

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO LOCAL**

LUCAS JOSÉ FIÓRIO REBOUÇAS

**MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS DA REGIÃO SUL CAPIXABA:
DISCUTINDO A REALIDADE DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA COMO
CAMINHO PARA (RE)ORIENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

**VITÓRIA
2021**

LUCAS JOSÉ FIÓRIO REBOUÇAS

**MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS DA REGIÃO SUL CAPIXABA:
DISCUTINDO A REALIDADE DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA COMO
CAMINHO PARA (RE)ORIENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia – EMESCAM, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luciana Carrupt Machado Sogame
Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Roberta Ribeiro Batista Barbosa

Área de concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

VITÓRIA

2021

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

R292m Rebouças, Lucas José Fiório
Mortalidade por causas externas da região sul capixaba :
discutindo a realidade de um hospital de referência como caminho para
re(orientação) de políticas públicas / Lucas José Fiório Rebouças. -
2021.
82 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Carrupt Machado Sogame

Co-orientadora: Profa. Dra. Roberta Ribeiro Batista Barbosa

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local
– Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória,
EMESCAM, 2021.

1. Mortalidade – Cachoeiro de Itapemirim (ES). 2. Serviço hospitalar
– Cachoeiro de Itapemirim (ES). 3. Causas externas - mortalidade. 4.
Políticas de saúde – Cachoeiro de Itapemirim (ES). I. Sogame, Luciana
Carrupt Machado. II. Barbosa, Roberta Ribeiro Batista. III. Escola
Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória,
EMESCAM. IV. Título.

CDD 304.640981

LUCAS JOSÉ FIÓRIO REBOUÇAS

**MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS DA REGIÃO SUL CAPIXABA:
DISCUTINDO A REALIDADE DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA COMO
CAMINHO PARA (RE)ORIENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia – Emescam como requisito para a obtenção do Grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 27 de setembro de 2021

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Luciana Carrupt Machado Sogame

(Orientadora - Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia)

Prof.^a Dr.^a Roberta Ribeiro Batista Barbosa

(Coorientadora - Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia)

Prof.^a Dr.^a Italla Maria Pinheiro Bezerra

(Membro interno - Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia)

Prof.^a Dr. Tarcísio Fulgêncio Alves da Silva

(Membro externo – Universidade de Pernambuco - UPE)

Dedico esta pesquisa à minha esposa Lorena, meus filhos Miguel e Mariana. Aos meus pais, Uelilda Maria e Luiz Carlos, e meus irmãos, Suellen e Wagner.

AGRADECIMENTOS

Como cheguei até aqui? Essa é uma pergunta a qual me faz recordar de muitos desafios e lutas, que sem dúvida nenhuma eu venci com a ajuda de Deus, pois Ele me fez compreender minha vocação e meu chamado. Ao Senhor, toda minha gratidão!

Agradeço a minha esposa Lorena, que esteve ao meu lado em todos os momentos de angústias durante meus estudos, me dando força e suporte para aguentar firme. Mais do que isso, foi sensível as minhas necessidades e assim, renunciou muitas coisas para que esta conquista fosse possível.

Agradeço aos meu filhos Miguel e Mariana que, mesmo tão pequenos, foram gigantes ao entender e respeitar o momento do papai, ao entender que não podíamos brincar e que muitas vezes precisamos ficar longe uns dos outros.

Agradeço aos meus pais, Uelilda e Luiz que foram autores de grandes ensinamentos e virtudes em minha vida. Toda educação, honestidade e garra, foram vocês meus maiores exemplos. Agradeço também, aos meu irmãos Wagner e Suellen, pelo apoio e desabafos que muitas vezes foram necessários. Como também, aos meus sobrinhos e cunhados.

Agradeço a minha sogra Tânia e meu sogro Virgínio, pelo suporte em cuidar dos meus filhos nos momentos de estudos e trabalho, como também a Rosana e Geovana pelo carinho e apoio.

Agradeço aos meus amigos do mestrado, Letícia, Cristiane, Juliana, Gilbania, Elizabeth e Glauco, que durante este tempo, compartilhamos nossos anseios, aprendizados e conquistas.

Agradeço a minha orientadora Prof.^a Dr.^a Luciana Carrupt Machado Sogame, e minha co-orientadora Prof.^a Dr.^a Roberta Ribeiro Batista Barbosa, pelo conhecimento e por me proporcionarem tamanho crescimento intelectual.

E a todos os meus amigos e colaboradores da Home Fisio que acompanharam de perto minha trajetória.

Se você não tem sequer a coragem de enxergar a realidade, como pode ter a pretensão de mudá-la?

Olavo de Carvalho

RESUMO

O surgimento das causas externas no Brasil, ocasionado por fatores inerentes a relações sociais, impulsionou o sistema de saúde a criar estratégias e ações direcionadas para a resolução do trágico cenário vivenciado pelos agravos à saúde e mortalidade das vítimas. Diante disso, a pesquisa objetivou verificar o perfil das vítimas admitidas por causas externas e a incidência de óbito em um hospital da região sul capixaba. Desenvolveu-se um estudo exploratório descritivo e quantitativo, constituída por pesquisa de dados do DATASUS referentes a mortalidade por causas externas no estado do ES e na região sul capixaba, e estudo descritivo com coleta retrospectiva de dados de 135 vítimas admitidas na Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim (SCMCI). Coletou-se as seguintes informações: sexo, idade, município de origem, causas de admissão, tipo de acidente, tipos de violência, tipos de transporte pré-hospitalar, assistência médica pré-hospitalar, sinais de presença de embriaguez, sinais de uso de entorpecentes ou drogas ilícitas e o desfecho ao óbito. No que tange ao levantamento do DATASUS, entre os anos de 2001 a 2019, verificou-se que, no ES, a agressão aparece em primeiro lugar na mortalidade por causas externas, seguido de homicídio por arma de fogo. Enquanto na região sul capixaba foi observado os acidentes de transporte terrestre, e no hospital as quedas como as principais causas de óbito. Quanto ao perfil de admissão na SCMCI, verificou-se que a maioria eram adultos (64%), do sexo masculino (73%), oriundos do Polo Cachoeiro (71%), sendo ocorrências de predomínio acidental (90%), sem sinais de embriaguez (80%) e sinais de uso de entorpecentes ou drogas ilícitas (90%). Dentre os tipos de acidentes, 49% foram por quedas, seguidas pelos acidentes de transporte terrestre (40%). Dentre os tipos de violência, as por arma branca e por projétil de arma de fogo representaram 36%, para ambas, seguidas pelas agressões (29%). Do total da amostra, 12 vítimas evoluíram a óbito (9%), com predomínio dos idosos, do sexo masculino, sendo a queda da própria altura a ocorrência mais evidenciada entre as causas de óbito. Sendo assim, podemos relacionar à fragilidade ocasionada pelo envelhecimento como fator de desenvolvimento de comorbidades, e consequente ocorrência de quedas. Portanto, é necessário obter um olhar diferenciado para a região e o contexto apresentado, partindo da análise de políticas públicas locais.

Palavras-chave: Causas Externas, Mortalidade, Serviço Hospitalar, Política de Saúde.

ABSTRACT

The emergence of external causes in Brazil, caused by factors inherent to social relationships, impelled the health system to create strategies and actions aimed at solving the tragic scenario experienced by harm to the health and mortality of victims. Therefore, the research aimed to verify the profile of victims admitted for external causes and the incidence of death in a hospital in the southern region of Espírito Santo. A descriptive and quantitative exploratory study was developed, consisting of a survey of data from DATASUS referring to mortality from external causes in the state of ES and in the southern region of Espírito Santo, and a descriptive study with retrospective collection of data from 135 victims admitted to the Santa Casa de Misericórdia de Itapemirim Waterfall (SCMCI). The following information was collected: sex, age, city of origin, causes of admission, type of accident, types of violence, types of pre-hospital transport, pre-hospital medical care, signs of the presence of drunkenness, signs of use narcotics or illicit drugs and the outcome of death. Regarding the DATASUS survey between the years 2001 to 2019, it was found that in ES aggression appears first in mortality from external causes, followed by homicide by firearm. While in the southern region of Espírito Santo, land transport accidents were observed, and in the hospital, falls were the main causes of death. As for the profile of admission to the SCMCI, it was found that most were adults (64%), male (73%), from Polo Cachoeiro (71%), with occurrences of accidental predominance (90%), with no signs of drunkenness (80%) and signs of use of narcotics or illicit drugs (90%). Among the types of accidents, 49% were due to falls, followed by land transport accidents (40%). Among the types of violence, those by melee weapons and by firearm projectiles accounted for 36%, for both, followed by aggression (29%). Of the total sample, 12 victims died (9%), with a predominance of elderly males, with falls from their own height being the most common occurrence among the causes of death. Thus, we can relate to the frailty caused by aging, as a factor in the development of comorbidities, and the consequent occurrence of falls. Therefore, it is necessary to obtain a different look at the region and the context presented, starting from the analysis of local public policies.

Keywords: External Causes, Mortality, Hospital Service, Health Policy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil das vítimas de causas externas admitidos na Santa Casa de Misericórdia Cachoeiro (2018).....	53
Tabela 2 - Tipos de acidentes e violências admitidos na Santa Casa de Misericórdia Cachoeiro (2018)	56
Tabela 3 - Tipos de transporte pré-hospitalar e assistência médica pré-hospitalar as vítimas de causas externas admitidas na Santa Casa de Misericórdia Cachoeiro (2018)	58
Tabela 4 - Perfil das vítimas de causas externas, com evolução para óbito, admitidos na Santa Casa de Misericórdia Cachoeiro (2018)	59
Tabela 5 - Tipos de causas da externas das vítimas que foram a óbito admitidas na Santa Casa de Misericórdia Cachoeiro (2018).....	60
Tabela 6 - Tipos de transporte pré-hospitalar e assistência médica pré-hospitalar das vítimas de causas externas com evolução para óbito, admitidas na Santa Casa de Misericórdia Cachoeiro (2018)	61

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição percentual de atendimentos por acidentes e violências em serviços sentinelas de urgência e emergência, segundo tipo de ocorrência, em 23 capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal (2017).....	34
Gráfico 2 - Distribuição percentual de atendimentos por acidentes e violências, entre homens, em serviços sentinelas de urgência e emergência, segundo tipo de ocorrência, em 23 capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal (2017)	34
Gráfico 3 - Distribuição percentual de atendimentos por acidentes e violências, entre mulheres, em serviços sentinelas de urgência e emergência, segundo tipo de ocorrência, em 23 capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal (2017)	35
Gráfico 4 – Percentual de óbitos ocorridos no Estado do Espírito Santo - 1998 a 2018.....	44
Gráfico 5 - Distribuição de óbitos por tipos de causas externas no Espírito Santo entre os anos de 2001 a 2019.....	45
Gráfico 6 - Distribuição de óbitos por tipos de causas externas no Sul do Espírito Santo entre os anos de 2001 a 2019.....	50

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

AIS	Ações integradas em Saúde
APH	Atendimento pré-hospitalar
ATT	Acidente de transporte terrestre
CF-88	Constituição Federal de 1988
CGDANT	Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde
DATASUS	Departamento de informática do sistema único de saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PDR	Plano diretor de regionalização
PNRMAV	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidentes e violências
PNPS	Programa Nacional de Promoção da Saúde
PRF	Polícia Rodoviária Federal
SAMU	Serviço de atendimento móvel de urgência
SESA	Secretaria estadual de saúde do Espírito Santo
SINAN	Sistema de informação de agravos de notificação
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do sistema único de saúde
SUS	Sistema único de saúde
UBS	Unidade básica de saúde
UNICAMP	Universidade estadual de Campinas
UPA	Unidade de pronto atendimento
USP	Universidade de São Paulo
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
VIVA/SINAN	Vigilância de Violência Interpessoal e Autoprovocada do Sistema de Informações de Agravos de Notificação

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 MATERIAL E MÉTODO.....	20
2.1 LOCAL DO ESTUDO DA PESQUISA DE CAMPO.....	21
2.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA DE CAMPO.....	22
2.2.1 Critérios de inclusão e exclusão.....	22
2.3 MÉTODO/PROTOCOLO DA PESQUISA DE CAMPO.....	22
2.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	23
2.5 ANÁLISE DE DADOS.....	23
3 O ADVENTO DAS CAUSAS EXTERNAS E A IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE DOS ACIDENTES E VIOLÊNCIAS.....	25
3.1 A ECLOSÃO DOS ACIDENTES E VIOLÊNCIAS NO CENÁRIO BRASILEIRO.....	25
3.2 A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PERANTE A REALIDADE DAS CAUSAS EXTERNAS E A IMPLANTAÇÃO DA PNRMAV.....	35
4 MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO: DISCUTINDO O PERFIL DE ADMISSÃO E A INCIDÊNCIA DE ÓBITOS DAS VÍTIMAS ADMITIDAS EM UM HOSPITAL DO SUL CAPIXABA.....	44
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
REFERÊNCIAS.....	70
APÊNDICES.....	77
APÊNDICE A - FORMULÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO PERFIL, TIPO DE TRANSPORTE, ASSISTÊNCIA PRÉ HOSPITALAR DAS VÍTIMAS DE ACIDENTES OU VIOLÊNCIA E DESFECHO A ÓBITOS.....	77
ANEXOS.....	78
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	78

1 INTRODUÇÃO

O cenário da saúde pública brasileira é caracterizado por distintas realidades, sendo que, parte deste contexto possui a participação intrínseca das causas externas (SOARES *et al.*, 2020). Uma polêmica que é discutida desde 1996, quando a *World Health Organization* (WHO) já considerava as causas externas como prioridade na saúde (WHO, 2019). Uma realidade já expressiva entre os anos de 1980 e 1999, ao ocuparem o segundo lugar dentre as principais causas de morte no Brasil (VIEIRA, 2019).

Em 2002, no Brasil, os traumas decorrentes de causas externas eram o principal motivo de morte e incapacidades em pessoas de 5 a 29 anos (LENTSCK; SATO; MATHIAS, 2019). Com o passar dos anos, os números continuaram em ascendência, sendo possível verificar que, em 2005 havia 127.633 óbitos por causas externas, seguindo com 131.032 em 2007, 138.697 em 2009 e, em 2011, um total de 145.842 (BRASIL, 2021c). Este aumento persiste, chegando em 2014 com um total de 156,942 e em 2017, 158,657 (BRASIL, 2021c). Segundo Soares, Bermudez e Merchan-Hamann (2021), em 2017, os óbitos pelas causas externas no Brasil representavam 12,3%, em comparação com outros países das Américas (9,5%), Ásia (8,5%), África (7,5%) e Europa (5,6%).

Segundo De Godoy *et al.* (2021), em 2018, as causas externas foram responsáveis pela morte de mais de 150 mil pessoas, correspondendo à terceira principal causa de morte no país e terceira causa de internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, em 2019, nota-se uma queda de aproximadamente 10% do total de óbitos por causas externas comparado ao quantitativo de 2018 (BRASIL, 2021c).

As causas externas são caracterizadas por traumas, lesões ou outros agravos à saúde, de natureza intencional ou não, como consequência imediata de violência ou acidente (SOARES *et al.*, 2020). Dessa forma, compõem esta categoria, as lesões provocadas por eventos no transporte, homicídios, agressões, afogamentos, quedas, envenenamentos, queimaduras, suicídios, lesões por deslizamento ou enchente, como também, ocorrências provocadas por circunstâncias ambientais (SOARES *et al.*, 2020).

A partir desta ótica, entende-se que, tanto os acidentes quanto a violência são caracterizados por causas externas e, nessa conformidade, a violência é compreendida como uma questão

social que ocorre nas inter-relações humanas em pessoas, famílias, grupos, classes e nações, com o intuito de prejudicar, ferir, mutilar ou matar o outro, no aspecto físico, psicológico, ou até mesmo, espiritual (MINAYO *et al.*, 2018). Assim como, o Acidente refere-se ao evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer (VIEIRA, 2019).

Os motivos os quais ocasionam as causas externas são vários, e ocorrem de forma heterogênea na população e com características distintas, seja por gênero, faixa etária, condição socioeconômica, escolaridade, entre outras (VIEIRA, 2019).

Para De Souza *et al.* (2018), devido aos agravos à saúde pelas ocorrências das causas externas, a qualidade de vida das vítimas e de seus familiares diminui, gerando ônus direto ao setor econômico e ao setor de saúde. Nota-se que as vítimas de causas externas estão expostas a graves consequências psicológicas, sociais e funcionais, visto que, as lesões decorrentes dessas causas influenciam diretamente na qualidade de vida, no convívio social, como também, em aspectos funcionais na execução das atividades de vida diária. Identificar os principais tipos de causas externas, em sobretudo, os fatores que geram riscos à ocorrência dos acidentes e violências, podem auxiliar na criação de estratégias que previnam a existência dos eventos (VIEIRA, 2019).

Vale ressaltar que, grande parte das vítimas de causas externas necessitam da assistência do serviço de saúde, seja por meio do atendimento pré-hospitalar ou, dependendo da gravidade, da assistência hospitalar (MASCARENHAS; BARROS, 2015). Este cenário exige das autoridades sanitárias um grande desafio e responsabilidade quanto a logística assistencial prestada a este público (MASCARENHAS; BARROS, 2015).

Segundo Luchtemberg e Pires (2016), a organização assistencial dos serviços de saúde para atender a esta demanda ocorre através da atenção pré-hospitalar ou em prontos-socorros hospitalares. Esses serviços compõem o que hoje é chamado de rede de atenção às urgências e emergências, organizada e regulamentada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Portaria nº 1.600, de 2011 (LUCHTEMBERG; PIRES, 2016).

Dessa forma, além do atendimento pré-hospitalar, é fundamental compreender a dimensão do atendimento hospitalar, que, de acordo com Nery *et al.* (2018), é aquele que compõe o contexto assistencial mais utilizado pela maioria das vítimas de causas externas, em razão às consequências à saúde física. Utilizando informações contidas no DATASUS, os autores constataram que, entre os anos de 2008 a 2013, no Brasil, as causas externas foram responsáveis por mais de 5 milhões de internações hospitalares, com destaque para as causas de origem acidental, que representaram mais de 70% das internações (NERY *et al.*, 2018).

Batista *et al.* (2021), contribuindo com a afirmação de Nery *et al.* (2018), porém levando em consideração o ano de 2019, através da análise dos dados disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), verificaram um total de 1.240.252 internações por causas externas nos hospitais vinculados ao SUS. Deste total, 35,5% representaram as quedas, 15,5% os acidentes de transportes terrestres, 3,8% as agressões e 0,8% as lesões autoprovocadas, que, somadas, representam um quantitativo de 686.887 (54,3%) de internações (BATISTA *et al.*, 2021).

Diante desta circunstância, a assistência hospitalar tem por finalidade proporcionar um suporte básico de vida às vítimas de acidentes e violência, como também, oferecer tratamentos clínicos, cirúrgicos e/ou intensivos, dependendo da gravidade e da necessidade de cada vítima, com condutas terapêuticas corretivas e/ou preventivas às complicações decorrentes de todo o processo (NERY *et al.*, 2018).

Assim, Silva *et al.* (2017) e Minayo *et al.* (2018) afirmam que as consequências à saúde das vítimas de causas externas é uma prioridade do sistema de saúde pública, sendo necessário a elaboração de estratégias e ações implementadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, em 16 de maio de 2001, surge um plano de ação como um instrumento orientador aos setores que compõe o sistema de saúde pública no Brasil, diante das ocorrências acidentais e violentas que matam ou geram agravos à saúde, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) (AGRANONIK; FURSTENAU; BANDEIRA, 2017).

A PNRMAV enfatiza a importância e o papel do setor saúde no enfrentamento das causas externas no país, por meio de ações articuladas e sistematizadas, em conformidade com diretrizes e responsabilidades (AGRANONIK; FURSTENAU; BANDEIRA, 2017). Desde a

aprovação da PNRMAV, o Ministério da Saúde (MS) vem desenvolvendo ações relacionadas as causas externas, devido ao comportamento ascendente da proporção de óbitos (AGRANONIK; FURSTENAU; BANDEIRA, 2017). Essas ações devem ser intersetoriais e coordenadas, e um vetor fundamental para a execução de seu propósito é a atenção às urgências e emergências (SOGAME; MACHADO; DUARTE NETO, 2020a).

Assim, é de suma importância realizar o monitoramento das causas externas para evidenciar as reais necessidades de ações estratégicas e de planejamento de políticas públicas (SILVA *et al.*, 2017). Ao explorar os dados disponíveis no DATASUS, referentes ao estado do Espírito Santo, nos anos de 2006, 2011 e 2016, comparando o total geral de mortalidade por todas as causas com a mortalidade por causas externas, constata-se que, em 2006, o total de óbitos por causas externas foram de 3.614 (18,37%), em 2011 de 3.798 (17,74%) e em 2016 de 3.523 (15,44%) (ESPÍRITO SANTO, 2017). Sendo assim, analisando o percentual deste período, é possível afirmar que a mortalidade por causas externas apresentou uma tendência de declínio (ESPÍRITO SANTO, 2017).

A região Sul do estado do Espírito Santo, neste mesmo recorte de tempo, apresentou uma mortalidade por causas externas em 2006 de 78,52/100 mil habitantes, uma alta em 2011 de 85,18/100 mil habitantes e, em 2016 um pequeno aumento com 87,39/100 mil habitantes (ESPÍRITO SANTO, 2017). Porém, ao comparar os dados acima com a mortalidade geral por todas as causas, os valores representam uma taxa de 13,11%, 13,49% e 13,37%, respectivamente, ou seja, uma mínima variação neste intervalo de tempo (ESPÍRITO SANTO, 2017).

Em 2017, ao confrontar o total de mortalidade por causas externas no estado do Espírito Santo com o total da região sudeste através das informações contidas no DATASUS, verifica-se que o total de óbitos por causas externas foi de 3.782, representando 6,88% em relação ao total de 54.934 da região sudeste, seguindo, em 2018, de 3.409 (6,44%) e de 52.881, e em 2019 de 3.302 (6,33%) e de 52.133 (BRASIL, 2021d).

Em 2018, segundo dados do estado do Espírito Santo (2019), as causas externas ocupavam o terceiro lugar entre as cinco principais causas de mortalidade no estado do Espírito Santo, sendo que, na região sul, a taxa de mortalidade por 100 mil habitantes foi de 83,57%, destacando os

acidentes de transporte (27,89%) como os de maior ocorrência, seguido por homicídios (20,96%) e quedas (18,83%).

Nota-se que, mesmo após a implantação da PNRMAV, as causas externas continuam contribuindo para a mortalidade dos indivíduos, bem como, exigindo do sistema de saúde estratégias de assistência de saúde às vítimas.

Mediante a condição exposta acima, referente ao estado do Espírito Santo, o interesse na presente pesquisa fundamenta-se por responder as seguintes perguntas: Qual o perfil das vítimas admitidas por causas externas e a incidência de óbito em um hospital da região sul capixaba? Como o conhecimento desse perfil e da mortalidade do referido hospital e da região sul capixaba podem contribuir para a (re)orientação das políticas públicas.

O Sul do estado do Espírito Santo conta com um Hospital referência no atendimento de vítimas de acidentes e violências, a Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim (HISTÓRIA, 2020). Uma instituição porta aberta, caracterizada como entidade privada, de sociedade civil, em caráter filantrópico, que nos últimos anos atendeu mais de 4 mil vítimas envolvidas em acidentes motociclísticos e automobilísticos (HISTÓRIA, 2020). Fundada no ano de 1900, a Santa Casa sempre proporcionou atendimento de saúde à população do município e das microrregiões que compõem o sul do estado (HISTÓRIA, 2020). Atualmente, após 120 anos, a instituição cresceu não somente em infraestrutura, mas também em especialidades médicas, capaz de oferecer à sociedade diversos tipos de atendimentos de diferentes complexidades e, por esses motivos, a instituição tornou-se pioneira na prestação de serviços ao paciente vítima de acidente e violência (HISTÓRIA, 2020).

Como responsabilidade social, a instituição visa a preservação e conservação da vida humana, compreendendo a realidade local, as políticas públicas e atividades de atenção integral ao bem-estar, a fim de construir uma estratégia de promoção de qualidade de vida e saúde (HISTÓRIA, 2020). Não somente a preocupação social, desde sua fundação, o hospital sempre se empenhou em oferecer serviços de saúde qualificados, não obstante, entre os anos de 1945 a 1970, o hospital cresceu em credenciamento de serviços e possibilidades de assistência qualificada para a população local, bem como, também, a todo o Sul do estado (HISTÓRIA, 2020).

Atuando nesta instituição hospitalar, durante 9 anos, observei de forma não sistemática que o número de vítimas de causas externas admitidas no hospital era expressivo e significativo

quando comparado ao número de pacientes por outras causas de internação. Desde então, surgiu o interesse em descobrir a representação quantitativa dos tipos de causas de maior ocorrência, conhecer o perfil das vítimas e a forma de condução até o hospital, levando em consideração o transporte, a assistência médica pré-hospitalar e o desfecho quanto ao óbito.

Dessa forma, ao realizar a pesquisa, foi possível agregar informações e dados ao meio científico, proporcionando ao serviço e sociedade local uma maior conscientização a respeito do assunto, contribuindo para aprimorar a assistência de saúde realizada atualmente e favorecendo o entendimento dos gestores locais de saúde na tomada de decisões com estratégias que proporcionem solução desses possíveis problemas existentes.

Sendo assim, para responder as perguntas desta pesquisa, tem-se, como objetivo geral, verificar o perfil das vítimas admitidas por causas externas e a incidência de óbito em um hospital da região sul capixaba. Para isto, os objetivos específicos fundamentam-se em caracterizar o perfil das vítimas admitidas por causas externas em um hospital da região sul do Espírito Santo quanto ao sexo, faixa etária, município de origem, causas da admissão, tipo de acidente, tipo de violência, meio de transporte pré-hospitalar, assistência médica pré-hospitalar, presença de embriaguez e sinais de uso de entorpecentes ou drogas ilícitas; Identificar a incidência de óbito por causas externas em um hospital dessa região, descrever o perfil das vítimas de causas externas que evoluíram a óbito em um hospital da região sul do Espírito Santo e, por fim, discutir como o conhecimento desse perfil e da mortalidade do referido hospital e da região sul capixaba podem contribuir para a (re)orientação das políticas públicas.

Para alcançar os objetivos acima descritos, foi desenvolvida uma pesquisa exploratória descritiva e quantitativa, constituída de três momentos: em um primeiro momento foi realizada uma pesquisa bibliográfica utilizando livros, dissertações, teses e artigos que dissertassem sobre o tema. No segundo momento, foi feita uma pesquisa documental com coleta de dados do DATASUS e a classificação dos principais documentos de cunho nacional no que tange a temática das causas externas e a respeito das estratégias políticas adotadas para o enfrentamento deste contexto. E o terceiro momento consistiu-se no levantamento de dados retrospectivos contidos em prontuários disponíveis no sistema hospitalar informatizado por meio do software MV® da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim que, por meio de um formulário, permitiu caracterizar as vítimas de causas externas admitidos na instituição hospitalar, no período de julho a outubro de 2018.

Sendo assim, a presente dissertação adota uma estrutura metodológica sistemática composta por cinco capítulos. O primeiro capítulo é composto por elementos textuais introdutórios ao estudo. O segundo refere-se ao método aplicado em desenvolver e alcançar os objetivos propostos. O terceiro relata o advento das causas externas e a implantação da PNRMAV. O quarto capítulo expõe, de forma quantitativa, o cenário das causas externas no Espírito Santo, considerando a região Sul do Espírito Santo e a caracterização do perfil das vítimas de causas externas assistidas em um hospital do sul do estado. Por fim, o quinto capítulo é composto pela discussão dos resultados seguido das considerações finais.

2 MATERIAL E MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva e quantitativa, fundamentada em três momentos: em um primeiro momento foi realizado um levantamento bibliográfico utilizando livros, dissertações, teses que dissertassem sobre o tema e artigos extraídos das bases de dados PubMed, Lilacs, Medline, a partir dos descritores *External Causes*, *Service Hospitalar*, *Health Profile*, *National Health Policy* e *Mortality*, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram selecionados e utilizados estudos publicados no período que compreende o ano de 2001 até 2021.

O segundo momento constituiu-se de uma análise documental, tendo como fonte principal de pesquisa os dados secundários de acesso público disponíveis no DATASUS. Nesta finalidade, foi levantado informações referentes aos óbitos por causas externas no Estado do Espírito Santo. Para isto, foi acessado as estatísticas vitais, selecionando a mortalidade - 1996 a 2019, pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), considerando óbitos por causas externas no Espírito Santo no ano de 2001 a 2019, corte temporal, considerando o início da implantação da PNRMAV para identificar o comportamento da mortalidade nesse período. Neste rastreio de dados, foram escolhidas como categorias de causas externas: os acidentes de transporte terrestre, as quedas, outras causas de lesões acidentais, agressões e violência autoinfligida, considerando todas as faixas etárias e ambos os sexos. Posteriormente, foram analisados os dados referentes a região Sul do Espírito Santo, sendo que, neste levantamento, as informações utilizadas foram relacionadas aos óbitos por causas externas, selecionando a região de saúde Sul, conforme Plano diretor da regionalização da saúde – PDR de 2011, levando em conta o ano de 2001 a 2019.

O terceiro momento trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva e quantitativa com coleta retrospectiva, com análise dos dados dos prontuários disponíveis no sistema hospitalar informatizado do *software MV* da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro. Por meio de um formulário elaborado para a coleta de dados (APÊNDICE A), foi possível caracterizar o perfil das vítimas de causas externas admitidos no pronto-socorro do hospital, considerando também, o transporte pré-hospitalar, a presença ou ausência da assistência médica pré-hospitalar e se o desfecho evoluiu para óbito.

De posse dos dados coletados, procedeu-se a organização e análise dos dados do alcance dos objetivos da pesquisa.

2.1 LOCAL DO ESTUDO DA PESQUISA DE CAMPO

O estudo foi realizado em um hospital filantrópico de Cachoeiro de Itapemirim, Espírito Santo, de grande porte (197 leitos), que mantém seu atendimento dedicado a 90% dos pacientes do SUS. Considerado um hospital “porta aberta”, possui referência em várias especialidades, como também, na assistência de pacientes vítimas de acidentes e violências, em regime assistencial de 24h (HISTÓRIA, 2020).

Estruturalmente, o pronto-socorro dispõe de 22 leitos, sendo 3 leitos de urgência, 6 leitos de semi-intensiva e 13 leitos de internação. Os setores de internação clínica e cirúrgica (enfermarias) do SUS dispõem de 115 leitos, e de convênios abrange um total de 17 leitos (HISTÓRIA, 2020). Atualmente, a instituição conta com 43 leitos de UTI destinada aos pacientes do SUS, e 4 leitos destinados à internação de pacientes que utilizam planos de saúde e/ou particular (HISTÓRIA, 2020).

Segundo Plano Diretor de Regionalização do Espírito Santo (PDR) de 2011, a região sul-capixaba abrange os seguintes 26 municípios: Alegre, Alfredo Chaves, Anchieta, Apiacá, Atílio Vivacqua, Bom Jesus do Norte, Cachoeiro de Itapemirim, Castelo, Divino de São Lourenço, Dolores do Rio Preto, Guaçuí, Ibitirama, Iconha, Irupi, Itapemirim, Iúna, Jerônimo Monteiro, Marataízes, Mimoso do Sul, Muniz Freire, Muqui, Piúma, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul, São José do Calçado e Vargem Alta. Esses municípios são agrupados em três regiões para facilitar as ações de saúde pública (ESPÍRITO SANTO, 2011).

O Polo Cachoeiro compreende as cidades de Castelo, Cachoeiro de Itapemirim, Atílio Vivacqua, Vargem Alta, Rio Novo do Sul, Muqui, Mimoso do Sul, Jerônimo Monteiro, Apiacá, Presidente Kennedy e Bom Jesus do Norte (PDR, 2011). Já a região do Caparaó compreende Guaçuí, Alegre, Muniz Freire, Irupi, Iúna, Ibitirama, Divino São Lourenço, Dolores do Rio Preto e São José do Calçado (PDR, 2020). A região Metrópole Expandida do Sul compreende Marataízes, Alfredo Chaves, Anchieta, Iconha, Itapemirim e Piúma (ESPÍRITO SANTO, 2011).

Tendo em vista a natureza de um hospital de porta aberta, a admissão dos pacientes ocorre por meio de transferência pela regulação de vagas do estado, diretamente do corpo de bombeiro em caso de ocorrências com indicação de atendimento hospitalar e via transporte da ECO 101 em casos de acidentes de trânsito. O paciente que chega via transporte próprio é avaliado por uma

triagem de classificação do atendimento e, dependendo do quadro, será definida a permanência da vítima internada na instituição, ou transferência da mesma para outra unidade hospitalar caso o quadro clínico exija uma especialidade inexistente na Santa Casa de Cachoeiro.

2.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA DE CAMPO

Utilizou-se uma amostra de conveniência que totalizou 164 participantes vítimas de causas externas admitidos na instituição, no período de julho de 2018 a outubro de 2018.

Vale ressaltar que o período de coleta de dados para o estudo de campo sofreu alterações ao programado, pois, durante a pandemia da covid-19, o setor de coleta do hospital não pôde ser visitado, pois a instituição passou a ser referência no atendimento a este perfil de paciente.

2.2.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos na amostra sujeitos admitidos no pronto-socorro, vítimas de acidentes e violência, de ambos os sexos, com idade a partir dos 14 anos. Indivíduos com idade menor de 14 anos não são internados na instituição, pois a mesma não possui contratualização com a Secretaria de Saúde do estado do Espírito Santo (SESA) para dispor de leitos de internação para este perfil de vítima, sendo que existe no município outra instituição hospitalar responsável por este atendimento.

Os sujeitos de pesquisa excluídos foram os pacientes cujos prontuários não apresentaram dados informativos necessários.

2.3 MÉTODO/PROTOCOLO DA PESQUISA DE CAMPO

Para descrever o perfil das vítimas de causas externas admitidas na Santa Casa de Cachoeiro, e as que evoluíram a óbito, foi utilizado um formulário (APÊNDICE A) como instrumento de coleta de dados, por meio de análise de prontuários disponíveis em sistema informatizado do software MV®, contendo as seguintes informações: sexo; faixa etária: Adolescentes (15 aos 19 anos), Adulto (20 aos 50 anos); Idoso (60 a 80 anos); Idoso longo (a partir de 81 anos); Município de origem; causas da admissão (acidente ou violência); tipo de acidente (Acidentes de transporte terrestre, queda, outros e não informado); tipo de violência (agressão física, vítima

de projétil de arma de fogo, vítima de arma branca, violência autoinfligida); meio de transporte pré-hospitalar (carros próprios, ambulância municipal, Corpo de Bombeiro, outros e não informado); Assistência médica pré-hospitalar (sim, não ou não informado); presença de embriaguez (sim, não ou não informado); sinais de uso de entorpecentes (sim, não ou não informado) ou drogas ilícitas (sim, não ou não informado); óbito (sim ou não).

2.4 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo fez parte de uma pesquisa primária intitulada “Perfil sociodemográfico e morbidades de vítimas de acidentes e violências no hospital do sul do Espírito Santo: representação de custos hospitalares” apresentada ao comitê de ética (CEP) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), sendo aprovado sob o número do parecer: 3.729.410 (ANEXO A).

Foi assegurado o sigilo das informações obtidas mediante a não identificação nominal dos participantes da pesquisa, os quais foram identificados numericamente precedidos pela letra P (P01, P02, etc.). Em todas as etapas do estudo foram respeitadas as normas estabelecidas nas Diretrizes e Normas regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Resolução 466/12, e a guarda das informações ficará sob responsabilidade dos pesquisadores responsáveis durante o período de cinco anos.

Destaca-se que, para a realização do estudo documental, não foi necessário a solicitação de autorização do CEP, uma vez que, essa etapa da pesquisa envolveu a descrição e análise de dados secundários obtidos junto ao DATASUS. Todas essas fontes de informação são de domínio público, sendo assim, não foram coletadas informações adicionais que não sejam de livre acesso ou que contenham dados pessoais de quaisquer naturezas.

2.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram tabulados em planilha do *Software Microsoft Excel* e analisados de forma descritiva.

Foi realizada uma análise descritiva, utilizando registros do DATASUS, a partir de informações referentes aos óbitos por causas externas no Estado do Espírito Santo e no Sul do Espírito Santo,

ano de 2001 a 2019, período do início da implantação da Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências, até o último ano de registros no sistema. Foram consideradas como categorias de causas externas: os acidentes de transporte terrestre, as quedas, outras causas de lesões acidentais (exposição a forças mecânicas inanimadas; afogamento e submersão acidentais; outros riscos acidentais à respiração; exposição acidental a outros fatores e aos não especificados), agressões e violência autoinfligida, como também, faixas etárias específicas e ambos os sexos para o Sul do Espírito Santo. Os dados coletados foram reportados por tabelas de medidas de resumo de dados, como médias, desvio padrão, mínimo e máximo.

A análise descritiva da pesquisa de campo foi realizada pelas informações das vítimas de causas externas registrados nos prontuários disponíveis no sistema informatizado software MV® da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro. Os dados obtidos foram apresentados com cálculo de média, desvio padrão, valores mínimo e máximo para as variáveis quantitativas, bem como frequência absoluta e relativa para as qualitativas.

3 O ADVENTO DAS CAUSAS EXTERNAS E A IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE DOS ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

Neste capítulo será abordado o surgimento das causas externas no cenário nacional e as repercussões nas estatísticas de mortalidade. Posteriormente, será discutido a forma de organização do sistema de saúde para assistir as vítimas de acidentes e violências, como também, compreender a estratégia do MS em minorar este panorama através da PNRMAV.

3.1 A ECLOSÃO DOS ACIDENTES E VIOLÊNCIAS NO CENÁRIO BRASILEIRO

Segundo Garcia e Sampaio (2014), os acidentes e violências, também conhecidos como causas externas, começam a surgir no início da década de 1960, a partir do desejo da União em crescer economicamente. Porém, o desejo do crescimento parte de um planejamento de forma não categórica e sem critérios políticos, o que favoreceu o aumento da desigualdade e a insegurança social, e assim, provocados por um estado de exceção, tornando a criminalidade mais evidente (VIERA, 2019).

Dessa forma, a realidade exigia da população estratégias de enfrentamento para as diversidades impostas, assim sendo, neste período, a violência torna-se um instrumento de sobrevivência em resposta à dualização da sociedade (VIERA, 2019).

A busca pelo desenvolvimento econômico persistia e, na década de 1980, a expansão desenfreada do setor industrial favoreceu o deslocamento da população rural para os grandes centros, ocupando as periferias de forma desordenada e aglomerada (VIEIRA, 2019). Dessa maneira, essas condições de habitação e desigual distribuição populacional favoreceram o aumento da mortalidade por acidentes e violências neste período (SMARZARO, 2005).

Consolidando este pensamento, Trugilho (2020) afirma que, o crescimento desordenado e desorganizado na vida urbana e consequente desigualdade social proporcionam o aumento da ocorrência da violência nos vários segmentos sociais, territórios demográficos e com consequentes danos à saúde individual e coletiva. Para a autora, a apreciação detalhada do

contexto histórico, econômico, social, cultural de estruturação da sociedade possibilita compreender a violência quanto as suas formas e extensões (TRUGILHO, 2020).

Dessa forma, nota-se que as causas externas seguem a humanidade em seu desenvolvimento histórico, porém, na contemporaneidade, sua extensão e manifestação requer uma atenção especial para tornar possível a identificação de suas causas primárias, impostas pela realidade social capitalista (TRUGILHO, 2020).

Então, nota-se que, na extensão das causas externas, a violência proporciona diversidades nas relações sociais, desenvolve padrões de exploração, dominação, opressão e difunde, na sociedade, consequências na saúde e qualidade de vida, principalmente quando nos referimos a pessoas de cor/raça parda e preta, pertencentes aos segmentos empobrecidos da sociedade e moradores das áreas periféricas (TRUGILHO, 2020).

Corroborando, Vieira (2019) afirma que, socialmente, o alto índice de agressões pode estar relacionado à baixa escolaridade das vítimas, alta taxa de desemprego, famílias chefiadas por mulheres, oriundos de bairros com alta densidade demográfica e etnicamente heterogêneos.

Para Silva, Da Silva e Marinho (2019), consolidando a exposição de Trugilho (2020), ao levar em consideração a classe social dos empobrecidos, estes afirmam que países de baixa renda são dez vezes mais sujeitos à criminalidade e homicídios que países desenvolvidos, como a França e Estados Unidos. Nota-se que, esta realidade é consequente de uma quebra da coesão social, que está relacionada e é causada pelas diferenças em oportunidades e níveis de renda (SILVA; DA SILVA; MARINHO, 2019). Sendo assim, entende-se que, a criminalidade acentuada emerge da marginalização que, por sua vez, resulta dos processos sociais, políticos e econômicos que impulsionam os indivíduos para condições de exclusão, ou seja, impedidos de fazer parte de determinados grupos usam de violência para ter acesso a direitos básicos.

Segundo Minayo (2006), define-se a violência como um acontecimento de ordem vivido por manifestações oriundas de uma forte carga emocional de quem a comete, da vítima e de quem presencia, uma vez que, inserida na dimensão das causas externas, é nítida sua existência em diferentes contextos e momentos históricos.

Para Tauffer *et al.* (2020), além de considerar a dimensão psicossocial deste tipo de causa externa, é essencial conceituar este fenômeno como qualquer tipo de dano à integridade física ou mental, que provoque agravos nocivos, como acidente, intoxicações químicas, excesso de drogas ou lesões por violências autoprovocadas, agressões e maus tratos.

O fato é que, neste contexto, consequente de rupturas sociais, que refletem em vários outros cenários, como o da saúde, já compõe a sociedade desde os seus primórdios históricos. Desta forma, esses conflitos naturais das relações sociais existem desde a época que o homem enfrentava perigos oriundos de um ambiente hostil para sobreviver na natureza e se defender dos animais selvagens, pois era necessário lutar entre si para dominar terras, por poder, defesa da honra e da propriedade (DE MELLO JORGE; YUNES, 2001).

Dessa forma, alguns filósofos e cientistas afirmam que a violência é construída no interior das consciências e das subjetividades, sendo uma situação que não pode ser tratada apenas como uma exteriorização de força aos indivíduos e aos grupos, como também, uma projeção contrária ao senso comum, que se entende como um acontecimento, sempre produzido pelo 'outro' (MINAYO, 2006).

A partir desta realidade, as causas externas, em seu cerne principal, não são provenientes diretamente de rupturas existentes na saúde pública, e sim, do contexto social que afeta a integridade individual e coletiva dos indivíduos, favorecendo a ocorrência dos acidentes e violências, exigindo, do setor, ações de prevenção e enfrentamento, e a organização de práticas e de serviços intrínsecos ao setor saúde (MINAYO, 2007).

Com o passar dos anos, a mortalidade por causas externas, particularmente pela violência, seguiu em ascensão, sendo que, entre 1980 a 2004 ocorreu um crescimento de 14,1 para 27,2 no coeficiente de mortalidade por agressão por 100 mil habitantes, o que representa um aumento de 92,3% para o risco de morte por esse evento (GARCIA FILHO; SAMPAIO, 2014).

Segundo Vieira (2019), toda esta realidade se confirma ao analisar a mortalidade no Brasil entre 1979 a 2015. Constata-se que, de 1979 a 1981 houve um processo de transição nas causas de mortalidade, sendo visível o surgimento das causas externas na sociedade, e assim, as doenças, que anteriormente eram mais evidentes, começam a perder o lugar para os acidentes e as

violências, que a princípio não eram uma preocupação, mas agora assumem o segundo lugar nas estatísticas (VIEIRA, 2019).

Corroborando com o autor supracitado, uma revisão bibliográfica feita por Souza *et al.* (2020), no período de 1996 a 2019, revelou que as causas externas começam a ter mais ênfase e gerar preocupação no ano de 1999, pois, neste período, os estudos publicaram informações e conhecimentos sobre a extensão do problema, sua tendência, os perfis socioeconômicos dos grupos vulneráveis, tanto por meio de análises epidemiológicas como pela descrição de dados de registro de serviços envolvidos.

Segundo Tauffer *et al.* (2020), dados revelados no Fórum Brasileiro de Segurança Pública demonstraram que, em 2016, ocorreram 62.517 casos de violência por homicídios, correspondendo a uma taxa de 30,3 mortes por cada 100 mil habitantes, 30 vezes maior que a taxa da Europa, sendo, as regiões Nordeste e Norte do Brasil as com as maiores taxas se comparado com às demais regiões do país, com índices que variam entre 46,9 a 64,7 por 100 mil habitantes. Os autores citados acima revelam que, ao se tratar desta causa externa numa perspectiva global, os números estão em queda, como na Ásia e Europa, enquanto, nas Américas e África Ocidental, a estatística ainda reflete de forma elevada, demonstrando a necessidade de políticas públicas em defesa dos direitos das minorias, como raça, cor e gênero, desigualdades sociais e desigualdades econômicas (TAUFFER *et al.*, 2020).

Contribuindo ao exposto acima, no ano de 2017, dados referentes aos atendimentos de causas externas por violência nos serviços de urgências e emergências revelam que, ao se tratar de lesão autoprovocada, a maioria das ocorrências eram em mulheres (51,2%), com idade entre 20 e 39 anos (50,2%), da cor parda (47,5%), associado ao uso de bebida alcoólica, sendo mais frequente do que a de drogas ilícitas, respectivamente 26,2% e 9,5% (BRASIL, 2019).

Quanto as causas externas por violência, especificamente agressões, constata-se que a maior parte das ocorrências são compostas por homens (70,7%), com idade entre 20 e 39 anos (52,4%), da cor parda (56,0%) e a ingestão de bebida alcoólica foi mais frequente do que a de drogas ilícitas, respectivamente 33,7% e 12,2% (BRASIL, 2019). Sendo que, na agressão por autor desconhecido, o maior número de notificações por esta ocorrência foi entre homens, com destaque para as capitais de Manaus (67,5%), Natal (61,9%) e Distrito Federal (59,6%), e o

menor número de notificações por autor desconhecido, envolvendo o sexo masculino, foram Teresina (31,2%), Vitória (37,7%) e Campo Grande (39,2%) (BRASIL, 2019).

Quanto ao sexo feminino, nota-se maior evidência de agressão por autor desconhecido nas capitais de Salvador (35,3%), São Luís (31,9%) e Recife (29,6%) (BRASIL, 2019).

Ao analisar os dados acima, junto a afirmação de Silva *et al.* (2017), é nítida a participação do homem em atos violentos, implicando em uma taxa de mortalidade 6.3 vezes maior quando comparados aos casos envolvendo o sexo feminino. A participação masculina, seja como vítima ou agressor, sugere uma relação dos padrões socioculturais ao modelo machista e patriarcal da sociedade (SILVA; DA SILVA; MARINHO, 2019).

Na dimensão das causas externas, não somente as agressões, o suicídio, considerado uma lesão autoprovocada ou autoinfligida, é um tipo de violência que existe desde a história antiga até a contemporaneidade (DE MELLO JORGE; YUNES, 2001).

Considerado uma das dez principais causas de mortalidade, este tipo de violência ocorre, sobretudo, entre a faixa etária dos 15-29 anos, e é apontada como a segunda principal causa de morte no mundo (TAUFFER *et al.*, 2020). Entende-se então, que a saúde mental é parte primordial do bem-estar geral do indivíduo e seu desempenho na sociedade, uma vez que, doenças mentais são responsáveis por altos graus de disfunções e incapacidades, com consequente aumento das morbidades e mortalidade (TAUFFER *et al.*, 2020).

Para De Mello Jorge e Yunes (2001), embora a violência não seja um problema específico ao setor da saúde, a vítima necessitará da assistência do sistema, uma vez que, as consequências desta causa externa proporcionam um risco vital humano, uma ameaça à vida, produzindo enfermidade e até a morte.

Segundo Gaspar e Pereira (2018), a violência, além de compor como uma questão de saúde, deve levar em consideração os tipos de notificação das causas externas no Brasil, para isso, em seu estudo observacional de série temporal, com informações coletadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), buscou por notificações de violência sexual ocorridos entre janeiro de 2009 e dezembro de 2013. Segundo os autores, foi possível evidenciar o aumento do número de notificações de violência sexual, principalmente ocorrida em

residência, como o aumento do número de notificações por estupro, sendo o Sudeste a região de maiores casos notificados, dentre os estados, destaca-se São Paulo, com um maior número de violência sexual em crianças (GASPAR; PEREIRA 2018).

Não somente a violência infantil, mas quando se refere ao gênero, nota-se que o atentado contra mulher é uma realidade crônica no Brasil, mesmo o país buscando por melhorias na intervenção e na sistematização das notificações dos casos (SANDOVAL *et al.*, 2020). Corroborando, Sandoval *et al.* (2020) afirmam que, em 2019, quase 28% das mulheres com mais de 16 anos relataram terem sofrido alguma forma de violência, e mais da metade delas permaneceram em silêncio sobre o incidente.

Os autores supracitados verificaram que a maioria das mulheres expostas à violência estão sujeitas a um alto risco de mortalidade, independentemente do local de residência, faixa etária, origem racial / étnica, situação do estado civil e situação socioeconômica (SANDOVAL *et al.*, 2020). Esta evidência robustece pesquisas prévias, constatando que a violência contra as mulheres é um infortúnio ao setor de saúde pública, de dimensões epidêmicas (SANDOVAL *et al.*, 2020).

Em suma, é possível observar que o contexto violento envolve além de fatores sociais estruturantes, como também, a influência do gênero na fragilidade e suscetibilidade de ocorrência deste tipo de causas externas.

Nota-se que a violência, em todo seu contexto difuso e complexo, está permeada por diversos fatores que a desencadeia, e pensando em elaborar estratégias mais eficazes de se obter informações através das notificações, é necessário implementar ações assertivas diante das rupturas existentes, principalmente quando refere-se ao sistema de notificação (SILVA; DA SILVA; MARINHO, 2019; TRUGILHO, 2020).

Para isso, o Ministério da Saúde elaborou estratégias para tornar mais sólida as informações a respeito das causas externas e, principalmente, quanto as notificações a respeito das violências (SILVA *et al.*, 2017). Segundo Silva *et al.* (2017), para esta finalidade, foi estabelecido, através da Portaria MS/GM nº 1.356, de 23 de junho de 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), o qual é composto por dois segmentos: I) Vigilância de Violência Interpessoal e Autoprovocada do Sistema de Informações de Agravos de Notificação

(VIVA/SINAN) e II) Vigilância de Acidentes em Unidades de Urgência e Emergência (VIVA Inquérito).

Inaugurado em março de 2006, o sistema VIVA foi idealizado e liderado pela Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde (CGDANT), em consonância com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, a Rede Nacional de Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (SILVA *et al.*, 2017).

Para Silva *et al.* (2017), o VIVA é uma estratégia útil para obter informações precisas a respeito dos casos menos graves, com competência para captar a violência doméstica e sexual, a violência autoprovocada, o trabalho infantil e a negligência/abandono, bem como informações sobre os infratores das violências. Sendo um instrumento capaz de evidenciar a dimensão e a gravidade dos acidentes e violências, tornando possível subsidiar as políticas de enfrentamento deste cenário, conhecido como causas externas de morbidade e mortalidade (SILVA *et al.*, 2017).

Nesse sentido, o sistema de vigilância permite delinear o perfil das vítimas, dos eventos, dos autores e das consequências para a saúde, estabelecendo um modelo da Vigilância por inquérito nas principais portas de entrada hospitalares, de urgência e emergência, das capitais e municípios selecionados de acordo com critérios técnicos, de gestão e adesão ao projeto Viva (BRASIL, 2019).

Uma vez que o VIVA abrange notificação não somente de violência, mas também dos acidentes, faz-se necessário trazer à luz a significância dos mesmos no cenário das causas externas, uma vez que, possuem participação nas principais causas de mortalidade no Brasil (SILVA; SILVA; MORAES, 2019).

Dessa forma, Silva, Silva e Moraes (2019) afirmam que a influência que os acidentes proporcionam à saúde da população repercutem na qualidade e na expectativa de vida, principalmente dos adolescentes e jovens, como também, reflete nos custos sociais com cuidados em saúde, com o afastamento das atividades profissionais e da escola.

Ao explorar o universo dos acidentes, nota-se que os acidentes de transporte terrestre (ATT) possuem uma significativa participação no quantitativo de internações hospitalares e, dessa

forma, no Brasil, o coeficiente de internação hospitalar por causas externas apresentou um aumento de 406,9/100 mil habitantes para 509,4/100 mil habitantes de 2002 a 2014, sendo os ATT a maior ocorrência em homens do que em mulheres (SILVA; SILVA; MORAES, 2019).

Ao associar a relação dos ATT quanto ao gênero, De Souza *et al.* (2018), em estudo descritivo-quantitativo a partir de dados da Polícia Rodoviária Federal do estado de Pernambuco, demonstraram que as vítimas mais acometidas foram homens, adultos, sendo a maioria com carteira nacional de habilitação com categoria B.

Segundo Moreira *et al.* (2018), no Brasil, entre os anos de 1996 a 2015, morreram 21.057.086 pessoas, sendo que, 12,6% foram por causas externas, e os ATT representaram a segunda causa de maior ocorrência, sendo responsável pela morte de 733.120 pessoas (27,6% das mortes pela causa e 3,5% do total de mortes no período).

Para Da Silva *et al.* (2018), a situação ainda tende a piorar até o ano de 2020, principalmente se levada em consideração esta realidade nos países de baixa renda. De fato, essa preocupação é global e, desde março de 2010, a Assembleia Geral das Nações Unidas editou uma resolução que definia o período que compreende 2011 a 2020 como a “Década de ações para a segurança no trânsito”, e este documento surgiu a partir de um estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS) que continha a informação de que, em 2009, cerca de 1,3 milhões de mortes seria por ATT em 178 países (DA SILVA *et al.*, 2018).

Para Silva, Silva e Moraes (2019), ao se tratar de regionalização, nota-se uma diferença estatística da ocorrência dos ATT ao se comparar às regiões demográficas, no âmbito nacional. Sendo que, no ano de 2013, houve uma variação no Centro-Oeste de 7% acima da média nacional, atingindo 92,2 por 100 mil, o Norte e o Nordeste estão acima da média em 52% e 65%, respectivamente, já no Sudeste, ocorreu redução de 30%, ou seja, de 94,3 para 66,0 por 100 mil habitantes, e no Sul mantém-se inalterado desde 1996 (SILVA; SILVA; MORAES, 2019).

É notório que, com o passar dos anos, a gravidade dos ATT foram mais evidentes, e assim, Da Silva *et al.* (2018) ainda contribuem afirmando que, em 2014, foram notificados 169.163 ATT em estradas federais, fiscalizadas pela Polícia Rodoviária Federal (PRF), dessas, 8.227 vítimas vieram a óbito e aproximadamente 100 mil tiveram ferimentos.

No cenário das causas externas, não somente os ATT possuem sua importância, também é necessário dar destaque a outros tipos de acidentes que expõe os indivíduos a problemas de saúde, como as quedas da própria altura (MARINHO, 2020).

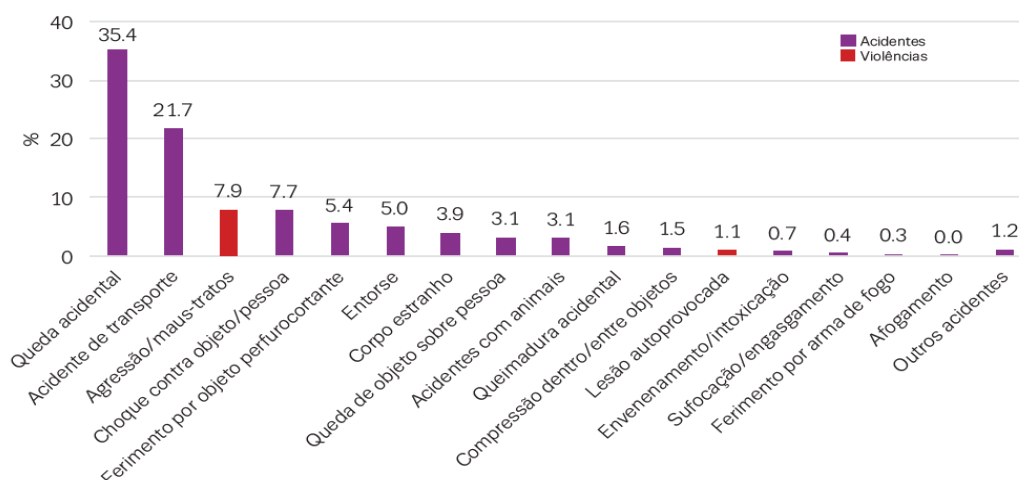
Considerada como acidente doméstico mais grave e frequente entre os idosos, a queda tende a estar cada vez mais evidente, pois, segundo dados do IBGE, de 2004 a 2015 o contingente da população idosa no país passou de 9,8% para 14,3%, e espera-se que, em 2070, o número de idosos representem 35% da população total (PAIVA; LIMA; BARROS, 2020). Importante se faz enfatizar que, este ciclo de vida contribui estatisticamente para a mortalidade por causas externas, uma vez que, o processo de envelhecimento promove alterações fisiológicas importantes que contribuem para o desenvolvimento de complicações pós-ocorrência de quedas, e assim, torna o idoso mais suscetível a mortalidade.

Nos Estados Unidos, os acidentes foram considerados a primeira causa de morte, já no Brasil, é a terceira, e sua prevalência variou entre 28,1% e 25,1% de 2011 até a contemporaneidade (STOLT *et al.*, 2020).

Segundo Stolt *et al.* (2020), em estudo de séries temporais, afirmam que este tipo de acidente por gerar danos à saúde, dependendo da gravidade, levam o indivíduo a necessitar de internação hospitalar. Os autores, ao pesquisarem dados relativos às internações e óbitos ocorridos de janeiro de 1998 a novembro de 2015 por quedas acidentais, observaram que a taxa de internação por essas causas no Brasil foi ascendente em todos os estratos etários, com acréscimo de 11% no período estudado, considerando idosos maiores de 60 anos (STOLT *et al.*, 2020)

Segundo informações coletadas no VIVA, no ano de 2017, com dados de vinte e três capitais brasileiras e do Distrito Federal, foi observado que, no universo das causas externas, as quedas acidentais (35,4%) foram a de maior ocorrência, seguido por acidente de transporte (21,7%) e agressão/maus-tratos (7,9%), representados na Figura 1 (BRASIL, 2019). Por outro lado, as ocorrências menos frequentes foram afogamento (<0,1%), ferimento por arma de fogo (0,3%) e sufocação/engasgamento (0,4%) (Gráfico 1) (BRASIL, 2019).

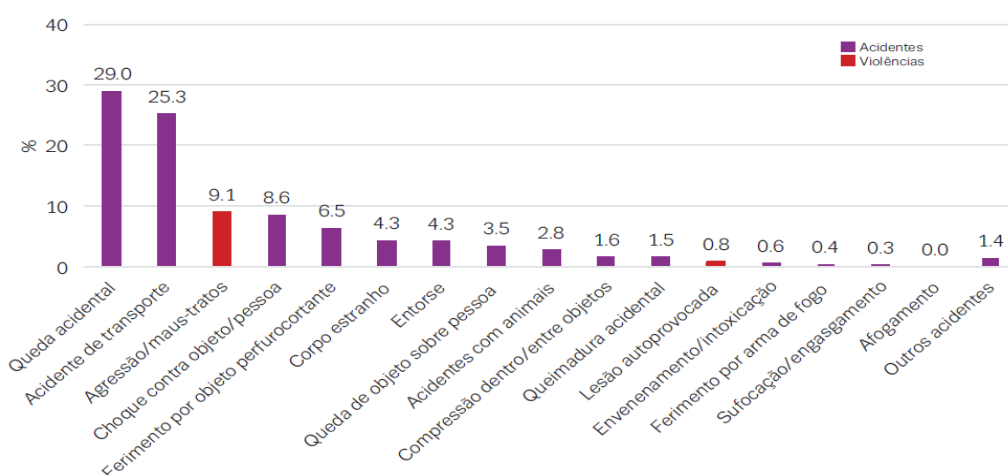
Gráfico 1 - Distribuição percentual de atendimentos por acidentes e violências em serviços sentinelas de urgência e emergência, segundo tipo de ocorrência, em 23 capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal (2017)



Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) (2019).

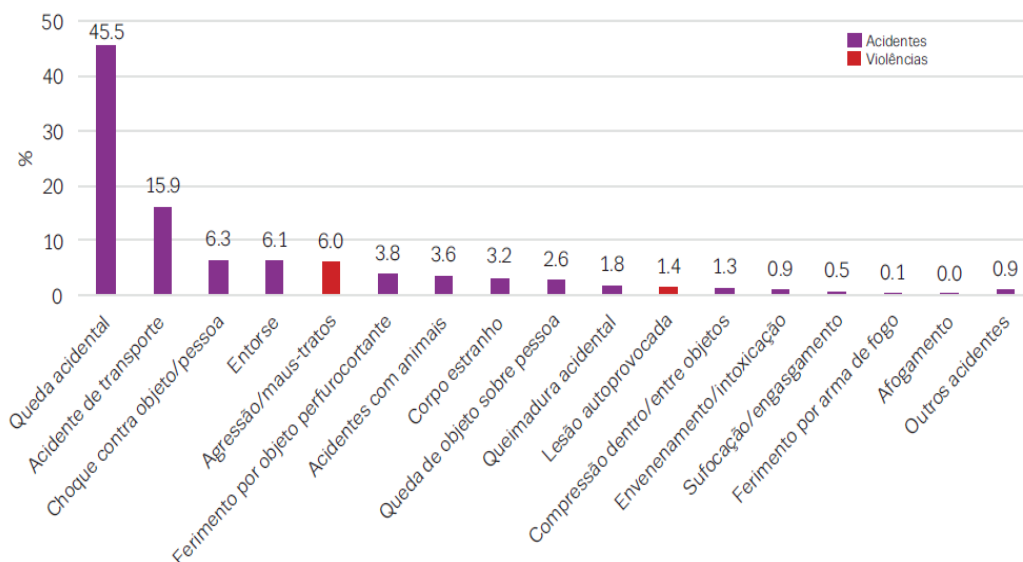
Neste mesmo período, ao se comparar o gênero, a situação foi semelhante para ambos os sexos, relacionando a distribuição das causas externas, tanto por tipo de evento (com cerca de 90,0% das ocorrências relacionadas aos acidentes) quanto por tipo de ocorrência (Gráficos 2 e 3) (BRASIL, 2019).

Gráfico 2 - Distribuição percentual de atendimentos por acidentes e violências, entre homens, em serviços sentinelas de urgência e emergência, segundo tipo de ocorrência, em 23 capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal (2017)



Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) (2019).

Gráfico 3 - Distribuição percentual de atendimentos por acidentes e violências, entre mulheres, em serviços sentinelas de urgência e emergência, segundo tipo de ocorrência, em 23 capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal (2017)



Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) (2019).

É importante salientar que, não somente ATT e quedas representam repercussões graves na saúde das vítimas de causas externas, como também, ao analisar os óbitos por causas externas no ano de 2019 na região sudeste, destaca-se outras causas externas, como as lesões acidentais traumáticas com maior número de registros (13.638), seguido por eventos de intenção indeterminada (10,719) e acidentes de transporte (10.679) (BRASIL, 2021a). Deste total, no Espírito Santo foram registrados 930 óbitos por lesões acidentais traumáticas e 759 vítimas de ATT, no mesmo período (BRASIL, 2021b).

3.2 A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PERANTE A REALIDADE DAS CAUSAS EXTERNAS E A IMPLANTAÇÃO DA PNRMAV

Segundo Minayo *et al.* (2018), o processo de desenvolvimento do setor da saúde foi acompanhado de transições e novos paradigmas. Dessa forma, é necessário compreender e acompanhar os efeitos gerados pelas causas externas, conformando como novos problemas para o atendimento médico e para os serviços, bem como trazer à luz quais ações políticas foram necessárias (MINAYO *et al.*, 2018).

A partir de então, foram necessárias novas medidas de enfrentamento para a realidade emergente, e diante da instabilidade do setor na década de 1970, o Brasil passou a implementar reformas sanitárias como alternativa para fortalecer o setor público e tornar a saúde um direito (ROSA; SAES; ABULAEC, 2012).

No entanto, as novas propostas tornam-se mais efetivas na década de 80, quando o modelo curativo começa a ser enfraquecido com a criação das Ações Integradas em Saúde (AIS), que visavam a universalização do cuidado em saúde, e eram o início para a descentralização em saúde (ROSA; SAES; ABULAEC, 2012). Sendo assim, a necessidade pela tomada de decisões assertivas na resolutiva do cenário negativo das causas externas no sistema de saúde, passa a ser mais enfática.

A partir dessas novas estratégias, as ações tomadas para transformar o cenário do sistema de saúde surtem um efeito democrático, evidenciado em 1988, por meio da criação do SUS, definido na Constituição Federal de 1988 (CF-88) (PAIVA *et al.*, 2013).

Neste período, vale lembrar que o país retornava ao regime democrático, e assim, inicia-se um tempo de busca pelo estado de bem-estar social da sociedade, transformando a saúde como um direito de cidadania através da criação do sistema público universal e descentralizado de saúde (PAIVA *et al.*, 2013).

Nesta época, os acidentes e violências, principalmente a violência, já compunham o quadro de causas que necessitavam de assistência médica no SUS, pois as vítimas tinham sua saúde individual e coletiva afetada pelas lesões, traumas físicos e mentais e consequente diminuição da qualidade de vida das pessoas e das comunidades (MINAYO *et al.*, 2018).

Às vítimas de causas externas, seja por acidente ou violência, em sua maioria necessitam de assistência dos serviços de saúde devido às consequências e danos físicos provenientes de agressões, acidentes, traumas e lesões (BOONE *et al.*, 2018). Dessa forma, dependendo do estado de saúde, as vítimas poderiam necessitar de assistência pré-hospitalar, caracterizada pela assistência prestada à população fora do ambiente hospitalar, abrangendo desde orientações médicas até o direcionamento de uma ambulância ao local da ocorrência, ou até mesmo hospitalar, que se refere ao atendimento prestado à vítima na instituição hospitalar (BOONE *et al.*, 2018).

Compreendido como toda e qualquer assistência realizada fora do campo hospitalar, envolvendo orientações e procedimentos de primeiros socorros, o atendimento pré-hospitalar, seja de forma fixa (unidades de pronto atendimento - UPA) ou móvel (Corpo de Bombeiros, SAMU ou outros serviços), é considerado uma ferramenta fundamental na garantia da sobrevivência e redução das sequelas dos agravos à saúde ocasionados pelos acidentes ou violências (SOUSA; TELES; OLIVEIRA, 2020).

Conforme apresentado anteriormente, a partir da transição epidemiológica, em 1990, observa-se que o setor da saúde sofreu um processo de transformações em relação às preocupações com as doenças e o advento dos acidentes e violências, direcionando assim, a atenção para as maiores necessidades e criando ações, como a implantação do SUS (ROSA; SAES; ABULAE, 2012).

Para clarear o entendimento da logística do acesso ao sistema de saúde, Gomide *et al.* (2012) afirmam que, o cuidado em saúde no SUS foi organizado em níveis de atenção, dessa forma, classificamos a assistência aos usuários como básica, média e de alta complexidade, levando em consideração a gravidade clínica e objetivando a melhor programação e planejamento das ações e serviços.

Nessa perspectiva, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) configuram a estrutura física básica de atendimento, interligadas à UPA que, por sua vez, são estruturas de complexidade intermediária entre as UBS e as urgências hospitalares, e assim, compõem uma rede organizada de atenção às urgências (GOMIDE *et al.*, 2012). Vê-se então que, a estruturação da atenção primária de saúde entra em ação com a atenção secundária e terciária, como medidas para suprir a demanda assistencial às vítimas de causas externas que necessitam dos serviços de saúde.

A maioria das vítimas de causas externas, devido aos evidentes agravos à saúde, utilizam da assistência médica oferecida pela UPA, uma vez que, este serviço é caracterizado como atendimento pré-hospitalar (APH), é organizado para funcionar 24 horas/dia ininterruptamente, sem necessidade de agendamento para atender a qualquer urgência ou emergência (GOMIDE *et al.*, 2012).

É de extrema importância que haja coerência e resposta em tempo hábil nas ações do APH, para que as vítimas sejam admitidas no ambiente hospitalar, dando sequência às ações previamente

executadas e assim diminuíam-se os danos à saúde gerados pela ocorrência da causa externa (SOUSA; TELES; OLIVEIRA, 2020).

Ao se considerar a gravidade do estado de saúde das vítimas de acidentes ou violências, é necessário lembrar que, em algum momento possa ser necessário a utilização do serviço de saúde no atendimento hospitalar por parte das vítimas, dessa forma, é fundamental obter a compreensão da organização do sistema de saúde quanto aos níveis de complexidade (GOMIDE *et al.*, 2012).

Quanto a organização do sistema referente ao atendimento hospitalar, é importante compreender que a distribuição dos setores, inerentes ao hospital, a emergência ou pronto-socorro, é a principal porta de acesso das vítimas à assistência médica e multiprofissional, levando em consideração a gravidade clínica, o atendimento será orientado a ações de diferentes serviços e poderá demandar um tempo considerável de internação, acarretando um custo elevado (DESLANDES; MINAYO; LIMA, 2008).

O funcionamento assistencial do pronto-socorro acontece no ato da admissão hospitalar do paciente ou vítima, na maioria das vezes acompanhado de outros profissionais, quando provém de um APH, de familiares ou terceiros, sendo que, neste momento, o profissional de saúde irá conhecer o histórico da ocorrência para dar início aos atendimentos cabíveis naquele momento (CUNHA *et al.*, 2019). Posteriormente, após serem avaliados inicialmente pelo enfermeiro que os classifica conforme a gravidade, as vítimas são acolhidas mediante sistema de classificação de risco e encaminhadas para a devida assistência (CUNHA *et al.*, 2019).

Assim, na esfera hospitalar, os serviços de urgência e emergência são denominados prontos-socorros, prontos atendimentos, emergências, emergências de especialidades ou quaisquer outras denominações (BRASIL, 2014).

Dependendo do desfecho das vítimas, após o atendimento imediato, é avaliado qual setor a mesma será internado, podendo então, ser encaminhada a unidade de terapia intensiva ou em internação em leitos de enfermaria (CUNHA *et al.*, 2019).

Vale ressaltar que, os serviços de emergência hospitalar seguem as orientações das legislações específicas, e em detrimento da organização dos atendimentos, resolutividade e efetividade das

intervenções, sendo um setor com fluxo de pacientes organizado de acordo com a prioridade (DE PAIVA *et al.*, 2017).

À vista disso, na extensão das causas externas, a violência passa a ser encarada como uma problemática inerente ao sistema de saúde em 2001, por meio da Portaria nº 737, que promulgava, pelo MS, a PNRMAV (MINAYO *et al.*, 2018). A princípio, foi criado o programa de prevenção de acidentes e mortes no trânsito, sendo, na época, o maior foco, a assistência às vítimas de acidentes e violências, tendo sido instituída, em 2011, pela Política Nacional de Atenção às Urgências e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (MINAYO, 2007). Não somente idealizando a PNRMAV, o MS também instituiu uma área técnica responsável pela implantação da política (MINAYO *et al.*, 2018).

Segundo Minayo *et al.* (2018), a violência já era discutida anos antes, tanto pelo SUS quanto pela OMS, tendo, como pautas principais, em ambos os segmentos, a violência contra a criança e ao adolescente; violência de gênero e contra a pessoa idosa; violência no trânsito e no trabalho, entre outras. A autora ainda afirma que, ao se tratar nos prejuízos sociais e mentais das vítimas de violência, principalmente em crianças e adolescentes, nota-se problemas relacionados ao crescimento e desenvolvimento à saúde física e mental, podendo ser conduzido até ao comportamento suicida (MINAYO *et al.*, 2018).

Consolidando a asserção acima, segundo Lignani e Villela (2013), em 2007, a OMS publicou a informação de que 9% da mortalidade mundial é pertinente a causas externas, sendo que, para cada óbito, ocorrem dezenas de hospitalizações, centenas de atendimentos de emergência e milhares de consultas ambulatoriais derivados desses eventos.

A partir deste cenário, a PNRMAV foi criada com o objetivo de reduzir a morbidade e a mortalidade por acidentes e violências no País, através de ações coordenadas, vinculadas e sistematizadas, englobando a atenção às urgências e emergências como um vetor fundamental para a execução de seu propósito (SOGAME; MACHADO; DUARTE NETO, 2020a).

Para Minayo (2007), a PNRMAV é uma tentativa de minimizar as consequências dos acidentes e violências, visto que, os danos, as lesões, os traumas e as mortes causados pelos mesmos, correspondem a altos custos emocionais, sociais e repercussão no setor de segurança pública. E ainda, a autora relata os prejuízos econômicos por causa dos dias de ausência do trabalho,

pelos danos mentais e emocionais que provocam nas vítimas e em suas famílias (MINAYO, 2007).

Segundo Minayo *et al.* (2018), o princípio prático das ações da PNRMAV foi pela inserção do tema nas rotinas e protocolos dos serviços, através de normas técnicas relacionadas ao diagnóstico dos traumas e lesões, à caracterização e especificidade dos eventos e à notificação dos casos concernentes às crianças, adolescentes e mulheres, pessoas com deficiência, com problemas mentais, idosos e outros.

Conforme Brasil (2002), os princípios básicos que regem a PNRMAV são:

A saúde constitui um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico; o direito e o respeito à vida configuram valores éticos da cultura e da saúde e a promoção da saúde deve embasar todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes (BRASIL, 2002, p. 24).

Partindo destes princípios, a política opta por medidas preventivas, com abrangência desde as ações pertinentes à promoção da saúde e estratégias orientadas a obstar a ocorrência de violências e acidentes, como também práticas atribuídas ao tratamento das vítimas, e assim, impedir o surgimento de sequelas e mortes por estes eventos (BRASIL, 2002). A lógica fornecida pela política é que quanto mais se investe na prevenção primária, menor será o impacto da receita destinada ao atendimento às vítimas e maior garantia dos processos e demandas que envolvem a proteção da população (BRASIL, 2002).

Para a realização e cumprimento do plano da PNRMAV foram instituídas diretrizes para orientar a definição ou redefinição das ferramentas operacionais que a tornaram efetiva através de planos, programas, projetos e atividades (BRASIL, 2002).

Segundo Brasil (2002), as referidas diretrizes são:

A promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; monitorização da ocorrência de acidentes e de violências; sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências; estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; capacitação de recursos humanos e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2002, p. 25).

A promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis fundamenta-se em mobilizar a sociedade e a mídia, trazendo a luz a importância dos acidentes e das violências, como também fortalecer a implantação das ações intersetoriais relacionadas ao tema (BRASIL, 2002). Um exemplo do efetivo funcionamento desta diretriz foi a instituição da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e os Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde em 2004, abrangendo estados e municípios, porém, sua concretização foi mais vigorosa e visível nos anos de 2005 e 2006 com a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (MINAYO *et al.*, 2018).

Quanto a diretriz da PNRMAV, voltada para a Monitorização da ocorrência de acidentes e de violências, que tem como objetivo capacitar e alinhar o conhecimento dos profissionais de saúde que executam suas atribuições em todas as competências de atendimento do SUS, inclusive nas unidades de urgência e emergência, para solucionar as rupturas existentes que se referem à investigação e à informação pertinentes aos acidentes e violências (BRASIL, 2002). Segundo Minayo *et al.* (2018), como ação desta diretriz, destaca-se a estruturação do sistema VIVA, da Secretaria de Vigilância em Saúde/SVS/MS, em 2005, que, demonstrando ser um instrumento útil para obtenção de dados, de 2009 a 2014, evidenciou-se o aumento do número de registros de violências física, psicológica/moral e sexual no Sistema VIVA Sinan Net. Segundo Brasil (2002), a Sistematização, ampliação e consolidação do APH corresponde à implantação de serviços de APH para a execução do ideal desta política, devendo serem criadas medidas que concedam o aperfeiçoamento dos serviços existentes. Para Minayo *et al.* (2018), a PNRMAV aponta que o APH é a esfera crucial para a redução do tempo de internação, das sequelas e mortes, principalmente para a melhoria do registro dos eventos violentos e necessidade de organização estrutural do atendimento por centrais de regulação.

A política entende que, para que ocorra a assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências, são necessárias uma estruturação e organização da rede de serviços do SUS, para que o sistema consiga diagnosticar a violência e acidentes entre os clientes e acolhendo as demandas de forma digna e de qualidade desde o primeiro nível de atenção (BRASIL, 2002).

Direcionado para as morbidades e sequelas causadas pelas causas externas, a estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação, a diretriz tem como finalidade elaborar normas relativas à recuperação e à reabilitação, por meio da aquisição de

equipamentos para as unidades de saúde assim oferecerem o adequado atendimento aos pacientes (BRASIL, 2002). O processo de reabilitação, que tem início na instituição de saúde, dirigirá suas ações não somente para a educação do paciente como, também, de sua família.

Para Minayo *et al.* (2018), este nível de cuidado foi o menos valorizado nos últimos anos, desfazendo e fechando vários dos serviços criados a recuperar e reabilitar as vítimas dos acidentes e violências, sendo que, os que ainda existem possuem uma alta demanda e espera, não garantindo uma assistência de qualidade.

Segundo Brasil (2002), a capacitação e preparação dos recursos humanos, conforme a sexta diretriz desta política, deve contemplar todas as imposições necessárias a implantação das diretrizes, especialmente:

A promoção de treinamento voltado à melhoria da qualidade da informação no tocante à vigilância epidemiológica por causas externas; criação da disciplina de emergência nos cursos da área de saúde; complementação curricular para especialização em emergência para técnicos ou auxiliares de enfermagem a serem homologados pelo MEC; promoção do estabelecimento e implementação de currículo mínimo padronizado, homologado pelo MEC, para a formação de profissionais, voltados ao atendimento pré-hospitalar; capacitação de recursos humanos da área da saúde e de outros setores para atuar na área de prevenção de acidentes e de violências, tendo em vista a promoção de comportamentos e ambientes saudáveis e levando em conta as características sociais e culturais, bem como fatores de vulnerabilidade de cada grupo populacional; tal capacitação deverá incluir conhecimentos e técnicas de educação e comunicação social em saúde, além da elaboração de material informativo e educativo (BRASIL, 2002, p. 37).

Quanto ao Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas, integra-se como iniciativa essencial para que a temática seja evidenciada como problema de saúde pública, e assim, reveladas as ações adequadas para resolução do cenário (BRASIL, 2002).

Contribuindo com este ideal, demonstrando a ação efetiva desta diretriz, Minayo *et al.* (2018, p. 2013) afirmam que “o MS realizou várias pesquisas específicas sobre violência, em parcerias com outras instituições, como o Instituto Nacional do Câncer (INCA), Ministério da educação (MEC), IBGE, Fiocruz, Universidade de São Paulo (USP), Universidade de Campinas (UNICAMP), dentre outras”.

Para Minayo *et al.* (2018), inúmeros foram os avanços desde a implantação da PNRMAV até o momento, mas muitos são os desafios existentes. Para isso, a autora relata que é importante o investimento em incentivos para a melhoria do sistema de informação, especialmente vinculado

ao sistema pré-hospitalar e hospitalar, como também, melhorias na assistência pré-hospitalar e serviços de reabilitação, com ênfase para a logística de localização dos serviços que facilitem o acesso dos usuários do SUS.

Diversas ações surgiram também para melhorar a notificação de mortes e agravos, o ingresso do tema nas rotinas dos serviços através de normas técnicas relativas ao diagnóstico dos traumas e lesões, à especificação dos eventos e à notificação dos casos em geral, relativos às crianças, adolescentes e mulheres, pessoas com deficiência, com problemas mentais, idosos e outros (MINAYO, 2007).

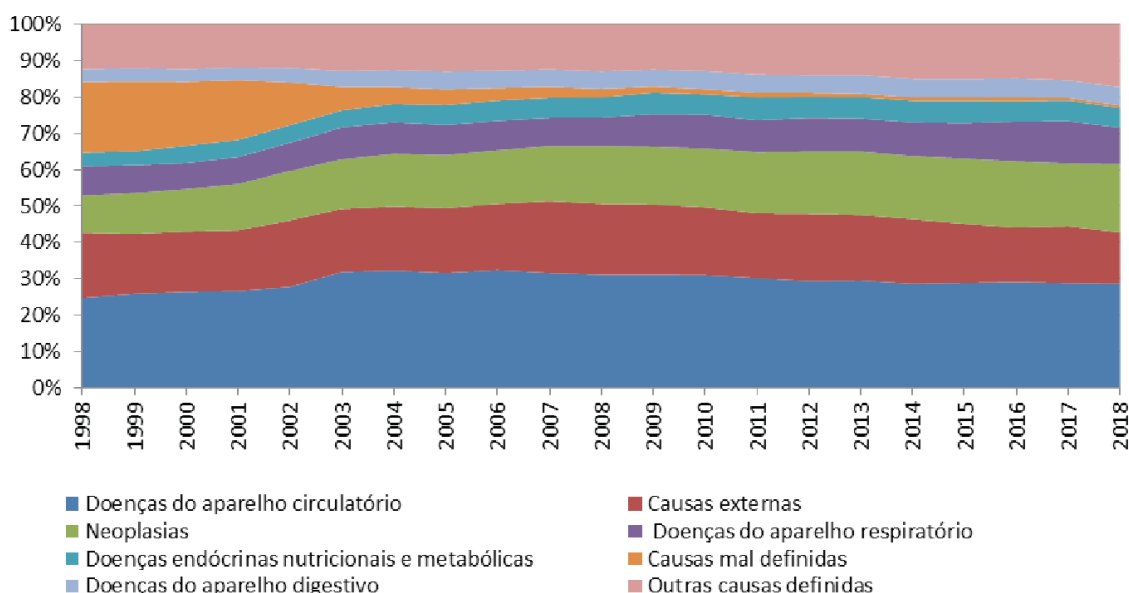
Entre outras estratégias criadas para minimizar as consequências do cenário das causas externas, está a capacitação de gestores e trabalhadores de saúde na análise de dados e vigilância de violências, mediante cursos promovidos pela secretaria de vigilância em saúde, além de capacitar, diretamente, gestores e trabalhadores da saúde, é possível considerar como ação formadora a inserção do tema Violência no currículo de matérias ministradas pelas instituições de ensino e pesquisa (MALTA *et al.*, 2007).

Dessa forma, é nítida a ação governamental para tentar minimizar as estatísticas de mortalidade por causas externas no contexto nacional, por meio da PNRMAV. E nesse período, já é possível notar as repercussões desfavoráveis que as ocorrências por causas externas geram na saúde das vítimas.

4 MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO: DISCUTINDO O PERFIL DE ADMISSÃO E A INCIDÊNCIA DE ÓBITOS DAS VÍTIMAS ADMITIDAS EM UM HOSPITAL DO SUL CAPIXABA

No Espírito Santo, a partir do ano de 1979, as causas externas crescem 49,8% sobre os coeficientes de mortalidade, mantendo a posição de segundo lugar dentre os óbitos por todas as causas (ALOCHIO, 2011). Desde então, as causas externas continuam ocupando a mesma posição no percentual de óbitos no Espírito Santo, porém, a partir de 2015, as neoplasias ultrapassaram-nas, ficando na segunda posição (Gráfico 4) (ESPÍRITO SANTO, 2019).

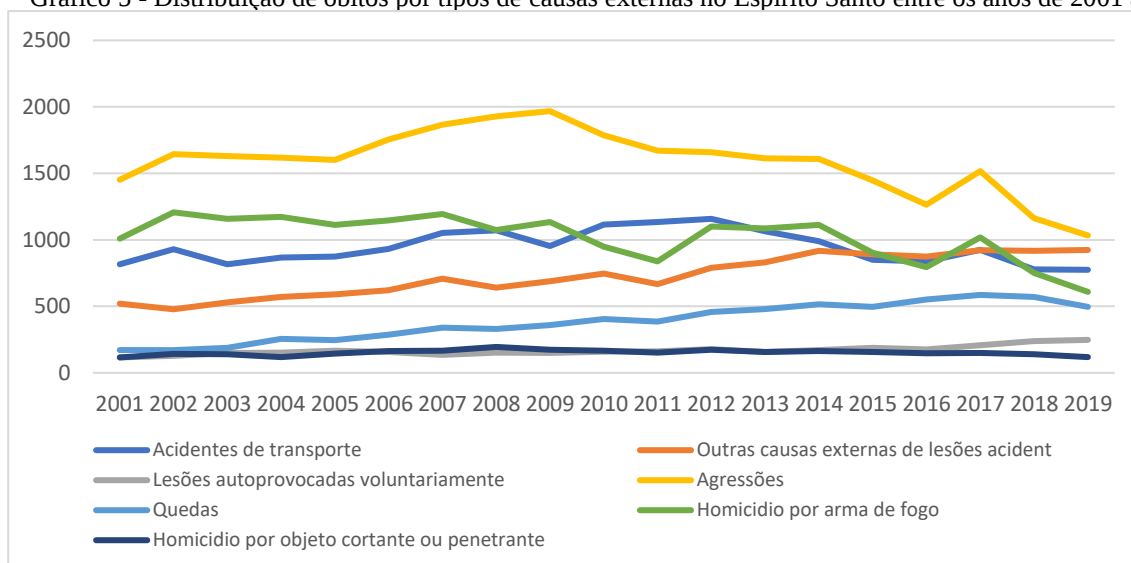
Gráfico 4 – Percentual de óbitos ocorridos no Estado do Espírito Santo - 1998 a 2018.



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde. Boletim epidemiológico: Uma análise da situação de saúde, segundo perfil da mortalidade geral, causas externas, em mulheres em idade fértil e notificação de violências interpessoal/autoprovoçadas (2019).

Considerando a mortalidade por tipos de ocorrências de causas externas no Espírito Santo entre 2001 e 2019, nota-se que, a agressão aparece em primeiro lugar em relação às demais causas (Gráfico 5) (BRASIL, 2021e).

Gráfico 5 - Distribuição de óbitos por tipos de causas externas no Espírito Santo entre os anos de 2001 a 2019



Fonte: Elaborado pelo autor. Dados extraídos do Ministério da Saúde. DATASUS, Estatísticas vitais, óbitos por causas externas no Espírito Santo, 2001 a 2019 (BRASIL, 2021e).

Além da agressão, outro tipo de violência que também teve destaque no total de mortes por causas externas neste período foi o homicídio por arma de fogo, que apresenta a tendência de declínio a partir de 2017 (Gráfico 5) (BRASIL, 2021e). Segundo Espírito Santo (2019), o homicídio por arma de fogo apresentou uma elevação na taxa de mortalidade de 76,66% em 2008 para 79,13% em 2013, com declínio para 77,12% em 2018. Reafirmando esta informação, ao considerarmos o total de óbitos pela mesma causa e neste mesmo recorte de tempo, com dados do DATASUS, verificamos que, em 2008 foram 1.074 óbitos, em 2013 1.086 óbitos e, em 2018, 752 óbitos por homicídios com uso de arma de fogo (Gráfico 5) (BRASIL, 2021e). Contribuindo também, segundo o IPEA (2020), no Espírito Santo, não somente homicídios por arma de fogo, mas considerando todos os tipos, a taxa de ocorrência por 100 mil habitantes foi de 37,90% em 2017 e em 2018 para 29,3%, notadamente uma queda de quase 10%.

Haja visto que as agressões estão entre as causas externas que mais contribuem para a mortalidade no estado do Espírito Santo, este cenário também se faz característico em outras regiões específicas. Segundo Rodrigues e Arruda (2020), este contexto da mortalidade por agressões também é uma realidade vivenciada no norte do estado do Espírito Santo, sendo possível verificar, através de informações do DATASUS, que, 38,70% do total de mortes por causas externas na região foram por atos agressivos. Uma realidade reflexa à discrepância social existente, sendo este fundamento social também estimado por Júnior *et al.* (2020) em estudo descritivo com dados do sistema de informações sobre mortalidade, afirmando que na cidade

de Sobral, no Ceará, a principal causa externa de mortalidade foi agressão (49,25%), seguido dos acidentes de transportes (28,33%), devido à desigualdade social e a fragilidade da segurança pública.

A disparidade social, mais uma vez, nitidamente proporciona consequências nas relações entre os indivíduos, sendo fator impulsionador nas ocorrências de causas violentas na sociedade. À vista disso, em 2017, no estado do Espírito Santo, a taxa de homicídios foi relativamente mais significativa nos municípios de maior concentração populacional, sendo 65,2% em Serra, 59,8% em Cariacica, 54,9% em São Mateus e 49,5% em Linhares (IPEA, 2020). Estes resultados indicam a existência de territórios vulneráveis à violência, que se formam em decorrência de características inerentes ao desenvolvimento econômico e urbanização, concentrando-se em áreas de periferia dos centros urbanos das cidades (SOGAME *et al.*, 2020b). Dessa forma, entende-se que a violência homicida resulta de uma dinâmica espacial urbana de divisão de classes por territórios, com nítido processo de apartação socioespacial (SOGAME *et al.*, 2020b).

Deste modo, vê-se que, a violência, presente nos espaços públicos e privados da vida social, apresenta variadas manifestações que refletem nos mais variados segmentos populacionais, conformando um processo social no qual as diversas facetas da violência se interligam, interagem e se fortalecem (TRUGILHO, 2020). Assim, entende-se que as situações e condições que criam e recriam as diversas formas de violência são inerentes a própria estrutura da sociedade, atingindo os mais variados segmentos sociais e territórios geoespaciais, com importantes efeitos na saúde individual e coletiva (TRUGILHO, 2020).

Assim sendo, a partir do momento em que as consequências ocasionadas pela violência incidem sobre a saúde da população, mediante as proporções de seus efeitos em relação à morbidade e mortalidade, comprova-se que as rupturas sociais existentes geram implicações ao SUS, e assim, a abordagem da violência requer a compreensão de suas raízes e seu aspecto estruturante, para a ponderação dos seus reflexos no campo da saúde pública (TRUGILHO, 2020).

É importante salientar que, na saúde pública, as violências repercutem englobando outras formas de incidir sobre a vida humana e a condição de saúde, dentre elas: a violência no campo e na cidade, a violência no trânsito, a violência homicida, a violência nas relações interpessoais no âmbito doméstico, a violência relacionada ao mercado ilegal do tráfico de drogas e de ação

estatal no seu enfrentamento, a violência dirigida aos jovens das periferias urbanas e a violência dirigida às pessoas por preconceitos e intolerância (TRUGILHO, 2020).

A vista disto, a violência urbana é um fenômeno consequente ao processo de desenvolvimento econômico com efeitos assoladores no desenvolvimento social, uma vez que, focado na industrialização e na urbanização, estabeleceu-se a geração de uma dinâmica espacial urbana de divisão de classes por territórios, com nítido processo de segregação socioespacial.

Dessa forma, são territórios caracterizados pela exclusão e falta de proteção social, infraestrutura instável, que refletem à formação dos problemas sociais no Brasil. Pode-se dizer que, nestas áreas marcadas pela ausência de políticas públicas, a sociedade segue exposta à violência que se faz presente diuturnamente, por meio de disputas pelo domínio do comércio ilegal de drogas entre grupos rivais, pelo crime organizado e pelo confronto policial com esses grupos.

Convém assinalar também, que neste contexto de rupturas sociais, a violência no trânsito e a violência homicida representam, segundo o Ministério da Saúde, as principais causas de internação e óbito no Brasil (VIANA, 2013). E quando nos referimos ao trânsito, consideramos os traumas, as lesões e sequelas, lembrando apenas de causas acidentais, porém, sob a ótica de uma relação social específica, cuja particularidade está na mediação da violência por um veículo, ou meio de transporte, no trânsito, é certo caracterizar este contexto também como de violência no trânsito (VIANA, 2013).

Sendo assim, como medidas políticas governamentais, na tentativa de solucionar a problemática em questão, relacionadas à promoção de saúde e o enfrentamento da violência, surgem ações preconizadas pelo Ministério da Saúde com essa finalidade, dentre as quais estão: Portaria MS/GM nº 737/2001 – cria a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências; Portaria MS/GM nº 936/2004 – dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; Portaria nº 687/2006 – aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde; Portaria MS/GM nº 1.356/2006 – institui incentivo financeiro para o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) em Serviços Sentinela; Portaria MS/GM nº 1.271/2014 – define lista de notificação compulsória na qual inclui a notificação da violência doméstica e outras formas de violência (TRUGILHO, 2020).

Sendo assim, vale ressaltar que a atenção à vítima de violência deve ser baseada na integralidade de ações vinculadas com a rede de cuidados e proteção social, possibilitando assegurar o acesso aos direitos sociais, em conjunto com os diversos órgãos oficiais públicos de proteção. Desta maneira, identificar os componentes radicados nos processos e formas de violência eminentes em nossa realidade social é fundamental para elaborar e efetivar ações e estratégias coerentes para o enfrentamento de suas repercussões na saúde (TRUGILHO, 2020).

Para tanto, a solução para a questão não está contida em argumentos e políticas imediatistas focalizadas, segmentadas e repressoras, que apenas contribuem para ocultar as verdadeiras causas das violências que provocam incomensuráveis danos à saúde individual e coletiva, mas em ações que possuem uma abrangência intersetorial e de envolvimento multiprocessual.

Todavia, é importante reconhecer que o percurso de mudanças desta realidade requer a transformação profunda da totalidade das relações sociais, articulando as ações no âmbito da saúde e da intersetorialidade com os diversos desafios existentes na sociedade (VIANA, 2013).

Ainda no gráfico 5, quanto a mortalidade por tipos de acidentes, observa-se que os acidentes de transporte terrestre e as quedas também ganham destaque estatístico (BRASIL, 2021e). Segundo Espírito Santo (2017), em 2006, 2011 e 2016, os acidentes de trânsito e as quedas fazem parte das três principais categorias de causas externas de maior taxa de mortalidade no estado do Espírito Santo.

Mesmo estando entre os tipos de causas externas de maior mortalidade no estado, a mortalidade por acidentes de transporte demonstra uma redução de 30,32/100 mil habitantes em 2008 para 28,47/100 mil habitantes em 2013, alcançando 18,93/100 mil habitantes em 2018 (ESPÍRITO SANTO, 2019). Esta tendência de declínio é observada no Gráfico 5, ao explorar os dados referentes a mortalidade por acidentes de transporte nos anos de 2008, 2013 e 2018, sendo um total de óbitos de 1.071, 1.065 e 779, respectivamente (Gráfico 5) (BRASIL, 2021e).

Em contrapartida, as quedas permanecem em evidência no cenário da mortalidade no Espírito Santo, e com aumento progressivo em 2006, de 7,83% para 10,16% em 2011 e 13,05% em 2016 (ESPÍRITO SANTO, 2017). Portanto, este aumento de 66,67% em 10 anos pode ser observado no gráfico quando analisamos a curva do número de óbitos por quedas, em 2006, 2011 e 2016 (Gráfico 5) (BRASIL, 2021e).

É importante ressaltar que, para inteirar-se melhor do cenário das causas externas no Espírito Santo, se faz necessário considerar as informações a respeito das notificações das causas externas atendidas pelos serviços de urgência e emergência, disponíveis no VIVA Inquérito.

Dessa forma, segundo Brasil (2017), em 2014, na capital do estado do Espírito Santo, 93,5% de atendimentos prestados a vítimas de causas externas eram por lesões acidentais, sendo que, 19,3% eram por acidentes de transporte e 34,9% por quedas. Em 2017 houve mínima variação para 19,4% no atendimento a vítimas de acidentes de transporte, porém, as quedas apresentaram uma taxa de 66%, ou seja, mais de 30% de aumento se comparado ao ano de 2014 (BRASIL, 2019).

Segundo Marinho *et al.* (2020), 70% das quedas ocorrem dentro do seu próprio lar, sendo os idosos o público mais afetado, pois vivem isolados ou afastados das famílias, e assim, possuem maior probabilidade de exposição ao acidente. De acordo com Paiva, Lima e Barroa (2020), a ocorrência das quedas possui uma influência do meio o qual o idoso pertence, considerando o segmento social e demográfico.

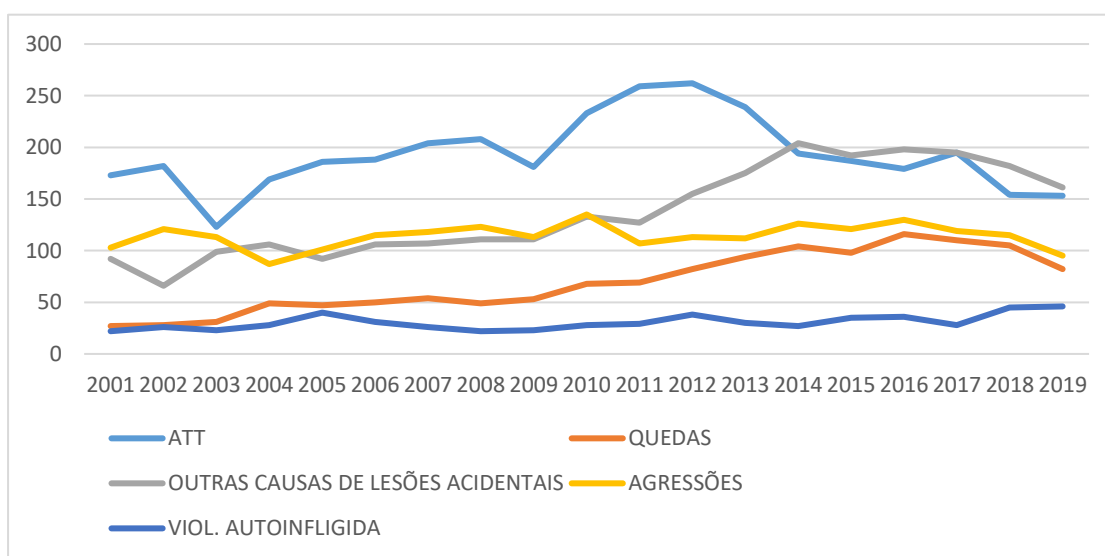
No que compete em verificar a distribuição dos óbitos por causas externas no Espírito Santo e identificar a participação estatística sul capixaba, constata-se que, no estado, o total de óbitos por causas externas, considerando acidentes de transporte terrestre, outras causas de lesões acidentais, lesões autoprovocadas voluntariamente, agressões e quedas, foram de 72.474, no período de 2001 a 2019 (BRASIL, 2021e). Deste total, a região sul capixaba foi responsável pelo total de 10.347 óbitos por causas externas, ou seja, 14% do total referente a todo o estado (BRASIL, 2021e).

À vista disso, a partir do total de óbitos por causas externas na região Sul capixaba, verifica-se que, 3.669 (35%) óbitos foram por causas acidentais do tipo ATT, seguido de 2.612 (25%) por lesões autoprovocadas voluntariamente, 2.167 (20%) por agressões, 1.316 (12%) por outras causas de lesões acidentais e 583 (5%) por quedas (Gráfico 6) (BRASIL, 2021e). Então, vê-se que, durante 18 anos, as causas acidentais foram as que contribuíram de forma significativa no contexto de mortalidade por causas externas na região (Gráfico 6) (BRASIL, 2021e).

Esta realidade justifica-se, possivelmente, em virtude do grande fluxo de veículos intermunicipais e interestaduais, em rodovias pouco fiscalizadas e sem infraestrutura adequada.

O gráfico 6 também revela que, durante os anos de 2001 a 2014, os ATT lideraram a mortalidade por causas externas na região sul capixaba, porém, a partir de 2014 esta posição passa a ser assumida por outras causas de lesões acidentais, compreendidas como exposição a forças mecânicas inanimadas; afogamento e submersão acidentais; outros riscos acidentais à respiração; exposição acidental a outros fatores e aos não especificados (BRASIL, 2021e).

Gráfico 6 - Distribuição de óbitos por tipos de causas externas no Sul do Espírito Santo entre os anos de 2001 a 2019



Fonte: Elaborado pelo autor (2021e).

Legenda: ATT: Acidente de transporte terrestre. Outras causas de lesões acidentais: exposição a forças mecânicas inanimadas; afogamento e submersão acidentais; outros riscos acidentais à respiração; exposição acidental a outros fatores e aos não especificados

Considerando ainda a análise temporal da mortalidade por ATT, conforme exposto no gráfico 6, salienta-se que, de 3.669 óbitos em 2003, nota-se uma menor variação na mortalidade com 123 (3%) óbitos, e um maior variação em 2012, com 262 (7%) óbitos (BRASIL, 2021e). Mesmo não sendo a principal causa de morte por causas externas no estado do Espírito Santo, conforme gráfico 5, esta variação da mortalidade por ATT também é nítida quando verificamos o quantitativo nos anos de 2003 e 2012, sendo representada por uma variação mínima de 817 (4%) óbitos e máxima de 1.158 (6%) óbitos por ATT, respectivamente (BRASIL, 2021e).

Este contexto também é afirmado por Moraes Neto *et al.* (2012), que mesmo analisando dados de mortalidade por ATT no DATASUS/SIM referente a todo o Brasil, revelaram um crescente aumento de óbitos por esta causa entre os anos de 2000 a 2010, podendo ser justificado por um período de crescente aumento da frota de veículos, deficiência na fiscalização dos automóveis,

precariedade de transporte público e infraestrutura inadequada de rodovias (MORAES NETO *et al.*, 2012)

Este cenário de letalidade por ATT na região Sul capixaba não difere de outras regiões brasileiras. Segundo Corassa *et al.* (2017), esta situação é semelhante à de Minas Gerais, no período de 2001 a 2012, na qual os ATT constituíram a principal causa de óbito, correspondendo a 29,6% das mortes por causas externas no período, seguidos pelas outras causas de lesões acidentais (21,5%), pelas agressões (20,6%) e pelos suicídios (14,6%). Assim como, os estudos de Cardoso *et al.* (2020), Messias *et al.* (2018) e Castro *et al.* (2021) afirmam que a mortalidade por ATT lidera dentre todas as causas de óbito por causas externas, respectivamente, nas regiões de Santa Catarina, Tocantins e no município de Porto Velho em Rondônia.

Outro fator que contribuiu para a estatística de mortalidade por ATT ser mais evidente na região Sul Capixaba é o fato de que a região é composta pelo Polo Cachoeiro (PDR-2011), e neste destaca-se o município de Cachoeiro de Itapemirim, caracterizado por grande concentração populacional (210.589 habitantes), sendo responsável por 30% da população sul capixaba e 57% do polo Cachoeiro (IBGE, 2021). Sendo considerado o núcleo urbano mais importante do sul do Estado do Espírito Santo, o município está situado a uma distância de 136 km da capital, e pelo fato de ser beneficiado por boas rodovias, como a BR-101, que permite a concentração e a distribuição de bens e serviços para municípios vizinhos (HISTÓRIA, 2021).

Dessa forma, entende-se que, devido a intensa rotatividade veicular, tanto na BR-101 quanto em outras rodovias que circundam o Polo, os acidentes de transporte terrestre tornam-se mais corriqueiros, podendo assim, contribuir para a mortalidade por causas externas na região Sul Capixaba (HISTÓRIA, 2021). Este deslocamento do número expressivo de pessoas, principalmente dos municípios do interior para Cachoeiro de Itapemirim em busca de serviços e recursos, pode ser caracterizado pelo uso de meios de transportes precários, sem fiscalização devida, somado a infraestrutura inadequada de rodovias, o que expõe os indivíduos a maiores riscos acidentais (MORAES NETO *et al.*, 2012).

A partir desta análise, levando em conta os resultados da pesquisa documental exposta acima, nota-se que as principais causas de óbitos por causas externas na região sul capixaba se diferem do contexto do estado do Espírito Santo. Isto ocorre devido as diferenças existentes quanto as

particularidades sociodemográficas e a distribuição populacional da região Sul, como também, a disparidade social existente nos municípios de grande concentração urbana, como na região metropolitana e norte do estado, contribuindo então, para um número maior de óbitos por causas violentas.

Além disso, para Silva, Silva e Moraes (2019), as ocorrências por acidentes de transporte terrestre podem ser evitadas, pois, estatisticamente, grande parte das ocorrências por esta natureza decorrem devido à falta de atenção e por alta velocidade. Ou seja, a imprudência e negligência são fatores impulsionadores para o surgimento expressivo dessas ocorrências.

Diante do panorama de mortalidade por ATT no estado do Espírito Santo, vale ressaltar que foram elaboradas estratégias para resolução deste cenário a nível mundial neste mesmo período de tempo. Uma delas, por meio da Resolução A/RES/64/255, publicada em 2 de março de 2010, onde o período de 2011 a 2020 foi nomeado como a Década de Ações para a Segurança Viária, sendo que, o objetivo era que cada país membro criasse um plano para definir políticas, programas, ações e metas para reduzir a quantidade de mortos em acidentes de trânsito em 50% no período de dez anos (DUARTE, 2020).

Neste plano estratégico, a WHO e a ONU alavancaram ações globais para promover a Segurança Viária em todo mundo, com base em cinco pilares: Gestão de Segurança Viária; Infraestrutura Viária; Segurança Veicular; Segurança dos Usuários e Conscientização; e Resposta ao Acidente (DUARTE, 2020).

Relevante se faz destacar que um planejamento político foi executado no Brasil neste período. Para esse fim, em 2011 foi elaborado e lançado o Pacto Nacional pela Redução de Acidentes no Trânsito – Um Pacto pela Vida, e, em 2018, sancionou-se a Lei n.º 13.614, que criou o Plano Nacional de Redução de Mortes e Lesões no Trânsito (PNATRANS) (DUARTE, 2020). O governo brasileiro também havia fomentado, previamente, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001), a Política Nacional de Trânsito (2004) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (2006), além de participar do Projeto Vida no Trânsito (2010), iniciativas públicas que fortaleceram a implantação, no Brasil, da Década de Ações para a Segurança Viária (DUARTE, 2020).

Vê-se que, a partir dos dados expostos acima estamos distantes de alcançar a meta de redução das mortes no trânsito. Se faz necessário um esforço conjunto, envolvendo condutores e pedestres, políticos e instituições não governamentais, profissionais da linha de frente e de pesquisadores, para mudarmos a realidade do trânsito no estado e no país. Ações como a valorização do transporte coletivo, a elaboração de leis de trânsito rígidas e passíveis de execução e monitoramento, veículos com maiores dispositivos de segurança para o condutor, passageiros e pedestres podem tornar possível a transformação de contextos futuros.

A seguir apresentam-se os resultados da pesquisa de campo, utilizando dados do sistema hospitalar informatizado MV, para verificar o perfil e a incidência de óbito das vítimas de causas externas atendidas no pronto-socorro da Santa Casa de Misericórdia.

Foi possível coletar informações de 164 prontuários, destes, 29 foram excluídos devido à falta de informações, e 135 foram incluídos na amostra. A média de idade dessas vítimas foi $47 \pm 20,1$, com variação de 17 a 88 anos.

Ao analisar as informações contidas nos prontuários incluídos na amostra, foi possível traçar o perfil das vítimas (Tabela 1), os principais tipos de causas externas (Tabela 2), os tipos de transporte pré-hospitalar e assistência médica pré-hospitalar (Tabela 3).

Tabela 1 - Perfil das vítimas de causas externas admitidos na Santa Casa de Misericórdia Cachoeiro (2018)

(continua)

Variáveis	Total da amostra N=135 (%)
Sexo	
Masculino	99 (73%)
Feminino	36 (27%)
Ciclo de Vida	
Adolescente	6(4%)
Adulto	87(64%)
Idoso	36(27%)
Idoso longo	6 (4%)
Municípios de origem	
Polo Cachoeiro	96(71%)
Região do Caparaó	15 (11%)
Região metrópole expandida do Sul	18 (13%)
Outros municípios	5(4%)
Não informado	1(1%)
Causas externas	

(Conclusão)

Variáveis	Total da amostra N=135 (%)
Acidentes	121(90%)
Violências	14(10%)
Presença de embriaguez	
Sim	15(11%)
Não	108(80%)
Não informado	12(9%)
Sinais de uso de entorpecentes ou drogas ilícitas	
Sim	1 (1%)
Não	121(90%)
Não informado	13(10%)

Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

Legenda: Outros Municípios: municípios que não pertencem a região Sul ou outros Estados.

Das 135 vítimas estudadas, 73% eram do sexo masculino e, considerando o ciclo de vida, a maioria era adulto (64%) (Tabela 1).

Segundo o estudo de Silva *et al.* (2019a), considerando os anos de 2009 a 2013, na cidade de Jequié, do total de internações hospitalares por causas externas, 73,7% eram vítimas de sexo masculino. Reforçando este contexto, um outro estudo descritivo-exploratório, realizado entre 2014 a 2015, no Hospital das clínicas de uma universidade pública de Minas Gerais, verificou que a maioria das vítimas de lesões acidentais admitidas no hospital, 87,5%, eram do sexo masculino (SILVA *et al.*, 2018).

Além da maior ocorrência no sexo masculino, a Vigilância de Acidentes e Violência (VIVA) constatou que, nos anos de 2013 e 2014, 59,7% dos atendimentos consequentes de causas externas em serviços de emergência sentinela no Brasil foram a adultos (BRASIL, 2017). Da mesma forma, Alves *et al.* (2018), em estudo transversal retrospectivo, realizado na macrorregião do Triângulo Sul do estado de Minas Gerais, entre os anos de 2014 e 2015, identificaram que as causas de admissão hospitalar por quedas foram mais prevalentes em homens (63,1%), e mais incidente em idosos.

Observa-se que, as peculiaridades inerentes ao processo de envelhecimento promovem alteração da funcionalidade dos indivíduos neste ciclo de vida, tornando-os expostos aos riscos de ocorrências de quedas.

Deve-se compreender, contudo, que há também maior exposição masculina desse grupo etário às causas externas, uma vez que, constituem a parcela economicamente ativa da população, e acredita-se que o predomínio dos homens nos incidentes se deva ao fato de os padrões sociais e culturais estarem fixados no conceito de gênero, o que os expõe a situações e comportamentos considerados de risco para acidentes (SOUTO *et al.*, 2017).

Além disto, os motivos da participação masculina em acidentes são particularmente no ciclo de vida adulto e pode estar relacionado aos padrões sociais e culturais estabelecidos na população do sexo masculino, como direção perigosa em alta velocidade e agressividade na realização de operações perigosas no trânsito (SAMPAIO *et al.*, 2019).

Essas atitudes e comportamentos são alguns dos pilares para a construção da masculinidade hegemônica e, embora os homens sejam considerados sinônimos de força, invencibilidade e invulnerabilidade, também os são expostos a perigos e riscos extremos (SAMPAIO *et al.*, 2019).

Ao considerar os municípios de origem, destaca-se o Polo Cachoeiro (71%) como a região de maior ocorrência de causas externas, sendo Cachoeiro de Itapemirim o município com maior evidência, um total de 73 vítimas, o que representa 54% do total da amostra e 76% quando comparado ao total de ocorrências no Polo (Tabela 1). Entende-se que estes resultados estão relacionados ao fato de que a região possui um volume maior de pessoas, como também se faz necessário ressaltar que, Cachoeiro de Itapemirim concentra uma importante área de serviços gerais, de comércio, de lazer e de serviços de saúde especializados para a maior parte da população pertencente ao Polo Cachoeiro. Portanto, apresenta uma circulação intensa de pessoas entre os moradores das cidades que compõem a região e das outras regiões.

No que tange identificar os tipos de causas externas de maior ocorrência, verifica-se que 90% eram por causas acidentais, e a maioria das vítimas não apresentaram sinais de embriaguez (80%) e sinais de uso de entorpecentes ou drogas ilícitas (90%) (Tabela 1).

De fato, vale ressaltar que o registro de sinais de embriaguez, uso de entorpecentes e drogas ilícitas podem estar subestimados, uma vez que, muitos indivíduos podem ser omissos no relato, visto que, alguns autores, como Bordoni, Silva e Bordoni (2021), afirmam que o uso destas substâncias gera alterações neurológicas, como instabilidade emocional, perda do raciocínio

crítico, *deficits* variáveis de memória, sonolência e lentificação motora. Sendo assim, efeitos que potencializam comportamentos violentos ou mesmo a negligência com situações de risco acidentais (BORDONI; SILVA; BORDONI, 2021).

Mesmo não sendo um fator determinante dos casos acidentais da pesquisa de campo, é importante ressaltar que, no que diz respeito ao uso de drogas e álcool, estes estão relacionados ao aumento considerável do risco de envolvimento em episódios de causas externas entre jovens (MELO; GARCIA, 2017). Além disso, observa-se que o álcool se comporta como fator impulsor e até mesmo condicionante para a ocorrência de causas exógenas (MELO; GARCIA, 2017).

O uso abusivo de bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas constitui um problema relevante nas sociedades contemporâneas, não obstante, o consumo de bebidas alcoólicas está profundamente enraizado em nossa sociedade, como também seus reflexos são observados nas causas externas.

Dentre os tipos de acidentes, destacam-se as quedas (49%) como as causas de maior ocorrência de assistência hospitalar, seguidas pelos acidentes de transporte terrestre (40%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Tipos de acidentes e violências admitidos na Santa Casa de Misericórdia Cachoeiro (2018)

Variáveis	Total da amostra n=135 (%)
Tipos de acidente (n=121)	
Acidente transporte terrestre (ATT)	48(40%)
Queda da própria altura	59(49%)
Outros	12(10%)
Não Informado	2(1%)
Tipos de Violência (n=14)	
Agressões	4(29%)
Vítima de arma branca	5(36%)
Vítima de projétil de arma de fogo	5(36%)

Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

Legenda: Outros tipos de acidentes: acidentes de trabalho, com explosivos, queda do telhado, queda de cavalo, queda de tora sobre si, coice de vaca e trauma em jogo de futebol. Outros Municípios: municípios que não pertencem a região Sul ou outros Estados. Arma branca: objetos cortantes ou pontiagudos penetrantes.

Ferreira, Oliveira e Coutinho (2019), sustentando o exposto acima, através de uma análise de dados do DATASUS, constataram que, entre 2012 e 2017, no estado do Sergipe, também houve uma predominância de internações por causas acidentais representadas pelas quedas (38,7%) e acidentes de transporte terrestre (21,9%).

Resultados semelhantes ao encontrado pelo VIVA inquérito 2017, o qual apresentou como principal ocorrência a queda accidental (35,2%), excluindo as quedas por acidentes de trânsito, seguida de acidente de transporte (22%) ao se analisar serviços sentinelas de urgência e emergência em diversos municípios do Brasil, o que inclui o Espírito Santo (BRASIL, 2019). Além disso, as vítimas do sexo masculino apresentaram sinais de ingestão de bebida alcoólica três vezes superior em relação as mulheres (9,5% e 3,2%, respectivamente), contribuindo para o entendimento de que o estilo de vida levado pelos homens os expõe em riscos eminentes de ocorrências de causas accidentais (BRASIL, 2019).

Portanto, é notória a necessidade de ações específicas visando à diminuição dos agravos prevalentes nos idosos, como também, é essencial a realização de práticas educativas e políticas destinadas à promoção de saúde e à prevenção das quedas.

Dentre as vítimas assistidas por causas violentas, nota-se que as violências por arma branca (36%) e por projétil de arma de fogo (36%) foram de maior ocorrência, seguidas pelas agressões (29%) (Tabela 2). Resultado semelhante ao encontrado por Piovezan *et al.* (2018) em sua pesquisa, considerando internações hospitalares por violência na cidade de Barbacena, Minas Gerais, entre os anos de 2013 a 2016, revelando que a maioria das vítimas admitidas eram por violência física (81,4%).

Com base nisso, acredita-se que este cenário violento seja fundamentado na discrepância social existente a partir de uma dinâmica espacial urbana de divisão de classes por territórios, muito característico na periferia urbana, ou seja, áreas reféns de um somatório de peculiaridades inerentes ao desenvolvimento econômico e urbanização brasileira, produzindo territórios vulneráveis à violência (TRUGILHO, 2020).

Além da desfavorável repercussão social que as vítimas de causas externas estão sujeitas, também é importante ressaltar que, devido aos danos físicos causados pelos acidentes ou violências, compreender como as vítimas foram transportadas do local das ocorrências até o atendimento hospitalar, e identificar a existência da assistência médica pré-hospitalar, contribui para o entendimento intrínseco a respeito do desfecho e prognóstico clínico das vítimas. Isto advém, devido ao fato de o atendimento pré-hospitalar ter por objetivo reduzir índices de mortalidade, contribuir para um menor tempo de internação hospitalar a partir da minimização das sequelas ocasionadas pela falta de atendimento precoce (SOUSA *et al.*, 2020)

Isto posto, a tabela 3 revela os tipos de transporte pré-hospitalar e a existência de assistência médica pré-hospitalar prestada às vítimas de causas externas admitidas na Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro. Vale ressaltar que, quanto ao tipo de transporte, denominado como carro próprio, considera-se que as vítimas podem ser transportadas por familiares ou terceiros. Como também, considera-se como outros tipos de transporte as vítimas socorridas nas estradas federais e transportadas pela ECO 101, e vítimas provenientes de outros municípios que são transferidas para a instituição hospitalar por meio da regulação de vagas da SESA.

Considera-se como assistência médica pré-hospitalar o serviço prestado pela UPA, e móvel quando caracterizado pelo serviço de empresas conveniadas aos planos de saúde ou sistema público.

Tabela 3 - Tipos de transporte pré-hospitalar e assistência médica pré-hospitalar as vítimas de causas externas admitidas na Santa Casa de Misericórdia Cachoeiro (2018)

Variáveis	Total da amostra n=135 (%)
Transporte pré-hospitalar	
Ambulância municipal	48(36%)
Corpo de Bombeiros	32(24%)
Carros próprios	28(21%)
Outros	16(12%)
Não informado	11(8%)
Assistência Médica pré-hospitalar	
Sim	32(24%)
Não	96(71%)
Não informado	7(5%)

Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

Legenda: Outros tipos de transporte pré-hospitalar: ECO 101 e transporte pela SESA.

Em relação ao transporte pré-hospitalar utilizado pelas vítimas, a maioria (36%) foi transportada até o hospital por ambulância municipal, 24% foram assistidas e conduzidas pelo corpo de bombeiros, 21% por carros próprios e 12% por outros tipos (Tabela 3). É possível observar também que, 71% das vítimas não usufruíram de assistência médica pré-hospitalar (Tabela 3). Uma realidade preocupante, pois, segundo Sena e Oliveira (2020), a assistência médica pré-hospitalar, assim como as intervenções iniciais adequadas, são fundamentais para prevenir o agravamento e o surgimento de novas lesões, para melhorar as condições de alguns casos e até atrasar resultados fatais, oferecendo à vítima a oportunidade de chegar ao tratamento definitivo e se beneficiando dele.

Considerando o atendimento prestado às vítimas pelo Corpo de bombeiros, não somente na região sul capixaba, mas em outras regiões, a ausência de profissionais da saúde atuantes nesta

instância é um fator preocupante no que diz respeito à prática de intervenções assertivas. Segundo Queiroz *et al.* (2017), ao analisar o conhecimento teórico dos Bombeiros Militares no atendimento pré-hospitalar às vítimas de acidentes de trânsito na região do Alto Oeste Potiguar, no Rio Grande do Norte, foi evidente o desprovimento de conhecimentos importantes. Dessa forma, os autores afirmam ser urgente discutir a inserção de profissionais com formação em saúde (Médico, Enfermeiro e Técnico de Enfermagem) para a prestação de uma assistência mais especializada com aptidões para desenvolver procedimentos invasivos com aparato tecnológico que aumenta a sobrevivência das vítimas.

Dos 135 participantes incluídos no estudo, 12 (9%) evoluíram a óbito, sendo a média de idade de $61 \pm 22,5$, variando de 24 a 87 anos. Esta realidade se assemelha com a cidade de Jequié, ao analisar o perfil das vítimas admitidas no hospital por causas externas que foram a óbito, verificou-se uma maior incidência na faixa etária de 60 anos ou mais (SILVA *et al.*, 2019a). A tabela 4, apresentada a seguir, caracteriza o perfil das vítimas que evoluíram para o óbito.

Tabela 4 - Perfil das vítimas de causas externas, com evolução para óbito, admitidos na Santa Casa de Misericórdia Cachoeiro (2018)

Variáveis	Total de óbitos N= 12 (%)
Sexo	
Masculino	7 (58%)
Feminino	5 (42%)
Ciclo de Vida	
Adulto	5(42%)
Idoso	6(50%)
Idoso Longevo	1(8%)
Municípios de origem	
Polo Cachoeiro	9(75%)
Região do Caparaó	2(17%)
Região metrópole expandida do Sul	1(8%)
Causas externas	
Acidentes	10(83%)
Violências	2(17%)
Presença de embriaguez	
Não	9(75%)
Não Informado	3(25%)
Sinais de uso de entorpecentes ou drogas ilícitas	
Não	9(75%)
Não informado	3(25%)

Fonte: Elaborada pelo autor (2021).121

Legenda: Outros Municípios: municípios que não pertencem a região Sul ou outros Estados.

Dessa forma, ao explorar os resultados expostos na tabela 4, é possível verificar que a maioria (50%) das vítimas eram idosas, do sexo masculino (58%) e por causas acidentais (83%). De fato, este cenário pode ser justificado devido às peculiaridades agregadas a este subgrupo etário, considerando as alterações fisiológicas do processo de envelhecimento, pois o avanço da idade associado à depleção natural dos sistemas fisiológicos e da funcionalidade tornam as quedas acidentais mais frequentes nos indivíduos acima de 60 anos (STOLT *et al.*, 2020).

Também devemos considerar como fator contribuinte para a alta incidência de quedas o fato de que os homens idosos mais jovens (60 a 79 anos) tendem a ser mais produtivos e usufruem de maior independência e mobilidade, e assim, estão mais propensos a maior ocorrência de causas externas (LINO *et al.*, 2014).

No que se refere aos municípios de origem, a maior parte das vítimas que foram a óbito eram do polo Cachoeiro (75%), e deram entrada no hospital por causas acidentais (83%) (Tabela 4). Resultado equivalente ao encontrado na pesquisa documental utilizando dados do DATASUS, referentes a mortalidade por causas externas no sul do estado do Espírito Santo, conforme Gráfico 6. Reafirmando que, considerando o fato de uma maior concentração populacional na região associado ao número expressivo de indivíduos que transitam até a localidade em busca de comércio e serviços, estes por sua vez, estão expostos a uma maior ocorrência de acidentes.

Quanto aos tipos de acidentes, observa-se que a maioria das vítimas que foram a óbito, apresentaram como causa externa a queda da própria altura (80%) (Tabela 5). Dos 8 casos de quedas, 7 eram idosos (50% idosos e 8% idoso longevo), o que representa 87,5% das vítimas desses ciclos de vida (Tabela 4).

Tabela 5 - Tipos de causas da externas das vítimas que foram a óbito admitidas na Santa Casa de Misericórdia Cachoeiro (2018)

Variáveis	Total de óbitos n=12 (%)
Tipo de acidentes	
Acidente transporte terrestre (ATT)	2(20%)
Queda da própria altura	8(80%)
Tipos de Violência	
Agressões	1(50%)
Vítima de projétil de arma de fogo	1(50%)

Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

Legenda: Outros tipos de acidentes: acidentes de trabalho, com explosivos, queda do telhado, queda de cavalo, queda de tora sobre si, coice de vaca e trauma em jogo de futebol.

A maior ocorrência de quedas em idosos também foi observada no estudo realizado por Rezende *et al.* (2019), em Sergipe, no período entre 2014 e 2016, que analisaram 370 casos de morte por queda em idosos, e associaram o aumento significativo das taxas de mortalidade por quedas com o avançar da idade, ou seja, quanto maior o envelhecimento e o dano celular, maior o risco da ocorrência de quedas. Segundo Soares e Rech (2018), a alta incidência de quedas está relacionada à fragilidade, ocasionada pelo envelhecimento, pois os idosos têm maior probabilidade de apresentar comorbidades, aliadas aos fatores ambientais, que levarão à deterioração orgânica, promovendo assim, quedas (SOARES; RECH, 2018).

Apesar de ser um trauma de baixa energia, é evidente que as consequências das quedas podem ser severas e proporcionar elevada morbimortalidade na população idosa, gerando mudanças significativas na vida e independência do idoso, além de um elevado custo aos serviços de saúde (AKIYAMA *et al.*, 2018).

Para Bittar, Franciso e Hirotani (2021), o óbito não ocorre diretamente pela ocorrência da queda, mas por fatores intrínsecos, associados a realidade da vítima, inerentes ao período de hospitalização, como a idade avançada, presença de comorbidades, imobilismo no leito, risco de infecções e alterações circulatórias. Como também, o idoso apresenta maior tempo de internação e fragilidade, o que aumenta a incidência de óbitos por acidentes menos graves (BITTAR; FRANCISCO; HIROTANI, 2021).

A seguir, analisando os dados expostos na Tabela 6, é possível verificar que, 58% da população que evoluiu a óbito foram encaminhados ao hospital por meio de ambulância municipal, e 50% das vítimas foram atendidas por um serviço médico.

Tabela 6 - Tipos de transporte pré-hospitalar e assistência médica pré-hospitalar das vítimas de causas externas com evolução para óbito, admitidas na Santa Casa de Misericórdia Cachoeiro (2018)

Variáveis	Total de óbitos n=12 (%)
Transporte pré-hospitalar	
Ambulância municipal	7(58%)
Corpo de Bombeiros	1(8%)
Carros próprios	1(8%)
Outros	1(8%)
Não informado	2(17%)
Assistência Médica pré-hospitalar	
Sim	6(50%)
Não	5(42%)
Não informado	1(8%)

Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

Legenda: Outros tipos de transporte pré-hospitalar: ECO 101 e transporte pela SESA.

Muito mais do que somente ter ou não a assistência médica pré-hospitalar, é fundamental considerar que, quanto mais rápido esta vítima for assistida, menores serão os riscos de um desfecho desfavorável, pois quanto maior a eficiência do serviço, melhores serão os resultados na garantia da vida das vítimas (SANTOS *et al.*, 2019).

Destaca-se que, ao considerar a queda como evento de maior frequência nessa população, especial atenção deve ser dada, principalmente se a vítima for idosa, neste caso, o transporte deve ser realizado sempre que possível e em tempo hábil, visto que, essa causa externa pode ser uma manifestação atípica de alguma condição de saúde. Assim, o transporte para um serviço de saúde é fundamental para uma investigação clínica completa e início imediato do tratamento adequado, tanto das consequências do evento quanto das possíveis causas subjacentes (SILVA; PESSOA; MENEZES, 2016).

Segundo Sousa (2020), a assistência médica pré-hospitalar é uma ferramenta fundamental na garantia da sobrevivência e redução das sequelas dos agravos à saúde ocasionados pelos acidentes ou violências e, conseqüentemente, menor risco à morte.

Sendo assim, verifica-se que, as causas acidentais foram as causas externas que mais contribuíram para a ocorrência de óbitos, tanto no que compete a todo o sul capixaba como também as vítimas admitidas na Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro. Todavia, as agressões foram as causas externas de maior significância na mortalidade, quando analisamos os dados documentais do estado do Espírito Santo.

Entretanto, a pesquisa documental, pautada na análise de dados do DATASUS, revela que, no ano de 2018, na região sul capixaba, a mortalidade por outras causas de lesões acidentais foi mais significativa, sendo que, no mesmo período, porém com recorte de 6 meses, a pesquisa de campo, analisando prontuário informatizado, constatou que as quedas foram as causas de maior relevância na mortalidade por causas externas em um hospital sul capixaba.

Necessário se faz promover, de forma enfática, as ações e estratégias já vinculadas as políticas existentes, que visam minimizar os efeitos consequentes das ocorrências de causas externas. Entretanto, especificamente ao contexto da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro, carece por uma reorientação do cuidado da gestão do próprio hospital, como também, uma ação

assertiva ao Polo Cachoeiro quanto a prevenção de causas acidentais e promoção de saúde, buscando erradicar razões sociais relevantes a ocorrência deste tipo de causas externas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As causas externas desde seus primórdios até a contemporaneidade, mesmo não sendo consequências de rupturas existentes na saúde pública, e sim, do contexto social, afetam a integridade individual e coletiva dos indivíduos, exigindo então, do setor de saúde, ações de prevenção e enfrentamento.

Desde a década de 1990 eram registradas mais de um milhão de mortes causadas por acidentes e violências no Brasil, revelando-se como a terceira principal causa de óbito no país nos anos 2000. Com o passar dos anos, como uma resposta reflexa ao processo de desenvolvimento econômico desenfreado e sem estruturação igualitária entre as classes, esta realidade foi mais avassaladora, afetando muitas famílias brasileiras. No Espírito Santo, a partir de 1979, houve um crescimento da mortalidade por causas externas em 49,8% sobre os coeficientes de mortalidade, mantendo a posição de segundo lugar dentre os óbitos por todas as causas. Desde então, continuavam ocupando, de forma significativa, a mesma posição no percentual de óbitos no estado até o ano de 2015, sendo que, em 2018, foram responsáveis por 14,4% das mortes no ano e a terceira principal causa de morte no estado.

Nem todas as vítimas de causas externas evoluem para o desfecho do óbito, porém, em sua maioria, devido a ocorrência, apresentam repercussões graves na saúde, necessitando de assistência dos serviços de saúde devido às consequências e danos físicos. À vista disso, as causas externas passam a ser encaradas como uma problemática inerente ao sistema de saúde, e dessa forma, em 16 de maio de 2001, surge um plano de ação como um instrumento orientador aos setores que compõe o sistema de saúde pública no Brasil, diante das ocorrências acidentais e violentas que matam ou geram agravos à saúde, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade de Acidentes e Violências.

Com o objetivo de reduzir a morbidade e a mortalidade por acidentes e violências no País, a política usa de ações vinculadas e sistematizadas englobando a atenção às urgências e emergências, mas também, considera efetiva, para o funcionamento do seu propósito, a eficácia do uso de informações e notificações de ocorrências e óbitos por causas externas. Para atender aos objetivos desta pesquisa, a política entende que para que ocorra a assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências, são necessárias uma estruturação e a organização da rede de serviços do SUS, para que o sistema consiga diagnosticar a violência e

acidentes entre os clientes e acolhendo as demandas de forma digna e de qualidade desde o primeiro nível de atenção.

Foi importante compreender o contexto da mortalidade por causas externas no estado do Espírito Santo, como também, no que tange conhecer a realidade sul capixaba. Sendo assim, por meio do estudo documental, explorando dados do DATASUS, entre os anos de 2001 a 2019, no universo das causas externas, vê-se que, as agressões foram as ocorrências que contribuíram para o aumento da mortalidade no estado, seguido por homicídios por arma de fogo, outras causas de lesões acidentais, acidentes de transporte terrestre e as quedas. Ou seja, uma realidade de causas violentas, provenientes de rupturas sociais e consequente reflexo na saúde pública.

Nota-se que existem medidas políticas governamentais que tentam solucionar a problemática em questão, atuando com à promoção de saúde e o enfrentamento do contexto social violento, como a: Portaria MS/GM nº 737/2001 – que cria a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências; a Portaria MS/GM nº 936/2004; a Portaria nº 687/2006 – que aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde; a Portaria MS/GM nº 1.356/2006 – que institui incentivo financeiro para o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) em Serviços Sentinela; e a Portaria MS/GM nº 1.271/2014 – que define a lista de notificação compulsória na qual inclui-se a notificação da violência doméstica e outras formas de violência.

Sendo assim, vale ressaltar que a atenção à vítima de violência deve ser tratada com mais atenção, principalmente na abordagem baseada na integralidade de ações vinculadas com a rede de cuidados e proteção social, possibilitando assegurar o acesso aos direitos sociais, em conjunto com os diversos órgãos oficiais públicos de proteção.

Para tanto, a solução para a questão não está contida em argumentos e políticas imediatistas focalizadas, segmentadas e repressoras, mas em ações que possuem uma abrangência intersetorial e de envolvimento multiprocessual.

Todavia, a conjunção da mortalidade por causas externas na região Sul capixaba distingue-se da situação estadual, sendo que, na região sul, há uma maior evidência de mortalidade causadas pelos ATT, seguido de outras causas de lesões acidentais, quedas e violência autoinfligida.

Diante do panorama de mortalidade por ATT no estado do Espírito Santo, vale ressaltar que foram elaboradas estratégias para a resolução deste cenário a nível mundial neste mesmo período. Este plano estratégico, originário pela WHO e a ONU alavancaram ações globais para promover a Segurança Viária em todo mundo, com base em cinco pilares: Gestão de Segurança Viária; Infraestrutura Viária; Segurança Veicular; Segurança dos Usuários e Conscientização; e Resposta ao Acidente.

Relevante se faz destacar que, neste mesmo período, um planejamento político foi executado no Brasil, constituído pelo Pacto Nacional pela Redução de Acidentes no Trânsito – Um Pacto pela Vida, e, em 2018, sancionou a Lei n.º 13.614, que criou o Plano Nacional de Redução de Mortes e Lesões no Trânsito (PNATRANS).

O governo brasileiro também havia fomentado, previamente, algumas outras políticas como a Política Nacional de Trânsito (2004) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (2006), além, de participar do Projeto Vida no Trânsito (2010), iniciativas públicas que fortaleceram a implantação, no Brasil, da Década de Ações para a Segurança Viária.

Vê-se que, mesmo diante de deliberações políticas existentes para a redução das mortes no trânsito, se faz necessário um esforço conjunto, envolvendo condutores e pedestres, políticos e instituições não governamentais, para mudarmos a realidade do trânsito no estado e no país. Sendo assim, a otimização de melhorias das políticas é urgente, uma vez que, as estatísticas evidenciam uma realidade cada vez mais alarmante.

Dessa forma, algumas ações podem ser realizadas para alterar este panorama, como a valorização do transporte coletivo, a elaboração de leis de trânsito rígidas e passíveis de execução e monitoramento, veículos com maiores dispositivos de segurança para o condutor, passageiros e pedestres podem tornar possível a transformação de contextos futuros.

A partir da análise dos resultados do estudo de campo, verificou-se que, das 135 vítimas incluídas na amostra, admitidas no hospital, a maioria era do sexo masculino, adultos, procedentes do Polo Cachoeiro, vítimas de acidentes, com ausência de embriaguez e de sinais de uso de entorpecentes ou drogas ilícitas. Observou-se a queda da própria altura como acidente mais comum, enquanto ao se considerar as violências, a maioria eram vítimas de arma branca ou projétil de arma de fogo.

Ao se tratar de quedas, é crucial abordar esta causa externa associando ao contexto dos idosos, uma vez que, é notória a necessidade de ações específicas visando à diminuição dos agravos prevalentes nos idosos, como também, é essencial a realização de práticas educativas e políticas destinadas à promoção de saúde e à prevenção das quedas.

Em relação ao transporte pré-hospitalar utilizado pelas vítimas, a maioria foi transportada até o hospital por ambulância municipal, e grande parte assistida e conduzida pelo corpo de bombeiros, seguido de carros próprios e por outros tipos. É possível observar também, que há uma evidência significativa do número de vítimas que não usufruíram de assistência médica pré-hospitalar. Esta realidade é preocupante, pois a assistência médica pré-hospitalar, assim como as intervenções iniciais adequadas, são fundamentais para prevenir o agravamento e o surgimento de novas lesões, para melhorar as condições de alguns casos e até atrasar resultados fatais, oferecendo à vítima a oportunidade de chegar ao tratamento definitivo, se beneficiando dele.

Esta condição já foi revista pelo governo do estado do Espírito Santo, tendo em vista que o SAMU foi implantado em 57,2% dos municípios do estado, por meio do “Programa SAMU para Todos”, sendo que, em 2021, mais de 10% dos municípios do Polo Cachoeiro já haviam sido contemplados pelo programa, e a projeção é de expandir o serviço para todos os municípios da região Sul, garantindo uma cobertura para todo o território do estado.

Do total da amostra, 9% evoluíram a óbito, sendo a maioria do sexo masculino, idoso, procedente do Polo Cachoeiro, vítimas de acidentes, sem sinais de embriaguez ou uso de drogas ilícitas e sendo a queda da própria altura a principal causa externa evidenciada nos óbitos.

Diante disso, nota-se que o perfil de óbitos por causas externas encontrado no estudo de campo, tendo em conta as vítimas assistidas na esfera hospitalar, se difere dos resultados encontrados na pesquisa documental que utilizou dados do DATASUS, referentes a mortalidade por causas externas, tanto no estado do Espírito Santo, onde observou-se a agressão, quanto na região sul capixaba, com maior causa de óbitos por Acidente de transporte terrestre.

Assim, é necessário obter um olhar diferenciado para a região e o contexto apresentado, partindo da análise de políticas públicas locais, pois, compreender o perfil dos atendimentos e sua distribuição, contribuindo para a aplicação dos recursos nas regiões que são mais

vulneráveis, ou seja, desenvolver ações de acordo com as necessidades e demandas de cada local, maximizando resultados e diminuindo os custos dos serviços, desonerando o sistema público de saúde.

Como também, é digno refletir sobre as condições que envolvem as causas externas, uma vez que, os acidentes podem ser fruto de um processo de violência e, portanto, se impõem como um grave problema que afeta as sociedades contemporâneas e se constituem como uma das formas de manifestação da Questão Social que repercute na saúde individual e coletiva.

De posse destes resultados, vale ressaltar que, como autor desta pesquisa, encontrei muitos desafios e dificuldades para tornar possível uma amostra de maior significância. Um desses foi a dificuldade de acesso ao setor de coleta de dados, visto que o referido hospital se tornou referência no atendimento de pacientes com covid-19, limitando assim a possibilidade de inserir novos formulários na coleta de dados. Devido a estes fatores, foi necessário realizar algumas adaptações, como, redefinir os objetivos e métodos utilizados para a conclusão do estudo em tempo hábil.

Mesmo diante desta realidade, foi possível encontrar respostas à pergunta que conduziu a pesquisa, porém, consideramos de extrema relevância o desenvolvimento de estudos que, como este, não só verifiquem, mas analisem o perfil das vítimas de causas externas assistidas pelos serviços hospitalares e a incidência de mortalidade hospitalar por essas causas, almejando um direcionamento assertivo no planejamento das ações dos profissionais e gestores de saúde.

Como também, diante do contexto sanitário que a saúde pública brasileira vivenciou no período de 2020 até o presente momento, com a pandemia da covid-19, abre-se o questionamento sobre o perfil de admissão das ocorrências das causas externas neste período, ou seja, permanece ou se difere ao perfil encontrado em anos anteriores.

Sendo assim, conhecer o perfil das vítimas e identificar os principais tipos de ocorrência das causas externas possibilitam uma resposta mais eficiente frente às ocorrências, como também possibilita gerar uma visão mais ampliada da assistência hospitalar prestada às vítimas. Dessa forma, entende-se que a pesquisa contribui para evidenciar a necessidade que os profissionais de saúde, atuantes na Santa Casa de Cachoeiro, devem ter em buscar conhecer as peculiaridades inerentes aos danos físicos causados pela ocorrência das causas externas, refinando suas condutas e assistência às vítimas.

Oportuno se faz afirmar que, como profissional de saúde atuante no atendimento hospitalar, almejo encontrar, futuramente, uma realidade distinta da atual, seja através de pesquisas de própria autoria, como também de outros pesquisadores que tragam à luz a temática. Uma vez que, discutir sobre as causas externa e suas repercussões no cenário da saúde pública não findará por agora, pelo contrário, acredito que virão outros contextos e outras formas de manifestações deste assunto, contribuindo assim, para o meio social e científico.

Como também percebo a necessidade emergente em promover, de forma enfática, as ações e estratégias já vinculadas a políticas existentes, que visam a minimizar os efeitos consequentes das ocorrências de causas externas. Entretanto, especificamente ao contexto da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro, que carece por uma reorientação do cuidado da gestão do próprio hospital, como também, uma ação assertiva ao Polo Cachoeiro quanto a prevenção de causas acidentais e promoção de saúde, buscando erradicar razões sociais relevantes a ocorrência deste tipo de causas externas.

REFERÊNCIAS

AGRANONIK, M.; FURSTENAU, C. R.; BANDEIRA, M. D. Aspectos da mortalidade de crianças e adolescentes por causas externas no RS, em 2000-14. **Indicadores Econômicos FEE**, v. 44, n. 4, p. 53-64, 2017.

AKIYAMA, N. et al. Healthcare costs for the elderly in Japan: Analysis of medical care and long-term care claim records. **Plos One**, [S.l.], v. 13, n. 5, p.1-15, 14 maio 2018.

ALOCHIO, A. C. A. **Análise das internações por causas externas no Estado do Espírito Santo**. 2011. 100 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.

ALVES, G. C. Q. et al. Vítimas de trauma por quedas atendidas em unidade de pronto socorro adulto: estudo transversal. **Enfermagem em Foco**, v. 9, n. 3, 2018.

BATISTA, J. F. C. et al. Morbidade por causas externas como fator de internação hospitalar no Brasil em 2019. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-SERGIPE**, v. 6, n. 3, p. 109-109, 2021.

BITTAR, C. K.; FRANCISCO, L. C.; HIROTANI, J. M. Fatores associados à quedas e fraturas no paciente idoso. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 7, p. 74046-74055, 2021.

BOONE, D. L. et al. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: perfil dos atendimentos por causas externas. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 16, n. 3, p. 134-139, 2018.

BORDONI, P. H. C.; SILVA, G. C.; BORDONI, L. S. Vítimas de armas de projéteis múltiplos: análise de 56 necropsias forenses. **Revista Brasileira de Criminalística**, v. 10, n. 1, p. 22-28, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS/SIM: epidemiológicas e morbidades: morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS): causas externas - por local de internação – Espírito Santo**. 2021a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/fies.def>. Acesso em: 21 jan. 2021a.

_____. _____. **DATASUS/SIM: estatísticas vitais: óbitos por causas externas - 2019 pela CID10, região sudeste**. 2021b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>. Acesso em: 28 jan. 2021.

_____. _____. **DATASUS/SIM: estatísticas vitais: óbitos por causas externas – 2005 a 2019**. 2021c. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>. Acesso em: 09 jun. 2021.

_____. _____. **DATASUS/SIM: estatísticas vitais: óbitos por causas externas segundo região – 2005 a 2019**. 2021d. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/ext10uf.def>. Acesso em: 09 jun. 2021.

_____. _____ **DATASUS/SIM**: estatísticas vitais: óbitos por causas externas no Espírito Santo – 2001 a 2019. Acidentes de transporte terrestre, Quedas, agressões e violência autoinfligida. 2021e. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/ext10ES.def>. Acesso em: 19 jun. 2021.

_____. _____ **Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

_____. _____ **Viva Inquérito 2013-2014**: Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência – Capitais e Municípios / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. _____ **Viva Inquérito 2017**: Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência – Capitais e Municípios / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). **Resolução nº 2.077/14**. Brasília, jul. 2014.

CARDOSO, Silvana et al. Perfil e evolução da mortalidade por causas externas em Joinville (SC), 2003 a 2016. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, p. 189-200, 2020.

CASTRO, T. M. et al. Mortalidade por acidentes, homicídios e suicídios em Porto Velho, no período de 2008 a 2012. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 5, p. 48920-48933, 2021.

CORASSA, R. B. et al. Evolução da mortalidade por causas externas em Diamantina (MG), 2001 a 2012. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, p. 302-314, 2017.

CUNHA, V. P. da et al. Atendimento a pacientes em situação de urgência: do serviço pré-hospitalar móvel ao serviço hospitalar de emergência. **Enfermería Actual de Costa Rica**, n. 37, p. 1-15, 2019.

DA SILVA, P. L. N. da et al. Morbimortalidade de acidentes de trânsito envolvendo motocicletas: uma revisão de literatura. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 6, n. 4, p. 437-448, 2018.

DE GODOY, F. J. et al. Mortalidade por causas externas em adolescentes. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 95, n. 33, 2021.

DE MELLO JORGE, M. H. P.; YUNES, J. Violência e saúde no Brasil. **Revista USP**, n. 51, p. 114-127, 2001.

DE PAIVA, D. R. et al. Inserção e atuação de fisioterapeutas residentes em um serviço de emergência hospitalar: relato de experiência. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 7, n. 2, p. 255-260, 2017.

DE SOUZA, C. et al. Caracterização dos acidentes de transporte terrestre ocorridos em rodovias federais. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 25, n. 1, p. 35-40, 2018.

DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. de S.; LIMA, M. L. C. de. Atendimento de emergência às vítimas de acidentes e violências no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 24, n.6, p. 430-440, 2008.

DUARTE, S. K. A. **Acidentes de trânsito assistidos pelo SAMU 192 na região metropolitana da grande Vitória em 2015: fatores associados e distribuição espacial**. 2020. 180 f. Dissertação (Mestrado em Políticas públicas e desenvolvimento local) - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, Vitória, 2020.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano diretor da regionalização da saúde** - PDR. Vitória, ES, SESA, 2011.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Boletim epidemiológico: vigilância das doenças e agravos não transmissíveis-DANTS**. Vitória, ES: SESA, 2017.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Boletim epidemiológico: Uma análise da situação de saúde, segundo perfil da mortalidade geral, causas externas, em mulheres em idade fértil e notificação de violências interpessoal/autoprovoçadas**. Vitória, ES: SESA, 2019.

FERREIRA, J. L.; OLIVEIRA, H. C. C.; COUTINHO, M Lemos. Análise das taxas de internações hospitalares por causas externas em Sergipe, 2012-2017. In: CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM-CONENF. **Anais eletrônico**. Sergipe, 2019.

GARCIA FILHO, C.; SAMPAIO, J. J. C. Interfaces entre a história da violência e a constituição do território no Ceará: um esforço de síntese e periodização. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n.4, p. 1209-1221, 2014.

GASPAR, R. S.; PEREIRA, M. U. L. Evolução da notificação de violência sexual no Brasil de 2009 a 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00172617, 2018.

GOMIDE, M. F. S. et al. Perfil de usuários em um serviço de pronto atendimento. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 45, n. 1, p. 31-38, 2012.

HISTÓRIA. **Santa Casa de Misericórdia Cachoeiro**, 2020. Disponível em: <https://www.santacasacachoeiro.org.br/quem-somos/historia.asp/>. Acesso em: 03 set. 2020.

HISTÓRIA. **A cidade de Cachoeiro de Itapemirim**. Disponível em: <https://www.cachoeiro.es.gov.br/a-cidade/historia/>. Acesso em: 10 de jul. 2021.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População estimada no Espírito Santo – região Sul capixaba**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es>. Acesso em: 02 ago. 2021.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Atlas da Violência 2020: principais resultados**. Brasília / Rio de Janeiro / São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/5929atlasviolencia2020relatoriofinalcorrigido.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2021.

- JUNIOR, W. O. R. et al. Análise epidemiológica da mortalidade por causas externas em Sobral, Ceará, no período de 2013 a 2017. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 9, p. e3893-e3893, 2020.
- LENTSCK, M. H.; SATO, A. P. S.; MATHIAS, T. A. de F. Panorama epidemiológico de dezoito anos de internações por trauma em UTI no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 83 - 84, 2019.
- LIGNANI, L. O.; VILLELA, L. de C. M. Estudo descritivo sobre a morbidade hospitalar por causas externas em Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2008-2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 2, p. 225-234, 2013.
- LINO, F. S. et al. Care for elderly mobile emergency service/Assistência ao idoso pelo serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista de Enfermagem da UFPI**, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 25, 28 abr. 2014.
- LUCHTEMBERG, M. N.; PIRES, D. E. P. de. Enfermeros del Servicio de Atención Móvil de Urgencia: perfil y actividades desarrolladas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 2, p. 213-220, 2016.
- MALTA, D. C. et al. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 1, p. 45-55, 2007.
- MARINHO, C. L. et al. Causas e consequências de quedas de idosos em domicílio. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p. 6880-6896, 2020.
- MASCARENHAS, M. D. M.; BARROS, M. B. de A. Evolução das internações hospitalares por causas externas no sistema público de saúde-Brasil, 2002 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n.1, p. 19-29, 2015.
- MELO, A. C. M.; GARCIA, L. P. Atendimentos de jovens vítimas de agressões em serviços públicos de urgência e emergência, 2011: diferenças entre sexos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 4, p.1333-1341, abr. 2017.
- MESSIAS, M. M. et al. Mortalidade por causas externas: revisão dos dados do Sistema de Informação de Mortalidade. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 16, n. 4, p. 218-221, 2018.
- MINAYO, M. S. C. **Violência e saúde**. 20^o ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.
- MINAYO, M. C. S. The inclusion of violence in the health agenda: historical trajectory. **Ciências & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11 (Sup), p. 1259 – 1267, 2007.
- MINAYO, M. C. de S. et al. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.6, p. 2007-2016, 2018.
- MORAES NETO, O. L. de et al. Mortalidade por acidentes de transporte terrestre no Brasil na última década: tendência e aglomerados de risco. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2223-2236, 2012.

MOREIRA, M. R. et al. Mortalidade por acidentes de transporte de trânsito em adolescentes e jovens, Brasil, 1996-2015: cumprimos o ODS 3.6?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.9, p. 2785-2796, 2018.

NERY, A. A. et al. Internações hospitalares por causas externas no município de Jequié, Bahia, Brasil. **Revista Uruguaya de Enfermería**, v. 13, n. 1, p. 46-56, 2018.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1927-1936, 2013.

PAIVA, C. H. A. et al. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.653-673, abr.- jun., 2013.

PAIVA, M. M. de; LIMA, M. G.; BARROS, M. B. de A. Desigualdades sociais do impacto das quedas de idosos na qualidade de vida relacionada à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n.5, p. 1887-1896, 2020.

PIOVEZAN, L. N. C. et al. Análise das fichas de notificação de violência emitidas por serviços de saúde da região de Barbacena. **Rev Med Minas Gerais**, v. 28, n. Supl 5, p. S280502, 2018.

QUEIROZ, J. H. de et al. Conhecimento dos bombeiros no atendimento às vítimas de acidentes de trânsito. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 11, n. 1, 2017.

REZENDE, J. G. de et al. Mortalidade por queda em idosos no município de Aracaju, Sergipe. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. 2019, **Anais...**

RODRIGUES, E. K. B.; ARRUDA, S. G. Mortalidade Por Causas Externas Na Região Norte Do Espírito Santo, 2010 A 2018. **Revista Artigos. Com**, v. 20, p. e4258-e4258, 2020.

ROSA, T. C. S.; SAES, S. G.; ABULEAC, F. L. A Constituição de 1988 e as políticas públicas em saúde no Brasil. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 1, n. 1, p. 35-49, 2012.

SAMPAIO, C. de A. et al. Homens e acidentes de trânsito e o atendimento pré-hospitalar móvel. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, [s.l.], v. 13, 22 jun. 2019.

SANDOVAL, G. A. et al. Mortality risk among women exposed to violence in Brazil: a population-based exploratory analysis. **Publichealth**, v. 179, p. 45-50, 2020.

SANTOS, G. M. et al. Atendimentos do componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. **Revista Cuidarte**, v. 10, n. 3, 2019.

SENA, H. C. de O.; OLIVEIRA, A. D. da S. Importância do atendimento pré-hospitalar à vítima de trauma. **Revista Interdisciplinar**, v. 13, n. 1, p. 21, 2020.

SILVA, M. M. A. da et al. Perfil do inquérito de violências e acidentes em serviços sentinela de urgência e emergência. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 183-194, 2017.

SILVA, A. D. et al. Vítimas de acidente motociclístico atendidas em hospital público de ensino. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, 2018.

SILVA, V. A. C. et al. Fatores associados à mortalidade hospitalar por causas externas. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, 2019a.

SILVA, P. A.; DA SILVA, C. B.; MARINHO, T. P. C. Vulnerabilidade social e violência: perfil de vítimas de violência atendidas em um hospital de urgências. **Revista científica da escola estadual de saúde pública de goiás" Cândido Santiago"**, v. 5, n. 2, p. 3-22, 2019.

SILVA, H. C. da; PESSOA, R. de L.; MENEZES, R. M. P. de. Trauma in elderly people: access to the health system through pre-hospital care. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [S.l.], v. 24, e2690, 2016.

SILVA, J. C. da; SILVA, J. C. da; MORAES, S. C. de Acidentes de trânsito: causas, tipos e impacto na saúde pública em São José do Rio Claro/MT, no período de 2016 a 2018. **Avanços & Olhares**, Nº 3, Barra do Garças - MT, 2019.

SMARZARO, D. C. **A informação sobre mortes por causas externas**: estudo do preenchimento da causa básica de óbito em um serviço de medicina legal no Espírito Santo 2000 - 2002. 2005. 90f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2005.

SOARES, A. P. L. et al. Perfil das ocorrências por causas externas atendidas pelo serviço urgência e emergência. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 10, n. 32, p. 239-247, 2020.

SOARES, A. M.; BERMUDEZ, X. P.; MERCHAN-HAMANN, E. Frequency and factors associated with recording deaths due to unspecified external causes in Brazil: a cross-sectional study, 2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, 2021.

SOARES, Isis; RECH, Viviane. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA MORTALIDADE POR QUEDAS EM IDOSOS NO BRASIL. **Seminário Estudantil de Produção Acadêmica**, v. 16, 2018.

SOGAME, L. C. M.; MACHADO, W. C.; DUARTE NETO, C. Mapeamento dos acidentes e violências na população assistida pelo serviço de atendimento móvel de urgência do Espírito Santo. **Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social**, v. 1, n. 1, 2020a.

SOGAME, L. C. M. et al. Mapeamento das causas externas atendidas pelo SAMU 192/ES no ano de 2015. In: **Geotecnologias no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Espírito Santo: mapeamento para política pública e tomada de decisão**. Editora EMESCAM, Vitória, p. 41-89, 2020b.

SOUSA, B. V. N. et al. Perfil, dificuldades e particularidades no trabalho de profissionais dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel: revisão integrativa. **Enfermería Actual de Costa Rica**, n. 38, p. 245-260, 2020.

SOUSA, B. V. N.; TELES, J. F.; OLIVEIRA, E. L. Perfil, dificuldades e particularidades no trabalho de profissionais dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel: revisão integrativa. **Enfermería Actual de Costa Rica**, n. 38, p. 245-260, 2020.

SOUZA, E. R. de et al. Contribuição da literatura sobre a temática violência e saúde nos 25 anos da Ciência & Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4791-4802, 2020.

SOUTO, R. M. C. V. et al. Perfil epidemiológico do atendimento por violência nos serviços públicos de urgência e emergência em capitais brasileiras, Viva 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 9, p.2811-2823, set. 2017.

STOLT, L. R. O. G. et al. Internação hospitalar, mortalidade e letalidade crescentes por quedas em idosos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 76, 2020.

TAUFFER, J. et al. Perfil dos casos de violência interpessoal e/ou autoprovocada atendidos em um hospital público do Paraná, 2014 a 2018. **Journal of Epidemiology and Infection Control**, v. 10, n. 1, p.2-3, 2020.

TRUGILHO, S. M. A violência como manifestação da questão social com rebatimentos na saúde. **Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social**, v. 1, n. 1, 2020.

VIEIRA, L. F. Acidentes e violências na população idosa assistida pelo serviço de atendimento móvel de urgência do espírito santo, no ano de 2015.Porto Alegre: **Textos&Contextos**, v. 18, n. 1, p.161-173, jan./jun. 2019.

VIANA, N. Economia política da violência no trânsito. **Élisée - Revista de Geografia da UEG**, Porangatu, v. 2, n. 1, p. 24-43, jan./jul. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Prevention of violence: a public health priority. **Forty Ninth World Health Assernbl, WHA**, v. 49, 1996.Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179463/WHA49_R25_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 18 set. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO PERFIL, TIPO DE TRANSPORTE, ASSISTÊNCIA PRÉ HOSPITALAR DAS VÍTIMAS DE ACIDENTES OU VIOLÊNCIA E DESFECHO A ÓBITOS

Identificação do participante: _____

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, TIPO DE TRANSPORTE E ASSISTÊNCIA PRÉ HOSPITALAR	
Variável	INFORMAÇÃO
Sexo	() masculino () Feminino
Idade	() Adolescente () Adulto () Idoso () idoso longo
Município de Origem	
Causas da admissão	() Acidente () Violência () outros. Quais? _____
Tipo de acidente	() Acidente de transporte terrestre () Queda () Outros Quais: _____ () Não informado
Tipo de violência	() Agressão física () Vítima de projétil de arma de fogo () Vítima de arma branca () Violência autoinfligida
Transporte pré-hospitalar	() Carros próprios () Ambulância Municipal () Corpo de Bombeiros () Outros () Não informado
Assistência médica pré-hospitalar	() sim () não () Não informado
Presença de embriaguez?	() sim () não () NI
Sinais de uso de entorpecentes ou drogas ilícitas?	() sim () não () NI
Desfecho óbito?	() sim () não

Data da coleta: ____/____/____

ANEXOS

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - EMESCAM	
---	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E MORBIDADES DE VÍTIMAS DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS EM UM HOSPITAL DO SUL DO ESPÍRITO SANTO: Representação de Custos hospitalares.

Pesquisador: LETICIA TEIXEIRA CORREA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 25317019.5.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.729.410

Apresentação do Projeto:

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa primária que dará origem a duas dissertações do programa de mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local. Os acidentes e as violências, também conhecidos como causas externas de morbidade e mortalidade, representam no Brasil um problema de saúde pública de ampla dimensão e transcendência. A pesquisa parte da necessidade em aprofundar-se o conhecimento do perfil sociodemográfico dos pacientes vítimas de acidente e violência, assim como, as principais morbidades decorrentes da internação hospitalar, e a repercussão deste cenário na representação dos custos de um hospital referência em trauma do Sul do Espírito Santo. Os objetivos deste trabalho consistem em avaliar os fatores que favorecem o aumento do custo durante a internação hospitalar, assim como, caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico, identificar os tipos de ocorrência dos acidentes e violências, verificar o tempo de espera por vaga, discriminar as principais morbidades decorrentes da internação, identificar os custos e verificar a associação do perfil sociodemográfico e morbidades aos custos hospitalares. Trata-se de uma pesquisa aplicada, explicativa, quantitativa que se realizará no primeiro momento pesquisa bibliográfica, seguidos após da classificação dos principais documentos e coleta de dados retrospectivos, por meio de análise de prontuário e banco de dados do setor de custos do hospital. O estudo será realizado em um hospital filantrópico de Cachoeiro de Itapemirim Espírito Santo, de grande porte (197 leitos), que mantém

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa			
Bairro: Bairro Santa Luiza		CEP: 29.045-402	
UF: ES	Município: VITORIA		
Telefone: (27)3334-3586	Fax: (27)3334-3586	E-mail: comite.etica@emescam.br	

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 3.729.410

seu atendimento dedicado a 90% de pacientes do sistema único de saúde (SUS), e estima-se, aproximadamente, 300 participantes vítimas de acidentes e violência, no período de julho de 2018 a julho de 2019. Serão adotados como critérios de Inclusão sujeitos admitidos no pronto socorro, vítimas de acidentes e violência, de ambos os sexos, idade (a partir dos 14 anos devido contratualização com idade inferior ser em outro hospital do Sul do Estado), e atendimento primário e secundário. E como critérios de exclusão pacientes cujos prontuários não apresentarem dados informativos necessários, e participantes que forem transferidos durante o período de internação.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO:

Avaliar os fatores que favorecem o aumento do custo de internação hospitalar de pacientes vítimas de acidentes e violências no Hospital referência em trauma do Sul do Espírito Santo.

OBJETIVO SECUNDÁRIO:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes vítimas de acidentes e violências.
- Identificar os tipos de ocorrência dos acidentes e violências nos pacientes assistidos.
- Verificar o tempo entre admissão no pronto socorro até a internação na unidade de terapia intensiva.
- Discriminar as principais morbidades decorrentes da internação hospitalar.
- Identificar os custos decorrentes da internação na Unidade de Terapia Intensiva do paciente vítima de acidente e violência.
- Verificar a associação do perfil sociodemográfico e morbidades aos custos hospitalares.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

A pesquisa possui um risco mínimo, tendo em vista que será realizada consulta de prontuários e dados contidos no sistema da instituição hospitalar.

BENEFÍCIOS:

A pesquisa agregará informações e dados ao meio científico, proporcionando a sociedade local uma maior conscientização a respeito do assunto. Assim, ampliam-se tanto a sua discussão no contexto das políticas públicas de saúde, e melhorias a assistência de pacientes assistidos no setor hospitalar.

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 3.729.410

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de caráter relevante, com adequado embasamento científico.

Todos os instrumentos de avaliação que serão utilizados pelos pesquisadores estão adequados conforme proposta de pesquisa, isto é, garantem que as informações serão obtidas somente através das planilhas de custos e prontuários do sistema institucional. Os pesquisadores garantem sigilo das informações obtidas mediante a não identificação nominal dos participantes da pesquisa, os quais serão identificados numericamente precedidos pela letra P (P01, P02, etc.). Em todas as etapas do estudo serão respeitadas as normas estabelecidas nas Diretrizes e Normas regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Resolução 466/12, e aguarda das informações ficará sob responsabilidade dos pesquisadores responsáveis durante o período de cinco anos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória estão adequados.

- Carta de anuência: devidamente assinada e carimbada pela instituição coparticipante.
- Folha de rosto: assinada e carimbada pela proponente.
- Cronograma de execução: adequado, conforme proposta detalhada no projeto.
- Orçamento financeiro: as despesas serão custeadas pelo pesquisador.
- Projeto detalhado: adequado e completo.
- TCLE: os pesquisadores solicitam dispensa do TCLE, pois trata-se de uma pesquisa retrospectiva com análise de planilhas de custos e prontuários dos pacientes que evoluíram para alta ou óbito durante a internação. Informa-se que os pacientes que tiveram alta não possuem seguimento ambulatorial, o que impossibilita o acesso, aos mesmos, para a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Recomendações:

Recomenda-se aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendência.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa

Bairro: Bairro Santa Luiza

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 3.729.410

de notificação via Plataforma Brasil;

- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1435498.pdf	08/11/2019 13:39:36		Aceito
Outros	cartadeanuencia.pdf	08/11/2019 08:10:48	LETICIA TEIXEIRA CORREA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	08/11/2019 08:07:54	LETICIA TEIXEIRA CORREA	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	08/11/2019 07:50:50	LETICIA TEIXEIRA CORREA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITÓRIA, 27 de Novembro de 2019

Assinado por:
PATRICIA DE OLIVEIRA FRANCA
(Coordenador(a))

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa

Bairro: Bairro Santa Luiza

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br