



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Saúde Coletiva

**PERFIL DE MORBIMORTALIDADE DOS PROFISSIONAIS DE
SEGURANÇA PÚBLICA NO BRASIL, 2008-2021**

Brasília-DF
novembro, 2022

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Saúde Coletiva

Trabalho de Conclusão de Curso

Perfil de Morbimortalidade dos Profissionais de Segurança Pública no Brasil, 2008-2021

Helena Leibovich

Trabalho de Conclusão de curso que se refere à atualização do TCC Dalila Machado Botelho Oliveira, e elaborado em formato de artigo científico, para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília.

Orientação

Orientadora: Profa. Dra. Maria Paula Zaitune

Banca Examinadora

Prof. Dr. Natan Monsores Sá

Lucas dos Santos Ávila

Brasília-DF
novembro, 2022

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a duas pessoas que são e sempre foram indispensáveis na minha vida, minha mãe Fernanda Leibovich e minha avó Cristina Farias. Durante a minha vida inteira ambas estiveram presentes e fizeram tudo o que puderam para nunca faltasse nada para mim e mesmo hoje na minha vida adulta as duas continuam me dando suporte em tudo que preciso.

Todo o incentivo que recebi para que eu estudasse e quisesse ser alguém na vida é responsabilidade dessas duas mulheres fortes, batalhadoras e que eu tenho como inspiração.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por todas as bênçãos que Ele me proporcionou por toda a minha vida, por nunca ter desistido de mim e por sempre me proteger de todo o mal que há nesse mundo. Agradeço ao meu avô Aparício por sempre ter feito de tudo por mim, por sempre estar orando para que Deus me abençoe e me proteja, agradeço por ele passar boa parte de sua vida cuidando de mim e de toda à nossa família.

Agradeço ainda ao meu pai Mauro, que foi o motivo pelo qual escolhi seguir com o tema do presente trabalho, agradeço por todo o cuidado que ele tem comigo e com minha mãe.

Por último, agradeço ao meu falecido avô Glauco, por jamais ter deixado que nada me faltasse, por ter cuidado de mim, por ter me amado e por sempre ter querido o melhor para minha vida.

RESUMO

Refere-se a um estudo descritivo com o propósito de caracterizar o perfil de morbimortalidade dos profissionais de segurança pública do Brasil, entre 2012 e 2021. Foram analisados dados obtidos através do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), considerando as variáveis sexo, agravo notificado e causa do óbito. No decorrer do período analisado foram registrados 29.603 adoecimentos e 44.583 óbitos. O perfil de mortalidade apresentou distinções entre profissionais de segurança pública do sexo masculino e do sexo feminino. Os principais agravos e causas de óbitos descritos estão relacionados à violência e à exposição ao risco, inerente às profissões abordadas. O perfil descrito neste estudo revela a carência em iniciativas do governo como a implantação de políticas públicas de saúde com foco nesses profissionais.

Palavras-chaves: Saúde do trabalhador, Segurança Pública, Morbimortalidade, Incidência.

ABSTRACT

This work refers to a descriptive study with the purpose of characterizing the morbimortality profile of public safety professionals in Brazil between 2008 and 2017. The data analyzed were obtained through the Mortality Information System (SIM) and Information System for Notifiable Diseases (SINAN). The analysis considered the following variables: gender, notified disease and cause of death. During the analyzed period, 29.603 cases of illness and 44.583 deaths were registered. The mortality profile showed distinctions between male and female public safety professionals. The main diseases and causes of death described are related to violence and exposure to risk, which are inherent to the professions

analyzed. The profile described in this study reveals the lack of government initiatives such as the implementation of public health policies focused on these professionals.

Keywords: Worker's Health, Public Security, Morbimortality, Incidence.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição de notificações de agravos e de óbitos dos profissionais de segurança pública, por ano, no Brasil, 2008-2021.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos agravos e óbitos dos profissionais de segurança pública, no Brasil, 2008-2021.

Tabela 2 – Coeficiente de incidência de notificações de profissionais de segurança pública, por UF e ano, no Brasil, 2008-2021.

Tabela 3 – Coeficiente de incidência de adoecimento dos profissionais de segurança pública por causa CID-10 3C, segundo sexo, 2021.

Tabela 4 – Casos de agravos relacionados ao trabalho dos profissionais de segurança pública, 2008-2021.

Tabela 5 – Coeficiente de mortalidade e coeficiente de mortalidade ajustado dos profissionais de segurança pública por ano, 2008-2021.

Tabela 6 – Coeficiente de mortalidade e coeficiente de mortalidade ajustado dos profissionais de segurança pública, por região, no Brasil, 2008-2021.

Tabela 7 – Mortalidade proporcional por Causas de óbitos por sexo dos profissionais de segurança pública, de acordo com o CID-10, 2008-2021.

Tabela 8 – Mortalidade proporcional das principais causas de óbitos por sexo dos profissionais de segurança pública, de acordo com o CID-10 3C, 2008-2021.

Tabela 9 – Casos de óbitos por acidente de trabalho dos profissionais de segurança pública, Brasil, 2008-2021.

Tabela 10 – Casos de óbitos relacionados a acidente de trabalho, por causa, Brasil, 2008-2021.

SUMÁRIO

1. Introdução	9
2. Método	11
3. Resultados	13
4. Discussão	22
5. Considerações finais	26
6. Referências	27

PERFIL DE MORBIMORTALIDADE DOS PROFISSIONAIS DE SEGURANÇA PÚBLICA NO BRASIL, 2008-2021

Oliveira D.M.B., Leibovich H., Ávila L.S., Zaitune M.P.A.Z.

Algumas profissões são consideradas de maior risco em razão do maior número de ocorrências de violência no trabalho, como profissionais da área da saúde, da educação e Agentes de Segurança Penitenciária, pois são profissionais que atuam em serviços com maior exposição a circunstâncias de violência, carga horária elevada, risco iminente de morte e situações de estresse alto e frequente¹.

O grupo profissional que atualmente sofre maior exposição para morte violenta, lesões e traumas devido a agressões no Brasil, é o de profissionais de segurança pública¹⁻². As cargas horárias de trabalho levam à exaustão física e facilitam o desenvolvimento de maus hábitos alimentares, aumentando a predisposição dessa população à obesidade e hipertensão³⁻⁴. Tal categoria também apresenta vulnerabilidade para doenças cardiovasculares, problemas osteomusculares e gastrointestinais². No âmbito da saúde mental, tais profissionais são constantemente acometidos por estresse ocupacional, pós-trauma e casos de depressão, o que eleva a frequência de suicídio³.

Um dos fatores que se encontra na realidade dos agentes de segurança pública é o ferimento por armas de fogo, sendo esses ferimentos fatais ou não fatais. Não se tem um banco de dados em que há registros de morbimortalidade desses profissionais de segurança pública e quando se tem relatórios de mortalidade desses profissionais, os mesmos são incompletos e fragmentados, não sendo possível realizar um estudo completo. São poucos os estudos referentes a esses ferimentos por armas de fogo e os impactos que os mesmos causam na vida desses agentes⁵.

O risco é elemento inerente ao processo de trabalho do profissional de segurança pública, não só para a sua integridade física como também para a psíquica durante as rotinas de trabalho⁶.

Estes trabalhadores também sofrem com a falta de políticas de atenção à saúde específicas a este subgrupo, que são muitas vezes tidos como máquinas impassíveis de falhas e/ou necessidades³. Soma-se a isso, a falta de contingente de pessoal, de equipamentos de trabalho que se mostram insuficientes e inadequados, jornadas de trabalho exaustivas, entre outros e que repercutem negativamente na relação saúde-trabalho. Ao mesmo tempo em que a sociedade avalia o desempenho do profissional de segurança pública nem sempre de forma favorável, agravando os fatores que levam ao adoecimento⁷.

As condições de vida e de trabalho constituem-se como determinantes sociais de saúde⁸. Este reconhecimento está na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, que tem como objetivos, “incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade e assegurar que a identificação da situação do trabalho dos usuários seja considerada nas ações e serviços de saúde do SUS e que a atividade de trabalho realizada pelas pessoas, com as suas possíveis consequências para a saúde, seja considerada no momento de cada intervenção em saúde;”⁹. O adoecimento relacionado ao trabalho pode ser expresso por acidentes e doenças em função da ocupação profissional e do local de exposição. Portanto, a forma de adoecimento dos trabalhadores e trabalhadoras é consequência dos fatores de risco existentes. É importante o conhecimento dos fatores de risco no ambiente de trabalho, podendo analisar o meio de convívio e detectar possíveis problemas que possam afetar a saúde¹⁰.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora institui a relevância do "monitoramento contínuo de indicadores e das situações de risco, com vistas a subsidiar o planejamento das ações e das intervenções em saúde do trabalhador"¹¹. Estas recomendações

haviam sido apontadas desde 2004 na Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho¹².

Diante do exposto, torna-se importante conhecer o perfil de adoecimento e morte dos profissionais de segurança pública, a fim de subsidiar políticas de saúde para esta classe de trabalhadores.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza quantitativa, que teve como objetivo descrever o perfil de morbimortalidade dos profissionais de segurança pública do Brasil, no período de 2008 a 2021.

A população estudada refere-se ao grande grupo de profissionais de segurança pública registrados como 0 da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), que engloba os subgrupos membros das forças armadas (01), policiais militares (02) e bombeiros militares (03)¹³.

Para a análise da morbidade, foram considerados os casos notificados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), disponíveis no DATASUS¹⁴, sendo consideradas as seguintes variáveis: Sexo (feminino, masculino e ignorado), Raça/Cor (branca, preta, amarela, parda e indígena), Agravado (segundo a Classificação Internacional de Doenças - CID10), Ano da Notificação, UF de Notificação, Faixa Etária (20 a 59 anos), Doença Relacionada ao Trabalho (material suplementar).

A população economicamente ativa ocupada (PEAO) de segurança pública, utilizada para o cálculo dos coeficientes de incidência e de mortalidade foi obtida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) por meio da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)¹⁶. Vale ressaltar que para os anos sem informações de população do PNAD a partir de 2015 replicou-se a mesma população e para o ano de 2010 foi considerada a média entre os anos de 2009 e 2011. Para a coleta de dados de agravos e óbitos considerou-se a faixa etária de 20 a 59 anos.

Com base nos dados desse sistema foram calculados e elaborados os seguintes indicadores: coeficiente de incidência de agravos por UF de Notificação e ano (número de notificações em profissionais de segurança pública/ População Economicamente Ativa Ocupada de Profissionais de Segurança Pública (PEAO) x 1.000); coeficiente de incidência de agravos por causa e por sexo (número de notificações em profissionais de segurança pública segundo causa em determinado sexo/População Economicamente Ativa Ocupada de Profissionais de Segurança Pública (PEAO) por determinado sexo x 1.000).

Para a análise da mortalidade, foi utilizado o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), para a caracterização do óbito, as variáveis consideradas foram: Sexo (feminino, masculino e ignorado); Faixa Etária (20 a 59 anos); Raça/Cor (Branca, Preta, Amarela, Parda, Indígena e Ignorado); Região do Óbito; Ano do Óbito e Causa do Óbito (segundo a Classificação Internacional de Doenças - CID10).

Os indicadores de mortalidade elaborados foram: Coeficiente de mortalidade geral (CMG) (Número total de óbitos / População Economicamente Ativa Ocupada de Profissionais de Segurança Pública (PEAO) x1.000); Coeficiente de Mortalidade Ajustado (CMA); Mortalidade proporcional por causa (número de óbitos por causa específica / total de óbitos x 100)

Nos cálculos de CMA aqui realizados utilizou-se o método de padronização direta com vistas a possibilitar a comparação entre coeficientes de mortalidade através dos coeficientes ajustados. Para a padronização dos coeficientes de mortalidade por ano, aplicou-se a população de 2015 como padrão, segundo sexo. Já na padronização dos coeficientes de mortalidade por região, a população referência utilizada foi da região Sudeste.

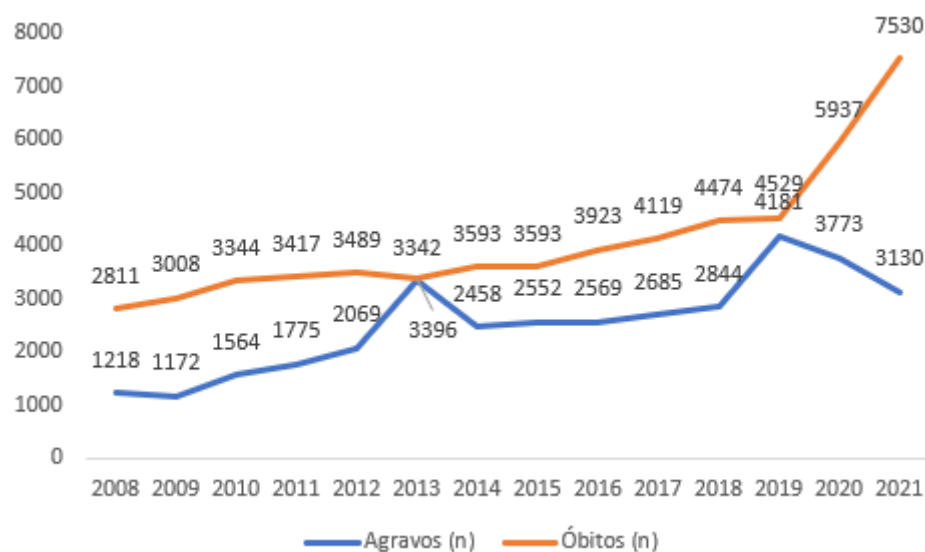
Por tratar-se de dados secundários, de uso público, desprovidos de informações que possam identificar os indivíduos, não foi necessário o registro e avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP).

RESULTADOS

Em relação à morbidade e levando-se em consideração as doenças de notificação do trabalhador no SINAN, foram notificados 35.332 casos de doenças/agravos nos profissionais de segurança pública, no período de 2008 a 2021, sendo 1.218 e 3.130 registros, respectivamente, para o primeiro e o último ano analisado neste estudo.

Em se tratando de mortalidade entre os profissionais de segurança pública, no período de 2008 a 2021, foram contabilizados 57.163 óbitos, sendo 2.811 e 7.530 óbitos para o primeiro e último ano, respectivamente. O gráfico 1 demonstra a distribuição da frequência absoluta desses registros por ano.

Figura 1 – Distribuição do número de notificações de agravos e de óbitos nos profissionais de segurança pública por ano, Brasil, 2008-2021.



Fonte: Sistema de Informações de agravos de notificação (SINAN)

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Do total de casos notificados para os profissionais de segurança pública, 91,6% (n=32.367) foram no sexo masculino, 46,4% aos de cor/raça branca (n=16.403), para faixa etária de 30 a 39 anos com 34,3% (n=10.887).

Do total de óbitos na categoria profissional estudada, 98,2% (n=56.125) se deu no sexo masculino, e nos profissionais de cor branca 56,9% (n=32.551). Quanto à idade, a maior

proporção de óbitos foi nas faixas etárias 50 a 59 anos (n=8.376; 43,4%) e 40 a 49 anos (n=5.707; 29,6%), e observou-se aumento nos óbitos com o aumento da idade (tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos agravos e óbitos dos profissionais de segurança pública, no Brasil, 2008-2021.

Características sociodemográficas	Agravos (n)	%	Óbitos (n)	%
Sexo				
Masculino	32.367	91,6	56.125	98,2
Feminino	2.961	8,4	1.036	1,8
Ignorado	4	0,0	8	0,0
Raça/cor				
Ign/branca	3.892	11,0	1.517	2,7
Branca	16.403	46,4	32.551	56,9
Preta	1.813	5,1	4.213	7,4
Amarela	197	0,6	175	0,3
Parda	12.856	36,4	18.654	32,6
Indígena	173	0,5	53	0,1
Faixa etária				
20-29	9.762	30,8	2.160	11,2
30-39	10.887	34,3	3.064	15,9
40-49	8.128	25,6	5.707	29,6
50-59	2.952	9,3	8.376	43,4

Fonte: Sistema de Informações de agravos de notificação (SINAN)

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

A tabela 2 demonstra o risco dos profissionais de segurança pública apresentarem algum agravo e/ou doença notificável nas Unidades da Federação entre 2008 a 2021. Observou-se que no ano de 2021 o risco de adoecimento foi maior em municípios das regiões Norte, Nordeste e Sul, onde em Tocantins houve o maior registro de risco de adoecimento (16,2 por 1.000 mil profissionais de segurança pública), seguido por Paraná (12,3).

Tabela 2 – Coeficiente de incidência de notificações de profissionais de segurança pública, por UF e ano, no Brasil, 2008-2021.

UF	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Rondônia	1,9	0,9	1,7	1,4	0,8	1,4	2,6	6,8	5,0	5,8	7,7	6,0	10,0	5,2
Acre	3,7	2,8	5,8	4,7	4,4	8,6	4,0	4,8	3,5	3,8	4,8	3,0	3,8	5,3
Amazonas	1,5	2,4	2,9	3,5	3,8	3,7	3,1	1,9	1,5	2,7	7,1	5,2	5,6	3,3
Roraima	2,2	10,5	10,9	7,7	14,8	16,4	9,7	7,1	4,9	16,9	2,9	6,1	5,9	3,9
Pará	2,2	1,9	0,9	2,5	2,4	2,9	2,7	2,4	2,3	2,4	4,1	3,4	1,9	2,0
Amapá	1,2	1,6	0,8	1,0	2,3	2,7	1,5	3,0	5,2	2,2	2,8	3,7	2,5	2,2
Tocantins	18,5	7,3	11,0	9,8	7,0	14,0	10,2	17,4	15,4	14,6	10,6	21,2	7,2	16,2
Maranhão	1,9	1,8	1,6	2,3	3,2	2,7	10,5	2,4	2,3	2,8	2,1	3,5	3,8	3,4
Piauí	1,1	1,6	0,5	1,9	4,6	1,8	1,0	1,3	1,7	2,6	1,7	4,1	2,6	1,6
Ceará	2,8	1,1	1,8	8,4	6,3	3,4	6,0	5,4	4,1	7,0	4,2	5,8	7,5	5,1
Rio Grande do Norte	1,2	1,3	1,8	5,1	3,1	3,0	2,7	1,2	1,0	1,3	1,6	2,7	2,4	2,1
Paraíba	0,3	0,4	0,5	1,1	0,4	1,3	1,1	4,4	6,0	1,8	2,5	2,5	2,0	2,3
Pernambuco	1,0	0,7	0,8	1,6	1,6	1,3	2,2	2,7	2,2	2,0	3,4	3,8	4,7	3,8
Alagoas	4,0	4,3	8,5	7,8	9,8	6,6	8,4	6,8	5,9	5,2	10,4	5,6	3,6	5,3
Sergipe	1,8	0,6	4,8	1,0	1,1	1,7	1,0	2,0	1,8	1,6	2,0	2,0	3,2	1,8
Bahia	1,0	0,5	1,0	0,8	0,9	1,8	0,8	1,6	1,1	0,9	1,1	1,6	2,7	1,3
Minas Gerais	2,7	0,9	1,9	2,4	2,9	4,8	3,0	3,4	3,8	4,4	4,8	9,1	6,4	4,9
Espírito Santo	3,7	3,8	3,5	3,1	3,5	7,3	3,0	4,3	5,1	4,3	5,9	8,2	0,1	0,0
Rio de Janeiro	0,6	0,7	1,1	0,9	0,9	1,6	0,7	0,8	1,2	0,8	1,2	1,5	1,7	1,6
São Paulo	2,5	2,9	3,7	3,1	2,6	4,8	3,6	4,2	3,2	3,9	4,1	7,3	6,2	4,6
Paraná	2,9	2,7	2,9	5,4	4,6	6,3	7,5	10,2	13,8	12,5	11,9	14,5	19,9	12,3

Santa Catarina	2,7	2,6	2,0	2,3	3,8	5,4	4,2	5,5	5,4	5,2	4,3	7,2	4,2	3,2
Rio Grande do Sul	1,1	1,1	2,3	1,8	2,3	4,5	4,1	1,4	2,2	2,1	2,0	3,1	3,4	6,7
Mato Grosso do Sul	0,6	1,6	1,1	1,3	1,0	5,9	2,2	2,5	6,6	2,7	2,5	7,8	4,9	4,6
Mato Grosso	2,1	3,2	2,6	1,7	3,1	3,8	3,1	2,7	2,8	3,5	3,2	4,1	4,3	4,5
Goiás	2,0	2,3	2,7	1,7	3,1	3,6	6,4	5,1	4,2	5,0	6,5	8,1	4,7	4,7
Distrito Federal	0,3	0,3	0,8	1,6	4,2	8,2	3,1	1,5	1,6	2,5	1,2	3,4	5,5	2,3
Brasil	1,7	1,6	2,1	2,5	2,5	3,9	3,0	3,0	3,0	3,2	3,4	5,0	4,5	3,7

Fonte: Sistema de Informações de agravos de notificação (SINAN)
 Coeficiente calculado por 1.000 profissionais de segurança pública.

Observando as análises em relação às causas de adoecimento, no ano de 2021 as identificadas com maior incidência foram "Circunstância relativa às condições de trabalho"(código Y96) com 320,1 registros a cada 1.000 profissionais, "Exposição a outras forças mecânicas animadas e às não especificadas" (código W64) com 235,7 registros, "Dengue" (código A90) com 165,9 registros, "Exposição à doença transmissível não especificada"(código Z209) apresentou 66,0 notificações e "Agressão por meios não especificados" (código Y09) com 48,2 registros, (tabela 3).

Os cinco principais agravos notificados da população masculina foram "Circunstância relativa às condições de trabalho"(código Y96) com 324,8 registros a cada 1.000 profissionais, "Exposição a outras forças mecânicas animadas e às não especificadas" (código W64) com 240,9 registros, "Dengue" (código A90) com 163,4 registros, "Exposição à doença transmissível não especificada"(código Z209) apresentou 66,6 notificações e "Agressão por meios não especificados" (código Y09) com 46,1 registros.

Quanto aos cinco principais agravos notificados da população feminina foram "Circunstância relativa às condições de trabalho"(código Y96) com 278,8 registros a cada 1.000 profissionais, "Exposição a outras forças mecânicas animadas e às não especificadas" (código W64) com 189,1 registros, "Dengue" (código A90) com 185,9 registros, "Agressão por meios não especificados" (código Y09) com 67,3 registros e "Exposição à doença transmissível não especificada"(código Z209) apresentou 60,9 notificações.

Tabela 3 – Coeficiente de incidência de adoecimento dos profissionais de segurança pública por causa CID-10, segundo sexo, 2021.

Agravos Notificados (CID-10)	Coeficiente de Incidência		
	Masculino	Feminino	Total
Y96 - Circunstância relativa às condições de trabalho	324,8	278,8	320,1
W64 - Exposição a outras forças mecânicas animadas e às não especificadas	240,9	189,1	235,7
A90 - Dengue Clássico	163,4	185,9	165,9

Z209 - Exposição à doença transmissível não especificada	66,6	60,9	66,0
Y09 - Agressão por meios não especificados	46,1	67,3	48,2
X29 - Contato com animais ou plantas venenosos, sem especificação	46,8	25,6	44,7
A920 - Febre de Chikungunya	22,5	16	21,9
B24 - Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)	22,2	12,8	21,3
T659 - Efeito tóxico de substância não especificada	13,7	25,6	14,9
A279 - Leptospirose não especificada	14,8	16,0	14,9
A309 - Meningite meningocócica	10,9	3,2	10,2

Fonte: Sistema de Informações de agravos de notificação (SINAN)

A tabela 4 demonstra as notificações de casos segundo as categorias de agravos relacionados ao trabalho. Os três mais notificados foram "Acidente de Trabalho Grave" com 56,2%, "Acidente de Trabalho com Exposição à Material Biológico" com 34,8% e "Intoxicações Exógenas" com 8,1%.

Tabela 4 – Número e proporção de agravos relacionados ao trabalho dos profissionais de segurança pública, 2008-2021.

Agravos Saúde do Trabalhador	N	%
Acidente c/ exposição à material biológico	3.009	34,8
Acidente de Trabalho Grave	4.867	56,2
Câncer Relacionado ao Trabalho	7	0,1
Dermatoses Ocupacionais	3	0
Intoxicações Exógenas	701	8,1
LER DORT	28	0,3
Transtorno Mental	43	0,5
Total	8.658	100

Fonte: Sistema de Informações de agravos de notificação (SINAN)

A padronização de coeficientes possibilita a comparação de resultados, diminuindo a interferência das diferenças entre variáveis como idade e sexo. Na tabela 5, ao analisar o coeficiente de mortalidade ajustado, nota-se um aumento no risco de morrer no decorrer do período analisado. O ano de 2021 destaca-se com o maior risco para os profissionais de segurança pública.

Tabela 5 – Coeficiente de mortalidade bruto e ajustado dos profissionais de segurança pública por ano, 2008-2021.

Ano	Óbitos (n)	Coeficiente de Mortalidade bruto	Coeficiente de Mortalidade ajustado
2008	2.811	30,1	30,0
2009	3.008	32,1	32,0
2010	3.344	35,5	35,3
2011	3.417	36,1	35,8
2012	3.489	71,6	71,7
2013	3.396	35,1	35,1
2014	3.593	36,1	36,4
2015	3.593	37,7	37,7
2016	3.923	41,1	41,1
2017	4.119	43,2	43,2
2018	4.474	46,9	46,9
2019	4.529	47,5	47,5
2020	5.937	62,2	62,2
2021	7.530	78,9	78,9

Coeficiente calculado por 1.000 profissionais de segurança pública.

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Também foram padronizados os coeficientes de mortalidade por região do Brasil, demonstrados na tabela 6. A região Centro-Oeste apresentou maior risco de morte para estes profissionais.

Tabela 6 – Coeficiente de mortalidade e coeficiente de mortalidade ajustado dos profissionais de segurança pública, por região, no Brasil, 2008-2021.

Região	Óbitos (n)	Coeficiente de Mortalidade bruto	Coeficiente de Mortalidade Ajustado
Norte	3.439	47,5	44,5
Nordeste	13.981	53,8	52,5
Sudeste	23.268	53,3	54,2
Sul	10.355	62,2	63,5

Centro-Oeste 6.120 78,0 77,6

Coeficiente calculado por 1.000 profissionais de segurança pública.

Fonte:Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

A mortalidade proporcional apresenta a contribuição relativa de cada causa em relação ao total de óbitos (IDB, 2000), ou seja, a fração de contribuição de cada causa (capítulo CID) de óbito nos profissionais de segurança pública e para cada sexo.

A tabela 7 demonstra que a maior contribuição de óbitos, para ambos os sexos, são as doenças do aparelho digestivo (24,9%), neoplasias (18,4%) e transtornos mentais e comportamentais (16,5%).

Tabela 7 – Mortalidade proporcional por Causas de óbitos por sexo dos profissionais de segurança pública, de acordo com o CID-10, 2008-2021.

Causa do óbito - CAP CID 10	Mortalidade Proporcional		
	Masculino	Feminino	Total
IX. Doenças do aparelho circulatório	10,1	13,8	10,2
II. Neoplasias (tumores)	18,3	23,7	18,4
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	4,9	2,8	4,9
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0,8	0,4	0,8
X. Doenças do aparelho respiratório	3,1	2,3	3,1
XI. Doenças do aparelho digestivo	25,0	18,7	24,9
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	9,7	8,1	9,7
VI. Doenças do sistema nervoso	5,6	2,2	5,5
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2,5	2,4	2,5
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	2,4	2,8	2,4
V. Transtornos mentais e comportamentais	16,4	19,5	16,5

Fonte:Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

A tabela 8 apresenta a estratificação das principais causas de óbitos identificadas na tabela 7 por causa CID-10. Para a população do sexo masculino a “Doença por vírus de localização não especificada” corresponde a 7,3% dos óbitos, seguido por “Infarto agudo do miocárdio (7,1%), “Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada” (4,7%), “Pneumonia por microorganismo não especificado” (3,8%), “Diabetes mellitus não especificada” (3,4%), “Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões” (2,5%) e “Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas (2,5%).

As principais causas de óbitos femininos foram a “Doença por vírus de localização não especificada” corresponde a 9,8% dos óbitos, seguido por “Infarto agudo do miocárdio (4,1%), “Pneumonia por microorganismo não especificado” (3,7%), “Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada” (3,1%), “Diabetes mellitus não especificada” (1,8%), “Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões” (1,8%) e “Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas (1,1%).

Tabela 8 – Mortalidade proporcional das principais causas de óbitos por sexo dos profissionais de segurança pública, de acordo com causa CID-10, 2008-2021.

Causa do óbito - causa CID10	Mortalidade Proporcional		
	Masculino	Feminino	Total
B34 Doença por vírus de localização não especificada	7,3	9,8	7,4
I21 Infarto agudo do miocárdio	7,1	4,1	7,0
X95 Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou não especificada	4,7	3,1	4,6
J18 Pneumonia por microorganismo não especificado	3,8	3,7	3,8
E14 Diabetes mellitus não especificado	3,4	1,8	3,4
C34 Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões	2,5	1,8	2,5
J44 Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	2,5	1,1	2,5

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Destaca-se que a variável acidente de trabalho apresentou qualidade de informação precária, pois não foi informada em 95% (n=54.312) dos registros de óbitos, este campo foi ignorado em 1.107 declarações de óbitos (1,9%).

Tabela 9 – Número de óbitos por acidente de trabalho dos profissionais de segurança pública, Brasil, 2008-2021.

Acidente de Trabalho	Óbitos (n)	%
Não Informado	54.312	95,0
Sim	378	0,7
Não	1.366	2,4
Ignorado	1.107	1,9
Total	57.163	100,0

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Dos óbitos registrados como acidente de trabalho, 87,1% estão relacionados às causas externas de morbidade e mortalidade.

Tabela 10 – Número de óbitos relacionados a acidente de trabalho, por causa, Brasil, 2008-2021.

Causa do óbito por Acidente de Trabalho - CAP CID-10	Óbitos (n)	%
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	1.396	12,9
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	9.423	87,1
Total	10.819	100,0

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

DISCUSSÃO

Os estudos sobre saúde do profissional de segurança pública são escassos no Brasil, o que dificulta a comparação de resultados entre estudos. Sabe-se que é uma profissão em que o indivíduo está rotineiramente exposto a riscos de uma gravidade consideravelmente maior do que as demais profissões da sociedade civil⁷.

As profissões aqui destacadas são caracterizadas por uma forte influência do estresse ocupacional em suas atividades devido às peculiaridades do processo de trabalho que desempenham, a exposição da própria vida ao risco é elemento inerente às funções executadas por esses profissionais. É comum a essas profissões os longos turnos de trabalho e

contingente de pessoal insuficiente³. A relação entre os elementos de tais processos de trabalho e o corpo do trabalho pode determinar-se como uma sobrecarga e assim ocasionar danos à saúde¹⁷.

A partir da análise dos dados é possível inferir que a população alvo deste estudo é majoritariamente composta por indivíduos homens brancos. Tal composição reflete diretamente nos resultados, tendo pouca ou quase nenhuma expressividade do sexo feminino.

A baixa representatividade da população feminina no âmbito da segurança pública deve-se às restrições históricas que não permitiam ou delimitavam a inserção de indivíduos do sexo feminino nessas profissões. As mulheres só puderam integrar a Marinha do Brasil a partir de 1980, o Exército em 1996, a Força Aérea em 1982, a Polícia Militar em 1955 e o Bombeiro Militar em 1991¹⁸. Em 2016 surgiu o Projeto de Lei 6299/2016 que propunha a reserva de 25% das vagas de concurso da área de segurança para as mulheres. O mesmo foi arquivado em 2019, mantendo as disparidades existentes entre os sexos nessas profissões.

Sobre o banco de dados do SINAN, vale destacar a inconsistência do preenchimento das Fichas de Notificação Individual, visto que 256 notificações registradas foram de idade inferior à 15 anos, sendo não permitido o ingresso de indivíduos nessa faixa etária nas três carreiras de profissionais de segurança pública que compõem este estudo. Em se tratando de faixas etárias, destaca-se as faixas entre 20 e 39 anos com a maioria das notificações de adoecimento.

Vale destacar que a faixa entre 18 e 30 anos costuma ser utilizada como requisito nos processos seletivos para tais profissões, o que resulta na pluralidade de profissionais ocupados nessa faixa etária e como consequência maior exposição desses profissionais à riscos. Apesar do perfil de adoecimento dos profissionais de segurança pública se caracterizar com a faixa etária de 20 a 49 anos (indivíduos mais ativos), o perfil de mortalidade aparece predominantemente com o avanço da idade, especialmente da faixa etária de 50 a 59 anos.

As notificações de adoecimento apresentaram aumento durante os anos analisados na maior parte (93%) dos estados brasileiros. Em 2013 registrou-se 1.327 casos a mais em relação ao ano anterior. O mesmo ocorreu com os coeficientes de mortalidade que aumentaram ao longo da série histórica, no entanto o ano com o maior número de óbitos foi 2021, com um acréscimo de 1.593 óbitos em relação ao ano anterior. Ressalta-se a possível relação entre o aumento de registros de agravos no ano de 2013 e a implantação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no ano de 2012, que preconiza o monitoramento de indicadores dessa população.

Na análise de principais causas de adoecimento do ano de 2021 o agravo “Circunstância relativa às condições de trabalho” apresentou predominância em ambos os sexos, com um risco de 325 a cada 1.000 mil profissionais de segurança pública para os homens e 279 para as mulheres em relação aos demais agravos.

Devido à natureza do trabalho desempenhado por esta população é necessário outros desenhos de estudo para entender melhor a causalidade. Além deste agravo, outros quatro se destacaram como causas de adoecimento, sendo eles "Exposição a outras forças mecânicas animadas e às não especificadas", "Dengue" e "Exposição à doença transmissível não especificada". Da mesma forma, outros estudos devem ser feitos a fim de explorar melhor as condições de adoecimento dessas causas específicas a fim de propor medidas de prevenção e controle.

O Brasil possui um quadro epidemiológico vulnerável à dengue devido às epidemias sazonais da doença relacionadas às mudanças de clima ou introdução de novos sorotipos da doença no país¹⁹. Com vistas a controlar a doença, instituiu-se o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD)²⁰. As epidemias têm se intensificado nas áreas urbanizadas, locais em que a população em geral, bem como a deste estudo costuma desempenhar suas atividades²¹.

Na análise das causas de óbito por capítulo CID 10, as três principais causas encontradas foram doenças do aparelho digestivo, neoplasias e transtornos mentais e comportamentais.

A Covid-19 é uma doença com alta taxa de incidência, sendo válido ressaltar que desde 2020, o Brasil teve uma incidência de 16.127 pela doença, apresentando também um total de 33.890.428, 679.010 óbitos e uma taxa de mortalidade de 323,1 à cada 100.000 habitantes²². Ao analisar o gráfico de distribuição de óbitos e agravos, é possível ver que houve uma queda no número de notificações de agravos em 2020, mas houve um aumento de 1.408 óbitos em relação ao ano anterior.

Na estratificação da análise das causas de óbitos pelo capítulo CID 10, ressalta se a doença por vírus de localização não especificada, pneumonia por microorganismo não especificado e agressão por meio de outra arma de fogo ou arma não especificada com as características inerentes das funções desempenhadas por esses profissionais, no entanto às mesmas não foram registradas como acidente de trabalho.

Outro dado que merece destaque é a presença da lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo ou de arma de fogo não especificada como a terceira principal causa de óbito nos profissionais de segurança pública do sexo masculino e quarta nos profissionais do sexo feminino.

Junto com a pandemia de Covid-19, também houve um isolamento social de toda a população e os números de violência doméstica vêm aumentando desde o início da pandemia²³. Ao analisar a tabela de coeficiente de mortalidade, os números aumentaram consideravelmente em todas as regiões do país desde 2020, tal resultado pode ter relação com a pandemia e o isolamento social estabelecido.

Dos 10.819 óbitos registrados como acidente de trabalho, 87,1% tiveram como circunstância as causas externas de morbidade e mortalidade. Este percentual é esperado

pelas atividades que estes profissionais de segurança pública desempenham, mas há de ser melhor exploradas as circunstâncias e outras variáveis a fim de subsidiar as políticas públicas e condições de trabalho destes profissionais a fim de proteger a saúde dos mesmos.

Os coeficientes de mortalidade bruto e ajustado apresentaram um gradiente crescente entre 2008 e 2021. As regiões Sul e Centro-Oeste apresentaram os riscos de morrer mais expressivos para essa população em toda a série histórica, com 64 e 78 óbitos para cada 1.000 mil profissionais de segurança pública, respectivamente.

Vale destacar que a região Norte apresentou o menor coeficiente de mortalidade dentre as regiões ao longo da análise, no entanto, ao analisar os coeficientes de incidência de agravos por estados, Tocantins apresentou os maiores resultados entre 2008 e 2021.

De acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2016, entre 2009 e 2015 os policiais brasileiros morreram 110% mais em serviço do que os policiais americanos.

No que se refere à qualidade dos dados aqui utilizados, vale frisar a subnotificação ou mesmo o preenchimento incorreto das Fichas de Notificação Individual e Declarações de óbito, omissão de informações de algumas variáveis, dentre outras questões¹¹. Isto pode ser considerado uma limitação do estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista a escassez de estudos brasileiros acerca dos profissionais de segurança pública, este estudo é apontado como uma primeira iniciativa no âmbito da epidemiologia e saúde do trabalhador. Viabilizou a determinação do perfil de morbimortalidade desse público, evidenciando informações acerca das particularidades e necessidades do profissional de segurança pública.

Espera-se uma abrangência de estudos na área e maiores estímulos para a formulação de políticas públicas de saúde voltadas às necessidades da população aqui analisada.

Por fim, ressalta-se a relevância do campo da epidemiologia para o profissional sanitário, sendo este um campo com inúmeras possibilidades de atuação com influência significativa na saúde pública brasileira.

REFERÊNCIAS

Melo BSB. Impacto da atividade profissional sobre a saúde física e mental de profissionais da segurança pública - análise bibliométrica. Revista Brasileira de Ciências Policiais. 19 de janeiro de 2022;13(7):29–53..

Bezerra C de M, Minayo MC de S, Constantino P. Estresse ocupacional em mulheres policiais. Ciênc saúde coletiva. março de 2013;18:657–66.

Souza KMO de, Velloso MP, Oliveira SS. A profissão de bombeiro militar e a análise da atividade para compreensão da relação trabalho-saúde: revisão da literatura [Internet]. [citado 3 de setembro de 2022]. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC000000112012000100021&script=sci_arttext

Minayo MC de S, Assis SG de, Oliveira RVC de. Impacto das atividades profissionais na saúde física e mental dos policiais civis e militares do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). Ciênc saúde coletiva. abril de 2011;16:2199–209.

Maia ABP, Assis SG, Ribeiro FML, Wernersbach L. Ferimentos não fatais por arma de fogo entre policiais militares do Rio de Janeiro: a saúde como campo de emergência contra a naturalização da violência. Ciênc saúde coletiva. 28 de maio de 2021;26:1911–22.

Couto G, Brito E de AG, Vasconcelos-Silva A, Lucchese R. Saúde mental do policial militar: relações interpessoais e estresse no exercício profissional. Psicol argum. 2012;187–96.

Souza ER de, Minayo MC de S. Policial, risco como profissão: morbimortalidade vinculada ao trabalho. Ciênc saúde coletiva. dezembro de 2005;10:917–28.

Souza D de O, Silva SEV da, Silva N de O. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a

partir das raízes da “questão social”. Saúde soc. março de 2013;22(1):44–56.

Ministério da Saúde [Internet]. [citado 3 de setembro de 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html

Silveira AM. Saúde do trabalhador. Belo Horizonte: NESCOM/UFMG : COOPMED; 2009.

Drumond E de F, Silva J de M. Avaliação de estratégia para identificação e mensuração dos acidentes de trabalho fatais. Ciênc saúde coletiva. maio de 2013;18:1361–5.

Decreto nº 7602 [Internet]. [citado 3 de setembro de 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7602.htm

CBO - Ministério do Trabalho [Internet]. [citado 22 de setembro de 2022]. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/pesquisas/BuscaPorEstrutura.jsf>

DATASUS – Ministério da Saúde [Internet]. [citado 3 de setembro de 2022]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>

Volume Brasil | IBGE [Internet]. [citado 3 de setembro de 2022]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-d-e-domicilios.html?=&t=destaques>

Fichas de Qualificação da RIPSA – 2012 [Internet]. [citado 3 de setembro de 2022]. Disponível em: <http://fichas.ripsa.org.br/2012/>

Cardoso LA. Influências dos Fatores Organizacionais no Estresse de Profissionais Bombeiros. 2004;115.

Ribeiro L. Polícia Militar é lugar de mulher? Rev Estud Fem [Internet]. 22 de fevereiro de 2018 [citado 3 de junho de 2019];26. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/ref/a/6339NZCVs47ykZjrkv6vPSJ/abstract/?lang=pt>

Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para prevenção e controle da dengue. 2009. [Internet]. [citado 3 de junho de 2019]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_prevencao_controle_dengue.

[pdf](#)

Lima-Camara TN. Emerging arboviruses and public health challenges in Brazil. Rev Saúde Pública [Internet]. 2016 [citado 3 de outubro de 2022];50(0). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100602&lng=en&tlng=en

Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Dengue. 2002 [Internet]. Fundação Nacional de Saúde. [citado 5 de junho de 2019]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pncd_2002.pdf

Coronavírus Brasil [Internet]. [citado 3 de setembro de 2022]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>

Vieira PR, Garcia LP, Maciel ELN. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? Rev bras epidemiol [Internet]. 22 de abril de 2020 [citado 3 de setembro de 2022];23. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rbepid/a/tqcyvQhqQyjtQM3hXRywsTn/?lang=pt>

**DICIONÁRIO DE DADOS –
SINAN NET – VERSÃO 5.0**

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE
GT-SINAN

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
DICIONÁRIO DE DADOS – SINAN NET – VERSÃO 5.0

Nº de notificação e campos que correspondem aos campos de 1 a 30 dos blocos "Dados Gerais", "Notificação Individual" e "Dados de residência" correspondem aos mesmos campos da ficha de notificação (ver dicionário de dados da ficha de notificação), exceto a data de diagnóstico.

CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no Sinan.
CAMPO ESSENCIAL é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nome do Campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
Nº da Notificação	nu_notificacao	varchar2(7)		Número da Notificação	Campo Chave para identificação do registro no sistema	NU_NOTIFIC
1. Tipo de Notificação	tp_notificacao	varchar2(1)	1 – Negativa 2 – Individual 3 – Surto 4 – Agregado	Identifica o tipo da notificação	Campo Obrigatório	TP_NOT
2. Agravado	co_cid	varchar2(4)	Tabela de agravos do sistema com códigos (classificação internacional de doenças –CID 10) e nomes dos agravos classificados como notificação compulsória (nacional, estadual ou municipal) e as síndromes (febre hemorrágica aguda;respiratória aguda; diarreia aguda; sanguinolenta;	Nome e código do agravo notificado segundo CID-10 (Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português)	Campo Chave Preenchendo o código, a descrição é preenchida automaticamente, e vice-versa; Ao exportar, é retirado o ponto	ID_AGRAVO

Revisado em Novembro/2018.

			nerológica aguda; insuficiência renal aguda; outras síndromes			
Suspeita do Agravado	tp_suspeita	varchar2(1)	a) Doenças Exantemáticas 1 – Sarampo 2 – Rubéola b) Meningite 1 – Doenças Meningocócicas 2 – Outras Meningites c) AIDS (banco genérico) 1- Criança (<13) 2- Adulto (≥ 13 anos) AIDS (banco DBF) C- Criança (<13) A- Adulto (≥ 13 anos)	Especifica a suspeição do agravo (Sarampo, Rubéola, Doenças Meningocócicas, Outras Meningites) e identifica se notificação é de AIDS adulto ou criança.	Campo Obrigatório Campo específico para doenças exantemáticas, meningite e AIDS	CS_SUSPEIT
3. Data da Notificação	dt_notificacao	date	dd/mm/aaaa	Data de preenchimento da ficha de notificação.	Campo Chave	DT_NOTIFIC
Semana epidemiológica a da notificação (campo interno)	ds_semana_notificacao	varchar2(6)	Semanas do calendário epidemiológico padronizado.	Semana epidemiológica que o caso foi notificado.	Preenchida automaticamente, a partir da data de notificação (AAAASS)	SEM_NOT
(campo interno)	varchar(4)	varchar(4)		Ano da notificação	Variável interna preenchida pelo sistema a partir da data de notificação	NU_ANO
4. UF de Notificação	co_uf_notificacao	varchar2(2)	Tabela com Códigos e siglas padronizados pelo IBGE	Sigla da Unidade Federativa onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. A sigla é uma variável que está associada ao código na tabela.	Campo Obrigatório	SG_UF_NOT
5. Município de Notificação	co_municipio_notificacao	varchar2(6)	Tabela com Código e nome dos municípios do cadastro do IBGE (tabela municipios.dbf)	Código do município onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora)	Campo Chave Preenchendo o código, a	ID_MUNICIP

Revisado em Novembro/2018.

				que realizou a notificação. O nome está associado ao código na tabela de municípios.	descrição é preenchida automaticamente, e vice-versa	
(campo interno)	varchar2(4)	varchar2(4)	Campo com código da regional de saúde da tabela de município do sistema	Regional de saúde onde está localizado o município da unidade de saúde ou outra fonte notificadora	Sistema relaciona o campo município de notificação com o campo regional da tabela de municípios	ID_REGIONA
6. Unidade de saúde ou outra fonte notificadora	co_unidade_notificacao	number (8,0)	Códigos e nomes da tabela do cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)	Nome completo e código da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou o atendimento e notificação do caso	Campo Obrigatório Preenchendo o código, a descrição é preenchida automaticamente, e vice-versa;	ID_UNIDADE
7. Data dos primeiros sintomas / Diagnóstico	dt_diagnostico_sintoma	date	dd/mm/aaaa	Data dos primeiros sintomas do caso de agravo agudo. Data do diagnostico do caso de agravo crônico e DRTs Data do acidente nos acidentes da saúde do trabalhador	Campo Obrigatório Data menor ou igual (<=) a Data de Notificação A partir desta data é preenchido o campo semana epidemiológica dos primeiros sintomas nos agravos agudos.	DT_SIN_PRI
Semana epidemiológica a dos primeiros sintomas/diagnósticos. (campo interno)	ds_semana_sintoma	varchar2(6)	Semanas do calendário epidemiológico padronizado.	Semana epidemiológica dos números sintomas.	Preenchida automaticamente, a partir da data de primeiros sintomas data do diagnostico. (AAAASS)	SEM_PRI
8. Nome do Paciente	no_nome_paciente	varchar2(70)		Nome completo do paciente (sem abreviações)	Campo Obrigatório	NM_PACIENT
9. Data de nascimento	dt_nascimento	date	dd/mm/aaaa	Data de nascimento do paciente	Campo Obrigatório Caso a idade não seja preenchida Uma vez preenchido é, calculado automaticamente a idade	DT_NASC
10. Idade	nu_idade	number(4)	A composição da variável obedece o seguinte critério: 1º	quando não há data de nascimento a idade deve ser	Campo Obrigatório	NU_IDADE_N

Revisado em Novembro/2018.

			dígito: 1. Hora 2. Dia 3. Mês 4. Ano Ex: 3009 – nove meses, 4018 – dezoito anos	digitada segundo informação fornecida pelo paciente como aquela referida por ocasião da data dos primeiros sintomas ou na falta desse dado é registrada a idade aparente.	Caso a data de nascimento não esteja preenchida Preenchido automaticamente se Data de nascimento for preenchida Calculada entre Data de nascimento e Data de Primeiros Sintomas/Diagnóstico; Campo composto pela unidade de medida de tempo e numero da idade. - Se campo < 4007 (7 anos), campo escolaridade é preenchido com 10- Não se aplica. - Para Rubéola congênita, idade máxima é 2 anos; - Para Sífilis Congênita e AIDS Criança, idade máxima é 12 anos;	
11. Sexo	tpsexo	varchar2(1)	M- Masculino F- Feminino I- Ignorado	Sexo do paciente	Campo Obrigatório Se Sexo = Masculino, desabilitar o campo Gestante;	CS_SEXO
12. Gestante	tpgestante	varchar2(1)	Gestante 1. 1º Trimestre 2. 2º Trimestre 3. 3º Trimestre 4. Idade gestacional ignorada 5. Não 6. Não se aplica 9. Ignorado	Idade gestacional da paciente.	Campo Obrigatório se sexo = F Se sexo= Feminino e idade menor ou igual a 10 anos, o campo é preenchido automaticamente com a categoria 6 = Não se aplica Se Sexo=Masculino o campo é preenchido automaticamente	CS_GESTANT

Revisado em Novembro/2018.

					com 6 Não se Aplica; As notificações dos agravos Tétano Neonatal, Síndrome da Rubéola Congênita, HIV/Crianças Expostas não habilita o campo Gestante;	
13. Raça/Cor	tp_raca_cor	varchar2(1)	1- branca 2- preta 3- amarela 4- parda 5- indígena 9 Ignorado	Considera-se cor ou raça declarada pela pessoa. 1. branca 2. preta 3. amarela (pessoa que se declarou de raça amarela) 4. parda (pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça) 5. indígena (pessoa que se declarou indígena ou índia)	Campo Essencial	CS_RACA
14. Escolaridade	tp_escolaridade	varchar2(2)	43 Analfabeto 1. 1ª a 4ª série incompleta do EF 2. 4ª série completa do EF (antigo 1º grau) 3. 5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4. Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5. Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6. Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7. Educação superior incompleta 8. Educação superior completa 9. Ignorado 10. Não se aplica	Série e grau que a pessoa está frequentando ou frequentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação.	Campo Essencial Preenchido automaticamente com a Categoria 10-não se aplica é quando idade menor a 7 anos de idade. - Quando caso notificado > 7 anos, campo não pode ser preenchido com categoria 10-não se aplica. - As notificações dos agravos Tétano Neonatal, Síndrome da Rubéola Congênita, não habilita o campo Escolaridade do caso.	CS_ESCOL_N

Revisado em Novembro/2018.

15. N.º Cartão SUS	nu_cartao_sus	varchar2(15)		Número do cartão do Sistema Único de Saúde (SUS) do paciente		ID_CNS_SUS
16. Nome da mãe	no_nome_mae	varchar2(60)		Nome completo da mãe do paciente (sem abreviações)	Campo Essencial	NM_MAE_PAC
17. UF	co_uf_residencia	varchar2(2)	Tabela com Códigos e siglas padronizados pelo IBGE (tabela municipi.dbf)	Sigla da Unidade Federada de residência do paciente por ocasião da notificação. A sigla é uma variável que está associada ao código na tabela.	Campo Obrigatório se residente no Brasil. Ao digitar sigla da UF, o campo País é preenchido automaticamente com "Brasil". Se nenhuma UF for selecionada, o sistema pula automaticamente para seleção de outro país que não o Brasil.	SG_UF
				Sigla da Unidade Federativa onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. A sigla é uma variável que está associada ao código na tabela.		
18. Município de residência	co_municipio_residencia	varchar2(6)	Tabela com Códigos e nomes padronizados pelo IBGE	Código do município de residência do caso notificado. O nome está associado ao código na tabela de municípios.	Campo Obrigatório quando UF é digitada. São exibidos somente os Municípios pertencentes à UF selecionada no campo anterior. Permite digitação do nome do município ou do código IBGE. Quando digitado o nome, o código é preenchido automaticamente e vice-versa.	ID_MN_RESI
(campo interno)		varchar2(4)	Campo com código da regional de saúde da tabela de município do sistema	Regional de saúde onde está localizado o município de residência do paciente por ocasião da notificação	Sistema relaciona o campo município de notificação com o campo regional da tabela de municípios	ID_RG_RESI
19. Distrito	co_distrito_reside	varchar(9)	Códigos e nomes padronizados	Nome e respectivo código do	Campo Essencial	ID_DISTRIT

Revisado em Novembro/2018.

	ncia		segundo Tabela disponibilizada pelo sistema para cadastramento pelo gestor municipal do Sinan	distrito de residência do paciente por ocasião da notificação.	Filtra apenas os distritos pertencentes ao Município selecionado no campo anterior. Retirada observação.	
20. Bairro	co_bairro_residencia	number(8)	Códigos seqüenciais da tabela de localidade	Código do bairro de residência do paciente por ocasião da notificação. Serão exibidos apenas os Bairros pertencentes ao Município selecionado no campo anterior.	Campo Essencial Se existir bairro cadastrado será gravado o código do bairro no banco.	ID_BAIRRO
20. Nome do Bairro	no_bairro_residencia	varchar2(60)		Nome do bairro de residência	Se o bairro não estiver cadastrado na tabela municipal do Sinan será gravado o nome digitado no campo Bairro e não será gravado nenhum código.	NM_BAIRRO
21. Logradouro (rua, avenida...)	co_logradouro_residencia	number(8)	Tipo e nome do logradouro digitado na entrada de dados ou, se disponível selecionado em tabela de logradouros do município (código e descrição)	Identificação do tipo (avenida, rua, travessa, etc.) título e nome do logradouro Dados do endereço de residência do paciente por ocasião da notificação	Campo Essencial Se o logradouro for de município diferente do município de residência, será gravado o nome digitado no campo e não será gravado nenhum código.	ID_LOGRADO
	varchar2(60)	varchar2(60)	Descrição digitada quando não há tabela no sistema.	Identificação do tipo (avenida, rua, travessa, etc.) título e nome do logradouro Dados do endereço de residência do paciente por ocasião da notificação (av., rua, etc.).	Campo Essencial Esse campo será digitado quando não houver Logradouro	NM_LOGRADO
22. Número do logradouro	nu_residencia	varchar2(6)		Nº. do logradouro (nº. da casa ou do edifício) Dados do endereço de residência do paciente por ocasião da notificação	Campo Essencial	NU_NUMERO

Revisado em Novembro/2018.

23. Complemento do logradouro	ds_complemento_residencia	varchar2(30)		Complemento do logradouro (ex. Bloco D, apto. casa, etc.) Dados do endereço de residência do paciente por ocasião da notificação	Campo Essencial	NM_COMPLEMENTO
24. Geo campo 1	co_geo_campo_1	number(8)	Selecionado em tabela de localidade (código e descrição) Tabela com Códigos e nomes padronizados segundo Tabela disponibilizada pelo sistema para importação pelo gestor municipal do Sinan de tabela georeferenciada	Campo para Geo-Referenciamento		ID_GEO1
25. Geo campo 2	co_geo_campo_2	number(8)	Selecionado em tabela de localidade (código e descrição) Tabela com Códigos e nomes padronizados segundo Tabela disponibilizada pelo sistema para importação pelo gestor municipal do Sinan de tabela georeferenciada	Campo para Geo-Referenciamento		ID_GEO2
26. Ponto de referência	ds_referencia_residencia	varchar2(70)		Ponto de referência para facilitar a localização da residência do paciente	Campo Essencial	NM_REFERENCIA
27. CEP de residência	nu_cep_residencia	varchar2(8)		CEP de residência do paciente.	Campo Essencial	NU_CEP
28. (DDD)	nu_ddd_residencia	varchar2(2)		Código de residência do paciente	Campo Essencial	NU_DDD_TEL
28. Telefone	nu_telefone_residencia	varchar2(9)		Telefone de residência do paciente	Campo Essencial	NU_TELEFON
29. Zona	tp_zona_residencia	varchar2(1)	1. urbana 2. rural 3. periurbana 9. ignorado	Zona de residência do paciente por ocasião da notificação	Campo Essencial	CS_ZONA
30. País (se residente fora do Brasil)	co_pais_residencia	varchar(4)	Tabela com código e descrição de países.	País onde residia o paciente por ocasião da notificação	Campo Obrigatório Se UF for digitada este campo é preenchido automaticamente com "Brasil".	ID_PAIS

Revisado em Novembro/2018.

Não Listar/ Não Contar	tp_duplicidade	varchar2(1)	0 ou branco – Não identificado 1 – Não é duplicidade (não listar) 2 – Duplicidade (não contar)	Identifica duplicidade	<p>Categorias de 1 e 2 atribuídas pelo usuário do sistema na rotina de duplicidade para identificar duplicidades que não devem ser listadas no relatório de duplicidade ou não devem ser computadas na incidência do agravo.</p> <p>Quando o registro estava marcado para <i>não listar</i> e retornou para a rotina de duplicidade, é atribuída a categoria 0.</p>	NDUPLIC_N
Vinculação	st_vincula	varchar2(1)	0 ou branco – Não Vinculado 1 – Vinculado	Indica se a notificação foi vinculada	Categoria 1 atribuída pelo sistema após vinculação de notificações de hanseníase ou tuberculose.	IN_VINCULA

DADOS DA INVESTIGAÇÃO PARA AGRAVOS: "NOTIFICAÇÃO / CONCLUSÃO"						
Obs: para os agravos que possuem investigação, seguir o dicionário específico do agravo.						
31-Data da investigação	dt_investigacao	date	dd/mm/aaaa	data de início da investigação do caso.	Campo Obrigatório Data = > data da notificação	DT_INVEST
32-Classificação final	tp_classificacao_final	varchar2(2)	Anexo I	Classificação final do caso após investigação.	Campo Obrigatório quando o campo data de encerramento estiver preenchido.	CLASSI_FIN
33-Critério confirmação	tp_criterio_confirmacao	varchar2(2)	Anexo I	Critério utilizado para confirmação ou descarte do caso notificado.	Campo Essencial	CRITERIO
34-O caso é	tp_autocitone_re	varchar2(1)	1 – Sim	Indica se o caso é autóctone	Campo Obrigatório se campo	TPAUTOCTO

Revisado em Novembro/2018.