ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

ACIDENTES E VIOLÊNCIAS EM SERGIPE

VOLUME II

GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE

ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

VOLUME II
ACIDENTES E VIOLÊNCIAS EM SERGIPE

ELABORAÇÃO
Patrícia Lima da Silva

1ª Edição

Editora
Fundação Estadual de Saúde-FUNESA
Aracaju-SE
2022

CIDES Centro de Informações e Decisões Estratégicas em Saúde
FUNESA Fundação Estadual de Saúde
DIRETORIA DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO DE CONVÊNIOS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SERGIPE GOVERNO DO ESTADO
SUS Sistema Único de Saúde

Copyrigth 2022- 1ª Edição- Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe e Fundação Estadual de Saúde/FUNESA.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Esta coleção pode ser acessada na íntegra em: https://cides.se.gov.br/

Editora Responsável
Editora Funesa

Elaboração, distribuição e informações: Secretaria de Estado da Saúde
Diretoria de Planejamento, Orçamento e Gestão de Convênios - DIPLAN
Centro de Informações e Decisões Estratégicas em Saúde-CIDES
Centro Administrativo da Saúde
AV. Augusto Franco, 3150
Ponto Novo, Aracaju/SE, CEP: 49.097-670
Fale conosco: nest.ses@saude.se.gov.br / nucleo.nest@gmail.com
Tel.: (79) 3226-8343
Homepage: https://cides.se.gov.br

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

S484 Sergipe. Secretaria de Estado da Saúde.
Análise de situação de saúde: acidentes e violências em sergipe / Secretaria de Estado da Saúde, Fundação Estadual de Saúde, elaboração [de] Patrícia Lima da Silva. - Aracaju: Funesa, 2022.
v. 2.

114p.: il.

ISBN: 978-85-64617-34-6

1. Saúde pública - Sergipe. 2. Situação de saúde. 3. Causas externas. 4. Acidentes de trânsito. I. Fundação Estadual de Saúde II. Silva, Patrícia Lima da. III. Título.

CDU: 614.8 (813.7)

Catalogação na fonte: Biblioteca da Fundação Estadual de Saúde
Elaborado por Laurides Batista Cruz - CRB 5/1424

GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE

GOVERNADOR

Belivaldo Chagas Silva

VICE- GOVERNADORA

Eliane Aquino Custódio

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SERGIPE

SECRETÁRIA

Mércia Simone Feitosa de Souza

SUPERINTENDENTE EXECUTIVO

Walter Gomes Pinheiro Junior

DIRETOR DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO DE CONVÊNIOS

Davi Rogério Fraga de Souza

CENTRO DE INFORMAÇÕES E DECISÕES ESTRATÉGICAS EM SAÚDE-CIDES

GERENTE

Eliane Aparecida do Nascimento

ASSESSORIA TÉCNICA

Giselda Melo Fontes Silva

EQUIPE TÉCNICA DO CIDES

Amanda Cristina Nascimento Machado

Carlos Augusto Pinto Dantas

Eduardo Carlos P. dos Santos

Jorge Guilherme Lourenço Santos - estagiário

Magna Santos de Oliveira

Maria das Graças Boaventura

Patrícia Lima da Silva

Ruberval Leone Azevedo

Thamila Roberta Neves Rodrigues

FUNDAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE/FUNESA

DIRETORA-GERAL

Lavínia Aragão Trigo de Loureiro

DIRETOR ADMINISTRATIVO E FINANCEIRO

Fernando José Chagas Júnior

DIRETOR OPERACIONAL

Salomão Torres Santos Sobrinho

COORDENAÇÃO DE GESTÃO EDITORIAL

Taynara dos Santos Dias

VOLUME II - ACIDENTES E VIOLÊNCIAS EM SERGIPE

Elaboração

Patrícia Lima da Silva

Organização / Revisão Editorial

Josefa Cilene Fontes Viana

Nivalda Menezes Santos

Revisão Técnica

Eliane Aparecida do Nascimento

Giselda Melo Fonte Silva

Revisão Ortográfica

Sandra Rodrigues Oliveira

Formatação de conteúdo

Ruberval Leone Azevedo

Diagramação

Fernando de Jesus Caldas

APRESENTAÇÃO GERAL

No Brasil e em Sergipe, as causas externas, com destaque para os acidentes e a violência, configuram graves problemas de saúde pública, com forte impacto na morbidade e na mortalidade da população. Trata-se de fenômeno de conceituação complexa, polissêmica e controversa, portanto, assume-se como violência o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes ou nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais, a si próprio ou a outro; e acidente é entendido como o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais.

Neste Volume II, *Acidentes e violências em Sergipe*, apresentamos estudos realizados pela Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, sendo ofertado em cinco capítulos.

No Capítulo 1, *Acidentes de Trânsito em Sergipe*, e o Capítulo 5, *Distribuição de Morbimortalidade dos Acidentes de Trânsito no Estado de Sergipe: uma análise Espacial*, traz o reflexo do panorama das ocorrências de acidentes de transporte terrestre distribuídos por regiões de saúde distinguidas por tipo de condutor, tipo de veículo e vias rodoviárias e suas ocorrências, bem como a importância da soma entre órgãos parceiros.

No Capítulo 2, *Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes em Sergipe*, e no Capítulo 3, *Violência contra mulheres em Sergipe*, caracterizamos a violência contra as crianças, adolescentes e mulheres no território sergipano, trazendo dados e informações intersetoriais num exercício de fomento à reflexão da importância da intersetorialidade.

E, num exercício de compreender as causas externas em Sergipe, comparando-as ao cenário do Brasil, elaboramos o Capítulo 4, *Causas Externas e sua Singularidade no Território Sergipano.*

Desta forma, espera-se que esta publicação de análise de situação de saúde contribua como ferramenta fundamental de trabalho, uma vez que a matéria-prima para a tomada de decisões da gestão são os indicadores epidemiológicos e que sirva de inspiração para trabalhadores e estudantes de Saúde na elaboração de outros estudos neste e nos diversos campos de saberes e de atuação do setor Saúde.

SUMÁRIO GERAL

Capítulo 1
Acidentes de Trânsito em Sergipe.....**09**

Capítulo 2
Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes em Sergipe.....**34**

Capítulo 3
Violência contra as Mulheres em Sergipe.....**54**

Capítulo 4
Causas Externas e sua Singularidade no Território Sergipano.....**70**

Capítulo 5
Distribuição da Morbimortalidade dos Acidentes de Trânsito no Estado de Sergipe:
Uma Análise Espacial.....**88**

CAPÍTULO 01

ACIDENTES DE TRÂNSITO EM SERGIPE

ELABORAÇÃO
Patrícia Lima da Silva

APRESENTAÇÃO

Este capítulo visa retratar o cenário da mortalidade e morbidade por Acidentes de Trânsito Terrestres (ATT) em Sergipe e suas respectivas regiões de saúde, com a finalidade de apoiar gestores das diversas esferas de governabilidade na elaboração de ações de intervenção para a redução dos mesmos. Foram utilizados dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), para os anos 2006 a 2015, sendo os dados referentes ao ano de 2015 ainda preliminares. A seleção utilizada segue a orientação da legislação que vigora desde 1986, conforme Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde - CID 10 que avançou categorizando a vítima de ATT em pedestre, ciclista, motociclista e condutor de veículo, desdobrando-se em ocupantes de veículos de passeio, transporte de carga ou coletivos, e não específicos. A base de dados estadual utilizada foi exportada em 09/08/2016. As informações sobre morbidade foram produzidas sob duas perspectivas: a primeira, quanto ao número de acidentes fornecidos pelo Departamento de Trânsito de Sergipe (DETRAN/SE) e Polícia Rodoviária Federal (PRF); e a segunda, quanto aos acidentados, a partir dos dados referentes ao número de vítimas inseridas no Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar – HOSPUB fornecidos pelo Hospital de Urgências de Sergipe (HUSE) da Fundação Hospitalar de Saúde/ Secretaria de Estado da Saúde (FHS/SES). A frota necessária ao estudo foi acessada através do Site do Departamento Nacional de Trânsito (DENATRAN) e a população utilizada foram as estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o Tribunal de Contas da União (TCU), referentes aos anos de 2006 a 2015, disponíveis no site do Departamento de Informática do DATASUS/MS.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....12

2. A FROTA.....13

3. MORTALIDADE.....19

3.1 MORTALIDADE E FROTA VEICULAR.....24

3.2 MORTALIDADE POR CATEGORIA DA VÍTIMA EM SERGIPE.....25

3.2.1 MORTALIDADE POR CATEGORIA DA VÍTIMA E REGIÃO DA SAÚDE.....27

4. MORBIDADE.....29

5. A IMPORTÂNCIA DA INTERSETORIALIDADE.....31

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....33

1 INTRODUÇÃO

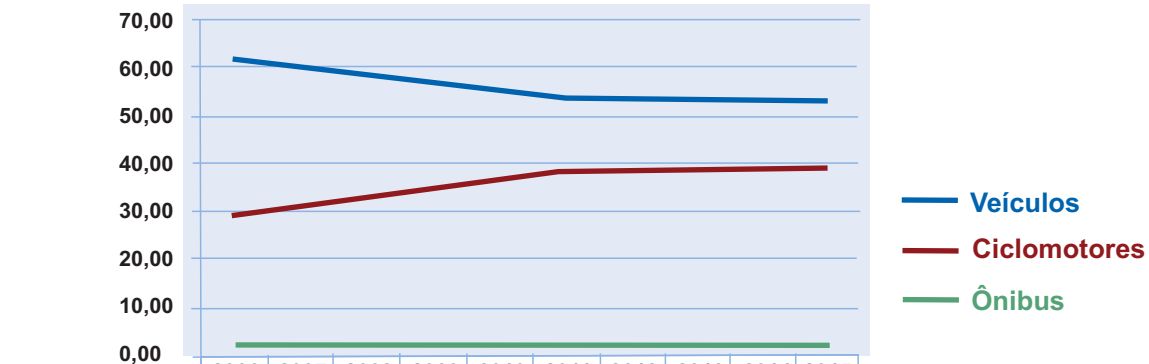
Acidentes de Trânsito Terrestres (ATT) é um grave problema de saúde pública. Em relatório produzido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2009, o Brasil em conjunto com outros nove países é responsável pela morte de quase metade dos óbitos no trânsito do mundo. Partindo desta premissa, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu 2010 - 2020 como a década de Segurança Viária. O Brasil e Sergipe pactuaram reduzir as taxas de mortalidade e morbidade por ATT neste período e, como proposta de intervenção, em 2010 foi lançado o Projeto Vida no Trânsito - PVT inicialmente em cinco capitais e expandido para as demais no ano seguinte. Foram programadas ações de qualificação da informação e intersetorialidade no planejamento e execução destas, permeando diversos campos como o da educação, fiscalização, infraestrutura, saúde, entre outros.

2 A FROTA

Iniciar a discussão sobre mortes e feridos no trânsito implica em abordar a questão da mobilidade urbana que tem relação direta com a substituição dos transportes coletivos pelos individuais. Sem adentrar nos determinantes que culminaram nesta transformação, no Brasil entre os anos de 1990 e 2011 houve aumento de 316% na frota de automóveis, de 281% na frota de ônibus e de 1635% na frota de motocicletas, o que repercute diretamente no fluxo de veículos nas cidades, no aumento da poluição e stress no trânsito com aumento de lesões e mortes (BRASIL, 2015).

O estado de Sergipe, seguindo a tendência nacional nas últimas décadas, vem apresentando crescente e desordenada urbanização. Paralelamente, a economia ampliou o acesso ao crédito, melhorando o poder aquisitivo do cidadão que paulatinamente preteriu o meio de transporte coletivo em prol do individual.

Gráfico 1. Proporção da Frota de ciclomotores, veículos e ônibus. Sergipe, 2006 a 2015.



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Veículos	61,14	60,17	58,50	57,06	55,50	54,10	53,70	53,21	53,41	53,16
Ciclomotores	29,47	30,90	32,90	34,83	36,64	38,17	38,63	38,78	38,82	39,09
Ônibus	1,93	1,86	1,8	1,7	1,63	1,57	1,52	1,54	1,51	1,48

Fonte: DENATRAN. Acesso em 08/ago/2016.

Comparando o período 2006 a 2015, nota-se aumento percentual de 145,75% no número de meios de transporte em geral, cuja proporcionalidade por tipo de meio de

transporte pode ser constatada no **Gráfico 1**. A partir de 2010, percebe-se um declínio em pontos percentuais de 2,34 nos veículos e neste mesmo período um aumento de 2,45 para os ciclomotores. Com relação aos ônibus, observa-se pouco investimento na ampliação da frota, uma vez que, nos dez anos analisados, esta se manteve abaixo de 2% da frota veicular, o que impacta e explica um dos motivos dos problemas da mobilidade urbana, haja vista a valorização e conscientização do usuário do/no trânsito ser também fundamental para a melhoria da mobilidade.

No entanto, ao realizar esta análise por região de saúde foram reveladas características singulares na distribuição percentual dos veículos e ciclomotores nos 10 anos estudados.

Na Região de Saúde de Aracaju (**Quadro 1**) houve uma variação percentual negativa de veículos (-9,42), em contrapartida a um incremento percentual para ciclomotores (+45,44). O município de Divina Pastora em 2006 possuía um percentual de 10,75% da frota de ciclomotores e em 2015 de 30,36%, que representa uma variação percentual de 182,32 neste período, impactando diretamente na sua taxa de mortalidade, como pode ser observado adiante. No município de Aracaju percentualmente houve um decréscimo na frota de veículos (-8,02), porém em números absolutos houve aumento de aproximadamente 90 mil veículos. Quanto aos ciclomotores, aumentaram em 42 mil unidades de 2006 para 2015, implicando numa variação percentual positiva de 41,39.

Quadro 1. Número e Proporção de veículos e ciclomotores e Variação Percentual entre os anos 2006 e 2015. Sergipe, Região de Saúde de Aracaju.

Região de saúde	2006				2015				Δ%	
	Veículos		Ciclomotores		Veículos		Ciclomotores			
	n	%	n	%	n	%	n	%	Veículos	Ciclomotores
Região de Aracaju	116229	75,40	26358	17,10	219457	68,30	79902	24,87	-9,42	45,44
Aracaju	108518	76,21	23364	16,41	198239	70,10	65607	23,20	-8,02	41,39
Barra dos Coqueiros	902	65,41	374	27,12	3380	61,23	1782	32,28	-6,39	19,03
Divina Pastora	152	81,72	20	10,75	359	64,11	170	30,36	-21,55	182,32
Itaporanga D'Ajuda	999	56,66	548	31,08	2706	45,40	2673	44,85	-19,87	44,29
Laranjeiras	1185	65,85	381	21,17	2746	50,75	1912	35,34	-22,91	66,94
Riachuelo	281	72,80	65	16,84	739	61,33	389	32,28	-15,76	91,71
Santa Rosa de Lima	100	54,64	65	35,52	286	48,97	253	43,32	-10,38	21,96
São Cristóvão	4092	67,57	1541	25,45	11002	57,00	7116	36,87	-15,64	44,89
SERGIPE	**166625**	**61,87**	**79359**	**29,47**	**355198**	**53,67**	**258700**	**39,09**	**-13,26**	**32,65**

Fonte: DENATRAN, 2016.

Outro município que merece destaque é Barra dos Coqueiros, que por estar separado da capital apenas por uma ponte e ter se tornado área de expansão imobiliária, o número de veículos cresceu 274,73% e de ciclomotores 79,01%, no período estudado.

Na Região de Saúde de Estância para o mesmo período, ocorreu uma variação percentual positiva na proporção de ciclomotores x frota de (+19,47), destacando-se os municípios de Pedrinhas, Boquim e Tomar do Geru, que em 2015, apresentaram os ciclomotores como 64%, 61,18% e 60,69%, respectivamente, da frota total destes municípios (**Quadro 2**).

Quadro 2. Número e Proporção de veículos e ciclomotores e Variação Percentual entre os anos 2006 e 2015. Sergipe, Região de Saúde de Estância.

Região de saúde	2006				2015				Δ%	
	Veículos		Ciclomotores		Veículos		Ciclomotores			
	n	%	n	%	n	%	n	%	Veículos	Ciclomotores
Região de Estância	8543	47,33	7739	42,88	21559	41,41	26671	51,23	-12,52	19,47
Arauá	319	44,55	324	45,25	807	42,72	970	51,35	-4,11	13,48
Boquim	1038	39,80	1333	51,11	2408	33,74	4366	61,18	-15,22	19,70
Cristinápolis	374	45,55	366	44,58	1080	40,25	1437	53,56	-11,64	20,14
Estância	3887	54,59	2647	37,17	9043	48,74	8073	43,52	-10,70	17,07
Indiaroba	324	64,29	133	26,39	984	55,13	676	37,87	-14,25	43,51
Itabaianinha	1044	38,87	1285	47,87	2926	33,09	5141	58,14	-14,87	21,52
Pedrinhas	209	34,43	345	56,84	587	30,85	1218	64,00	-10,41	12,61
Santa Luzia do Itanhy	204	66,23	80	25,97	660	50,61	536	41,10	-23,58	58,25
Tomar do Geru	282	47,55	267	45,03	711	34,17	1263	60,69	-28,15	34,80
Umbaúba	864	41,34	959	46,00	2353	39,96	2991	50,79	-3,36	10,42
SERGIPE	**166625**	**61,87**	**79359**	**29,47**	**355498**	**53,67**	**258700**	**39,09**	**-13,26**	**32,65**

Fonte: DENATRN, 2016.

Na Região de Saúde de Itabaiana ocorreu um movimento inverso às demais regiões de saúde e do estado, apresentando uma variação percentual positiva no número de veículos entre 2006 e 2015 (+12,97) e negativa para os ciclomotores (-1,97). Este resultado foi produto do aumento proporcional da frota de veículos em 09 dos 14 municípios da região, e destes 05 também com redução na frota de motocicletas. Um exemplo é Nossa Senhora Aparecida, que em 2006 apresentava uma frota proporcional de veículos de 26,97% e em 2015 aumentou para 34,95% (variação % de +29,97), enquanto que os ciclomotores em 2006 expressavam uma proporção na frota de 57,76%, reduzindo para 54,29% em 2015, de acordo com o **Quadro 3**.

Quadro 3. Número e Proporção de veículos e ciclomotores e Variação Percentual entre os anos 2006 e 2015. Sergipe, Região de Saúde de Itabaiana.

Região de saúde	2006				2015				Δ%	
	Veículos		Ciclomotores		Veículos		Ciclomotores			
	n	%	n	%	n	%	n	%	Veículos	Ciclomotores
Região de Itabaiana	10435	31,79	17828	54,31	29148	35,92	43210	53,24	12,97	-1,97
Areia Branca	461	43,00	470	43,84	1577	45,90	1569	45,66	6,73	4,15
Campo do Brito	700	38,85	834	46,28	1873	35,03	2919	54,59	-9,83	17,95
Carira	638	29,90	1280	59,98	2026	34,07	3465	58,26	13,95	-2,86
Frei Paulo	558	51,01	446	40,77	1482	45,59	1533	46,84	-10,63	14,89
Itabaiana	5694	29,26	11012	56,59	14837	34,91	22629	53,25	19,31	-5,91
Macambira	173	30,95	335	59,93	483	28,26	1126	65,89	-8,68	9,94
Malhador	419	39,34	481	45,16	1211	42,49	1309	45,93	8,00	1,69
Moita bonita	367	27,31	652	48,51	1151	33,04	1763	50,60	20,98	4,31
Nossa Senhora Aparecida	205	26,97	439	57,76	692	34,95	1075	54,29	29,57	-6,01
Pedra Mole	62	45,26	65	47,45	189	40,38	258	55,13	-10,76	16,19
Pinhão	153	43,34	180	50,99	436	36,24	675	56,11	-16,38	10,04
Ribeirópolis	702	33,40	1128	53,66	2100	35,95	3103	53,12	7,65	-1,00
São Domingos	225	32,99	353	51,76	819	34,41	1375	57,77	4,31	11,62
São Miguel do Aleixo	78	29,89	153	58,62	262	35,31	411	55,39	18,15	-5,51
SERGIPE	**166625**	**61,87**	**79359**	**29,47**	**355198**	**53,67**	**258700**	**39,09**	**-13,26**	**32,65**

Fonte: DENATRAN, 2016.

Para a Região de Saúde de Lagarto (**Quadro 4**) houve entre 2006 e 2015 um decréscimo percentual de (-16,28) para veículos e um aumento percentual de (+18,85) para os ciclomotores. Porém, analisando o município de Riachão do Dantas neste mesmo período a variação percentual para veículos foi de (-29,35) e de (+41,16) para ciclomotores.

Quadro 4. Número e Proporção de veículos e ciclomotores e Variação Percentual entre os anos 2006 e 2015. Sergipe, Região de Saúde de Lagarto.

Região de saúde	2006				2015				Δ%	
	Veículos		Ciclomotores		Veículos		Ciclomotores			
	n	%	n	%	n	%	n	%	Veículos	Ciclomotores
Região de Lagarto	10257	42,58	11883	49,33	26720	35,65	43942	58,62	-16,28	18,85
Lagarto	5588	42,05	6682	50,28	13022	36,07	20971	58,09	-14,21	15,54
Poço Verde	623	44,50	662	47,29	2148	40,50	2812	53,02	-8,99	12,12
Riachão do Dantas	431	52,69	347	42,42	1017	37,23	1636	59,88	-29,35	41,16
Salgado	669	49,74	541	40,22	1822	40,64	2313	51,59	-18,29	28,27
Simão Dias	1391	37,87	1944	52,93	4108	33,14	7603	61,34	-12,49	15,89
Tobias Barreto	1555	43,61	1707	47,87	4603	33,01	8607	61,72	-24,31	28,93
SERGIPE	**166625**	**61,87**	**79359**	**29,47**	**355498**	**53,67**	**258700**	**39,09**	**-13,26**	**32,65**

Fonte: DENATRAN, 2016.

No **Quadro 5**, referente à Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória, tanto a Região (0,92) quanto os municípios de Itabi (-7,51), Nossa Senhora da Glória (- 9,46) e Poço Redondo (-3,05) apresentaram variação percentual positiva para a frota veicular, ou seja, foram na contramão da tendência nacional e sergipana.

Para os ciclomotores, houve também uma tendência atípica, uma vez que Itabi e Nossa Senhora da Glória apresentaram um decréscimo percentual, de (-0,43) e (-1,33) respectivamente, nas suas frotas de ciclomotores entre 2006 e 2015.

Quadro 5. Número e proporção de veículos e ciclomotores e variação percentual entre os anos 2006 e 2015. Sergipe, Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória.

Região de saúde	2006				2015				Δ%	
	Veículos		Ciclomotores		Veículos		Ciclomotores			
	n	%	n	%	n	%	n	%	Veículos	Ciclomotores
Região de Nª Sª da Glória	3491	33,11	6187	58,68	11565	33,42	21025	60,75	0,92	3,52
Canindé de São Francisco	448	38,42	596	51,11	2074	38,33	3045	56,27	-0,24	10,09
Feira Nova	138	50,36	125	45,62	412	40,00	585	56,80	-20,58	24,50
Gararu	175	32,53	323	60,04	522	29,18	1174	65,62	-10,30	9,30
Gracho Cardoso	134	31,75	264	62,56	374	30,14	826	66,56	-5,09	6,39
Itabi	139	31,95	272	62,53	426	34,35	772	62,26	7,51	-0,43
Monte Alegre	307	36,59	450	53,64	1018	35,01	1665	57,26	-4,33	6,75
Nossa Senhora da Glória	1288	30,55	2557	60,65	4010	33,93	7176	59,84	9,46	-1,33
Poço Redondo	356	26,25	899	66,30	1277	27,06	3158	66,91	3,05	0,92
Porto da Folha	506	39,01	701	54,05	1452	33,93	2624	61,32	-13,02	13,46
SERGIPE	**166625**	**61,87**	**79359**	**29,47**	**355498**	**53,67**	**258700**	**39,09**	**-13,26**	**32,65**

Fonte: DENATRAN. Acesso em 08/ago/2016.

Para a Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro, chama-se atenção para os municípios cujas variações percentuais positivas, de ciclomotores, foram superiores a 100: Rosário do Catete (+251,60), Japaratuba (+129,33), Pirambu (+120,43), Carmópolis (+112,67) e Santo Amaro das Brotas (+104,75), conforme **Quadro 6.**

O **Quadro 7,** representando a Região de Saúde de Propriá, retrata a tendência nacional e sergipana para o aumento proporcional de ciclomotores e redução de veículos.

Em termos de Região, observa-se que a variação percentual em valores foi praticamente o mesmo, sendo um em queda e outro em ascendência, movimento

semelhante aos dos municípios de Muribeca (Veículos = -20,64 e ciclomotores = +20,99), Santana do São Francisco (Veículos = -11,57 e ciclomotores = +10,19) e Telha (Veículos = -19,09 e ciclomotores = +19,15).

Quadro 6. Número e proporção de veículos e ciclomotores e variação percentual entre os anos 2006 e 2015. Sergipe, Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro.

Região de saúde	2006				2015				Δ%	
	Veículos		Ciclomotores		Veículos		Ciclomotores			
	n	%	n	%	n	%	n	%	Veículos	Ciclomotores
Região de Nª Sª do Socorro	13369	66,75	4839	24,16	35749	53,33	26547	39,60	-20,10	63,93
Capela	804	53,07	583	38,48	2350	41,71	2874	51,01	-21,40	32,56
Carmópolis	661	68,29	161	16,63	1908	56,38	1197	35,37	-17,43	112,67
Cumbe	107	46,72	104	45,41	304	35,19	499	57,75	-24,70	27,17
General Maynard	126	59,43	51	24,06	401	59,06	239	35,20	-0,63	46,32
Japaratuba	741	75,10	158	15,99	1905	56,98	1226	36,67	-24,12	129,33
Maruim	771	78,59	128	13,05	1748	66,26	676	25,63	-15,69	96,40
Nossa Srª das Dores	902	45,67	875	44,30	2507	37,69	3512	52,80	-17,47	19,19
Nossa Srª do Socorro	7740	69,55	2448	22,00	21037	56,17	13917	37,16	-19,24	68,93
Pirambu	281	69,04	79	19,41	692	48,94	605	42,79	-29,12	120,43
Rosário do Catete	499	81,01	63	10,23	1055	59,37	639	35,96	-26,71	251,60
Santo Amaro das Brotas	461	76,32	111	18,38	1137	58,13	736	37,63	-23,84	104,75
Siriri	275	67,73	78	19,21	705	56,85	427	34,44	-16,06	79,24
SERGIPE	**166625**	**61,87**	**79359**	**29,47**	**355498**	**53,67**	**258700**	**39,09**	**-13,26**	**32,65**

Fonte: DENATRAN, 2016.

Quadro 7. Número e proporção de veículos e ciclomotores e variação percentual entre os anos 2006 e 2015. Sergipe, Região de Saúde de Propriá.

Região de saúde	2006				2015				Δ%	
	Veículos		Ciclomotores		Veículos		Ciclomotores			
	n	%	n	%	n	%	n	%	Veículos	Ciclomotores
Região de Propriá	4301	44,60	4525	46,93	11000	35,80	17403	56,64	-19,74	20,70
Amparo de São Francisco	46	50,55	40	43,96	163	38,35	247	58,12	-24,13	32,22
Aquidabã	578	38,05	800	52,67	1531	34,30	2674	59,90	-9,87	13,74
Brejo Grande	50	50,51	38	38,38	200	35,84	323	57,89	-29,03	50,81
Canhoba	79	49,69	74	46,54	192	29,45	448	68,71	-40,73	47,64
Cedro de São João	283	59,45	166	34,87	575	44,99	602	47,10	-24,32	35,07
Ilha das flores	129	54,66	89	37,71	352	39,02	500	55,43	-28,61	46,99
Japoatã	266	52,67	165	32,67	900	45,48	937	47,35	-13,66	44,91
Malhada dos Bois	99	55,93	57	32,20	333	46,97	275	38,79	-16,03	20,44
Muribeca	193	54,99	120	34,19	576	43,64	546	41,36	-20,64	20,99
Neópolis	465	40,58	619	54,01	1203	34,38	2136	61,05	-15,27	13,02
Nossa Senhora de Lourdes	116	35,15	185	56,06	395	32,73	746	61,81	-6,90	10,25
Pacatuba	202	47,09	172	40,09	685	29,27	1137	48,59	-37,83	21,19
Propriá	1550	43,26	1759	49,09	3100	33,57	5613	60,78	-22,40	23.81
Santana do São Francisco	44	31,21	88	62,41	236	27,60	588	68,77	-11,57	10,19
São Francisco	119	54,59	64	29,36	315	50,16	241	38,38	-8,11	30,72
Telha	82	44,81	89	48,63	244	36,26	36,26	57,95	-19,09	19,15
SERGIPE	**166625**	**61,87**	**79359**	**29,47**	**355498**	**53,67**	**258700**	**39,09**	**-13,26**	**32,65**

Fonte: DENATRAN, 2016.

Por fim, a redução percentual do estado de Sergipe foi de (-13,26) para veículos enquanto que para os ciclomotores houve um incremento de (+32,65).

3 MORTALIDADE

No Brasil, conforme o “Mapa da Violência 2013-Acidentes de trânsito e motocicletas”, referente ao período 1996-2011, houve redução de 52,1% nas mortes de pedestre. Por outro lado, ocorreu um aumento alarmante de 932,1% nas mortes de motociclistas e de 72,9% em condutores de veículos (WAISELFISZ, 2013).

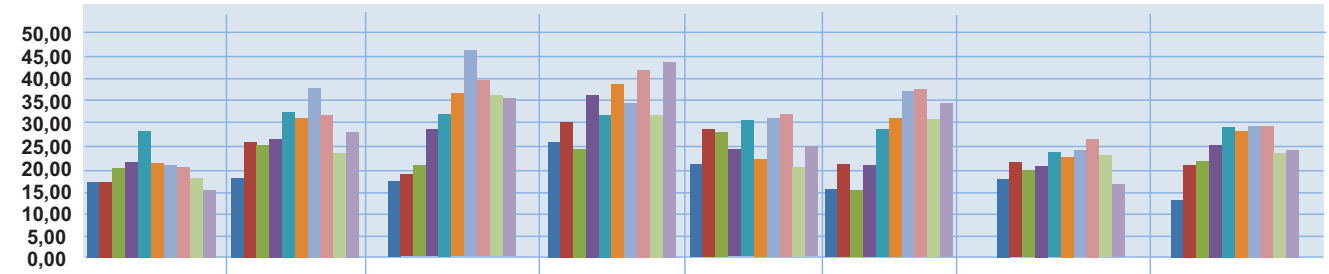
O estado de Sergipe, em consonância com o cenário nacional, na década 2001-2011, apresentou uma variação percentual positiva na taxa de mortalidade por acidentes de trânsito de (+43,3). Em 2011 subiu no ranking nacional da 12ª para 11ª posição (Taxa de mortalidade por 100 mil de 28,2) na colocação nacional e o segundo do Nordeste, perdendo apenas para o Piauí (34,7), porém superior ao nordeste e ao Brasil que apresentaram a mesma taxa de mortalidade por 100 mil de 22,5 para mortes no trânsito (WAISELFISZ, 2013).

No intervalo temporal trabalhado neste estudo 2006-2015, observa-se que Sergipe apresentou aumento na taxa de mortalidade entre os anos de 2006 (18,74/100mil habitantes), atingindo seu ápice em 2013 cuja taxa de mortalidade foi de 29,65, declinando em 2014 para 23,65 e voltando a se elevar em 2015, dados preliminares, para 24,52. (DATASUS,2016)

Ampliando a discussão para as regiões de saúde, observa-se que a taxa de mortalidade varia e que a Região de Saúde de Aracaju foi a única que apresentou redução percentual no período com as menores taxas dentre as regiões. Fazendo o contraponto às regiões de saúde de Nossa Senhora da Glória e de Itabaiana que foram responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade no período, disputando e alternando o primeiro lugar em mortes por acidentes de trânsito por 100 mil habitantes (**Gráfico 2**).

Outro movimento observado foi quanto ao comportamento das taxas nas regiões de Aracaju e Nossa Senhora da Glória que apresentaram um decréscimo nos valores a partir de 2012. No entanto, a redução da taxa estadual não ocorreu, devido ascendência das taxas no mesmo período nas regiões de Estância, Propriá e mais acentuadamente na Região de Itabaiana.

Gráfico 2. Taxa de mortalidade por acidente de trânsito. Sergipe e regiões de saúde, 2016-2015*.



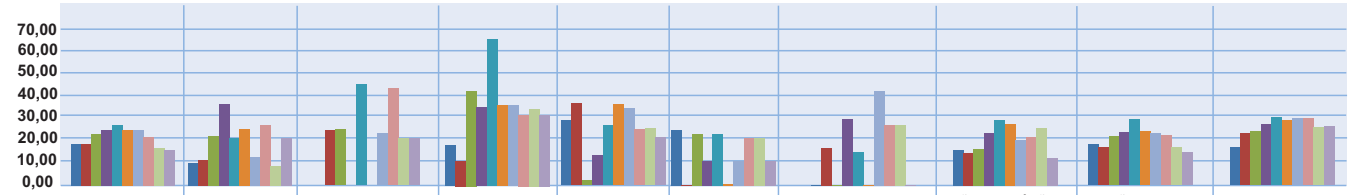
	REG. ARACAJU	REG. ESTÂNCIA	REG. Nª SRª GLÓRIA	REG. ITABAIANA	REG. LAGARTO	REG. PROPRIÁ	REG.Nª SR.ª SOCORRO	SERGIPE
2006	18,10	18,78	18,50	26,82	22,30	15,75	13,00	18,74
2007	17,85	26,49	19,65	30,15	28,53	22,57	23,48	21,66
2008	20,71	25,71	21,69	24,90	27,19	15,28	20,39	22,16
2009	22,55	26,80	29,27	36,83	24,93	22,45	21,83	25,35
2010	28,29	33,59	32,64	31,82	30,54	28,34	24,46	29,30
2011	22,25	31,65	36,75	38,84	23,37	31,60	23,52	27,23
2012	21,82	38,34	45,18	34,31	31,36	37,51	24,84	29,47
2013	21,12	32,48	39,22	42,50	33,45	37,68	27,50	29,65
2014	17,89	24,40	35,81	32,02	21,10	31,05	23,54	23,65
2015*	15,96	28,75	35,45	44,64	25,62	34,15	17,00	24,52

Fonte: DATASUS,2016.

A região de Aracaju, com 08 municípios, em 2015, segundo estimativa do IBGE respondeu por 37,16% da população sergipana e foi responsável por 24,18% das mortes no trânsito. Analisando o grupo de municípios que compõe o **Gráfico 3,** observa-se que:

- A maior taxa apresentada no período ocorreu em 2010, no município de Itaporanga D'Ajuda (65,73/ 100 mil hab.).
- O município de Laranjeiras apresentou uma linha decrescente a partir de 2011.
- A capital sergipana, Aracaju, apresentou as menores taxas, mesmo quando comparadas às da região e estado, com variações percentuais negativas ano a ano e que resultou, entre os anos de 2010 e 2015, numa redução percentual de (– 41,21) merecendo discussão mais detalhada do alcance deste resultado posteriormente em item à parte.

Gráfico 3. Taxa de mortalidade por acidente de trânsito. Municípios da região de saúde de Aracaju e Sergipe, 2016-2015*.



	ARACAJU	BARRA DOS COQUEIROS	DIVINA PASTORA	ITAPORANGA D'AJUDA	LARANJEIRAS	RIACHUELO	SANTA ROSA DE LIMA	SÃO CRISTÓVÃO	REGIÃO ARACAJU	SERGIPE
2006	18,80	9,28	0,00	17,07	29,66	22,43	0,00	14,23	18,10	18,74
2007	18,64	10,41	23,82	10,66	37,62	0,00	15,16	12,51	17,85	21,66
2008	21,42	20,19	23,04	41,37	4,06	21,35	0,00	14,83	20,71	22,16
2009	22,24	35,00	0,00	34,08	12,14	10,56	29,15	22,64	22,55	25,35
2010	26,97	19,99	46,23	65,73	26,02	21,39	14,21	27,89	28,29	29,30
2011	21,22	23,50	0,00	35,72	36,80	0,00	0,00	25,01	22,25	27,23
2012	21,27	11,51	22,29	35,30	32,80	10,52	41,81	19,75	21,82	29,47
2013	20,18	25,46	42,42	30,77	24,53	20,28	26,82	20,09	21,12	29,65
2014	16,19	7,12	20,82	33.42	24,28	20,10	26,55	24,47	17,89	23,65
2015	15,80	20,92	20,45	30,01	20,60	9,97	0,00	10,35	15,96	24,52

Fonte: DATASUS,2016.

No **Quadro 8**, foi feito um comparativo entre os anos de 2006 e 2014 quanto ao posicionamento dos municípios em relação a taxa de mortalidade por acidentes de trânsito:

- Na região de saúde de Aracaju os municípios de Laranjeiras, Riachuelo, Aracaju e Barra dos Coqueiros aumentaram sua posição, ou seja, reduziram suas taxas de mortalidade. Esta redução foi significativa de tal maneira que a Região saiu da 5ª posição em 2006 para a 7ª, ou última em 2014.

- Na região de saúde de Estância, chama-se a atenção para Pedrinhas que saiu da 44ª posição em 2006 para ser a 10ª pior taxa de mortalidade em Sergipe, em 2014. Apesar deste resultado, a região de saúde migrou da 3ª para a 4ª posição.

- A região de saúde de Nossa Senhora da Glória apesar de possuir apenas 09 municípios, 05 destes estão entre as 20 piores taxas de mortalidade, o que exige da gestão intersetorial um olhar diferenciado.

Quadro 8. Ordenamento dos municípios segundo taxas de óbito (por 100 mil) em acidentes de trânsito da população total. Sergipe, 2006/2014.

	2006		2014	
	TAXA	POS.	TAXA	POS.
LARANJEIRAS	29,66	15º	ITAPORANGA D'AJUDA	33,42	29º
RIACHUELO	22,43	28º	SANTA ROSA DE LIMA	26,55	38º
ARACAJU	18,80	31º	SÃO CRISTÓVÃO	24,47	39º
ITAPORANGA D'AJUDA	17,07	36º	LARANJEIRAS	24,28	40º
SÃO CRISTÓVÃO	14,23	44º	DIVINA PASTORA	20,82	46º
BARRA DOS COQUEIROS	9,28	56º	RIACHUELO	20,10	47º
DIVINA PASTORA	0,00	67º	ARACAJU	16,19	54º
SANTA ROSA DE LIMA	0,00	73º	BARRA DOS COQUEIROS	7,12	69º
REGIÃO DE ARACAJU	18,10	5º	**REGIÃO DE ARACAJU**	17,89	7º
UMBAUBA	31,22	14º	PEDRINHAS	53,34	10º
SANTA LUZIA DO ITANHY	26,08	21º	CRISTINÁPOLIS	50,77	12º
ESTÂNCIA	23,89	25º	BOQUIM	30,03	32º
CRISTINÁPOLIS	17,93	34º	SANTA LUZIA DO ITANHY	29,13	34º
BOQUIM	15,96	39º	UMBAUBA	28,86	35º
ITABAIANINHA	15,45	40º	ITABAIANINHA	26,75	37º
PEDRINHAS	11,92	49º	INDIAROBA	17,48	52º
ARAUA	9,04	57º	ESTÂNCIA	14,72	58º
TOMAR DO GERU	7,15	59º	ARAUÁ	9,36	65º
INDIAROBA	7,00	60º	TOMAR DO GERU	7,58	67º
REGIÃO DE ESTÂNCIA	18,78	3º	**REGIÃO DE ESTÂNCIA**	24,40	4º
MONTE ALEGRE DE SERGIPE	45,93	4º	FEIRA NOVA	90,07	3º
GRACHO CARDOSO	34,64	9º	GRACHO CARDOSO	51,41	11º
POÇO REDONDO	23,06	27º	MONTE ALEGRE DE SERGIPE	47,67	15º
ITABI	18,43	32º	GARARU	42,67	17º
CANINDE DE SÃO FRANCISCO	17,86	35º	POÇO REDONDO	41,97	18º
GARARU	16,63	38º	CANINDÉ DE SÃO FRANCISCO	39,69	21º
PORTO DA FOLHA	11,00	51º	PORTO DA FOLHA	35,25	26º
Nª. SRª. DA GLÓRIA	10,19	53º	ITABI	19,87	49º
FEIRA NOVA	0,00	68º	NOSSA SENHORA DA GLÓRIA	11,34	60º
REGIÃO DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA	18,50	4º	**REGIÃO DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA**	35,81	1º
CAMPO DO BRITO	48,57	3º	SÃO MIGUEL DO ALEIXO	77,30	6º
MOITA BONITA	42,07	5º	MOITA BONITA	61,55	8º
RIBEIRÓPOLIS	36,41	8º	MALHADOR	47,81	14º
PINHÃO	34,21	10º	FREI PAULO	47,01	16º
ITABAIANA	33,85	11º	ITABAIANA	37,74	23º
PEDRA MOLE	33,46	12º	SÃO DOMINGOS	36,74	24º
SÃO MIGUEL DO ALEIXO	27,17	18º	CAMPO DO BRITO	33,85	28º
CARIRA	20,50	29º	RIBEIRÓPOLIS	21,96	44º
FREI PAULO	15,12	41º	AREIA BRANCA	16,67	53º
Nª. SRª. APARECIDA	12,42	47º	PINHÃO	15,67	55º
AREIA BRANCA	11,12	50º	MACAMBIRA	14,76	57º
MALHADOR	7,92	58º	CARIRA	9,39	64º
MACAMBIRA	0,00	71º	Nª. SRª. APARECIDA	0,00	73º
SÃO DOMINGOS	0,00	74º	PEDRA MOLE	0,00	74º
REG. ITABAIANA	26,82	1º	**REGIÃO DE ITABAIANA**	32,02	2º
SIMÃO DIAS	39,78	7º	TOBIAS BARRETO	29,43	33º
LAGARTO	24,02	24º	SIMÃO DIAS	22,30	43º
POÇO VERDE	23,06	26º	LAGARTO	21,72	45º
TOBIAS BARRETO	16,91	37º	SALGADO	19,96	48º
SALGADO	9,77	54º	RIACHÃO DO DANTAS	10,02	62º
RIACHÃO DO DANTAS	4,80	62º	POÇO VERDE	8,60	66º
REGIÃO DE LAGARTO	22,30	2º	**REGIÃO DE LAGARTO**	21,10	6º
SÃO FRANCISCO	108,66	1º	Nª. SRª. DE LOURDES	108,11	1º
MALHADA DOS BOIS	54,14	2º	SANTANA DO SÃO FRANCISCO	102,59	2º
BREJO GRANDE	27,03	19º	AMPARO DE SÃO FRANCISCO	84,53	4º
SANTANA DO SÃO FRANCISCO	26,55	20º	MURIBECA	78,74	5º
PROPRIÁ	24,07	23º	CANHOBA	49,30	13º
CEDRO DO SÃO JOÃO	17,96	33º	PROPRIÁ	40,59	20º
AQUIDABÃ	15,10	42º	CEDRO DE SÃO JOÃO	34,08	27º
Nª. SRª. DE LOURDES	14,24	43º	TELHA	31,81	30º
MURIBECA	13,49	45º	NEÓPOLIS	31,64	31º
ILHA DAS FLORES	10,95	52º	ILHA DAS FLORES	23,29	42º
NEÓPOLIS	9,60	55º	BREJO GRANDE	12,25	59º
AMPARO DE SÃO FRANCISCO	0,00	63º	AQUIDABÃ	9,45	63º
CANHOBA	0,00	64º	PACATUBA	7,13	38º
JAPOATÃ	0,00	70º	JAPOATÃ	0,00	71º
PACATUBA	0,00	72º	MALHADA DOS BOIS	0,00	72º
TELHA	0,00	75º	SÃO FRANCISCO	0,00	75º
REGIÃO DE PROPRIÁ	15,75	6º	**REGIÃO DE PROPRIÁ**	31,05	3º
SIRIRI	40,71	6º	CUMBE	75,57	7º
PIRAMBU	33,18	13º	SANTO AMARO DAS BROTAS	58,51	9º
CAPELA	29,03	16º	MARUIM	40,99	19º
SANTO AMARO DAS BROTAS	28,03	17º	JAPARATUBA	38,68	22º
Nª. SRª. DAS DORES	24,89	22º	CAPELA	36,34	25º
JAPARATUBA	19,10	30º	Nª. SRª. DAS DORES	26,88	36º
MARUIM	12,48	46º	SIRIRI	23,29	41º
ROSARIO DO CATETE	12,22	48º	CARMÓPOLIS	19,63	50º
Nª. SRª. DO SOCORRO	6,70	61º	ROSARIO DO CATETE	19,63	51º
CARMÓPOLIS	0,00	65º	Nª. SRª. DO SOCORRO	15,43	56º
CUMBE	0,00	66º	PIRAMBU	11,15	61º
GENERAL MAYNARD	0,00	69º	GENERAL MAYNARD	0,00	70º
REGIÃO DE NOSSA SENHORA DO SOCORRO	13,00	7º	**REGIÃO DE NOSSA SENHORA DO SOCORR**	23,54	5º
SERGIPE	18,74		**SERGIPE**	23,65	

Fonte: DATASUS, 2016.

- De modo geral, na região de saúde de Itabaiana, houve melhora nas taxas uma vez que esta migrou da 1ª para a segunda posição, mas que isoladamente apresentam municípios com taxas preocupantes, tais como as dos municípios de São Miguel do Aleixo e Moita Bonita cujas taxas de mortalidade são superiores a 50 mortes/100 mil habitantes.

- A região de saúde de Lagarto, com 06 municípios, reduziu bastante as suas taxas de mortalidade no trânsito, migrando do 2º para o 6º lugar.

- Os municípios de Nossa Senhora de Lourdes, Santana do São Francisco, Amparo do São Francisco e Muribeca, em 2014, ocuparam respectivamente a 1ª, 2ª, 4ª e 5ª posições no ranking estadual, o que provocou a migração da região de saúde de Propriá da 6ª em taxa de mortalidade, em 2006, por acidentes de trânsito, para a 2ª pior taxa em 2014. Com destaque para os municípios de Telha e Canhoba que não tiveram ocorrências de óbitos por ATT em 2006 e que em 2015 passaram para 30º e 13º colocação.

- Apesar da região de saúde de Nossa Senhora do Socorro ter variado positivamente de posição de 2006 para 2014, saindo da última posição para a 5ª, seis dos seus doze municípios apresentaram aumento nas taxas e consequente piora de posição no ranking no mesmo período.

3.1 MORTALIDADE E FROTA VEICULAR

Dentre os estudos que inspiraram esta produção, há uma análise feita a partir do confronto entre a frota veicular e o número de mortos por acidentes de trânsito nas duas maiores categorias. Como pode ser observado na **Quadro 9** a relação entre mortos e número de veículos entre 2006 e 2015 demonstrou um decréscimo de (-47,73 vítimas/ 10 mil) carros, enquanto o decréscimo foi de (-29,64 vítimas/ 10 mil) motocicletas. Para ampliar a compreensão, será analisado o número absoluto de óbitos por categoria.

Como observa-se, as mortes de automóveis variaram percentualmente em 11,43 enquanto as de motocicletas em 129,37. Isso demonstra que apesar da redução de mortes comparada com a frota de ciclomotores (-29.64), o número de vítimas aumentou muito (2006 = 126/ 2015*= 289).

Quadro 9. Evolução das taxas - frota de mortalidade em acidentes de trânsito (por 10 mil veículos) de ocupantes de automóvel e de motocicleta. Sergipe. 2006-2015*.

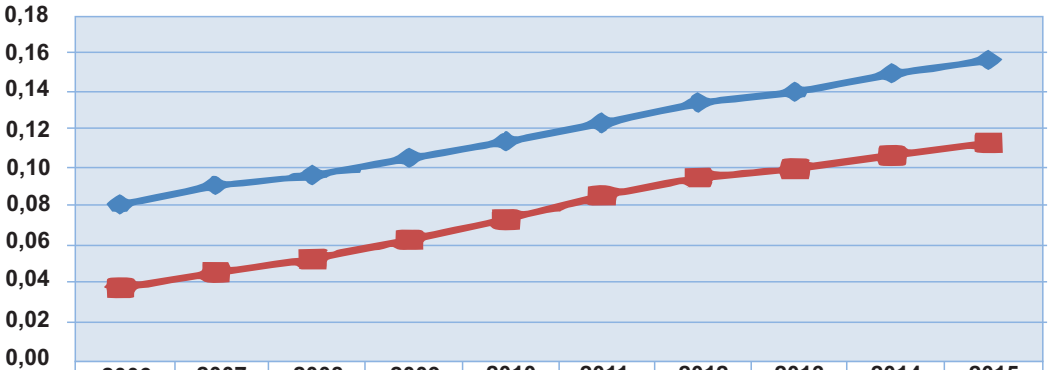
ANO	Frota Total		Automóveis					Motocicletas				
			Frota			Vítimas		Frota			Vítimas	
	n	Variação % aa	n	%	Variação % aa	n	Tx Frota	n	%	Variação % aa	n	Tx Frota
2006	269323		166625	61,87		140	8,40	79359	29,47		126	15,88
2007	267682	10,53	181203	60,87	-1,61	172	9,49	91976	30,90	4,86	149	16,20
2008	331456	11,35	196124	59,17	-2,79	129	6,58	109034	32,90	6,47	172	15,77
2009	376185	13,49	216999	57,68	-2,51	137	6,31	131015	34,83	5,87	236	18,01
2010	427048	13,52	239508	56,08	-2,77	197	8,23	156485	36,64	5,21	267	17,06
2011	480287	12,47	262487	54,65	-2,55	165	6,29	183331	38,17	4,17	284	15,49
2012	530207	10,39	287597	54,24	-0,75	172	5,98	204814	38,63	1,20	149	7,27
2013	575510	8,54	311007	54,04	-0,37	197	6,33	223182	38,78	0,39	335	15,01
2014	622583	8,18	335731	53,93	-0,21	138	4,11	241681	38,82	0,10	280	11,59
2015*	661871	6,31	355198	53,67	-0,48	156	4,39	258700	39,09	0,69	289	11,17
Variação %	**145,75**		**113,17**	**-13,26**		**11,43**	**-47,73**	**225,99**	**32,65**		**129,37**	**-29,64**

Fonte: DENATRAN e Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2016.

3.2 MORTALIDADE POR CATEGORIA DA VÍTIMA EM SERGIPE

Planejar estratégias visando redução de acidentes e óbitos por acidentes de trânsito e transporte, implica em saber quais das categorias estão mais expostas a risco. Quando observa-se a razão para automóveis constata-se que esta dobrou de 2006 para 2015 (0,08 para 0,16) e que a de ciclomotores triplicou no mesmo intervalo (0,04 para 0,12) em Sergipe, demonstrando que mais pessoas aumentaram o risco de exposição para acidentes com motos. (**Gráfico 4**).

Gráfico 4. Razão de automóveis e ciclomotores com relação a população. Sergipe 2006 - 2015.



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Automóveis	0,08	0,09	0,10	0,11	0,12	0,13	0,14	0,08	0,15	0,16
Ciclomotores	0,04	0,05	0,05	0,06	0,08	0,09	0,10	0,04	0,11	0,12

Fonte: DATASUS, 2016.

Partindo desta premissa, realizou-se o levantamento por números absolutos de óbitos, taxa de mortalidade e proporção de mortalidade para ATT, discriminando a categoria (**Gráfico 5**).

Utilizando a categoria motociclista, em Sergipe, observa-se que no ano de 2011/2012 houve um declínio evidente em números de mortes (284/149), mas fazendo a leitura em taxa de mortalidade por 100 mil habitantes, vê-se um aclive não tão acentuado (2011= 13,59/2012=17,86). No entanto, analisando proporcionalmente a categoria motociclista para o total de mortes no trânsito, constata-se um aumento de mais de 10 pontos percentuais (2011= 49,91%/2012=60,61%).

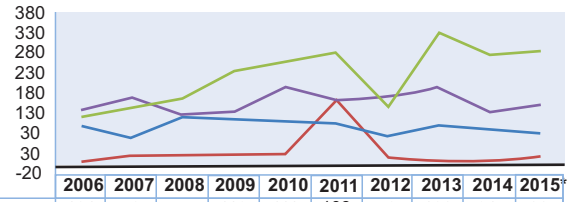
Para os motoristas, a segunda maior categoria que foi a óbito no trânsito, observa-se que proporcionalmente, apesar de em 2015, (28,36%), ter sido superior ao

ano de 2014 (26,29%), foi algo bem inferior se comparado a 2006 cujo percentual foi de 37,33%.

O número de ciclistas, com a fomentação da prática de esportes e substituição de transportes poluentes por não poluentes, aumentaram. Portanto, o que nota-se graficamente é que em 2011 os óbitos desta categoria aumentaram 20 vezes comparado com 2006, o que provocou uma mobilização de reeducação do trânsito para todas as categorias e construção de ciclovias, a fim de diminuir a vulnerabilidade a que os ciclistas estavam expostos.

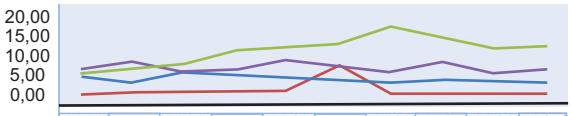
Gráfico 5. Número, Taxa de Mortalidade/100 mil hab. e Proporção de mortes de acidentes de trânsito por categoria. Sergipe 2006 - 2015.

Número de mortos por acidentes de trânsito por categoria. Sergipe 2006-2015*.



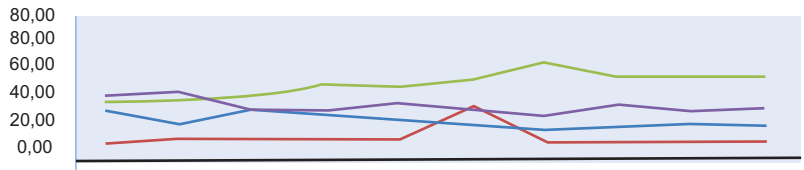
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
Pedestre	101	76	121	113	111	103	76	102	91	82
Ciclista	8	23	21	26	31	165	23	17	16	23
Motociclista	126	149	172	236	267	284	149	335	280	289
Motorista	140	172	129	137	197	165	172	197	138	156

Taxa de mortalidade por 100 mil hab. de acidentes de transito por categoria. Sergipe 2006-2015*



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
Pedestre	5,05	3,92	6,05	5,59	5,37	4,93	3,88	4,65	4,10	3,66
Ciclista	0,40	1,19	1,05	1,29	1,50	7,90	1,04	0,77	0,72	1,03
Motociclista	6,30	7,68	8,60	11,69	12,91	13,59	17,86	15,26	12,62	12,88
Motorista	7,00	8,87	6,45	6,78	9,53	7,90	6,68	8,97	6,22	6,96

Proporção de mortes de acidentes de trânsito por categoria. Sergipe 2006-2015*.



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
Pedestre	5,05	3,92	6,05	5,59	5,37	4,93	3,88	4,65	4,10	3,66
Ciclista	0,40	1,19	1,05	1,29	1,50	7,90	1,04	0,77	0,72	1,03
Motociclista	6,30	7,68	8,60	11,69	12,91	13,59	17,86	15,26	12,62	12,88
Motorista	7,00	8,87	6,45	6,78	9,53	7,90	6,68	8,97	6,22	6,96

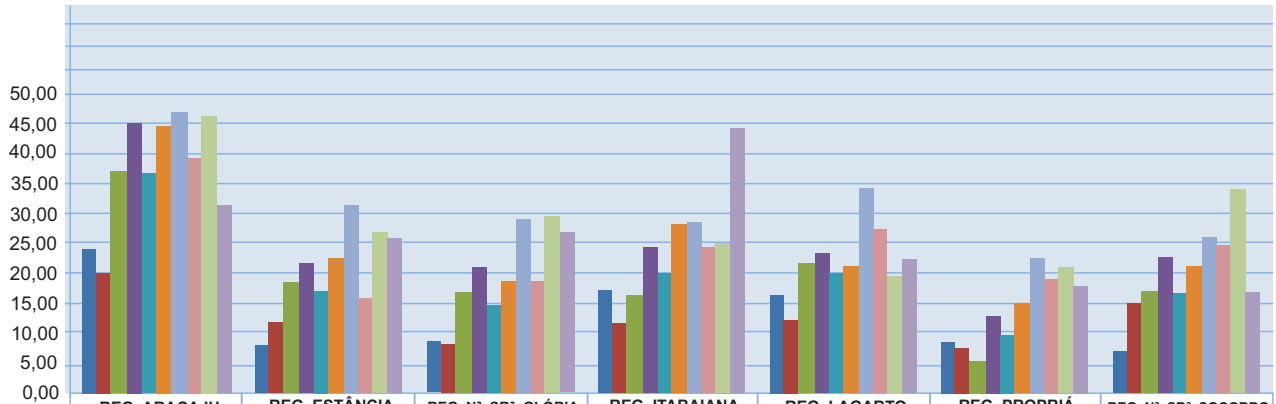
Fonte: DATASUS,2016.

3.2.1 MORTALIDADE POR CATEGORIA DA VÍTIMA E REGIÃO DA SAÚDE

Demonstrar as categorias a nível estadual revela muito sobre a realidade, porém o presente estudo se propôs a subsidiar as discussões na esfera municipal. Para tanto, produziu-se informações quanto à proporção de morte para cada categoria de meio de transporte.

Observa-se que, na Região de Aracaju, a proporção de mortes por ciclomotores, entre 2006 e 2015, foi elevada, sendo a maior taxa dentre as regiões. Em 2015, houve redução para 31.41% das mortes nesta região comparado ao ano anterior. Mudança preocupante é vista na região de Itabaiana que possuía valores entre 25 e 30%, até 2014 e em 2015 o percentual de ciclomotores envolvidos em acidentes com mortes aumentou para 44,23% (**Gráfico 6**).

Gráfico 6. Proporção de óbitos por acidente de trânsito categoria ciclomotores por região de saúde. Sergipe, 2006 - 2015.

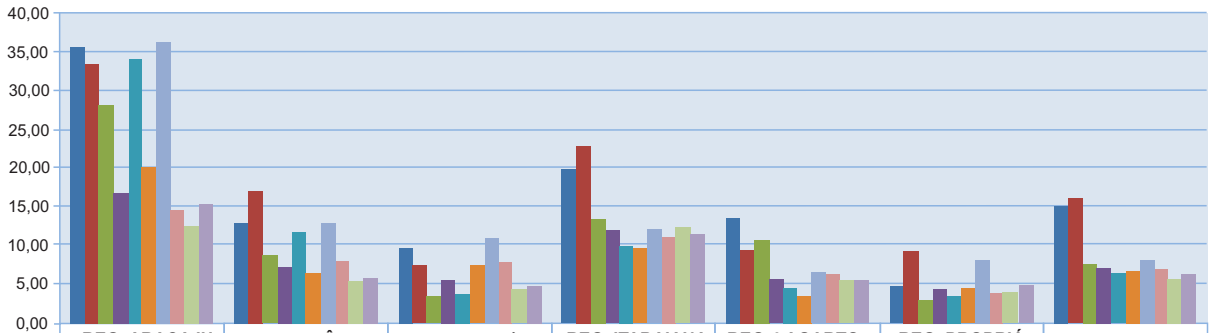


	REG. ARACAJU	REG. ESTÂNCIA	REG. Nª. SRª. GLÓRIA	REG. ITABAIANA	REG. LAGARTO	REG. PROPRIÁ	REG. Nª. SRª. SOCORRO
2006	24,29	7,86	8,57	17,14	16,43	8,57	7,14
2007	20,35	11,63	8,14	11,63	12,21	7,56	15,12
2008	37,21	18,60	17,05	16,28	21,71	5,43	17,05
2009	45,26	21,90	21,17	24,82	23,36	13,14	13,14
2010	36,55	17,26	14,72	20,30	19,80	10,15	16,75
2011	44,85	22,42	18,79	28,48	21,21	15,15	21,21
2012	47,09	31,40	29,07	28,49	34,30	22,67	26,16
2013	39,59	15,74	18,78	24,37	27,41	19,29	24,87
2014	46,38	26,81	29,71	25,36	19,57	21,01	34,06
2015	31,41	25,64	26,92	44,23	22,44	17,95	16,67

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2016.

Quanto ao percentual de mortes provocadas por automóveis, observa-se que houve a partir de 2013 uma redução na proporção em todas as regiões com valores abaixo de 8%, com exceção das regiões de Aracaju e Itabaiana. (**Gráfico 7**)

Gráfico 7. Proporção de óbitos por acidente de trânsito por categoria - automóveis por região de saúde. Sergipe, 2006-2015.



	REG. ARACAJU	REG. ESTÂNCIA	REG. Nª.SRª. GLÓRIA	REG. ITABAIANA	REG. LAGARTO	REG. PROPRIÁ	REG. Nª.SRª. SOCORRO
2006	35,71	12,70	9,52	19,84	13,49	4,76	15,08
2007	33,56	16,78	7,38	22,82	9,40	9,40	16,11
2008	28,49	8,72	3,49	13,37	10,47	2,91	7,56
2009	16,53	7,20	5,51	11,86	5,51	4,24	7,20
2010	34,08	11,61	3,75	10,11	4,49	3,37	6,37
2011	20,07	6,34	7,39	9,51	3,52	4,58	6,69
2012	36,24	12,75	10,74	12,08	3,71	8,05	8,05
2013	14,63	8,06	7,76	11,04	6,27	3,88	7,16
2014	12,50	5,36	4,29	12,14	5,36	3,93	5,71
2015	15,22	5,88	4,84	11,42	5,54	4,84	6,23

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2016.

.

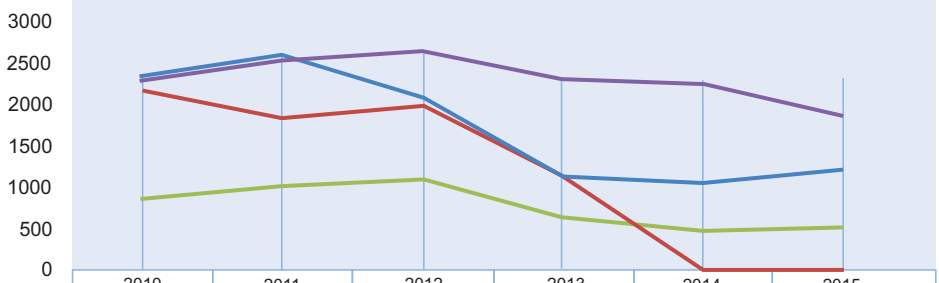
4 MORBIDADE

A morbidade, para este estudo, se trata do número de ocorrências de acidentes de trânsito independente destas terem gerado internação ou não e será abordada a partir das informações cedidas pelo Departamento Estadual de Transito de Sergipe (DETRAN/SE) e da Polícia Rodoviária Federal (PRF/SE). Observando o **Gráfico 8**, é importante esclarecer que: (i) o Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito (BOAT), quando acompanhado da sigla CPTRAN (Companhia de polícia de Trânsito) ou do termo "justiça volante", deve ser entendido que os acidentes ocorreram nos municípios da grande Aracaju; (ii) as informações do Batalhão de Polícia Rodoviária, identificadas no gráfico, como "CPRV", refere-se às rodovias estaduais; (iii) e, as informações com a sigla PRF, são referentes às rodovias federais que cortam o estado de Sergipe.

Analisando a informação produzida, independente da fonte de informação dos dados, observa-se que houve redução no número de acidentes em Sergipe e também em Aracaju, apesar da informação da CPTRAN ter demonstrado aumento em 2015, estando estas diretamente relacionadas a grande Aracaju.

Quanto as rodovias federais, é evidente o declínio das ocorrências, fato este que pode ser atribuído à ampliação da malha rodoviária duplicada, a efetivação da lei seca, como também ao aumento das ações de fiscalização e formas mais efetivas de responsabilização dos condutores.

Gráfico 8. Número de ocorrências de acidentes de trânsito em Aracaju, nas rodovias estaduais e federais de Sergipe, 2010-2015.

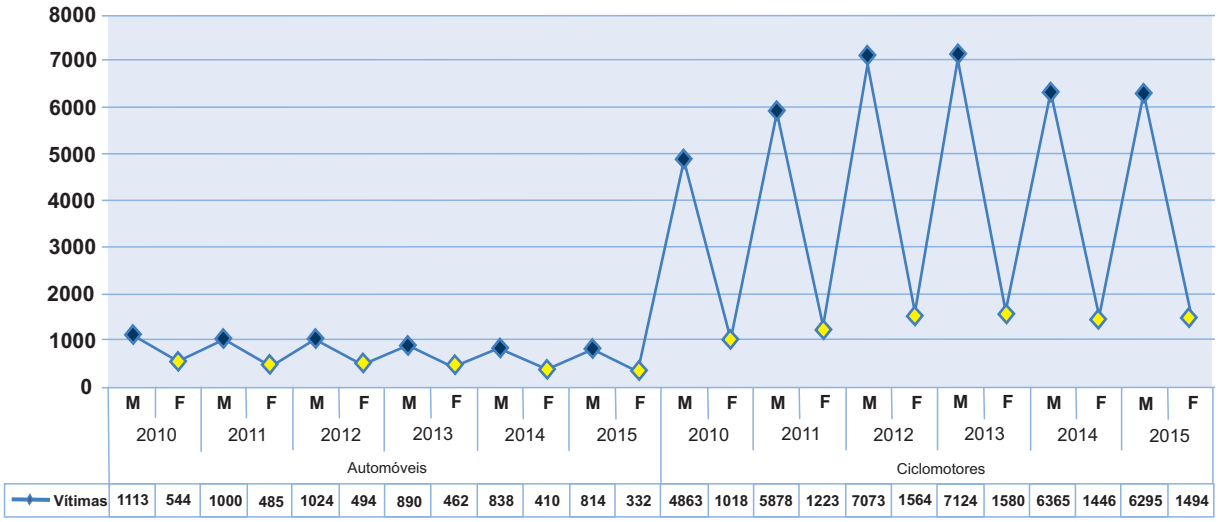


	2010	2011	2012	2013	2014	2015
BOAT/CPTRAN	2313	2571	2071	1125	1046	1211
BOAT/JUSTIÇA VOLANTE	2158	1835	1971	1120	0	0
CPRV	849	1008	1077	638	466	500
PRF	2315	2518	2619	2323	2250	1845

Fonte: DETRAN-SE e PRF, 2016.

Realizando análise a partir dos números de atendimento de vítimas de acidentes de trânsito por tipo de meio de transporte (automóveis e ciclomotores) e sexo (masculino e feminino), atendidos no Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE), observa-se no **Gráfico 9** que o número de vítimas do sexo masculino é superior ao feminino sendo aproximadamente na razão de 1F:2M para automóveis e de 1F:4M para ciclomotores. Quando analisadas a relação entre o meio de transporte, observa-se que para cada vítima de acidente de carro em 2010, existiram 3,55 vítimas de acidentes de ciclomotores e que esta relação aumentou com o passar dos anos, sendo em 2015 de 6,80 vítimas de acidentes de ciclomotores, para cada de automóvel, reforçando a necessidade de um trabalho mais enfático com esta categoria de condutor.

Gráfico 9. Número de vítimas de acidentes de automóveis e ciclomotores por sexo atendidos no Hospital de Urgências de Sergipe - HUSE, 2010-2015.



Fonte: HOSPUB - HUSE/FHS/SES

5 A IMPORTÂNCIA DA INTERSETORIALIDADE

Pensar estratégias para o enfrentamento e redução das altas taxas de mortalidade e morbidade por acidentes de transporte e de trânsito é sempre um desafio, uma vez que, associada a estatística, há o impacto social de difícil mensuração, o que fomentou a elaboração de políticas públicas voltadas para o entendimento desta complexidade.

A Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Violências e Acidentes de Trânsito, publicada em 2001 pelo Ministério da Saúde, foi o primeiro movimento nacional do setor saúde nesta temática e já apontava para a necessidade da intersetorialidade.

O Projeto Vida no Trânsito (PVT), como dito anteriormente foi implantado no Brasil em 2010, tratando-se de uma proposta de elaboração de Plano de Ação, com o uso de uma metodologia completamente intersetorial desde o registro dos dados, passando pela qualificação dos mesmos, até a execução das ações.

O município de Aracaju e o Governo do Estado de Sergipe, através das secretarias de saúde, aderiram ao PVT oficialmente, com a publicação do Decreto municipal nº 5.022 de 28 de outubro de 2014 que instituiu o Comitê Gestor Intersetorial do Projeto Vida no Trânsito vinculado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) fazendo parte os órgãos de trânsito do município e do estado (Superintendência Municipal de Transportes e Trânsito - SMTT e DETRAN), órgãos de saúde (SMS, Secretaria de Estado da Saúde (SES), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU), educação com representantes da Secretaria Municipal de Educação e Desporto (SMED), Federal (Universidade Federal de Sergipe - UFS) e Polícia Militar.

A SMTT, anteriormente, já trabalhava com a compreensão da intersetorialidade, mas com o olhar de vigilância e qualificação das discussões propostas pelo PVT, os resultados foram alcançados, como os apresentados ao longo deste estudo, fazendo com que o órgão recebesse reconhecimento nacional pelo trabalho desenvolvido de ampliação do número de faixas de pedestres e desenvolvimento de atividades educativas envolvendo todas as categorias do trânsito.

Portanto, muito pode ser feito para a redução da morbimortalidade no trânsito, a começar pela implantação de órgãos/setores de trânsito municipais e que estes trabalhem intersetorialmente envolvendo a saúde, educação, controle social e cidadãos de modo em geral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Vida no Trânsito.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO - DENATRAN. Disponível em: http://www.denatavan.gov.br/frota.htm. Acesso em: 01 de ago de 2016.

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO DE SERGIPE - DETRAN-SE. **Estatística.** Disponível em: http://www.detran.se.gov.br/estat_boat_001.asp. Acesso em: 01 de ago de 2016.

HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE - HUSE. **Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar – HOSPUB.** E-mail enviado pela Coordenação administrativa do HUSE. Acesso em: 14 de set de 2016.

POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL - PRF. Núcleo de Comunicação Regional/NUCOM-SE. E-mail enviado por prf.gov.br. Acesso em: 03 de mar de 2016.

SUPERINTENDÊNCIA MUNICIPAL DE TRANSPORTE E TRÂNSITO - SMTT. **Dados estatísticos.** Disponível em: http:www.smttaju.com.br/attachments/article/766/DADOS%20ESTAT%C3%8DSTICOS%20-%202014%20-%202015-2016.pdf. Acesso em: 12 de set de 2016.

WAISELFISZ, J.J.**Mapa da Violência 2013**: Acidentes de trânsito e motocicletas. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/. Acesso em 02 de ago de 2016.

SMS. **Decreto municipal nº 5.022 de 28 de outubro de 2014**. Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, 2014.

CAPÍTULO 02

VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SERGIPE.

ELABORAÇÃO
Patrícia Lima da Silva

APRESENTAÇÃO

No presente estudo, será traçada a situação epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no território sergipano, por região de saúde, caracterizando as vítimas quanto ao sexo, grupo etário e vínculo com o possível agressor. Para isso, foi utilizado o banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e da base estadual dos anos 2009 a 2015; estimativas populacionais do Tribunal de Contas da União (TCU), estratificadas por idade e sexo pelo Ministério da Saúde (MS), Sistema de Gerenciamento de Espaços Públicos (SGEP) e pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus); informações da Diretoria da Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (MNSL) sobre o Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, fornecidas pela Fundação Hospitalar de Saúde/Secretaria de Estado da Saúde (FHS/SES); informações do Relatório Mensal de Atendimento (RMA) dos Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), cujos dados foram fornecidos pela Diretoria de Assistência Social da Secretaria de Estado da Inclusão e Direitos Humanos (SEIDH).

Para fins de alinhamento conceitual, foi adotada a classificação etária do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), bem como, toda forma de ato violento de conotação sexual, foi nominada como violência sexual, compreendendo ser este um macroconceito.

Este trabalho objetiva apoiar a tomada de decisão dos gestores, bem como fomentar a reflexão na sociedade quanto à importância do tema e seu enfrentamento.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....37

2. SERVIÇO DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL DE SERGIPE.....41

3. EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SERGIPE.....44

4. O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE.....49

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....52

1 INTRODUÇÃO

A Declaração Universal dos Direitos da Criança, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, aos 20 de novembro de 1959, instituiu a *Doutrina* de Proteção Integral, onde as crianças e os adolescentes passaram a um novo *status,* como sujeitos de direitos e não mais como menores objetos de compaixão e repressão, em situação irregular, abandonados ou delinquentes", disparando uma nova reflexão sobre a questão. Na década seguinte, nos Estados Unidos da América (EUA), segundo Viodres *et al* (2008), médicos manifestaram repulsa a violência cometida contra menores de 18 anos.

No Brasil, ainda para Viodres *et al* (2008), os primeiros registros de maus tratos, sugestões de intervenções e mobilização dos movimentos sociais datam da década de 1980. Porém, foi a promulgação da Constituição Federal (CF) em 1988, no Artigo 227, inspirado por esses eventos, que trouxe no seu texto que a responsabilidade de garantir os direitos de crianças e adolescentes é compartilhada em Estado, famílias e sociedade. Isto é, todos são responsáveis por todas as crianças e adolescentes (BRASIL, 1988).

O "menor" deixa de ser "objeto" de direitos e transforma-se em "sujeito" de direitos, assim sendo, passam a criança e o adolescente a serem tutelados pelo Estado e sociedade que, junto com os seus responsáveis/familiares, têm a obrigação e o dever de garantir os seus direitos (NJAINE *et al*, 2013 *apud* ROCHA *et al* 2003).

A Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, primeira no mundo com esta finalidade, em consonância com a Convenção sobre os Direitos da Criança, em 1989 (BRASIL, 2013), promulgou o ECA, sendo outro grande marco normativo brasileiro. No Art. 2º, foi definido como crianças os menores até 12 anos e como adolescentes os maiores de 12 anos até 18 anos e, a partir disso, foi implementado um sistema de justiça e de segurança específicos para este público.

A violência contra crianças e adolescentes se apresenta sob diversas formas, tanto que um sintoma ou sinal isolado, não permite afirmar a sua existência, podendo ser de ordem física, sexual ou emocional (BRASIL[1], 2001). Para esse estudo, será abordado apenas a violência sexual, uma vez que prejudica a trajetória do indivíduo no

campo do desenvolvimento biológico, psicossocial e comportamental. Para o Ministério da Saúde (2001), a violência sexual:

> É qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso da força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa – de qualquer sexo – a ter, presenciar, ou participar de alguma maneira de interações sexuais ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção. (BRASIL, 2001 s.p.).

É, portanto, um conceito macro, se manifestando na forma de abuso sexual e/ou exploração sexual, "como todo ato, de qualquer natureza, atentatório ao direito humano, ao desenvolvimento sexual da criança e do adolescente, praticado por agente em situação de poder e de desenvolvimento sexual desigual em relação à criança e adolescente vítimas" (BRASIL, 2013). Estando claramente expresso no parágrafo 5º do Art. 227 da CF que "a lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente", independente do agressor possuir vínculo afetivo e/ou consanguíneo com a vítima.

Como exposto, devido a sua importância e polissemia do tema, após diversos encontros nacionais e consultas a documentos internacionais foi instituído o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), que em parceria com outros órgãos e entidades elaboraram o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, cuja primeira versão data do ano 2000. Após revisão registrada no documento intitulado "Plano Nacional de Enfrentamento da Violência

Sexual Infantojuvenil - Uma Política em Movimento - Relatório do Monitoramento 2003-2004" (BRASIL, 2006), foram estabelecidos seis eixos de intervenção: I- Análise e situação; II- Atenção; III- Defesa e responsabilização; IV- Comunicação e mobilização social; V-Participação e protagonismo; e, VI- Estudos e pesquisas, cuja execução e resolutividade dependem de articulação entre órgãos e setores estando, direta ou indiretamente, as secretarias estaduais e municipais de saúde, envolvidas.

Segundo Drezett (2000 apud Viodres, 2008, s.p.), a identificação deste grave problema de saúde pública enfrenta alguns obstáculos

> A atitude da vítima em não denunciar a violência parece estar relacionada a múltiplos fatores, como constrangimento, medo de humilhação, de incompreensão de parceiros, familiares, amigos, vizinhos e autoridades, que muitas vezes culpam a vítima, acreditando, erroneamente, que a mesma possa ter favorecido ou provocado à ocorrência da violência, pelo uso de determinadas vestimentas, por atitudes, local e horário em que se encontrava na ocasião.

No entanto, outro estudo de Drezett para o mesmo ano de 2000, também citado por Viodres e Ristum (2008), sugere que, na maioria dos casos, a vítima pouco contribuiu para aumentar o risco de contato com o agressor. Porém, alguns indícios podem sinalizar que uma criança ou adolescente estejam provavelmente sofrendo violência sexual **(Quadro 1)**.

Por se tratar de um assunto tabu, envolvendo a sexualidade humana e comportamento sexual, além da vergonha e medo provocados pela situação, estima-se, segundo relatório executivo da UNICEF, “Hidden in Plain Sight que: “uma, em cada dez crianças e adolescentes, sofrem ou sofreram violência sexual. Dentre as formas de violência, a sexual é a menos denunciada” (WILLIAMS, 2000, s. p. apud VIODRES et al, 2008 s. p.).

No Brasil, a portaria n.º 1.968, de 2001 estabeleceu no Art. 1º “que os responsáveis técnicos de todas as entidades de saúde integrantes ou participantes, a qualquer título, do Sistema Único de Saúde - SUS deverão comunicar, aos Conselhos Tutelares ou Juizado de Menores da localidade, todo caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, por elas atendidos” (BRASIL2, 2001).

O Ministério da Saúde, em 01 de agosto de 2006, implantou a “ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras formas de violências” no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN net (BRASIL, 2011) para ser preenchida inicialmente por serviços sentinelas e posterior ampliação para todos os equipamentos de saúde, quer seja da atenção básica, especializada e hospitalar.

Quadro 1. Condutas e sinais sugestivos de violência sexual contra criança ou adolescente.

Sinais indiretos de erotização precoce	A falta de preocupação dos pais com exposição da criança às intimidades do casal.
	A exposição a atitudes de exibicionismo, como falas inadequadas à idade sobre atitudes sexuais pessoais e de outros.
	Imagens ou outros materiais eróticos ou pornográficos.
	Incentivo ao desenvolvimento precoce sexual, através de vestimentas que expõem o corpo, brinquedos ou jogos que objetivam aguçar a curiosidade sexual dentre outros.
Sinais indiretos mais frequentes de violência sexual em crianças e adolescentes	Atitudes sexuais impróprias para a idade.
	Demonstração de conhecimento sobre atividades sexuaissuperiores à sua fase de desenvolvimento através de falas, gestos ou atitudes.
	Masturbação frequente e compulsiva, independente do ambiente em que se encontre.
	Tentativas frequentes de desvio para brincadeiras que possibilitem intimidades, a manipulação genital, ou ainda que reproduzam as atitudes do abusador com ela.
	Mudanças de comportamento.
	Infecção urinária de repetição.
Sinais da violência sexual em crianças e adolescentes	Edemas ou lesões na área genital, sem outras doenças que os justifiquem como infecções ou traumas acidentais evidenciáveis.
	Lesão de palato ou dentes anteriores, decorrentes de sexo oral.
	Sangramento vaginal em pré-púberes, excluindo a introdução pela criança de corpo estranho.
	Sangramento, fissuras ou cicatrizes anais, dilatação ou flacidez de esfincter anal sem a presença de doença que o justifique, como constipação intestinal grave ou crônica.
	Rompimento himenal.
	Doenças sexualmente transmissíveis.
	Gravidez.
	Aborto.

Fonte: PFEIFFER *et al*., 2004, s. p. *apud* BRASIL, 2011.

Com a publicação da Portaria Ministerial n.º 104, de 25 de janeiro de 2011, a violência foi incluída na lista de agravos de notificação compulsória quando cometida contra todos, independentemente do sexo e idade, se for sexual, doméstica ou autoprovocada, bem como se for outros tipos de violências sendo contra os grupos classificados como vulneráveis: mulher, criança, adolescente, idoso, e mais recentemente pessoa com deficiência, população LGBT, população de rua, comunidade quilombola e cigana. Em 2014, após revisão interministerial, visando o fortalecimento da Rede de Enfrentamento às violências, a ficha mudou o nome para "ficha de notificação/investigação individual de violência interpessoal/autoprovocada".

2 SERVIÇO DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL DE SERGIPE

A implantação do Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (SAVVS) ocorreu em 2005 em resposta à demanda ministerial e, desde sempre, esteve diretamente vinculado estruturalmente à maternidade de alto risco, inicialmente à Maternidade Hildete Falcão, que foi desativada, e, atualmente, à Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (MNSL). Seguindo os critérios estabelecidos pela norma técnica ministerial, o serviço conta com equipe multiprofissional composta por médicos ginecologistas/obstetras, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e técnicos de enfermagem e oferece os serviços de:

- Primeiro atendimento com exames diagnósticos e tratamentos profiláticos para gravidez e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST/AIDS).
- Consultas de seguimento: com acompanhamento médico, psicológico e psicossocial.
- Interrupção de gravidez, conforme legislação vigente no Brasil.

Portanto, o número de atendimentos realizados pelo SAVVS excede ao de notificações realizadas no SINAN net, sendo no mínimo de 06 (seis) consultas por paciente até quantas forem necessárias, considerando a singularidade de cada um. Durante os 11 anos (2005-2015) de implantação do SAVVS, foram realizados uma média de atendimento por mês que, em 2005, foi de 13,08 atendimentos/mês. No ano de 2010, foram realizados uma média recorde de 38,75 atendimentos/mês e, desde

Tabela 1. Número Total de atendimentos do Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual de Sergipe – SAVVS e média/mês, 2005-2015.

ANO/MÊS	TOTAL GERAL	MÉDIA/ ATEND./MÊS
2005	157	13,08
2006	357	29,75
2007	320	26,67
2008	353	29,42
2009	413	34,42
2010	465	38,75
2011	432	36,00
2012	452	37,67
2013	411	34,25
2014	302	25,17
2015	286	23,83
TOTAL	3.948	329,00

85% = 3.357 crianças/adolescentes

Média de 305 atendimento/ano

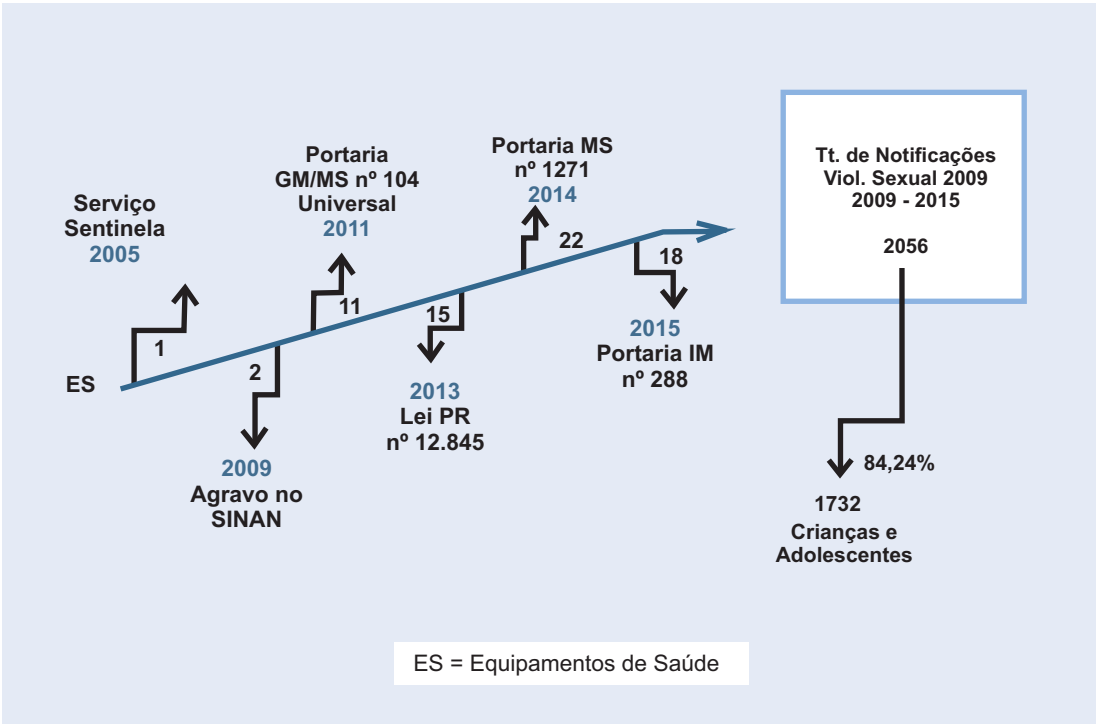
Fonte: SERVIÇO DE ATENDIMENTO AS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL/MNSL. Em 05/05/2016.

então, vem decrescendo até 2015 com uma média/mês de 22,75 atendimentos/mês (**Tabela 1**).

Conforme informado pelo serviço, do total de atendimentos (3.948), cerca de 85% (3.357) foram de crianças e adolescentes, o que resulta numa média anual de 305 atendimentos, como mostra a **Tabela 1.**

Após a promulgação da Portaria GM/MS n.º 104/2011 e consequente universalização da notificação da violência sexual, o conceito de unidade sentinela deixou de existir. A MNSL continua sendo a referência para atendimento e acompanhamento, porém a identificação, cuidados iniciais, notificação e encaminhamento passaram a ser responsabilidade de toda a rede de cuidado. Na **Figura 1**, pode ser observado que, até 2011, apenas o serviço sentinela notificava e que, a partir da Portaria n.º 104/2011, houve aumento no número de Equipamentos de Saúde (ES). Também se observa que do total de notificações (2.056) de violência sexual realizada com vítimas residentes em Sergipe, 84,24% (1732) foram de crianças e adolescentes.

Figura 1. Número de Equipamentos de Saúde - ES e total de notificações de violência sexual em crianças e adolescentes. Sergipe, 2005-2015.



Fonte: SERVIÇO DE ATENDIMENTO AS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL/MNSL. Em 05/05/2016.

Sobre a **Figura 1**, é importante considerar que, quanto ao número de equipamentos de Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde exerceu papel fundamental no aumento de equipamentos que passaram a realizar as notificações, uma vez que implantou a área técnica de vigilância e prevenção de violências de acidentes que, dentre as suas atribuições, realizou ampla sensibilização voltada para os profissionais da rede de enfrentamento da saúde e demais setores para acolhimento, notificação e garantia de acompanhamento para as vítimas de violência sexual em Sergipe. Porém, a falta da fomentação do tema na rotina desses profissionais gerou decréscimo no número de unidades notificadoras, demonstrando a importância da Educação Permanente e Educação em Saúde para o enfrentamento da violência.

3 EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SERGIPE

O “Plano Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes”, no Eixo 1 - Análise e situação, Objetivo 1 - Identificar causas/fatores de vulnerabilidade e modalidade de violência sexual contra crianças e adolescentes, publicado em 2010 pelo governo do Estado de Sergipe, teve como meta implantar um sistema de informações sobre violência sexual contra crianças e adolescentes nos municípios (SERGIPE, 2010).

A Secretaria de Estado da Saúde, em 2009, implantou a ficha individual de notificação de violência doméstica/sexual e outras violências, atualmente denominada de ficha de violência interpessoal e autoprovocada, que sendo de uso interno das secretarias de saúde proporciona através do SINAN net, com o uso da ferramenta *Tabwin*, o cruzamento de diversas variáveis e caracterização do perfil das crianças e adolescentes que vivenciaram este agravo.

No estado de Sergipe, de 2009 a 2015, foram notificados 4.937 casos de violência. Destas notificações, 63,74% (3.147) tiveram como vítimas crianças (0 -12 anos) e adolescentes (13 -18 anos) nos diversos tipos e naturezas da violência. Destas, 1.732 (55,04%) foi de violência sexual, e, dentre estas, 66,34% (1.149) foram crianças e 33,66% (583) foram adolescentes, conforme **Tabela 2**. Comparando a relação entre os sexos, tem-se uma razão para menores de 18 anos, que sofreram violência sexual, de 1:5,16, ou seja, para cada 1 (um) menino/adolescente tem-se 5,16 meninas/adolescente que sofreram esta forma de violência.

Tabela 2. Consolidado em nº absoluto e percentual das notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes. Sergipe, 2009-2015.

Tt. Notificações 2009 - 2015	Tt. Notificações Cças/adol	Tt. Notificações V. Sexual Cças/adol	Tt. Crianças 1149 (66,34%)	Tt. Adolescentes 583 (33,66%)	Tt. Por Sexo
4937	3147	1732	M 231	M 50	M 281
	(63,74%)	(55,04%)	(20,10%)	(08,58%)	(16,2%)
			F 918	F 531	F 1449
			(79,90%)	(91,08%)	(83,7%)

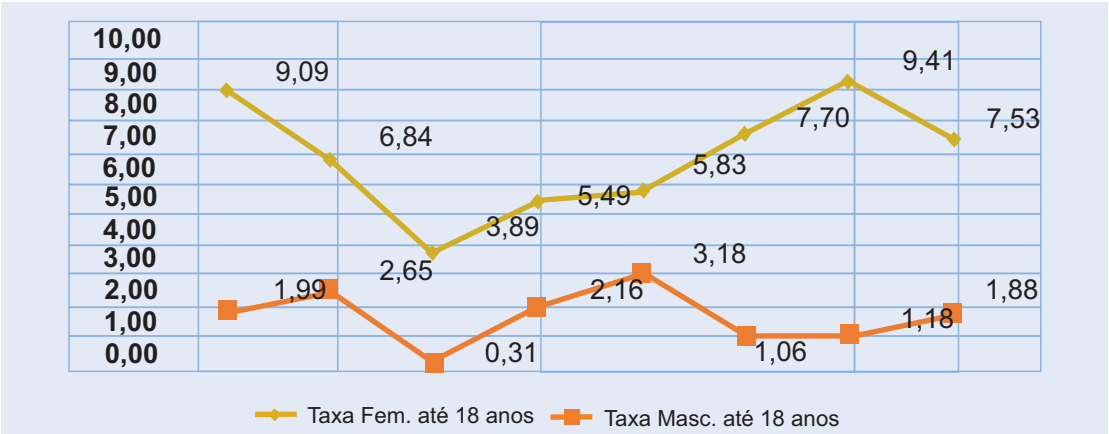
Fonte: SINAN,2016.

Poderia ser considerado elevado o número de notificações (1732), no entanto, para órgãos internacionais, tal como a UNICEF (2014), estes valores são inferiores a 10% da realidade existente. A causa desta invisibilidade para Williams, 2002, s. p. apud Viodres, 2008, é que "a violência sexual é o delito menos denunciado na sociedade brasileira por várias razões: o fato de a sexualidade humana ser ainda hoje tabu; sentimento de culpa, vergonha e estigma..., medo do agressor". Segundo Relatório Executivo da UNICEF (2014), muitos países consideram que a violência, seja de qualquer natureza, prejudica o desenvolvimento das crianças, porém quando perguntado sobre a violência sexual, muitos só a consideram "violência" se houver cópula, sendo "normal" ter intimidades com crianças.

A partir da população feminina e masculina de menores de 18 anos distribuída nas regiões de saúde do estado de Sergipe, associada ao número de notificações, foram calculadas as taxas de incidências. Conforme pode ser observado no Gráfico 1, as taxas referentes ao sexo feminino são evidentemente superiores às do sexo masculino.

Considerando as regiões de saúde, observa-se que a taxa da região de Propriá (16 municípios), que é a região com menor quantitativo populacional feminino para este grupo etário, apresentou taxa superior às demais regiões de saúde (9,41/10 mil hab.), inclusive superior à taxa do estado (7,53 /10 mil hab.). Fazendo o contraponto, tem-se a região de Estância (10 municípios), terceira maior em população infantojuvenil feminina, apresentando a menor taxa de incidência de violência sexual (3,89/10 mil hab.).

Gráfico 1. Taxa de incidência de violência sexual em menores de 18 anos, por região de saúde. Sergipe, 2012*.

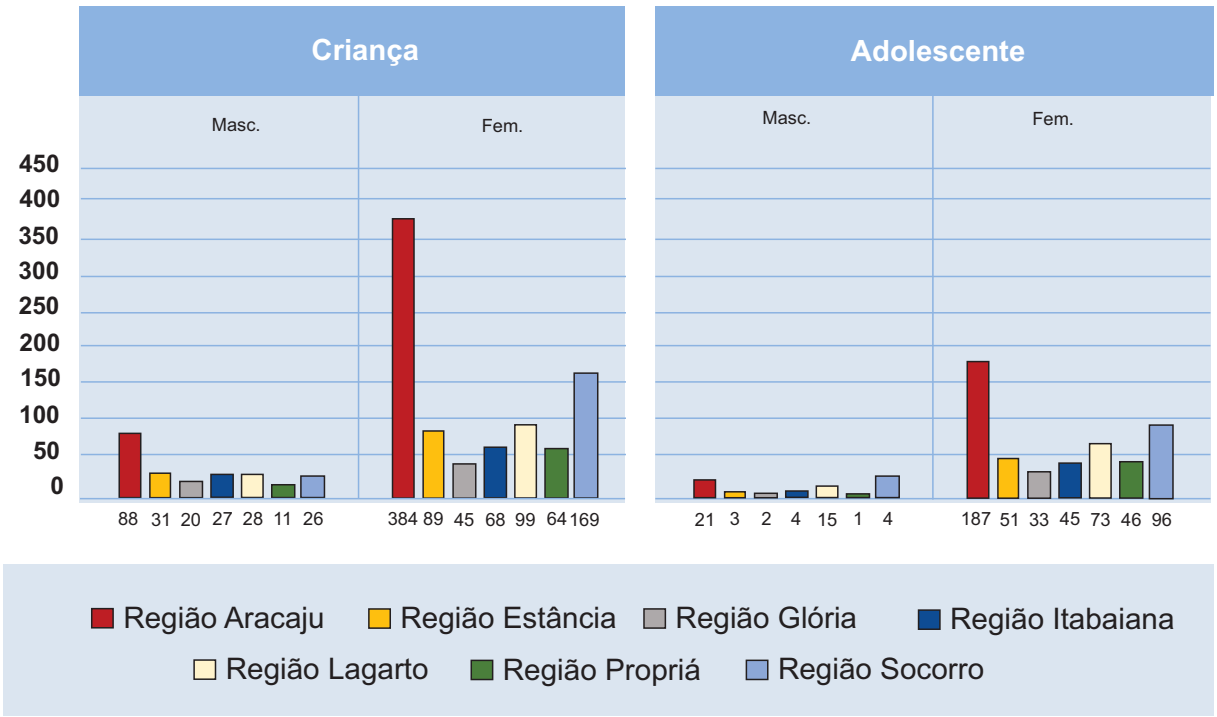


Fonte: SINAN, 2016.

Para as crianças e adolescentes do sexo masculino, ainda no **Gráfico 1**, as regiões de saúde de Itabaiana (14 municípios), Nossa Senhora do Socorro (12 municípios) e Lagarto (6 municípios), apresentaram em ordem decrescente taxas de incidência superiores à da região de Aracaju, que sendo composta por 08 municípios e possuindo a maior população, apresentou uma taxa de 1,99/10 mil hab.

Analisar os dados por grupo etário e por região de saúde revelou que, diferentemente da ênfase a nível mundial que é dada às ocorrências entre as adolescentes, nas regiões de saúde será preciso coletivamente pensar estratégias para todos, mas principalmente para as crianças que, independente do sexo, são as principais vítimas desta forma de agressão tão perniciosa ao desenvolvimento deste futuro adulto nos seus diversos aspectos **(Gráfico 2)**.

Gráfico 2. Número de notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes, por região de saúde e sexo. Sergipe, 2009-2015.



Fonte: SINAN, 2016.

O estabelecimento do vínculo de parentesco do "possível agressor" requer o esclarecimento de que o setor saúde realiza notificação de suspeita e/ou confirmação clínica de casos de violência sexual e, também, que esta variável é referida pela vítima, cabendo aos equipamentos de proteção, tais como o Conselho Tutelar e Segurança pública o papel investigativo de definição/confirmação do agressor.

Para trabalhar esta variável, utilizou-se as informações de 2015 a nível estadual, sendo necessário um resgate analítico deste ano conforme se observa na **Tabela 3**.

Tabela 3. Total das notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes. Sergipe, 2015.

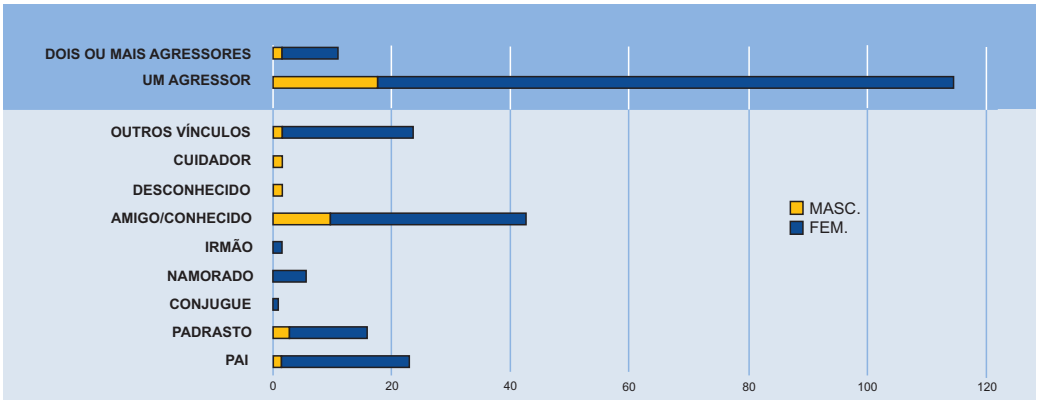
Tt. Notificações 2015	Tt. Notificações V. Sexual cças/adol	Tt. Crianças 160	Tt. Adolescentes 64	Tt. Por Sexo
1022	234*	M27	M 06	M 33
		F 133	F 58*	F 201*

FONTE: SINAN. Dados consolidados em 25/05/2016. *Há uma perda de 10 notificações para o sexo feminino entre as adolescentes, em virtude destes casos serem de residência de outro Estado ou subregistro.

Há um consenso na literatura referenciada neste estudo quanto a diferente classificação entre possíveis agressores, para os sexos masculino e feminino, das crianças e dos adolescentes em situação de violência sexual. No entanto, são pessoas com relação de convívio e confiança, independentemente de ser um ou mais possíveis agressores envolvidos.

O fato de existir a possibilidade de múltiplos possíveis agressores para um ato de violência permite a seleção de mais de um item para esta variável na ficha de notificação, e, portanto, não será identificado semelhanças entre os valores que serão discutidos com os apresentados na tabela anterior **Tabela 3.**

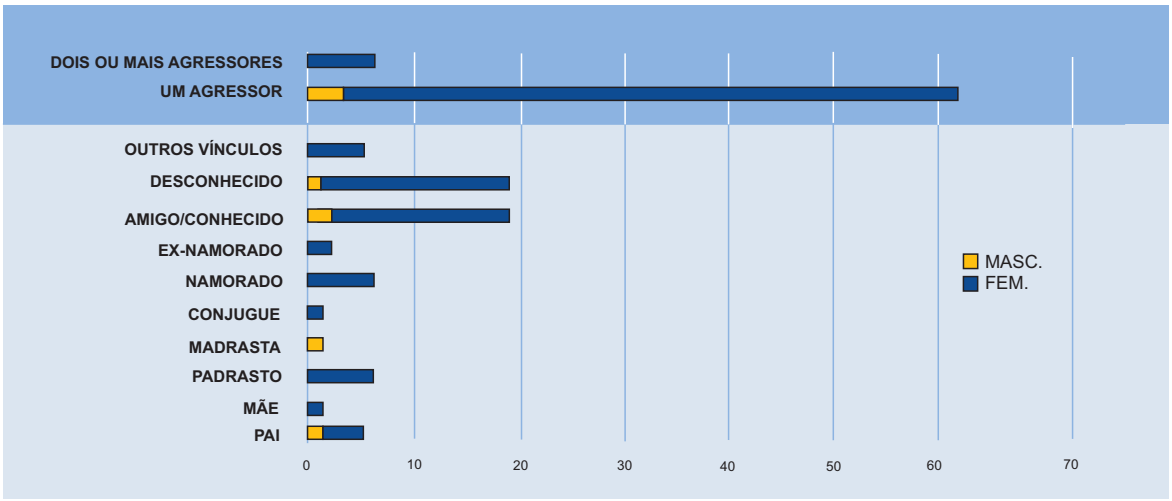
Gráfico 3. Distribuição em número absoluto da relação de vínculo do possível agressor de violência sexual contra crianças, por sexo. Sergipe, 2015.



Fonte: SINAN, 2016.

Em Sergipe, analisando primeiro as crianças por sexo (**Gráfico 2**), observa-se que, no sexo feminino, houve predomínio de possíveis agressores amigos/conhecidos (43) que são apresentados às crianças por seus responsáveis; em 2º lugar surgem o pai e padrasto que juntos somam 41 ocorrências e, em terceiro lugar, com 17 registros, estão os desconhecidos. Nos meninos, quem lidera são as principais referências afetivas masculinas: o padrasto (3) e o pai (2), demonstrando o quão importante é o papel da rede para a identificação destes casos.

Gráfico 4. Distribuição em nº absoluto do grau de vínculo do possível agressor de violência sexual contra adolescentes, por sexo. Sergipe, 2015.



Fonte: SINAN, 2016.

Quanto as/os adolescentes, no **Gráfico 4**, devido o início da prática sexual cada vez mais cedo e a liberdade de expressão da orientação sexual e identidade de gênero garantidas em lei, observa-se a inserção de novos atores como possíveis agressores. Para as adolescentes, constata-se o predomínio dos desconhecidos (18), seguido dos amigos/conhecidos (16) como principais agressores, assim como o surgimento de outros possíveis agressores, tais como cônjuges, ex-namorados e pai. Para os adolescentes, considerando que foram 06 casos, em 2015, registrados contra os meninos adolescentes, a caracterização, quanto ao possível agressor, estatisticamente não possui grande valor, uma vez que a amostra é sem expressão.

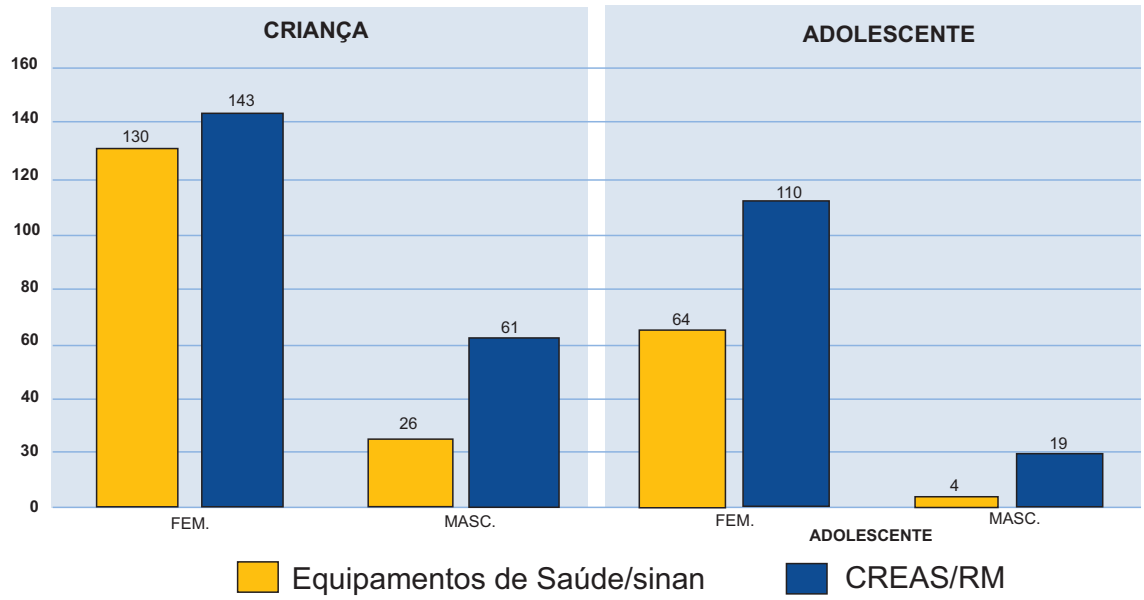
4 O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE

Para a UNICEF (2014), apesar de ser frequentemente encarada como um problema individual, a violência contra as crianças é um problema social, influenciado por desigualdades econômicas, sociais e níveis de educação baixos. Além disso, a visão de normas sociais que toleram a violência, como uma forma aceitável de resolver conflitos, que acabam por sancionar o domínio dos adultos sobre as crianças e a discriminação.

Viodres *et al.* (2008, s.p.) complementam dizendo que "o enfrentamento da violência exige a efetiva integração de diferentes setores como saúde, segurança, justiça e educação, bem como o envolvimento da sociedade civil organizada".

Em Sergipe, a secretarias de estado e as municipais que compõem a rede de enfrentamento, a partir da sensibilização de alguns gestores e técnicos sobre a causa, desenvolveram ações para o fortalecimento da intersetorialidade e pensamento coletivo para planejamento de ações de intervenção neste campo. Porém, esta ainda é bastante frágil, como pode ser observado no **Gráfico 5**, os números de notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes atendidas estão desiguais para o setor saúde e os Centros de

Gráfico 5. Comparação entre o nº de notificações de violência sexual nos Equipamentos de Saúde e de Assistência Social Especializada. Sergipe, 2015.



Fonte: NEST/SES-SINAN. Em 07/05/2016 e PROTEÇÃO TOTAL ESPECIAL - SEIDH/DAS

Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), com base no RMA, para o ano de 2015, uma vez que independente da porta de acesso à rede de enfrentamento a criança ou adolescente deveriam, conforme orientação ministerial, independente do tempo decorrido da agressão sexual e tipo de abuso, ser encaminhados ao SAVVS para realização do protocolo de assistência e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e acompanhamento clínico e psicológico individualizado.

Compreendendo que a atribuição de um órgão/setor é complementar ao do outro e que juntos haverá a garantia da integralidade do cuidado para as crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no estado, nestes quase 11 anos de trajetória de enfrentamento Sergipe avançou e alguns avanços/desafios podem ser citados, como: existência de Delegacias de Atendimento de Grupos Vulneráveis (DAGV) distribuídas por Regionais de Atendimento, porém as demais delegacias precisam que seus profissionais sejam sensibilizados, uma vez que não existe DAGVs por município; o SAVVS se encontra com seus profissionais qualificados para a implantação da garantia da cadeia de custódia que minimizará a revitimização, no entanto, existem pactuações entre a FHS e Secretaria de Estado de Segurança Pública que precisam ser firmadas quanto ao fluxo de coleta e armazenamento do material coletado, bem como sobre a adequação da estrutura física do SAVVS para implementação do serviço; os CREAS já existem em 70 municípios sergipanos e são num total de 74, mas falta o fortalecimento das suas ações associadas à Atenção Básica de Saúde dos municípios (Estratégia de Saúde da Família (ESF), Centro de Apoio Psicossociais (CAPS), Núcleos de Apoio a Família (NASF); a notificação da violência, para o setor saúde, está implantada e as metas pactuadas através do Sistema de Pactuação - Sispacto em todo território, mesmo assim, por falta de compreensão por parte dos gestores e profissionais da saúde, dos três níveis de atendimento, ainda ocorre muita subnotificação; o Programa Saúde na Escola (PSE) existe nos 75 municípios de Sergipe e está implantado em mais de 1.368 escolas municipais e estaduais com eixo e ações específicas direcionadas para o enfrentamento da violência, mas por falta de qualificação/sensibilização é pouco trabalhado.

Contudo, dentre todos os desafios para superação deste contexto está a mudança de comportamento do indivíduo, que influenciará diretamente na conduta do profissional. Haja vista que a invisibilidade cultural é o principal problema para redução deste contexto de violência contra crianças e adolescentes. Enquanto cidadãos responsáveis constitucionalmente pela segurança e proteção de todas as pessoas com menos de 18 anos, é

preciso fazer uso das ferramentas disponíveis, tal qual o disque denúncia - 100, que é nacional e que está diretamente conectado à delegacia, Ministério Público e Conselho Tutelar mais próximo da criança/adolescente em situação de violência.

Espera-se ter contribuído, com este estudo, para o esclarecimento do contexto da violência sexual contra as crianças e adolescentes no estado de Sergipe, ratificando que a gravidade destas informações não se esgota nestes números disponibilizados, eles apenas representam um disparador para várias reflexões, que necessitam de “nós” operadores das políticas públicas, quer sejamos gestores ou técnicos, para planejamento de estratégias de intervenções que visem resguardar a integridade das crianças e adolescentes no estado de Sergipe.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Constituição Federal do Brasil.** 1988. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10644726/artigo-227-da-constituicao-federal-de1988. Acesso em 19 maio 2016.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**: lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata.9. ed.Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010. 207 p. – (Série legislação, nº.83).Disponível em: https://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto_crianca_adolescente_9ed.pdf. Acesso em: 09 de maio de 2016.

BRASIL [1], 2001. **Violência Intrafamiliar**: orientações para a prática do serviço. Série Caderno da Atenção Básica, nº 8. Ministério da Saúde/Secretária de Políticas de Saúde. Brasília, 2001.

BRASIL[2], 2001. **Portaria nº 1.968** - Dispõe sobre a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de-maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Brasília, 2001. Disponível em: :http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1968_25_10_2001_rep.html . Acesso em: 23 de maio 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate e do Adolescente. Frente Parlamentar pelos Direitos da Criança e do Adolescente. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil:** uma política em movimento-Relatório do Monitoramento 2003-2004. Brasilia: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate e do Adolescente, 2006. Disponível em: https://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/diversos/mini_cd/pdfs/plano_nacional_pt.pdf. Acesso em: 19 de maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Viva:** instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Linha de cuidado para a atenção à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência:** orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate e do Adolescente. Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes.** Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome,

2013. Disponível em: https://www.sdh.gov.br/assuntos/bibliotecavirtual/criancas-e-adolescentes/publicacoes-2013/pdfs/plano-nacional-de-enfrentamento-da-violencia-sexual-contra-criança-e-adolescentes. Acesso em 19 maio 2016.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFÂNCIA - UNICEF. **Hidden in Plain Sight:** uma análise estatística sobre violência contra crianças. Relatório Executivo em português. Comitê de Portugal. UNICEF. 2014. Disponível em: https://www.unicef.pt/violencia-criancas/files/Hidden-in-Plain-Sight- Summary-Portugues-2014-09-04.pdf. Acesso: 23 maio 2016.

NJAINE, k. *et al.* **Impactos da violência na saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Declaração Universal dos Direitos da Criança.** Genebra: Assembléia Geral das Nações Unidas, 1959.

SERGIPE. **Plano estadual de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes**. Aracaju: CEEASCA, 2010.

VIODRES INOUE, S.R. *et al.* Violência sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola. **Estudos de Psicologia,** Campinas, v. 25, n. 1, p. 11-21, jan./mar. 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/ pdf/estpsi/v25n1/a02v25n1.pdf. Acesso em: 19 maio 2016.

CAPÍTULO 03

VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES EM SERGIPE: UM OLHAR DA SAÚDE

ELABORAÇÃO
Patrícia Lima da Silva

APRESENTAÇÃO

Esta publicação se destina apresentar a situação da Violência contra a Mulher, em Sergipe, no ano de 2015 de forma a subsidiar a tomada de decisão de gestores designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na Saúde, tanto no âmbito estadual quanto no municipal.

Foram utilizados como fonte de dados o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e a Central de Atendimento à Mulher – Disque 180.

As informações apresentadas trazem bases conceituais do tema aqui tratado, a tipologia da violência estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a análise epidemiológica dos dados e a vigilância para o enfrentamento da violência contra a Mulher.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....57

2. TIPIFICAÇÃO.....59

3. EPIDEMIOLOGIA.....60

4. VIGILÂNCIA PARA ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....66

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....69

1 INTRODUÇÃO

O entendimento da violência como um problema de saúde pública causando muitos prejuízos humanos, físicos e psicológicos (**Quadro 1**), para além das questões sociais e econômicas, não é recente. É um fenômeno difuso e complexo, influenciado pela cultura e submetido a uma contínua revisão na medida em que valores e normas sociais evoluem e diferem de locais, épocas e realidades diferentes.

A violência de gênero é aquela exercida pelos homens contra as mulheres, afetando-as pelo simples fato de serem mulheres, uma vez que a construção de gênero perpassa pelos papéis de feminino e masculino que são construídos e assumidos na sociedade.

Foi com os movimentos feministas a partir da década de 50 que os casos de violência contra a mulher passaram a tornar-se público porque até então pertenciam ao âmbito privado, reflexo de uma sociedade machistae patriarcal onde era dado como "natural" a relação de dominação e poder com o uso ou não de força física contra a mulher.

Desde a década de 80, a área de saúde tem desempenhado um papel propositivo de enfrentamento. Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a violência como:

> Uso intencional da força física ou do **poder**, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Ampliando a concepção de violência para as situações onde necessariamente não seja produzido sofrimento ou morte, mas que impõe um impacto substancial no indivíduo, na família, comunidade e sistemas de saúde que poderá ser imediato ou durar por anos, mesmo após a interrupção do ato violento.

Em 2014, o Ministério da Saúde, através da Portaria GM n.º 1271/junho de 2014, determinou que todos os equipamentos de saúde deveriam realizar a notificação

compulsória dos casos suspeitos ou confirmados de violência interpessoal/ autoprovocada contra as mulheres, e sendo de natureza sexual ou tentativa de suicídio que deveria ser também imediata.

Para Casique *et al.* (2006), diversas são as consequências à saúde resultantes da violência contra mulher, entre elas pode ser destacada:

Quadro 1. Consequências à saúde resultantes da violência contra a mulher.

Sintomas	Características
Físicos	Lesões abdominais, torácicas, contusões, edemas e hematomas, síndrome de dor crônica, invalidez, fibromialgias, fraturas, disturbios gastrintestinais, cefaleias, dor abdominal, síndrome de intestino irritável, queimaduras, lacerações e escoriações, dano ocular, funcionamento físico reduzido, fadiga crônica, mudanças bruscas de peso.
Sexuais e Reprodutivas	Distúrbios ginecológicos, fluxo vaginal persistente, sangramento genital, infertilidade, doença inflamatória pélvica crônica, complicações na gravidez, aborto espontâneo, disfunção sexual, doenças sexualmente transmissíveis, inclusive HIV/AIDS, aborto em segurança, gravidez indesejada, retardo no desenvolvimento intrauterino, morte fetal materna.
Psicológicas e comportamentais	Abuso de álcool e drogas, depressão, ansiedade, distúrbios da alimentação e do sono, sentimentos de vergonha e culpa, fobias e síndrome de pânico, inatividade física, baixa autoestima, distúrbios de estresse pós-traumático, tabagismo, comportamentos suicidas e autoflagelo, comportamento sexual inseguro.

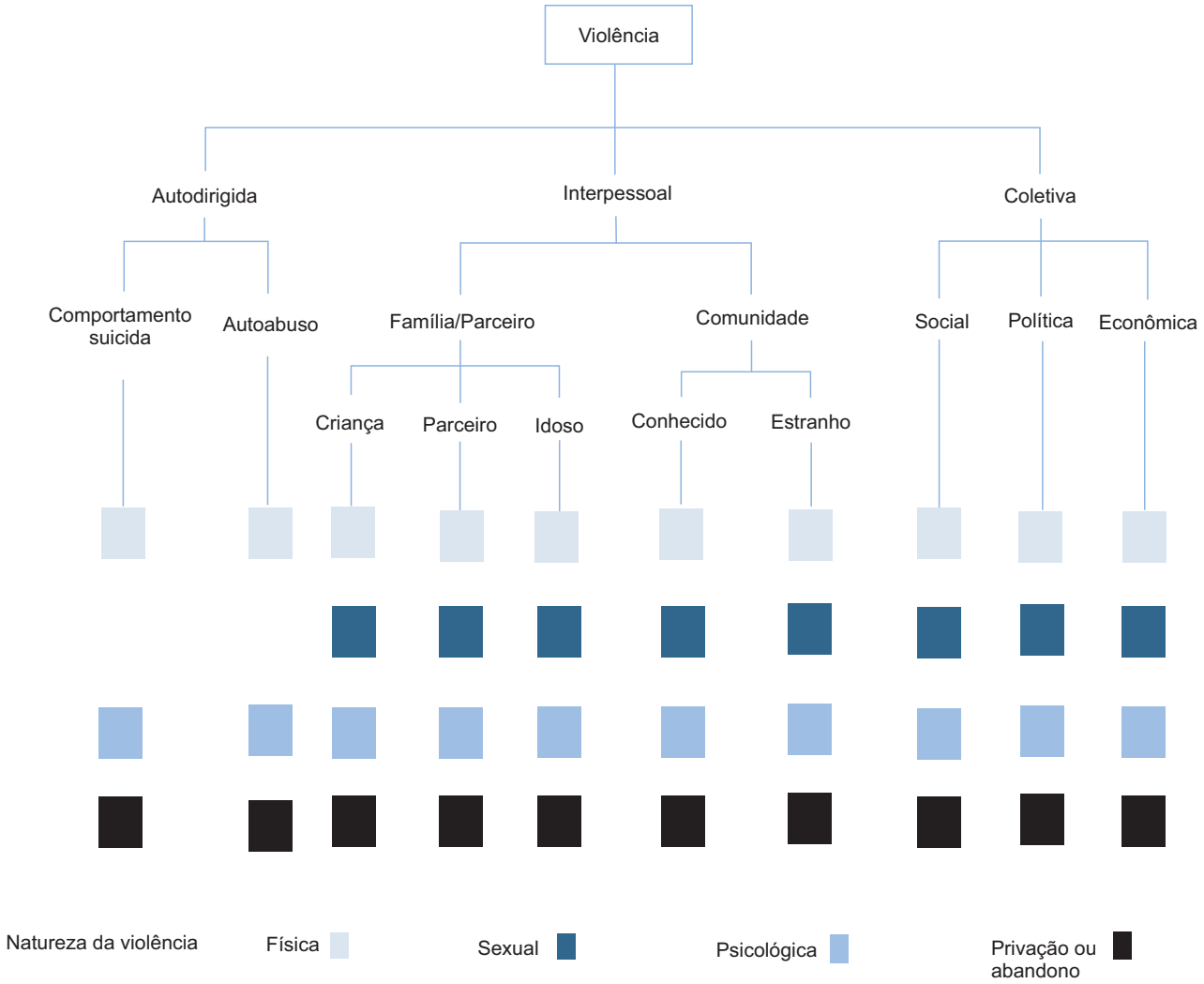
Fonte: Revista Latino - americana Enfermagem, 2006.

2 TIPIFICAÇÃO

Para a OMS a violência está dividida em três grandes categorias, e está subdividida conforme demonstrado na **Figura 1**:

- Violência autodirigida: aquela que a pessoa comete contra si próprio.
- Violência interpessoal: aquela infligida por outro ou por um pequeno grupo.
- Violência coletiva: aquela cometida por grupos maiores, por milícias, grupos políticos, terroristas.

Figura 1. Tipologia da Violência



Fonte: KRUG *et al.*, 2002.

3 EPIDEMIOLOGIA

O estado de Sergipe, assim como o Brasil, apresenta um percentual populacional feminino superior ao masculino. Em 2015, as mulheres no território sergipano representaram, segundo projeção do IBGE, 51,11% da população, sendo 34,04% menores ou igual a 19 anos, 55,88% entre 20 e 59 anos e 10,08% de mulheres acima de 60 anos (IBGE, 2015).

A Central de Atendimento à Mulher - Disque 180, equipamento da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, tem por finalidade realizar orientação, receber denúncias e fazer encaminhamentos via telefonia. Em 2015, no primeiro semestre, realizou 364.627 atendimentos, dos quais 328 foram de Sergipe, o

Quadro 2. Ranking dos estados segundo taxa de atendimento por 100 mil mulheres. Brasil, 1º semestre 2015.

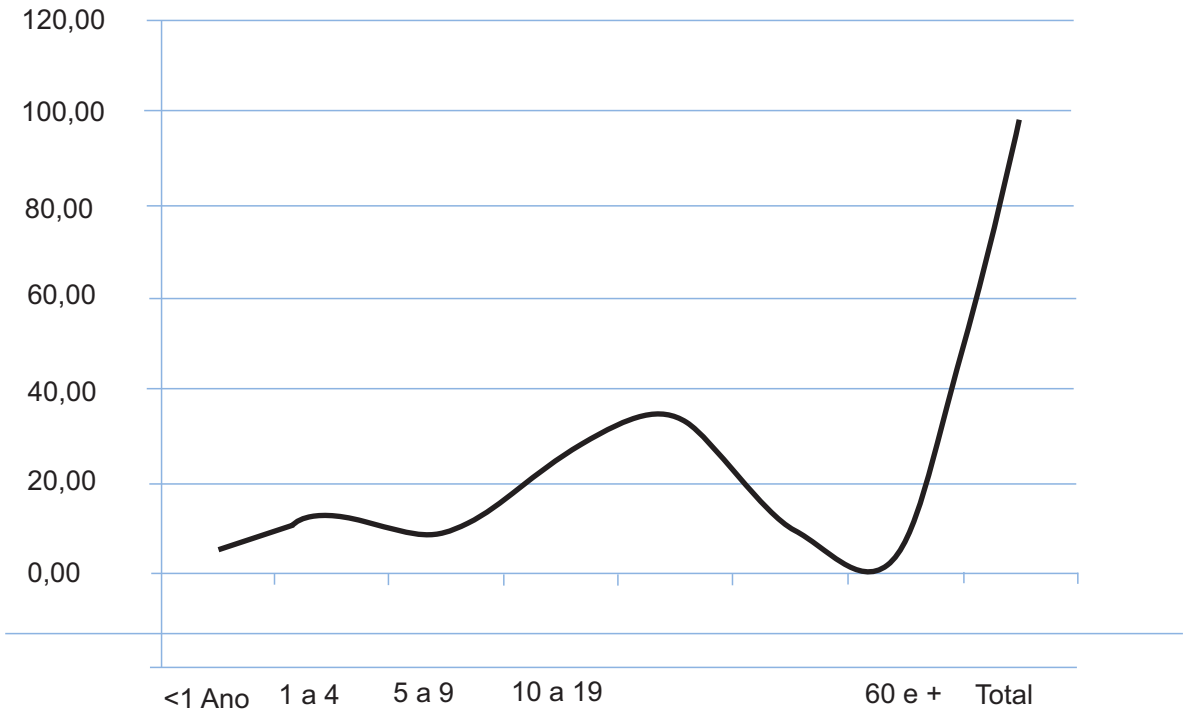
Quantidade	UF	Estado	Quantidade de denúncias por estado	População feminina por estado	Taxa de registro pela população Feminina por grupo de 100.000 mulheres
1º	DF	DISTRITO FEDERAL	805	1.337.726	60,18
2º	PI	PIAUI	806	1.154.136	44,19
3º	GO	GOIAS	924	2.640.162	35,00
4º	MS	MATO GROSSO DO SUL	676	1.934.127	34,95
5º	RO	RONDONIA	187	543.112	34,43
6º	SE	SERGIPE	328	977.351	33,56
7º	RJ	RIO DE JANEIRO	4099	12.478.945	32.85
8º	AL	ALAGOAS	515	1.853.662	27,78
9º	MG	MINAS GERAIS	2661	9.646.788	27,58
10º	MA	MARANHÃO	705	2.729.506	25,83
11º	PR	PARANÁ	1417	5.815.000	24,37
12º	AC	ACRE	68	288.634	23,56
13º	RS	RIO GRANDE DO SUL	1352	5.773.518	23,42
14º	ES	ESPIRITO SANTO	557	2.406.147	23,15
15º	RN	RIO GRANDE DO NORTE	375	1.629.306	23,02
16º	PB	PARAÍBA	405	1.805.173	22,44
17º	MT	MATO GROSSO	368	1.728.515	21,29
18º	SC	SANTA CATARINA	508	2.841.136	17,88
19º	TO	TOCANTINS	85	493.666	17,22
20º	PE	PERNAMBUCO	938	5.682.974	16,51
21º	BA	BAHIA	2257	14.107.731	16,00
22º	AP	AMAPÁ	42	266.837	15,74
23º	PA	PARÁ	919	6.328.866	14,52
24º	SP	SÃO PAULO	4756	39.525.941	12,03
25º	RR	RORAIMA	17	147.785	11,50
26º	CE	CEARÁ	271	4.128.997	6,56
27º	AM	AMAZONAS	60	1.107.565	5,42

Fonte: BRASIL (2015); SEIDH (2015).

equivalente a uma taxa de registro de 33,56 por 100 mil mulheres, colocando-o como 6º estado brasileiro e o 2º do nordeste no ranking de taxa de atendimento por cem mil mulheres – **Quadro 2** (Informação disponibilizada pela Secretaria de Estado da Mulher, da Inclusão e Assistência Social, do Trabalho, dos Direitos Humanos e Juventude – SEIDH/ Coordenadoria Estadual de Políticas Públicas para Mulheres de Sergipe).

Os profissionais de saúde, em 2015, através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), registraram 1022 notificações de violência interpessoal/autoprovocada, das quais 740 (72,41%) foram de mulheres, distribuídos em seus diversos ciclos de vida (**Gráfico 1**). Observa-se que esta é predominante entre as mulheres ainda adolescentes, acompanhando durante toda a fase adulta, mas não significando que nas mulheres idosas não existam casos de violência, o que ocorre é uma dificuldade na identificação destes casos, sendo mais visíveis durante o atendimento domiciliar.

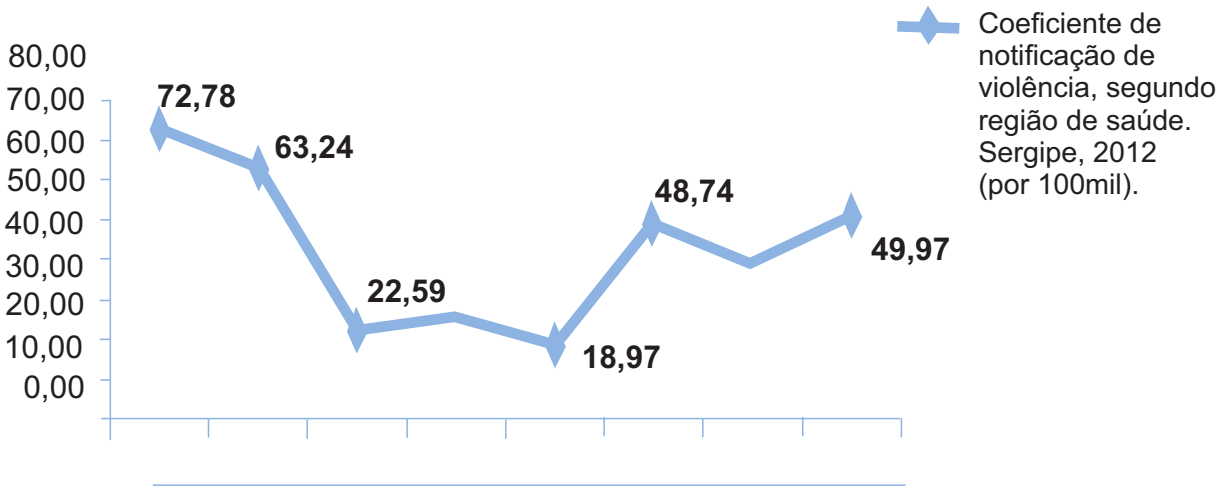
Gráfico 1. Proporção de notificações de violência contra a mulher por grupo etário. Sergipe, 2015.



Fonte: SINAN, 2015; IBGE, 2015.

Dar visibilidade à violência, e em especial à contra a mulher, depende de ressignificações de valores individuais, culturais e sociais dos profissionais que atendem, como das mulheres que procuram ajuda, assim como o acesso à informação e garantia ao atendimento. Portanto, como analisado o **Gráfico 2**, observa-se que o coeficiente de notificações de violência contra a mulher, na região de saúde de Aracaju apresentou um coeficiente de 72,78 por 100 mil mulheres, em contraponto à região de saúde de Nossa Senhora da Glória com 18,97. Já em 2012, o resultado em cem mil mulheres em Sergipe foi de 49,97, aumentando para 64,19 em 2015, fruto do fortalecimento da rede de enfrentamento e acesso à informação.

Gráfico 2. Coeficiente de notificação de violência contra a mulher, segundo região de saúde. Sergipe, 2012 (por 100 mil).

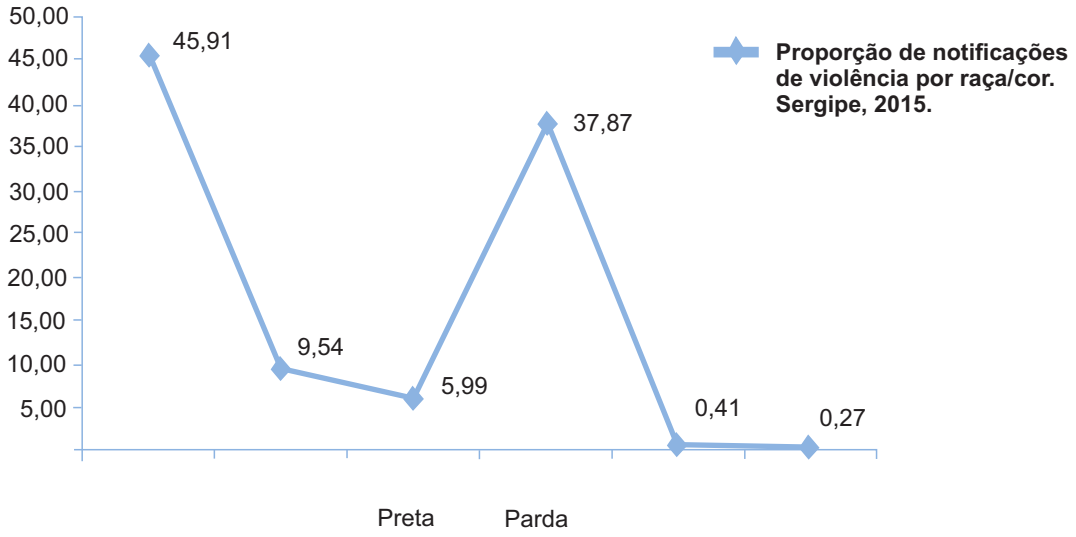


Fonte: SINAN, 2016; IBGE, 2012.

A escolaridade é outra variável de significativa importância para a análise do contexto de violência em Sergipe, porém, dos dados analisados, 52,72% estavam sem o campo preenchido, dificultando uma abordagem direcionada para esta variável. Quanto à raça/cor, conforme pode-se observar no **Gráfico 3**, 45,91% não foram preenchidas em virtude de não ser um campo obrigatório, porém para as que foram preenchidas houve um predomínio da cor preta e parda que juntas representaram 43,86% das notificações.

Devido a sua complexidade, num ato violento podem estar presentes diversas formas de violência, como física, sexual e psicológica ao mesmo tempo. No balanço da

Gráfico 3. Proporção (%) de notificações de violência contra a mulher segundo raça/cor. Sergipe, 2015.



Fonte: SINAN, 2015; IBGE, 2015.

Central de Atendimento à Mulher - Disque 180, no primeiro semestre de 2015, no Brasil, foi registrada uma média de 2025 atendimentos por dia, dos quais 8,84% foram de relatos de violência contra a mulher (**Quadro 2**). Diferentemente de Sergipe que para o mesmo período, como pode ser observado na **Gráfico 4**, a violência física (42,97%) seguida da violência sexual (33,11%) foram as mais registradas, bem como é importante observar o percentual de 3,38% para as violências autoprovocadas,

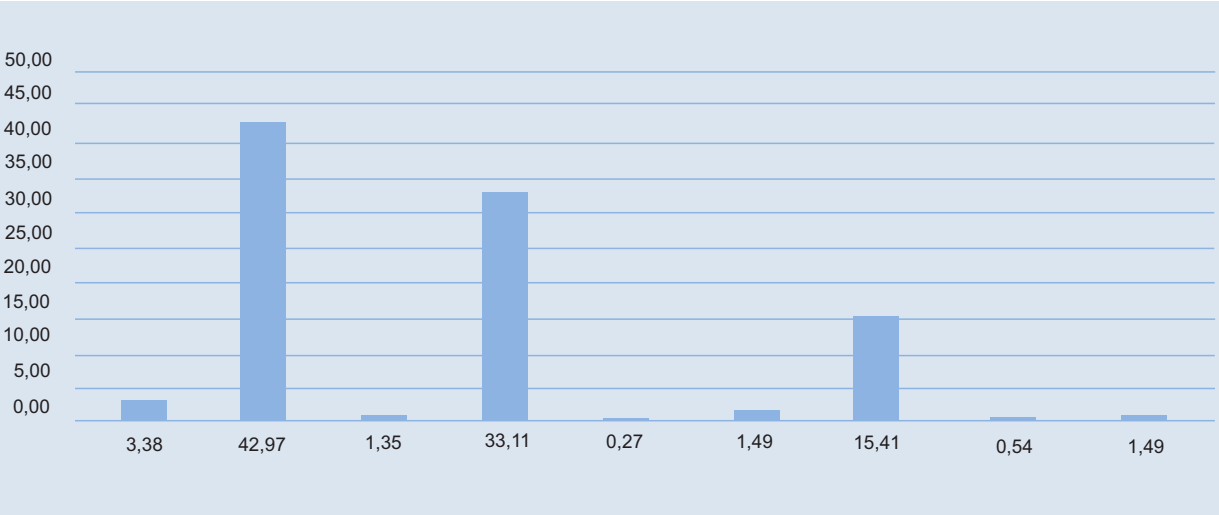
Quadro 2. Tipificação da violência contra a mulher, segundo registros da Central de Atendimento à Mulher. Brasil, 1º semestre de 2015.

NATUREZA DA VIOLÊNCIA	PERCENTUAL
Física	51,16%
Psicológica	30,92%
Moral	7,13%
Cárcere privado	4,23%
Sexual	4,06%
Patrimonial	1,95%
Tráfico de mulheres	0,55%

Fonte: BRASIL (2015).

demonstrando a necessidade do olhar atento da equipe multidisciplinar para esta problemática.

Gráfico 4. Proporção de notificações de violência contra a mulher segundo a natureza. Sergipe, 2015.



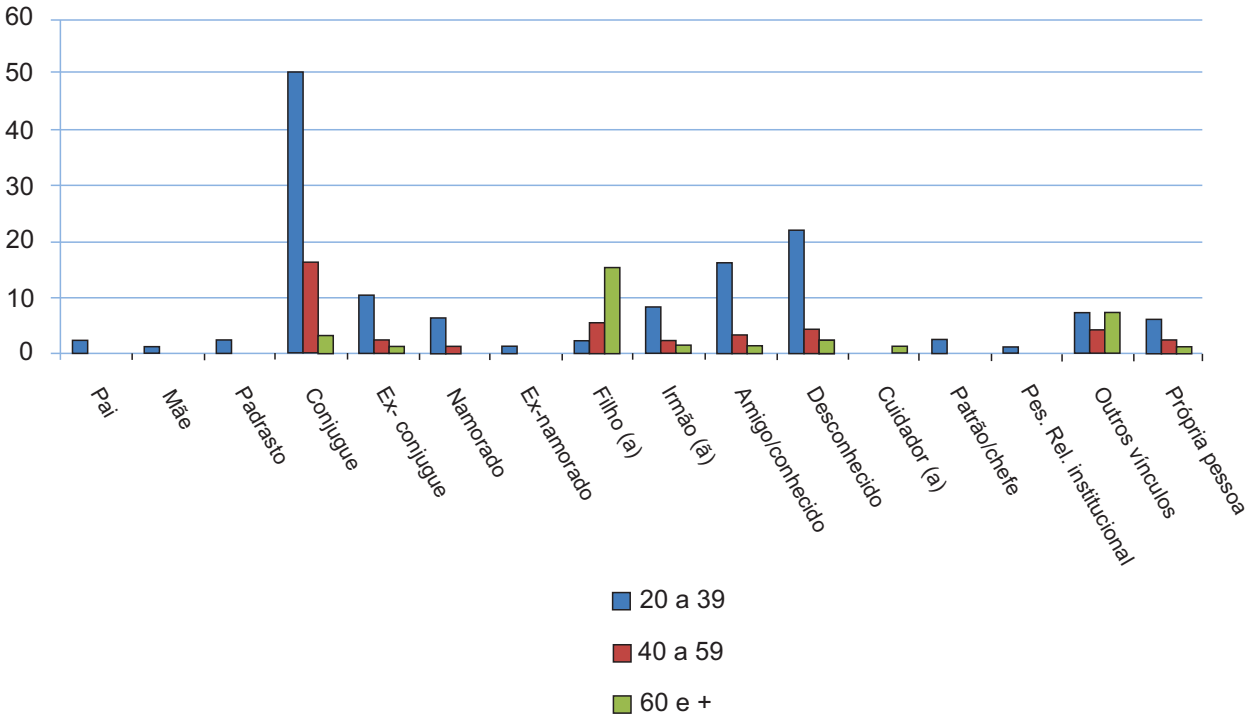
Fonte: SINAN, 2015.

De acordo com a Lei Maria da Penha, art. 5º, 2006,

> Configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial.
> I - no âmbito do lar, da família, em qualquer relação íntima de afeto quer conviva ou tenha convivido (BRASIL, 2006, s. p.).

Segundo relatório da Organização Mundial da Saúde sobre violência contra a mulher de 2013, tem havido um crescimento de registro que evidenciam os efeitos da violência doméstica, principalmente quando o autor da agressão é o parceiro ou ex-parceiro, no quadro de adoecimento da mulher, sendo estas mais propensas a ter graves problemas de saúde. No Brasil, em 2015, segundo informações do Disque-180, 85,96% das violências denunciadas foram domésticas e destas 70,71% foram cometidas pelo parceiro/ex-parceiro. Sergipe registrou no setor saúde, através das notificações, 31,62% de casos de violência doméstica distribuída, conforme **Gráfico 5,** pelo vínculo com a mulher agredida. Como demonstrado, independente do ciclo etário, as mulheres são maltratadas e agredidas pelos seus ex-companheiros ou companheiro atual.

Gráfico 5. Notificação de violência contra mulheres por faixa etária, segundo autor da agressão, Sergipe. 2015.



Fonte: SINAN/NEST- SES.

4 VIGILÂNCIA PARA ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Buscar compreender a complexidade da situação de violência é o primeiro passo para o seu enfrentamento. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), visando facilitar o entendimento, elaborou uma base teórica chamada Modelo Ecológico (**Figura 2**), onde é estudado fatores de quatro âmbitos distintos de casualidade imbricados, onde não existe um determinante causador, mas uma interação de fatores. São eles:

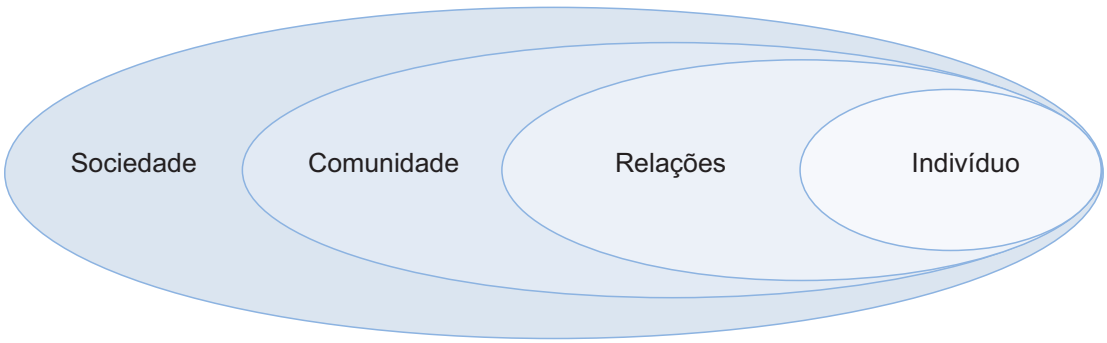
• Individual: procura identificar tanto fatores biológicos, como da história pessoal manifestado no seu comportamento.

• Relações: procura entender como as relações interpessoais acontecem, com parceiros íntimos, familiares, sendo observado o grau de vulnerabilidade da vítima diante deste contexto.

• Comunidade: são explorados os contextos comunitários onde são desenvolvidas as relações sociais, tais como escola, bairro, característica da população. Estabelecendo relações entre estes cenários e a situação do individuo como agressor ou vítima.

• Sociedade: examinam os fatores mais significativos da sociedade, as estruturas gerais que favorecem ou inibem os atos violentos. São as questões culturais, valores que naturalizados perpetuam ou incitam a violência.

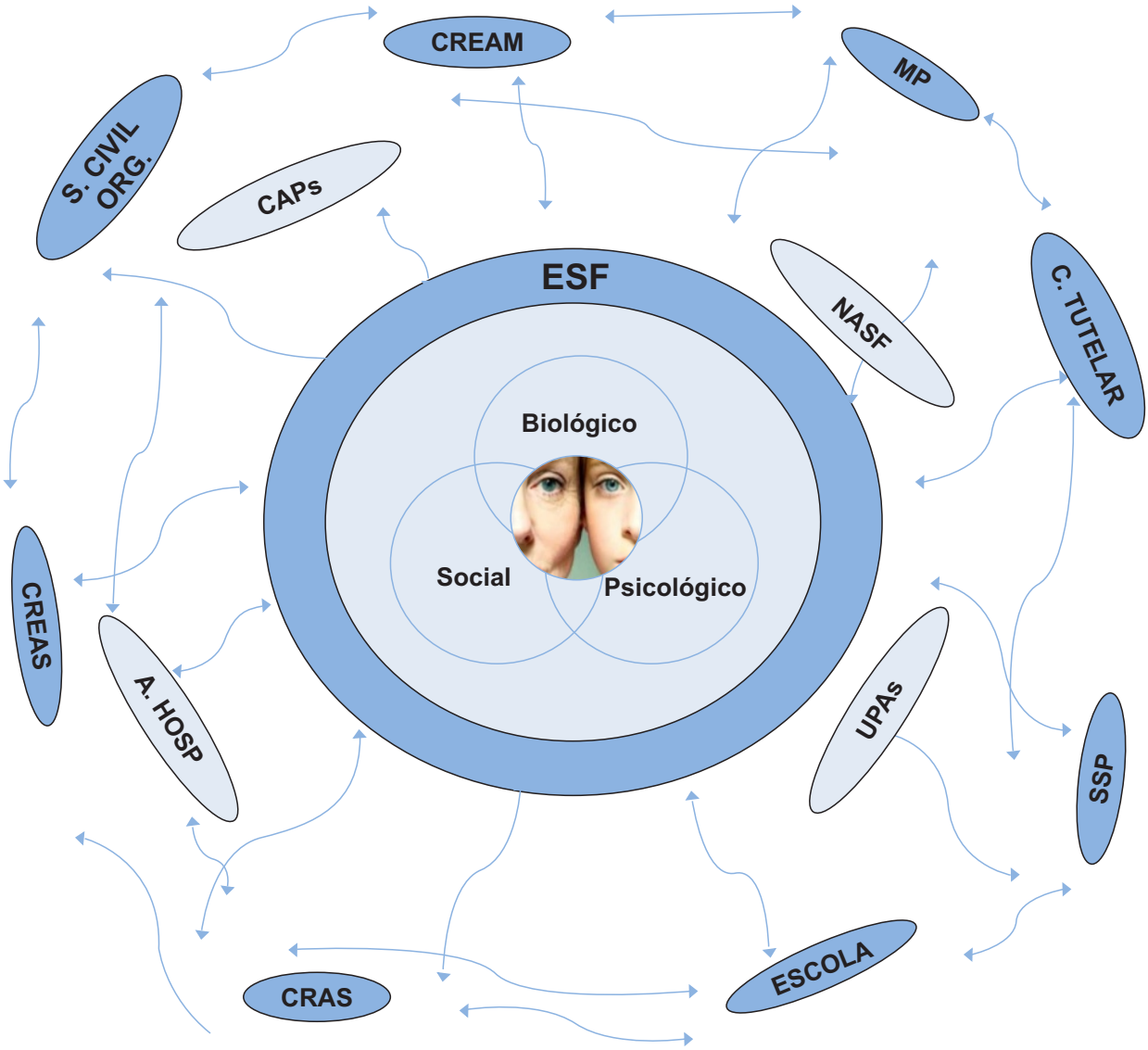
Figura 2. Modelo Ecológico para compreender a violência



Fonte: KRUG et al., 2002.

Para a saúde pública, a prevenção começa descrevendo o impacto e proporções do problema, portanto quanto mais precocemente for identificada uma mulher em situação de violência, menos prejuízos a curto e longo prazo ela terá na qualidade de sua saúde. Nesse sentido é imprescindível que a realização da notificação seja efetivamente realizada em todos os equipamentos de saúde que podem servir como porta de entrada desta usuária na rede.

Figura 10.



Fonte: Elaboração própria.

Paralelamente à notificação, é preciso reforçar as campanhas de educação e informação, pois quanto mais se esclarece sobre a violência, mais encorajadas se sentirão para denunciar e relatar que sofrem alguma forma de violência.

Outro ponto importante para o enfrentamento é o fortalecimento intersetorial. Não há integralidade do cuidado para as situações de violência se não houver trabalho em rede, portanto precisa existir um movimento de articulação e elaboração de estratégias conjuntas onde a mulher vitimada tenha autonomia para iniciar sua mudança de realidade por qualquer ente da rede de enfrentamento. São pertencentes à rede todos os órgãos que atuam na garantia das necessidades biológicas, psicológicas e sociais.

Construir uma sociedade sem violência significa garantir cidadania a todos e esta surge a partir do acesso à informação e garantia a assistência e demais direitos. Não se pode imaginar que a violência é externa a nossa essência, ela está dentro de todos nós. A mudança de atitude no dia a dia, a vigilância permanente dos pequenos gestos de preconceito farão a diferença futuramente. É a ressignificação da violência para o indivíduo que faz o profissional sensível à violência do outro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Lei 11.340 de 7 de agosto de 2006.** Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 14 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n.º 1271**, de 06 de junho de 2014. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde. 2014.

BRASIL. Ministério das mulheres, da igualdade racial e dos direitos humanos. Secretaria de políticas para as mulheres. **Balanço 2015 do 1º semestre da Central de Atendimento à Mulher**, Brasília, Ministério das mulheres, da igualdade e direitos humanos, 2015.

CASIQUE, C.L. et al. Violência contra as mulheres: Reflexões teóricas. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 14, n. 6, nov-dez, 2006.

KRUG E. G et al. **World report on violence and health. Geneva, World Health Organization**, Genebra, 2002.

CAPÍTULO 04

CAUSAS EXTERNAS E SUA SINGULARIDADE NO TERRITÓRIO SERGIPANO.

ELABORAÇÃO
Patrícia Lima da Silva

APRESENTAÇÃO

As causas externas (violências e acidentes), com sua complexidade e magnitude, é um grave problema de saúde pública no mundo, no Brasil e no estado de Sergipe. Como ferramentas para o dimensionamento e compreensão das singularidades nos territórios, o Ministério da Saúde (MS), em 2006, implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) tornando possível, através das notificações, quantificar os casos e traçar o perfil epidemiológico das violências e acidentes.

O Viva é composto por dois (02) componentes: o Viva Contínuo – cujas notificações dos casos de violência doméstica, sexual e/ou de outras violências interpessoais e autoprovocadas são realizadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET); e o Viva Inquérito – que ocorre sob a modalidade de inquérito em serviços sentinelas de urgência e emergência de municípios selecionados, onde são levantadas informações sobre violências e acidentes atendidos nestes serviços.

Esta publicação tem por finalidade divulgar informações produzidas a partir do banco de dados fornecido pela Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT) do MS, base de dados Aracaju referente ao Viva Inquérito - 2013 e 2014, comparando-as aos resultados encontrados a nível nacional possibilitando o conhecimento do perfil das causas externas em Sergipe, a fim de subsidiar o planejamento, a execução de medidas de vigilância, de prevenção, de atenção e proteção às pessoas em situação de violências e vítimas de acidentes e de promoção da saúde e da cultura de paz no território sergipano.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....73

2. DEFINIÇÕES.....75

3. ANÁLISE DOS RESULTADOS.....77

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....86

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....87

1 INTRODUÇÃO

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), o impacto das causas externas (violências e acidentes) na qualidade de vida e nas condições de saúde da população representa um grande problema a ser enfrentado em todo o mundo e seus efeitos ultrapassam o sofrimento individual e coletivo, incidindo na cultura e modo de viver das pessoas (BRASIL, 2009).

As análises sobre causas externas são baseadas nos dados de mortalidade, extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e internações dos casos graves, pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Contudo, havia a necessidade de conhecer a realidade das portas de entrada hospitalares de urgência em relação aos atendimentos por violências e acidentes, assim como ampliar o conhecimento das outras formas de violências. Sendo assim, a partir de 2006, foi criado e estruturado o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) pelo MS na tentativa de responder às demandas de informação existentes, no formato de Inquérito, com intervalos anuais, inicialmente, e atualmente a cada três anos (BRASIL, 2017).

O estado de Sergipe, através dos equipamentos de atendimento de urgência e emergência localizados na Capital, Aracaju, participa da pesquisa Viva: Vigilância de Violências e Acidentes desde a sua primeira edição, em 2006, cujos equipamentos de atendimento foram a Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia, Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE) e Pronto-Socorro Geral Dr. Nestor Piva, permanecendo os mesmos até 2007. Em constante atualização, a pesquisa nacional passou a ser bianual, portanto os anos seguintes foram 2009 e 2011. Após nova reformulação, passou a ser trienal ocorrendo sua 5ª e mais recente edição, em 2014.

A última edição da pesquisa Viva: Vigilância de Violências e Acidentes – 2014 ocorreu em 24 capitais e Distrito Federal e mais 11 municípios selecionados. Para Sergipe, o município de Aracaju, assim como os demais selecionados, aceitou participar, por adesão, da pesquisa que ocorreu durante 30 dias seguidos, no período de 27 de outubro a 25 de novembro de 2014, no HUSE e Hospital Municipal Zona Norte Dr. Nestor Piva, em 19 turnos para cada estabelecimento, alternados entre os turnos diurnos (07h às 19h) e noturnos (19h às 07h), sendo as entrevistas realizadas por

acadêmicos da Universidade Federal de Sergipe, de cursos da área de saúde, escolhidos por processo seletivo.

A importância desta pesquisa é permitir a realização de um diagnóstico mais apurado deste contexto, especialmente dos casos não reconhecidos e não incorporados aos SIM e SIH, incrementando a análise de situação quanto às tendências e efeitos de intervenções e correções de rumos ou intensificações das ações, induzindo a formulação e a implementação de políticas de atenção e proteção integral às pessoas em situação de vulnerabilidade para as causas externas, bem como, disseminar informação, fomentando reflexão e almejando transformação.

Portanto, o presente estudo visa mostrar a singularidade das causas externas em Sergipe através de uma discussão relacionando os resultados publicados na pesquisa Viva: Vigilância de Violências e Acidentes – 2013/2014, referentes ao Brasil, publicada em janeiro de 2017 e disponível no *link*: www.bvsms.saude.gov.br/publicacoes/viva_vigilancia_acidentes_2013_2014.pdf, com as informações produzidas a partir da base dos dados desta mesma pesquisa, referentes ao município de Aracaju, disponibilizados pelo Ministério da Saúde por intermédio da CGDANT, em versão *Excel.*

2 DEFINIÇÕES

Os atendimentos foram classificados em dois grupos: violências, quando sendo "o uso da força contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação" e acidentes na ocorrência de um "evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e emocionais, no âmbito doméstico ou social como trabalho, escola, esporte e lazer" (BRASIL, 2001).

Segundo descrição constante na décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID-10), referentes ao capítulo XX – Causas externas de morbidade e mortalidade, os eventos classificados como acidente ou violência estão listados no **Quadro 1.**

Quadro 1. Causas relacionadas a acidentes ou violência segundo Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID-10) – Cap. XX- Causas Externas.

Acidentes	• Acidentes de transporte (V01-V99) • Quedas (W00-W19) • Queimaduras (W85-W99, X00-X19) • Demais eventos acidentais*, como cortes com objetos perfuro cortantes, queda de objeto sobre pessoa, envenenamento acidental, sufoção, afogamento, entre outro (X20-X84).
Violência	• Lesões autoprovocadas intencionalmente/tentativa de suicídio (X60-X84). • Agressões (X85-Y09). • Maus-tratos (Y05-Y07). • Intervenção legal (Y35-Y36).

Fonte: Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014.
*Demais eventos acidentais serão chamados de outros acidentes.

Para demais eventos acidentais, aqui chamados de “Outros acidentes”, segundo a pesquisa, foram definidos os seguintes tipos de ocorrência: sufocação/engasgamento, corpo estranho, afogamento, envenenamento/intoxicação, ferimento por objeto perfuro cortante, ferimento por arma de fogo, acidentes com animais, queda de objetos sobre pessoa, choque contra objetos/pessoa, entorse (torção), compressão dentro/entre objetos e outros.

3 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Na pesquisa amostral Viva sobre vigilância de violências e acidentes referente a 2013/2014, foram realizadas 1.608 entrevistas no município de Aracaju, o equivalente a 2,83% do total de entrevistas realizadas nas 24 capitais e Distrito Federal e mais 11 municípios selecionados (55.950). Do total de 1.608 entrevistas, 1.048 (65,17%) foram de atendimentos realizados no HUSE. Destes, 95,51% (1.001) foram de residentes no estado de Sergipe e 2,77% (29) em outros estados, com destaque para a Bahia com 19 atendimentos. No Hospital Municipal Zona Norte Dr. Nestor Piva, foram realizadas 560 entrevistas das quais 547 foram de residentes de Sergipe e 08 de outros estados, conforme **Tabela 1**.

Tabela 1. Distribuição e proporção de atendimentos segundo Serviço Sentinela de urgência e emergência por Estado de residência da vítima. Pesquisa Vigilância de Violências e Acidentes – Sergipe, 2014

Serviço Sentinela de urgência e emergência	Total de Atendimentos (N=1608)	Resid SE (N=1548)		Resid demais Ufs (N=37)										Sem informação (N=23)	
		n	%	AL	AM	BA	CE	MG	MS	PR	RN	RR	n	%	n	%
HUSE	1048	1001	95,52	1	0	19	2	3	0	2	0	2	29	2,77	18	1,72
Nestor Piva	560	547	97,68	3	1	0	0	0	1	1	1	1	8	1,43	5	0,89

Fonte: Distribuição e proporção de atendimentos segundo Serviço Sentinela de urgência e emergência por Estado de residência da vítima. Pesquisa Vigilância de Violências e Acidentes – Sergipe, 2013/2014

No território sergipano, segundo município de residência, **Tabela 2**, com base na amostra, pode ser observado que 54,26% dos atendimentos, nos turnos da pesquisa, foram de residentes de Aracaju (434 atendidos no HUSE e 406 no Nestor Piva), em segundo lugar de residentes em Nossa Senhora do Socorro, com 159 atendimentos no HUSE e 76 no Nestor Piva, o equivalente a 15,18% do total da amostra, e em terceiro lugar de residentes do município de São Cristóvão, com 128 atendimentos (8,27%) distribuídos entre 100 no HUSE e 28 no Nestor Piva.

Tabela 2. Distribuição e proporção do número de atendimentos, segundo Serviço Sentinela de urgência e emergência, por município de residência da vítima. Pesquisa Vigilância de Violências e Acidentes - Sergipe, 2014.

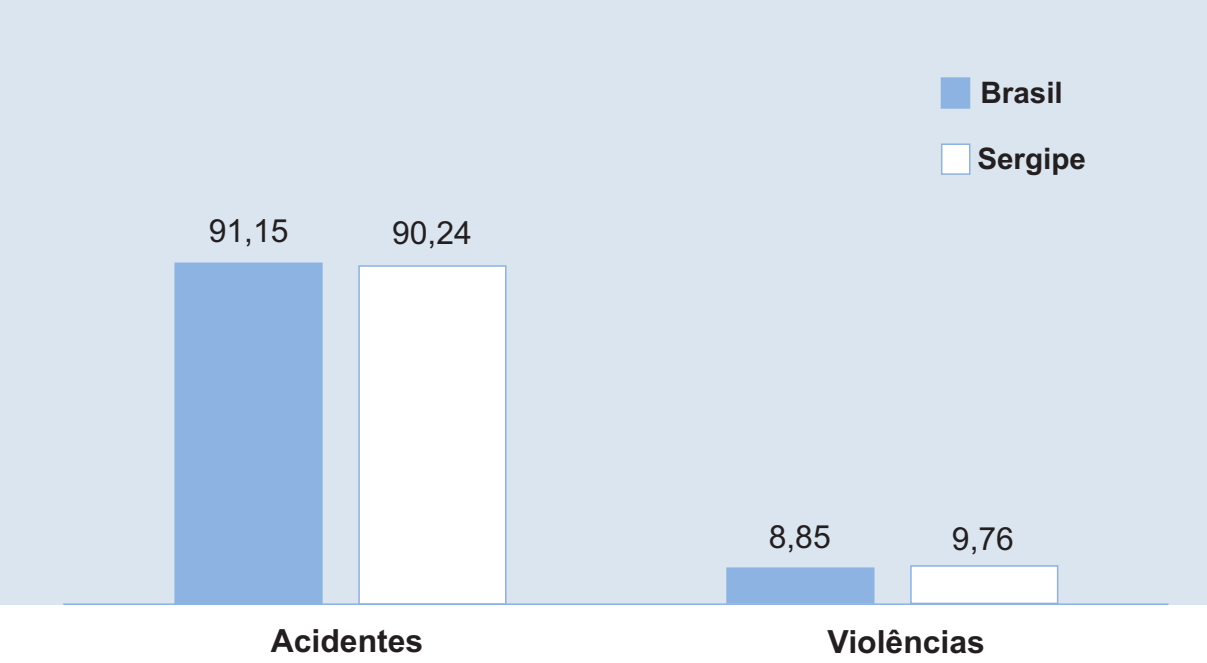
Total de Atendimentos Residentes em SE (N= 1548)	HUSE		Nestor Piva		Total SE	
	n	%	n	%	n	%
	1001	100	547	100	1548	100
Aracaju	434	43,36	406	74,22	840	54,26
Barra dos Coqueiros	7	0,70	10	1,83	17	1,10
Divina Pastora	3	0,30	1	0,18	4	0,26
Itaporanga D' Ajuda	12	1,20	4	0,73	16	1,03
Laranjeiras	20	2,00	2	0,37	22	1,42
Riachuelo	8	0,80	0	0,00	8	0,52
Santa Rosa de Lima	2	0,20	0	0,00	2	0,13
São Cristóvão	100	9,99	28	5,12	128	8,27
REG. ARACAJU	586	58,54	451	82,45	1037	66,99
Arauá	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Boquim	10	1,00	0	0,00	10	0,65
Cristinápolis	8	0,80	0	0,00	8	0,52
Estância	22	2,20	0	0,00	22	1,42
Indiaroba	9	0,90	1	0,18	10	0,65
Itabaianinha	11	1,10	0	0,00	11	0,71
Pedrinhas	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Sta Luzia do Itanhy	4	0,40	1	0,18	5	0,32
Tomar do Geru	6	0,60	0	0,00	6	0,39
Umbaúba	6	0,60	0	0,00	6	0,39
REG. ESTÂNCIA	76	7,59	2	0,37	78	5,04
Canindé do São Francisco	3	0,30	0	0,00	3	0,19
Feira Nova	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Gararu	1	0,10	0	0,00	1	0,06
Gracho Cardoso	4	0,40	0	0,00	4	0,26
Itabi	1	0,10	0	0,00	1	0,06
Monte Alegre de Sergipe	3	0,30	0	0,00	3	0,19
Nossa Srª da Glória	9	0,90	1	0,18	10	0,65
Poço Redondo	3	0,30	0	0,00	3	0,19
Porto da Folha	1	0,10	0	0,00	1	0,06
REG. Nª Srª. GLóRIA	25	2,50	1	0,18	26	1,68
Areia Branca	9	0,90	2	0,37	11	0,71
Campo do Brito	5	0,50	0	0,00	5	0,32
Carira	6	0,60	0	0,00	6	0,39
Frei Paulo	1	0,10	0	0,00	1	0,06
Itabaiana	10	1,00	3	0,55	13	0,84
Macambira	1	0,10	0	0,00	1	0,06
Malhador	4	0,40	0	0,00	4	0,26
Moita Bonita	3	0,30	0	0,00	3	0,19
Nª Srª. Aparecida	3	0,30	0	0,00	3	0,19
Pedra Mole	2	0,20	0	0,00	2	0,13
Pinhão	3	0,30	0	0,00	3	0,19
Ribeirópolis	2	0,20	0	0,00	2	0,13
São Domingos	1	0,10	1	0,18	2	0,13
São Miguel do Aleixo	0	0,00	0	0,00	0	0,00
REG. ITABAIANA	50	5,00	6	1,10	56	3,62
Lagarto	12	1,20	0	0,00	12	0,78
Poço Verde	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Riachão do Dantas	3	0,30	0	0,00	3	0,19
Salgado	10	1,00	1	0,18	11	0,71
Simão Dias	8	0,80	0	0,00	8	0,52
Tobias Barreto	5	0,50	0	0,00	5	0,32
REG. LAGARTO	38	3,80	1	0,18	39	2,52
Amparo do São Francisco	1	0,10	0	0,00	1	0,06
Aquidabã	2	0,20	1	0,18	3	0,19
Brejo Grande	1	0,10	0	0,00	1	0,06
Canhoba	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Cedro de São João	2	0,20	0	0,00	2	0,13
Ilha das flores	3	0,30	0	0,00	3	0,19
Japoatã	2	0,20	0	0,00	2	0,13
Malhada dos Bois	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Muribeca	1	0,10	1	0,18	2	0,13
Neópolis	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Nª Srª. de Lourdes	1	0,10	0	0,00	1	0,06
Pacatuba	2	0,20	0	0,00	2	0,13
Propriá	1	0,10	0	0,00	1	0,06
Stana do São Francisco	0	0,00	0	0,00	0	0,00
São Francisco	1	0,10	0	0,00	1	0,06
Telha	0	0,00	0	0,00	0	0,00
REG. PROPRIÁ	17	1,70	2	0,37	19	1,23
Capela	11	1,10	3	0,55	14	0,90
Carmópolis	4	0,40	0	0,00	4	0,26
Cumbe	1	0,10	0	0,00	1	0,06
General Maaynard	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Japaratuba	5	0,50	0	0,00	5	0,32
Maruim	8	0,80	0	0,00	8	0,52
Nª Sr.ª das Dores	7	0,70	0	0,00	7	0,45
Nª Srª. do Socorro	159	15,88	76	13,89	235	15,18
Pirambu	5	0,50	2	0,37	7	0,45
Rosário do Catete	2	0,20	1	0,18	3	0,19
Sto Amaro das Brotas	2	0,20	1	0,18	3	0,19
Siriri	5	0,50	1	0,18	6	0,39
REG. Nª Srª. SOCORRO	209	20,88	84	15,36	293	18,93

Fonte: Banco de dados Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014 disponibilizados pelo MS/CGDANT.

Ainda com relação à **Tabela 2**, destaca-se que a maior demanda de atendimento foi de residentes na região de saúde de Aracaju (66,99%), seguida da região de Nossa Senhora do Socorro (18,93%) e da região de Itabaiana, responsável por 3,62% dos atendimentos.

Conforme o **Gráfico 1**, os acidentes no Brasil e Sergipe representaram mais de 90% da amostra, respectivamente 91,15% e 90,24%. Quanto às violências, o resultado sergipano foi superior ao nacional, apresentando uma frequência de 9,76% enquanto que no Brasil foi de 8,85%.

Gráfico 1. Proporção de atendimentos de acidentes e violências em Serviços Sentinelas de urgência e emergência. Brasil* e Aracaju, 2013/2014



*Lê-se 24 capitais e Distrito Federal e mais 11 municípios selecionados.
Fonte: Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014.

A maioria dos atendimentos de acidentes no Brasil, equivalente a 61,8% da amostra, foi de pessoas do sexo masculino e, em Sergipe, o equivalente a 62,8% do total, o que fomenta a busca de justificativas que expliquem o porquê de, mesmo sendo o estado menos populoso, apresentar resultado superior ao nacional. Para o sexo feminino, o resultado representado na amostra foi de 37,2% para Sergipe e de 38,2% para o Brasil, conforme **Tabela 3**.

Quanto às violências, o resultado para o sexo masculino chama atenção, uma vez que o resultado em Sergipe (75,8%) foi superior em mais de cinco pontos percentuais em comparação ao resultado apresentado pelo Brasil (68%). As pessoas do sexo feminino atendidas por violência foram 24,2% da amostra em Sergipe, o que não significa menos importância, haja vista ser sabido que as mulheres, quando agredidas, o são por serem mulheres e que estas têm como autor da agressão alguém do seu convívio afetivo.

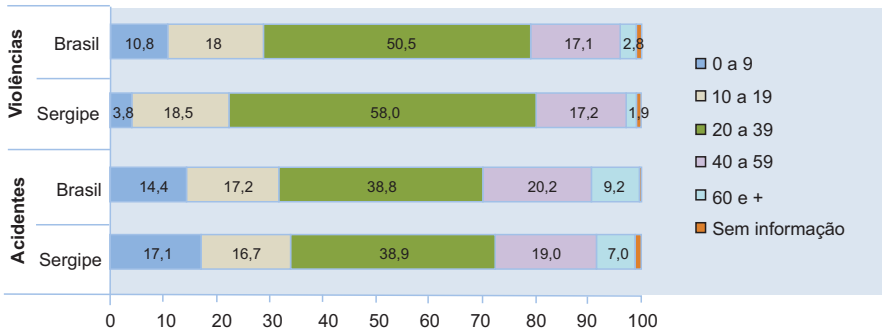
Tabela 3. Número total e proporção de atendimentos de acidentes e violências em Serviços Sentinelas de urgência e emergência, por sexo. Brasil* e Sergipe, 2013/2014.

Sexo	Acidentes				Violências			
	Sergipe (n=1451)		Brasil (n=51.001)		Sergipe (n=157)		Brasil (n=4.949)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	911	62,8	32,516	61,8	119	75,8	3.510	68
Feminino	540	37,2	18451	38,2	38	24,2	1439	32

Fonte: Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014.
* 24 capitais e Distrito Federal e mais 11 municípios selecionados.

No entanto, quando se analisa os resultados para a violência, observa-se que a principal faixa etária atingida foi a de 20 a 39 anos, e em Sergipe o resultado foi superior ao nacional, sendo respectivamente 58% e 50,5%. Os grupos mais atingidos foram de 10 a 20 anos (18,5%) e de 40 a 59 anos (17,2%), que também foram superiores ao resultado nacional.

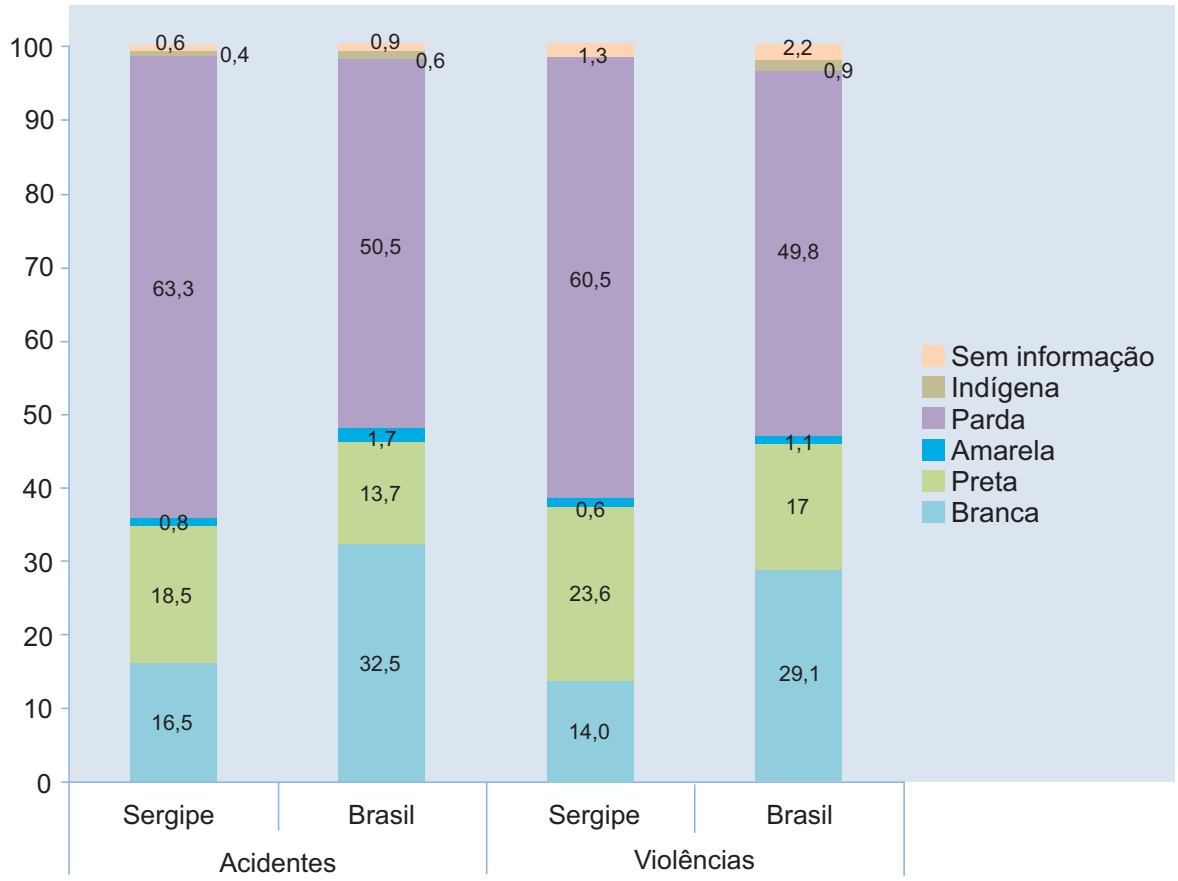
Gráfico 2. Proporção de atendimentos de acidentes e violências em Serviços Sentinelas de urgência e emergência, por grupo etário. Brasil* e Sergipe, 2013/2014.



Fonte: Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014.
* 24 capitais e Distrito Federal e mais 11 municípios selecionados

No quesito raça/cor, as vítimas atendidas se autodenominaram pardas e pretas em Sergipe tanto para acidentes como para as violências com resultado maior que os referidos no Brasil, fazendo um contraponto à cor branca que no Brasil teve o dobro da do resultado de Sergipe, como detalhado no **Gráfico 3.**

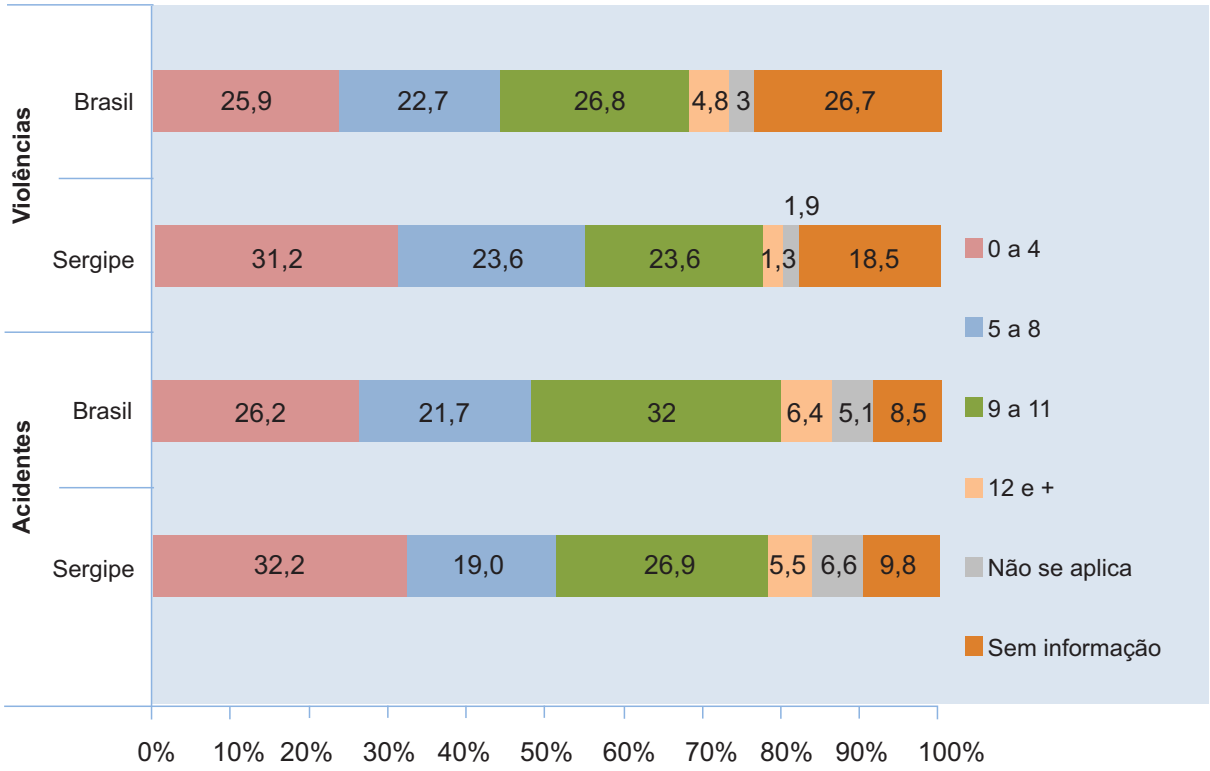
Gráfico 3. Proporção de atendimentos de acidentes e violências em Serviços Sentinelas de urgência e emergência, por raça/cor. Brasil* e Sergipe, 2013/2014.



Fonte: Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014.
* 24 capitais e Distrito Federal e mais 11 municípios selecionados

A análise do número de anos de estudos (**Gráfico 4**), retrata que, em Sergipe, tanto para acidentes (32,2%), como para violências (31,2%), as pessoas atendidas tinham entre 00 - 04 anos de estudos, diferente do cenário nacional onde os entrevistados para acidentes (32%) e para violências (26,8%) tinham entre 09 e 11 anos de estudos, refletindo uma associação entre os poucos anos de estudo e uma exposição às situações de violência em Sergipe.

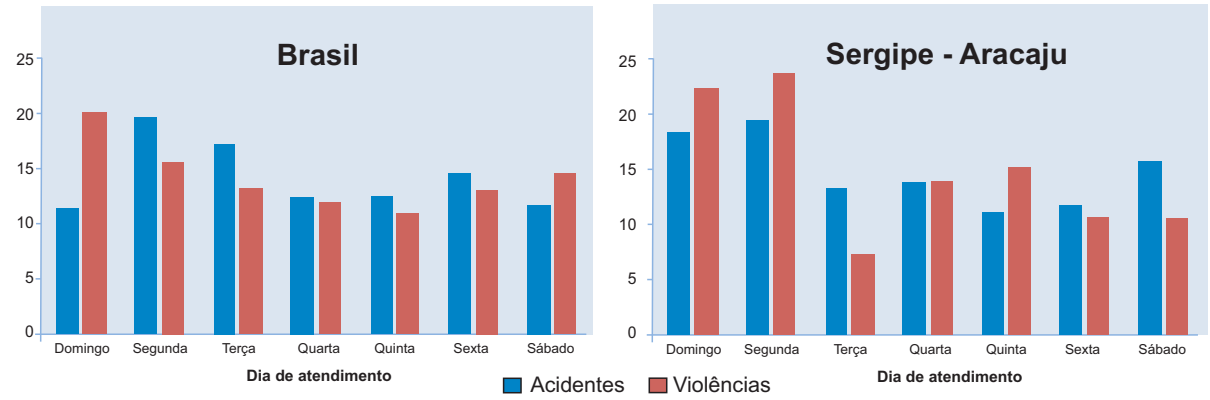
Gráfico 4. Proporção de atendimentos de acidentes e violências em Serviços Sentinelas de urgência e emergência, por anos de estudos. Brasil* e Sergipe, 2013/2014.



Fonte: Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014.
* 24 capitais e Distrito Federal e mais 11 municípios selecionados

Quanto ao dia de atendimento, percebe-se que, conforme imagem extraída do estudo do Viva, referente ao Brasil, o comportamento de ocorrência de acidentes mostrou um aumento, da quinta-feira para a sextas-feiras e do domingo para a segunda-feira, diferente de Sergipe, que retratou um aumento do resultado de forma crescente da quinta-feira até a segunda-feira (**Gráfico 5**). Ainda na mesma figura, com relação às violências no Brasil, houve um aumento crescente na frequência de atendimentos a partir da quinta-feira, que se perpetua e atinge seu ápice no domingo (20%). Em Sergipe, a frequência de atendimentos de violência com relação ao dia, retratou que na quarta-feira houve o dobro de atendimentos com relação à terça-feira, aumentando na quinta-feira e atingido acima de 20% dos atendimentos, no domingo e segunda-feira, sendo o dia com menos ocorrências as terças-feiras.

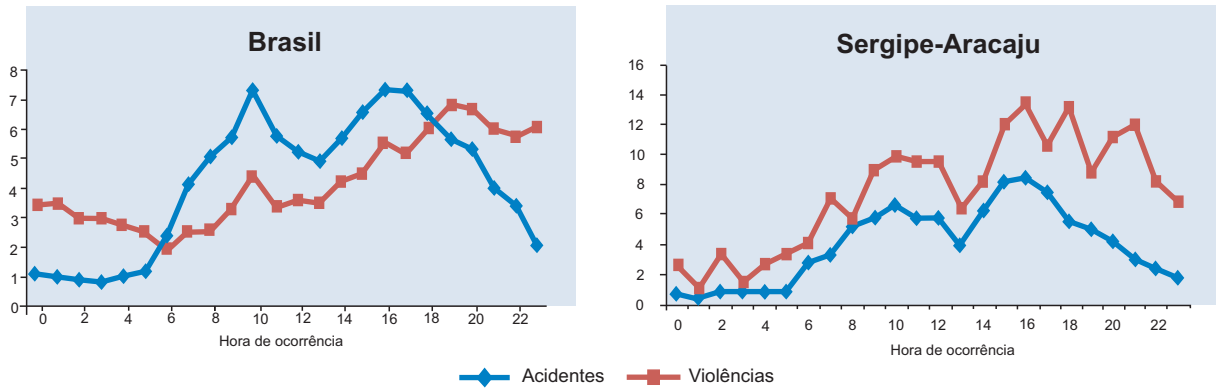
Gráfico 5. Proporção de atendimentos de acidentes e violências em Serviços Sentinelas de urgência e emergência, por dia de atendimento. Brasil* e Sergipe, 2013/2014.



Fonte: Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014.
* 24 capitais e Distrito Federal e mais 11 municípios selecionado

O **Gráfico 6**, que analisa a hora de ocorrência dos atendimentos, o que se pode ver através dos resultados, é que o pico de ocorrências para os acidentes foi às 10h e às 16h, tanto no Brasil como em Sergipe, dando uma conotação doméstica as ocorrências, em parte devido às quedas transitarem entre o 1º e o 2º lugares, e as queimaduras, na sua maioria, ocorrerem na residência como será observado mais adiante. Para as violências, na sua grande maioria por agressões e maus tratos, percebe-se que a incidência aumenta, consideravelmente, a partir das 17h, o que necessitaria de mais estudos voltados para a compreensão deste fenômeno.

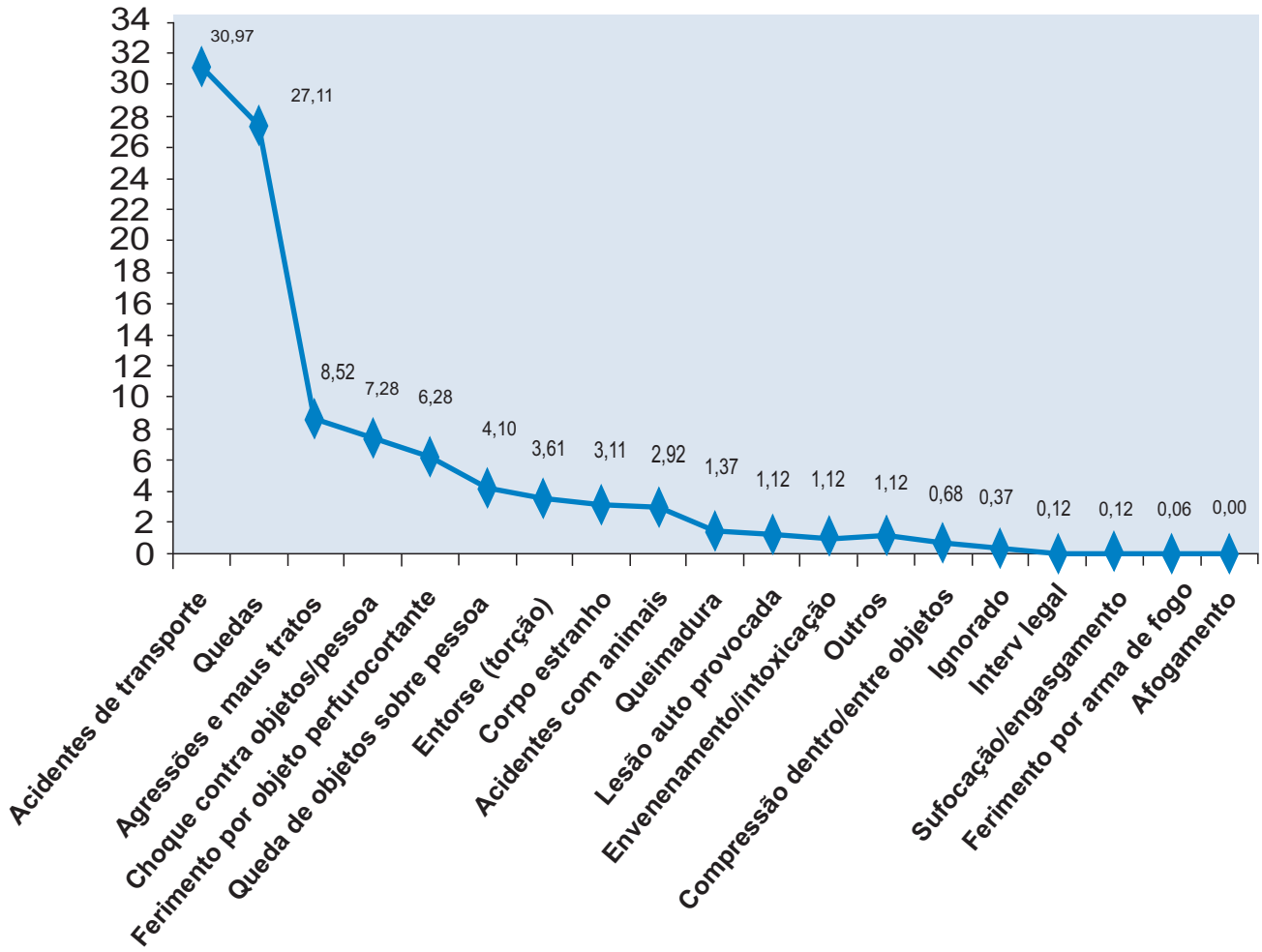
Gráfico 6. Proporção de atendimentos de acidentes e violências, em Serviços Sentinelas de urgência e emergência, por horário de ocorrência. Brasil* e Sergipe, 2013/2014.



Fonte: Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014.
* 24 capitais e Distrito Federal e mais 11 municípios selecionados

Para o cenário nacional, “as ocorrências mais frequentes foram as quedas (32,8%) seguidas por acidentes de transporte (23,3%) e agressões (7,9%)”. Para Sergipe, os resultados encontrados foram invertidos para o primeiro e segundo lugares no ranking, estando em primeiro os acidentes de transporte (30,97%), seguido das quedas (27,11%). Em relação ao terceiro lugar, em Sergipe, como no Brasil, estão as agressões e maus tratos (8,52%), com a diferença que o resultado em Sergipe superou o nacional (**Gráfico 7**). No quarto e quinto lugares, estão os choques contra objeto/pessoa e ferimento por objeto perfuro cortante, ambas as ocorrências do grupo de acidentes.

Gráfico 7. Distribuição de atendimentos por violências e acidentes em Serviços Sentinelas de urgência e emergência, segundo tipo de ocorrência. Sergipe-Aracaju, outubro a novembro, 2013/2014.

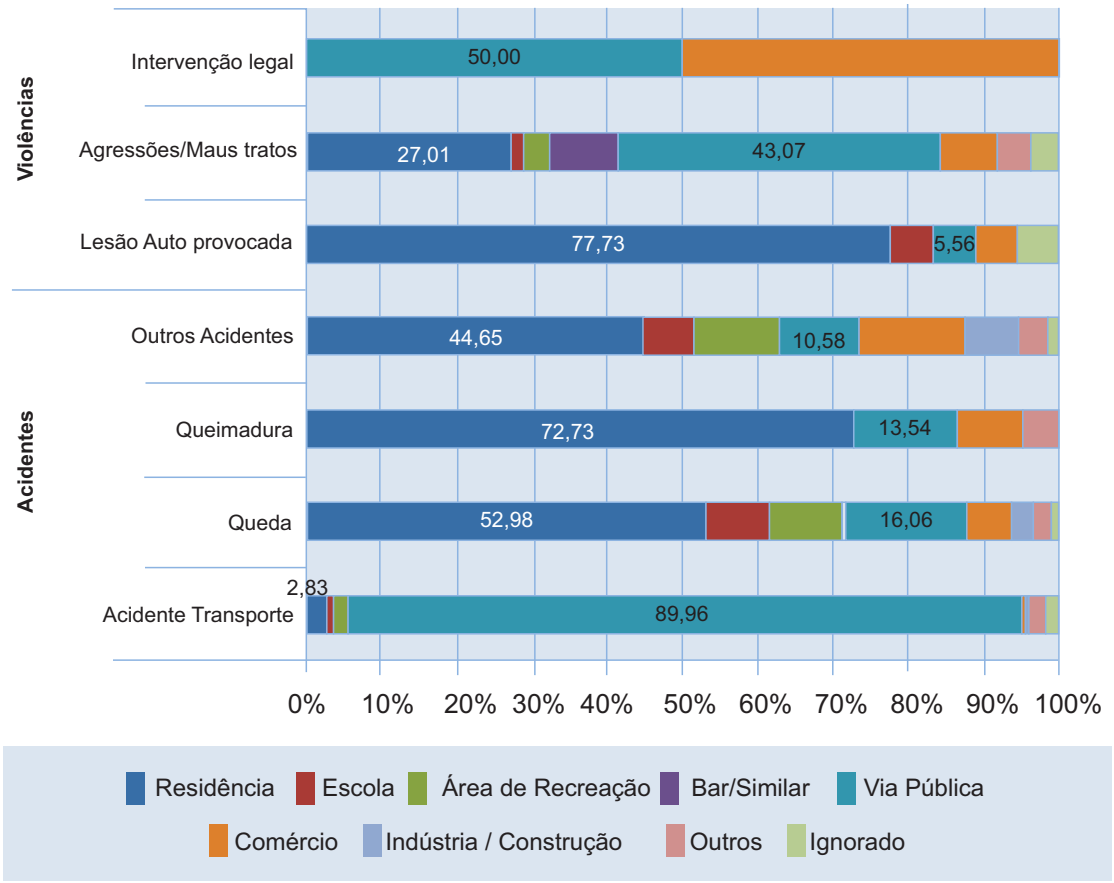


Fonte: Banco de dados Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014 disponibilizados pelo MS/CGDANT.

Para entender parte da complexidade que envolve a ocorrência dos acidentes e violências, faz-se necessário mapear o local das ocorrências.

No **Gráfico 8**, pode ser observada esta singularidade para o estado de Sergipe e ser constatada que a residência, com exceção dos acidentes de transportes e das intervenções legais, é o local de maior incidência destas situações. De forma evidente nas ocorrências de tentativa de suicídio onde 77,78% dos casos ocorreram no domicílio, das queimaduras em 72,73% e das quedas em mais de 50% das ocorrências. Quanto às agressões, sabe-se que elas ocorrem com maior frequência no turno da noite e, com base no gráfico seguinte, 43,07% ocorreram em via pública, porém 27,01% foram sofridas no domicílio.

Gráfico 8. Distribuição de atendimentos por violências e acidentes, em Serviços Sentinelas de urgência e emergência, segundo local da ocorrência. Sergipe Aracaju, outubro a novembro de 2013/2014.



Fonte: Banco de dados Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014 disponibilizados pelo MS/CGDANT.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para Sergipe, houve prevalência superior a 90% de ocorrências de acidentes e o sexo masculino foi quem mais esteve envolvido, principalmente entre 20 e 39 anos de idade, pardos e negros e com até 04 anos de escolaridade. Para as violências, bem menos frequentes, porém de igual importância, as proporções sergipanas diferem, para mais, quando comparadas ao Brasil, bem como com relação aos grupos etários que estão envolvidos, sendo superiores entre as pessoas de 10 a 39 anos de idade, e, a discrepância fica mais acentuada, quando é feita a leitura dos anos de estudo da vítima.

Para o comportamento sazonal das ocorrências, Sergipe é singular quando reflete aumento das ocorrências a partir das quintas-feiras atingindo seu ápice nos domingos. Observando a frequência dos horários de ocorrência, sugere-se que um trabalho de educação em saúde, sobre prevenção de acidentes domésticos, deve ser realizado uma vez que a grande maioria das quedas e queimaduras ocorre no domicílio, nos horários das atividades laborais domésticas. Os maus tratos também ocorrem no âmbito domiciliar, apesar de a maioria ainda ser produto da violência interpessoal urbana, que tem viés direto com a baixa escolaridade dos envolvidos, disparando a necessidade de reflexão sobre os possíveis modos de intervenção para redução da vulnerabilidade destes adolescentes e adultos jovens.

Quanto à procura de atendimento, por local de residência das vítimas, observa-se que há regiões de saúde que demandam muito do atendimento em Aracaju, necessitando, para uma melhor compreensão, de análise sobre a situação destes municípios e regiões de saúde no momento de realização da pesquisa.

Por fim, é importante ressaltar, que esta discussão é apenas uma das diversas que podem ser realizadas com base nos dados colhidos para a pesquisa Viva, 2013/2014 sobre vigilância de violências e acidentes, uma vez que cada tipo de ocorrência desperta várias análises e descobertas a serem feitas com relação ao que ocorre no território sergipano, e este com relação ao Brasil, bem como o confronto destes dados com outros bancos de sistemas de informação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Viva**: vigilância de violências e acidentes: 2013 e 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Dicionário de variáveis**: inquérito sobre atendimentos de emergência por causas externas em serviços sentinelas do sistema de vigilância de violências e acidentes - VIVA. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Portaria n.º 737 de 16 de maio de 2001**. Dispõe da Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CAPÍTULO 05

DISTRIBUIÇÃO DA MORBIMORTALIDADE DOS ACIDENTES DE TRÂNSITO NO ESTADO DE SERGIPE: UMA ANÁLISE ESPACIAL

ELABORAÇÃO
Patrícia Lima da Silva

APRESENTAÇÃO

Neste produto será apresentada a Distribuição da morbimortalidade dos acidentes de trânsito no estado de Sergipe, nos anos de 2012 e 2016 na perspectiva de auxiliar os gestores no planejamento estratégico.

O material de estudo teve com fonte o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Departamento de Polícia Rodoviária Federal - PRF / Dados abertos e Departamento Estadual de Trânsito - DETRAN/SE/COAT, 2012 e 2016 e Base cartográfica: Atlas Digital de Recursos Hídricos do Estado de Sergipe, 2014.

Sendo uma análise espacial foram estratificados, quanto ao aspecto geográfico, por regiões de saúde, sendo um total de sete regiões e quanto ao aspecto cronológico por ano, mês, dia e hora das ocorrências.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....91

2. METODOLOGIA.....93

3. ANÁLISE DOS RESULTADOS.....94

3.1 INCIDÊNCIA E DISTRIBUIÇÃO DOS ACIDENTES DE TRÂNSITO.....94

3.2 MORBIDADE DOS ACIDENTES DE TRÂNSITO.....102

3.3 CARACTERÍSTICAS DAS MORTES NO TRÂNSITO.....105

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....112

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....113

1 INTRODUÇÃO

Acidentes de trânsito representam importante problema de saúde pública global, e considerado uma das principais causas de mortes e lesões em todo o mundo, provocando enormes custos sociais para indivíduos, famílias e comunidades. Somado a isso, representam uma sobrecarga pesada aos serviços de saúde e economias, em especial nos países em desenvolvimento (OPAS, 2012). Para a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), esse problema se tornou endêmico, em razão do número de vítimas e magnitude das sequelas orgânicas e emocionais (MINAYO, 1994).

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), o trânsito é a nona causa de morte no planeta, representando o equivalente a 1,3 milhões de mortes por ano e entre os sobreviventes aproximadamente 50 milhões ficam com sequelas. O Brasil, neste estudo, a 5ª colocação entre os 178 países estudados e em 2010 a colocação foi elevada a 4ª posição, perdendo apenas para a China, Índia e Nigéria, conforme pesquisa realizada pelo Instituto Avante Brasil com base no relatório "Global Status Report on Road Safety 2013", da Organização das Nações Unidas, que mostrou o número de mortes de 183 países (JUSBRASIL,2014).

Ainda em 2010, segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) o número de mortes por acidentes de trânsito por residência no Brasil foi de 42.844, representando uma taxa de mortalidade por 100 mil habitantes de 21,92 % e em Sergipe foi de 613 mortes de residentes, o equivalente a taxa de mortalidade de 28,91%. Portanto, apesar das mortes sergipanas representarem apenas 1,43% do total nacional o impacto destas mortes no território sergipano é superior ao nacional.

Detectar as áreas em que ocorrem os acidentes pode ser o passo inicial para contribuir com medidas de intervenção. As técnicas de análise espacial e os recursos disponíveis no Sistema de Informação Geográfico (SIG) constituem ferramentas para estudos epidemiológicos. A análise espacial possibilita identificar locais com maior risco de ocorrência dos incidentes traumáticos (SILVA et al., 2011; ANDRADE et al., 2014), possibilitando elaborações de hipóteses (JUSBRASIL, 2014). Na área da saúde, a utilização de eventos georeferenciados em nível local tem sido útil como ferramenta para o planejamento e gestão em saúde e, neste sentido, possibilita uma melhor

localização de áreas de risco para acidentes de trânsito, subsidiando a tomada de decisões nos diversos setores, tais como de saúde, de educação e de transporte.

Inspirados pela forma intersetorial de construção de análise do Projeto Vida no Trânsito, este estudo busca identificar o padrão espacial da morbidade e mortalidade por acidentes de trânsito no território sergipano a partir de sistemas de informação do trânsito e da saúde comparando os anos de 2012 e 2016 com análises de proporcionalidade e risco relativo.

2 METODOLOGIA

Estudo ecológico exploratório, realizado a partir de dados secundários sobre acidentes de trânsito ocorridos nas rodovias federais e estaduais do estado de Sergipe e óbitos, para os anos de 2012 e 2016.

Para tratamento dos dados, tarefa esta que consistiu na exclusão dos registros inconsistentes e padronização da formatação das tabelas de modo a permitir a consolidação das informações das fontes citadas, bem como a produção de gráficos, foi utilizado o Microsoft Excel versão 2016. Com a finalidade de desenvolver as análises espaciais (Mapas) dos dados consolidados, foi utilizado um programa de Sistema de Informações Geográficas (SIG), com código aberto e licenciado sob a Licença Pública Geral, o QGIS que é uma aplicação do SIG As ferramentas utilizadas possibilitaram uma leitura por ano, município, região de saúde e estado.

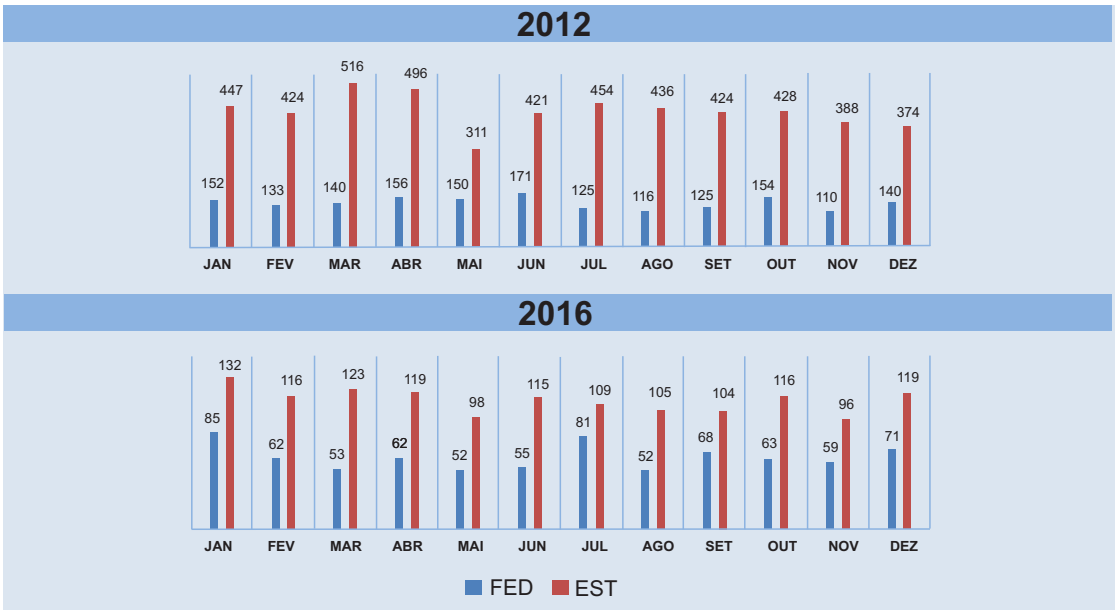
3 ANÁLISE DOS RESULTADOS

3.1 INCIDÊNCIA E DISTRIBUIÇÃO DOS ACIDENTES DE TRÂNSITO

No ano de 2012, o total de acidentes de trânsito registrados pelos órgãos de trânsito estadual e federal em Sergipe foi de 6791, sendo registrados 1672 nas rodovias federais e 5119 nas estaduais.

Comparado ao ano de 2016, onde foram registrados 763 para a rodovia federal e 1352 para a estadual, totalizando 2115 para este ano, implicando numa redução de 26,41% nas rodovias estaduais e de 45,64% no número de ocorrências nas federais, fato este diretamente associado a ampliação da malha viária já duplicada em vários trechos do território sergipano. No Gráfico 1, quanto ao mês de ocorrência, observamos que, em 2016, janeiro foi o mês com maior incidência nas rodovias federais e estaduais, mês onde há um aumento do fluxo por conta das viagens de verão.

Gráfico 1. Número de ocorrências de acidentes de trânsito, em rodovias estaduais e federais no território sergipano por mês*, 2012 e 2016.



Fonte: Polícia Rodoviária Federal (PRF); DETRAN/SE/COAT. ELABORAÇÃO: Gerência de Informações e Estatísticas/DIPLAN/SES.
*O total utilizado para as rodovias estaduais foram retirados dos dados abertos disponibilizados no site do DETRAN/SE/ESTATISTICAS.

Quanto ao dia da semana (**Tabela 1**), nas rodovias federais o dia de maior incidência é a sexta-feira e que nos anos estudados houve uma redução de 49,21% neste número. De modo geral, as reduções de ocorrência se deram em toda a semana e, principalmente, nas rodovias estaduais, com variações percentuais negativas superiores a 60 pontos e de modo mais enfático nas segundas-feiras nas rodovias estaduais e nas quartas-feiras nas rodovias federais.

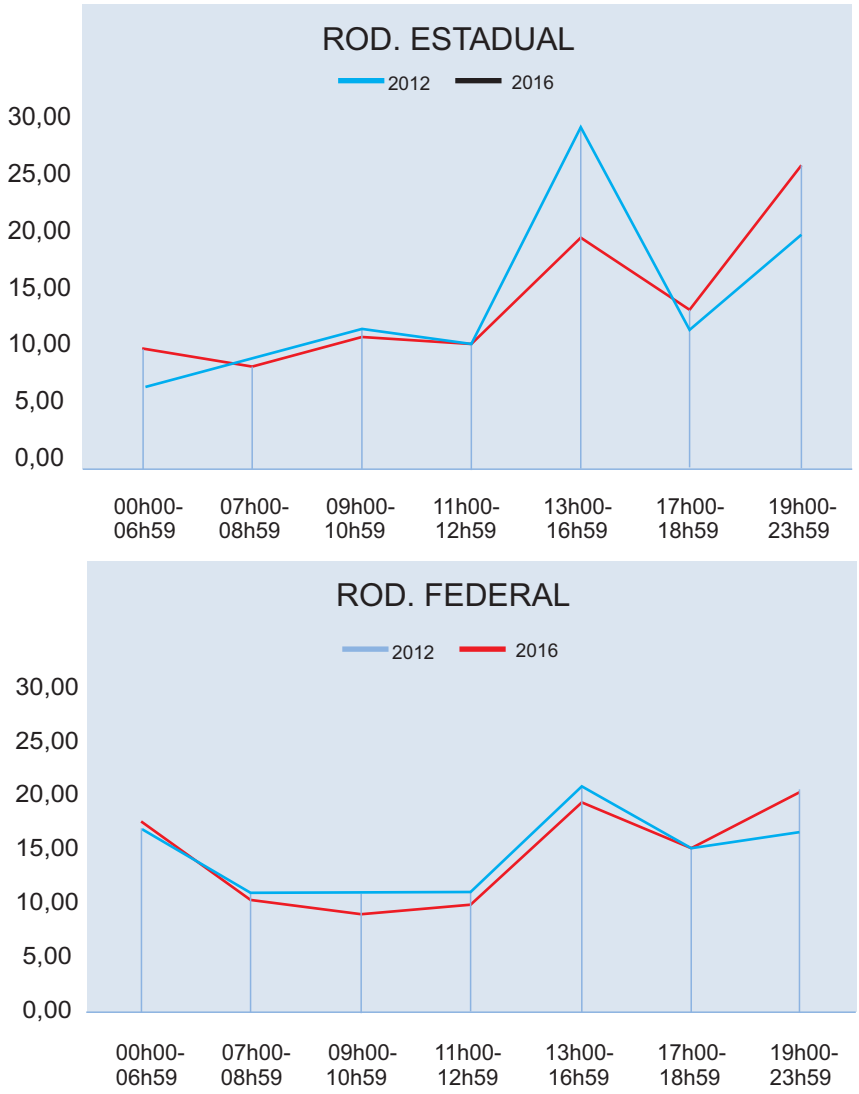
Tabela 1. Número de ocorrências de acidentes de trânsito, em rodovias estaduais e federais no território sergipano segundo o dia da semana*, 2012 e 2016.

DIA DA SEMANA	2012		2016		△% 2016 - 2012	
	EST	FED	EST	FED	EST	FED
DOMINGO	638	224	237	122	-62,85	-45,54
SEGUNDA	809	224	164	106	-79,73	-52,68
TERÇA	756	223	163	91	-78,44	-59,19
QUARTA	719	219	166	71	-76,91	-64,84
QUINTA	719	251	161	116	-77,61	-53,78
SEXTA	780	254	207	129	-73,46	-49,21
SÁBADO	698	277	254	122	-63,61	-55,96

FONTE: PRF; DETRAN/SE, 2012/2016.
*O total utilizado para as rodovias estaduais foram retirados dos dados abertos disponibilizados no site do DETRAN/SE.

Saber o período do dia em que há uma tendência maior para ocorrência de acidentes de trânsito, permite aos órgãos envolvidos na prevenção, planejar estratégias para redução destas, pensando na redução das ocorrências, assim como a garantia de um atendimento resolutivo para as vítimas. Portanto, observa-se, no **Gráfico 2**, os horários de picos de ocorrências, análises lineares compatíveis para os anos comparados em ambas as rodovias, inclusive no que concerne ao aumento proporcional dos acidentes que ocorrem entre as 19h00 e 23h59 e madrugada, exige uma leitura diferenciada a fim de entender o modo de intervir neste período do dia.

Gráfico 2. Percentual de ocorrências de acidentes de trânsito por grupo de horas*, em rodovias estaduais e federais. Sergipe, 2012 e 2016.



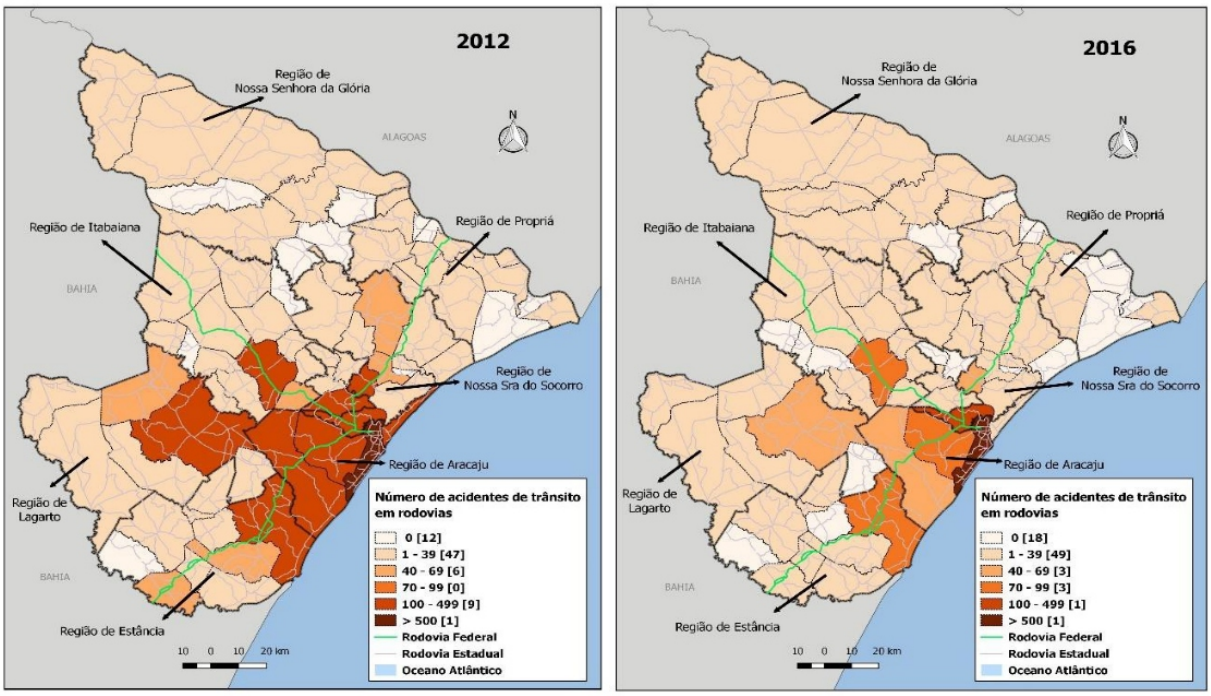
Fonte: PRF; DETRAN/SE, 2012/2016.
*O total utilizado para as rodovias estaduais foram retirados dos dados abertos disponibilizados no site do DETRAN/SE.

A observação comparativa entre os anos de 2012 e 2016, a partir da espacialização dos acidentes de trânsito no território sergipano (**Figura 1**), deixa evidente a mudança do cenário de forma positiva com redução significativa em 09 municípios, com número de acidentes entre 100-499, dos quais 04 da região de saúde de Aracaju (São Cristóvão, Itaporanga D' Ajuda, Laranjeiras, Barra dos Coqueiros), 02 da região de saúde de Socorro (Nossa Senhora do Socorro e Maruim) e os municípios-

sedes das regiões de saúde de Estância, Lagarto e Itabaiana. Ficando neste patamar apenas o município de Nossa Senhora do Socorro, em 2016. Outra observação a fazer, é também o fato desta redução ter ocorrido, na sua maioria, em (07), dos municípios que têm o seu território percorrido pelas rodovias federais (São Cristóvão, Itaporanga D' Ajuda, Laranjeiras, Nossa Senhora do Socorro, Estância, Itabaiana e Maruim).

A capital, Aracaju, reduziu em 75,79% (3215) as ocorrências, totalizando, no ano de 2016, 1027 acidentes, comparados aos 4242 que ocorreram em 2012. O número de municípios que não apresentaram nenhum acidente aumentou para 18, em 2016, com destaque para os municípios de Pirambu e Neópolis onde havia ocorrido, respectivamente, 08 e 06 acidentes de trânsito, em 2012.

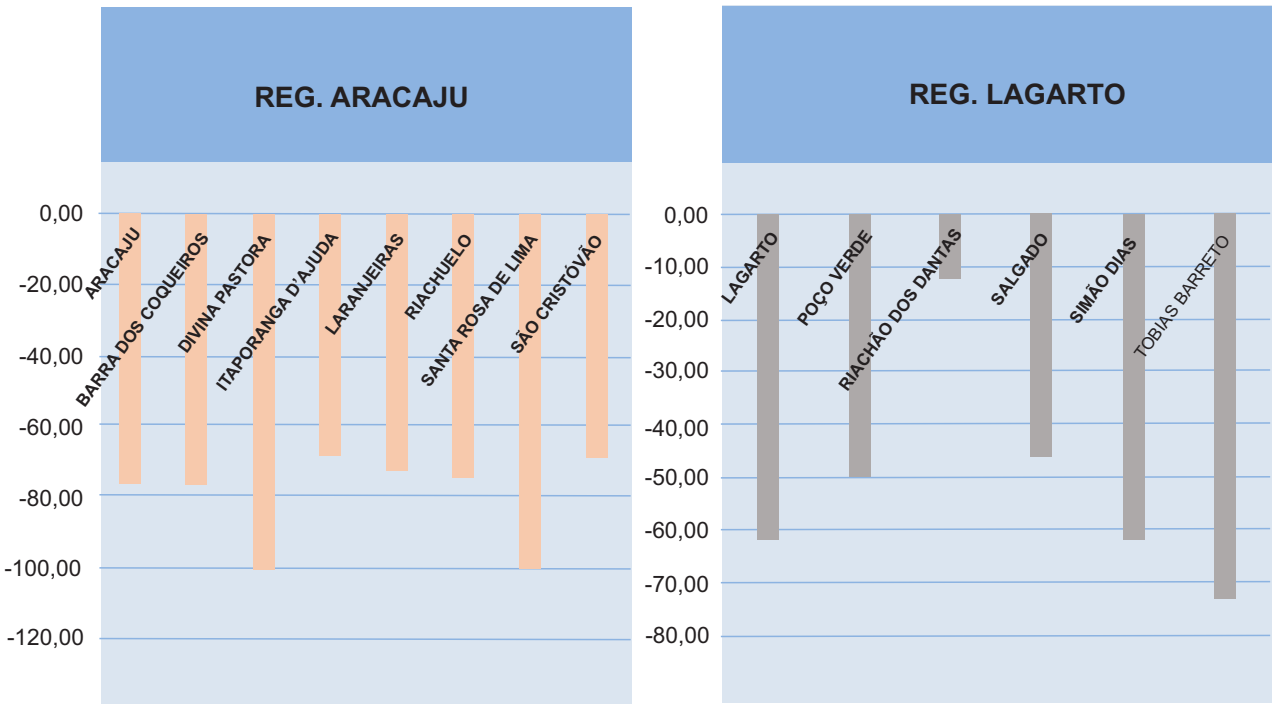
Figura 1. Espacialização das ocorrências de acidentes de trânsito nas rodovias estaduais e federais. Sergipe, 2012 - 2016.



Fonte: PRF; DETRAN/SE, 2012/2016. Base Cartográfica: Atlas Digital de Recursos Hídricos do Estado de Sergipe, 2014.

Analisando a variação percentual 2012-2016 (Δ%), por região de saúde, observa-se que na região de Aracaju, os municípios de Santa Rosa de Lima e Divina Pastora, apresentaram a maior redução percentual (-100), seguidos dos demais que também apresentaram redução. Para a região de Lagarto, dentre todas as reduções, Tobias Barreto foi quem se destacou (-72, 73) (**Gráfico 3**).

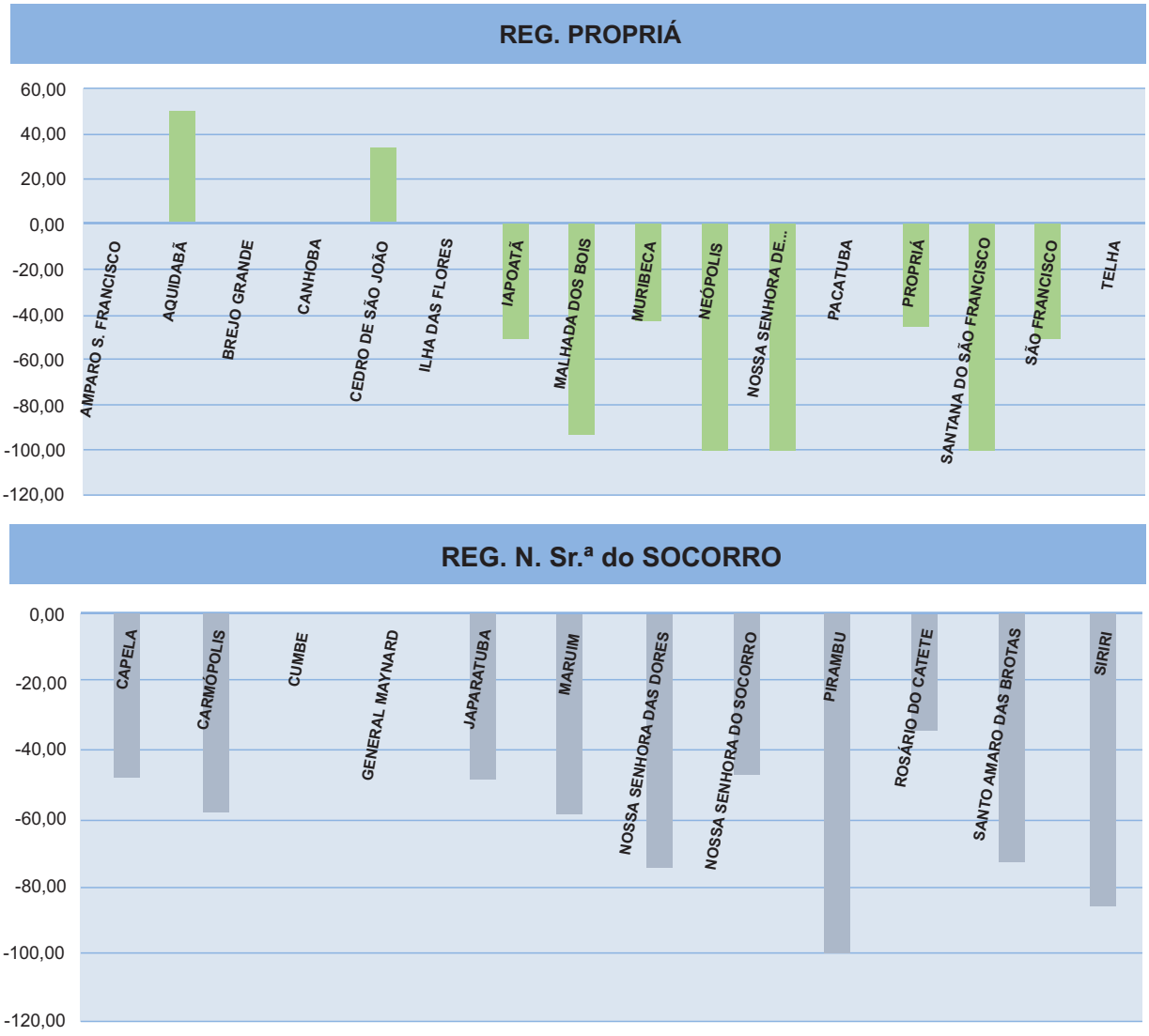
Gráfico 3. Variação percentual quanto ao número de acidentes de trânsito nos municípios das regiões de saúde de Aracaju e Lagarto. Sergipe, 2012- 2016.



Fonte: PRF; DETRAN/SE, 2012/2016.

Na região de saúde de Propriá, apresentaram variação percentual positiva, ou seja, o número de acidentes de trânsito aumentou nos municípios de Aquidabã (Δ%= +50) e Cedro de São João (Δ%= 33,33). Entre os municípios que variaram para menos, Nossa Senhora de Lourdes, Neópolis e Santana do São Francisco com (- 100), foram os que mais reduziram seus números. Outros como, Propriá e Muribeca, apesar de apresentarem reduções, demostram pelas suas variações, respectivamente (-44,44) e (-42,86), que são municípios críticos. Ainda no **Quadro 4**, na região de Nossa Senhora do Socorro, o município de Rosário do Catete apresentou redução de apenas 34,43 pontos percentuais, exigindo um olhar intervencionista mais apurado para as suas estradas federais e estaduais.

Gráfico 4. Variação percentual quanto ao número de acidentes de trânsito nos municípios das regiões de saúde de Propriá e Nossa Senhora do Socorro. Sergipe, 2012-2016.

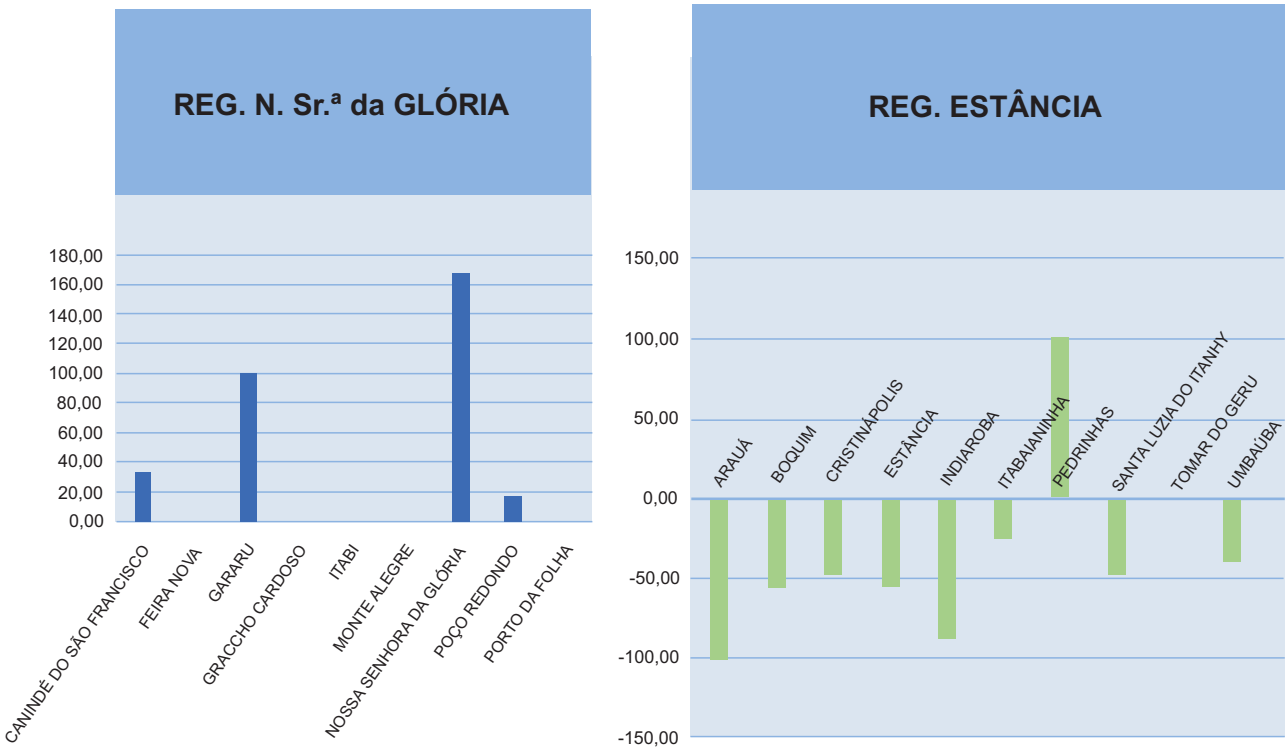


Fonte: PRF; DETRAN/SE, 2012/2016.

O **Gráfico 5** trata das regiões de saúde de Nossa Senhora da Glória e Estância, em relação a primeira, apesar de não ter quantificado enquanto variação percentual, devido a fórmula não admitir o valor zero como denominador, com exceção do Gracho Cardoso, os demais apresentaram ocorrência ou aumento das ocorrências entre os anos de 2012 e 2016, principalmente o município sede da região que apresentou uma $\Delta\%$= +166,67, fato que se justifica pelo aumento da frota de meio de transporte que impacta diretamente no número de ocorrências e por ser uma região distante e os

órgãos municipais de trânsito estarem em fase de estruturação. Quanto a segunda, região considerada crítica, uma vez que metade dos seus municípios tem a BR 236 no seu perímetro urbano, fato que justifica percentuais de redução próximos ou abaixo de 50% e Pedrinhas que aumentou em 100 pontos percentuais o número de suas ocorrências.

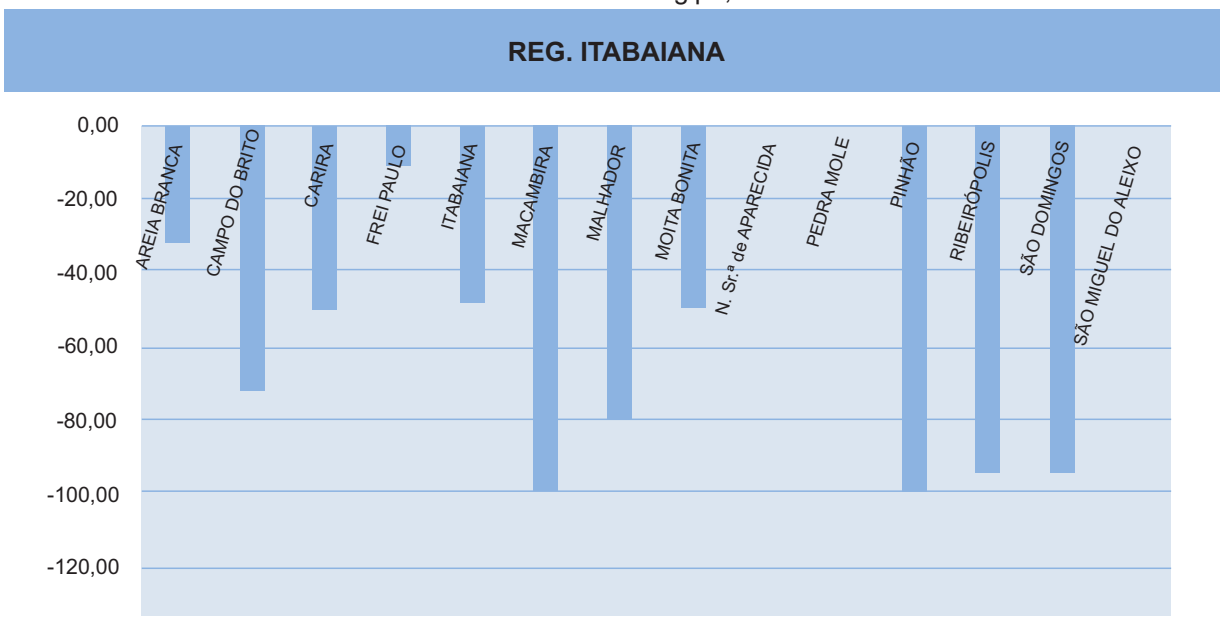
Gráfico 5. Variação percentual quanto ao número de acidentes de trânsito nos municípios das regiões de saúde de Nossa Senhora da Glória e Estância. Sergipe, 2012-2016.



Fonte: PRF; DETRAN/SE, 2012/2016.

Para a região de saúde de Itabaiana, (**Gráfico 6**), todos os 14 municípios apresentaram reduções, porém o município sede é, depois de Aracaju e Nossa Senhora do Socorro, o que apresenta o maior número de ocorrências registradas pelos órgãos de trânsito aqui analisado (96 registros), apesar de tê-los variado negativamente em 48,48 pontos percentuais. Outro município que exige atenção é Frei Paulo, que reduziu em apenas -11,11 o número de registros. Situação que sugere ser essa uma região com risco evidente para acidentes de trânsito, quer seja por estrutura da via, falta de sinalização, falta de ações educativas e de fiscalização, neste território.

Gráfico 6. Variação percentual quanto ao número de acidentes de trânsito nos municípios da região de saúde de Itabaiana. Sergipe, 2012-2016.

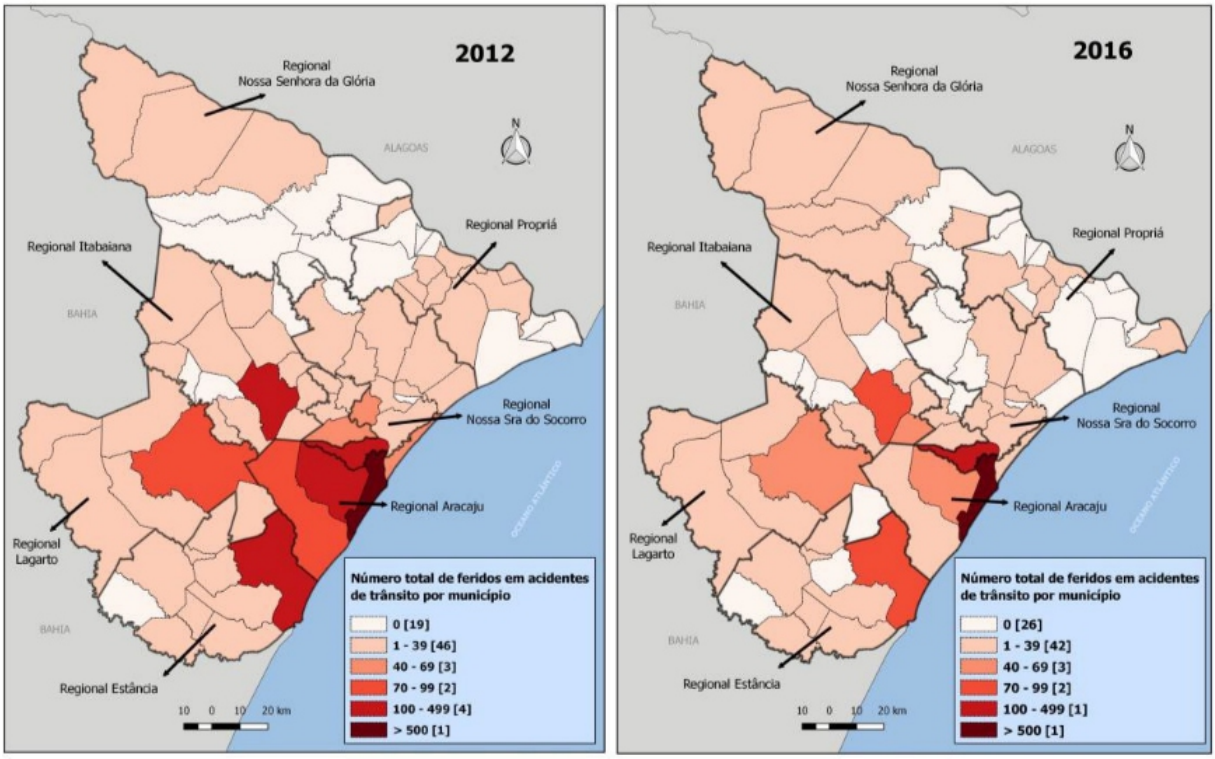


Fonte: PRF; DETRAN/SE, 2012/2016.

3.2 MORBIDADE DOS ACIDENTES DO TRÂNSITO

A distribuição especializada, demonstrada na **Figura 2**, das pessoas feridas no território sergipano, por ocorrência do acidente de trânsito, retrata que Aracaju manteve o título de maior número de feridos, apesar da redução de 1576 para 1025. No grupo de municípios identificados com número de feridos a partir de 100 e menos de 500, houve uma queda, reduzindo de 04 (Estância, Nossa Senhora do Socorro - 237, Itabaiana e São Cristóvão) para 01 (Nossa Senhora do Socorro -218), nesta categoria, em 2016. Apenas o município de Brejo Grande aumentou o número de feridos saindo de uma graduação mais clara para uma mais escura, em 2016 e apenas São Cristóvão desceu duas graduações na escala de cores, reduzindo o número de feridos entre 40 e 69. Enquanto os demais municípios sergipanos migraram para a graduação mais clara subsequente ou permaneceram na mesma.

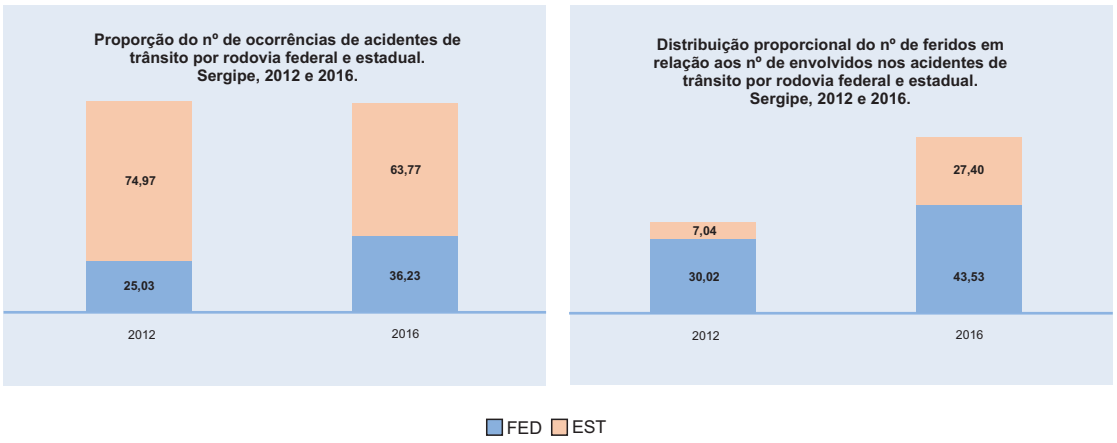
Figura 2. Espacialização do número de feridos por acidentes de trânsito por município de ocorrência. Sergipe, 2012 e 2016.



Fonte: PRF; DETRAN/SE, 2012/2016. Base Cartográfica: Atlas Digital de Recursos Hídricos do Estado de Sergipe, 2014.

A fim de compreender o risco de morte ou a morbidade no território sergipano, em números absolutos, em 2012, foram registrados como “feridos”, pela PRF e DETRAN, 3226 pessoas envolvidas em acidentes de trânsito, reduzindo para 2049 pessoas em 2016, representando uma queda de 36,48% no total. Realizando a análise por rodovia, como pode ser observado no **Gráfico 7**, comparando os dois gráficos, houve um aumento em cerca de 11 pontos percentuais no número de ocorrências das rodovias federais, implicando num aumento de 13,51 pontos percentuais em número de feridos. No entanto, nas rodovias estaduais a realidade retratada foi a redução do número de ocorrências em 14,93%, enquanto que o número de feridos aumentou em 289,20%, entre os anos de 2012 e 2016, refletindo o aumento da gravidade das ocorrências.

Gráfico 7. Análise entre a proporção do número de ocorrências e a proporção de feridos destas ocorrências em rodovias federais e estaduais. Sergipe, 2012 e 2016.



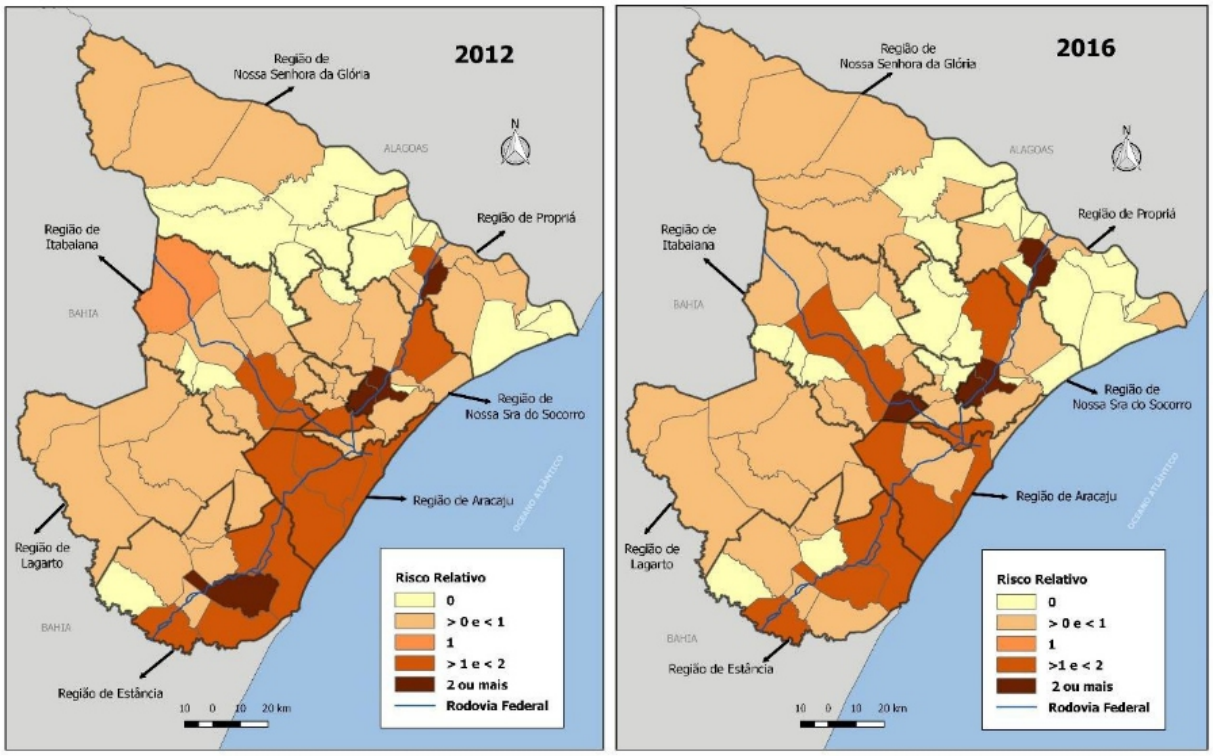
Fonte: PRF; DETRAN/SE, 2012/2016.

A compreensão da gravidade permite ao gestor planejar o impacto das despesas e ampliação dos recursos para custos hospitalares e garantia de assistência.

O risco relativo (RR) estima a magnitude da associação entre a exposição ao fator de risco e o desfecho, indicando quantas vezes a ocorrência do desfecho, nos expostos, é maior do que aquela entre os não-expostos. Permitindo a comparação de informações de diferentes áreas, padronizando-as e retirando, assim, o efeito das diferentes populações. Em suma, este indicador representa a intensidade da ocorrência de um fenômeno com relação a todas as regiões de estudo.

O mapa de risco, para o ano de 2012, demonstra que 14 municípios apresentaram RR para acidentes com vítimas na região de saúde de Propriá, comparado a 13 em 2016. Ainda nesta região, o município de São Francisco, para ambos os anos, apresentou RR superior a duas vezes, em 2012, e mais de três vezes em 2016 comparado ao RR do estado. Os municípios das regiões de saúde de Lagarto e Nossa Senhora da Glória, para ambos os anos, apresentaram RR inferior a 1. Na região de Nossa Senhora do Socorro, os municípios de Maruim e Rosário do Catete apresentaram RR superior a 2, sendo que Rosário do Catete apresenta um risco de existir acidentes com feridos, superior 3,78 vezes comparado a Sergipe (**Figura 3**).

Figura 3. Mapa de risco relativo dos AT com vítimas por município. Sergipe, 2012 e 2016.



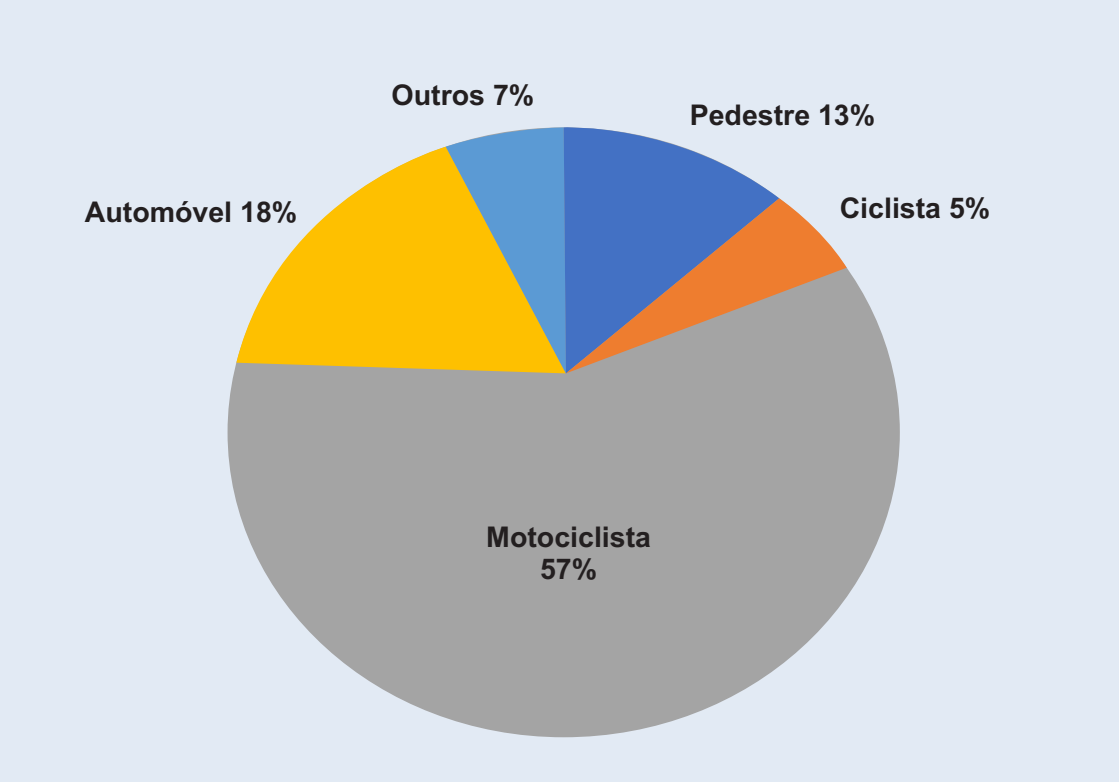
Fonte: PRF; DETRAN/SE, 2012/2016. Base Cartográfica: Atlas Digital de Recursos Hídricos do Estado de Sergipe, 2014.

3.3 CARACTERÍSTICAS DAS MORTES NO TRÂNSITO

O Estado de Sergipe, seguindo a tendência nacional nas últimas décadas, vem apresentando crescente e desordenada urbanização. Paralelamente, a economia ampliou o acesso ao crédito, melhorando o poder aquisitivo do cidadão que paulatinamente preteriu o meio de transporte coletivo em prol do individual. Comparando o período 2006 a 2015, observamos aumento percentual de 145,75% no número de meios de transporte em geral, sendo que houve a redução percentual de -13,26 para veículos e um incremento de +32,65 para ciclomotores, o que contribui diretamente para o aumento dos acidentes de trânsito, bem como no número de mortes (SERGIPE, 2016).

Em relação ao tipo de vítima morta nos acidentes de trânsito, como podemos observar no **Gráfico 8**, o estado de Sergipe apresentou 57% dos óbitos de motociclistas, seguido dos condutores de automóveis com 18%.

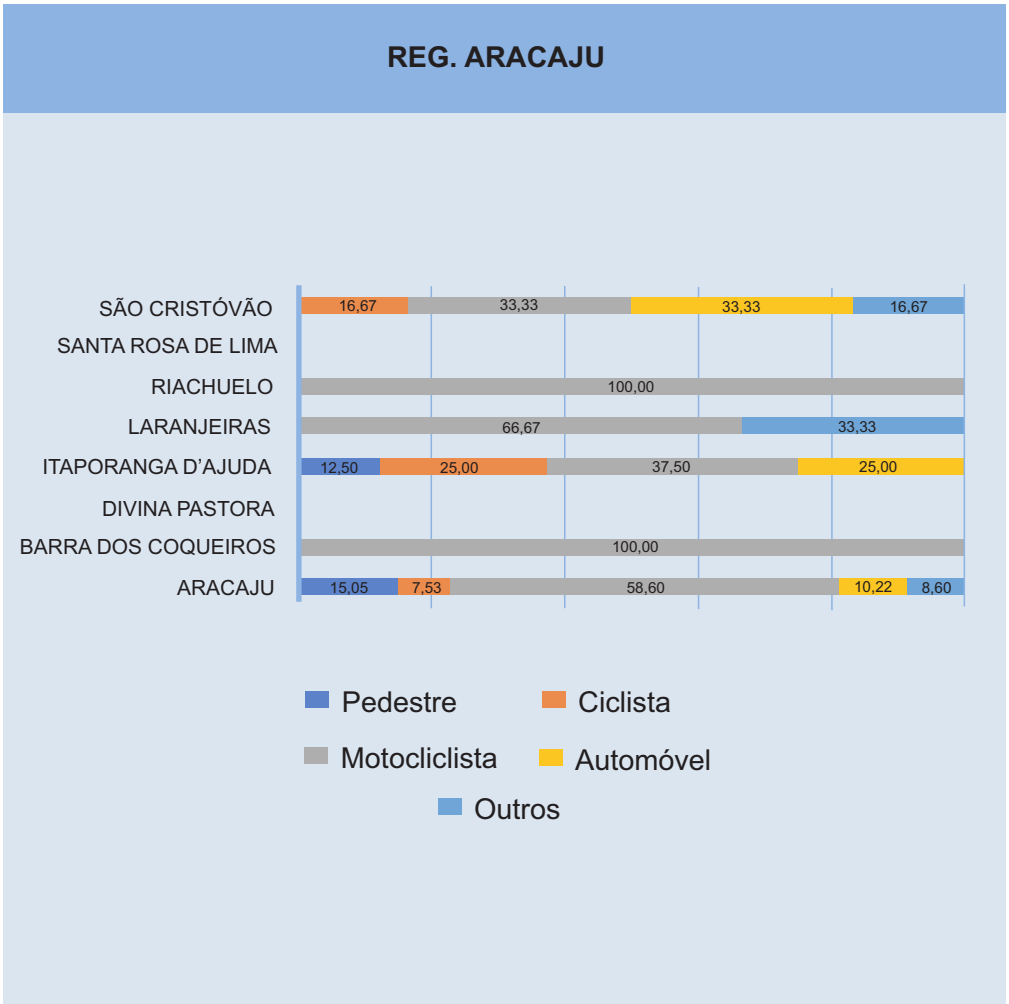
Gráfico 8. Proporção de mortes em acidentes de trânsito por categoria. Sergipe, 2016.



Fonte: SIM, 2016.

Quanto às regiões de saúde, pode-se observar que na região de Aracaju (Gráfico 9), 100% das mortes no trânsito ocorridas em Riachuelo e Barra dos Coqueiros foram de motociclistas. Itaporanga D'Ajuda e São Cristóvão apresentaram percentuais superiores, para ciclistas mortos, quando comparado a Aracaju.

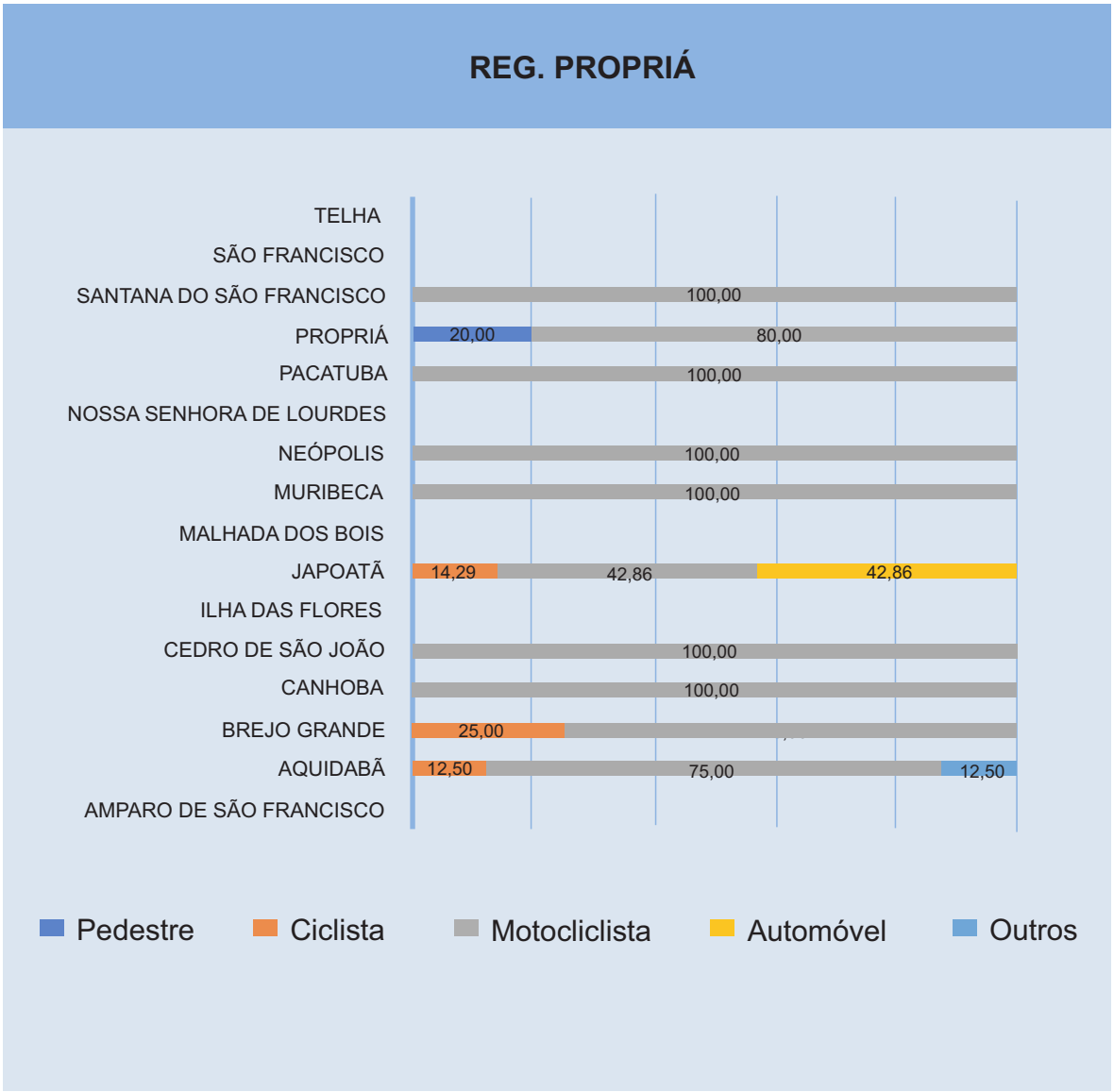
Gráfico 9. Proporção de mortes em acidentes de trânsito por categoria. Região de Saúde de Aracaju. Sergipe, 2016.



Fonte: SIM. ELABORAÇÃO: Gerência de Informações e Estatísticas/DIPLAN/SES

Das ocorrências que levaram a óbitos nos municípios de Santana do São Francisco, Pacatuba, Neópolis, Muribeca, Cedro de São João e Canhoba, 100% foram de condutores de motos. Também destaca-se o percentual referente a ciclistas em Brejo Grande (25%), **Gráfico 10.**

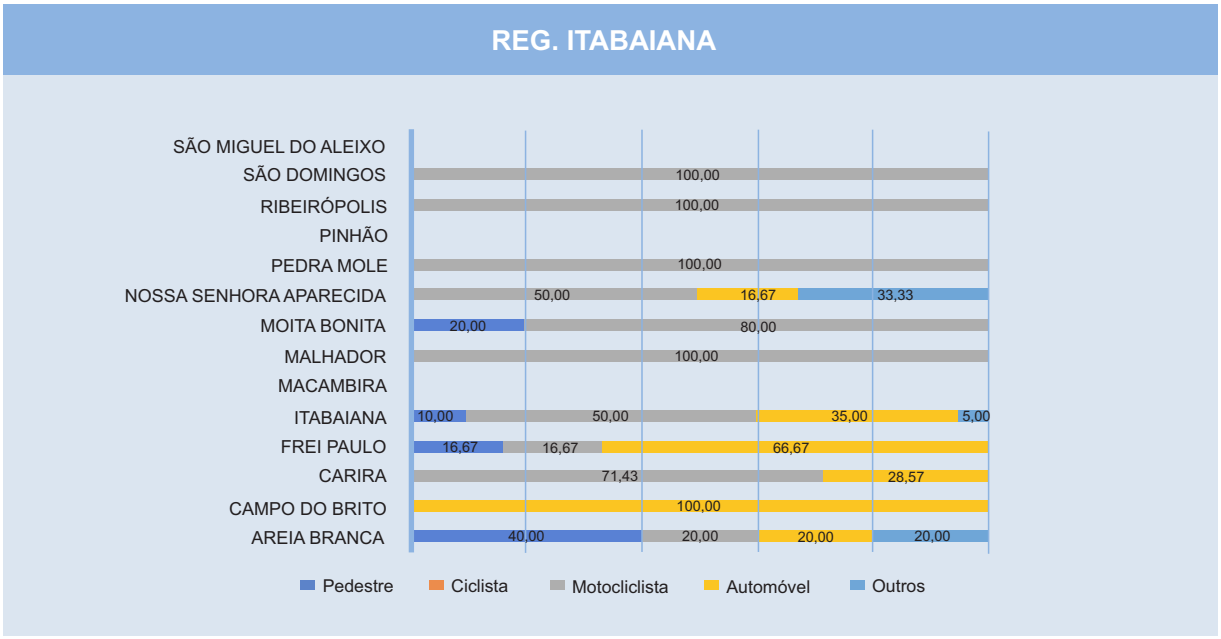
Gráfico 10. Proporção de mortes em acidentes de trânsito por categoria. Região de Saúde de Propriá. Sergipe, 2016.



Fonte: SIM, 2016

No município de Areia Branca, região de saúde de Itabaiana (**Gráfico 11**), observa-se o risco de morte para os pedestres, uma vez que 40% das mortes no trânsito, em 2016, foram desta categoria. Assim como os acidentes automobilísticos, com morte, também ganham destaque nesta região, principalmente nos municípios de Frei Paulo e Campo do Brito, apresentando um retrato situacional diferente do estado e demais regiões de saúde.

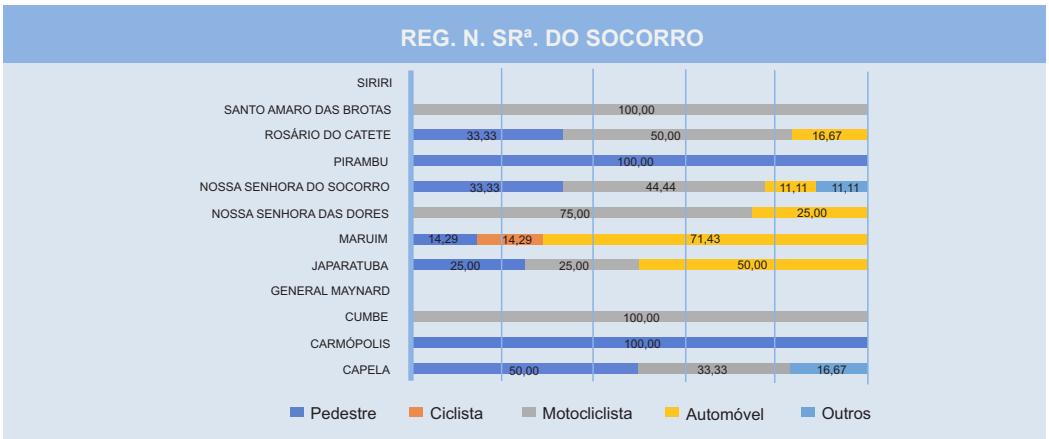
Gráfico 11. Proporção de mortes em acidentes de trânsito por categoria. Região de Saúde de Itabaiana. Sergipe, 2016.



Fonte: SIM, 2016

No **Gráfico 12**, referente a região de saúde de Nossa Senhora do Socorro, o município de Carmópolis, em 2016, apresentou apenas dois óbitos por acidente de trânsito, sendo de pedestres. Assim também foi para o município de Pirambu. O maior percentual de óbitos por ocupantes de automóveis ficou com o município de Maruim (71,43%), seguido de Japaratuba com 50%.

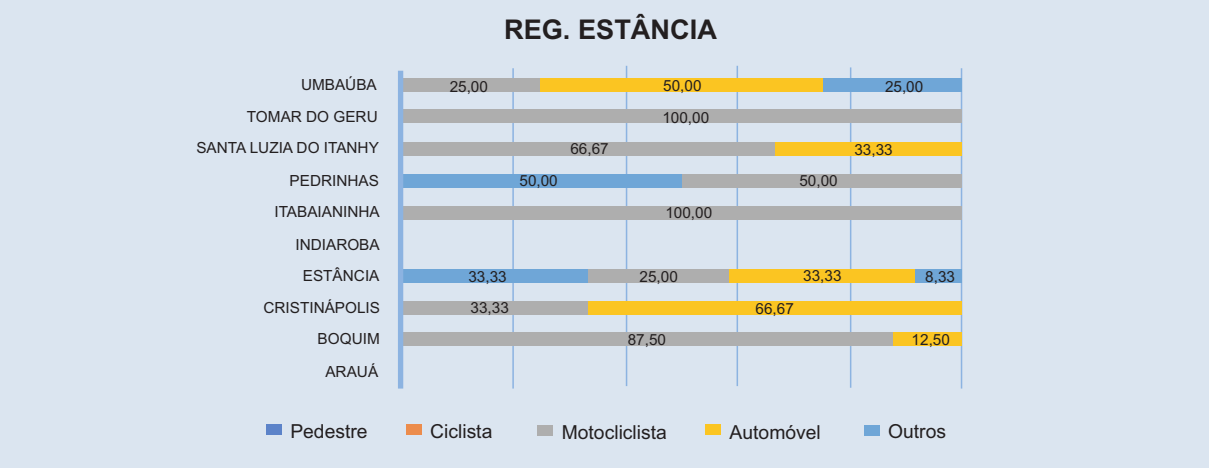
Gráfico 12. Proporção de mortes em acidentes de trânsito por categoria. Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro. Sergipe, 2016.



Fonte: SIM, 2016.

Os óbitos na região de saúde de Estância (**Gráfico 13**), proporcionalmente, são, na sua maioria, de motociclistas, o que não torna invisível os percentuais significativos para as mortes de condutores de veículos nos municípios de Umbaúba e Cristinápolis.

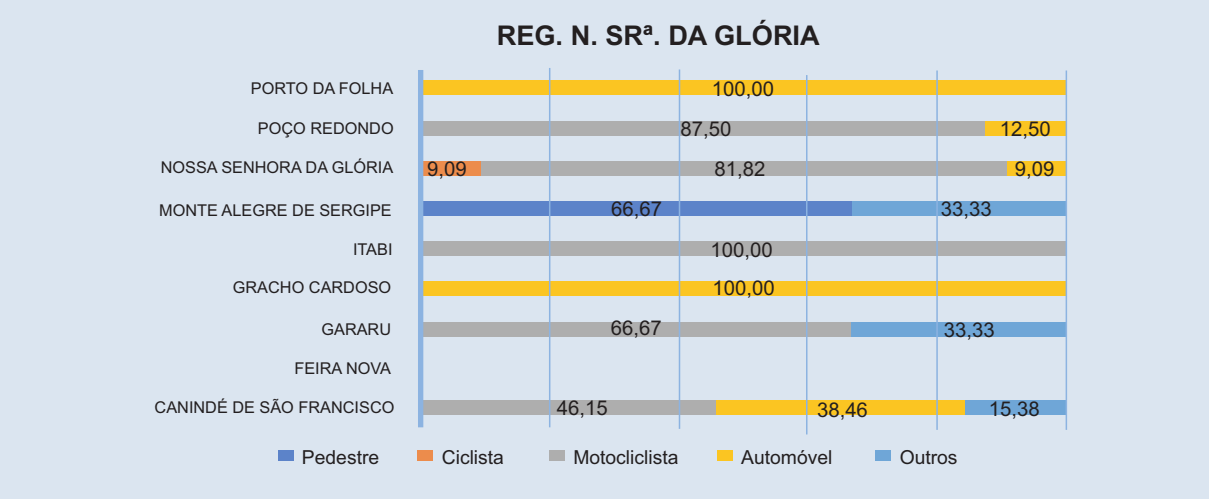
Gráfico 13. Proporção de mortes em acidentes de trânsito por categoria. Região de Saúde de Estância. Sergipe, 2016.



Fonte: SIM. ELABORAÇÃO: Gerência de Informações e Estatísticas/DIPLAN/SES

As mortes por acidentes de motociclistas predominam em todo o território da região de saúde de Nossa Senhora da Glória (**Gráfico 14**), com exceção dos municípios de Porto da Folha e Gracho Cardoso, cujas ocorrências com morte, foram de condutores de automóveis.

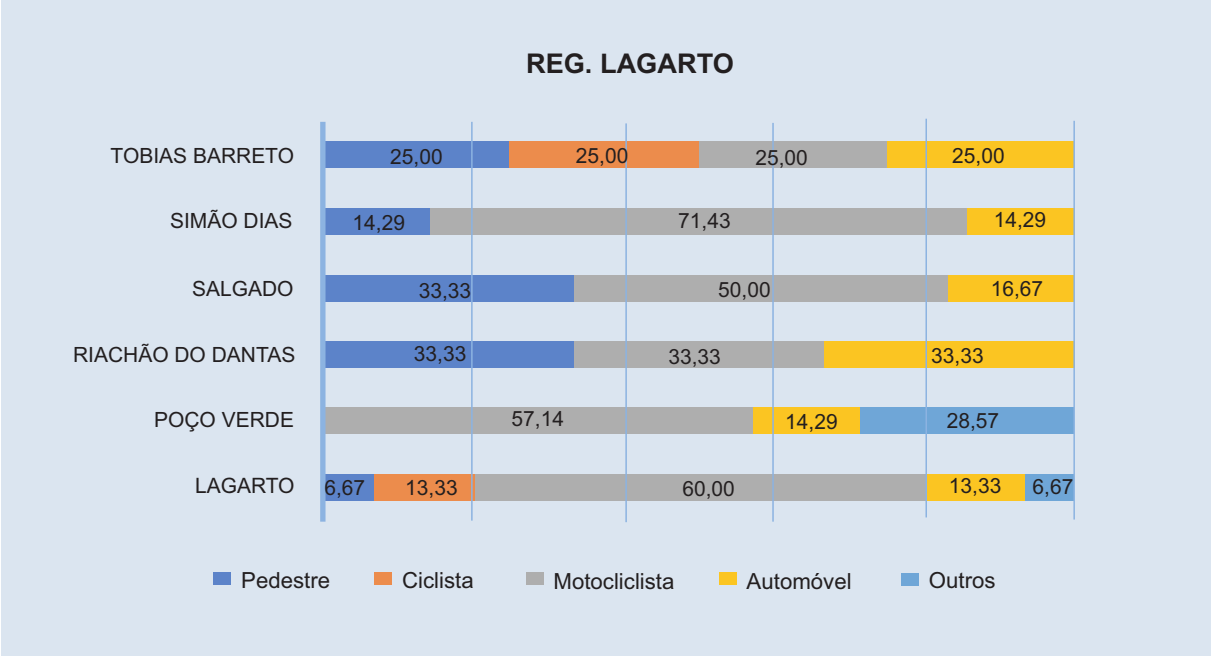
Gráfico 14. Proporção de mortes em acidentes de trânsito por categoria. Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória. Sergipe, 2016.



Fonte: SIM. ELABORAÇÃO: Gerência de Informações e Estatísticas/DIPLAN/SES

No **Gráfico 15**, sobre a região de saúde de Lagarto, podemos observar que se trata de um território com muitas mortes de pedestres, mesmo estes percentuais sendo inferiores aos referentes às mortes de motociclistas.

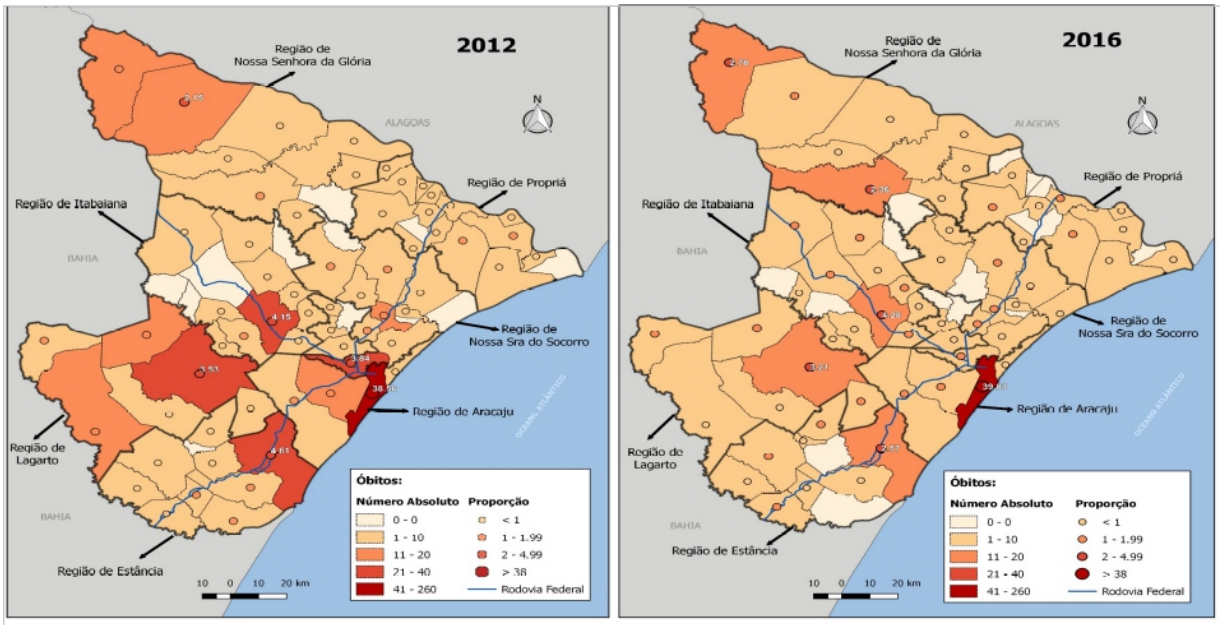
Gráfico 15. Proporção de mortes em acidentes de trânsito por categoria. Região de Saúde de Lagarto. Sergipe, 2016.



Fonte: SIM, 2016.

A espacialização, na **Figura 4**, refere-se à distribuição por grupamento de número de mortes e seu significado em percentual. O município de Aracaju, apesar de continuar na mesma graduação, para o número de mortes, apresentou um aumento proporcional quando comparamos os anos de 2012 (38,56%), com 2016 (39,83%). Nas regiões de saúde de Nossa Senhora da Glória e de Itabaiana, a maioria dos seus municípios aumentaram, em proporção, o número de mortes por acidentes de trânsito. Os municípios de Estância e Lagarto, apesar da urbanização crescente, apresentaram redução no número e na representação proporcional das mortes no trânsito. Ainda na região de Estância, observa-se que, com exceção do município de Umbaúba, os demais municípios, cortados pela rodovia federal, apresentaram graduações mais leves para a proporção, fato que pode ser explicado, em parte, pela duplicação da rodovia. Já na região de Itabaiana, no trajeto da rodovia federal, foi observado o aumento do número e proporção de óbitos por trânsito.

Figura 4. Número e relação percentual das mortes por acidentes de trânsito em Sergipe, 2012 e 2016.



Fonte: PRF; DETRAN/SE, 2012/2016. Base Cartográfica: Atlas Digital de Recursos Hídricos do Estado de Sergipe, 2014.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O predomínio de morte por motociclistas em Sergipe segue o padrão nacional e internacional para as fatalidades no trânsito.

Tomar conhecimento da singularidade do território, permite aos órgãos envolvidos, no enfrentamento dos acidentes de trânsito, planejar ações intervencionistas adequadas à demanda exigida na região de saúde e seus municípios. Portanto, longe de ser o fim de um tema, este trabalho visa produzir perguntas e respostas que apoiem os gestores e técnicos municipais neste percurso.

REFERÊNCIAS

GOMES. L.C. **Mortes no trânsito**: Brasil é o 4o do mundo. Disponível em: https://professorlfg.justbrasil.com.br/artigos/ 113704460/mortes-no-transito-brasil-e-o-4-do-mundo. Acesso em:12 ago. 2017

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Gestão da velocidade: um manual de segurança viária para gestores e profissionais da área**. Brasília, D.F.:OPAS, 2012.

MINAYO, M. C. S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 1, 1994. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/dgQ85GcNMfTCPByHzZTK6CM/?lang=pt. Acesso em: 12 ago. 2017.

SERGIPE. Secretaria de Estado de Saúde. Núcleo Estratégico da Secretaria de Estado da Saúde. Acidentes de trânsito. **Informe Epidemiológico**, ano II no V., set., 2016..Disponível em:https://nest.se.gov.br/saude/images/INFORME_SOBRE_ACIDENTES_DE_TR%C3%82NSITO_EM_SERGIPE_n.5_16.9_FINAL.pdf. Acesso em: 27 agosto 2011.

TOMÉ-PEREIRA, A.P.J.et al.. Aplicação do método scan para a detecção de conglomerados espaciais dos acidentes de trânsito ocorridos em João Pessoa-PB. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde** – Hygeia, v.10, n. 18, p. 82-97, jun., 2014. Disponível em:https://www.seer;ufu.br/index.php/hygeia/article/view/23393. Acesso em: 12 agosto 2017.

WAGNER, M.B. et al. **Medida de associação em estudosepidemiológicos: risco relativo e odds ratio. Jornal de Pediatria,** v. 74, p. 247-251. 1998. Disponível em: https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/54354. Acesso em: 27 de agosto de 2017.

WHO. World Health Organization. **Global status report on road safety: time for action. Geneva: World Health Organization;** 2009. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44122/1/9789247563840_eng.pdf. Acesso em: 28 jul., 2017.

VAEZ, A.C. **Preditores de mortalidade, análise espacial e estimativa dos gastos com vítimas fatais de atropelamentos em rodovias federais de Sergipe.** Tese (doutorado em Ciências da Saúde), 143f. Universidade Federal de Sergipe, 2016. Disponível em: https://bdtd.ufs.br/handle/tede/3388. Acessado em 01 de agosto de 2017.

CIDES
Centro de Informações e Decisões Estratégicas em Saúde

FUNESA
Fundação Estadual de Saúde

DIRETORIA DE
PLANEJAMENTO,
ORÇAMENTO E GESTÃO
DE CONVÊNIOS

SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

SERGIPE
GOVERNO DO ESTADO

SUS
Sistema Único de Saúde

ISBN: 978-85-64617-34-6
CRL
9 788564 617346