para o acolhimento e atendimento às vítimas de violência. Além disso, compreender as repercussões e os impactos das formas de violência, poderá subsidiar a elaboração, implementação e/ou (re)orientações das políticas públicas voltadas para o tema.

Palavras-chave: violência; mortalidade; registros de mortalidade; notificação; sistemas de informação em saúde; causas externas.

ABSTRACT

Violence is a complex, multicausal and global phenomenon that despite its historical roots, has persisted over time, spanning generations, present in different cultures and societies. This epidemiological study was cross-sectional. The objective is to understand the epidemiological and mortality profile and analyze the factors associated with deaths in victims with previous notifications of violence in the town of Nova Iguaçu/Rio de Janeiro, from 2014 to 2020, from the linkage of the databases of National System of Disease Reports (Sinan) and Mortality Information System (SIM). The methodology was performed analysis using the chi-square test and adjustment of the logistics model. The epidemiological profile notifications of violence were more prevalent in the age range 0-9 years old, in males, in brown and black races. Still in Sinan, the completeness and consistency of notifications were analyzed. The mortality profile notifications of deaths of violence were more prevalent in the age range of 20-29, in males, in brown and black races, in singles, with education up to elementary school II. The main cause of deaths due to violence were 'assaults'. After linkage process of 39.147 Sinan notifications and 6.957 records for external causes in SIM, 280 victims who died were identified and had previous notifications of violence. The associated factors found were age range and gender. The study showed the importance of the relationship of databases and their analysis, being valid and useful tools both for health services, reducing incompleteness and inconsistencies, improving records; and for the intersectoral support network, allowing the organization for the reception and care of victims of violence. In addition, understanding the repercussions and impacts of forms of violence can support development, implementation and reorientation of public policies focused on the theme.

Keywords: violence, mortality; mortality registries; notification; health information systems; external causes.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.....	25
Figura 2 -	Mapa das Regiões do Estado do Rio de Janeiro.....	33
Quadro 1 -	Descrição das variáveis da ficha de notificação do Sinan de violência interpessoal/ autoprovocada utilizadas no estudo.....	46
Quadro 2 -	Descrição das variáveis do SIM utilizadas no estudo.....	48
Figura 3 -	Esquema demonstrativo pré-linkage entre Sinan e SIM e <i>linkage</i>	54
Quadro 3 -	Variáveis que foram (re)categorizadas.....	56
Gráfico 1 -	Taxa Geral de Mortalidade por causas externas, por 100.000 habitantes, segundo sexo, em Nova Iguaçu-RJ, nos anos de 2014 a 2020.....	69
Gráfico 2 -	Taxa de Mortalidade por Agressões por 100.000 habitantes, segundo sexo, em Nova Iguaçu-RJ, nos anos de 2014 a 2020.....	70
Gráfico 3 -	Taxa de Mortalidade por Acidentes de transporte por 100.000 habitantes, segundo sexo, em Nova Iguaçu-RJ, nos anos de 2014 a 2020.....	71
Gráfico 4 -	Taxa de Mortalidade por Outras causas externas de traumatismos acidentais por 100.000 habitantes, segundo sexo, em Nova Iguaçu-RJ, nos anos de 2014 a 2020.....	72
Gráfico 5 -	Taxa de Mortalidade por Eventos Intenção Indeterminada por 100.000 habitantes, segundo sexo, em Nova Iguaçu-RJ, nos anos de 2014 a 2020.....	73
Gráfico 6 -	Taxa de Mortalidade por Intervenção Legal por 100.000 habitantes, segundo sexo, em Nova Iguaçu-RJ, nos anos de 2014 a 2020.....	74
Gráfico 7 -	Taxa de Mortalidade por Lesão Autoprovocada por 100.000 habitantes, segundo sexo, em Nova Iguaçu-RJ, nos anos de 2014 a 2020.....	75
Gráfico 8 -	Taxa de Mortalidade por Outros tipos por 100.000 habitantes, segundo sexo, em Nova Iguaçu-RJ, nos anos de 2014 a 2020.....	82

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Número de óbitos por ocorrência no Brasil, segundo capítulo da CID-10, no período de 2014 a 2020.....	28
Tabela 2 -	Número de internações hospitalares no Brasil, segundo capítulo da CID-10, no período de 2014 a 2020.....	29
Tabela 3 -	Número de óbitos por ocorrência no Estado do Rio de Janeiro, segundo capítulo da CID-10, no período de 2014 a 2020.....	30
Tabela 4 -	Número de óbitos por ocorrência no município de Nova Iguaçu-RJ, segundo capítulo da CID-10, no período de 2014 a 2020.....	35
Tabela 5 -	Características das notificações de violência segundo características da vítima, no município de Nova Iguaçu-RJ, no período de 2014 a 2020 (N=39.587)	59
Tabela 6 -	Características das notificações de violência segundo características do evento, no município de Nova Iguaçu-RJ, no período de 2014 a 2020.....	60
Tabela 7 -	Distribuição absoluta e relativa de completitude das variáveis dos casos de violência notificados no Sinan, no município de Nova Iguaçu-RJ, no período de 2014 a 2020.....	63
Tabela 8 -	Distribuição absoluta e relativa de consistência no preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência segundo variáveis/campo de informação, no município de Nova Iguaçu-RJ, no período de 2014 a 2020.....	64
Tabela 9 -	Características dos óbitos por violência segundo características da vítima e causa básica do óbito, no município de Nova Iguaçu-RJ, no período de 2014 a 2020 (N=6.957).....	65
Tabela 10 -	Distribuição das características das vítimas dos óbitos por causas externas segundo grupo de causa, no município de Nova Iguaçu-RJ, no período de 2014 a 2020 (N=6.957).....	67
Tabela 11 -	Taxas de mortalidade/100.000 por causas externas, segundo grupo de causa, no município de Nova Iguaçu-RJ, no período de 2014 a 2020.....	68

Tabela 12 -	Características das notificações de violência, após o linkage, segundo características da vítima, no município de Nova Iguaçu-RJ, no período de 2014 a 2020 (N=39.146).....	77
Tabela 13 -	Características das notificações de violência, após o linkage, segundo características do evento, no município de Nova Iguaçu-RJ, no período de 2014 a 2020.....	78
Tabela 14 -	Características das vítimas que tiveram notificação prévia de violência, e que evoluíram ou não a óbito por causas externas, segundo faixa etária, idade, sexo, raça/cor, no município de Nova Iguaçu-RJ, no período de 2014 a 2020.....	79
Tabela 15 -	Razão de prevalências, e intervalos de confianças dos óbitos por causas externas, que tiveram notificação prévia de violência, por variáveis independentes, Nova Iguaçu, no período de 2014 a 2020.....	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
BF	Baixada Fluminense
BO	Boletim de Ocorrência
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CID-10	Décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde
CIEVS	Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde
CRC	Cartório de Registro Civil
DO	Declaração de Óbito
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
ESP	Emergências de Saúde Pública
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FN/FI	Ficha de Notificação/Ficha de Investigação
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GBD	Carga Global da Doença
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML	Instituto Médico Legal
MS	Ministério da Saúde
NHE	Núcleo Hospitalar de Epidemiologia
NI	Nova Iguaçu
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RENAVEH	Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar
REVEH	Rede de Vigilância Epidemiológica de Interesse Nacional
SES-RJ	Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SVO	Serviço de Verificação de Óbito
SUS	Sistema Único de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
VIVA	Vigilância de Violência e Acidentes

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1	MARCOS LEGAIS.....	17
2.2	CARACTERÍSTICAS, TIPOLOGIA E NATUREZA DAS VIOLÊNCIAS.....	19
2.2.1	Características da violência	19
2.2.2	Classificação das violências quanto à tipologia	19
2.2.3	Classificação quanto à natureza dos atos violentos	21
2.3	CONTEXTUALIZAÇÃO.....	24
2.3.1	A violência na Agenda 2030 no Brasil e no mundo	24
2.3.2	Estado do Rio de Janeiro	30
2.3.3	Município de Nova Iguaçu (NI)	30
2.4	SISTEMAS DE INFORMAÇÃO - SINAN E SIM E RELACIONAMENTO DE BASES DE DADOS.....	35
3	JUSTIFICATIVA	42
4	PERGUNTA DE PESQUISA	43
5	OBJETIVOS	44
5.1	OBJETIVO GERAL.....	44
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	44
6	MÉTODOS	45
6.1	DADOS DE ESTUDO.....	45
6.2	ANÁLISE DE DADOS.....	50
6.2.1	Análise descritiva do Sinan de Violência Interpessoal/ Autoprovocada	50
6.2.2	Análise da Completitude e Consistência do Sinan de Violência Interpessoal/ Autoprovocada	50
6.2.3	Análise descritiva do SIM por Violência Interpessoal/ Autoprovocada	51
6.2.4	Relacionamento Sinan de Violência Interpessoal/Autoprovocada e SIM	52
6.2.5	Análise exploratória do Sinan após <i>linkage</i> e verificação de fatores associados	56
6.3	ASPECTOS ÉTICOS.....	57
7	RESULTADOS	58

7.1	ANÁLISE DESCRITIVA DO Sinan DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA.....	58
7.2	ANÁLISE DE COMPLETITUDE E CONSISTÊNCIA DO Sinan DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/ AUTOPROVOCADA.....	62
7.3	ANÁLISE DESCRITIVA DO SIM POR VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/ AUTOPROVOCADA.....	64
7.4	ANÁLISE DESCRITIVA APÓS LINKAGE ENTRE SINAN DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA E SIM.....	76
8	DISCUSSÃO.....	83
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
	REFERÊNCIAS.....	97
	APÊNDICE A – CÓDIGOS DA CID-10 CORRESPONDENTES AOS GRUPOS DE CAUSAS APRESENTADOS NA TABELA 10.....	106

1 INTRODUÇÃO

Traumas, lesões, danos e mortes causadas por acidentes e violências no Brasil representam a segunda maior causa de internações hospitalares e a quinta causa de mortalidade no país em 2020, resultando em elevados custos individuais e coletivos não só ao sistema de saúde, com gastos exorbitantes na emergência, assistência e reabilitação, mas também custos emocionais e sociais como aponta o Ministério da Saúde (Brasil, 2020, 2005).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2002) a violência é definida como a utilização da força física ou ameaça, contra si mesmo, outra pessoa, grupo ou comunidade “que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (p. 5), podendo contribuir na perda de qualidade de vida, aumentar os custos na saúde e previdência; causar prejuízos econômicos por conta do absenteísmo no trabalho; propiciar a desestruturação pessoal e familiar, danos emocionais e mentais de difícil mensuração, impactar na morbimortalidade e nos anos de produtividade (Brasil, 2005, 2016; Malta *et al.*, 2017). Em nível global está entre as principais causas de óbito de pessoas na faixa etária de 15 a 44 anos (Organização Mundial da Saúde - OMS, 2002).

Devido a sua magnitude, no Brasil, as causas externas representam a terceira causa de morte em 2015, com predomínio de homicídios, seguidos de acidentes de transporte, outras causas acidentais e suicídios. Entretanto, na população de 1 a 49 anos, as causas externas passam a ocupar a primeira posição, sobretudo em homens jovens. Ao longo de 10 anos de estudo entre 2000 e 2010, 1,4 milhão de pessoas morreram, sendo 38% por homicídios e 6,5% de suicídio. Além de gerar pressão nos serviços de saúde, justiça e serviços sociais, desgastando a economia dos países (Malta *et al.*, 2017).

Em 2019 houve 45.503 homicídios no Brasil, segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), correspondendo a uma taxa de 21,7 mortes/100 mil habitantes. Entre os anos de 2018 e 2019 houve uma queda do número de homicídios de 22,1% e um aumento nas Mortes Violentas por Causa Indeterminada (MVCI) de 88,8%, em função da deterioração na qualidade dos registros oficiais. Destaque para o estado do Rio de Janeiro que acompanhou a queda de homicídios no país, diminuindo 45,3%, ao passo que MVCI aumentou 237%, no mesmo período (Cerqueira *et al.*, 2021).

Homicídios e suicídios são os principais contribuintes para *Disability Adjusted Life Years* (DALYs) e tem como parâmetro as taxas de mortalidade e os anos de vida perdidos por morte ou incapacidade. É composto por *Years of Life Lost* (YLL) que equivale a morte prematura e por *Years Lived with Disability* (YLD) que representa o “dano causado por doença,

sequela ou deficiência, considerando níveis diferentes de gravidade de uma ou várias doenças ao mesmo tempo” (Malta *et al.*, 2017, p. 145). Segundo o ranking de causas externas em 2015, por DALY, predominam agressões por armas de fogo, acidentes de transporte, e em sexto lugar o suicídio. A distribuição proporcional de DALYs, por agressões e lesões autoprovocadas, indicam maior frequência em homens na faixa etária de 20 a 24 anos, seguida de 15 a 19 anos (Malta *et al.*, 2017).

A violência é reconhecida como um problema de saúde pública visto que é resultante de interação complexa multifatorial (OMS, 2002), tem raízes históricas (Malta *et al.*, 2017), necessita de uma abordagem interdisciplinar, sustentada na produção científica, com superação das desigualdades, articulação com segurança pública, cujo enfrentamento deve perpassar a sociedade civil e o Estado (Brasil, 2005). Estas desigualdades se configuram enquanto Determinantes Sociais em Saúde (DSS), e “são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (Buss; Pellegrini Filho, 2007, p. 78).

O município de Nova Iguaçu foi escolhido como foco da pesquisa tendo em vista que é um ponto central e de grande influência na Baixada Fluminense, cuja população é bastante vulnerável, excluída socialmente e negligenciada economicamente. É um município do estado do Rio de Janeiro que parece com ausência do poder público quanto a uma atuação nas principais políticas públicas como saúde, educação, segurança entre outros. Historicamente a violência passou por uma “territorialização faccionada” pelos narcotraficantes e grupos de extermínio (Pieve, 2019; Alves, 2019; Oliveira, 2021).

Neste estudo, utilizou-se um relacionamento de bases de dados e foi feito através do *linkage* entre o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), nos permitindo captar casos de violência, por causas externas, que foram a óbito; fornecendo um retrato mais fidedigno da realidade dos casos com estimativas epidemiológicas calculadas; permitindo o acionamento de atores intra e extra-rede de saúde no acolhimento integral às vítimas de violência, propiciando que sejam construídas as ações especializadas, precisas e conduzidas de maneira assertiva para o enfrentamento à violência (Santos *et al.*, 2018).

Quando se fala em óbito por causas externas com notificação prévia de violência, retrata o fracasso não só do sistema de saúde, mas toda a fragilidade da rede de atenção e proteção às pessoas em situação de violência. Geralmente, nos serviços de saúde tipo hospitais e serviços especializados chegam os casos mais graves, os quais podem evoluir a óbito. Há uma subnotificação de casos, em especial, das lesões imperceptíveis, queixas vagas ou lesões

classificadas como “leves”, as quais não demandam cuidados de saúde ou internações (Barufaldi *et al.*, 2017).

Para Barufaldi (2017) a rede de atenção e proteção social para vítimas de violência, comumente, é composta por serviços das áreas de Saúde, Sistema de Justiça, Segurança Pública e Assistência Social, que deveriam atuar de forma articulada e integrada; intersetorialmente, e que estabelecessem fluxos de atendimento de acordo com a realidade de cada local.

Com toda repercussão global, entender a magnitude da violência, a transcendência e o seu impacto, e os fatores de risco envolvidos nos fazem refletir quais tipos de ações, seja na prevenção e/ou promoção da saúde; estimulando mudança de comportamento; fortalecendo a cultura da paz e elaborando políticas públicas poderão ser eficazes para o enfrentamento e a minimização dos danos gerados.

Neste estudo, pretendeu-se, ao se descrever o perfil epidemiológico da violência, identificar a distribuição em determinados grupos populacionais, verificar a evolução dos casos para óbito e identificar os fatores relacionados a este, permitindo uma visão ampliada da questão. As informações foram extraídas do Sinan e do SIM, os quais são Sistemas de Informação desenvolvidos pelo Ministério da Saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Compreendendo a violência como um fenômeno social e histórico que acompanha a trajetória da humanidade, sendo “reconhecido como o uso intencional da força e do poder por indivíduos, grupos, classes ou países para se imporem aos outros, causando danos e limitando ou negando direitos” (Minayo; Franco, 2018, p. 1).

Nas seções abaixo aborda-se os marcos legais, características, tipologia e natureza das violências.

2.1 MARCOS LEGAIS

A legitimação oficial da violência na saúde pública data de 1996, a partir da Resolução da *World Health Assembly* (WHA) 49.25, na 49ª Assembleia Mundial da Saúde, que declarou que a violência é um dos principais problemas de saúde pública.

Com o objetivo de enfrentar o problema da violência, o Ministério da Saúde (MS) articulou-se intra e intersetorialmente visando a implementação de uma série de medidas, e em 2001 criou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, através da Portaria MS/GM nº 737 (Brasil, 2001a), propondo a estruturação da vigilância de violências e acidentes, com ênfase na implantação de notificação da mesma.

Ainda em 2001, através da Portaria MS/GM nº 1.968 (Brasil, 2001b), ficou estabelecida que casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do SUS deveriam ser notificados às autoridades competentes. Vale ressaltar que a comunicação de violências praticadas contra crianças e adolescentes foi estabelecida como obrigatória pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) pela Lei nº 8.069 (Brasil, 1990).

Em 2003, pela Lei nº 10.778 (Brasil, 2003a), ficou estabelecida a notificação compulsória em caso de violência contra a mulher que foi atendida em serviços de saúde públicos ou privados.

Ainda no mesmo ano foi publicado o Estatuto do Idoso, a Lei nº 10.741 (Brasil, 2003b), que determinou a comunicação obrigatória dos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra os idosos, aos órgãos competentes, pelos profissionais de saúde.

Em 2004 foi criada a Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, a Portaria MS/GM nº 936 (Brasil, 2004a), propôs a implantação dos Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, em âmbito local.

Através do Decreto nº 5.099 (Brasil, 2004b) foi regulamentada a notificação

compulsória dos casos de violência contra a mulher, e atribuído ao MS, a coordenação do plano estratégico de ação para instalação dos serviços sentinela.

No mesmo ano por meio da Portaria MS/GM nº 2.406 (Brasil, 2004) foi instituído o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, em conjunto com o instrumento, protocolos e fluxos pertinentes à notificação.

Em 2006 foi implantada a Política Nacional de Promoção da Saúde, pelo estabelecimento da Portaria MS/GM nº 687 (Brasil, 2006a), contemplando os condicionantes e determinantes das violências e dos acidentes. No mesmo ano implantou-se o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes pela Portaria MS/GM nº 1.356 (Brasil, 2006b).

Em 2011 a Portaria MS/GM nº 104 (Brasil, 2011a) definiu que as notificações de violência doméstica, sexual e outras violências tornaram-se compulsórias para todos os serviços de saúde, públicos ou privados, do Brasil.

Ainda em 2011, a Portaria MS/GM nº 2.836 (Brasil, 2011b) instituiu no Sistema Único de Saúde a Política Nacional de Saúde Integral de *Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais* que recomendou ainda, entre as responsabilidades e atribuições relacionadas à Política para o Ministério da Saúde a inclusão dos quesitos de orientação sexual e de identidade de gênero, bem como “os quesitos de raça-cor, nos prontuários clínicos, nos documentos de notificação de violência da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) e nos demais documentos de identificação e notificação do SUS (Art. 4º, X).

Na Portaria MS/GM nº 2.836 (Brasil, 2011b), apresenta-se ainda no Art. 4º, inciso XI a necessidade de “promover, junto às Secretarias de Saúde estaduais e municipais, ações de vigilância, prevenção e atenção à saúde nos casos de violência contra a população LGBT, de acordo com o preconizado pelo Sistema Nacional de Notificação Compulsória de Agravos”.

Ainda no mesmo ano, c), o artigo 19 do Estatuto do Idoso foi alterado pela Lei nº 12.461 (Brasil, 2011c), e estabeleceu a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde.

Em 2014, a Portaria MS/GM nº 1.271 (Brasil, 2014) que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública, torna imediata (em até 24 horas) a notificação dos casos de violência sexual e de tentativas de suicídio na esfera municipal, com o propósito de garantir a intervenção oportuna nos casos, universalizando a notificação para todos os serviços de saúde.

Em 2015, a Portaria Interministerial nº 1 de 06 de fevereiro (Brasil, 2015) instituiu a Comissão Interministerial de Enfretamento à Violência contra *Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais* (CIEV-LGBT).

Em 2017, a Portaria MS/GM nº 4 (Brasil, 2017) consolidou as normas sobre sistemas e subsistemas do SUS. Dois anos depois, foi publicada a Lei nº 13.819 (Brasil, 2019) que institui a Política Nacional de prevenção e Automutilação e do Suicídio implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios. Destaca-se também a Portaria MS/GM nº 2.561 (Brasil, 2020) que dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do SUS.

E ainda, a Portaria MS/GM nº 78 (Brasil, 2021) que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 4 (Brasil, 2017), para dispor sobre as diretrizes para a comunicação externa dos casos de violência contra a mulher às autoridades policiais, no âmbito da Lei nº 10.778 (Brasil, 2003).

2.2 CARACTERÍSTICAS, TIPOLOGIA E NATUREZA DAS VIOLÊNCIAS

2.2.1 Características da violência

Segundo Minayo e Franco (2018), a violência apresenta quatro características. A primeira corresponde a uma **generalização temporal, espacial e relacional**, presente em quase todas as áreas da vida, nos diversos níveis de relacionamento.

A segunda é a **diversificação** que dado o crescente desenvolvimentos tecno-científico permitem, o aparecimento de novas formas de violência, entre armas nucleares, mísseis precisos e letais, a ciber-violência e ampliação dos limites de resistência do corpo humano às diversas formas de tortura.

A terceira característica é a **globalização**, ou seja, “a expansão transnacional das principais potências militares, econômicas e políticas; as redes globais de tráfico de pessoas, narcóticos e armas de fogo; a presença de diferentes religiões e organizações; e os avanços na tecnologia da comunicação criaram as condições para que certos tipos de violência – especialmente o terrorismo – se tornem uma ameaça global” (Minayo; Franco, 2018, p. 4).

A quarta seria a **complexidade crescente**, já que por ser “um problema multicomplexo, presente em vários contextos interligados, com manifestações e implicações mutáveis, e uma crescente diversidade de formas, atores, dinâmicas e motivos” (Minayo; Franco, 2018, p. 4).

2.2.2 Classificação das violências quanto à tipologia

A OMS (2002) estabeleceu uma tipologia e distinções sobre as naturezas da violência. A **tipificação** é feita, segundo quem comete o ato violento: violência contra si mesmo também

chamada de autoinfligida ou autoprovocada; interpessoal que ocorre nas relações intrafamiliares e comunitárias e; a coletiva, que envolve violência em grupos políticos, organizações terroristas, milícias.

A violência autoinfligida corresponde à primeira causa de morte violenta no mundo, e refere-se aos suicídios consumados; às tentativas, às ideações de dar cabo à vida e às autolesões deliberadamente provocadas e agressões a si próprio, ou auto-abuso (Minayo; Franco, 2018).

A interpessoal divide-se em intrafamiliar e extrafamiliar ou comunitária. Na primeira destaca-se a violência conjugal, ou seja, entre os parceiros íntimos; e violência doméstica entre os membros da família, tendo como exemplo entre pais e filhos; entre irmãos; contra avós e outras pessoas no âmbito doméstico. De fato, resulta de uma ação em que o bem-estar, integridade, liberdade e o direito de outro foram prejudicados. Pode ser cometida mesmo onde não há laços de consanguinidade, no caso de outros assumirem a função parental e que apresentem relação de abuso de poder.

Vale destacar que não está relacionada apenas ao espaço físico onde ocorre, e não ocorre unicamente dentro do ambiente intrafamiliar, mas também às relações construídas. Nesse tipo incluem-se outros membros que não tenham função parental, mas que convivam no mesmo espaço doméstico, no caso de empregados, agregados ou outras de tenham convivência esporádica.

A comunitária dá-se entre pessoas conhecidas e desconhecidas da vizinhança e ocorre no ambiente social, nas instituições, como escola, locais de trabalho, prisões, asilos, hospitais. É retratada pelo atentado à integridade e vida e/ou a bens pessoais, sendo representadas pelas brigas, agressões físicas, estupros, ataques sexuais, assédio moral, desrespeito, preconceitos, *bullying* dentre outros (Oms, 2002; Brasil, 2021, 2016; Minayo; Franco, 2018; Minayo, 2006).

Em relação à coletiva são atos violentos que ocorrem em diversos espaços. Apresenta três vertentes: social, que é caracterizada como os crimes de multidões, atos terroristas e cometidos por grupos de classe; política, que se expressa nas guerras, em que povos e nações são dizimadas; e econômica, que ocorre entre grupos, motivada por interesses de dominação de grupos, classes, Estado ou países (OMS, 2002; Brasil, 2016, 2021; Minayo; Franco, 2018; Minayo, 2006).

A violência coletiva se manifesta sob as formas invisível e visível, sendo que a primeira apresenta íntima relação com discriminações e preconceitos, negação de serviços públicos essenciais e falta de oportunidades, especialmente nas camadas mais vulneráveis. Por outro lado, a visível envolve guerras entre facções rivais, torturas, atos terroristas, conflitos armados, crimes de ódio, guerra, genocídio, dentre outros (OMS, 2002; Brasil, 2016, 2021; Minayo;

Franco, 2018; Minayo, 2006).

Já a violência estrutural, segundo Minayo (2006, p. 81), “se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e ‘cronificam’ a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero, de etnia e mantêm o domínio adultocêntrico sobre crianças e adolescentes”, é naturalizada e repetitiva na cultura, sendo responsável por privilégios e formas de dominação.

2.2.3 Classificação quanto à natureza dos atos violentos

Quanto à **natureza**, os atos violentos podem ser classificados, em: maus tratos físicos/Abusos/Sevícia físicos; Psicológicos; Torturas; Sexuais; Tráfico de seres humanos; Negligências/abandono; Abusos financeiro/econômicos e patrimoniais; Trabalho infantil; e Intervenção legal (OMS, 2002; Brasil, 2021, 2016; Minayo *et al.*, 2018).

Os **maus tratos físicos/abusos/sevícia físicos** - natureza de violência mais reconhecida - ocorre em todos os ambientes sociais, e implica no uso intencional da força com o intuito de provocar dor, causar traumas, lesões, incapacidades ou até a morte. Dentre as manifestações mais frequentes evidencia-se chutes, tapas, beliscões, queimaduras, estrangulamento, mutilações, empurrões, objetos arremessados, ferimentos causados por arma de fogo ou arma branca, entre outros (OMS, 2002; Brasil, 2021, 2016).

Minayo *et al.* (2018) evidencia que violências desta natureza causam grande impacto quando direcionadas a crianças e adolescentes no âmbito familiar ou às chamadas instituições assistenciais, questões que se encontram arraigadas em algumas culturas como estratégia de educação dos filhos e reafirmação do controle familiar, também é costumeiramente justificado como modo de defesa pessoal, confrontos diretos nos casos de guerra ou conflito armado (OMS, 2002; Brasil, 2021, 2016).

Além das repercussões físicas, a violência tem impactos sociais, econômicos e culturais incalculáveis. As principais vítimas são homens no ambiente comunitário e mulheres no ambiente doméstico. No caso em que há conflitos armado e guerra, a violência física pode atingir a população de modo geral e de forma indiscriminada (OMS, 2002; Brasil, 2021, 2016).

A segunda classificação quanto a natureza da violência, é a **psicológica** ou moral, em que se inclui agressão verbal e/ou gestual, bem como humilhação, desrespeito, depreciação, rejeição, discriminação, punições que geram sentimentos de medo, terror, e até mesmo isolamento social, restrição da liberdade, alteração de identidade e/ou patologias psiquiátricas (OMS, 2002; Brasil, 2021, 2016).

Minayo *et al.* (2018) acrescenta que esta forma de violência, na maioria das vezes não

notificada, pode afetar a autoestima/ autoconfiança, principalmente nos primeiros anos de vida e pode desencadear transtornos depressivos e psicossomáticos;

Destaca-se entre as violências psicológicas, o *bullying* nas escolas e o assédio moral que se apresenta no ambiente de trabalho e se caracteriza como que é uma conduta abusiva, com manifestações repetidas e sistemáticas que podem se dar por meio de calúnia, injúria e difamação à honra ou a reputação (OMS, 2002; Brasil, 2021, 2016).

Outra classificação quanto à natureza são as **torturas** que se caracteriza como o ato de constranger alguém utilizando de grave ameaça ou emprego de força a fim de causar sofrimento físico ou mental com fins de obter informação, declaração ou confissão da vítima ou de terceira pessoa, submeter a castigo pessoal, provocar ação ou omissão de natureza criminosa, como também em razão de discriminação racial ou religiosa¹ (ou medida de caráter preventivo) (Brasil, 2016).

Já as violências consideradas de natureza **sexual**, são as ações na qual uma pessoa, aproveitando-se de sua posição de poder e mediante uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, sujeita e obriga outra pessoa, “de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar ou participar de alguma maneira de interações sexuais, ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção” (Brasil, 2016, p. 58).

Considera-se violência sexual situações de estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, impostas, pornografia infantil, pedofilia, *voyeurismo*; manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Caracterizam a violência sexual também a exposição coercitiva/constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico e outras atitudes - mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento - que impeçam o uso de qualquer método contraceptivo ou forcem ao matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição ou que restrinjam ou prejudiquem a pessoa em sua autonomia para exercer seus direitos sexuais e reprodutivos (Brasil, 2016).

Ressalta-se que a violência sexual se configura crime, mesmo se exercida por um familiar (pai, mãe, padrasto, madrasta, companheiro/a, esposo/a) e pode ocorrer em relacionamentos heterossexuais ou homossexuais. Tem sido relatado neste tipo de violência que - tal qual a psicológica - as vítimas podem vir a manifestar sentimento de culpa, ter problemas de crescimento e desenvolvimento físico e emocional, desenvolver distúrbios emocionais,

¹ BRASIL. Lei nº 9.455, de 7 de abril de 1997. Define os crimes de tortura e dá outras providências. Brasília: Casa Civil; Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1997.

ideações suicidas, entre outras patologias psiquiátricas (Brasil, 2016; Minayo *et al.*, 2018).

O **tráfico de seres humanos** – outra natureza de violência – agrupa atitudes/ações de recrutamento, transporte, transferência e alojamento de pessoas diante de situação de vulnerabilidade (ameaça, rapto, fraude, engano, abuso de autoridade, uso da força ou de outras formas de coação) “para exercer a prostituição ou o trabalho sem remuneração, incluindo o doméstico, escravo ou de servidão, casamento servil ou para a remoção e comercialização de seus órgãos, com emprego ou não de força física” (Brasil, 2016, p. 59) e pode se dar dentro de um mesmo país, entre países fronteiriços ou entre diferentes continentes.

Situações de **negligência/abandono** também se configuram como violência. Classificam-se como desta natureza, a privação de cuidados a outras pessoas que necessitam de apoio, cuidado e proteção. No Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada, Brasil (2016, p. 60) evidencia como exemplos deste tipo de omissão no provimento de necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa atendida/vítima: “privação de medicamentos; falta de cuidados necessários com a saúde; descuido com a higiene; ausência de proteção contra as inclemências do meio, como o frio e o calor; ausência de estímulo e de condições para a frequência à escola”.

Minayo *et al.* (2018) sublinham entre os mais vulneráveis os dependentes sociais, físicos e mentais. As crianças e adolescentes são vítimas frequentes de violências desta natureza, já que pela ausência, recusa ou falta de atenção podem sofrer desnutrição, chegada tardia à escola e uma série de riscos (queimaduras, atropelamentos, ingestão de líquidos de limpeza, abuso sexual etc.). As pessoas idosas também têm sido frequentemente vítimas de negligência e privação de cuidados no contexto familiar ou institucional.

Os **abusos financeiros/econômicos e patrimoniais** – configuram outro grupo de violência - e compreendem a exploração abusiva, não consentida e/ou ilícita de recursos da vítima, imprópria ou ilegal. Imigrantes, refugiados, expropriados e proprietários de terras tem sido vítimas deste tipo de violência (Minayo; Franco, 2018; Brasil, 2016) que “implica dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, instrumentos de trabalho, bens e valores da pessoa atendida/vítima” (Brasil, 2016, p. 60).

O **trabalho infantil** se caracteriza como outra natureza de atos violentos e aborda um conjunto de ações e atividades desempenhadas por crianças – com valor econômico direto ou indireto – inibindo-as de viver plenamente sua condição de infância e adolescência. Classifica-se deste modo, qualquer tipo de atividade efetuada por crianças e adolescentes de forma obrigatória, regular, rotineira, com ou sem remuneração e que pode colocar em risco o seu bem-estar físico, psíquico, social e moral, restringindo as condições de desenvolvimento infanto-

juvenil.

Salienta-se ainda que de acordo com a Constituição Federal (Brasil, 1988, art. 7º, XXXIII) é proibido o trabalho noturno, perigoso ou insalubre a pessoas menores de 18 anos, e de qualquer trabalho a menores de 16 anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos - nestes casos a atividade laboral deve ser realizada “em horários e locais que não impeçam a frequência à escola e não prejudiquem a formação e o adequado desenvolvimento físico, psíquico, moral e social” (Viva, 2016, p. 61).

Por fim, expõe-se entre as categorias de natureza de violências, a **intervenção legal**, em que se incluem os atos violentos praticados por agente legal público (representante do Estado, polícia ou de outro agente da lei) no exercício da sua função. Segundo a décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), pode ocorrer com o uso de armas de fogo, explosivos, uso de gás, objetos contundentes, ações como empurrão, golpe, murro e/ou atitudes que podem resultar em ferimento, agressão, constrangimento e morte.

A este tipo de violência está relacionada a Lei nº 4.898 (Brasil, 1965) em que se define o crime de abuso de autoridade e estabelece punições para esta prática. A CID-10 adota o termo intervenção legal e operações de guerra e lhe atribui os códigos de Y35 a Y36 (Viva, 2016).

2.3 CONTEXTUALIZAÇÃO

2.3.1 A violência na Agenda 2030 no Brasil e no mundo

A violência armada e a insegurança têm impactado negativamente o desenvolvimento econômico e social dos países, em especial dos mais desiguais (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD, 2022).

Segundo Malta *et al.* (2017) os dados do estudo Carga Global de Doença (GBD), em 2013, estimaram 973 milhões de pessoas feridas e 4,8 milhões de mortes por acidentes e violência no mundo, e as principais causas de óbito foram os acidentes de transporte terrestre (29,1%), suicídios (17,6%), quedas (11,6%) e homicídios (8,5%).

Tais dados também evidenciaram redução nas taxas de homicídios globalmente, distribuição heterogênea por zonas geográficas e grupos sociais e variação conforme nível econômico dos países. Houve redução nas taxas de 39%, 13% e 10% nos países de alta, média e baixa renda, respectivamente. O risco de homicídio nos países de alta renda, como Estados Unidos e França, foi menor e apresentou uma taxa abaixo de 3/100 mil, e quando comparado aos países latino-americanos de baixa renda, a taxa era maior, cerca de 3 a 7/100 mil (Malta *et*

al., 2017).

Ainda em relação aos dados do GBD, o suicídio foi considerado segunda causa de morte por violência globalmente, sendo um dos principais contribuintes para os DALYs e as maiores taxas são na Europa (17,6/100 mil); países da Ásia (13,3/100 mil) e Américas (9,8/100 mil). Idade, sexo, etnia e cultura são características relacionadas à epidemiologia do suicídio no mundo (Malta *et al.*, 2017).

Pensando globalmente para redução de todas as formas de violência; integrando governos, setor privado, cidadãos e sociedade civil; fortalecendo o Estado de direito e promoção dos direitos humanos os países que integram a Organização das Nações Unidas (ONU), numa parceria colaborativa, se comprometeram a implementar a Agenda 2030, composto de dezessete Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) – conforme se apresenta na Figura 1 – e 169 metas, pautados em três pilares para desenvolvimento sustentável: econômico, social e ambiental (PNUD, 2022).

Estes ODS, de maneira integrada e inter-relacionada, visam mudanças transformadoras e desafiadoras na:

[...] erradicação da pobreza; fome zero e agricultura sustentável; saúde e bem-estar; educação de qualidade; igualdade de gênero; água potável e saneamento; energia acessível e limpa; trabalho decente e crescimento econômico; indústria, renovação e infraestrutura; redução das desigualdades; cidades e comunidades sustentáveis; consumo e produção responsáveis; ação contra a mudança global do clima; vida na água; vida terrestre; paz, justiça e instituições eficazes e parcerias e meios de implementação (PNUD, 2022, p. 28).

Figura 1 - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável



Fonte: PNUD (2022).

No enfrentamento à violência, a ONU (2015) através da Agenda 2030 tem dois ODS que se destacam, o 3º e o 16º. O objetivo 3 “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades”, apresenta nove metas:

- 3.1 Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos
- 3.2 Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos
- 3.3 Até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis
- 3.4 Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar
- 3.5 Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool
- 3.6 Até 2020, reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas
- 3.7 Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais
- 3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos
- 3.9 Até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar e água do solo
- 3.a Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em todos os países, conforme apropriado
- 3.b Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha, que afirma o direito dos países em desenvolvimento de utilizarem plenamente as disposições do acordo TRIPS sobre flexibilidades para proteger a saúde pública e, em particular, proporcionar o acesso a medicamentos para todos
- 3.c Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento e formação, e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento
- 3.d Reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais de saúde

Quanto ao 16º ODS, “Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis”, o Brasil tem dez metas para o enfrentamento à violência:

- 16.1 Reduzir significativamente todas as formas de violência e as taxas de mortalidade relacionada em todos os lugares
- 16.2 Acabar com abuso, exploração, tráfico e todas as formas de violência e tortura contra crianças
- 16.3 Promover o Estado de Direito, em nível nacional e internacional, e garantir a igualdade de acesso à justiça para todos

- 16.4 Até 2030, reduzir significativamente os fluxos financeiros e de armas ilegais, reforçar a recuperação e devolução de recursos roubados e combater todas as formas de crime organizado
- 16.5 Reduzir substancialmente a corrupção e o suborno em todas as suas formas
- 16.6 Desenvolver instituições eficazes, responsáveis e transparentes em todos os níveis
- 16.7 Garantir a tomada de decisão responsiva, inclusiva, participativa e representativa em todos os níveis
- 16.8 Ampliar e fortalecer a participação dos países em desenvolvimento nas instituições de governança global
- 16.9 Até 2030, fornecer identidade legal para todos, incluindo o registro de nascimento
- 16.10 Assegurar o acesso público à informação e proteger as liberdades fundamentais, em conformidade com a legislação nacional e os acordos internacionais
- 16.a Fortalecer as instituições nacionais relevantes, inclusive por meio da cooperação internacional, para a construção de capacidades em todos os níveis, em particular nos países em desenvolvimento, para a prevenção da violência e o combate ao terrorismo e ao crime
- 16.b Promover e fazer cumprir leis e políticas não discriminatórias para o desenvolvimento sustentável

Quando comparado aos países da América Latina, o Brasil apresenta a terceira maior mortalidade por homicídios, e a impunidade se apresenta como um fator de risco importante para o incremento destes. No Brasil, homens adultos jovens de 20 a 34 anos ou adolescentes de 15 a 19 anos residentes nas regiões Norte e Nordeste são as principais vítimas de homicídios, com a utilização de armas de fogo. Em relação ao sexo, os homens têm 9,2 vezes maior probabilidade de evoluir a óbito por homicídio, quando comparado às mulheres, podendo ser explicado por questões culturais de incentivo à violência masculina. Ainda na região Nordeste, o perfil de mulheres assassinada é de “jovens, negras, solteiras, de baixa escolaridade e renda, vítimas de violência física e/ou sexual” (Malta *et al.*, 2017, p. 151).

De acordo com a Tabela 1, no Brasil, o Capítulo 20 – Causas externas de morbidade e de mortalidade da CID-10, nos anos de 2014 e 2015 ocupavam a terceira posição de causas de óbito. No ano de 2016 passou para a quarta posição, e no ano seguinte retornou para terceira. Nos anos de 2018 e 2019 se manteve na quarta posição, e no ano seguinte ocupou a quinta posição.

Tabela 1 – Número de óbitos por ocorrência no Brasil, segundo capítulo da CID-10, no período de 2014 a 2020

Capítulo CID-10							
Ano do óbito	Capítulo 9 Circulatório	Capítulo 2 Neoplasia	Capítulo 20 Causas externas	Capítulo 10 Respiratório	Capítulo 4 Endócrinas	Capítulo 18 Sintomas, sinais e achados anormais	Capítulo 11 Digestivo
2014	340.284	201.968	156.942	139.045	73.972	71.191	62.763
2015	349.642	209.780	152.136	149.541	76.235	71.713	64.202
	Capítulo 9 Circulatório	Capítulo 2 Neoplasia	Capítulo 10 Respiratório	Capítulo 20 Causas externas	Capítulo 4 Endócrinas	Capítulo 18 Sintomas, sinais e achados anormais	Capítulo 11 Digestivo
2016	362.091	215.217	158.041	155.861	78.075	75.869	66.044
	Capítulo 9 Circulatório	Capítulo 2 Neoplasia	Capítulo 20 Causas externas	Capítulo 10 Respiratório	Capítulo 4 Endócrinas	Capítulo 18 Sintomas, sinais e achados anormais	Capítulo 11 Digestivo
2017	358.882	221.821	158.657	155.620	79.662	71.822	66.052
	Capítulo 9 Circulatório	Capítulo 2 Neoplasia	Capítulo 10 Respiratório	Capítulo 20 Causas externas	Capítulo 4 Endócrinas	Capítulo 18 Sintomas, sinais e achados anormais	Capítulo 11 Digestivo
2018	357.770	227.920	155.191	150.814	81.365	70.505	67.316
2019	364.132	235.301	162.005	142.800	83.485	74.972	68.770
	Capítulo 9 Circulatório	Capítulo 1 Doenças Infecciosas	Capítulo 2 Neoplasia	Capítulo 10 Respiratório	Capítulo 20 Causas externas	Capítulo 4 Endócrinas	Capítulo 18 Sintomas, sinais e achados anormais
2020	357.741	267.287	229.300	148.773	146.038	92.749	90.345

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados do TABNET/MS. SIM (2022).

No Brasil, as lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas, classificadas no Capítulo 19 – conforme sintetiza-se na Tabela 2 – nos anos de 2014 e 2015 ocupavam a quarta posição de internações hospitalares. Nos anos seguintes (2016 e 2017) assumiram a terceira posição, e em 2018 a 2020 ficaram em segundo lugar.

Tabela 2 - Número de internações hospitalares no Brasil, segundo capítulo da CID-10, no período de 2014 a 2020²

Ano da internação hospitalar	Capítulo CID-10					
	Capítulo 15 Gravidez, Parto e Puerpério	Capítulo 10 Respiratório	Capítulo 9 Circulatório	Capítulo 19 Lesões, Envenenamento e outras consequências de causas externas	Capítulo 11 Digestivo	Capítulo 1 Doenças Infecciosas
2014	2.353.466	1.247.935	1.140.792	1.116.146	1.080.039	826.607
2015	2.421.088	1.217.636	1.128.521	1.113.840	1.073.733	809.351
	Capítulo 15 Gravidez, Parto e Puerpério	Capítulo 10 Respiratório	Capítulo 19 Lesões, Envenenamento e outras consequências de causas externas	Capítulo 9 Circulatório	Capítulo 11 Digestivo	Capítulo 1 Doenças Infecciosas
2016	2.345.438	1.157.841	1.136.310	1.126.140	1.081.328	831.528
	Capítulo 15 Gravidez, Parto e Puerpério	Capítulo 10 Respiratório	Capítulo 19 Lesões, Envenenamento e outras consequências de causas externas	Capítulo 9 Circulatório	Capítulo 11 Digestivo	Capítulo 14 Genitourinário
2017	2.418.108	1.182.448	1.154.776	1.131.769	1.103.047	799.278
	Capítulo 15 Gravidez, Parto e Puerpério	Capítulo 19 Lesões, Envenenamento e outras consequências de causas externas	Capítulo 10 Respiratório	Capítulo 11 Digestivo	Capítulo 9 Circulatório	Capítulo 14 Genitourinário
2018	2.476.745	1.184.048	1.177.812	1.167.840	1.152.011	837.603
	Capítulo 15 Gravidez, Parto e Puerpério	Capítulo 19 Lesões, Envenenamento e outras consequências de causas externas	Capítulo 11 Digestivo	Capítulo 10 Respiratório	Capítulo 9 Circulatório	Capítulo 2 Neoplasia
2019	2.451.903	1.240.599	1.210.427	1.190.950	1.179.365	882.613
	Capítulo 15 Gravidez, Parto e Puerpério	Capítulo 19 Lesões, Envenenamento e outras consequências de causas externas	Capítulo 1 Doenças Infecciosas	Capítulo 9 Circulatório	Capítulo 11 Digestivo	Capítulo 2 Neoplasia
2020	2.322.218	1.182.264	1.103.639	995.115	888.844	759.914

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados do TABNET/MS. SIH (2022).

² Nota: Em relação às internações hospitalares, segundo as normas do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), as internações provocadas por causas externas devem ser classificadas segundo o tipo de traumatismo, no diagnóstico principal, sendo representada pelo Capítulo 19 da CID-10 denominado de Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98). No diagnóstico secundário deve ser inserido a origem da causa externa, utilizando-se o Capítulo 20.

2.3.2 Estado do Rio de Janeiro

De acordo com a Tabela 3, no Estado do Rio de Janeiro (ERJ), no período de 2014 a 2019, o número de óbitos por causas externas (Capítulo 20 da CID-10) vinha se mantendo em quarta posição. Nos anos seguintes passou a ocupar a sexta colocação no ranking de mortalidade. Em contrapartida, óbitos por doenças infecciosas e parasitárias (Capítulo 1 da CID-10) que ocupava a sexta posição nos anos 2014 a 2016, passando para sétima posição nos anos 2017-2019, passou para a primeira posição em 2020 por conta da pandemia de Covid-19.

Da mesma maneira, óbitos classificados no Capítulo 18-sinais, sintomas e exames-ocupava sétima posição entre os anos de 2014 e 2016, acendeu para quinta posição nos anos de 2017 a 2020. Este capítulo do CID-10 inclui achados laboratoriais, sinais e sintomas que, separadamente, não definem um diagnóstico.

Tabela 3 - Número de óbitos por ocorrência no Estado do Rio de Janeiro, segundo capítulo da CID-10, no período de 2014 a 2020

Capítulo CID-10							
Ano do óbito	Capítulo 9 Circulatório	Capítulo 2 Neoplasia	Capítulo 10 Respiratório	Capítulo 20 Causas externas	Capítulo 4 Endócrinas	Capítulo 1 Doenças Infecciosas	Capítulo 18 Sintomas, sinais e achados anormais
2014	37.408	20.838	15.715	13.947	7.759	7.679	7.524
2015	37.983	20.997	16.736	13.137	7.592	7.562	7.493
2016	41.114	21.704	17.698	14.482	8.069	8.035	7.898
	Capítulo 9 Circulatório	Capítulo 2 Neoplasia	Capítulo 10 Respiratório	Capítulo 20 Causas externas	Capítulo 18 Sintomas, sinais e achados anormais	Capítulo 4 Endócrinas	Capítulo 1 Doenças Infecciosas
2017	37.917	21.725	16.302	14.511	9.282	7.952	7.415
2018	38.030	22.538	16.356	14.588	10.449	8.327	7.996
2019	38.525	22.407	17.113	13.876	11.749	8.465	8.067
	Capítulo 1 Doenças Infecciosas	Capítulo 9 Circulatório	Capítulo 2 Neoplasia	Capítulo 10 Respiratório	Capítulo 18 Sintomas, sinais e achados anormais	Capítulo 20 Causas externas	Capítulo 4 Endócrinas
2020	39.137	36.937	21.951	15.963	14.639	12.723	8.919

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados do TABNET/SES. SIM (2022).

2.3.3 Município de Nova Iguaçu (NI)

O município de NI ainda hoje é o maior da Baixada Fluminense (BF) em extensão territorial com 520.581 Km², e o segundo em população com 796.257 pessoas, segundo dados

do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), localizado à 35 Km do Rio de Janeiro capital. Possui 38,7% da sua população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário-mínimo, correspondendo ao 8º lugar dentre os 92 municípios do ERJ. Outro dado é o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,713. No que concerne à educação, a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade é 96,2%, ocupando o 82º lugar no ERJ. A população é composta, predominantemente, por pretos e pardos representando 55% (IBGE, 2010) e, quanto ao sexo, maioria de mulheres com 51,5% (IBGE, 2010).

As outras cidades que compõe a BF como Duque de Caxias (1943), São João de Meriti (1947), Nilópolis (1947), Belford Roxo (1990), Queimados (1990), Japeri (1991) e Mesquita (1999) pertenciam à NI, anteriormente chamada de Grande Iguaçu, mas foram emancipadas em datas distintas. As outras cidades que compõe a BF como Guapimirim, Magé, Paracambi, Seropédica e Itaguaí foram originadas dos desmembramentos dos antigos municípios de Magé e Itaguaí.

Em 1503 chegaram as expedições portuguesas. Após vitória destes, a BF foi dividida em sesmarias, com plantações de cana-de-açúcar, e utilização de mão de obra escrava. A partir século XVIII, o ciclo da mineração, serviu como corredor de escoamento do ouro de Minas Gerais. No século seguinte serviu para plantações do café. Com o passar do tempo, a intensificação do transporte fluvial, juntamente com a devastação das matas, provocou assoreamento e elevação dos leitos dos rios, prejudicando o transporte no período da seca. Diante disso, houve estímulo para construção das Estradas de Ferro Mauá, primeira ferrovia do Brasil, e Dom Pedro II, esvaziando as rotas dos rios e propiciando o surgimento de vilas em torno das estações para abrigar os trabalhadores empobrecidos, face à substituição dos escravizados.

No início do século XX houve intensa migração para BF, devido à grande quantidade de terrenos vazios, facilidade de transporte ferroviário, proximidade com o Rio de Janeiro, capital federal à época, e fuga dos surtos de malária. A partir de 1970, com a Rodovia Presidente Dutra e Avenida Brasil, favoreceram a ocupação acelerada da região, sem estrutura, entregue ao abandono dos poderes públicos e à violência. De “território de passagem, passou a território de permanência” (Pieve, 2019, p. 13).

Era imprescindível relegar a violência fora da metrópole e colocá-la na Baixada, e esta sendo a periferia metropolitana; marcando as diferenças entre elas; com inúmeras vulnerabilidades; excluída socialmente e negligenciadas economicamente; resultantes da ausência do poder público; privatização da violência pela territorialização faccionada de narcotraficantes e grupos de extermínio, grande número de crimes assombrosos, marcada pela

(i)legalidade do uso da força nas áreas pobres (Pieve, 2019; Alves, 2019; Oliveira, 2021).

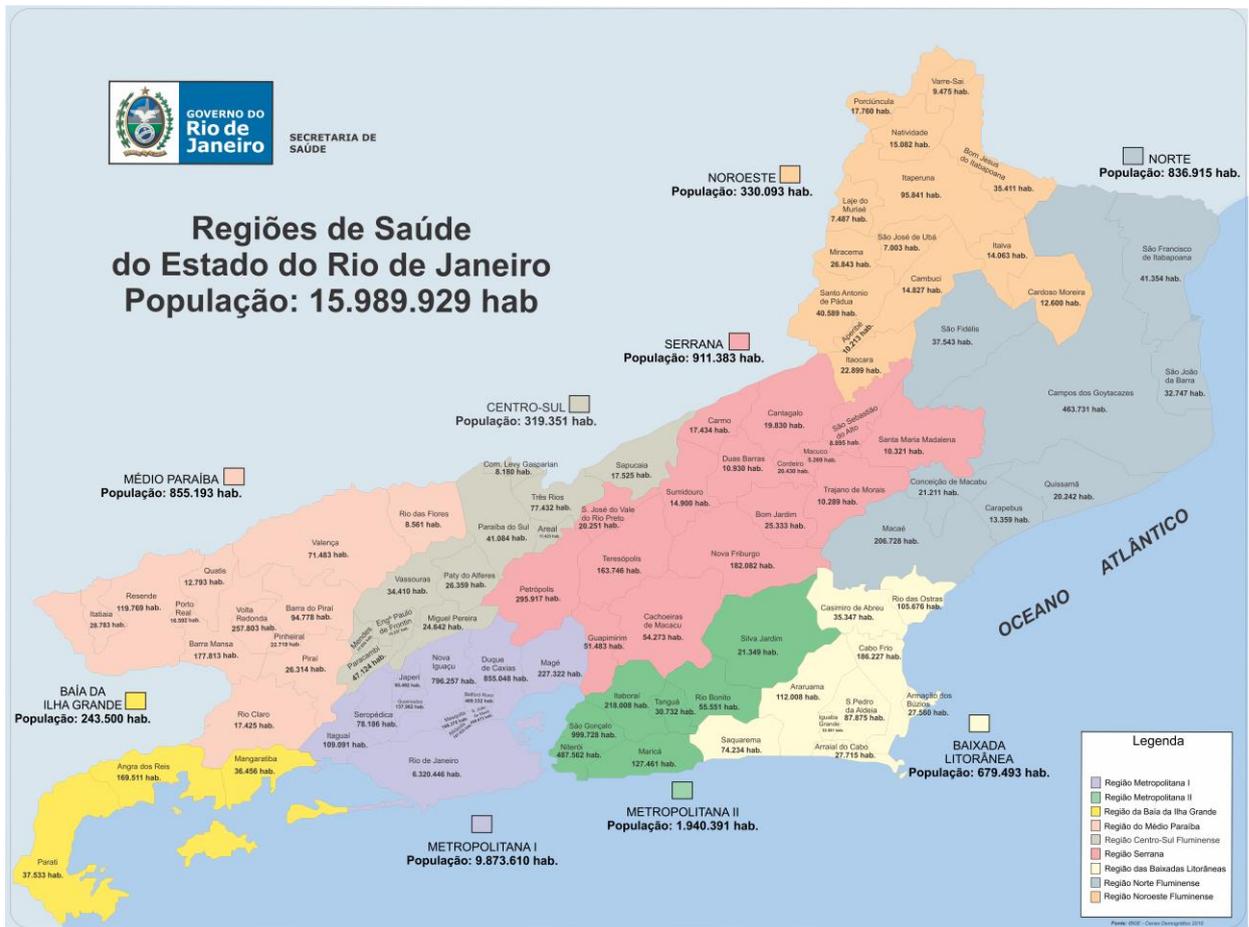
Com base em Alves (2019), Oliveira (2021, p. 320) evidencia que “a violência tem face, documentação civil e registro de pessoa jurídica, não importando se a vestimenta envolve o uso de máscaras, capuzes, toucas, fardas, ternos ou roupas de grife”.

Historicamente, fazendeiros e barões da cana-de-açúcar e café instituíram gênese do coronelismo, que se mantém até os dias atuais praticado pelos políticos locais. Na ideia de que apenas os outros são bandidos, coronéis temiam o banditismo dos escravos libertos e praticavam a barbárie (Oliveira, 2021; Alves, 2019).

Vivemos em um país que garotos pobres e negros de 14 ou 15 anos são sumariamente executados como almas perdidas, mas homens de 20, 30 ou 40 anos, desde que brancos, ricos e de “famílias de bem”, são tratados como meninos mesmo quando cometem crimes bárbaros (Alves, 2019; Oliveira, 2021).

Nova Iguaçu, pertence à Região Metropolitana I, e é geograficamente limitada pelos seguintes municípios: Rio de Janeiro, a sul; Mesquita, a sudeste; Belford Roxo, a leste; Duque de Caxias, a nordeste; Miguel Pereira, a norte; Japeri, a noroeste; Queimados, a oeste; e Seropédica, a sudoeste (Figura 2). Situa-se praticamente à beira das Rodovias Federais Presidente Dutra (BR-116), que liga RJ a SP; antiga Estrada RJ-SP (BR-465); próximo também à Avenida Brasil, que interliga a Rodovia Rio-Vitória/Niterói-Manilha (BR 101) à Rodovia Rio-Santos (BR 101 Sul) e passa paralelamente a rodovia Washington Luiz (BR 040) que perpassa por RJ/MG/GO/DF, recebendo, pela regulação, os atendimentos aos acidentes de transporte ocorridos nas vias. Além dos acidentes nas vias rodoviárias, existem as vias ferroviárias que cortam o município de Nova Iguaçu e demais cidades em seu entorno. A Rede Ferroviária Federal SA, além de Nova Iguaçu, perpassa vários Rio de Janeiro; Nilópolis; Mesquita; Queimados; Japeri, Paracambi; Paulo de Frontin; Mendes; Piraí; Barra do Piraí; Valença; Vassouras; Paraíba do Sul; Três Rios e Comendador Levy Gasparian (INEPAC, 2023)

Figura 2 - Mapa das Regiões do Estado do Rio de Janeiro



Fonte: Rio de Janeiro (2023).

Na saúde, em relação à Rede de Atenção às Urgências e Emergências do MS, o Hospital Geral de Nova Iguaçu (HGNI), localizado em NI presta atendimento 24 horas às diferentes condições de saúde agudas ou crônicas agudizadas, de natureza clínica, cirúrgica, traumatológica, entre outras a todos os municípios, especialmente os da Baixada Fluminense.

Em termos de saúde, o principal notificador de violência é o Hospital Geral de Nova Iguaçu, que geralmente trabalha acima da capacidade instalada, uma vez que absorve os municípios não só de Nova Iguaçu, mas de todos os 11 municípios no entorno, os quais não têm hospitais que prestam serviço de médio e alta complexidade, além de ser perpassado pelas principais rodovias e ferrovias, com alto número de acidentes.

Em 2014, após avaliação do perfil epidemiológico dos casos atendidos no HGNI, o MS elencou que o Núcleo de Vigilância Hospitalar (NVH) do HGNI seria integrante da Rede de Vigilância Epidemiológica Hospitalar de Interesse Nacional (REVEH), através da Portaria MS/GM Nº 348 de 10 de março de 2014. Em 2021, pela Portaria nº 1694 (Brasil, 2021) foi instituída a Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (RENAVEH) como parte

do Plano de Fortalecimento e Ampliação dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE), que tem por objetivo “a detecção, o monitoramento e a resposta imediata às potenciais Emergências de Saúde Pública (ESP) identificadas no âmbito hospitalar” (Brasil, 2021, p. 7).

Atuam em conjunto a Rede do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) e o Serviço de Verificação de Óbito (SVO), na detecção e na notificação de óbitos ocorridos em ambiente hospitalar, em especial os prioritários: mulheres em idade fértil, óbitos maternos, óbitos infantis e fetais, óbitos por doença infecciosa e por causa mal definida.

O NHE é o que mais realiza notificações de violência interpessoal/autoprovocada em toda a BF, e um dos primeiros do Estado do Rio de Janeiro.

A Tabela 4 em relação ao município de NI-RJ, mostra os óbitos por capítulo em relação ao município de Nova Iguaçu-RJ. As causas externas, listados no Capítulo 20 da CID-10, ocupavam a segunda posição, nos anos de 2014 a 2017. Nos anos seguintes 2018 e 2019 passou para terceira posição, caindo para quinta posição no ano de 2020.

Os óbitos classificados no Capítulo 18 - Sinais, sintomas e exames- ocupavam quinta posição entre os anos de 2015, acendendo gradualmente, ano após ano, até chegar a segunda posição nos anos 2018 e 2019, e retornando para terceira posição no ano 2020.

Tabela 4 - Número de óbitos por ocorrência no município de Nova Iguaçu-RJ, segundo capítulo da CID-10, no período de 2014 a 2020

Capítulo CID-10					
Ano do óbito	Capítulo 9 Circulatório	Capítulo 20 Causas externas	Capítulo 10 Respiratório	Capítulo 2 Neoplasia	Capítulo 1 Doenças Infecciosas
2014	1756	967	656	425	405
	Capítulo 9 Circulatório	Capítulo 20 Causas externas	Capítulo 10 Respiratório	Capítulo 2 Neoplasia	Capítulo 18 Sintomas, sinais e achados anormais
2015	1931	840	673	464	457
	Capítulo 9 Circulatório	Capítulo 20 Causas externas	Capítulo 10 Respiratório	Capítulo 18 Sintomas, sinais e achados anormais	Capítulo 2 Neoplasia
2016	2171	923	747	633	496
	Capítulo 9 Circulatório	Capítulo 20 Causas externas	Capítulo 18 Sintomas, sinais e achados anormais	Capítulo 10 Respiratório	Capítulo 2 Neoplasia
2017	1778	974	872	576	481
	Capítulo 9 Circulatório	Capítulo 18 Sintomas, sinais e achados anormais	Capítulo 20 Causas externas	Capítulo 10 Respiratório	Capítulo 2 Neoplasia
2018	1646	990	860	578	508
	Capítulo 9 Circulatório	Capítulo 18 Sintomas, sinais e achados anormais	Capítulo 20 Causas externas	Capítulo 10 Respiratório	Capítulo 2 Neoplasia
2019	1715	1183	776	548	496
	Capítulo 9 Circulatório	Capítulo 1 Doenças Infecciosas	Capítulo 18 Sintomas, sinais e achados anormais	Capítulo 10 Respiratório	Capítulo 20 Causas externas
2020	1844	1148	1129	737	672

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados do TABNET/SES. SIM (2022).

2.4 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO - SINAN E SIM E RELACIONAMENTO DE BASES DE DADOS

O Sinan foi criado em 1993, e implantado de forma gradual, mas heterogênea em todo país. Sua regulamentação deu-se em 1998, através da Portaria da Fundação Nacional de Saúde-Funasa/MS nº 073 de 9/3/98, tornando obrigatória a alimentação da base de dados nacional, de maneira regular, pelos Estados, Municípios e Distrito Federal (Sinan/MS, 2007; Sinan NET, 2019). Constitui-se uma ferramenta valiosa no ciclo da Vigilância na Saúde Pública

(Albuquerque *et al.*, 2002).

A utilização do Sinan pelos profissionais de saúde, de forma contínua e sistemática, é fundamental, tendo em vista que, após análise e interpretação dos dados; estes geram informações que devem ser disponibilizadas à comunidade de maneira rotineira; e que servem como um instrumento para planejamento das ações em saúde, tomada de decisão, definição de prioridades de intervenção, além de permitir o monitoramento e avaliação do impacto das intervenções (SINAN/MS, 2007; Albuquerque *et al.*, 2002; Sinan, 2015; Sinan NET, 2019; Souza *et al.*, 2010; Abath, 2014).

Este sistema de informações é alimentado pelas notificações de casos de doenças e agravos que constam na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública nos serviços de saúde públicos e privados no Brasil, cuja última publicação consta na Portaria de Consolidação nº 4 (Brasil, 2017).

A violência é considerada um agravo de notificação compulsória imediata, representando “qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada”, cuja notificação deve ser “realizada em até 24 (vinte e quatro) horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível” (Brasil, 2017, p. 231).

A partir de 2009, a Ficha de Notificação/Investigação de Violência interpessoal/autoprovocada passou a integrar o Sinan (SINAN NET, 2019), mas só em 2014, através das Portaria GM/MS nº 1.271 (Brasil, 2014), os casos violência sexual e tentativas de suicídio tornaram-se um evento de comunicação imediata na esfera municipal, sendo sua notificação em até 24h, visando uma intervenção em tempo oportuno. Essa é a justificativa para inclusão do ano de 2014 neste estudo. A Ficha de Notificação representa a primeira etapa de inclusão das pessoas em situação de violência nos sistemas de saúde, saindo da invisibilidade, e deveria servir como instrumento de cuidados e garantia dos direitos, mas que na prática não acontece.

Na Ficha de Notificação/Investigação de violência interpessoal/autoprovocada existem variáveis obrigatórias, e se as mesmas não forem preenchidas, o registro não poderá ser feito; e as variáveis essenciais. As primeiras são: Tipo de notificação; UF de notificação; Unidade notificadora; Nome da unidade notificadora; Unidade de Saúde; Data da ocorrência da violência; Nome do Paciente; Data de Nascimento e Idade; Sexo; Gestante; UF Residência; Município Residência; País (se residente fora do Brasil); Orientação Sexual; Identidade de

Gênero; UF de ocorrência; Município de ocorrência; Local de Ocorrência; Motivação da violência; Tipos de violência; Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida; Sexo do provável autor da agressão; Ciclo de vida do principal autor da agressão; Encaminhamento.

As variáveis essenciais são: Raça/cor da pele; Escolaridade; Nome da mãe; Distrito de residência; Bairro de residência; Logradouro, número e complemento do logradouro de residência; Ponto de referência e CEP da residência; Telefone e DDD da residência; Zona de residência; Ocupação; Situação conjugal/estado civil; Possui algum tipo de deficiência/transtorno; Bairro de ocorrência; Hora da ocorrência; Se ocorreu outras vezes; Lesão autoprovocada; Meio da agressão; Tipo de violência sexual; Procedimento realizado; Violência relacionada ao trabalho e Circunstância da lesão.

Na Ficha de Notificação/Investigação consta a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID-10) Y09 – Agressão por meios não especificados. Tal classificação é publicada pela OMS, sendo utilizada globalmente para estatísticas de morbimortalidade.

Atributos quantitativos como oportunidade, representatividade, qualidade, e valor preditivo positivo e qualitativos como simplicidade, flexibilidade, aceitabilidade e qualidade dos dados são essenciais para uma avaliação do Sinan; sendo que estes últimos refletem a completitude e a validade dos dados (Souza, 2010).

A completitude pode ser medida pelo grau de informação completa de cada variável. Outro conceito a ser destacado é a consistência, e refere-se à plausibilidade dos resultados (Romero; Cunha, 2007).

Essa questão de registro de dados é crucial. Tantos os profissionais de saúde, como os da segurança pública, geralmente, são os primeiros atores a acolher e prestar o primeiro atendimento às vítimas de violências. De fato, todos precisam ser capacitados quanto à coleta dos dados, para que estes possam gerar informações fidedignas para seu respectivo sistema de informação a ser alimentado. Entretanto, cada instituição mantém registros voltados para seus próprios objetivos, obedecendo aos seus protocolos. Os Sistemas da saúde e da segurança pública são distintos, e não são alinhados, alguns dados são confidenciais, não havendo uniformidade na coleta, dificultando a comparação, emperrando o conhecimento do processo mais amplo da violência.

As estatísticas existentes subestimam o verdadeiro ônus da violência, uma vez que nem todas são computadas, ou resultam em lesões graves para necessitarem de assistência médica e dependem de quem e como a registra (OMS, 2002). Alguns casos evoluem a óbito no local onde ocorreu a violência, sendo encaminhado ao Instituto Médico Legal (IML), órgão oficial que

realiza necropsias em casos de óbitos decorrentes de causas externas, sendo o referido instituto emissor da Declaração de Óbito. Segundo o conceito óbito por causa externa é aquele que decorre de lesão provocada por violência (homicídio, suicídio, acidente ou morte suspeita), qualquer que tenha sido o tempo entre o evento lesivo e a morte propriamente (Brasil, 2009, p. 26; Brasil, 2011, p. 31; Brasil, 2022, p. 16).

A Declaração de Óbito é o documento padrão do SIM e de utilização obrigatória em todo país, impresso com sequência em três vias, nas cores branco, amarelo e rosa. Além de servir de base para o cálculo das estatísticas vitais e epidemiológicas, é o documento hábil para a lavratura, pelos cartórios, da Certidão de Óbito. É de competência exclusiva do MS a emissão e distribuição da Declaração de Óbito. Após, o repasse é feito às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) que redistribuem para as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), sendo estas responsáveis pelo controle e pela distribuição às unidades notificadoras, entre elas os estabelecimentos e serviços de saúde, IML, Serviços de Verificação de Óbitos (SVO), Cartórios do Registro Civil (CRC) em localidades onde não há médico e médicos cadastrados pela SMS.

A versão em uso da Declaração de Óbito foi atualizada, pela última vez, em 2014 e é composta por nove Blocos, com um total de 59 variáveis: Bloco I – Identificação, Bloco II – Residência, Bloco III – Ocorrência, Bloco IV - Fetal ou menor que 1 ano, Bloco V - Condições e causas do óbito, Bloco VI – Médico, Bloco VII - Causas externas, Bloco VIII – Cartório, Bloco IX - Localidade sem Médico (Brasil, 2011; Brasil, 2022).

O bloco V destina-se a qualificar as condições e causas que provocaram o óbito, é composta por quatro variáveis. Está em consonância com o Modelo Internacional de Certificado Médico da Causa de Morte, adotado pela OMS desde 1948. Na variável 40 – Causas da Morte PARTE I - destinada à anotação da causa que provocou a morte (causa terminal ou imediata – linha a) e dos estados mórbidos que produziram a causa registrada na linha a (causas antecedentes ou consequenciais – linhas b e c, e a causa básica – linha d). É fundamental que, na última linha, o médico declare corretamente a causa básica, com um diagnóstico apenas, para que se tenham dados confiáveis e comparáveis sobre mortalidade segundo a causa básica ou primária. Na PARTE II - destinada à anotação de outras condições mórbidas significativas que contribuíram para a morte e que, porém, não fizeram parte da cadeia definida na Parte I. Nesta parte deve ser registrada qualquer doença ou lesão que, a juízo médico, tenha influído desfavoravelmente, contribuindo assim para a morte, não estando relacionada com o estado patológico que conduziu diretamente ao óbito. As causas registradas nesta parte são denominadas causas contribuintes (Brasil, 2011, p. 24; Brasil, 2009; Brasil, 2022, p. 42).

O bloco VII destina-se a colher informações sobre o provável tipo de morte não natural,

e contém cinco variáveis. Tem fins epidemiológicos e é complementar ao bloco V, correspondendo ao capítulo XX da CID-10 - “Causas externas de morbidade e de mortalidade” (Brasil, 2022, p. 45).

As causas de morte a serem registradas no atestado médico de óbito, “são todas as doenças, estados mórbidos ou lesões que produziram a morte, ou que contribuíram para ela, e as circunstâncias do acidente ou da violência que produziu essas lesões”. Causa básica de morte é definida como “a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, as circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal” (Brasil, 2011, p. 30; Brasil, 2009; Brasil, 2022, p. 56).

Conforme o artigo 115 do Código de Ética Médica, Artigo 1º da Resolução nº 1.779/2005 do Conselho Federal de Medicina e a Portaria SVS nº 116/2009 é de responsabilidade do profissional médico preenchê-la (Brasil, 2022, p. 14).

Em função das características dos óbitos (causa natural, acidental ou violenta) ou do local de ocorrência (hospital, via pública, entre outros), o fluxo da Declaração de Óbito varia. No caso do óbito, cuja causa foi natural, e ocorreu em estabelecimento de saúde, o fluxo determina que:

- via branca seja arquivada no estabelecimento de saúde até ser recolhida pela SMS. Esta digita os dados no SIM municipal, onde os dados são processados, criticados e consolidados. Posteriormente a via branca é arquivada. Em seguida, os dados são transferidos, via internet, à base de dados do nível estadual, que os agrega, e envia-os ao nível federal;
- via amarela entrega ao familiar do falecido, sendo utilizada para obtenção da Certidão de Óbito, junto ao CRCs. Este fica responsável pelo arquivamento da via amarela;
- via rosa é arquivada no estabelecimento de saúde, no prontuário do paciente falecido. (Brasil, 2022, p.20)

Desde a sua implantação em 1975, o SIM vem se aperfeiçoando, visando o fortalecimento da vigilância da mortalidade, subsidia a formulação de indicadores epidemiológicos como instrumento estratégico de suporte ao planejamento das ações em saúde, objetivando a redução da mortalidade por causas preveníveis ou evitáveis, e nos óbitos mal definidos (Brasil, 2022).

Em relação a coleta de informações sobre mortes violentas existem duas fontes de

informações no Brasil: os Boletins de Ocorrência (BO), registrados nas Delegacias de Polícia Civil e as Declarações de Óbito preenchidas nos IMLs. Os primeiros são considerados o primeiro documento oficial que notifica a ocorrência de um homicídio (IPEA, 2021).

Vale destacar que não existe uma padronização de BOs nos diferentes entes federados, e a classificação de mortes violentas é baseada no Código Penal. Por outro lado, a Declaração de Óbito apesar de ser padronizada no país, cuja classificação é feita a partir da causa básica do óbito, seguindo a CID-10, muitos pesquisadores relatam que o preenchimento se dá de forma incompleta ou errada, gerando distorção quanto a classificação das causas, corroborando para uma baixa fidedignidade da informação. Essa imprecisão das informações sobre o tipo de violência que levou à morte eleva o número das Declarações de Óbito codificadas com causa desconhecida (IPEA, 2021).

No que se refere ao relacionamento de bases de dados existe uma série de técnicas utilizadas. No estudo de Barufaldi *et al.* (2017), para comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência, foi realizado um *linkage* entre Sinan e SIM. O relacionamento dos casos foi feito utilizando a técnica dos Filtros de Bloom. Como conclusão, nas mulheres notificadas por violência era maior o risco de morte, quando comparadas à população feminina geral; revelando uma situação de maior vulnerabilidade.

Oliveira (2018), por sua vez, utilizou em sua investigação dados do SIM de 2005 a 2013 e do Sinan de 2007 a 2013 e realizou a busca ativa dos familiares dos óbitos e o relacionamento probabilístico das bases de dados no período de 2007 a 2013 pelo aplicativo *RecLink* visando uma qualificação na investigação de casos e óbitos por esquistossomose em Recife/Pernambuco. A investigação mostrou que alguns indivíduos nunca viajaram para fora da capital e apenas 23,8% foram notificados e contaminaram-se na capital e foram notificados. O *linkage* aumentou a sensibilidade do sistema de saúde na identificação dos doentes, reduziu a subnotificação no Sinan e qualificou as causas de óbito.

Santos *et al.* (2018) realizaram também a técnica no relacionamento de bases entre o Sinan de Tuberculose e o Sinan da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) visando identificar a subnotificação dos casos de Tuberculose, através do *linkage* probabilístico, utilizando o *software RecLink III*. Ressaltaram que o *linkage* com o SIM é importante na captação de casos de Tuberculose não notificados, ou notificados no óbito, sendo encontrado somente casos graves. No estudo realizado o *linkage* do Sinan Tuberculose com Sinan AIDS agregou valores ao localizar pacientes antes de tornarem-se graves, podendo atuar na prevenção de desfechos mais graves; complementou informações sobre casos registrados de coinfeção e detectou casos que não foram notificados por um dos sistemas.

Outro *linkage* relacionou diferentes bases de dados para qualificação de variáveis do Sinan de Tuberculose, sendo elas o próprio Sinan de Tuberculose; o SIM e base única da AIDS do município do Rio de Janeiro composta por dados de diversos sistemas de informações (Sinan, SIM, Sistema de Controle de Exames Laboratoriais –SISCEL, e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos – SICLOM). Além disso foram implementados em um *script* em *Structured Query Language (SQL)* para a implantação dos critérios de qualificação. Também foi realizado o *linkage* probabilístico com o auxílio do software *OpenRecLink*. Esse relacionamento detectou o aumento da prevalência da coinfeção Tuberculose-Vírus da Imunodeficiência Humana, entre outros resultados, aprimorou a qualidade da informação do Sinan Tuberculose para a tomada de decisão objetivando o controle desta doença (Rocha, 2019).

Belo *et al.* (2021) aplicaram o relacionamento de bases de dados, do tipo probabilístico, entre os casos de sífilis congênita notificados no Sinan e os óbitos fetais e infantis totais e por sífilis congênita registrados no SIM. Como resultado encontraram a subnotificação de óbitos fetais e infantis por sífilis congênita tanto do Sinan (80,9%) quanto no SIM (7,0%), interferindo na magnitude da Sífilis, e conseqüentemente nas ações a serem tomadas pelos gestores.

Outros autores aplicaram um relacionamento determinístico de dados de óbitos por causas externas de intenção indeterminada e naturais por causa indeterminada do SIM; dados do Instituto Médico Legal, da Polícia Civil, e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e da imprensa. Este relacionamento contribuiu na redução de custos da busca ativa no IML, garantindo a sustentabilidade das ações. Além disso, este *linkage* permitiu a reclassificação das DOs, e conseqüentemente, a redução das causas externas de intenção indeterminada, melhorando o perfil de mortalidade geral e por causas externas (Lopes, 2019).

3 JUSTIFICATIVA

O interesse pelo tema surgiu na minha residência em Saúde da Família a partir da minha atuação em favelas no município do Rio de Janeiro desde 2005, onde convivía diariamente com a violência e seus desdobramentos.

Durante minha atuação profissional como médica nas emergências dos hospitais públicos do Estado do Rio de Janeiro deparei-me com outra face da violência urbana e seus dilemas, que me confrontavam enquanto ser humano. O mesmo Estado do Rio de Janeiro que me pagava para trabalhar; era o mesmo que aparelhava a polícia, travestindo a segurança pública; e era o mesmo que tinha a obrigação, pelo artigo 196 da Constituição Federal, de fornecer saúde mediante políticas sociais e econômicas, reduzindo o risco de doença e de outros agravos.

Quando comecei a trabalhar na Vigilância Epidemiológica, especialmente em Nova Iguaçu, notificando os casos de violência, despertei-me quanto à importância desta, uma vez a notificação é uma ferramenta estratégica que faz com que os casos de violência ocorridos, independente do meio de agressão, motivação, quem foi autor, onde foi o local de ocorrência, e qual encaminhamento foi dado ao caso, saia da invisibilidade somente enquanto atendimento às vítimas, tendo outra dimensão da complexidade do tema, inclusive servindo para estudos na áreas da saúde, segurança pública, entre outros.

A problemática da violência é um desafio diário global que ultrapassa os limites do setor saúde. Devido à magnitude e a gravidade, a violência impacta à saúde da população e pode levar ao óbito. Investigar os fatores associados ao óbito, entre as notificações de violência, poderá contribuir para o dimensionamento deste fenômeno, propiciando a ampliação ou reorientação das políticas públicas intersetoriais, incluindo as ações de prevenção de óbitos evitáveis.

Este estudo também apresenta relevância científica, de maneira que abordar-se-á os Sistemas de Notificação do MS, sob o olhar da Epidemiologia, na tentativa de ampliar e fundamentar o conhecimento sobre as diversas faces da violência.

Ao realizar o *linkage* do banco de dados do Sinan com o banco do SIM, contribuiu para captação de casos de violência que foram a óbito, por causas externas. A ideia seria tornar uma prática a integração no serviço de vigilância, para que tivéssemos um retrato mais fidedigno da quantidade de casos através da Epidemiologia; além de termos a possibilidade de acionar a rede extra hospitalar quanto ao acolhimento das vítimas de violência.

4 PERGUNTA DE PESQUISA

Que fatores estão associados ao óbito entre as notificações de violência no município de Nova Iguaçu-RJ no período de 2014 a 2020?

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer o perfil epidemiológico e de mortalidade e analisar os fatores associados ao óbito entre as notificações de violência no município de Nova Iguaçu-RJ no período de 2014 a 2020.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever o perfil epidemiológico dos casos de violência notificados no Sinan no município de Nova Iguaçu - RJ, no período de 2014 a 2020;
2. Analisar a completitude e a consistência dos registros de violência no Sinan no município de Nova Iguaçu - RJ, no período de 2014 a 2020;
3. Caracterizar o perfil da mortalidade por violência no município de Nova Iguaçu - RJ, no período de 2014 a 2020;
4. Analisar os fatores relacionados ao óbito entre as notificações de violência no município de Nova Iguaçu-RJ no período de 2014 a 2020.

6 MÉTODOS

6.1 DADOS DE ESTUDO

Trata-se de um estudo seccional que visou analisar a completitude e a consistência dos registros de violência notificados, assim como identificou os fatores relacionados ao óbito entre as notificações de violência no município de Nova Iguaçu-RJ, no período de 2014 a 2020. Além disso foram descritos o perfil epidemiológico dos casos de violência notificados no município, a partir do Sinan; e o de mortalidade por violência, no mesmo período, a partir do SIM.

Foram incluídos no estudo todos os casos de violência Interpessoal/Provocada, suspeito ou confirmado, de todas as idades, inseridas no Sinan de Nova Iguaçu-RJ, entre 2014 e 2020, inseridos no Sinan. No SIM, além de considerar a causa básica do óbito por causas externas, foram consideradas outras causas preenchidas na parte I e/ou na parte II do bloco IV da Declaração de Óbito, visando identificação de alguma CID relacionada a causas externas, onde os códigos são iniciados pelas letras V, W, X ou Y (V01-Y98), integrando o capítulo XX da CID-10.

Além da utilização dos itens da Declaração de Óbito acima descritos, utilizou-se para análise dos dados a variável 38 do SIM (Causa Básica do Óbito), que é preenchida pelos codificadores. Estes são técnicos capacitados que trabalham nas secretarias municipais e nas estaduais de saúde e são responsáveis por atribuírem um código ao diagnóstico da causa básica do óbito, fazendo a verificação das inconsistências na sequência lógica nas linhas A à D na Parte I, antes do envio do SIM ao nível federal. Muzy *et al.* (2021) evidenciaram que a disponibilidade de infraestrutura assistencial e de condições para o diagnóstico de doenças e a capacitação profissional para o uso da DO refletem no – adequado ou inadequado – preenchimento da causa básica do óbito.

No Sinan foram excluídos os casos que foram inseridos mais de uma vez no registro, gerando duplicidade na mesma data de ocorrência. A duplicidade ocorre quando, num mesmo evento, com o mesmo indivíduo, teve mais que uma notificação (Abath *et al.*, 2014). Também foram retiradas as notificações de uma mesma pessoa, que teve mais de uma situação de violência, sendo considerada apenas a última notificação para a realização da *linkage*.

A coleta de dados secundários foi realizada a partir da disponibilização dos bancos do Sinan e do SIM do município de Nova Iguaçu pela Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iguaçu.

Os dados referentes à população foram extraídos do censo demográfico de 2010 e nas estimativas para os demais anos, do IBGE. As variáveis que foram utilizadas da Ficha de

Notificação do Sinan (2015) estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1 - Descrição das variáveis da ficha de notificação do Sinan de violência interpessoal/autoprovocada utilizadas no estudo

Nome do Campo	Descrição	Categorias
Agravo	Nome e código do agravo notificado segundo CID-10	Tabela de agravos do sistema com códigos (classificação internacional de doenças –CID 10) e nomes dos agravos classificados como notificação compulsória (nacional, estadual ou municipal)
Data da Notificação	Data de preenchimento da ficha de notificação.	dd/mm/aaaa
Data da ocorrência da violência	Data da ocorrência da violência	dd/mm/aaaa
Nome do Paciente	Nome completo do paciente (sem abreviações)	
Data de nascimento	Data de nascimento do paciente	dd/mm/aaaa
Idade	Quando não há data de nascimento a idade deve ser digitada segundo informação fornecida pelo paciente como aquela referida por ocasião da data da ocorrência ou na falta desse dado é registrada a idade aparente.	
Sexo	Sexo do paciente	M-Masculino F-Feminino I-Ignorado
Raça/Cor	Considera-se cor ou raça declarada pela pessoa.	1-Branca 2-Preta 3-Amarela (pessoa que se declarou de raça amarela) 4-Parda (pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça) 5-Indígena (pessoa que se declarou indígena ou índia)
Escolaridade* ³	Série e grau que a pessoa está frequentando ou frequentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação.	0-Analfabeto 1-1ª à 4ª série incompleta do EF 2-4ª série completa do EF 3-5ª à 8ª série incompleta do EF 4-Ensino fundamental completo 5-Ensino médio incompleto 6-Ensino médio completo 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10-Não se aplica
Nome da mãe	Nome completo da mãe do paciente (sem abreviações)	
Município de residência	Código do município de residência do caso notificado. O nome está associado ao código na tabela de municípios.	Tabela com Códigos e nomes padronizados pelo IBGE

(continua)

Fonte: Elaborada pela autora (2023).

³ [*] Segundo o dicionário de dados do Sinan NET de violência, quando a idade da vítima é menor de 7 anos, esta variável deve ser classificada como “Não se aplica”

Quadro 1 - Descrição das variáveis da ficha de notificação do Sinan de violência interpessoal/autoprovocada utilizadas no estudo

(continuação)

Nome do Campo	Descrição	Categorias
Nome do Bairro	Nome do bairro de residência	
Situação conjugal**4	Situação conjugal do paciente	1- Solteiro 2-Casado 3-Viúvo 4-Separado 8-Não se aplica 9-Ignorado
Local de ocorrência	Informar o local de ocorrência do evento notificado	1-Residência 2-Habitação coletiva 3-Escola 4-Local de prática esportiva 5-Bar 6-Via pública 7-Comércio 8-Indústrias 9-Outro 99-Ignorado
A lesão foi autoprovocada?	Informar se a lesão foi autoprovocada	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
Violência motivada por:	Informar se violência tem relação com características da vítima	1-Sexismo 2-Homofobia/Lesbo/Bi/Transfobia 3-Racismo 4-Intolerância religiosa 5-Xenofobia 6-Conflito geracional 7-Situação de rua 8-Deficiência 9-Outros
Tipo de Violência	Informar se ocorreu violência física; psicológica/moral; tortura; sexual; tráfico de seres humanos; financeira/econômica; negligência/abandono; trabalho infantil; intervenção legal; outro tipo de violência.	Cada um dos tipos listados na descrição constitui uma variável do banco, assim codificada: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
Meio de Agressão	Informar se o meio de agressão foi através de força corporal/spancamento; enforcamento; objeto contundente; objeto perfuro-cortante; substância/objeto quente; envenenamento/intoxicação; arma de fogo; ameaça; outro meio	Cada um dos meios listados na descrição constitui uma variável do banco, assim codificado: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
Se ocorreu violência sexual, qual tipo?	Informar se ocorreu assédio sexual; estupro; pornografia infantil; exploração sexual; outro tipo	Cada um dos tipos de violência sexual listados na descrição constitui uma variável do banco, assim codificada: 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado
Número de envolvidos	Informar o número de envolvidos na violência	1-Um 2-Dois ou mais 9-Ignorado
Relação com a pessoa atendida	Informar se o provável autor da agressão era o pai; mãe; padrasto; madrasta; cônjuge; ex-cônjuge; namorado(a); ex-namorado (a); filho(a); irmã(o); amigos(s)/conhecido(s); desconhecido(s); cuidador; patrão/chefe; pessoa com relação institucional; policial/agente da lei; própria pessoa; outro tipo de relação	Cada um dos prováveis autores listados na descrição constitui uma variável do banco, assim codificada: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
Sexo do provável autor da violência	Informar o sexo do provável autor da agressão	1-Masculino 2-Feminino 3-Ambos os sexos 9-Ignorado
Ciclo de vida do principal provável autor da violência	Informar o ciclo de vida do provável autor da agressão	1-Criança 2-Adolescente 3-Jovem 4-Pessoa adulta 5-Pessoa idosa 9-Ignorado

Fonte: Elaborada pela autora (2023).

⁴ [**] Segundo o dicionário de dados do Sinan NET de violência, quando a idade da vítima é menor de 7 anos, esta variável deve ser classificada como “Não se aplica”.

Os dados de mortalidade foram obtidos do SIM, cuja fonte de dados é a Declaração de Óbito. As variáveis da Declaração de Óbito do SIM estão descritas no Quadro 2.

Quadro 2 - Descrição das variáveis do SIM utilizadas no estudo

Nome do Campo	Descrição	Categorias
Data do óbito	Data em que ocorreu o óbito	dd/mm/aaaa
Nome do falecido	Nome completo do falecido (sem abreviações)	
Nome da mãe	Nome completo da mãe do falecido (sem abreviações)	
Data de nascimento	Data do nascimento do falecido	dd/mm/aaaa
Idade	Idade do falecido em minutos, horas, dias, meses ou anos.	Idade: composto de dois subcampos. O primeiro, de 1 dígito, indica a unidade da idade, conforme a tabela a seguir. O segundo, de dois dígitos, indica a quantidade de unidades: 0 – Idade menor de 1 hora, o subcampo varia de 01 e 59; 1 – Hora, o subcampo varia de 01 a 23; 2 – Dias, o subcampo varia de 01 a 29; 3 – Meses, o subcampo varia de 01 a 11; 4 – Anos, o subcampo varia de 00 a 99; 5 – Anos (mais de 100 anos), o segundo subcampo varia de 0 a 99.
Sexo	Sexo do falecido	“Ignorado” selecionada em casos especiais como cadáveres mutilados, em estado avançado de decomposição, genitália indefinida ou hermafroditismo. (M – masculino; F – feminino; I - ignorado)
Raça/Cor	Cor informada pelo responsável pelas informações do falecido	1 – Branca; 2– Preta; 3 – Amarela; 4 – Parda; 5 – Indígena
Situação conjugal	Situação conjugal do falecido informada pelos familiares	(1 – Solteiro; 2 –Casado; 3 – Viúvo; 4 – Separado judicialmente/divorciado; 5 – União estável;9 – Ignorado)

(continua)

Quadro 2 - Descrição das variáveis do SIM utilizadas no estudo

(continuação)

Nome do Campo	Descrição	Categorias
Escolaridade	Escolaridade 2010. Nível da última série concluída pelo falecido.	(0 – Sem escolaridade; 1 – Fundamental I (1ª a 4ª série); 2 – Fundamental II (5ª a 8ª série); 3 – Médio (antigo 2º Grau); 4 – Superior incompleto; 5 – Superior completo; 9 – Ignorado)
Causas da morte - parte I	CIDs informados na Linha A da DO referente ao diagnóstico na Linha A da DO (causa terminal - doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte). (Códigos CID 10)	
Causas da morte - parte I	CIDs informados na Linha B da DO referente ao diagnóstico na Linha B da DO (causa antecedente ou conseqüencial - estado mórbido, se existir, que produziu a causa direta da morte registrada na linha A). (Códigos CID 10)	
Causas da morte - parte I	CIDs informados na Linha C da DO referente ao diagnóstico na Linha C da DO (causa antecedente ou conseqüencial - estado mórbido, se existir, que produziu a causa direta da morte registrada na linha A). (Códigos CID 10)	
Causas da morte - parte I	CIDs informados na Linha D da DO referente ao diagnóstico na Linha D da DO (causa básica – estado mórbido, se existir, que produziu a causa direta da morte registrada na linha A). (Códigos CID 10)	
Causas da morte - parte II	CIDs informados na Parte II da DO referente ao diagnóstico na Parte II da DO (causa contribuinte - outras condições significativas que contribuíram para a morte e que não entraram na cadeia definida na Parte I. (Códigos CID 10)	

Fonte: Elaborada pela autora com base na Declaração de Óbito do SIM (2023).

6.2 ANÁLISE DE DADOS

6.2.1 Análise descritiva do Sinan de Violência Interpessoal/Autoprovocada

Para tratamento e análise dos dados foi utilizado o pacote estatístico |R| versão 4.3.0 (21/04/2023) por *R Foundation for Statistical Computing*, e a interface de desenvolvimento RStudio 2023.03.1+446 (12/05/2023). Utilizou-se as bibliotecas: *DescTools*; *readxl*; *tidyverse*; *lubridate*; *tableone*; *epiDisplay*; *EpiReport*; *epitools*; *car*; *ResourceSelection*; *kableExtra*; *SoundexBR*.

Neste estudo foi realizada uma análise exploratória das características sociodemográficas dos casos de violência notificados (sexo, raça/cor da pele, escolaridade, idade, situação conjugal) e das características da violência (local de ocorrência, tipos de violência, meios de agressão, relação com o agressor, sexo do provável autor, ciclo de vida do provável autor e motivação).

Quanto aos tipos de violência, foram analisados: violência autoprovocada, física, psicológica/moral, tortura, sexual, tráfico de seres humanos, financeira/econômica, negligência/abandono, trabalho infantil, intervenção legal e outros. Destaca-se que nas situações em que todas as variáveis relativas as violências foram preenchidas como “ignorado” ou NA e havia especificação do tipo na variável “outros”, foi feito ajuste nos campos originais.

Acerca dos meios de agressão, foram analisados: força corporal/espancamento, enforcamento, objeto contundente, objeto pérfuro-cortante, substância/objeto quente, envenenamento/intoxicação, arma de fogo, ameaça e outro.

No tocante ao vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida, foram analisados: pai, mãe, padrasto, madrasta, cônjuge, ex-cônjuge, namorado (a), ex-namorado(a), filho(a), irmão(a), amigos/conhecidos, desconhecido(a), cuidador(a), patrão/chefe, pessoa com relação institucional, policial/agente da lei, própria pessoa e outros.

Para a descrição das variáveis categóricas foram calculadas as frequências relativas e absolutas; e para a variável numérica, as medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio padrão) e mínimo e máximo. Os resultados foram apresentados por meio de gráficos e tabelas.

6.2.2 Análise da Completitude e Consistência do Sinan de Violência Interpessoal/Autoprovocada

Inicialmente foi feita uma análise de completitude da base de dados do Sinan,

correspondendo ao grau de preenchimento das variáveis essenciais e obrigatórias, e avaliada pelo percentual de registros com informação ignorada ou em branco (Abath *et al.* 2014), sendo classificada segundo o escore de Romero e Cunha (2007): excelente (<5%), bom (5-10%), regular (10-30%), ruim (30-50%) e muito ruim (>50%).

Na análise de completitude foram consideradas as seguintes variáveis de preenchimento obrigatório do sistema: local de ocorrência, motivação, sexo do provável autor da violência e ciclo de vida do principal provável autor da violência. Também foram analisadas as variáveis raça/cor, escolaridade e situação conjugal, não obrigatórias no sistema, mas necessárias a investigação dos casos.

O grau de consistência da base do Sinan foi medido pela proporção de notificações com variáveis relacionadas preenchidas com categoria consistente, ou seja, com valores e categorias coerentes e não conflitantes (Abath *et al.* 2014). Neste estudo foram analisados os relacionamentos possíveis entre os campos das seguintes variáveis: vínculo; meio de agressão; lesão autoprovocada; e número de envolvidos. Como exemplo, lesão autoprovocada com autor diferente da própria pessoa, ou número de envolvidos diferentes de um são exemplos de inconsistência.

Quanto ao grau de consistência das variáveis, segundo Abath *et al.* (2014), podem ser classificadas em: excelente (maior ou igual a 90%), regular (entre 70 a 89%), e baixa (inferior a 70%).

A existência de dados não conflitantes está intimamente ligada à qualificação dos registros, no momento da notificação, sendo assim, o ideal era não ter nenhum caso inconsistente.

6.2.3 Análise descritiva do SIM por Violência Interpessoal/Autoprovocada

Neste estudo foi realizada uma análise exploratória das características sociodemográficas da mortalidade por violência (sexo, raça/cor da pele, escolaridade, idade, estado civil) e das causas básicas dos óbitos.

Para a descrição das variáveis categóricas foram calculadas as frequências relativas e absolutas; e para a variável numérica, a medida de tendência central (média) e dispersão (desvio padrão) e mínimo e máximo (Morettin; Bussab, 2017). Os resultados foram apresentados por meio de gráficos e tabelas.

6.2.4 Relacionamento Sinan de Violência Interpessoal/Autoprovocada e SIM

A base do Sinan inicialmente contava com 39.587 casos notificados de violência, no período de 2014 a 2020. Foi realizada a deduplicação de dados, técnica usada para banir cópias duplicadas. Para a mesma data de ocorrência, foram identificadas 383 notificações, sendo 187 notificações com 2 registros; e 3 notificações com 3 registros. O total de notificações sem duplicidades, na mesma data de ocorrência, foi de 39.204. Sendo assim, somaram-se 39.204 às 190 notificações, totalizando 39.394.

A partir dessas 39.394 notificações foi realizado o mesmo procedimento para duplicidades, durante o período de 2014 a 2020. Foram identificadas 492 notificações, sendo 243 notificações com 2 registros; e 2 notificações com 3 registros. O total de notificações sem duplicidades, durante o período, foi de 38.902. Sendo assim, somaram-se 38.902 às 245 notificações, totalizando 39.147. Por fim, o banco Sinan pré-linkage totalizou 39.147 registros únicos.

Quanto à base do SIM, foram identificados 58.701 óbitos, no período de 2014 a 2020 no município de Nova Iguaçu. Para este estudo foram selecionadas as causas externas como causa básica do óbito, totalizando 6.957 registros. Pela CID-10, os códigos relativos aos acidentes e violências são iniciados pelas letras V, W, X ou Y, integrando o capítulo XX da CID-10. As categorias incluem acidentes de transporte (V01-V99); outras causas de traumatismos acidentais (W00-X59); lesões autoprovocadas (X60-X84); agressões (X85-Y09); intervenções legais e operações de guerra (Y35-Y36); complicações de assistência médica e cirúrgica (Y40-Y84); sequelas de causas externas de morbidade e de mortalidade (Y85-Y89); fatores suplementares relacionados com as causas de morbidade e de mortalidade classificados em outra parte (Y90-Y98).

Para identificar os indivíduos que foram a óbito, e que foram notificados previamente de violência, foi feito um relacionamento das bases de dados do Sinan e do SIM, por meio do Record *Linkage*. Este processo permite a combinação de registros, do mesmo indivíduo, em duas bases de dados diferentes. As técnicas de *linkage* mais utilizadas são a determinística e probabilística (Coeli *et al.*, 2015), tendo sido a abordagem determinística a escolhida para esta pesquisa. A vinculação determinística identifica pares de registros concordantes, a partir de um determinado conjunto de regras, sendo indicada quando os bancos de dados a serem trabalhados apresentarem uma variável identificadora comum (Garcia *et al.*, 2022).

Neste estudo executou-se os procedimentos descritos por Garcia *et al.* (2022) para a vinculação das bases do Sinan e do SIM. A primeira etapa envolveu a preparação dos bancos e

tratamento dos dados. Nesta etapa foi realizado um pré-processamento das bases, onde os caracteres alfabéticos minúsculos foram transformados em maiúsculos e caracteres de pontuação e espaços em branco foram eliminados para o ajuste de conteúdos e formatos.

Na segunda etapa, a blocagem ou indexação dos arquivos deu-se segundo uma chave formada por um campo ou pela combinação de mais de um campo. Uma das chaves utilizadas foi a transformação do nome do indivíduo em código fonético (*soundex*). Foram criados blocos lógicos de registros, de maneira a aumentar a probabilidade de que os registros representassem pares verdadeiros (Camargo Júnior; Coeli, 2000). Os nomes dos indivíduos e nomes das mães foram separados em primeiro, segundo e últimos nomes. Através do *soundex* foram criados identificadores. O primeiro continha o nome do indivíduo, nome da mãe e data de nascimento. O segundo identificador, além dos itens do primeiro, foi acrescido da data de ocorrência da violência.

Na etapa seguinte, que compreendeu o pareamento dos registros, foi utilizado no software R a função *inner_join*, que identifica pares de registros concordantes, apenas nas informações com chaves comuns aos dois bancos. Visando o funcionamento correto da função *inner_join*, as variáveis-chave para a vinculação receberam exatamente o mesmo nome no Sinan e no SIM. Segundo Garcia *et al.* (2022), no *inner_join*, o primeiro banco de dados é utilizado como referência, e o segundo como nova fonte de informações.

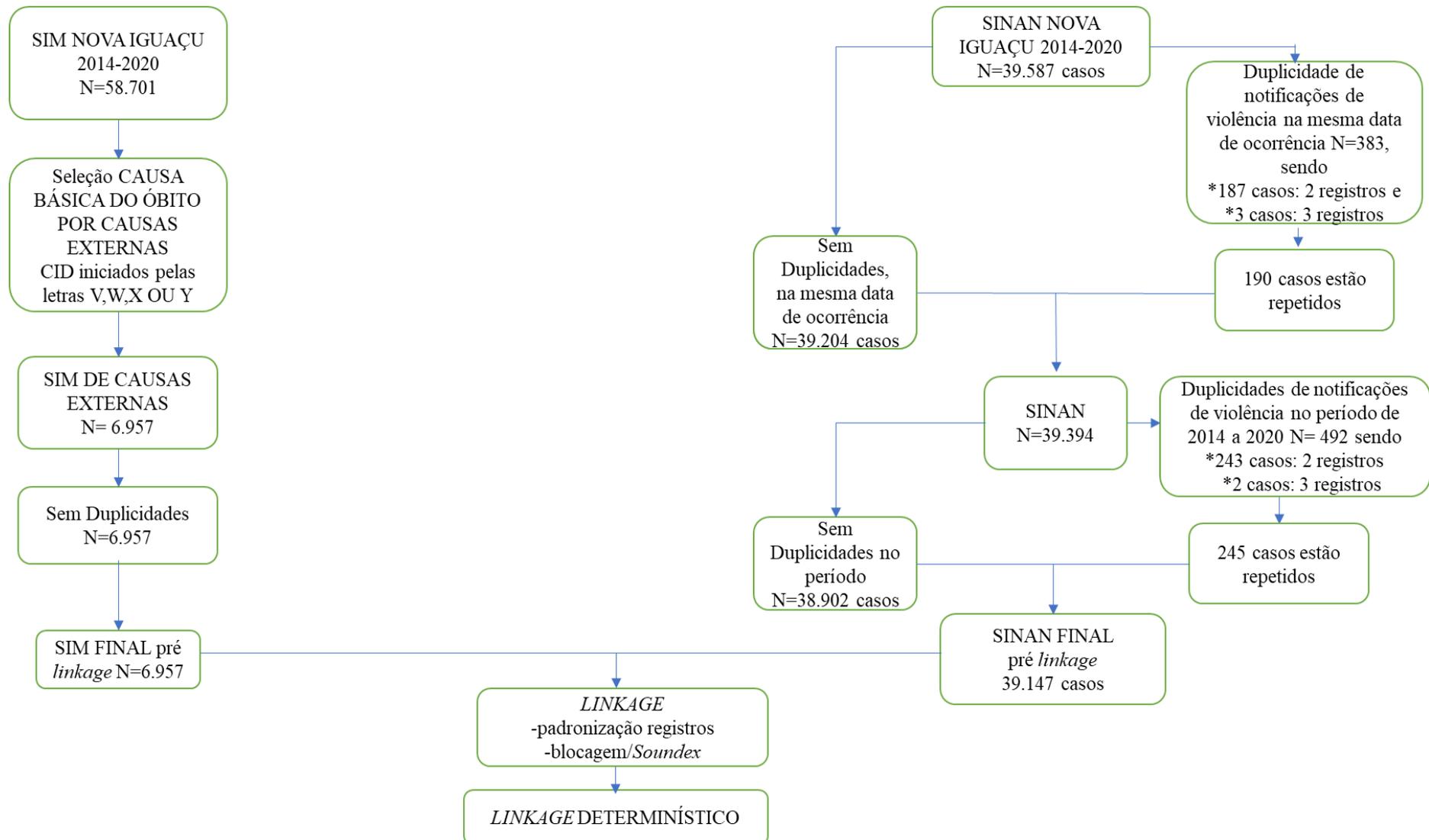
Já que as bases de dados não apresentavam uma boa qualidade de preenchimento, foi utilizada apenas uma chave de cada vez, optando-se por ser mais sensível, mesmo que fossem detectados casos falsos-positivos.

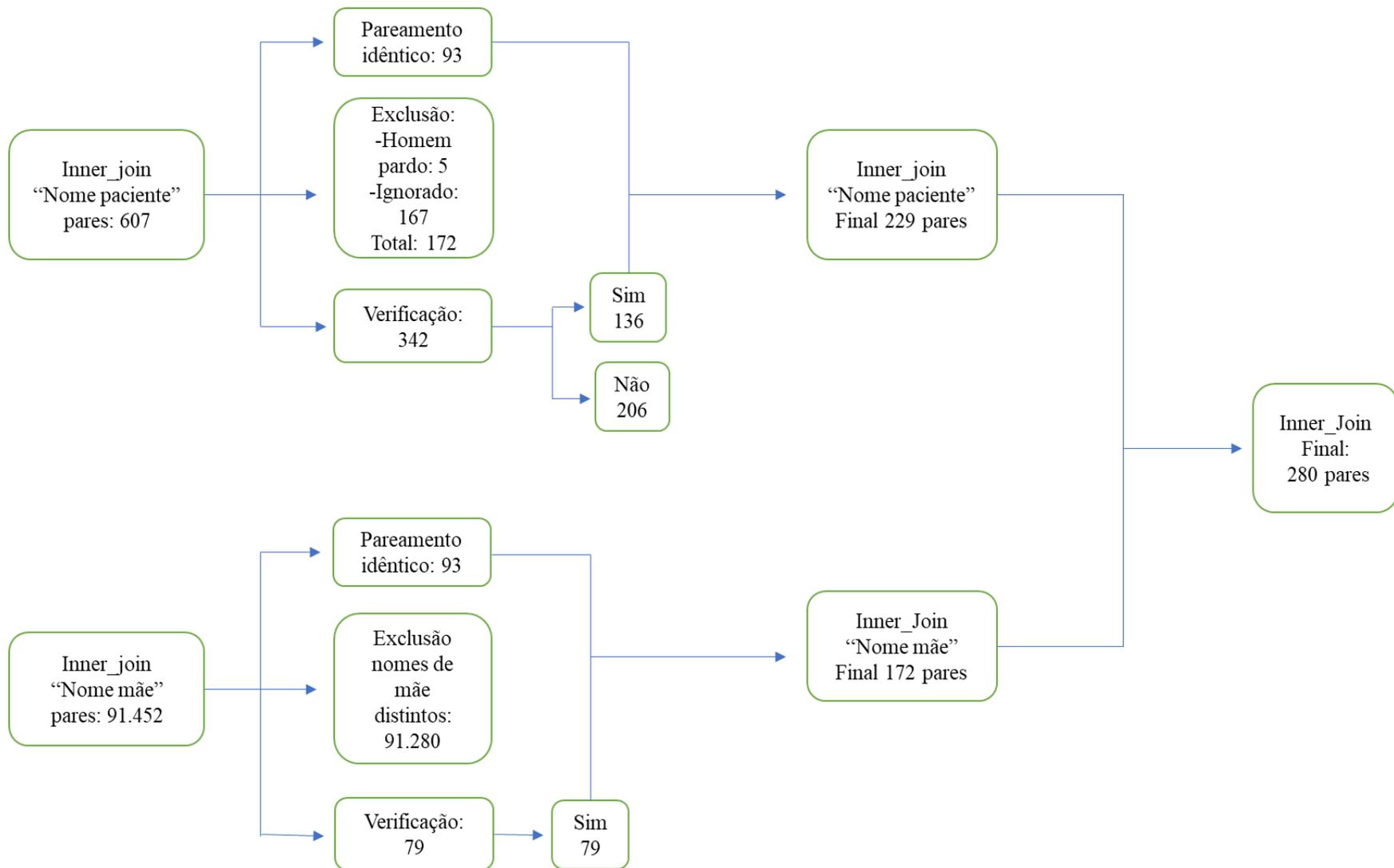
Ao empregar a chave “Nome_paciente” foram identificados 607 pares, sendo 93 pares tiveram pareamento idêntico e 172 pares foram excluídos por não permitirem a identificação do paciente. Restaram 342 pares que foram verificados manualmente. Destes, 206 foram descartados e 136 foram incluídos na amostra. Estes últimos somaram-se aos 93 do pareamento idêntico para o *inner_join* final da chave “Nome_paciente” totalizando 229 pares. Ao empregar a chave “Nome_mae” foram identificados 91.452 pares, sendo 93 pares tiveram pareamento idêntico e 91.280 pares foram excluídos por terem nomes das mães distintos. Restaram 79 pares que foram verificados manualmente, sendo incluídos na amostra. Estes últimos somaram-se aos 93 do pareamento idêntico para o *inner_join* final da chave “Nome_mae” totalizando 172 pares.

Após a junção das chaves “Nome_paciente”, com 229 pares e da chave “Nome_mae”, com 172 pares, o resultado final foram 280 pares.

A Figura 3 descreve o processo de adequação das bases do Sinan e SIM para realização do *linkage* e este propriamente dito.

Figura 3 – Esquema demonstrativo pré-linkage entre Sinan e SIM e linkage





Fonte: Elaborada pela autora (2023).

6.2.5 Análise exploratória do Sinan após *linkage* e verificação de fatores associados

Após o *linkage*, à base do Sinan foram acrescentadas colunas óbito, data do óbito e causa básica do óbito. Em relação às variáveis data de nascimento, raça/cor, escolaridade e situação conjugal que apresentavam campo ignorado ou em branco do banco do Sinan, tais dados foram resgatados no SIM, visando uma completitude dos dados.

Para a descrição das variáveis categóricas foram calculadas as frequências relativas e absolutas, e para as variáveis numéricas as medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio padrão) e mínimo e máximo (Morettin; Bussab, 2017).

Ao ser feita a análise exploratória de dados, variáveis como escolaridade, situação conjugal, local de ocorrência, sexo do provável autor, ciclo de vida do provável autor e motivação apresentaram elevado percentual de campos ignorado ou em branco, motivo pelo qual não foram consideradas para modelagem. Dentre o universo 39.146 vítimas de violência, 16.670 eram do sexo feminino; 22.473 eram do masculino; e 3 com sexo ignorado. Por conta disso, para modelagem, foi excluída a categoria ignorada na variável sexo.

As variáveis de exposição foram idade (contínua e categórica); raça/cor e sexo. A variável desfecho do estudo é a ocorrência de morte por causas externas, em indivíduos que previamente tiveram notificação por violência. Estas foram (re)categorizadas conforme quadro abaixo:

Quadro 3 – Variáveis que foram (re)categorizadas

Variável	Categorização	Recategorização
Faixa etária	40-49 anos	40-59 anos
	50-59 anos	40-59 anos
	60-69 anos	≥60 anos
	≥70 anos	≥60 anos
Raça/Cor	Parda	Negra
	Branca	Não Negra
	Preta	Negra
	Amarela	Não Negra
	Indígena	Não Negra

Fonte: Elaborada pela autora (2023).

Para verificar possíveis associações entre o desfecho e as variáveis de exposição foram realizadas análises utilizando o Teste Qui-quadrado, com nível de significância de 5% (Vieira, 2010).

Foram estimados modelos de regressão logística binária, simples e múltiplos, para avaliação do desfecho óbito e foram calculadas Odds Ratio (OR) brutas e ajustadas e seus respectivos intervalos de confiança a 95% (IC 95%).

Foram consideradas as variáveis que se mostraram com o nível de significância de 20% para entrar no modelo múltiplo. No modelo múltiplo final permaneceram as variáveis com $p < 0,05$, com base no Teste de Wald e as com relevância teórica.

Foi utilizado o método de seleção de variáveis de forma manual, partindo-se do modelo nulo, utilizando o Critério de Informação de Akaike (AIC).

Para avaliação da multicolinearidade foi utilizado o Fator de Inflação da Variância (VIF) a fim de medir a estrutura de correlação entre as variáveis independentes. O escolhido foi considerado o ponto de corte de 10 para indicar que não existe evidência de multicolinearidade.

Para diagnóstico da qualidade de ajuste utilizou-se o teste de Hosmer e Lemeshow, com hipóteses H_0 : não há perda de qualidade de ajuste e H_1 : há perda de qualidade de ajuste. Para melhor visualização foi elaborado um plot em função do tamanho da amostra. Também foi realizada análise dos resíduos e se fez uso dos Resíduos Deviance (Plot de *outliers* resíduos x preditos; Plot para verificar independência resíduos x index); Distância de Cook, Leverage (*hat*) e pontos influentes.

Foram testados oito modelos a saber: Modelo 1: idade e sexo; Modelo 2: idade, sexo e raça/cor contendo a categoria ignorada; Modelo 3: idade, sexo e interação sexo*idade; Modelo 4: idade, sexo e raça/cor excluindo a categoria ignorada; Modelo 5: faixa etária e sexo; Modelo 6: faixa etária, sexo e raça/cor contendo a categoria ignorada; Modelo 7: faixa etária e sexo e interação faixa etária*sexo; Modelo 8: faixa etária, sexo e raça/cor excluindo a categoria ignorada;

O modelo final escolhido foi o modelo oito, que considera a faixa etária, sexo e raça/cor. Em consideração ao tamanho da amostra, mesmo perdendo a qualidade do ajuste no Teste de Hosmer e Lemeshow, a representação gráfica do modelo mostrou-se mais adequado.

6.3 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi submetido para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ e aprovado, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAEE) nº 61328022.5.0000.5240.

Os resultados serão disponibilizados para divulgação pública, após publicação da dissertação pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.

7 RESULTADOS

Inicialmente foi realizada uma análise descritiva das notificações do Sinan de violência interpessoal/autoprovocada e da mortalidade por violência do SIM do município de Nova Iguaçu-RJ, no período de 2014 a 2020, que correspondem aos objetivos específicos 1, 2 e 3 da pesquisa em questão, e cujos resultados serão apresentados nas seções 7.1 a 7.3. Os resultados relativos à análise dos fatores relacionados ao óbito entre as notificações de violência no município de Nova Iguaçu-RJ no período de 2014 a 2020 (objetivo 4) são apresentados na seção 7.4.

7.1 ANÁLISE DESCRITIVA DO SINAN DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA

O total de notificações no Sinan de violência interpessoal/autoprovocada no município de Nova Iguaçu foi de 39.587, ao longo dos anos de 2014 a 2020.

A idade variou de zero a 120 anos, com média de 26 anos ($\pm 22,3$) e mediana de 26,1 anos. A faixa etária mais prevalente foi a de 0 a 9 anos, correspondendo a 29,5%, seguida pela de 20 a 29 anos (19,2%), e da faixa de 10 a 19 anos (14,8%). Quanto ao sexo, o masculino foi o mais prevalente com 22.712 notificações (57,4%), enquanto o feminino teve 16.872 notificações (42,6%). A raça/cor parda predominou (56,6%), seguida da branca (11,9%) e da preta (6,2%). (Tabela 5)

Em 28.649 notificações (72,4%), a variável escolaridade não foi preenchida. Em 25,7% das notificações, esta variável foi classificada como “Não se aplica”. Segundo o dicionário de dados do Sinan NET de violência, quando a idade da vítima é menor de 7 anos, esta variável deve ser classificada como “Não se aplica”. Quanto à situação conjugal, o preenchimento foi semelhante ao da escolaridade. Em 68,4% das notificações foi classificada como ignorada, e em 30,4% foi classificada como “Não se aplica”. Segundo o dicionário de dados do Sinan NET de violência, quando a idade da vítima é menor de 7 anos, esta variável deve ser classificada como “Não se aplica” (Tabela 5).

Tabela 5 - Características das notificações de violência segundo características da vítima, no município de Nova Iguaçu-RJ, no período de 2014 a 2020 (N=39.587)

Características	n (%)
Faixa etária	
0-9 anos	11.661 (29,5)
10-19 anos	5.860 (14,8)
20-29 anos	7.592 (19,2)
30-39 anos	5.160 (13,0)
40-49 anos	3.110 (7,9)
50-59 anos	2.055 (5,2)
60-69 anos	1.749 (4,4)
70-79 anos	1.372 (3,5)
80 anos ou mais	1.027 (2,6)
Ignorado	1 (0)
Sexo	
Masculino	22.712 (57,4)
Feminino	16.872 (42,6)
Ignorado	3 (0)
Raça	
Parda	22.426 (56,6)
Branca	4.708 (11,9)
Preta	2.464 (6,2)
Amarela	59 (0,1)
Indígena	26 (0,1)
Ignorado	9.904 (25,0)
Escolaridade	
Ensino Fundamental incompleto	419 (1,1)
Ensino Médio incompleto	197 (0,5)
Ensino Médio completo ou mais	142 (0,3)
Não se aplica	10.180 (25,7)
Ignorado	28.649 (72,4)
Situação conjugal	
Solteiro	284 (0,7)
Casado/União consensual	130 (0,3)
Separado	23 (0,1)
Viúvo	16 (0)
Não se aplica	12.054 (30,4)
Ignorado	27.080 (68,4)

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados do Sinan (2022).

Em relação à tabela 6, em 56,3% das notificações, o local de ocorrência foi ignorado, seguido de 24,7% em via pública e 9,6% nas residências. Quanto ao tipo de violência, em alguns casos notificados, ocorreu mais de um tipo simultaneamente. Outros tipos foi a mais prevalente (36,6%), seguido da negligência (33,5%), física (27,8%), psicológica (26,1%) e intervenção

legal (12,9%).

Como meio de agressão, em algumas notificações, também foi informado mais de um meio. Destaca-se outros (60,8%), seguido de força corporal/espancamento em 32,2%. Em relação ao vínculo com o agressor, a soma da mãe e madrasta foi a mais prevalente, correspondendo a 8.091 notificações (74,7%), seguido da soma de pai e padrasto (39,6%). Sexo do provável autor, ciclo de vida do provável autor e motivação foram variáveis negligenciadas e classificadas como ignorada em 75,6%, 91,1% e 94%, respectivamente (Tabela 6).

Tabela 6 - Características das notificações de violência segundo características do evento, no município de Nova Iguaçu-RJ, no período de 2014 a 2020

Características	n (%)
Local de ocorrência (N=39.587)	
Via pública	9.784 (24,7)
Residência	3.805 (9,6)
Comércio/serviços	100 (0,3)
Escola	69 (0,2)
Local prática esportiva	25 (0,1)
Bar	22 (0,1)
Habitação coletiva	13 (0)
Indústria	4 (0)
Outro	3.458 (8,7)
Ignorado	22.307 (56,3)
Tipos de violência (N=37.104)	
Negligência	12.427 (33,5)
Física	10.315 (27,8)
Psicológica	9.682 (26,1)
Intervenção legal	4.786 (12,9)
Sexual	591 (1,6)
Autoprovocada	268 (0,7)
Tortura	88 (0,2)
Financeira	29 (0,1)
Trabalho infantil	26 (0,1)
Tráfico seres humanos	6 (0)
Outros	13.572 (36,6)

(continua)

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados do Sinan (2022).

Tabela 6 - Características das notificações de violência segundo características do evento, no município de Nova Iguaçu-RJ, no período de 2014 a 2020

(continuação)

Meios de agressão (N=23.288)	
Força corporal/ Espancamento	7.508 (32,2)
Arma de fogo	938 (4,0)
Objeto perfuro-cortante	537 (2,3)
Ameaça	329 (1,4)
Objeto contundente	207 (0,9)
Envenenamento/ Intoxicação	142 (0,6)
Enforcamento	133 (0,6)
Substância quente	97 (0,4)
Outros	14.164 (60,8)
Relação com agressor (N=10.833)	
Mãe/Madrasta	8.091 (74,7)
Pai/Padrasto	4.294 (39,6)
Própria pessoa	464 (4,3)
Cônjuge/Namorado	431 (4,0)
Outros	430 (4,0)
Conhecido	389 (3,6)
Desconhecido	312 (2,9)
Ex-cônjuge/Ex-namorado	249 (2,3)
Filho(a)	135 (1,2)
Irmão(ã)	103 (1,0)
Cuidador	26 (0,2)
Pessoa relacionamento institucional	17 (0,2)
Policial	11 (0,1)
Patrão	7 (0,1)
Sexo do provável autor (N=39.587)	
Feminino	4.739 (12,0)
Ambos	3.131 (7,9)
Masculino	1.803 (4,6)
Ignorado	29.914 (75,6)
Ciclo de vida do provável autor (N=39.587)	
Criança (0 a 9 anos)	183 (0,5)
Adolescente (10 a 19 anos)	318 (0,8)
Jovem (20 a 24 anos)	138 (0,3)
Adulto (25 a 59 anos)	2869 (7,2)
Idoso (60 anos ou mais)	32 (0,1)
Ignorado	36.047 (91,1)

(continua)

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados do Sinan (2022).

Tabela 6 - Características das notificações de violência segundo características do evento, no município de Nova Iguaçu-RJ, no período de 2014 a 2020

(continuação)

Características	n (%)
Motivação (N=39.587)	
Sexismo	27 (0,1)
Homo/Lesbo/Bi/Transfobia	20 (0,1)
Racismo	1 (0)
Intolerância religiosa	0 (0)
Xenofobia	0 (0)
Conflito geracional	16 (0)
Situação de rua	0 (0)
Deficiência	5 (0)
Outros	2.250 (5,7)
Não se aplica	74 (0,2)
Ignorado	37.194 (94,0)

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados do Sinan (2022).

7.2 ANÁLISE DE COMPLETITUDE E CONSISTÊNCIA DO SINAN DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/ AUTOPROVOCADA

De acordo com a tabela 7 a variável raça/cor evoluiu, gradativamente, com uma melhoria do preenchimento. Em 2014, com uma completitude boa (5,8%) e progrediu para excelente (0,6%) em 2020. Contudo chama a atenção os anos de 2016 e principalmente 2017, onde a completitude da variável foi considerada ruim (38,1%) e muito ruim (90,4%). Tanto a escolaridade, quanto a situação conjugal, permaneceram com uma completitude muito ruim no período de 2014 até 2018, passando para ruim nos anos de 2019 e 2020.

Quanto às variáveis obrigatórias, em relação ao local de ocorrência, o percentual de preenchimento piorou, a completitude ruim progrediu para muito ruim. A variável motivação manteve uma completitude muito ruim, com mais de 80% em todo os anos. Por outro lado, o sexo do provável autor foi melhorando evolutivamente, partindo de uma completitude muito ruim (91,2%), para regular (25,5%) em 2020. O ciclo de vida do provável autor permaneceu com completitude muito ruim, apesar das porcentagens, ao longo dos anos, terem diminuído (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição absoluta e relativa de completitude das variáveis dos casos de violência notificados no Sinan, no município de Nova Iguaçu-RJ, no período de 2014 a 2020.

Excelente <5%	Bom 5-10%	Regular 10-30%	Ruim 30-50%	Muito Ruim >50%
---------------	-----------	----------------	-------------	-----------------

Legenda:

Variáveis essenciais	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	(N=8.190)	(N=8.173)	(N=8.439)	(N=6.355)	(N=1.034)	(N=3.239)	(N=4.157)
	n (%)						
Raça	474 (5,8)	354 (4,3)	3.213 (38,1)	5.747 (90,4)	4 (0,4)	87 (2,7)	25 (0,6)
Escolaridade	6.662 (81,3)	6.745 (82,5)	6.717 (79,6)	4.400 (69,2)	823 (79,6)	1.552 (47,9)	1.750 (42,1)
Situação conjugal	6.199 (75,7)	6.638 (81,2)	6.518 (77,2)	4.199 (66,1)	812 (78,5)	1.352 (41,7)	1.362 (32,8)
Variáveis obrigatórias	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	(N=8.190)	(N=8.173)	(N=8.439)	(N=6.355)	(N=1.034)	(N=3.239)	(N=4.157)
	n (%)						
Local de ocorrência	2.969 (36,3)	3.750 (45,9)	5.112 (60,6)	4.882 (76,8)	977 (94,5)	2.165 (66,9)	2.452 (59)
Motivação	7.883 (96,3)	6.549 (80,1)	8.233 (97,6)	6.182 (97,3)	1.022 (98,8)	3.220 (99,4)	4.105 (98,7)
Sexo do provável autor	7.471 (91,2)	7.498 (91,7)	7.140 (84,6)	4.491 (70,7)	870 (84,1)	1.384 (42,7)	1.060 (25,5)
Ciclo de vida do provável autor	8.113 (99,1)	8.121 (99,4)	8.117 (96,2)	5.673 (89,3)	1.013 (98)	2.081 (64,2)	2.929 (70,5)

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados do Sinan (2022).

Na tabela 8, ao fazer análise de consistência, em referência à lesão autoprovocada e vínculo com o agressor, de 2014 a 2019 a consistência era baixa (<70%) e progrediu para regular (70-89%). Ao fazer a análise da consistência entre lesão autoprovocada e meio de agressão, em 2014 a consistência era baixa (<70%), nos anos seguintes 2015 e 2016 foi excelente (>90%), entretanto, a partir de 2017 apresentou uma piora, que se manteve até os anos 2020. No tocante à consistência entre lesão autoprovocada e número de envolvidos entre 2014 e 2015 era baixa (<70%), tornou-se regular em 2016 (70-89%), e regrediu para baixa novamente nos anos de 2018 a 2020.

Tabela 8 - Distribuição absoluta e relativa de consistência no preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência segundo variáveis/campo de informação, no município de Nova Iguaçu-RJ, no período de 2014 a 2020

Variáveis/campos de informação	Excelente >90%		Regular 70-89%		Baixa <70%			
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
	(N=8.190)	(N=8.173)	(N=8.439)	(N=6.355)	(N=1.034)	(N=3.239)	(N=4.157)	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Lesão autoprovocada e Vínculo (própria pessoa)	6 (23,1)	3 (17,6)	6 (50)	19 (34,5)	2 (50)	38 (69,1)	70 (70)	
Lesão autoprovocada e Meio de agressão (ameaça)	11 (42,3)	17 (100)	11 (91,7)	36 (65,5)	0 (0)	14 (25,5)	27 (27,3)	
Lesão autoprovocada e Número de envolvidos	8 (30,8)	8 (47,1)	10 (83,3)	23 (41,8)	2 (50)	45 (81,8)	82 (82,8)	

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados do Sinan (2022).

7.3 ANÁLISE DESCRITIVA DO SIM POR VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA

O quantitativo total de óbitos por causas externas no SIM no município de Nova Iguaçu foi de 6.957, ao longo dos anos de 2014 a 2020. A idade variou de zero a 104 anos, com média de 39,0 anos ($\pm 21,5$) e mediana de 32 anos.

De acordo com o SIM, na tabela 9, os óbitos por violência foram mais prevalentes na faixa etária de 20 a 29 anos (27,5%), no sexo masculino (83,4%), na raça/cor parda (56,2%), nos solteiros (64,5%), com escolaridade até o fundamental II (35,2%), na causa de agressões (45,0%).

Tabela 9 - Características dos óbitos por violência notificados no SIM, segundo características da vítima e causa básica do óbito, no município de Nova Iguaçu-RJ, no período de 2014 a 2020 (N=6.957)

Características	n (%)
Faixa etária	
0-9 anos	145 (2,1)
10-19 anos	920 (13,2)
20-29 anos	1.913 (27,5)
30-39 anos	1.097 (15,8)
40-49 anos	731 (10,5)
50-59 anos	569 (8,2)
60-69 anos	488 (7,0)
70-79 anos	377 (5,4)
80 anos ou mais	448 (6,4)
Ignorado	269 (3,9)
Sexo	
Masculino	5.800 (83,4)
Feminino	1.115 (16,0)
Ignorado	42 (0,6)
Raça/Cor	
Parda	3.909 (56,2)
Branca+ Indígena	1.797 (25,8)
Preta	1.138 (16,4)
Amarela	9 (0,1)
Ignorado	104 (1,5)
Estado civil	
Solteiro	4.487 (64,5)
Casado/União consensual	1.166 (16,8)
Viúvo	479 (6,9)
Separado	253 (3,6)
Ignorado	572 (8,2)
Escolaridade	
Sem escolaridade	240 (3,4)
Fundamental I	1.546 (22,2)
Fundamental II	2.452 (35,2)
Médio	1.004 (14,4)
Superior	123 (1,8)
Ignorado	1.592 (22,9)
Causa básica	
Agressões	3.130 (45,0)
Acidentes	2.090 (30,0)
Eventos intenção indeterminada	1.218 (17,5)
Intervenções legais	255 (3,7)
Lesões autoprovocadas	147 (2,1)
Outros tipos	117 (1,7)

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados do SIM (2022).

De acordo com a Tabela 10⁵, em relação aos óbitos por agressões, as características mais prevalentes foram a faixa etária foi 20-29 anos (36,5%), seguida da faixa 30-39 anos (20,7%), o sexo masculino em 93,2% e a raça/cor parda (59,8%)

Quanto aos eventos por intenção indeterminada, a faixa etária evidente foi a de 20-29 anos (19,5%), nos homens em 72,2%, da raça/cor parda (52,4%), conforme Tabela 10.

Os acidentes de transporte destacaram-se na faixa de 20-29 anos (25,8%), em 81,3% nos homens, da raça/cor parda (56,7%) (Tabela 10).

No que concerne a outras causas externas de traumatismos acidentais em 156 óbitos (16,2%) predominaram na faixa etária 80 anos ou mais, no sexo masculino em 68,5%, e na raça/cor parda em 51,1% (Tabela 10).

Em referência à intervenção legal, em 54,1% dos óbitos ocorreram na faixa etária de 20-29 anos, 98,8% nos homens, e em 62,7% na raça/cor parda (Tabela 10).

Nos óbitos por lesões autoprovocadas prevaleceram na faixa de 40-49 anos (25,9%), em 83,7% no sexo masculino, e na raça/cor parda em 49,0% (Tabela 10).

Em consideração aos outros tipos de óbitos, as faixas etárias mais evidentes foram 60--79 anos (53,0%), nas mulheres (54,7%), e na da raça/cor branca (56,4%), conforme Tabela 10.

Ao compararmos as faixas etárias, na de 0-9 anos os óbitos por outras causas externas de traumatismos acidentais foram mais prevalentes, em especial as quedas. Na faixa de 10-49 anos os óbitos, em sua maioria, deveram-se às agressões. Na faixa de 50-59 anos prevaleceram as agressões, seguida de outras causas de traumatismos acidentais. Em relação aos idosos de 60-69 anos outras causas de traumatismos acidentais foram as causas de óbito mais prevalentes, sendo as quedas as principais. Acima de 70 anos os óbitos por eventos de intenção indeterminada foram dominantes.

Em relação ao sexo, no masculino os óbitos por agressões tiveram predomínio, em contrapartida ao feminino eventos de intenção indeterminada e outras causas de traumatismos acidentais foram as causas de óbito mais evidentes.

No que concerne às raças/cor da pele parda, preta e branca prevaleceram os óbitos por agressões.

⁵ No Apêndice A são detalhados os códigos da CID-10 correspondentes aos grupos de causas apresentados na Tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição das características das vítimas dos óbitos por causas externas segundo grupo de causa, no município de Nova Iguaçu-RJ, no período de 2014 a 2020 (N=6.957)

	Agressões	Eventos intenção indeterminada	Acidentes de transporte	Outras causas externas de traumatismos acidentais	Intervenção Legal	Lesão autoprovocada	Outros tipos
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Faixa etária							
0-9 anos	8 (0,3)	10 (0,8)	11 (1,0)	114 (11,8)	1 (0,4)	0 (0)	1 (0,9)
10-19 anos	578 (18,5)	109 (8,9)	114 (10,1)	35 (3,6)	73 (28,6)	9 (6,1)	2 (1,7)
20-29 anos	1143 (36,5)	238 (19,5)	290 (25,8)	76 (7,9)	138 (54,1)	26 (17,7)	2 (1,7)
30-39 anos	649 (20,7)	119 (9,8)	192 (17,1)	84 (8,7)	28 (11,0)	21 (14,3)	4 (3,4)
40-49 anos	326 (10,4)	107 (8,8)	148 (13,1)	102 (10,6)	7 (2,7)	38 (25,9)	3 (2,6)
50-59 anos	150 (4,8)	125 (10,3)	122 (10,8)	132 (13,7)	1 (0,4)	24 (16,3)	15 (12,8)
60-69 anos	62 (2,0)	120 (9,9)	116 (10,3)	143 (14,8)	0 (0)	16 (10,9)	31 (26,5)
70-79 anos	16 (0,5)	141 (11,6)	71 (6,3)	109 (11,3)	0 (0)	9 (6,1)	31 (26,5)
80 anos ou mais	5 (0,2)	223 (18,3)	34 (3,0)	156 (16,2)	0 (0)	2 (1,4)	28 (23,9)
Ignorado	193 (6,2)	26 (2,1)	28 (2,5)	13 (1,3)	7 (2,7)	2 (1,4)	0 (0)
Sexo							
Masculino	2917 (93,2)	880 (72,2)	915 (81,3)	660 (68,5)	252 (98,8)	123 (83,7)	53 (45,3)
Feminino	181 (5,8)	334 (27,4)	208 (18,5)	301 (31,2)	3 (1,2)	24 (16,3)	64 (54,7)
Ignorado	32 (1,0)	4 (0,3)	3 (0,3)	3 (0,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Raça/Cor							
Parda	1872 (59,8)	638 (52,4)	638 (56,7)	493 (51,1)	160 (62,7)	72 (49,0)	36 (30,8)
Branca	609 (19,5)	379 (31,1)	330 (29,3)	333 (34,5)	26 (10,2)	53 (36,1)	66 (56,4)
Preta	577 (18,4)	187 (15,4)	145 (12,9)	129 (13,4)	68 (26,7)	19 (12,9)	13 (11,1)
Amarela	3 (0,1)	1 (0,1)	2 (0,2)	2 (0,2)	0 (0)	1 (0,7)	0 (0)
Ignorado	69 (2,2)	13 (1,1)	11 (1,0)	7 (0,7)	1 (0,4)	2 (1,4)	2 (1,7)

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados do SIM (2022).

Foram calculadas as taxas de mortalidade por 100.000 habitantes, segundo grupo de causa do capítulo 20 da CID-10. Conforme a tabela 11, durante o período estudado, as agressões apresentaram as taxas de mortalidade/100.000 habitantes mais altas em 2014 com 75,8; com uma queda, até 2020.

Da mesma maneira, os acidentes de transporte, inicialmente em 2014 tinham taxa de mortalidade/100.000 habitantes de 30,4, que decresceu no período estudado para 10,6 em 2020. Outras causas externas de traumatismos acidentais em 2014, apresentava uma taxa de mortalidade/100.000 habitantes de 19,8, nos anos seguintes de 2015 e 2016 aumentaram para 22,4 e 20,4, respectivamente, até que em 2020 a taxa foi 12,9 (Tabela 11).

Por outro lado, tanto as taxas de eventos de intenção indeterminada, intervenção legal e as lesões autoprovocadas aumentaram no mesmo período. As taxas de mortalidade por eventos de intenção indeterminada nos anos de 2016 e 2017 mais que duplicaram (2,7 vezes), em comparação aos anos de 2014 e 2015. (Tabela 11).

Tabela 11 - Taxas de mortalidade/100.000 por causas externas, segundo grupo de causa, no município de Nova Iguaçu-RJ, no período de 2014 a 2020

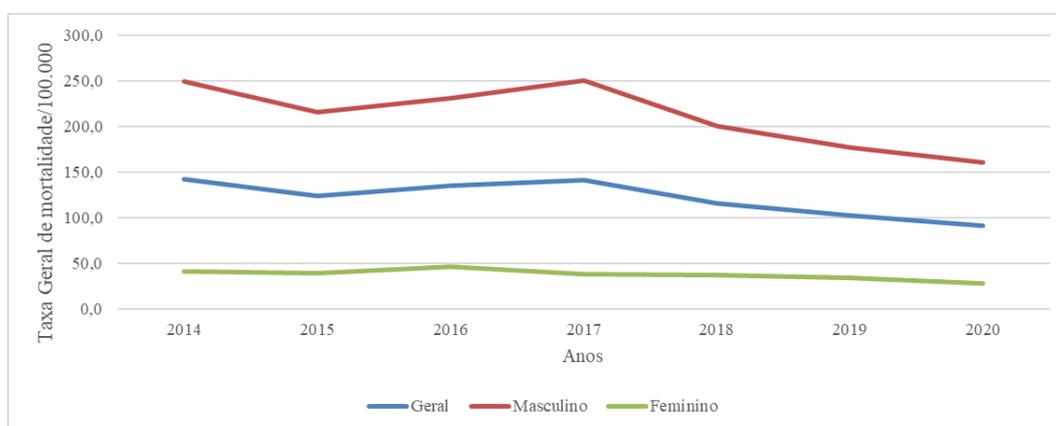
Anos	Causas básicas de óbito por violência						
	Acidentes						
	Agressões	Acidentes de transporte	Outras causas externas de traumatismos acidentais	Eventos de intenção indeterminada	Intervenção Legal	Lesão autoprovocada	Outros tipos
2014	75,8	30,4	19,8	9,9	2,1	2,5	2,0
2015	60,5	25,0	22,4	9,9	2,5	2,7	1,2
2016	60,4	21,2	20,4	26,8	2,1	2,3	2,2
2017	64,4	20,2	16,0	27,6	7,6	2,0	3,1
2018	55,1	17,1	15,3	14,5	9,0	2,2	2,4
2019	36,3	13,6	11,5	33,6	2,4	2,9	2,3
2020	31,3	10,6	12,9	26,7	5,5	3,4	1,1

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados do SIM (2022).

Em relação ao gráfico 1, a taxa geral de mortalidade por causas externas no município de Nova Iguaçu apresentou uma variação ao longo do período estudado. Em 2014 estava 142,4, e em

2020 com 91,5 óbitos por 100 mil habitantes. Ao ser feita uma evolução temporal⁶ comparando as taxas de mortalidade entre o período inicial de 2014 e o período final de 2020, obteve o resultado de -0,357; equivalendo a um decréscimo de 35,7% nas taxas, entre os períodos. No sexo masculino, no ano de 2014, a taxa de mortalidade por causas externas era no valor de 249,9 óbitos por 100 mil habitantes e em 2020, a taxa era de 160,1 óbitos por 100 mil habitantes. Nas mulheres, a taxa de mortalidade por causas externas em 2014 era de 41,3 óbitos por 100 mil habitantes e, passando para 27,9 óbitos por 100 mil habitantes, no ano de 2020.

Gráfico 1 - Taxa Geral de Mortalidade por causas externas, por 100.000 habitantes, segundo sexo, em Nova Iguaçu-RJ, nos anos de 2014 a 2020

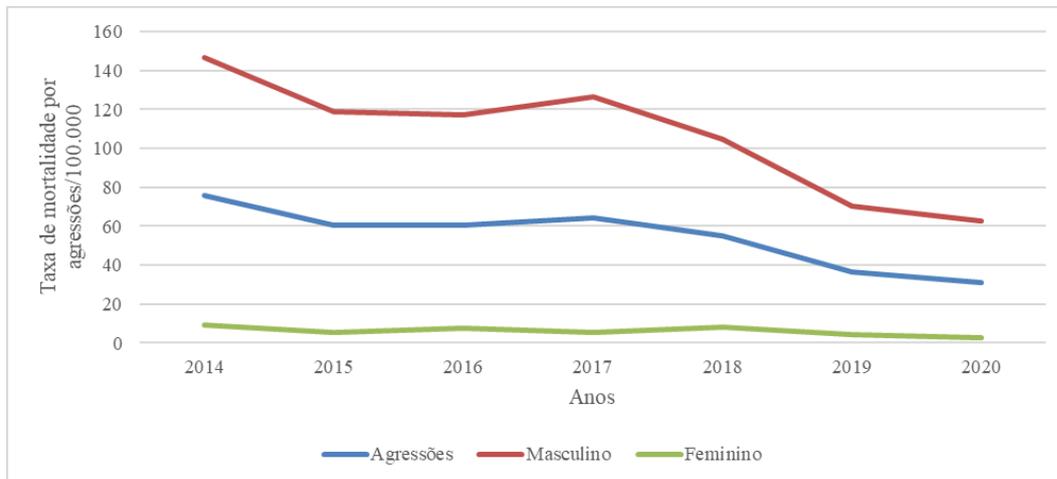


Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados do SIM (2022).

Quanto ao gráfico 2, a taxa geral de mortalidade por agressão apresenta decréscimo no período de 2014 até 2020, de 75,8 óbitos por 100 mil habitantes para 31,3 óbitos por 100 mil habitantes, respectivamente. Ao ser feita uma evolução temporal comparando as taxas de mortalidade por agressão entre o ano de 2014 e o ano de 2020, o resultado foi de -0,587; equivalendo a um decréscimo de 58,7% nas taxas, entre os períodos. Nos homens, taxa de mortalidade por agressões decaiu de 146,7, no ano de 2014, para 62,8, no ano de 2020. No sexo feminino, a taxa de mortalidade por agressões evoluiu com queda ao longo dos anos. Em 2014 eram 9 óbitos por 100 mil habitantes. Em 2020 eram 2,6 óbitos por 100 mil habitantes.

⁶ Aplicou-se para obtenção da evolução temporal a seguinte fórmula: $[T2-T1]/T1$. Onde T2 refere-se a taxa de 2020 e T1 a taxa de 2014.

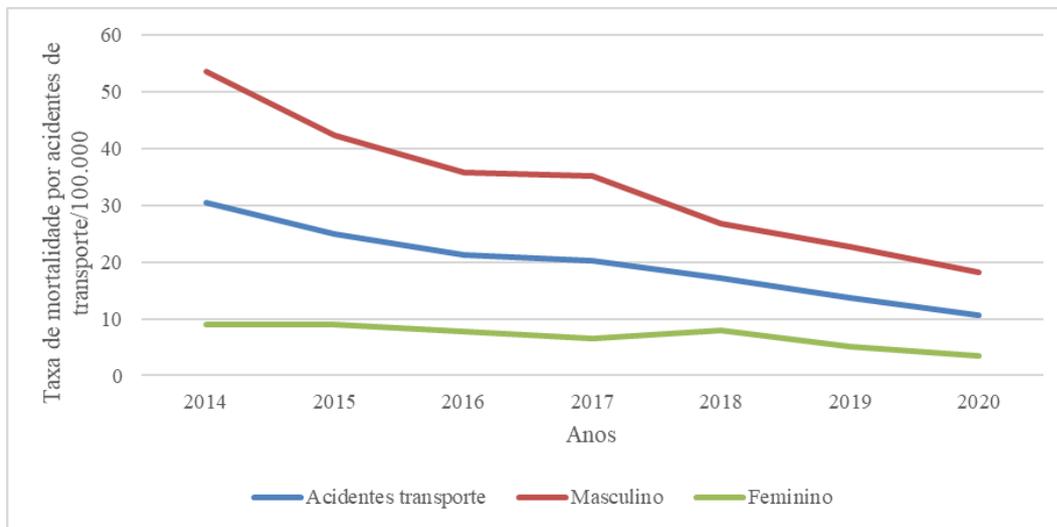
Gráfico 2 - Taxa de Mortalidade por Agressões por 100.000 habitantes, segundo sexo, em Nova Iguaçu-RJ, nos anos de 2014 a 2020.



Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados do SIM (2022).

Em referência ao gráfico 3, a taxa geral de mortalidade por acidentes de transporte no município de Nova Iguaçu vem decaindo gradualmente ao longo dos anos. No ano de 2014 a taxa era de 30,4 óbitos por 100 mil habitantes, e caiu gradativamente até o ano de 2020, com o valor de 10,6 óbitos por 100 mil habitantes. Foi realizada uma evolução temporal comparando as taxas de mortalidade por acidentes de transportes entre o ano de 2014 e 2020, o resultado foi de -0,651; equivalendo a um decréscimo de 65,1% nas taxas, entre os períodos. Em relação ao sexo, os homens apresentavam uma taxa de mortalidade por acidentes de transporte, em 2014, de 53,6 óbitos por 100 mil habitantes, e que, decaiu ao longo dos anos. No ano de 2020, a taxa era de 18,3 óbitos por 100 mil habitantes. As mulheres no ano de 2014 tinha uma taxa de 9 óbitos por 100 mil habitantes, que declinou até o ano de 2020, apresentando o valor de 3,5 óbitos por 100 mil habitantes.

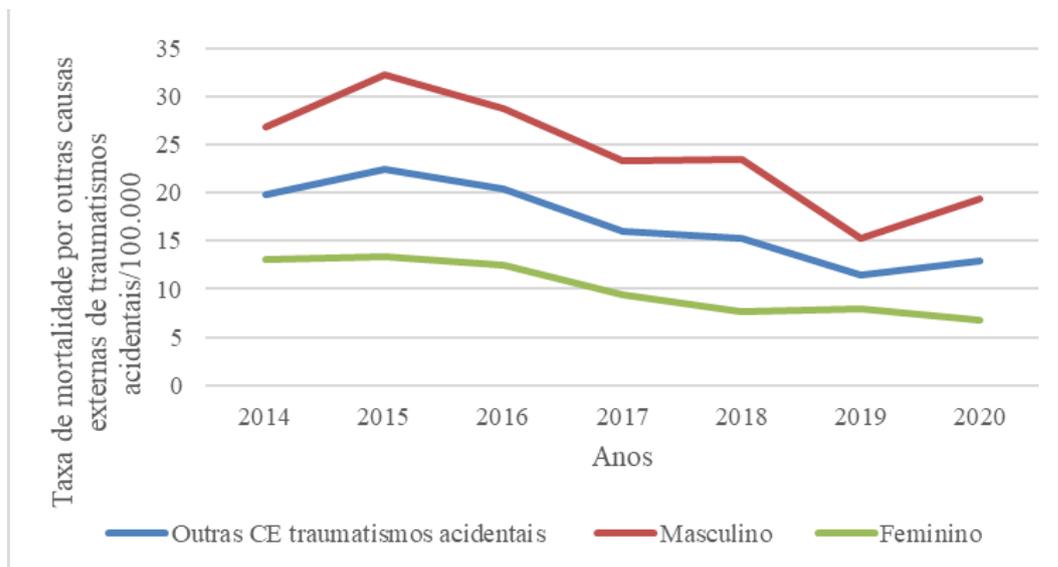
Gráfico 3 - Taxa de Mortalidade por Acidentes de transporte por 100.000 habitantes, segundo sexo, em Nova Iguaçu-RJ, nos anos de 2014 a 2020



Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados do SIM (2022).

Quanto ao gráfico 4, a taxa de mortalidade por outras causas externas de traumatismos acidentais no município de Nova Iguaçu variou ao longo dos anos. Em 2014 estava 19,8, e em 2020 com 12,9 óbitos por 100 mil habitantes. Ao ser feita uma evolução temporal comparando as taxas de mortalidade por outras causas externas de traumatismos acidentais, entre o ano de 2014 e o ano de 2020, o resultado foi de -0,348; equivalendo a um decréscimo de 34,8% nas taxas, entre os períodos. No sexo masculino, no ano de 2014, a taxa de mortalidade por outras causas externas de traumatismos acidentais era no valor de 26,8 óbitos por 100 mil habitantes e ao longo dos anos, variou. No ano de 2020, a taxa era de 19,3 óbitos por 100 mil habitantes. Nas mulheres, a mesma taxa em 2014 era de 13,0 óbitos por 100 mil habitantes e em 2020 era de 6,8 óbitos por 100 mil habitantes.

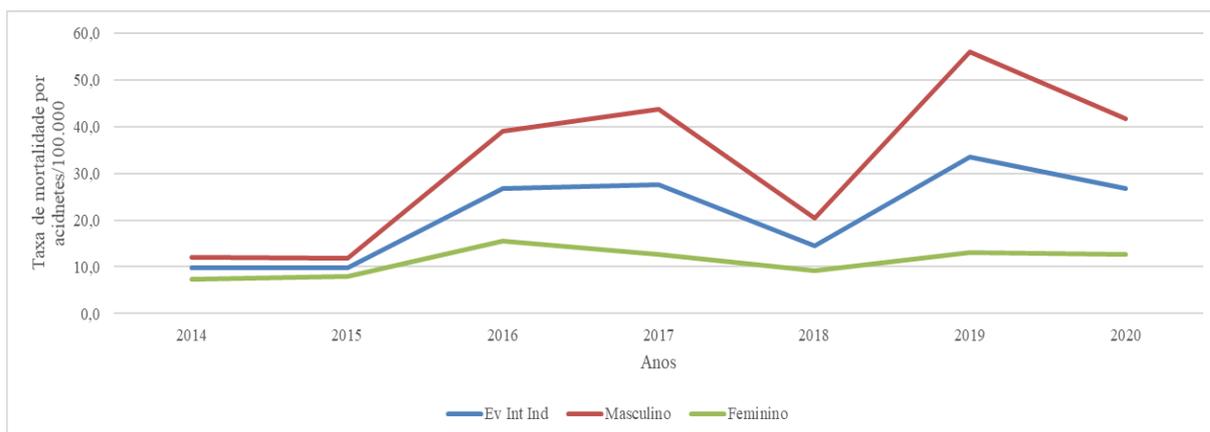
Gráfico 4 - Taxa de Mortalidade por Outras causas externas de traumatismos acidentais por 100.000 habitantes, segundo sexo, em Nova Iguaçu-RJ, nos anos de 2014 a 2020



Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados do SIM (2022).

Acerca do gráfico 5, nos eventos de intenção indeterminada, a taxa geral de mortalidade vem apresentando um aumento gradual no período estudado. Em 2014 era 9,9 óbitos por 100.000 habitantes, evoluindo para 26,7 óbitos por 100.000 habitantes em 2020. Foi feita uma evolução temporal comparando as taxas de mortalidade do período inicial de 2014 e do período final de 2020, e o resultado foi de 1,69; equivalendo a um acréscimo de 169,6% nas taxas, entre os períodos. No sexo masculino, a taxa de mortalidade por eventos de intenção indeterminada variou de 12,1 óbitos por 100.000 habitantes no ano de 2014, para 41,7 óbitos por 100.000 habitantes em 2020. Em relação ao sexo feminino, a mesma taxa aumentou, no ano de 2014, de 7,3 óbitos por 100.000 habitantes para 12,6 óbitos por 100.000 habitantes, no ano de 2020.

Gráfico 5 - Taxa de Mortalidade por Eventos Intenção Indeterminada por 100.000 habitantes, segundo sexo, em Nova Iguaçu-RJ, nos anos de 2014 a 2020



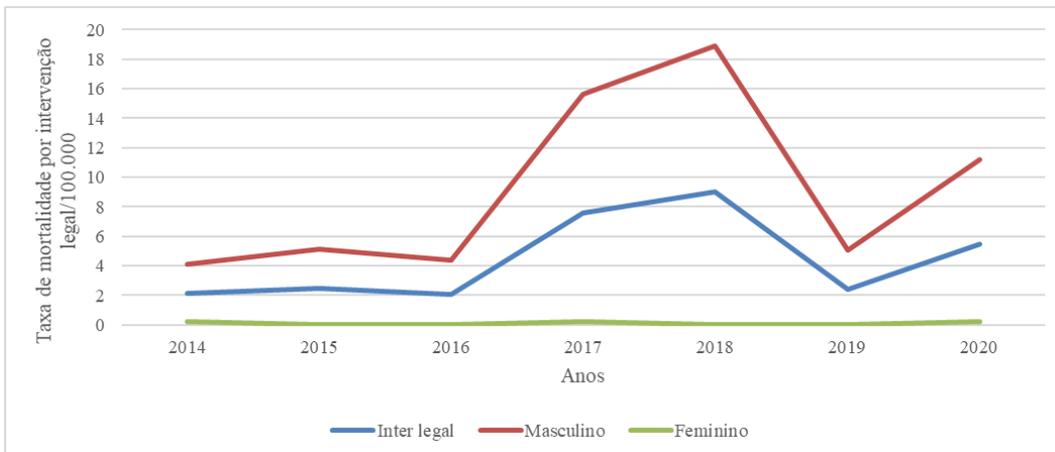
Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados do SIM (2022).

No gráfico 6 a taxa geral de mortalidade por Intervenção Legal variou entre os anos de 2014 e 2020. Em 2014 a taxa geral de mortalidade por intervenção legal era de 2,1 óbitos por 100.000 habitantes, enquanto no ano de 2020 aumentou para 5,5 óbitos por 100.000 habitantes. A evolução temporal ⁷ entre as taxas de mortalidade por Intervenção Legal, comparando os anos de 2014 e o ano de 2020, o resultado de 1,619; equivalendo a um acréscimo de 161,9% nas taxas, entre os períodos.

No sexo masculino, no ano de 2014, a taxa de mortalidade por intervenção legal era no valor de 4,1 óbitos por 100 mil habitantes e em 2020, a taxa era de 11,2 óbitos por 100 mil habitantes. Destaque para o ano de 2017, com a taxa de mortalidade de 15,6; e o ano de 2018, com a taxa de mortalidade de 18,9 óbitos por 100.000 homens, impactando diretamente na taxa geral de mortalidade por intervenção legal. Nas mulheres, a taxa de mortalidade por intervenção legal em 2014, e em 2020, era de 0,2 óbitos por 100 mil habitantes.

⁷ Aplicou-se para obtenção da evolução temporal a seguinte fórmula: $[T2-T1]/T1$. Onde T2 refere-se a taxa de 2020 e T1 a taxa de 2014.

Gráfico 6- Taxa de Mortalidade por Intervenção Legal por 100.000 habitantes, segundo sexo, em Nova Iguaçu-RJ, nos anos de 2014 a 2020

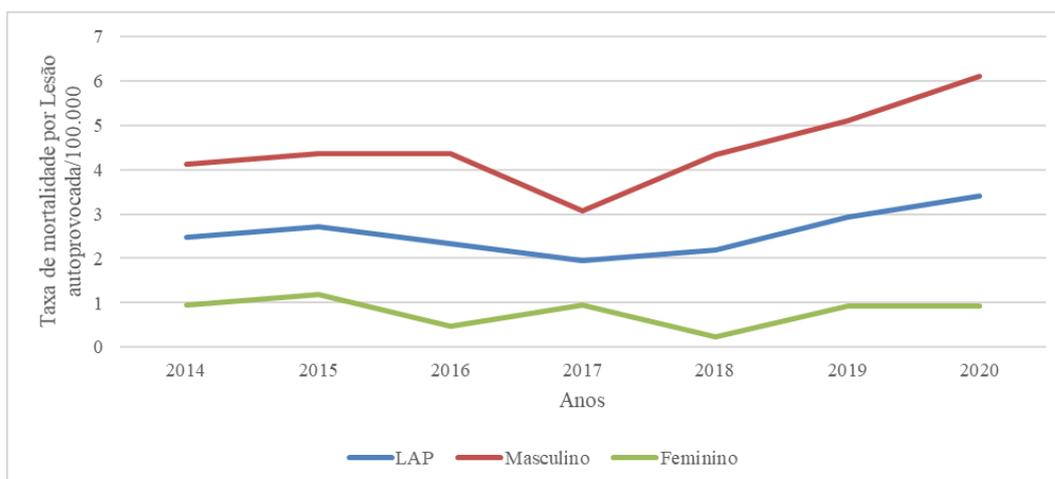


Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados do SIM (2022).

No gráfico 7 mostra a variação da taxa de mortalidade por lesão autoprovocada por 100.000 habitantes ao longo do período estudado. Em 2014 estava 2,5 óbitos por 100.000 habitantes, e em 2020 com 3,4 óbitos por 100 mil habitantes. A evolução temporal⁸ comparando as taxas de mortalidade por lesão autoprovocada entre o ano de 2014 e o ano de 2020, o resultado foi de 0,36; equivalendo a um acréscimo de 36%, nas taxas, entre os períodos. No sexo masculino, no ano de 2014, a taxa de mortalidade por lesão autoprovocada era no valor de 4,1 óbitos por 100 mil habitantes e em 2020, a taxa era de 6,1 óbitos por 100 mil habitantes. Nas mulheres, a taxa de mortalidade por lesão autoprovocada em 2014, e em 2020 era de 0,9 óbitos por 100 mil habitantes.

⁸ Aplicou-se para obtenção da evolução temporal a seguinte fórmula: $[T2-T1]/T1$. Onde T2 refere-se a taxa de 2020 e T1 a taxa de 2014.

Gráfico 7 - Taxa de Mortalidade por Lesão Autoprovocada por 100.000 habitantes, segundo sexo, em Nova Iguaçu-RJ, nos anos de 2014 a 2020



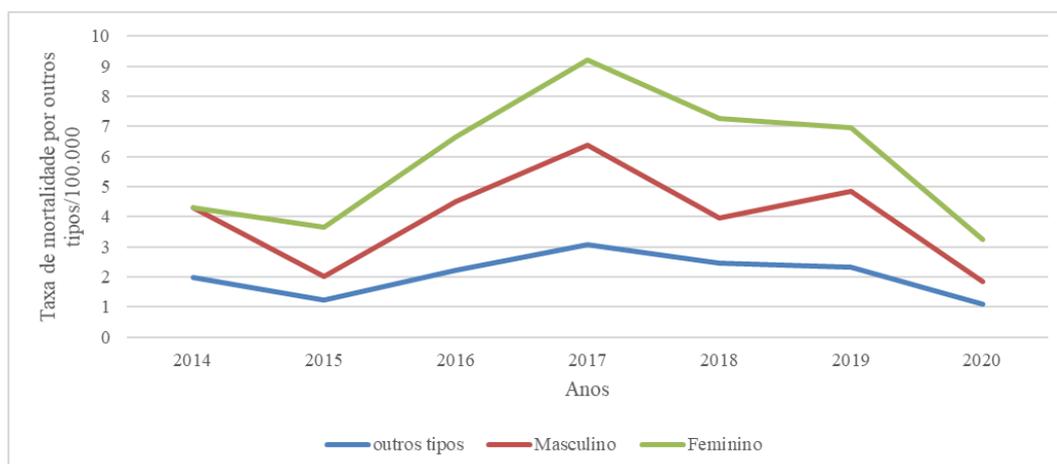
Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados do SIM (2022).

De acordo com o gráfico 8 a taxa geral de mortalidade por outros tipos variou ao longo do período estudado. Em 2014 era 2,0 óbitos por 100.000 habitantes, e em 2020 com 1,1 óbitos por 100.000 habitantes.

A evolução temporal⁹ comparando as taxas de mortalidade por outros tipos entre o ano de 2014 e o ano de 2020, obteve o resultado de -0,45; equivalendo a um decréscimo de 45% nas taxas, entre os períodos. Nos homens, em 2014, a taxa de mortalidade por outros tipos era no valor de 2,3 óbitos por 100 mil habitantes e em 2020, a taxa era de 0,8 óbitos por 100 mil habitantes. No sexo feminino, a taxa de mortalidade por outros tipos, em 2014 era 1,7 óbitos por 100.000 habitantes; e em 2020 era de 1,4 óbitos por 100 mil habitantes.

⁹ Aplicou-se para obtenção da evolução temporal a seguinte fórmula: $[T2-T1]/T1$. Onde T2 refere-se a taxa de 2020 e T1 a taxa de 2014.

Gráfico 8 - Taxa de Mortalidade por Outros tipos por 100.000 habitantes, segundo sexo, em Nova Iguaçu-RJ, nos anos de 2014 a 2020



Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados do SIM (2022).

7.4 ANÁLISE DESCRITIVA APÓS *LINKAGE* ENTRE SINAN DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA E SIM

Em relação à análise descritiva pós-*linkage*, na tabela 12 o total de notificações no Sinan de violência interpessoal/autoprovoçada no município de Nova Iguaçu foi de 39.146, ao longo dos anos de 2014 a 2020.

A idade variou de zero a 120 anos, com média de 26,1 anos ($\pm 22,3$) e mediana de 22 anos. A faixa etária mais prevalente foi a de 0 a 9 anos, correspondendo a 29,3%, seguida 20-29 anos (19,2%), e da 10-19 anos (14,8%). Quanto ao sexo, o masculino foi o mais prevalente com 22.473 notificações (57,4%), enquanto o feminino teve 16.670 notificações (42,6%). A raça/cor parda predominou (56,7%), seguida da branca (12%) e da preta (6,3%).

Em 28.196 notificações (72%), a variável escolaridade não foi preenchida. Em 25,5% das notificações, esta variável foi classificada como “Não se aplica”, quando a idade menor a 7 anos de idade, de acordo com o dicionário de dados do Sinan NET de violência. Quanto à situação conjugal, o preenchimento foi semelhante ao da escolaridade. Em 68% das notificações foi classificada como ignorado, e em 30,3% foi classificada como “Não se aplica”, quando a idade menor a 7 anos de idade, de acordo com o dicionário de dados do Sinan NET de violência (Tabela 12).

Tabela 12 - Características das notificações de violência, após o *linkage*, segundo características da vítima, no município de Nova Iguaçu-RJ, no período de 2014 a 2020 (N=39.146)

Características	n(%)
Faixa etária	
0-9 anos	11.459 (29,3)
10-19 anos	5.803 (14,8)
20-29 anos	7.527 (19,2)
30-39 anos	5.114 (13,1)
40-49 anos	3.088 (7,9)
50-59 anos	2.041 (5,2)
60-69 anos	1.735 (4,4)
70-79 anos	1.360 (3,5)
80 anos ou mais	1.019 (2,6)
Sexo	
Masculino	16.670 (42,6)
Feminino	22.473 (57,4)
Ignorado	3 (0,0)
Raça	
Parda	22.188 (56,7)
Branca	4.686 (12,0)
Preta	2.447 (6,3)
Amarela	59 (0,2)
Indígena	26 (0,1)
Ignorado	9.740 (24,9)
Escolaridade	
Ensino Fundamental incompleto	622 (1,6)
Ensino Médio incompleto	194 (0,5)
Ensino Médio completo ou mais	140 (0,4)
Não se aplica	9.994 (25,5)
Ignorado	28.196 (72,0)
Situação conjugal	
Solteiro	468 (1,2)
Casado/União consensual	163 (0,4)
Separado	34 (0,1)
Viúvo	28 (0,1)
Não se aplica	11.848 (30,3)
Ignorado	26.605 (68,0)

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados do Sinan (2022).

Em relação à Tabela 13, em 56,4% das notificações, o local de ocorrência foi ignorado, seguido de 24,8% em via pública e 9,6% nas residências. Quanto ao tipo de violência, em alguns casos notificados, ocorreu mais de um tipo simultaneamente. Outros tipos foi a mais prevalente (36,7%), seguido da negligência (33,4%), física (27,8%), psicológica (26,1%) e intervenção legal (12,9%).

Como meio de agressão, em algumas notificações, também foi informado mais de um meio. Destaca-se outros (60,9%), seguido de força corporal/espancamento em 32,2%. Em relação ao vínculo com o agressor, a soma da mãe e madrasta foi a mais prevalente, correspondendo a 7.925 notificações (76,2%), seguido da soma de pai e padrasto (40,6%). Sexo do provável autor, ciclo de vida do provável autor e motivação foram variáveis negligenciadas e classificadas como ignorada em 75,7%, 91,1% e 94%, respectivamente (Tabela 13).

Tabela 13 - Características das notificações de violência, após o *linkage*, segundo características do evento, no município de Nova Iguaçu-RJ, no período de 2014 a 2020

Características	n (%)
Local de ocorrência (N=39.146)	
Via pública	9.694 (24,8)
Residência	3.762 (9,6)
Comércio/serviços	100 (0,3)
Escola	69 (0,2)
Local prática esportiva	25 (0,1)
Bar	21 (0,1)
Habitação coletiva	13 (0)
Indústria	3 (0)
Outro	3.396 (8,7)
Ignorado	22.063 (56,4)
Tipos de violência (N=36.684)	
Negligência	12.238 (33,4)
Física	10.192 (27,8)
Psicológica	9.567 (26,1)
Intervenção legal	4.748 (12,9)
Sexual	576 (1,6)
Autoprovocada	265 (0,7)
Tortura	88 (0,2)
Financeira	29 (0,1)
Trabalho infantil	26 (0,1)
Tráfico seres humanos	6 (0)
Outros	13.457 (36,7)

(continua)

Tabela 13 - Características das notificações de violência, após o *linkage*, segundo características do evento, no município de Nova Iguaçu-RJ, no período de 2014 a 2020

(continuação)

Meios de agressão (N=23.049)

Força corporal/ Espancamento	7.421 (32,2)
Arma de fogo	929 (4,0)
Objeto perfuro-cortante	531 (2,3)
Ameaça	326 (1,4)
Objeto contundente	202 (0,9)
Envenenamento/ Intoxicação	140 (0,6)
Enforcamento	132 (0,6)
Substância quente	96 (0,4)
Outros	14.031 (60,9)

Relação com agressor (N=10.400)

Mãe/Madrasta	7.925 (76,2)
Pai/Padrasto	4.225 (40,6)
Própria pessoa	413 (4,0)
Cônjuge/Namorado	404 (3,9)
Outros	392 (3,8)
Conhecido	349 (3,4)
Desconhecido	278 (2,7)
Ex-cônjuge/Ex-namorado	206 (2,0)
Filho(a)	129 (1,2)
Irmão(ã)	97 (0,9)
Cuidador	22 (0,2)
Pessoa relacionamento institucional	16 (0,2)
Policial	9 (0,1)
Patrão	7 (0,1)

Sexo do provável autor (N=39.146)

Feminino	4.639 (11,9)
Ambos	3.112 (7,9)
Masculino	1.769 (4,5)
Ignorado	29.626 (75,7)

Ciclo de vida do provável autor (N=39.146)

Criança (0 a 9 anos)	180 (0,5)
Adolescente (10 a 19 anos)	313 (0,8)
Jovem (20 a 24 anos)	138 (0,4)
Adulto (25 a 59 anos)	2.824 (7,2)
Idoso (60 anos ou mais)	31 (0,1)
Ignorado	35.660 (91,1)

Motivação (N=39.146)

Sexismo	26 (0,1)
Homo/Lesbo/Bi/Transfobia	20 (0,1)
Conflito geracional	16 (0)
Deficiência	5 (0)
Racismo	1 (0)
Outros	2.238 (5,7)
Não se aplica	72 (0,2)
Ignorado	36.768 (94,0)

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados do Sinan (2022).

De acordo com a Tabela 14, no período de 2014 a 2020, no município de Nova Iguaçu, o *linkage* revelou que 280 indivíduos, com notificação prévia de violência, foram a óbito por causas externas. Em relação à faixa etária, a maioria tinha 20-29 anos (29,3%), seguida de 10-19 anos (23,9%); do sexo masculino (80,4%), da raça/cor preta e parda (81,1%).

Tabela 14 - Características das vítimas que tiveram notificação prévia de violência, e que evoluíram ou não a óbito por causas externas, segundo faixa etária, idade, sexo, raça/cor, no município de Nova Iguaçu-RJ, no período de 2014 a 2020

Categorias	Não (%)	Sim (%)	p-valor
Amostra (n)	38.866 (99,3)	280 (0,7)	
Faixa etária			
0-9 anos	11.444 (29,4)	15 (5,4)	
10-19 anos	5.736 (14,8)	67 (23,9)	
20-29 anos	7.445 (19,2)	82 (29,3)	<0,001
30-39 anos	5.073 (13,1)	41 (14,6)	
40-59 anos	5.103 (13,1)	26 (9,3)	
> 60 anos	4.064 (10,5)	49 (17,5)	
Idade	26,07 (22,3)	34,09 (23,4)	
Sexo			
Masculino	22.248 (57,2)	225 (80,4)	<0,001
Feminino	16.615 (42,8)	55 (19,6)	
Raça/Cor			
Negros (Parda+Preta)	24.434 (83,9)	227 (81,1)	0,232
Não negros (Branca, Amarela, Indígena)	4.692 (16,1)	53 (18,9)	

Fonte: Elaborada pela autora no pós-*linkage* (2023).

De acordo com a Tabela 15, em todas as faixas etárias a chance de ir a óbito é maior, quando controlada por sexo e raça/cor e comparada à faixa de 0 a 9 anos. A faixa de 10-19 anos tem 8,2 vezes a chance de ir a óbito; na faixa seguinte (20-29 anos) a chance é de 7,4 vezes. A faixa de 30-39 anos tem 4,55 a mais de chance de morrer; a faixa de 40-59 anos tem 3,5 vezes a chance de evoluir a óbito. Acima dos 60 anos tem 10 vezes a chance de morrer, quando comparada à faixa de 0-9 anos. Em relação ao sexo, os homens têm 3 vezes a chance de morrer,

quando comparado às mulheres, controlando por raça/cor e faixa etária. Ser da raça/cor negra não foi significativo.

O Fator de Inflação de Variância (VIF) foi calculado a fim de medir a estrutura de correlação entre as variáveis independentes. Considerando o ponto de corte de 10 (VIF=10), neste modelo não existe evidência de multicolinearidade.

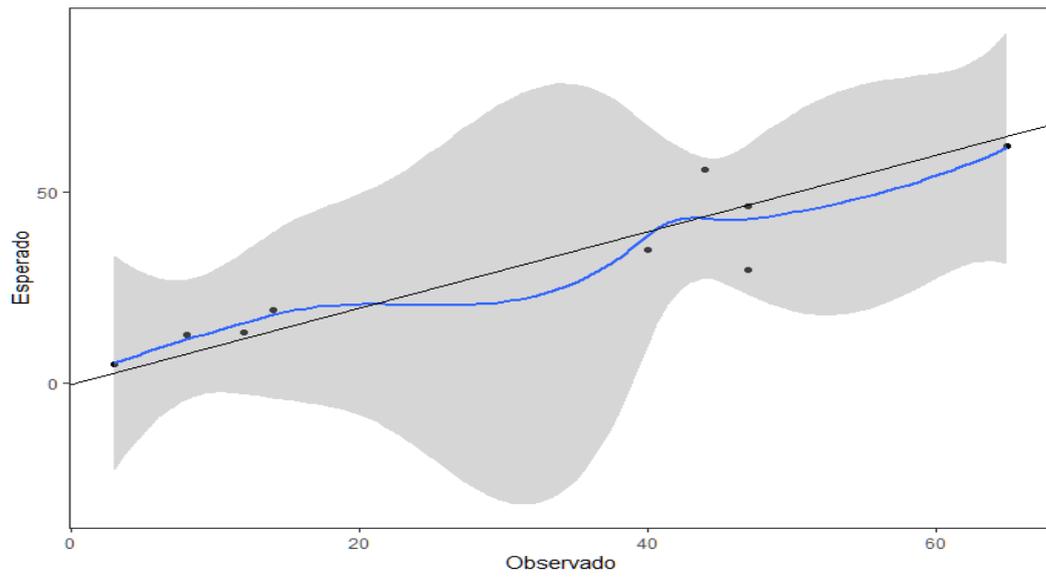
Tabela 15 - Razão de chances, e intervalos de confiança dos óbitos por causas externas, que tiveram notificação prévia de violência, por variáveis independentes, Nova Iguaçu, no período de 2014 a 2020

Características	OR Bruta	IC (95%)	OR ajustada	IC (95%)
Faixa etária				
0-9 anos			1,00	
10-19 anos	8,35	4,90-15,20	8,23	4,83-14,97
20-29 anos	7,79	4,63-14,06	7,37	4,38-13,31
30-39 anos	5,66	3,20-10,57	5,55	3,14-10,37
40-59 anos	3,58	1,92-6,93	3,48	1,87-6,75
> 60 anos	9,00	5,17-16,62	10,07	5,77-18,64
Sexo				
Feminino			1,00	
Masculino	2,95	2,21-4,00	3,05	2,28-4,14
Raça/Cor				
Não negros (Branca, Amarela, Indígena)			1,00	
Negros (Parda+Preta)	0,83	0,62-1,13	0,88	0,65-1,20

Fonte: Elaborada pela autora no pós-linkage (2023).

Com o resultado do p-valor de 0,02237, para o teste de Hosmer e Lemeshow, a conclusão é que existe evidência estatística suficiente, ao nível de significância de 5%, para afirmar que existe perda da qualidade de ajuste. Pela análise do gráfico 8 é possível verificar que todos os pontos estão contidos no intervalo de confiança. Considerando este fato e o elevado tamanho da amostra (N=39.146), a representação gráfica do modelo mostrou-se mais adequada; mesmo havendo perda da qualidade do ajuste de acordo com o Teste de Hosmer e Lemeshow.

Gráfico 8 - Representação gráfica do Hosmer and Lemeshow



Fonte: Elaborada pela autora no pós-linkage (2023).

8 DISCUSSÃO

Este estudo apresentou um retrato de mais de 39.000 cidadãos brasileiros que tiveram seus casos de violência registrados no Sinan por uma unidade de saúde de Nova Iguaçu, no período de 2014 a 2020. Apesar das vulnerabilidades a que estavam submetidos, e com a ciência do poder público, 280 foram a óbito por causas externas, após a notificação.

Segundo as estatísticas deste estudo, a principal causa externa de óbito foram as agressões, incluindo os “homicídios e as lesões infligidas por outra pessoa, empregando qualquer meio, com a intenção de lesar (ferir) ou matar”, segundo a CID-10 (p.1047).

Tais dados foram ao encontro dos autores Malta *et al.* (2017) cujo estudo mostrou que no período entre 1990 e 2015, as causas externas reduziram em um quarto, com predomínio dos homicídios, acidentes de transporte, outras causas acidentais e suicídios. Em relação aos homicídios, estes mantiveram-se constantes no período analisado. Em relação aos suicídios estes reduziram-se em um quarto, no mesmo período. Segundo ranking de *DALYs* as agressões por armas de fogo ocuparam o primeiro lugar; seguidas de acidentes de transporte, e em sexto lugar o suicídio. Quando foi realizada a distribuição proporcional de *DALYs*, por agressões e lesões autoprovocadas, destacaram-se os homens jovens na faixa etária de 20 a 24 anos, seguida da 15 a 19 anos. Conforme relatórios da OMS de 2002 e 2014, o Brasil integra um conjunto de países que tem maior risco de ir a óbito por homicídio e menor taxa de suicídio. No relatório de 2012 da ONU, quanto aos homicídios, o Brasil só perde para Venezuela e Colômbia. Dentro do país, a violência geral é mais comum em jovens do sexo masculino, vítimas de homicídios por armas de fogo nas regiões Norte-Nordeste.

No ano de 2019, na plataforma GBD, ao se comparar pessoas na faixa etária de 15 a 49 anos, a taxa de violência interpessoal para ambos os sexos é de 13,3 do total de *DALYs*; seguido de acidentes na estrada (6,8) e suicídio (1,9). Ao comparar por sexo, a taxa no masculino de violência interpessoal é de 21,2 do total de *DALYs*; seguido de 9,9 de acidentes na estrada e suicídio (2,7); enquanto nas mulheres as taxas de acidentes e violência interpessoal são iguais (2,6 do total de *DALY*), seguida de quedas (1,1).

Alta concentração de armas, de homens jovens e pobres podem contribuir diretamente para as taxas de homicídios elevadas; e um dos seus fatores de risco é a impunidade. A presença de zonas de conflitos armados, a rivalidade e a disputa no tráfico acentuam os riscos de mortes por agressão, promovendo a “ecologia do perigo” (prevalência da masculinidade violenta, disponibilidade de armas, coerção e domínio sobre territórios) (MALTA *et al.*, 2017, p. 152).

Malta *et al.* (2021) ressaltam que as condutas violentas são exacerbadas em condições

de desigualdades estruturais, espaços urbanos degradados e periferia nas cidades, pessoas com vínculos familiares frágeis, entre outros.

Gawryszewski, Kahn e Mello Jorge (2005) apontaram que na mortalidade por causas externas está em concordância que a faixa mais jovem é a mais atingida, com maior evidência de homicídios, quando comparados a acidentes de transporte, suicídios e quedas. Com base em dados coletados no SIM em 2000, os mesmos autores declararam que 38,3% das mortes por causas externas foram devido aos homicídios. Se considerarmos apenas os grandes centros urbanos, a proporção seria ainda maior, 62,4% no total de mortes (Gawryszewski; Kahn; Mello Jorge, 2005).

Ainda segundo Minayo e Franco (2018, p. 8) a “violência é a negação forçada de todos os direitos, e o homicídio é a negação do direito fundamental à vida”. Segundo OMS, em 2012 mais de 475.000 pessoas foram vítimas de violência, taxa média mundial de 6,2/100.000 habitantes, sendo que a nível continental, as Américas teriam a maior taxa, 36 óbitos por 100 mil habitantes.

A investigação ora apresentada foi ao encontro de estudos como o de Macedo *et al.* (2001), que concluem que a violência se configura enquanto um fenômeno complexo, resultante de múltiplas determinações, que se articula com processos sociais, e que se assenta numa estrutura desigual e injusta. Em relação às essas determinações das desigualdades em saúde, o grupo mais atingido pelos homicídios são os adolescentes e adultos jovens, do sexo masculino, pobres e negros (Macedo *et al.*, 2001; Malta *et al.*, 2017; Moreira *et al.*, 2003).

Segundo Macedo *et al.* (2001) e Moreira *et al.* (2003) o crescimento da violência e dos óbitos por homicídios são reflexos do aprofundamento da violência estrutural, da ausência de perspectivas de futuro, da pobreza, da exclusão social, e da delinquência, das desigualdades sociais de acesso ao mercado de trabalho e do consumo de bens essenciais à vida. Para ambos os autores esses óbitos estão sujeitos a vários condicionantes, é uma mortalidade específica, intensamente influenciada pelos agentes externos os quais estão localizados na sociedade.

O crescimento gradativo desses determinantes envolve fatores socioeconômicos, tais como pobreza, fome, desemprego, ausência de renda e ainda ostentação de riqueza, institucionais, dos quais se destaca a omissão do Estado na prevenção e na repressão da violência, de prevenção por meio de acesso aos serviços públicos e direitos como escolas, moradia, saúde pública, transportes públicos ineficientes e também de segurança pública e repressão, em que se insere a polícia, a justiça e o sistema penitenciário (Macedo *et al.*, 2001).

Quanto à amplificação das desigualdades e o aumento da violência, Pinto *et al.* (2021) apontam que houve falhas das instituições públicas, privadas e da sociedade civil nos campos

de prevenção das violências, bem como na proteção e garantia dos direitos civis.

Outro resultado apontado neste estudo foram as incompletudes e inconsistências nos bancos do Sinan e SIM. Estas podem interferir nos resultados, ocultar possíveis fatores associados à violência, camuflando as vulnerabilidades.

Em relação ao Sinan, dentre as limitações desse estudo pode-se evidenciar a perspectiva de que há subnotificações dos casos de violência, uma vez que muitas das notificações não são feitas no momento do atendimento; seja pela prestação dos cuidados assistenciais primordiais; pela dificuldade de identificação dos casos nos atendimentos, pela sobrecarga no cotidiano do serviço ou pela ausência do registro da violência por parte da vítima.

Abath *et al.* (2014) cita que alguns profissionais, por considerarem o preenchimento da ficha de notificação unicamente burocrático, e não verem resolubilidade nos casos de violência atendidos, não se sentem motivados a preenchê-la corretamente, impactando diretamente na qualidade dos dados. Especificamente quanto aos profissionais da vigilância, estes desempenham um papel fundamental não somente na retroalimentação das informações, mas de sensibilização de todos os profissionais de saúde, visando a melhoria da qualidade dos dados produzidos (Abath *et al.*, 2014)

Por questões culturais ou dos vínculos existentes entre vítima e agressor, algumas situações de violência permanecem ocultas, especialmente, no caso da violência doméstica. As apresentações dos casos de violência podem ser desde queixas vagas, até lesões corporais graves (Barufaldi, 2017).

Nem sempre são lesões “palpáveis”, e enquanto profissionais de saúde, geralmente, têm-se limitações a identificar e lidar com este tipo de situação. Moura *et al.* (2005) e Barufaldi *et al.* (2017) ainda citam o medo em ofender ao verbalizar o assunto ou de sofrerem retaliações; ter uma crença de que não faz das suas atribuições; ter sentimento de impotência perante a magnitude do caso apresentado e que não existência de recursos disponíveis para oferecer às vítimas soluções efetivas.

Para que a violência doméstica saia da “invisibilidade”, uma das estratégias citadas por Barufaldi *et al.* (2017) fala da necessidade do tema ser abordado na atenção básica, incluindo as consultas em ginecologia e obstetrícia, reforçando a importância da notificação e do aconselhamento sobre violência íntima perpetrada por parceiros ou ex-parceiros.

Outra estratégia seria o fortalecimento das Redes de Atenção e Proteção às Pessoas em Situação de Violência, a partir dos Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, sendo locais de articulação intersetorial. A partir da ficha de notificação preenchida, a vítima de violência deve ser encaminhada às redes de saúde e as demais integrantes da rede de cuidados

e proteção locais, cujo objetivo seria a interrupção do ciclo. A produção da informação objetiva a mudança da realidade da violência e da mortalidade. (Barufaldi, 2017).

Outra limitação é quanto à operacionalização do Sinan devido à inexistência de críticas de consistência quanto à validação dados; ausência de numeração nas fichas de notificação; falta de padronização na inserção dos dados, e existência de categorias heterogêneas. Ainda há falhas na capacitação técnica dos profissionais das Vigilâncias Epidemiológicas municipal e/ou estadual as quais impactam na qualidade dos dados e está em consonância com o descrito por Abath *et al.* (2014) reforçando quanto à necessidade de investimento na melhoria da qualidade dos dados, visto que estes são estratégicos para subsidiar a formulação de políticas públicas.

Quanto ao SIM, a principal limitação encontrada é o sub-registro. Tal fato é emblemático e descrito por Alves (2019) e Oliveira (2021) que salientam a execução de adolescentes, em grande parte pretos, pobres e favelados, que sequer foram velados por suas famílias, nem se tornaram estatísticas por “não merecerem” investigações policiais.

Outras dificuldades enfrentadas são os óbitos *garbage*, em que causas mal definidas ou erros de preenchimento na DO impactam diretamente quanto à codificação da causa básica do óbito. Os técnicos municipais e estaduais que codificam a DO também necessitam de capacitação permanente quanto à definição de maneira assertiva a codificação do óbito. A falta de especificação das doenças, no momento do preenchimento da DO, pode ocasionar erros de codificação e impactar na qualidade das informações de mortalidade. No caso de óbito por causa externa outra dificuldade citada pelo autor seria a ausência de informação sobre a circunstância e a real causa do óbito, levando o codificador a utilizar categorias menos específicas na DO (Martins *et al.*, 2015).

Conforme Muzy *et al.* (2021) a disponibilidade de infraestrutura assistencial e de condições para o diagnóstico de doenças e a capacitação profissional para preenchimento da DO refletem no preenchimento da causa básica do óbito. Tais desafios poderiam ser corrigidos com o retorno da DO para unidade emissora, e para o médico atestante, através de uma educação continuada e permanente, em parceria com o núcleo de vigilância hospitalar.

Vale ressaltar que em relação ao ano de 2020, segundo Fernandes *et al.* (2021), especialmente no contexto da pandemia de Covid-19, os serviços de saúde estavam sobrecarregados; e isso provocou o aumento da mortalidade por todas as causas. Outro item apontado pelo autor foi que a mortalidade específica por Covid-19 foi super registrada, houve uma maior tendência à notificação, e as demais causas poderiam ter sido subnotificadas. A atribuição excessiva de causa de morte é esperada em momentos críticos como a pandemia.

Além da sobrecarga, no auge da pandemia houve competição por leitos hospitalares e

atendimentos de emergência, além do adoecimento em massa dos profissionais de saúde, impactando no funcionamento das unidades (Jardim *et al.*, 2022). A capacidade reduzida de resolutividade da rede assistencial; a iniquidade de acesso aos serviços de saúde; e a ausência de políticas adequadas de prevenção foram decisivos para aumentar o risco de óbito por Covid-19 (Silva; Jardim; Lotufo, 2021)

Em especial no estado do Rio de Janeiro houve defasagem do relato de casos de óbito, por conta dos sub-registros; além disso houve também a falta de testagem em larga escala. Considerando que uma parte importante de casos da doença evoluiu de forma desfavorável, a testagem serviria como ferramenta prioritária (Silva; Jardim; Santos, 2020). Ainda para os autores, os casos e os óbitos notificados são diretamente dependentes da política de testagem adotada no país.

Além da vulnerabilidade que impactou a mortalidade por Covid-19 no estado do Rio de Janeiro, o estado apresentou uma desorganização no sistema de saúde, especialmente, quanto aos conflitos políticos, em conjunto com o governo federal e atitudes de negação, retardando uma resposta quanto ao planejamento ao enfrentamento da pandemia (Paravidino *et al.*, 2021; Silva; Jardim; Santos, 2020).

Esse estudo mostrou que os fatores associados ao óbito por causas externas, com notificações prévias de violência, nos idosos acima de 60 anos, a chance de ir a óbito foi maior (10,07), seguida da faixa etária 10-19 anos (8,23); de 20-29 anos (7,37); 30-39 anos (5,55) e 40-59 anos (3,48). Em relação ao sexo, o masculino tem 3,05 vezes a chance de morrer, quando comparado ao feminino, após controle por faixa-etária e raça/cor. Em relação à raça/cor esta não foi significativa.

Em relação à faixa etária, neste estudo a categoria de referência foram as crianças de 0 a 9 anos, pois foi a categoria mais prevalente (29,3%) dentre as notificações. Os autores Minayo e Franco (2018) explicitam que as crianças e adolescentes são impactadas por dois tipos de violência, uma que permeia a família, e a outra na comunidade que residem. A violência por vezes é vista como estratégia educacional da família, questão que historicamente a sociedade aceita e legítima, e está inserida nas formas de organização familiar e nos estilos de supervisão e cuidado.

Fatores facilitadores para a ocorrência da violência no grupo familiar podem estar relacionados à existência de conflitos não resolvidos por diálogos; mãe com baixo nível de escolaridade; família com baixo nível socioeconômico; presença de muitas crianças na mesma casa; sexo masculino; pertencimento a grupos étnicos e raciais minoritários. Entre os facilitadores da vitimização por pais e/ou cuidadores são a prematuridade, bem como

malformações congênitas e deficiências físicas e mentais. Algumas lesões são facilmente identificadas como lesões crânio, luxações, escoriações, feridas corto-contusas, queimaduras, e até ruptura de órgãos.

Muitas crianças são vítimas intrauterinas, podendo causar prematuridade, impactando no desenvolvimento físico-psicossocial e cognitivo e gerando repercussões negativas ao longo do crescimento. Em caso de violência sexual, os traumas contribuem para os comportamentos agressivos, transtornos depressivos e suicídio. Nos casos de negligência podem ser enquadrados as quedas, intoxicações, queimaduras, atropelamentos, entre outros (Minayo; Franco, 2018).

Ainda para Minayo e Franco (2018), em relação ao impacto causado pela comunidade, alguns estudos dizem que os que vivem em áreas com altos índices de conflitos podem tornar-se insensíveis e a violência passa a ser uma forma de interação social. Medo constante, agressividade, depressão, baixo desempenho escolar estão associados a um ambiente violento, sendo mais prevalente nas áreas de baixo poder aquisitivo em que os equipamentos de saúde, educação e segurança pública são ineficientes.

Com base nos autores supramencionados, crianças e jovens que sofrem processo de absorção e mudança de cultura, e pode culminar na porta de entrada para o crime, podendo juntar-se a gangues, tráfico de drogas, entre outros. Estudiosos afirmam que as crianças que experimentam ou testemunham abusos ou maus-tratos são mais propensas a reproduzir tal violência futuramente, podendo gerar uma aculturação, denominada de revitimização ou emaranhamento no ciclo da violência.

Ainda em relação à violência contra as crianças, Mascarenhas *et al.* (2010) descrevem que esta pode provocar lesões, danos e transtornos a seu desenvolvimento integral, que geralmente envolvem relação assimétrica e desigual de poder, manifestada pela força física, poder econômico ou político, pela dominação e opressão familiar. Os autores citam que no levantamento feito pela OMS, em 2008, cerca de 950 mil crianças menores de 18 anos morrem, e 10 milhões ficam incapacitadas. A maioria dos óbitos são considerados causas evitáveis e não intencionais, entre elas acidentes de trânsito, afogamentos, queimaduras, quedas. Por outro lado, as violências intencionais seriam as físicas e sexuais, correspondendo a mais de 200 mil óbitos por ano, entre jovens e crianças.

Neste estudo a faixa de 10-19 anos tem 8,2 vezes a chance de ir a óbito por causa externa, quando comparada à faixa etária de 0 a 9 anos; seguida da faixa 20-29 anos, cuja chance é de 7,4 vezes. Dados semelhantes foram descritos por Malta *et al.* (2021), com base na GBD, apresentaram que 1,55 milhão de jovens de 10 a 24 anos foram a óbito em 2017 e que as principais causas externas de morte nesta faixa etária seriam as agressões, suicídios e acidentes

de transporte. Segundo os autores, a violência sofrida por adolescentes está associada ao atraso escolar, antecedentes criminais, tráfico e uso de drogas, abuso de álcool, gravidez na adolescência, e violências e abusos praticados por familiares (Malta *et al.*, 2021).

Minayo e Franco (2018), por sua vez, relataram que mais da metade das vítimas que foram a óbito tinha menos de 30 anos; e 60% eram homens na faixa etária de 15 a 44 anos. No estudo de Siviero, Souza e Machado (2019, p. 12), quanto à faixa etária, os autores sugerem uma “*sobremortalidade masculina*” nos jovens, podendo estar associado às causas externas, especialmente aos homicídios e violências. Outro autor que estudou a *sobremortalidade masculina* foi Laurenti *et al.* (2015), em especial os coeficientes de mortalidade por causas externas, cuja razão do sexo masculino é de 5,5; sendo que o tipo de violência mais comum é o homicídio, seguido de acidentes de transportes.

Para Gawryszewski, Kahn e Mello Jorge (2005) cerca de 56% do total de homicídios é em adolescentes e adultos jovens do sexo masculino; e a idade que apresentou maior número de óbitos foi 19 anos. Para os autores as perdas desses jovens representam um ônus significativo para a população em geral, porque atinge indivíduos no início da vida produtiva, e poderá causar reflexos na expectativa de vida.

Moreira *et al.* (2003) apontaram no estudo feito a partir do SIM, entre 1996 e 2000, que as causas externas foram as principais causas de óbito entre os adolescentes residentes na favela de Manguinhos, e que a partir de 14 anos de idade, a principal causa foi o homicídio. Uma das explicações seria o envolvimento com tráfico de drogas.

Os dados analisados em nosso estudo apontam em relação aos idosos acima de 60 anos que estes apresentam 10 vezes a chance de ir a óbito, quando comparada à faixa etária de 0 a 9 anos. No estudo de Siviero, Souza e Machado (2019), nas faixas etárias mais avançadas há maior quantitativo de óbitos, além disso, devido ao aumento de expectativa na velhice, são os que mais contribuem para o hiato na esperança de vida ao nascer.

Vale destacar que as causas externas são as que mais contribuem para explicar a composição diferencial no padrão de causas de óbito nos jovens, entretanto, em relação aos idosos, a participação foi pequena, quando comparada às doenças do aparelho circulatório; neoplasias e doenças do aparelho respiratório. Para os autores é preciso realizar uma análise do padrão das causas de óbito, em conjunto com a faixa etária, ampliando o entendimento do quanto cada causa contribui para diminuir ou aumentar a participação nos grupos etários, na composição diferencial (Siviero; Souza; Machado, 2019). Tal fato contrapõe o encontrado neste estudo.

O estudo de Oliveira *et al.* (2015) mostrou diferença quanto aos idosos mais jovens e os

mais longevos. Doenças do aparelho circulatório são as causas mais prevalentes em ambos. As causas mal definidas correspondem a segunda causa nos mais velhos, e nos mais jovens é a quarta, e pode ser explicada por uma maior dificuldade de determinar a causa do óbito na população acima de 80 anos, em função da qualidade do registro. Esse quantitativo impacta na análise de distribuição da mortalidade segundo as causas básicas. Quanto às causas externas, os idosos mais jovens apresentam proporção de 3:1 em relação aos longevos, o que pode ter sido influenciado pelo predomínio nos idosos mais jovens serem do sexo masculino.

Para os autores, o conhecimento da situação de saúde da população pode ser revelado através das causas básicas dos óbitos. No Brasil, ao analisar a causa básica, revelou-se que o padrão de mortalidade tem sofrido mudanças, e se assemelham aos países desenvolvidos. Além da maior longevidade, a variabilidade no declínio das funções dentre os idosos ao longo do envelhecimento é heterogênea, dado que estes apresentam características biológicas, psicológicas, sociais, econômicas, entre outras, que os diferem de outros indivíduos, de outras faixas etárias, e também dentro da mesma faixa etária (Oliveira *et al.*, 2015).

Este autor ainda menciona os processos de transição epidemiológica, descrito por Omran (1971) e Alves (2017), cujas doenças infecciosas vêm sendo substituídas por doenças degenerativas; e de transição demográfica associada ao aumento de idosos na população, detendo a maior carga de mortalidade. No ano de 2011, os idosos representavam 62,5% dos óbitos totais.

Ressalta-se que a transição epidemiológica no Brasil se deu de forma diferente, quando comparado aos países desenvolvidos, devido às dimensões do país, às diferenças regionais e às iniquidades sociais (Alves, 2017). Houve uma modificação no padrão no processo saúde-doença, em que as doenças infecto-parasitárias diminuíram, enquanto as doenças crônico-degenerativas aumentaram a proporção de adoecimentos e óbitos (Omran, 1971; Alves, 2017).

A dinâmica do crescimento populacional, aliado às transformações na composição etária são compreendidas como Transição Demográfica. No Brasil, entre as décadas de 40-60, com a mortalidade em queda e fecundidade mantida elevada, a população crescia. A partir de 1970 o início do processo de envelhecimento foi marcado pela queda na fecundidade e natalidade; bem como a manutenção da queda de mortalidade, propiciando uma desaceleração no crescimento da população. Entre os anos de 1970 e 2010, enquanto a expectativa de vida ao nascer aumentou mais de vinte anos; por outro lado, a fecundidade caía 1/3. Além disso, a proporção de adultos aumentou, os idosos dobraram e os jovens diminuíram gradualmente. A queda de mortalidade deu-se de maneira mais rápida, sendo disparada pelas ações médico-sanitárias na saúde Pública do Estado, controlando as doenças infectoparasitárias, e, por conseguinte sua redução dentre as

causas de morte. Aliado a tal processo houve queda da mortalidade infantil; aumento na expectativa de vida em especial na proporção de idosos, propiciando ao aparecimento e desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas (Alves, 2017).

Outro fator associado neste estudo foi o sexo, tendo o masculino 3,05 vezes chance de morrer, quando comparado ao feminino, controlado por idade e raça/cor. Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos. A questão também é sublinhada por Malta *et al.* (2017) ao afirmarem que homens têm 9,2 vezes chance de morrer por homicídios, quando comparado às mulheres, explicado em parte por questões culturais, que incentivam a violência masculina. Em pesquisas globais, homens jovens têm taxas de mortalidade até quatro vezes maiores em relação às mulheres jovens, que pode ser explicado por “aspectos culturais que incentivam comportamentos e atitudes agressivas desde a infância, e envolvimento com drogas, armas, crime organizado e maior exposição a práticas de risco” (Malta *et al.*, 2021, p. 4082).

Os autores acima mencionados, descrevem também que apesar do Brasil apresentar redução das taxas de mortalidade na infância, por outro lado, tem mantido elevada entre adolescentes e adultos jovens, integrando um grupo de países com maior risco de morte por homicídio.

No estudo de Minayo e Franco (2018) os agressores, 95% eram homens, assim como 80% das vítimas. Em relação ao gênero, os homens integram o grupo dos que mais matam e morrem por homicídios, acidentes de trânsito e de trabalho e suicídio, em qualquer fase da vida. Estes também sofrem mais lesões e traumas, sendo mais hospitalizados, necessitando de reabilitação. Tal fato tem ligação “a uma cultura machista de exposição excessiva ao risco, belicosidade, uso desproporcional da agressividade e sede de poder” (Minayo; Franco, 2018, p. 10).

Para Mascarenhas *et al.* (2010) as grandes ocorrências de agressões no sexo masculino poderiam estar relacionadas a fatores culturais; comportamentais; introdução de objetos na forma de brinquedos, desde a infância, exemplificada pelas armas, que materializam o poder de submeter o outro a seus desejos e interesses, poder de vida ou morte.

Siviero, Souza e Machado (2019) mostraram que os homens apresentam maior mortalidade em todos os grupos etários e na maioria dos países e as mulheres apresentam maior expectativa de vida ao nascer e em outras idades, exceto em alguns países asiáticos em função das condições de vida e saúde. Esta diferença entre mortalidade e expectativa de vida pode estar relacionada a fatores biológicos e genéticos; e aos fatores sociais, comportamentais e ambientais. Os primeiros destacam os diferentes estilos de vida e cuidados com a saúde. Culturalmente os homens “parecem” ter um estilo de vida mais arriscado, como

comportamentos relacionados aos consumos de álcool e drogas; riscos ocupacionais; imprudência na direção, entre outros.

Sob outro ângulo, as mulheres apresentam maior disposição para cuidar da saúde e são mais atentas quanto aos sintomas das doenças (Siviero; Souza; Machado, 2019). Semelhante ao exposto por outros autores já mencionados, Minayo *et al.* (2022, p. 3711) mostraram que os “homens morrem mais por violência, e as mulheres sofreriam seus efeitos”.

De igual maneira, para Gawryszewski, Kahn e Mello Jorge (2005), os jovens de 18 a 29 anos são os mais vitimizados pela violência, tanto por mortes quanto por lesões. Dados coletados no SIM em 2000 mostraram que houve o predomínio do masculino em 93,2% dos casos de óbitos por causas externas-homicídios. Em relação ao coeficiente de mortalidade, por 100.000 habitantes, para a população geral é de 57,2; para homens 111,1 e para mulheres é de 7,4. Em relação ao sexo, a razão de risco para o sexo masculino é 15,4 vezes o risco para o feminino (Gawryszewski; Kahn; Mello Jorge, 2005).

Moreira *et al.* (2003) mencionou que a variável sexo mostrou-se importante, visto que no caso de adolescentes, os óbitos por causas externas são predominantes no sexo masculino: 5:1 (1997), 6:1 (1998) e 10:1 (2000). Estes autores ainda fazem referência ao estudo do Departamento de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES) feito em 1991 que traçou o perfil dos adolescentes mortos em favelas do Rio de Janeiro, mesmo perfil encontrado a nível nacional: “[...] pobre, sexo masculino, idade média 15-18 anos, residente nas periferias ou favelas urbanas, assassinado, geralmente por projétil de arma de fogo e denominado ‘marginal’, nos registros policiais” (Moreira *et al.*, 2003, p. 172).

Considera-se que esses óbitos poderiam ser evitáveis, desde que estes fatores sociais fossem encarados com prioridade pelo Estado, e que fossem objetos de um conjunto coerente e articulado de políticas públicas, envolvendo a sociedade civil organizada, outras instituições como Conselho Tutelar, Ministério Público, de modo a fortalecer atividades de “promoção, desenvolvimento local e melhoria das condições de vida da população” (MOREIRA *et al.*, 2003, p. 172).

Na mesma linha de pensamento, Macedo *et al.* (2001) refere-se que a violência pode ser prevenida, e que programas de prevenção seriam mais custo-eficientes, quando comparados a outras políticas como encarceramento. Afirmam ainda que se uma sociedade almeja ser menos violenta, é necessário conhecer seus fatores de risco, a fim de planejar de maneira mais precisa e científica os possíveis caminhos de atuação. Por mais que não consigamos atuar sobre a estrutura social geradora das desigualdades econômico-culturais, precisamos estimular projetos de prevenção de violência e promoção da saúde, mediante mobilização da comunidade e

intervenção do poder público, atuando na defesa da paz e na melhoria da qualidade de vida e da saúde da população.

Para Malta *et al.* (2017) além da política de promoção à vida, reforçam a criação de políticas sociais inclusivas, com uma abordagem interdisciplinar. No seu outro estudo, Malta *et al.* (2021) reforçam que mesmo passado os 30 anos de implantação do ECA, os adolescentes e adultos jovens não desfrutam da redução da mortalidade, pois para isso, faz-se necessário enfrentar as desigualdades sociais, econômicas, culturais e investir na educação, emprego e inclusão social.

Em relação à variável raça/cor esta não foi significativa, não sendo considerado fator associado. Vale ressaltar que, mesmo após o *linkage*, esta variável ainda é negligenciada quanto ao preenchimento da Ficha de Notificação, uma vez que 25% das notificações apresentam resposta ignorada. Uma possível explicação é que esse resultado tenha sido impactado pela completude dessa variável. Entretanto, os autores, em sua grande maioria, relatam que a raça/cor preta sofre mais violência.

De acordo com Malta *et al.* (2021), avaliando os dados do Fórum de Segurança Pública, mesmo apresentando casos subnotificados, homens de 10 a 24 anos de idade, negros, pobres, das periferias urbanas são executados por policiais, frutos do racismo estrutural. As causas externas predominavam em ambos os sexos, em especial a violência interpessoal; seguida lesões nos transportes; suicídios e acidentes não intencionais. A violência interpessoal foi a principal causa de óbito entre os homens jovens.

No Brasil, especificamente, no ano de 2016 cerca de 28 mil óbitos por homicídios ocorreram entre jovens, na faixa etária de 15 a 29 anos, e desses 77% eram negros. Considerando um Brasil com suas dimensões continentais, há diferenciais no risco de morte dos jovens pelas condições domiciliares e de vida nos locais em que residem, tendo maior risco de morrer os jovens pobres, residentes em áreas pouco desenvolvidas (Malta *et al.*, 2021). Para Macedo *et al.* (2001) o grupo mais atingido pelos homicídios são os adolescentes e adultos jovens, do sexo masculino, pobres e negros.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa teve como objetivo geral conhecer o perfil epidemiológico e de mortalidade e analisar os fatores associados ao óbito entre as notificações de violência no município de Nova Iguaçu-RJ no período de 2014 a 2020. Para tanto foram utilizados os bancos de dados do Sinan de violência e o SIM. Para analisar os fatores associados ao óbito por violência foi realizado um relacionamento entre as bases de dados citadas.

Quanto à descrição do perfil epidemiológico das notificações de violência em Nova Iguaçu no período de 2014 a 2020, a média de idade das vítimas foi 26 anos, a faixa etária mais prevalente 0 a 9 anos, do sexo masculino, da raça/cor parda. Esta variável foi classificada como ignorada em 25% dos casos. Situação conjugal e escolaridade também apresentaram alto número de ignorados, 68,4% e 72,4%, respectivamente.

Em relação às características do evento, as variáveis também foram negligenciadas quanto ao preenchimento, sendo classificadas como ignoradas em sua maioria: local de ocorrência; sexo do provável autor; ciclo de vida do provável autor e motivação. Ainda no Sinan foram analisadas a completitude e a consistência dos registros. Este estudo limitou-se a avaliar apenas duas dimensões da qualidade da informação, não sendo investigado outras como cobertura, confiabilidade e validade.

Diante dos achados faz-se necessário investir na formação dos profissionais de saúde, sensibilizá-los para o adequado preenchimento das fichas, e que estes sintam-se corresponsáveis, integrantes do processo; que sejam retroalimentados, tornando-se mais envolvidos e interessados nos resultados e nas informações das análises feitas, a partir das notificações por eles elaboradas.

No que concerne ao perfil de mortalidade em Nova Iguaçu, no mesmo período, os achados no SIM demonstraram que os óbitos por violência foram mais prevalentes na faixa etária de 20 a 29 anos, no sexo masculino, na raça/cor parda, nos solteiros, com escolaridade até o fundamental II, sendo as agressões as principais causas. É importante ressaltar que ao longo dos anos o SIM tem ampliado a captação de registros, porém ainda existem óbitos não captados, registros incompletos, e elevada proporção de códigos *garbage*. Novos estudos apontam para necessidade de correção e ajustes, assim como a busca ativa de óbitos.

Para analisar os fatores associados ao óbito por violência foi realizado um relacionamento entre as bases de dados citadas, utilizando a técnica de *linkage*, visando a compreensão das repercussões e impactos das formas de violência na vida das vítimas. Esse tipo de cruzamento deve ser feito periodicamente, também com outras bases de dados, para

outros tipos de doenças ou agravos. As análises de bancos de dados vinculados constituem-se como um instrumento válido e útil aos gestores em saúde, diante da interoperabilidade entre os sistemas de informação, não só na saúde, como em outras áreas.

Deixa-se como sugestão novos estudos para compreensão das possíveis causas associadas à baixa qualidade da base de dados do Sinan e identificação de ferramentas apropriadas (por exemplo o *linkage*) para sua correção, visando que essas informações geradas sejam utilizadas pelos gestores de maneira eficaz e eficiente.

Como recomendações, para a secretaria municipal de saúde de Nova Iguaçu além do investimento em capacitações permanentes e contínuas nos profissionais; sugere-se a implantação de revisão sistemática dos bancos de dados Sinan e SIM, visando a eliminação de incompletudes; inconsistências e duplicidades. Para o Ministério da Saúde, além da implantação de fichas numeradas no Sinan; este sistema poderia passar por uma avaliação prévia de consistência, semelhante ao que ocorre no Sistema de Informação Hospitalar.

É sabido que o setor saúde acolhe, atende e tem a ciência dos casos de violência. Através da vigilância em saúde, em conjunto com uma rede intersetorial de enfrentamento à violência, pode e deve desenvolver alertas para a rede de serviços de apoio, objetivando prevenir óbitos notificados previamente, quiçá evitáveis.

Outro ponto discutido neste estudo foi a Agenda 2030 cujo um dos objetivos é tornar a sociedade mais justa, pacífica, e inclusiva, livre do medo e da violência. Especialmente o 16º Objetivo Desenvolvimento Sustentável (ODS) visa a redução de todas as formas de violência, e as taxas de mortalidade relacionadas a esta; assim como inclui ações dirigidas à proteção das crianças e dos adolescentes contra o abuso, a exploração, e outras formas de violência. Em relação ao 3º ODS esperam a garantia e a promoção do bem-estar de todos, de todas as idades, reduzindo as mortes prematuras por acidentes e violências, atuando sobre os fatores associados. Mais do que atingir metas, precisamos monitorar os progressos, priorizando as políticas públicas com ampliação dos direitos das crianças e adolescentes; investindo em equidade; eliminando a pobreza extrema, a fome, o racismo; promovendo sociedades pacíficas e inclusivas; ofertando saúde e educação de qualidade, cujo compromisso é a redução da carga de morbimortalidade nestes, em especial por causas externas.

Entendendo que a violência é um fenômeno complexo, social, global e multifatorial, e que abrange multidisciplinas e articula-se intersetorialmente, encoraja-se o desenvolvimento de outras pesquisas relacionadas aos fatores associados à violência e mortalidade, neste e em outros territórios distintos, com a possibilidade de análise de um período mais longo; incluindo análises dos impactos psicossociais a fim de subsidiar a elaboração, implementação e/ou

(re)orientações das políticas públicas voltadas para o tema na saúde, educação, segurança pública, assistência social e outras pastas da esfera pública.

REFERÊNCIAS

- ABATH, M. B. *et al.* Avaliação da completude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 131-142, 2014. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000100013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 jun. 2022.
- ALBUQUERQUE, M. I. N. Vigilância epidemiológica: conceitos e institucionalização. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** [online], v. 2, n. 1, pp. 7-14, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292002000100002>. Acesso em: 10 jul. 2022.
- ALVES, D. S. B. **Mineração de dados na identificação de padrões de mortalidade no Brasil de 1979 a 2013**. 2017. Tese (Doutorado em Epidemiologia em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24108>. Acesso em: 3 abr. 2022.
- ALVES, J. C. S. **Dos barões ao extermínio**: uma história da violência na Baixada Fluminense. Rio de Janeiro: Consequência, 2019.
- AZEVEDO E SILVA, G.; JARDIM, B. C.; SANTOS, C. V. B. Excesso de mortalidade no Brasil em tempos de COVID-19. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Manguinhos, v. 25, n. 9, p. 3345- 3354, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.23642020>. Acesso em: 9 fev. 2023.
- BARUFALDI, L. A. *et al.* Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2929–2938, set. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12712017>. Acesso em: 17 nov. 2022.
- BELO, M. M. A. *et al.* Estimativa da subnotificação dos óbitos por sífilis congênita no Recife, Pernambuco, 2010-2016: relacionamento entre os sistemas de informações sobre mortalidade e de agravos de notificação. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 30, n. 3, e2020501, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742021000300009>. Acesso em: 6 ago. 2022.
- BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 26 jun. 2022.
- BRASIL. **Lei nº 10.778, de 26 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.778.htm. Acesso em: 26 jun. 2022.
- BRASIL. **Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011**. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/lei/L12461.htm. Acesso em: 26 jun. 2022.

BRASIL. **Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019.** Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/conselhos-e-comites/cgpnps/atos-normativos/lei-no-13-819-de-26-de-abril-de-2019.pdf/view>. Acesso em: 28 mar. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1.990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 26 jun. 2022.

BRASIL. **Lei nº 9.455, de 7 de abril de 1.997.** Define os crimes de tortura e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9455.htm. Acesso em: 04 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada** [recurso eletrônico]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A declaração de óbito:** documento necessário e importante / Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS. Dados do sistema de informação sobre mortalidade 2021** [Internet]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dicionário de Dados-Sinan NET- versão 5.0/Patch 5.1.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ficha de Notificação Individual do Sinan de Violência Interpessoal/Autoprovocada.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde.** 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.271 de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 04 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.968 de 25 de outubro de 2001.** Dispõe sobre a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de-maus-tratos contra-crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Unido de Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1968_25_10_2001_rep.html. Acesso em: 26 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 104 de 25 de janeiro de 2011.** Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento

Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 04 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.836 de 01 de dezembro de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html. Acesso em: 14 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.406 de 5 de novembro de 2004.** Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2406_05_11_2004_rep.html. Acesso em: 26 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.561 de 23 de setembro de 2020.** Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS (Revogado pela PRT GM/MS nº 13 de 13.01.2023). Disponível em: <https://brasilsus.com.br/index.php/pdf/portaria-no-2-561>. Acesso em: 28 março 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 4 de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html. Acesso em: 28 março 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 687 de 30 de março de 2006.** Aprova a Política de Promoção da Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687_30_03_2006.html. Acesso em: 04 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 737 de 16 de maio de 2001.** Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html. Acesso em: 04 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 78 de 18 de janeiro de 2021.** Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre as diretrizes para a comunicação externa dos casos de violência contra a mulher às autoridades policiais, no âmbito da Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/index.php/pdf/portaria-gm-ms-no-78/>. Acesso em: 28 março 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 936 de 19 de maio de 2004.** Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0936_19_05_2004.html. Acesso em: 04 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1356 de 23 de junho de 2006**. Institui incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svs/vigilancia-de-doencas-chronicas-nao-transmissiveis/vigilancia-dos-acidentes-e-violencias>. Acesso em: 04 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1 de 6 de fevereiro de 2015**. Institui a Comissão Interministerial de Enfrentamento à violência contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (Ciev-LGBT). Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/sdh/noticias/2015/fevereiro/publicada-portaria-que-cria-comissao-para-o-enfrentamento-a-violencia-contra-a-populacao-lgbt>. Acesso em: 1 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan: normas e rotinas**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 68 p.: il.– (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública. **Plano de Fortalecimento e Ampliação da Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – Renaveh** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Declaração de Óbito: manual de instruções para preenchimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Governo da Presidência da República e Ministério do Planejamento. **Relatório Nacional Voluntário sobre os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Roteiro para uso do Sinan NET**, Análise da qualidade da base de dados e Cálculo dos indicadores epidemiológicos e operacionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. **Sinan Relatórios**. Manual de Operação. Versão 4.8. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, pp. 77-93, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>. Acesso em: 5 mar. 2023.

CAMARGO JR., R.; COELI, M. *Reclink*: aplicativo para o relacionamento de bases de dados,

implementando o método *probabilistic record linkage*. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 2, pp. 439-447, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000200014>. Acesso: 2 fev. 2022

CERQUEIRA, D. *et al.* **Atlas da Violência 2021**. São Paulo: FBSP, 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/1375-atlasdaviolencia2021completo.pdf>. Acesso: 21 fev. 2022

COELI, M.; PINHEIRO, R. S.; CAMARGO JÚNIOR., R. Conquistas e desafios para o emprego das técnicas de *record linkage* na pesquisa e avaliação em saúde no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 4, pp. 795-802, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000400023>. Acesso: 4 mar. 2023.

FERNANDES, G. A. *et al.* Excesso de mortalidade por causas específicas de óbitos na cidade de São Paulo, Brasil, durante a pandemia de COVID-19. **PloS ONE**, v. 16, n. 6, e0252238, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252238>. Acesso em: 3 abr. 2022.

GARCIA, K. K. S.; MIRANDA, C. B.; SOUSA, F. N. F. Procedimentos para vinculação de dados da saúde: aplicações na vigilância em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. 3, pp. 1-13, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222022000300004>. Acesso: 9 jan. 2023.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; KAHN, T.; MELLO JORGE, M. H. P. DE .. Informações sobre homicídios e sua integração com o setor saúde e segurança pública. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 4, p. 627–633, ago. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000400017>. Acesso em: 16 maio 2023.

INSTITUTO ESTADUAL DO PATRIMÔNIO CULTURAL DO RIO DE JANEIRO - INEPAC. **O transporte ferroviário no Rio de Janeiro**. Disponível em: http://www.inepac.rj.gov.br/application/assets/img/site/3_o_transporte_ferrovionario_no_est_do_rio_de_janeiro.pdf. Acesso em: 23 jul. 2023.

JARDIM, B. C. *et al.* COVID-19 no Brasil em 2020: impacto nas mortes por câncer e doenças cardiovasculares. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 56, p. 22, 2022. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/197260>. Acesso em: 21 mar. 2022.

KRUG, E. G. *et al.* **Relatório Mundial sobre Violência em Saúde**. Geneva: World Health Organization, 2002.

MALTA, D. C. *et al.* Mortalidade de adolescentes e adultos jovens brasileiros entre 1990 e 2019: uma análise do estudo Carga Global de Doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4069–4086, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100010>. Acesso em: 21 jan. 2023.

LOPES, Aloísio Sabino *et al.* Melhoria da qualidade do registro da causa básica de morte por causas externas a partir do relacionamento de dados dos setores Saúde, Segurança Pública e imprensa, no estado do Rio de Janeiro, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, n. 4, e2018058, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000400011>. Acesso em: 18 nov. 2022.

MACEDO, A. C. *et al.* Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil. **Revista de Saúde Pública**. 2001; 35(6):515-22 515.

Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000600004>. Acesso em: 16 maio 2023.

MALTA, D. C. *et al.* Mortalidade de adolescentes e adultos jovens brasileiros entre 1990 e 2019: uma análise do estudo Carga Global de Doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4069-4086, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.12122021>. Acesso em: 16 maio 2023.

MALTA, D. C. *et al.* Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 142–156, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050012>. Acesso em: 16 maio 2023.

MARTINS, R. C.; BUCHALLA, C. M. Codificação e seleção automáticas das causas de morte: adaptação para o uso no Brasil do software Iris. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 4, p. 883–893, out. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500040016>. Acesso em 5 fev. 2023.

MASCARENHAS, M. D. M. *et al.* Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 347-357, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200013>. Acesso em: 16 maio 2023.

MINAYO, M. C.; S, FRANCO, S. **Violence and Health**. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190632366.013.32>. Acesso em: 2 dez. 2022.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

MINAYO, M. C. DE S.; PINTO, L. W.; SILVA, C. M. F. P. DA .. A violência nossa de cada dia, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 9, p. 3701–3714, set. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.07532022>. Acesso em: 16 maio 2023.

MOREIRA, M. R.; CRUZ NETO, O.; SUCENA, L. F. M.. Um olhar sobre condições de vida: mortalidade de crianças e adolescentes residentes em Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 161–173, jan. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100018>. Acesso em: 16 maio 2023.

MORETTIN, P. A.; BUSSAB, W. O. **Estatística básica**. São Paulo: Saraiva Educação SA, 2017.

MOURA, A. T. M. S. DE .; REICHENHEIM, M. E.. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1124–1133, jul. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400014>. Acesso em: 16 maio 2023.

MUZY, J.; CASTANHEIRA, D.; ROMERO, D.. Análise da qualidade da informação da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis e sua utilização nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 29, n. spe, p. 152–164, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202199010456>. Acesso em: 9 out. 2022.

OLIVEIRA, L. D. O espaço do coração é a compaixão: Lições da Baixada Fluminense para a violência política no Brasil atual. **Dilemas - Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, pp. 319-327, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.17648/dilemas.v14n1.35858>. Acesso em: 04 jun. 2022.

OLIVEIRA, Emília Carolle Azevedo de *et al.* Investigação sobre os casos e óbitos por esquistossomose na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil, 2005-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, n. 4, e2017190, dez. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000400010>. Acesso em: 14 nov. 2022.

OLIVEIRA, T. C.; MEDEIROS, W. R.; LIMA, K. C. Diferenciais de mortalidade por causas nas faixas etárias limítrofes de idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 85–94, jan. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14203>. Acesso em: 18 fev. 2023.

OMRAN, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, v. 49, n. 4, p. 509–538, 1971.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA – UNESCO. As origens da violência. Disponível em: <https://pt.unesco.org/courier/2020-1/origens-da-violencia>. Acesso em: 07 abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. Disponível em: <https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases>. Acesso em: 07 abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde. Tradução: Centro Colaborador da OMS para a Família Classificações Internacionais em Português. 10. ed. rev., 5. reimpr. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2014.

PARAVIDINO, V. B. *et al.* Alta discrepância na mortalidade de pacientes hospitalizados por COVID-19 nos dois estados economicamente mais importantes do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.2 4, e210056, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210056>. Acesso em: 04 jun. 2022.

PEDROSO, M. R. DE O.; LEITE, F. M. C. Violência recorrente contra crianças: análise dos casos notificados entre 2011 e 2018 no Estado do Espírito Santo . **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 3, p. e2020809, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000300003>. Acesso em: 12 jan. 2023.

PIEVE, S. M. N. Baixada Fluminense: notas preliminares sobre sentidos e identidades de uma região. **Anais XVIII ENANPUR**, Natal, 2019. Disponível em: <http://anpur.org.br/xviiienganpur/anaisadmin/capapdf.php?reqid=1219>. ISSN: 1984-878. Acesso em: 04 jun. 2022.

PINTO, I. V. *et al.* Fatores associados ao óbito de mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 975–985, mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.00132021>. Acesso em: 9 ago. 2022.

R FOUNDATION. **R Development Core Team R**: A language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing, 2009. Disponível em: <http://www.R-project.org>. Acesso em: 30 mar. 2022.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. **Informação SUS - Mapa das Regiões e Total de Habitantes**. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/informacao-sus/material-de-apoio>. Acesso em: 25 maio 2022.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. **Dados do sistema de informação sobre mortalidade** [Internet]. Rio de Janeiro: SESRJ, 2022. Disponível em: <http://sistemas.saude.rj.gov.br/scripts/tabcgi.exe?sim/obito.def>. Acesso em: 05 abr. 2022.

ROCHA, M. S. *et al.* Uso de *linkage* entre diferentes bases de dados para qualificação de variáveis do Sinan-TB e a partir de regras de *scripting*. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 12, p. e00074318, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00074318>. Acesso em: 28 abr. 2022.

ROMERO, D. E.; CUNHA, C. B. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 23, n. 3, pp. 701-714, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300028>. Acesso: 2 jun. 2022.

SANTOS, M. L. *et al.* Fatores associados à subnotificação de tuberculose com base no Sinan Aids e Sinan Tuberculose. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180019, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180019>. Acesso em: 9 jan. 2023.

SILVA, G. A.; JARDIM, B. C.; LOTUFO, P. A. Mortalidade por COVID-19 padronizada por idade nas capitais das diferentes regiões do Brasil. Rio de Janeiro, **Cadernos Saúde Pública**, v.37, n. 6, e00039221, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00039221>. Acesso em: 28 out. 2022.

SILVA, G.A.; JARDIM, B. C; SANTOS, C. V. B. Excesso de mortalidade no Brasil em tempos de COVID-19. Manguinhos, **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Manguinhos, v. 25, n. 9, p. 3345- 3354, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.23642020>. Acesso em: 18 nov. 2022.

SIVIERO, P. C. L.; SOUZA, L. G.; MACHADO, C. J. Diferenciais de mortalidade por sexo no município de São Paulo em 2005 e 2016: contribuição dos grupos etários e das principais causas de óbito. **Revista Brasileira de Estudos de População**, [S. l.], v. 36, p. 1–23, 2019. Disponível em: <https://www.rebep.org.br/revista/article/view/1450>. Acesso em: 1 nov. 2022.

SOUZA, V. M. M. *et al.* Avaliação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica da Leptospirose – Brasil, 2007. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 95-105, 2010.

UNITED NATIONS. **Transforming our world**: The 2030 Agenda for Sustainable Development. Washington, DC: UN, 2015. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>. Acesso em: 19 jan. 2023.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME – UNODC. Global Study on Homicide. Homicide: extent, patterns, trends and criminal justice response. Vienna: UNODC, 2019. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/gsh/Booklet2.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2022.

VIEIRA, S. Bioestatística: tópicos avançados. *In*: VIEIRA, S. **Bioestatística**: tópicos avançados. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

APÊNDICE A – CÓDIGOS DA CID-10 CORRESPONDENTES AOS GRUPOS DE CAUSAS APRESENTADOS NA TABELA 10

CID	Grupos	Descrição
V01-V99	Acidentes de transporte	Pedestre traumatizado em um acidente de transporte
		Ciclista traumatizado em um acidente de transporte
		Motociclista traumatizado em um acidente de transporte
		Ocupante de triciclo motorizado traumatizado em um acidente de transporte
		Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte
		Ocupante de uma caminhonete traumatizado em um acidente de transporte
		Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte
		Ocupante de ônibus traumatizado em um acidente de transporte
		Outros acidentes de transporte terrestre
		Acidentes de transporte por água
		Acidentes de transporte aéreo e espacial
		Outros acidentes de transportes e os não especificados
		W00-X59
Exposição a forças mecânicas inanimadas		
Exposição a forças mecânicas animadas		
Afogamento e submersão acidentais		
Outros riscos acidentais à respiração		
Exposição a corrente elétrica, a radiação e a temperatura e pressão extremas do ar ambiental		
Exposição ao fumo, ao fogo e às chamas		
Contato com uma fonte de calor e com substâncias quentes		
Contato com animais e plantas venenosos		
Exposição às forças da natureza		
Envenenamento [intoxicação]acidental por exposição a substâncias nocivas		
Excesso de esforços, viagens e privações		
Exposição acidental a outros fatores e aos não especificados		
X60-X84	Lesões autoprovocadas voluntariamente	Lesões ou envenenamento auto-infligidos intencionalmente
		Suicídios (tentativa)
X85-Y09	Agressões	Homicídios Lesões infligidas por outra pessoa, empregando qualquer meio, com a intenção de lesar ou de matar

Y10-Y34	Eventos intenção indeterminada	Eventos ou fatos sobre os quais a informação disponível não é suficiente para permitir que as autoridades médicas ou legais possam fazer a distinção entre tratar-se de um acidente, de uma lesão auto-infligida ou de uma agressão. Inclui as lesões auto-infligidas, mas não os envenenamentos (intoxicações), quando não estiverem especificados se acidentais ou com a intenção de causar dano (X40-X49).
Y35	Intervenção Legal	Traumatismos infligidos pela polícia ou outros agentes da lei, incluindo militares em serviço, durante a prisão ou tentativa de prisão de transgressores da lei, ao reprimir tumultos, ao manter a ordem, e outra ação legal.
Y36	Operações de guerra	Lesões, a pessoal militar ou a população civil, causadas por operações de guerra ou por rebeliões civis.
Y40-Y84	Complicações de assistência médica e cirúrgica	Acidentes provocados em pacientes durante a prestação de cuidados médicos e cirúrgicos Complicações devidas a dispositivo ou aparelho usados em tratamento médico Efeito adverso de droga correta administrada de modo apropriado em dose terapêutica ou profilática Reação anormal em paciente ou complicação tardia causada por procedimentos médicos e cirúrgicos, sem menção de acidente ao tempo do procedimento
Y85-Y89	Sequelas de causas externas de morbidade e mortalidade	Usados para indicar a causa da morte, de deficiência ou de uma incapacidade devidas a sequelas ou "efeitos tardios" resultantes de circunstâncias que, por sua vez, são classificadas em outra parte. As sequelas incluem afecções informadas como tais ou que ocorrem como "efeitos tardios" um ano ou mais após o evento inicial.
Y90-Y98	Fatores suplementares relacionados com as causas de morbidade e mortalidade classificadas em outra parte	Podem ser usadas, se necessário, para fornecer informação suplementar sobre as causas de morbidade e de mortalidade. Não dever usadas quando apenas uma afecção é codificada em morbidade ou em mortalidade.

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados da CID-10 (2023).