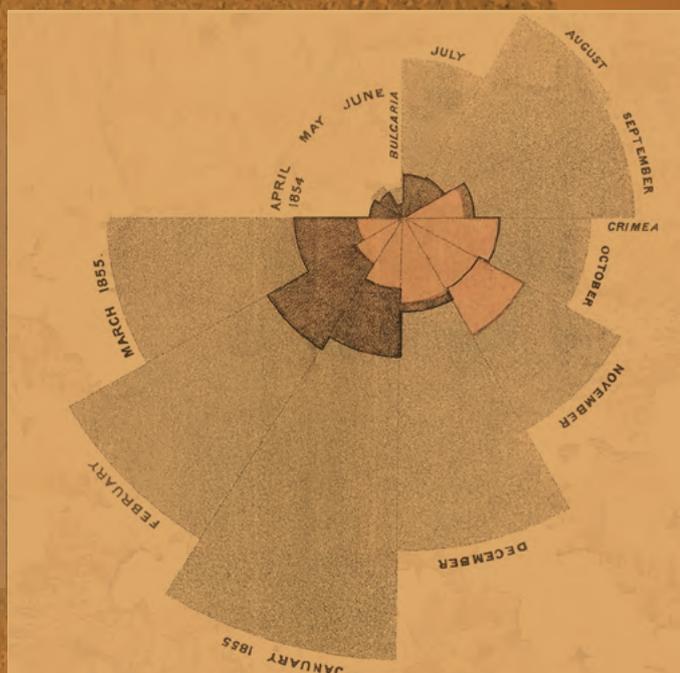


MINISTÉRIO DA SAÚDE

Inclui sumários dos
dez livros Saúde Brasil
2004 a 2013

RESUMO EXECUTIVO SAÚDE BRASIL 2013

Uma análise da situação
de saúde e das doenças
transmissíveis relacionadas à pobreza



Brasília – DF
2015



MINISTÉRIO DA SAÚDE

RESUMO EXECUTIVO

SAÚDE BRASIL

2013

**Uma análise da situação de saúde e das doenças
transmissíveis relacionadas à pobreza**

Brasília – DF
2015

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação em Saúde

RESUMO EXECUTIVO

SAÚDE BRASIL

2013

**Uma análise da situação de saúde e das doenças
transmissíveis relacionadas à pobreza**



Brasília – DF
2015

2015 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <<http://editora.saude.gov.br>>.

Tiragem: 1ª edição – 2015 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação em Saúde
Coordenação-Geral de Informação e Análise
Epidemiológica
Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, bloco G, 1ª
andar, sala 134
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Site: www.saude.gov.br/svs
E-mail: svs@saude.gov.br

Editor-Geral:

Jarbas Barbosa da Silva Junior (SVS)

Editor-Executivo:

Juan José Cortez Escalante (SVS)

Organização:

Helena Luna Ferreira (SVS)
Juan José Cortez Escalante (SVS)

Revisão:

Bruno Zoca (SVS)
Roberto Carlos Reyes Lecca (SVS)
Rodrigo Hitoshi (SVS)

Supervisão da Produção Editorial:

Elisete Duarte (CGDEP/SVS)
Thais de Souza Andrade Pansani (CGDEP/SVS)

Projeto Gráfico, Capa:

CGDEP/SVS

Revisão de Texto:

Maria Irene Lima Mariano (CGDEP/SVS)

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Fax: (61) 3233-9558
Site: <http://editora.saude.gov.br>
E-mail: editora@saude.gov.br

Equipe Editorial:

Diagramação:
Marcos Melquíades Gonçalves dos Santos
Normalização:
Daniela Ferreira Barros da Silva

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde.
Resumo Executivo Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.
60 p. : il.

Modo de acesso: world wide web: <www.saude.gov.br/bvs>
ISBN

1. Saúde pública. 2. SUS (BR). 3. Indicadores de saúde. I. Título.

CDU 614(81)

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2015/0100

Títulos para indexação:

Em inglês: Executive Summary Health Brazil 2013: an analysis of the health situation and communicable diseases related to poverty

Em espanhol: Resumen Ejecutivo Salud Brasil 2013: un análisis de la situación de salud y las enfermedades transmisibles vinculadas a la pobreza

Sumário

	Apresentação	6
1	Como nascem os brasileiros.....	8
2	Morbimortalidade materna: tendências, causas e investigação de óbitos.....	13
3	Mortalidade infantil no Brasil	16
4	Perfil da mortalidade da população brasileira em 2012.....	20
5	Surtos, epidemias e doenças com potencial epidêmico no Brasil em 2013	23
6	Mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2000 a 2011.....	27
7	Morbimortalidade por violências no Brasil: um retrato de contornos em construção.....	29
8	Perfil e tendência da mortalidade por acidentes de transporte terrestre – Brasil, 2000-2012.....	32
9	Emergência em Saúde Pública por inundações e deslizamentos: os impactos das chuvas sobre a saúde	35
10	Carga das Doenças Infecciosas relacionadas à pobreza no Brasil.....	38
11	Gastos com internações por doenças infecciosas relacionadas à pobreza	40
12	Transmissão vertical da sífilis e do vírus da imunodeficiência humana (HIV) no Brasil.....	42
13	Distribuição espacial das doenças relacionadas à pobreza no Brasil.....	45
14	Tuberculose e Programa Bolsa Família no Brasil.....	49
15	Declarações de óbitos e de nascidos vivos: avaliação da implantação dos novos formulários	50
16	Painéis on-line de Monitoramento e Vigilância do Óbito Infantil, Fetal e Materno no Brasil: indicadores de desempenho.....	52
	Anexo A – Sumários do Saúde Brasil no período de 2004 a 2013	54

Apresentação

A publicação *Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza* foi elaborada pela Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde. O Resumo Executivo que ora apresentamos tem como base os 16 capítulos da obra citada, resultado de um esforço de 209 colaboradores de 15 instituições de dez Unidades Federativas do país. O livro foi lançado na 14ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (14ª Expoepi), realizada em outubro de 2014.

Este Resumo Executivo expõe os principais resultados das análises atualizadas quanto ao perfil dos nascimentos, morbidades e mortalidade da população brasileira, destacando aspectos como surtos, epidemias e doenças com potencial epidêmico ou doenças crônicas não transmissíveis por faixa etária e sexo, violências ou acidentes de transporte terrestre. O tópico relacionado ao Meio Ambiente neste ano foi “Emergências e Desastres em Saúde Pública por Inundações e Deslizamentos”.

O tema em destaque do *Saúde Brasil 2013* foi “Doenças Transmissíveis Relacionadas à Pobreza”. Assim, além de se reforçar o conhecimento sobre causas materno-infantis, enfatizando-se doenças transmitidas de mãe para filho, como a aids e a sífilis congênita, há descrições acerca da distribuição espacial de doenças transmissíveis, ao longo do território brasileiro, a exemplo de hanseníase, tuberculose, malária, leishmaniose visceral, leishmaniose tegumentar, esquistossomose, tracoma e leptospirose. Carga de doenças, gastos com internações e possíveis impactos de programas sociais do governo – como os efeitos do Programa Bolsa Família (PBF) para a redução da tuberculose – foram outros aspectos abordados.

A parte final, na qual se discorre sobre a Qualidade de Informações em Saúde, expressa os esforços do Ministério da Saúde no aprimoramento dos formulários para preenchimento de informações sobre nascimentos ou óbitos. O último capítulo traz uma abordagem ampla sobre o acesso aos Indicadores de Desempenho nos âmbitos federal, estadual e municipal a partir dos painéis on-line de Monitoramento para a Vigilância do Óbito Infantil, Fetal e Materno no Brasil.

Espera-se que este Resumo Executivo seja consultado como um índice ampliado do livro *Saúde Brasil 2013*, cuja leitura na íntegra propiciará o conhecimento aprofundado dos temas aqui apresentados. Daí a

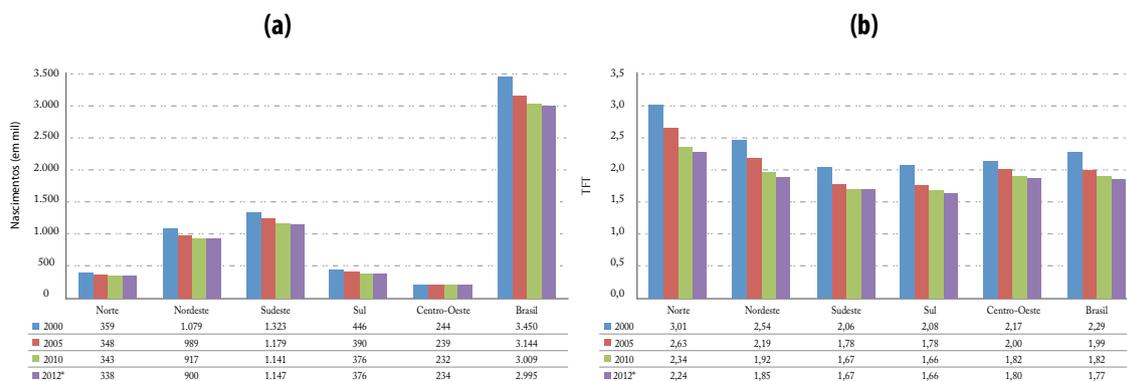
importância de sua ampla divulgação entre profissionais de saúde, educadores, estudantes, pesquisadores e população brasileira.

O conteúdo do livro Saúde Brasil 2013 e desta publicação podem ser acessados em <www.saude.gov.br/bvs>.

1 Como nascem os brasileiros

Análises sobre natalidade e fecundidade mostram que, desde 2000, tem sido observada uma tendência na queda do número de nascidos vivos, fortalecida pela queda das taxas de fecundidade em todas as regiões do país. A correção de dados de nascimento por meio de busca ativa acentua ainda mais esta queda. Dessa forma, entre 2000 e 2012, observou-se uma redução de 13,3% no número total de nascimentos no país, cujas variações extremas são de 4,1% na região Centro-Oeste e 16,6% na região Nordeste (Gráfico 1a, b).

Gráfico 1 – Evolução do número de nascidos vivos (a) e da taxa de fecundidade (b). Brasil e Regiões, 2000, 2005, 2010 e 2012*

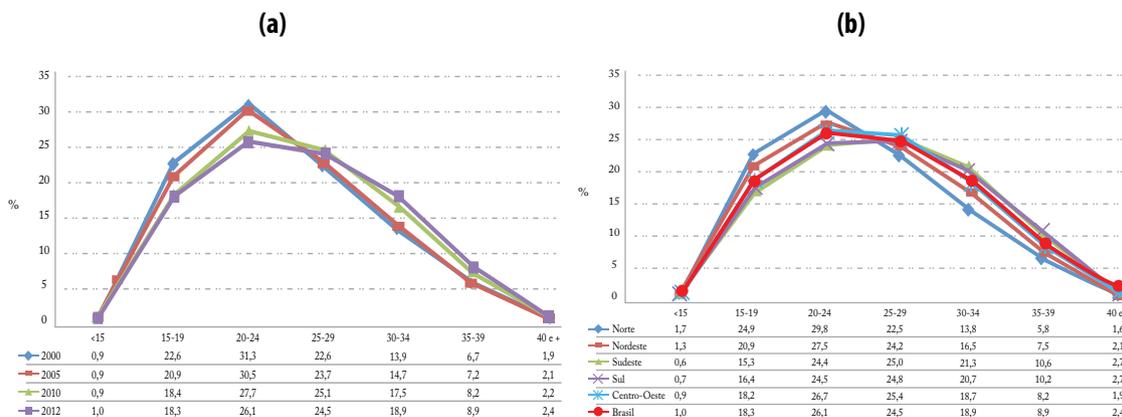


Fonte: (a) MS/SVS/CGIAE/Sinasc, 2000, 2005, 2010 e 2012; SZWARCOWALD et al., Estudo Busca Ativa, Saúde Brasil 2010; (b) Sinasc – CGIAE/SVS/MS, Rede Interagencial de Informações para a Saúde – Ripsa, IDB, 2011.

* Dados preliminares.

Quanto às características da mãe, na última década houve um envelhecimento da estrutura etária das mulheres no momento do parto, de maneira que mães com 30 anos ou mais de idade passaram de uma proporção de 22,5% em 2000 para 30,2% em 2012, sendo que as maiores proporções de mães com idades menores que 20 anos encontram-se nas regiões Norte e Nordeste, e com 30 anos ou mais nas regiões Sul e Sudeste (Gráfico 2a, b).

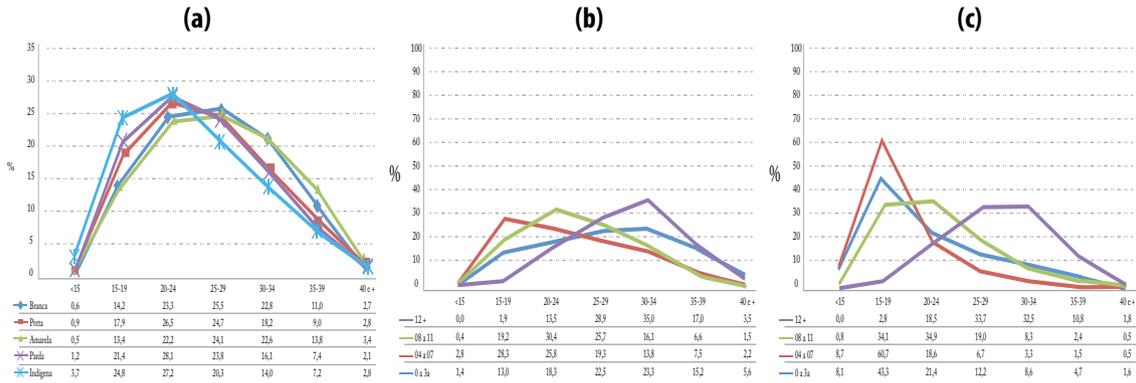
Gráfico 2 – Proporção de nascidos vivos por idade da mãe. Brasil (2000, 2005, 2010 e 2012) e regiões (2012)



Fonte: MS/SVS/CGIAE/Sinasc, 2000, 2005, 2010 e 2012.

A análise da idade da mãe segundo cor da pele/raça evidencia que as mães indígenas, pardas e pretas são mais jovens. Por sua vez, com relação à escolaridade, quanto mais anos de estudo, maior a idade da mãe no momento do parto. Já o nascimento do primeiro filho acontece com elevada frequência após a mãe completar 30 anos de mais de idade, sobretudo entre aquelas de maior nível de escolaridade (Gráfico 3a, b, c).

Gráfico 3 – Proporção de nascidos vivos por idade da mãe, segundo (a) cor da pele/raça ou (b) escolaridade, ou (c) de 1ª ordem* Brasil, 2012



Fonte: MS/SVS/CGIAE/SINASC, 2012.

* Nascidos vivos de mães que informaram não ter tido filhos anteriormente.

Em relação às características da gravidez e do parto, mais especificamente à atenção pré-natal, a análise do indicador “número de consultas” evidencia que, em três entre quatro nascimentos em 2012, as mães realizaram o número mínimo de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde (seis ou mais consultas). Entretanto, verificam-se expressivas desigualdades segundo região de residência da mãe, cor da pele/raça, escolaridade e idade maternas (Gráfico 4).

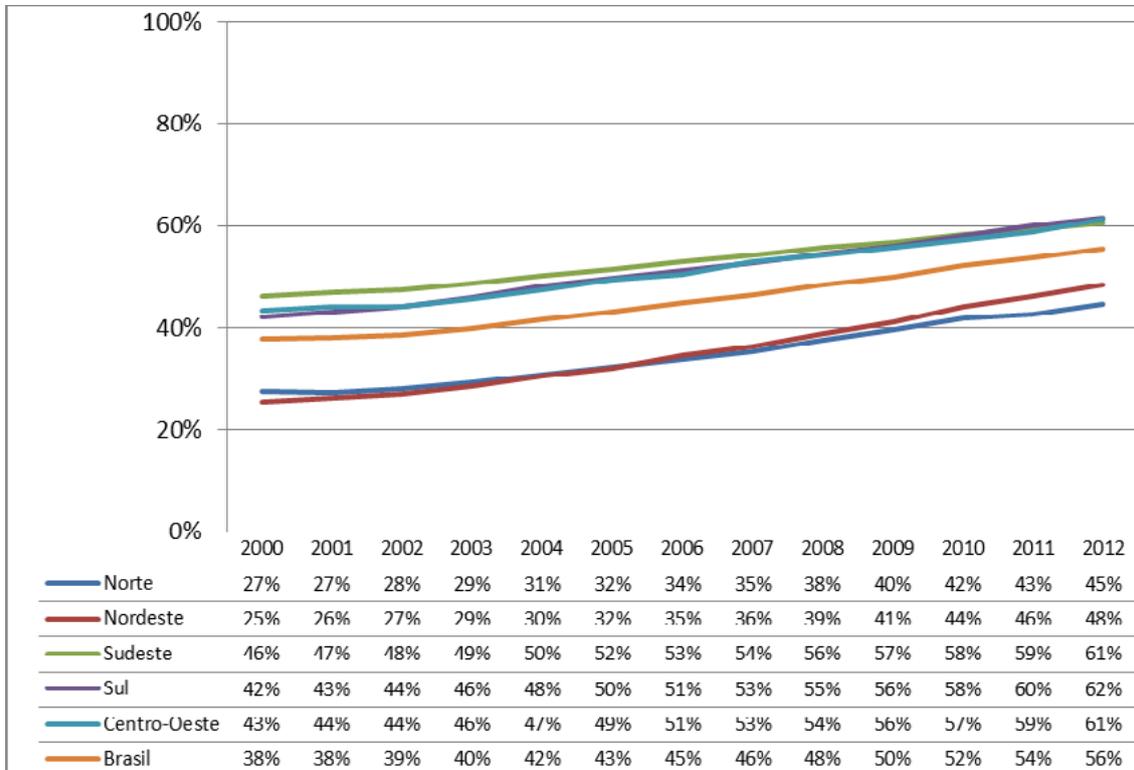
Gráfico 4 – Proporção de nascidos vivos, segundo número de consultas pré-natal, por região, cor da pele/raça, escolaridade e idade da mãe. Brasil, 2012



Fonte: MS/SVS/CGIAE/Sinasc, 2012.

No que se refere ao tipo de parto, há uma tendência crescente de cesáreas em todas as regiões do país entre 2000 e 2012, com destaque para o Nordeste, que teve a maior variação, passando de 25% a 48% de partos cesáreos no período. No Brasil, desde 2009, mais de 50% dos nascimentos ocorreram por este tipo de parto, proporção alcançada anteriormente pelas regiões Sudeste (2004), Sul (2005) e Centro-Oeste (2006). Ao longo do período analisado, observa-se uma redução das desigualdades com relação às regiões Norte e Nordeste, as quais apresentavam menores proporções de partos cesáreos que as demais regiões. Essas duas regiões alcançam proporções muito elevadas de cesáreas em 2012 (45% e 48%, respectivamente), aproximando-se dos 61-62% observados nas demais regiões (Gráfico 5).

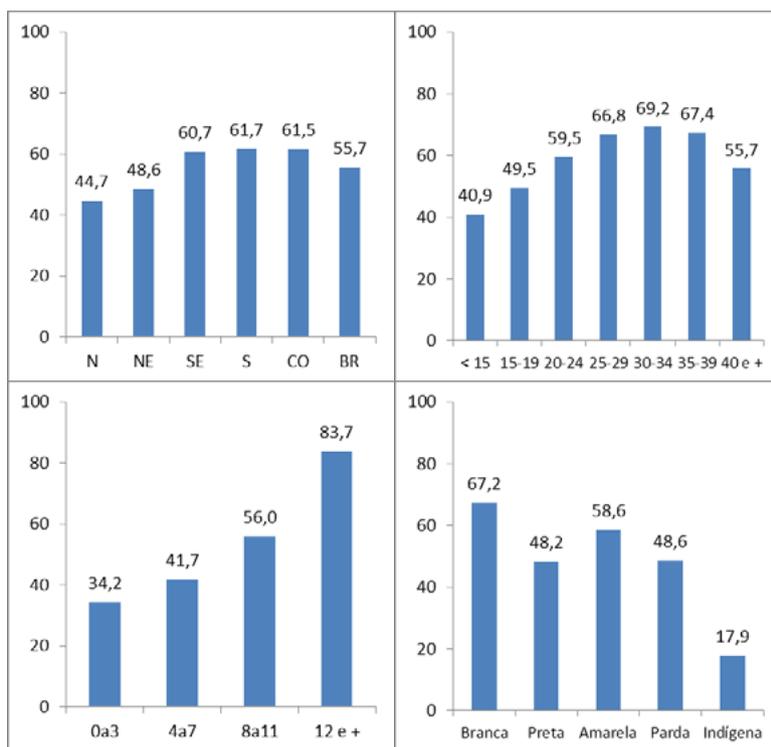
Gráfico 5 – Proporção de nascidos vivos segundo tipo de parto. Brasil e regiões, 2000-2012



Fonte: MS/SVS/CGIAE/Sinasc, 2012.

Quanto à escolaridade e à idade materna, menores proporções de partos cesáreos são encontradas em mães com baixa escolaridade e mais jovens. No outro extremo, mais de 83% das mães com 12 anos ou mais de estudo e mais de 67% daquelas com idades entre 25 e 39 anos realizaram parto cesáreo em 2012. No que diz respeito à cor da pele, enquanto 67% das mães brancas realizaram parto cesáreo, a proporção foi de 18% entre as indígenas (Gráfico 6).

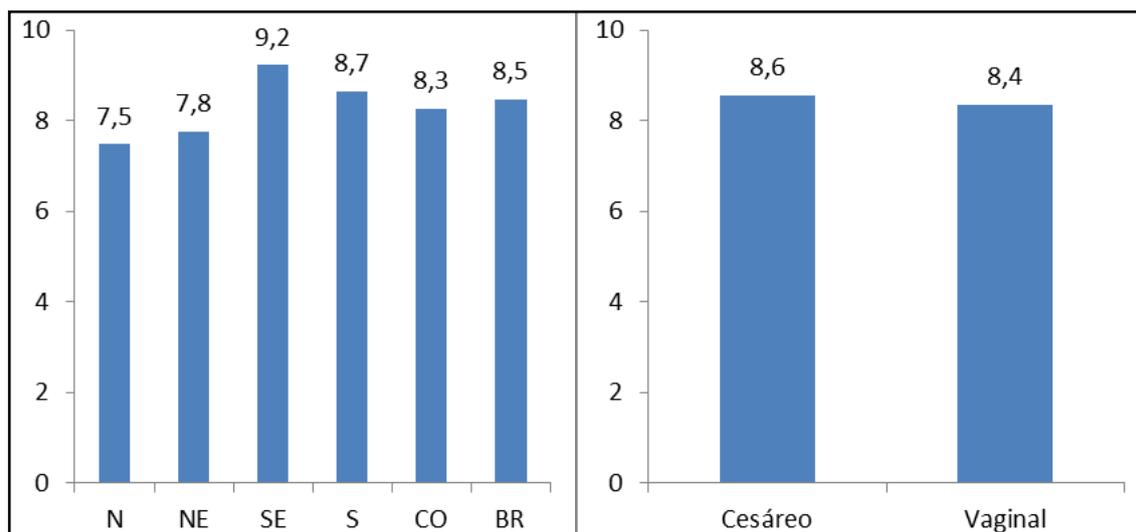
Gráfico 6 – Proporção de nascidos vivos por parto cesáreo segundo região, idade e escolaridade materna, e cor da pele/raça. Brasil, 2012



Fonte: MS/SVS/CGIAE/Sinasc, 2012.

No que se refere às características dos recém-nascidos em 2012, 8,5% tinham baixo peso, com discretas variações regionais, de 9,2% no Sudeste a 7,5% no Norte. Fazendo-se a desagregação por tipo de parto, as proporções de nascidos vivos com baixo peso foram praticamente iguais (Gráfico 7).

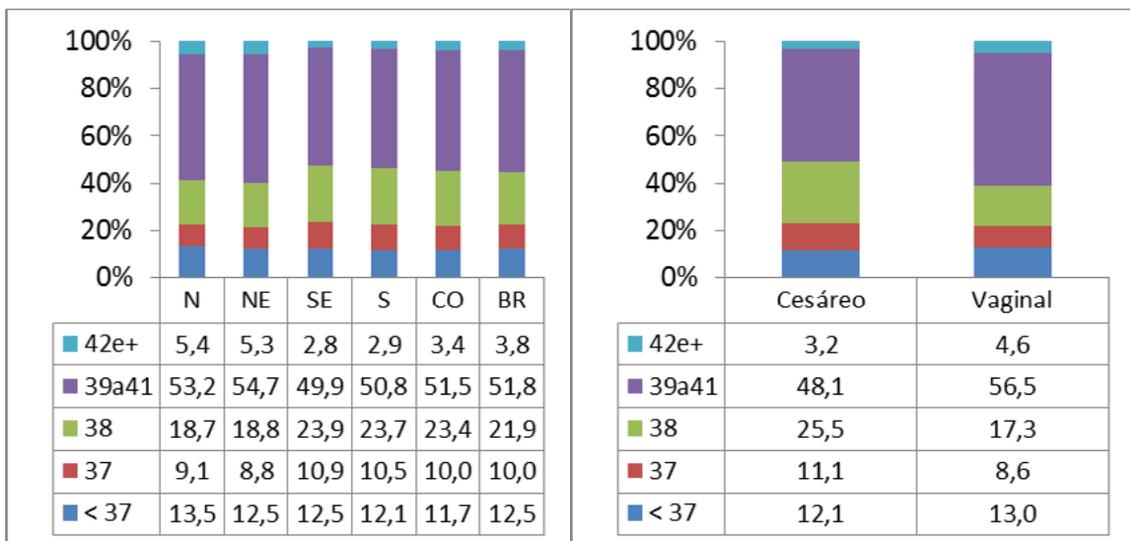
Gráfico 7 – Proporção de nascidos vivos com baixo peso segundo região e tipo de parto. Brasil, 2012



Fonte: MS/SVS/CGIAE/Sinasc, 2012.

Com relação às características da idade gestacional, 12,5% dos nascimentos no Brasil em 2012 ocorreram com menos de 37 semanas, com discretas variações regionais. As variações regionais mais marcantes ocorreram com 38 semanas (19% no Norte e Nordeste a 24% nas demais regiões). Quanto ao tipo de parto, as proporções de nascimentos que ocorrem com 38 semanas apresentam diferenças mais expressivas (36,6% para cesáreas e 25,9% para vaginais), ou seja, um em cada três nascimentos por parto cesáreo ocorre neste período gestacional (Gráfico 8).

Gráfico 8 – Proporção de nascidos vivos segundo duração da gestação por região e tipo de parto. Brasil, 2012



Fonte: MS/SVS/CGIAE/Sinasc, 2012.

Quanto à distribuição das anomalias congênitas, os dados do Sinasc mostram que o número anual de nascimentos com presença de anomalias vem se mantendo na mesma magnitude, ao redor de 22 mil nascimentos, representando 0,8% do total. Em 2012, foram mencionadas em torno de 27 mil anomalias. A distribuição dos tipos mais frequentes de anomalias está na Tabela 1, com destaque para as malformações do sistema osteomuscular.

Tabela 1 – Grupos de anomalias congênitas notificadas. Brasil, 2012

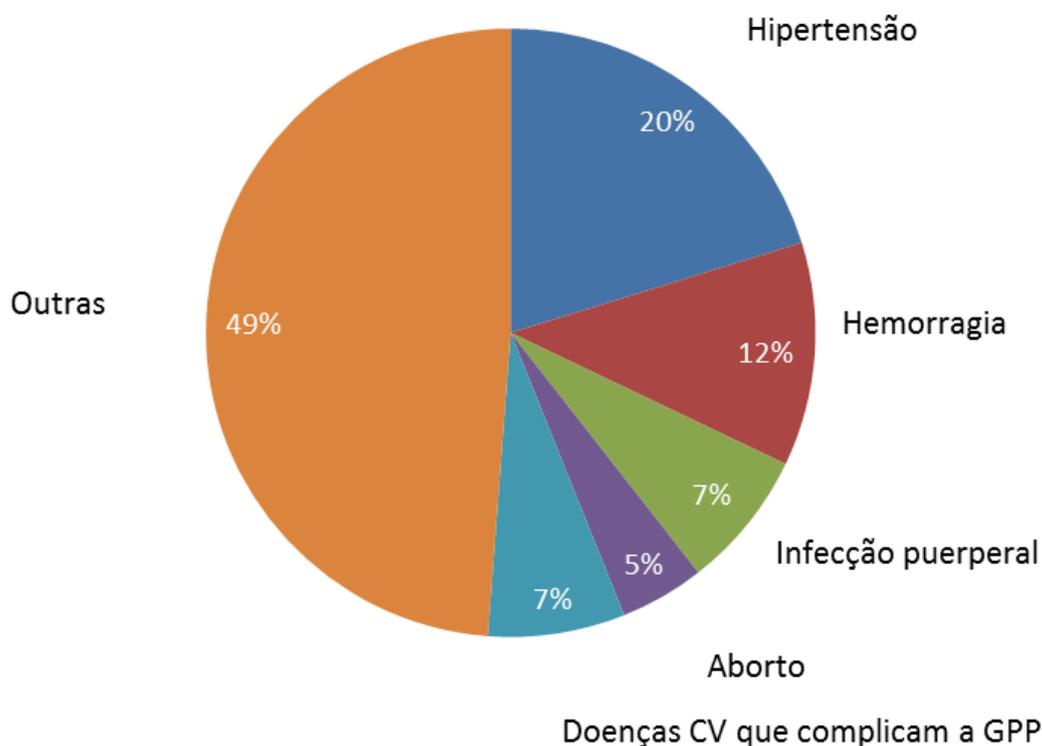
Anomalias	nº	%
Q65-Q79 Malformações do sistema osteomuscular	11.212	40,7
Q00-Q07 Malformações do sistema nervoso	2.716	9,8
Q20-Q28 Malformações do aparelho circulatório	2.376	8,6
Q50-Q56 Malformações dos órgãos genitais	2.049	7,4
Q35-Q37 Fenda labial e palatina	1.913	6,9
Q10-Q18 Malformações do olho, ouvido, face e pescoço	1.804	6,5
Q80-Q89 Outras malformações congênitas	1.587	5,8
Q38-Q45 Outras malformações do aparelho digestivo	1.359	4,9
Q90-Q99 Anomalias cromossômicas NCOP	1.268	4,6
Q60-Q64 Malformações do aparelho urinário	1.268	4,6
Outros	701	2,2
Total	27.577	100,0

Fonte: MS/SVS/CGIAE/Sinasc, 2012.

2 Morbimortalidade materna: tendências, causas e investigação de óbitos

Entre 1990 e 2012, a RMM no Brasil reduziu-se de 141 para 62 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, o que representa diminuição de 56%. As duas principais causas diretas específicas de morte materna no Brasil são a hipertensão e a hemorragia, que corresponderam, em 2012, a 20,2% e 11,9% do total de óbitos maternos, respectivamente. Outras causas obstétricas diretas importantes são a infecção puerperal e o aborto, que corresponderam, respectivamente, a 7,3% e 4,5% do total de óbitos maternos. Entre as causas indiretas, o grupo com maior frequência foi o das doenças do aparelho circulatório complicadas pela gestação, parto ou puerpério, que representou 7,3% do total de óbitos maternos. Ressalta-se que os cinco principais grupos de causas de mortes maternas respondem por cerca da metade desses óbitos (Gráfico 9).

Gráfico 9 – Proporção (%) dos óbitos maternos, segundo tipo de causa. Brasil, 2012



Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM, 2012.

A Tabela 2 mostra a tendência dos óbitos maternos por hipertensão, segundo o fluxo entre município de residência e de ocorrência. Nas quatro categorias populacionais selecionadas e no Brasil houve redução no número de óbitos por hipertensão, de 2008 a 2012. Observa-se também que nas categorias <20 mil e de 20 a 50 mil habitantes a redução de óbitos atingiu as mulheres que residiam no mesmo município onde morreram. Entretanto, nas outras categorias populacionais (50-100 mil, 100 mil+ e total), a redução ocorreu tanto entre mulheres que morreram dentro quanto entre aquelas que morreram fora do município onde residiam, com percentuais similares em todo o período estudado. Quando se realiza esta mesma análise nos óbitos maternos por hemorragia, não se observa o mesmo comportamento de redução.

Tabela 2 – Diferença proporcional do número de casos de 2008 para 2012, segundo causa, porte do município onde ocorreu o óbito, e comparação entre município de residência da mulher e de ocorrência do óbito. Brasil, 2008 e 2012

Porte do Município de Ocorrência	Morreu no município de residência?	Diferença % 2008-2012 para hemorragia	Diferença % 2008-2012 para hipertensão
<20mil	Não	-25%	0%
	Sim	10%	-47%
	Total	0%	-38%
20a50mil	Não	-22%	0%
	Sim	-6%	-33%
	Total	-12%	-26%
50a100mil	Não	-13%	-35%
	Sim	-19%	-30%
	Total	-16%	-33%
100mil ou +	Não	15%	-9%
	Sim	-15%	-14%
	Total	-2%	-12%
Brasil	Não	4%	-13%
	Sim	-12%	-21%
	Total	-6%	-17%

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)-Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Ministério da Saúde (MS).

Quanto aos grupos etários, em 2012, do total de óbitos maternos 14% ocorreram em mulheres com menos de 20 anos de idade, 77,1% no grupo de 20 a 39 anos e 8,7% entre as mulheres de 40 anos de idade ou mais. A região Norte foi aquela que apresentou a maior concentração de óbitos em mulheres com menos de 20 anos (20,2%), e a região Centro-Oeste, a menor (11,4%) (Tabela 3).

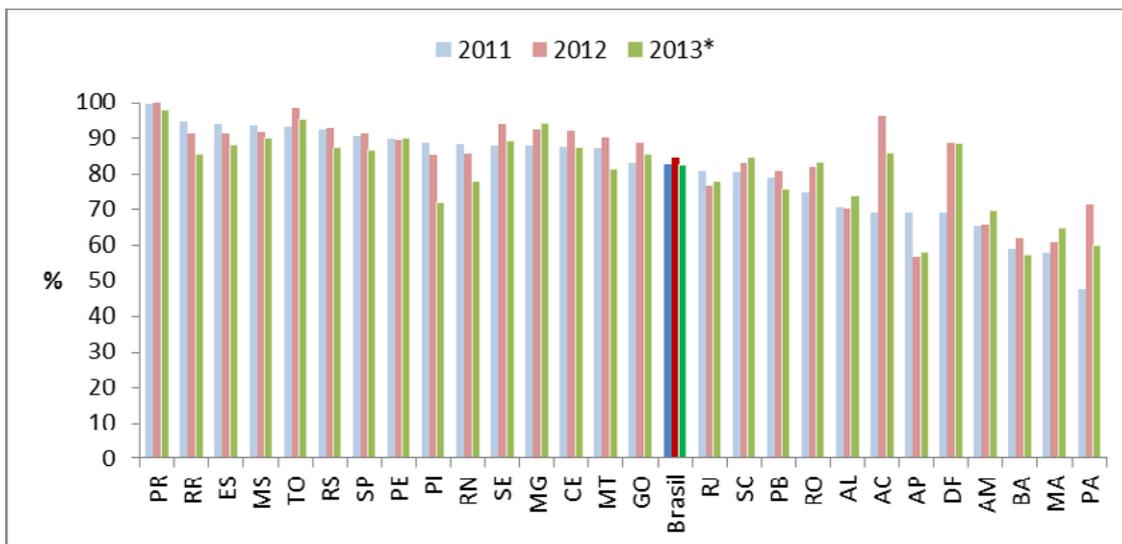
Tabela 3 – Proporção (%) de óbitos maternos, segundo faixa etária. Brasil e regiões, 2012

Faixa etária (anos)	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
<20	20,2	16,1	11,5	12,0	11,4	14,2
20 a 29	45,1	40,8	40,5	38,3	46,9	41,5
30 a 39	26,9	34,3	38,3	41,0	35,6	35,6
40 e mais	7,8	8,8	9,7	8,7	6,1	8,7

Fonte: SIM-CGIAE/SVS/MS.

Em 2012, a investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) foi igual ou superior a 85% em 17 Unidades da Federação (Ufs), enquanto três UFs tiveram percentuais de investigação abaixo de 65% (Gráfico 10).

Gráfico 10 – Proporção (%) de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados. Brasil e Unidades da Federação (UFs), 2011 a 2013*



Número de UF			
Percentual investigado	2011	2012	2013*
>=85%	14	17	14
65-84%	10	7	9
<65%	3	3	4

Fonte: SIM-CGIAE/SVS/MS.

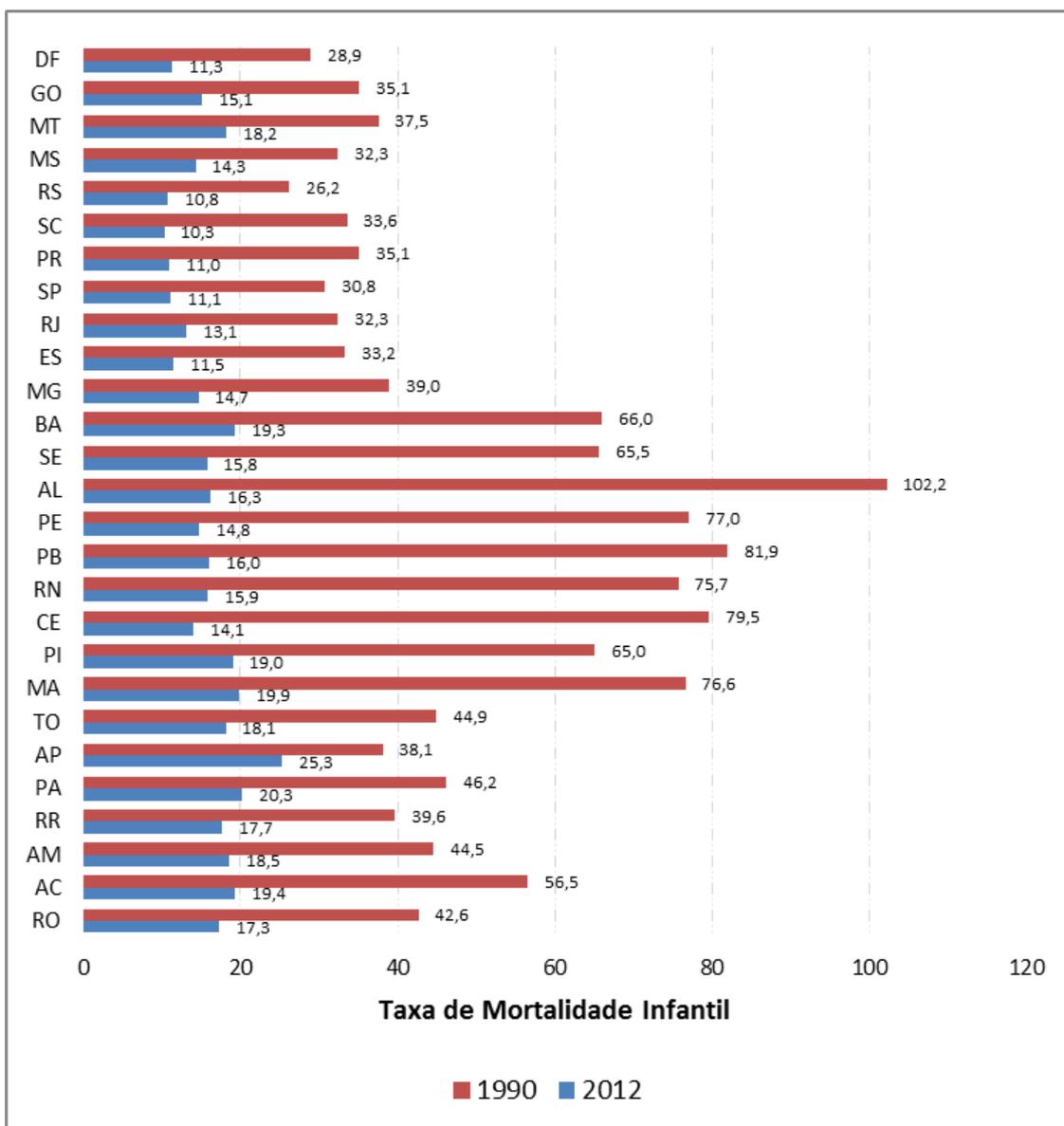
* Dados preliminares para 2013.

No Brasil, a vigilância do óbito materno vem apresentando avanços significativos. A meta da agenda estratégica da SVS – 85% de óbitos maternos e de MIF investigados – já foi praticamente atingida. No entanto, este avanço precisa atingir o tempo oportuno, para que a tomada de decisões possa culminar em ações efetivas.

3 Mortalidade infantil no Brasil

O Brasil apresentou uma redução expressiva da taxa de mortalidade infantil (TMI) no período de 1990 a 2012, passando de 47,1 óbitos infantis por mil nascidos vivos (NV) em 1990 para 14,6/1.000 NV em 2012, significando uma redução de aproximadamente 70% neste período. Destaque-se o estado de Alagoas, que apresentava, em 1990, valor superior a 100/1.000 NV, reduzindo, em 2012, para uma taxa próxima de 16/1.000 NV. Inclusive os estados da região Sul e Sudeste, que já mostravam em 1990 as menores taxas do país, apresentaram uma redução de mais de 50% no período. Observa-se, portanto, uma redução da variabilidade geográfica e um processo de convergência das TMI das UFs para níveis entre 10 e 20/1.000 NV (Gráfico 11).

Gráfico 11 – Taxa de mortalidade infantil por UF. Brasil. 1990 e 2012

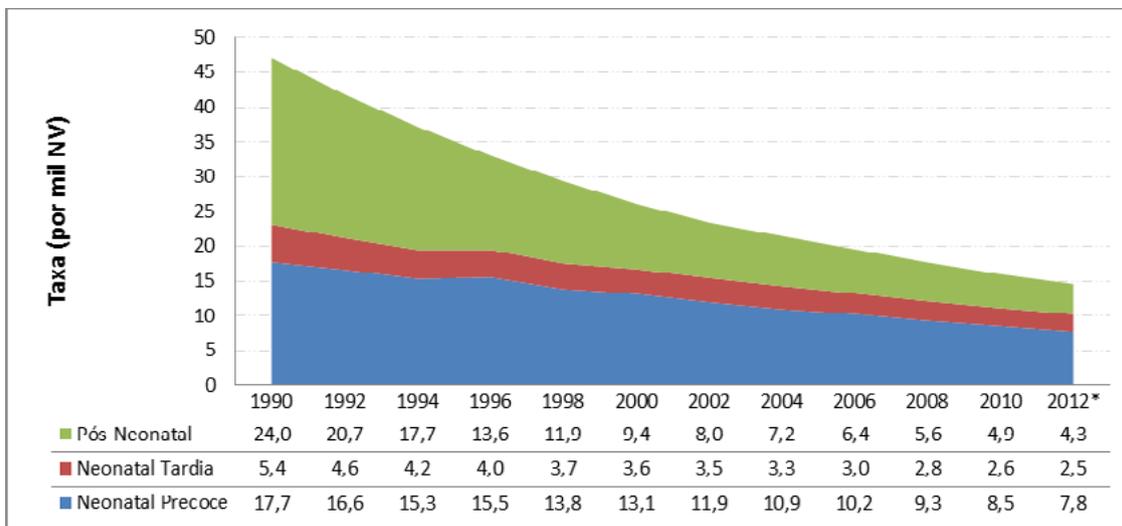


Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM e Sinasc, 2000, 2010 e 2012; SZWARCWALD et. al., Estudo Busca Ativa, Saúde Brasil 2010.

* 2012 - Dados preliminares.

Quanto à mudança no perfil da mortalidade infantil (MI) no país, em 1990 o componente pós-neonatal representava 51% da MI, caindo para 29% em 2012, dando o lugar preponderante ao componente neonatal precoce, que representa 53% da MI (Gráfico 12).

Gráfico 12 – Taxa de mortalidade infantil por componente. Brasil, 1990 a 2012

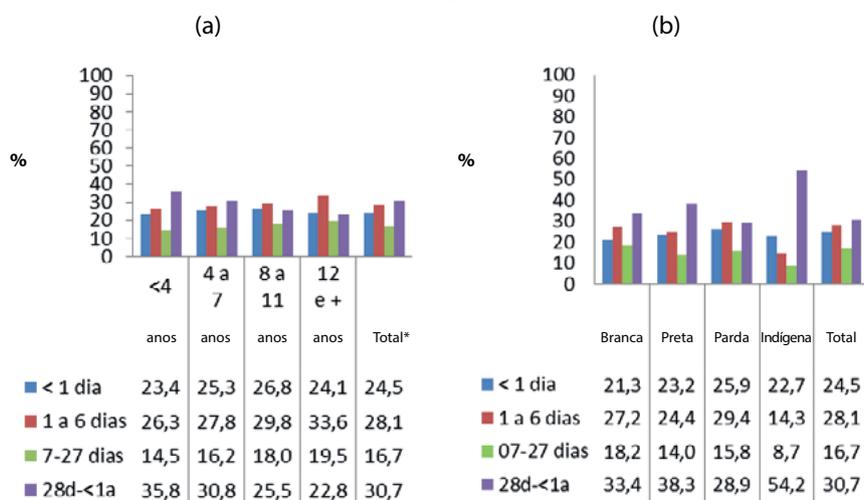


Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM, 1990 a 2012; MS/SVS/CGIAE/Sinasc 2000 a 2012; SZWARCWALD et. al., Estudo Busca Ativa, Saúde Brasil 2010.

* Dados preliminares.

Quanto à escolaridade da mãe, os dados sugerem diferenças no perfil da mortalidade infantil segundo seus componentes. Quanto menor a escolaridade materna, maior a importância do componente pós-neonatal, com proporção de óbitos de crianças com 28 dias ou mais de vida superior a 30% (Gráfico 13a). No que diz respeito à cor da pele/raça, o que mais chama a atenção é a elevada proporção de óbitos no período pós-neonatal entre indígenas (54%), como já observado em edições anteriores do Saúde Brasil (Gráfico 13b).

Gráfico 13 – Proporção de óbitos infantis por tempo de vida, segundo (a) escolaridade (b) e raça/cor materna. Brasil, 2012



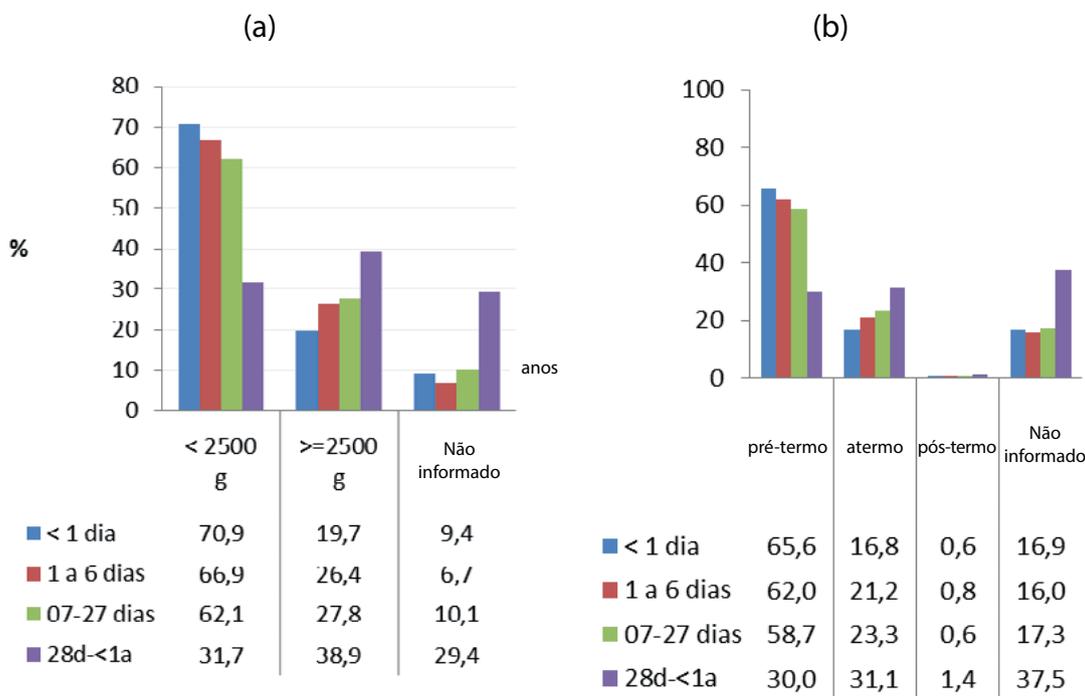
Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM, 2012.

* Incluem-se os óbitos com dados ignorados ou ausentes.

Com relação ao peso ao nascer, observa-se que, no período neonatal, mais de 60% dos óbitos infantis são

de recém-nascidos com baixo peso. Essa proporção é maior quanto menor o tempo de vida. Por outro lado, no período pós-neonatal, ressalta-se a elevada proporção de óbitos infantis de crianças que nasceram com peso adequado (39%). No entanto, deve-se considerar que essa proporção poderá ser ainda maior se houver uma melhoria na declaração dessa característica quando da certificação do óbito infantil, haja vista a elevada proporção de óbitos cuja informação sobre peso ao nascer é ignorada ou não consta da Declaração de Óbito (29,4%). No que se refere à idade gestacional, dois a cada três óbitos ocorridos no período neonatal precoce são de prematuros (Gráfico 14a). Essa proporção cai para 30% quando o óbito ocorre no período pós-neonatal. No entanto, da mesma forma que no caso do peso ao nascer, a proporção de óbitos cuja informação sobre a duração da gestação é ignorada alcança 37,5%, o que dificulta sobremaneira a análise da associação da duração da gestação como fator de risco para o óbito infantil que ocorre após a criança completar 28 dias de vida (Gráfico 14b).

Gráfico 14 – Proporção de óbitos infantis por tempo de vida segundo categorias (a) de peso ao nascer e (b) duração da gestação. Brasil e regiões, 2012



Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM, 2012.

A prematuridade e asfixia/hipóxia ocupam a 1ª e a 2ª posições, respectivamente, entre as mortes ocorridas nas primeiras 24 horas, enquanto as infecções perinatais ocupam a 2ª posição a partir do primeiro dia de vida. Na sequência, as malformações congênicas ganham importância quando se passa do neonatal precoce ao tardio. No pós-neonatal, as malformações congênicas (25%) e as infecções da criança (25%) apresentam-se como os principais grupos de causas em óbitos infantis de crianças que completaram 28 dias de vida, em 2012. Nesse período, também ganham destaque as causas externas, responsáveis por aproximadamente 9% dos óbitos infantis ocorridos em 2012 (Tabela 4).

Tabela 4 – Causas de mortes infantis segundo tempo de vida. Brasil, 2000, 2005, 2010 e 2012

Grupos de causas de óbito	< 1 dia				1 a 6 dias			
	2000	2005	2010	2012	2000	2005	2010	2012
Fatores perinatais e maternos	60,9	68,3	72,6	69,8	63,9	70,5	72,5	71,9
Prematuridade	26,3	29,9	32,3	28,3	27,0	26,5	25,4	24,0
Infecções perinatais	3,6	3,8	4,1	3,9	16,3	18,4	17,3	17,5
Asfixia/hipóxia	19,7	20,0	19,3	18,8	12,7	13,2	14,3	13,2
Fatores maternos	7,0	9,1	12,7	14,9	4,4	7,5	12,1	14,0
Malformações congênicas	12,4	15,5	18,7	19,9	9,8	12,4	14,7	15,7
Infecções da criança	0,1	0,0	0,0	0,0	0,7	0,3	0,2	0,2
Causas externas na criança	0,3	0,4	0,3	0,9	0,4	0,5	0,5	0,6
Afecções respiratórias perinatais	4,2	5,5	4,3	3,9	3,5	5,0	3,4	3,2
Causas mal definidas	23,7	13,2	5,6	5,6	20,4	11,2	5,7	5,8
Demais causas	2,6	2,6	2,8	3,9	4,7	5,0	6,4	5,9
Grupos de causas de óbito	7 a 27 dias				28 dias a 1 ano			
	2000	2005	2010	2012	2000	2005	2010	2012
Fatores perinatais e maternos	56,1	62,8	62,9	63,7	5,9	8,5	13,0	13,1
Prematuridade	14,5	14,8	15,4	14,3	1,3	2,0	3,8	3,9
Infecções perinatais	30,0	31,8	27,9	27,9	3,0	3,4	4,7	5,1
Asfixia/hipóxia	6,1	7,0	7,8	7,8	0,9	1,6	2,1	1,7
Fatores maternos	3,4	6,5	9,6	11,6	0,4	1,1	1,9	1,8
Malformações congênicas	14,9	17,1	21,1	20,9	10,6	16,3	23,2	25,1
Infecções da criança	4,3	3,9	2,1	2,2	33,6	33,4	26,2	24,9
Causas externas na criança	1,1	1,4	1,5	1,5	5,4	6,8	8,4	8,7
Afecções respiratórias perinatais	2,0	2,8	2,2	2,1	0,2	0,4	0,5	0,6
Causas mal definidas	16,5	8,1	4,3	4,0	27,5	15,5	9,7	9,0
Demais causas	7,1	6,7	8,0	7,7	17,0	19,6	19,5	19,2

Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM, 2012.

4 Perfil da mortalidade da população brasileira em 2012

Quanto às causas específicas de mortalidade e risco de morte no Brasil, observou-se que as causas de morte e o risco de morrer variaram segundo a faixa etária e o sexo, conforme descritos na sequência e de acordo com a primeira coluna das Tabelas 5a e 5b.

Entre os menores de 1 ano, a causa mais importante de morte, com um risco bastante elevado, foram as causas perinatais, em segundo foram as malformações congênitas, e em terceiro, pneumonia e influenza. Na faixa etária de 1 a 9 anos, ainda a pneumonia e influenza e as malformações congênitas mostraram-se importantes, sendo a primeira e segunda causa de morte neste grupo; a terceira causa foi o acidente de transporte terrestre.

Na faixa etária de adolescentes (10 a 19 anos), as três primeiras causas de morte para os homens e as duas primeiras para as mulheres foram causas externas. Para os homens o homicídio foi a primeira causa, e para as mulheres foi o acidente de transporte terrestre. Entre as mulheres, a leucemia foi a terceira causa de morte.

As causas de morte na faixa etária de 20 a 39 anos foram similares para homens e mulheres – as duas primeiras causas são as mesmas dos adolescentes, a terceira causa foi HIV/aids. É importante frisar que, apesar das similaridades das causas de morte entre homens e mulheres, o risco de morte foi muito maior para os homens. Para os homicídios, a diferença chega a ser de nove vezes, e para HIV/aids, duas vezes.

A doença isquêmica do coração e a cerebrovascular estão entre as duas primeiras causas de morte para homens e mulheres na faixa etária de 40 a 59 anos. A terceira causa entre mulheres foi o câncer de mama, e entre os homens a cirrose e outras doenças do fígado. O risco de morte pelas doenças do aparelho circulatório para homens foi mais alto que para as mulheres, chegando a duas vezes para a doença isquêmica do coração.

Na faixa etária de 60 anos e mais, as duas primeiras causas de morte foram as doenças do aparelho circulatório (isquêmicas e cerebrovascular); a diferença para a faixa etária de 40 a 59 anos é que os riscos foram consideravelmente maiores. A terceira causa foi diferente para homens e mulheres – pneumonia e influenza para os homens, diabetes para as mulheres. É importante ressaltar que mesmo nesta faixa etária o risco de morte para os homens, quanto às doenças do aparelho circulatório, mostrou-se maior que o risco de morte para as mulheres.

A distribuição regional pode ser observada nas demais colunas das tabelas 5a e 5b.

Tabela 5a – Risco de morte (por 100 mil hab.) por causa específica para mulheres, segundo faixa etária. Brasil, 2012

Sexo	Faixa etária	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
		Causas	Tx.	Causas	Tx.	Causas	Tx.	Causas	Tx.	Causas	Tx.	Causas	Tx.
Feminino	Menor de 1 ano	C. per.	905	C. per.	1170	C. per.	1109	C. per.	794	C. per.	653	C. per.	924
		Malf. cong.	328	Malf. cong.	390	Malf. cong.	390	Malf. cong.	305	Malf. cong.	289	Malf. cong.	330
		Infl. pneum.	57	Infl. pneum.	108	Infl. pneum.	85	Infl. pneum.	45	Infl. pneum.	28	Infl. pneum.	52
	1 a 9 anos	Infl. pneum.	5	Infl. pneum.	11	Infl. pneum.	6	Infl. pneum.	4	Malf. cong.	5	Infl. pneum.	5
		Malf. cong.	4	Malf. cong.	4	Malf. cong.	4	Malf. cong.	3	ATT	3	Malf. cong.	4
		ATT	3	D. inf. intes.	4	Afogam.	2	ATT	2	CA. inf. hem.	2	ATT	3
	10 a 19 anos	ATT	4	ATT	5	Homic.	5	ATT	5	ATT	8	ATT	8
		Homic.	4	Homic.	4	ATT	5	Homic.	4	Homic.	4	Homic.	6
		CA. inf. hem.	2	CA. inf. hem.	3	GPP	3	CA. inf. hem.	2	CA. inf. hem.	2	GPP	2
	20 a 39 anos	ATT	8	HIV	10	HIV	10	ATT	8	ATT	11	ATT	13
		Homic.	7	ATT	8	ATT	8	HIV	7	HIV	10	Homic.	11
		HIV	7	Homic.	8	Homic.	8	Homic.	6	Homic.	6	HIV	5
	40 a 59 anos	DCV	38	DCV	37	DCV	42	DCV	37	DCV	31	DCV	36
DIC		37	CA. Útero	31	DIC	40	DIC	36	DIC	31	DIC	33	
CA. Mama		27	Diab.	29	Diab.	30	CA. mama	27	CA. mama	28	CA. mama	25	
60 ano e mais	DCV	391	DCV	430	DCV	433	DCV	342	DCV	403	DCV	322	
	DIC	332	Diab.	325	Diab.	356	DIC	328	DIC	329	DIC	279	
	Diabe.	260	DIC	251	DIC	325	Infl. pneum.	287	Diab.	220	Infl. pneum.	230	

Fonte: SVS/MS.

Tabela 5b - Risco de morte (por 100 mil hab.) por causa específica para homens, segundo faixa etária. Brasil, 2012

Sexo	Faixa etária	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
		Causas	Tx.	Causas	Tx.	Causas	Tx.	Causas	Tx.	Causas	Tx.	Causas	Tx.
Masculino	Menor de 1 ano	C.per.	1162	C.per.	1560	C.per.	1435	C.per.	999	C.per.	822	C.per.	1161
		Malf. cong.	358	Malf. cong.	401	Malf. cong.	372	Malf. cong.	335	Malf. cong.	333	Malf. cong.	426
		Infl. pneum.	67	Infl. pneum.	139	Infl. pneum.	72	Infl. pneum.	49	Infl. pneum.	30	Infl. pneum.	64
	1 a 9 anos	Infl. pneum.	5	Infl. pneum.	11	Malf. cong.	5	Infl. pneum.	4	ATT	6	ATT	7
		Malf. cong.	5	Afogam.	7	Infl. pneum.	5	Malf. cong.	4	Malf. cong.	5	Malf. cong.	5
	10 a 19 anos	ATT	4	Malf. cong.	5	ATT	4	ATT	3	Infl. pneum.	3	Infl. pneum.	5
		Homic.	46	Homic.	54	Homic.	62	Homic.	33	Homic.	37	Homic.	54
		ATT	20	ATT	16	ATT	18	ATT	18	ATT	28	ATT	26
	20 a 39 anos	Afoga.	5	Afogam.	6	Afogam.	6	Afogam.	5	Afogam.	8	Afogam.	6
		Homic.	91	Homic.	116	Homic.	117	Homic.	64	Homic.	75	Homic.	102
		ATT	53	ATT	50	ATT	49	ATT	44	ATT	61	ATT	64
	40 a 59 anos	HIV	15	HIV	24	HIV	24	HIV	14	HIV	17	Suic.	12
		DIC	87	DIC	67	DIC	81	DIC	92	DIC	78	DIC	81
		Cirr.	58	Homic.	56	Cirr.	67	Cirr.	58	ATT	51	ATT	61
	60 ano e mais	DCV	51	ATT	52	DCV	53	DCV	52	Cirr.	50	Homic.	49
		DIC	503	DCV	513	DIC	535	DIC	507	DIC	500	DIC	449
		DCV	484	DIC	419	DCV	477	DCV	484	DCV	473	DCV	407
		Infl.Pneum.	260	Diab.	282	Diab.	306	Infl. pneum.	320	DCVAI	362	DCVAI	302

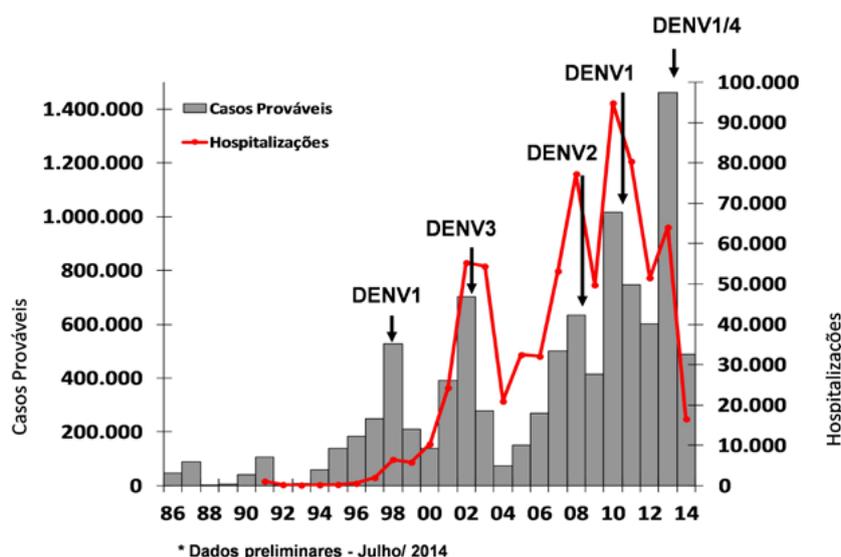
Abr.	Causa	Abr.	Causa	Abr.	Causa
Afogam.	Afogamento	Cirr.	Cirrose outras D. fígado	GPP	Gravidez, parto e puerpério
ATT	Ac. transporte terrestre	D. inf. intes.	D. infecciosa Intestinal	HIV	Doença pelo HIV
C.per.	Causas perinatais	DCV	D. cerebrovasculares	Homic.	Agressões (homicídio)
CA. linf. hem.	Neop. tec. linf. e hemato.	DCVAI	D crônicas vias aéreas inf.	Infl. pneum.	Influenza e pneumonia
CA. mama	Neop. mama fem.	Diab.	Diabetes	Malf. cong.	Malformações congênitas
CA. Útero	Neop. útero	DIC	D. isquêmica coração	Suic.	Suicídio

Fonte: SVS/MS.

5 Surtos, epidemias e doenças com potencial epidêmico no Brasil em 2013

A ocorrência epidêmica de maior relevância no país em 2013 foi o pico epidêmico de dengue observado naquele ano. Foram notificados 1.470.487 casos prováveis, configurando o maior pico epidêmico da doença, desde a sua introdução no país em meados da década de oitenta do século passado (Gráfico 15). Os três estados mais populosos do país, todos localizados na região Sudeste (São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro), concentraram o maior número de casos, porém a maior incidência foi observada em Mato Grosso do Sul e Goiás, estados da região Centro-Oeste.

Gráfico 15 – Dengue: número de casos prováveis e hospitalizações. Brasil, 1986-2014

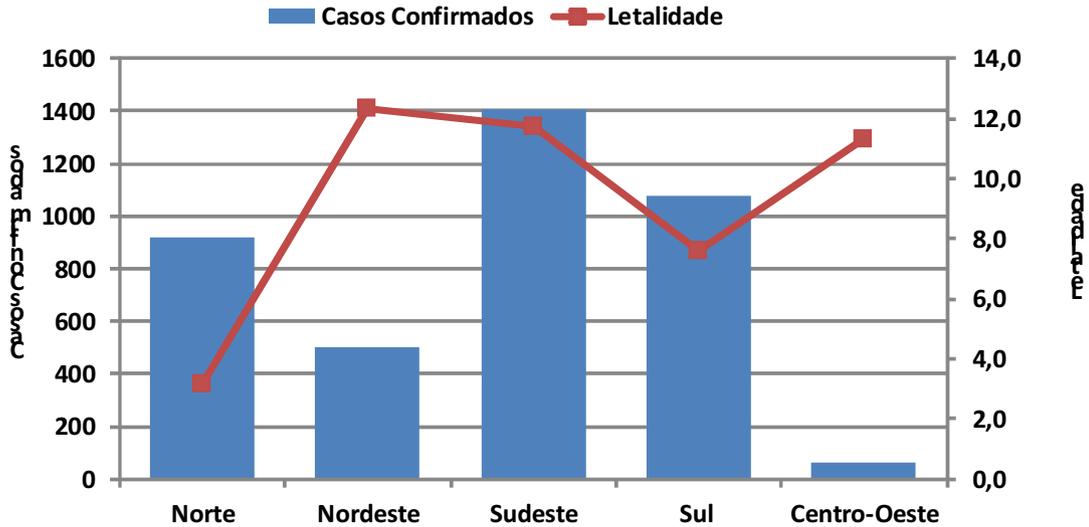


Fonte: SIM/SIH-SUS

Apesar da intensificação da transmissão, vem-se observando nos últimos cinco anos uma redução na proporção de casos classificados como graves, e também uma redução no número de óbitos e na letalidade da doença. Essa redução pode estar relacionada a um aumento da capacidade dos serviços de saúde no manejo dos casos de dengue, o que estaria evitando a progressão para formas clínicas mais graves e ao óbito.

A leptospirose no Brasil ocorre de forma endêmica, com picos epidêmicos em períodos chuvosos, principalmente nos centros urbanos, onde a aglomeração populacional em áreas com condições inadequadas de saneamento e a alta infestação de roedores infectados predispõem à ocorrência de casos, em geral após inundações. No Brasil, no período de 2007 a 2013, foram confirmados 26.941 casos, sendo que, em 2013, o número de casos foi de 3.963 (Gráfico 16). A letalidade em 2013 foi de 10%. A incidência, em 2013, foi de 1,97/100 mil habitantes. Dos 3.963 casos confirmados, 76,4% (3.031/3.963) eram do sexo masculino. A faixa etária mais acometida foi a dos 20 a 49 anos, com 58% (2.299/3.963).

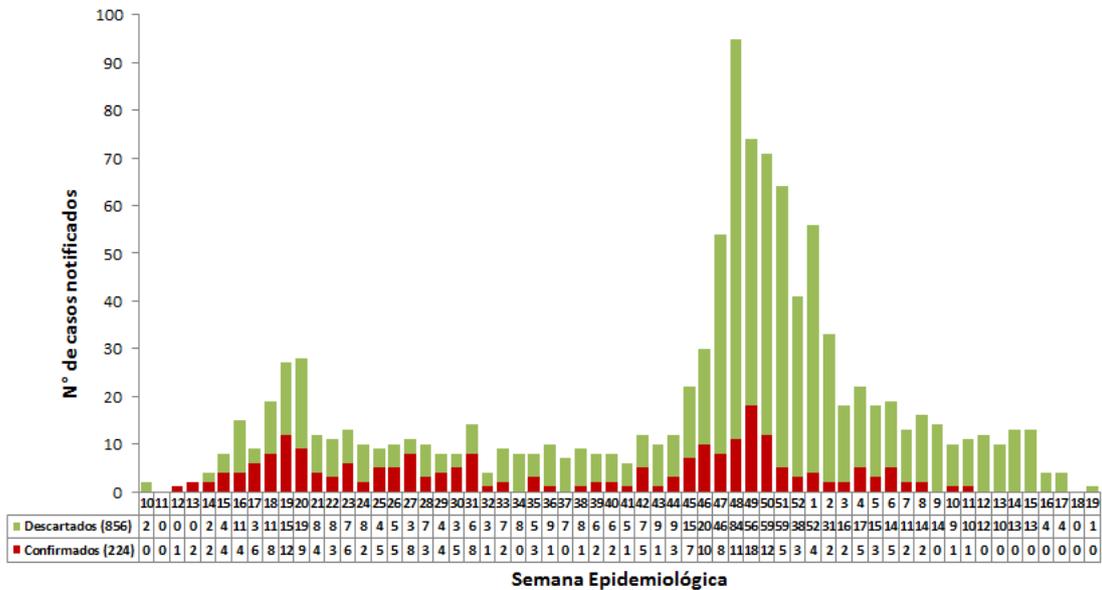
Gráfico 16 – Casos confirmados de leptospirose e letalidade (%), segundo regiões. Brasil, 2007 a 2013



Fonte: SINAN/SVS/MS.

No ano 2000 foi alcançada a interrupção da transmissão autóctone do sarampo no Brasil. Desde então, o país vem convivendo com a ocorrência de casos importados entre viajantes e surtos a eles relacionados. A partir da semana epidemiológica (SE) nº 10/2013, identificou-se a ocorrência do maior surto já detectado no período pós-interrupção da transmissão. Mais de 200 casos confirmados foram notificados no estado de Pernambuco, surto que envolveu a região metropolitana do Recife e alguns municípios do interior (Gráfico 17).

Gráfico 17 – Número de casos de sarampo, segundo classificação final e semana epidemiológica. Pernambuco, 2013-2014



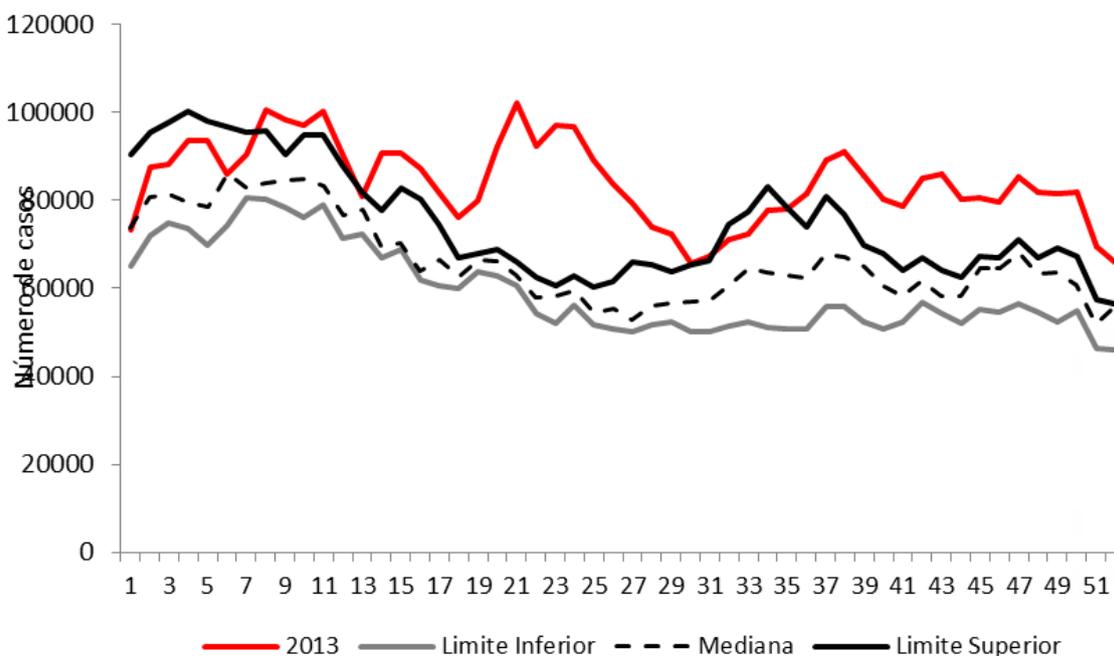
Fonte: SVS/MS.

Em 2013 foram notificados 36.134 casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Destes, 16,4% (5.935) foram confirmados para influenza. Entre os casos de influenza, predominou o vírus influenza A(H1N1) pdm09, com proporção de 62,9% (3.733). Também foram identificados 1.337 (22,5%) casos decorrentes de

infecção por influenza B (ocorridos principalmente a partir da SE 20), 669 (11,3%) casos de influenza A(H3N2) e outros 198 (3,3%) casos confirmados para influenza A sem identificação do subtipo. O pico de casos de SRAG por influenza ocorreu na SE 23 e, desde então, verificou-se tendência de queda. A resposta brasileira à pandemia de influenza pelo vírus A/H1N1pdm09 foi marcada pela grande campanha de vacinação realizada no 1º semestre de 2010, na qual quase 90 milhões de pessoas foram vacinadas.

Com relação às doenças diarreicas agudas, a análise dos dados da Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA), registrados no Sistema de Informações de Vigilância Epidemiológica das Doenças Diarreicas Agudas (SIVEP_MDDA), mostra que as faixas etárias mais acometidas foram a de 10 anos ou mais (57,59%) e 1 a 4 anos (22,01%), seguidas por 5 a 9 anos (12,07%) e menor de 1 ano (7,18%). Observando-se o Diagrama de Controle de DDA no Brasil (Gráfico 18), fica claro que durante o ano de 2013 a incidência de casos notificados de DDA manteve-se acima do limite superior quase que por todo o ano.

Gráfico 18 – Diagrama de controle das doenças diarreicas agudas. Brasil, semanas epidemiológicas 1 a 52, 2007-2013



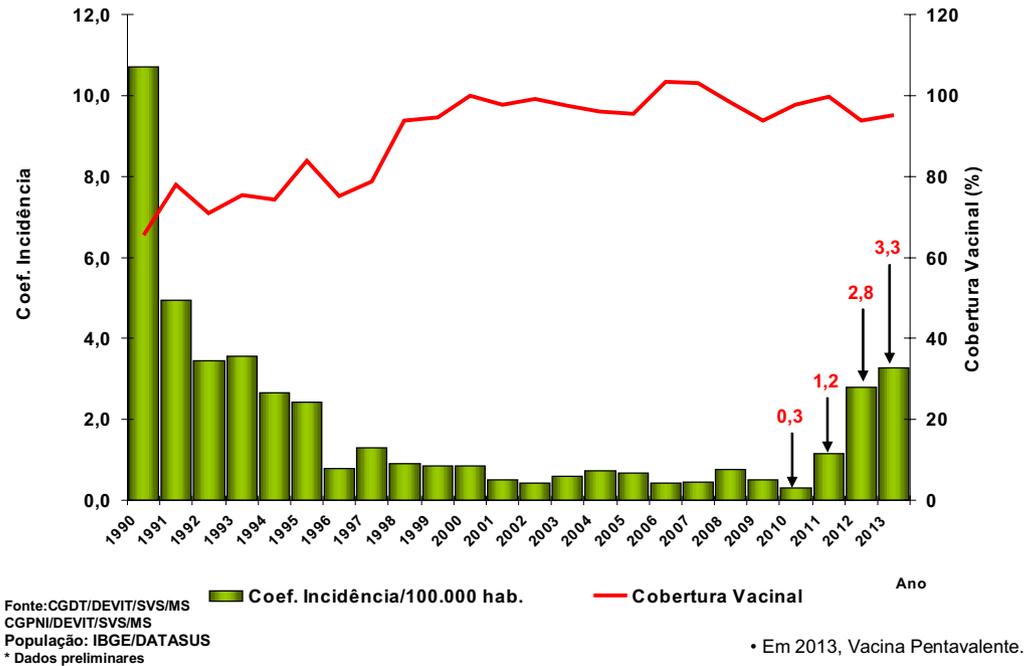
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Essa situação provavelmente relaciona-se à escassez de chuvas em 2013, especialmente nas regiões Nordeste e Sudeste. Esse fenômeno influenciou na redução da oferta de água nos reservatórios, gerando intermitência ou interrupção no fornecimento de água à população. A água destinada ao consumo humano, quando não ofertada em quantidade suficiente e em qualidade adequada, representa o principal veículo de transmissão de doenças como diarreia, cólera, hepatites virais, entre outras. A disponibilidade de água potável é a medida mais efetiva na prevenção dessas doenças. Um obstáculo para o adequado tratamento da água pelas técnicas habituais é o excesso de quantidade de matéria orgânica em relação ao volume de água nos reservatórios. Esse acúmulo deve-se à diminuição do volume de água em razão da seca. Além disso, a água em pequena quantidade contribui para uma maior concentração de patógenos, que facilita a transmissão dos agentes etiológicos causadores de doenças diarreicas agudas.

No que se refere à coqueluche, com o incremento das coberturas vacinais, a partir da segunda metade da década de noventa do século passado, observou-se uma redução acentuada de sua incidência (Gráfico 19),

sendo que, no período de 1998 a 2000, observou-se uma incidência de 0,9/100 mil hab. No período de 2004 a 2010, a incidência variou entre 0,72/100 mil hab. e 0,32/100 mil hab., respectivamente. No entanto, a partir de meados de 2011, observou-se um aumento do número de casos da doença no país, principalmente entre os menores de 1 ano. Este grupo etário concentra mais de 70% dos casos.

Gráfico 19 – Coeficiente de incidência de coqueluche (por 100 mil habitantes) e cobertura vacinal com DTP e DTP+HiB. Brasil, 1990 a 2013*



Fonte: Sinan.

*2013 – Vacina pentavalente, dados preliminares.

6 Mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2000 a 2011

Os resultados mostraram a magnitude e variação entre 2000 e 2011 da mortalidade prematura por DCNT e pelos quatro grandes grupos de causas, cujo risco de morte prematura apresentou, em ordem decrescente: doenças do aparelho circulatório (DAC), neoplasias, doenças respiratórias crônicas (DRC) e diabetes. Foram identificadas desigualdades regionais e diferenças de sexo. A Tabela 6 mostra as variações percentuais observadas para o conjunto das DCNT no Brasil nos anos de 2000 e 2011. Vale ressaltar que as DAC e as neoplasias apresentaram certa semelhança com relação ao sexo, enquanto a menor variação para o sexo feminino foi para as doenças crônicas respiratórias (taxas de 14,2 para 11,4), e para o sexo masculino, diabetes (taxas de 36,1 para 33,6). De toda forma, para o conjunto das DCNT em ambos os sexos, todas as UFs apresentaram variação percentual de redução, com exceção do sexo masculino na Paraíba (taxas de 386,5 em 2000 para 400,6 em 2011) e sexo feminino em Roraima (taxas de 249,8 em 2000 para 273,1 em 2011). Para o grupo das doenças do aparelho circulatório, em ambos os sexos, as UFs que apresentaram maior redução percentual foram Distrito Federal, Minas Gerais e Espírito Santo. Para as neoplasias, as maiores reduções ocorreram no Maranhão e no Distrito Federal. Para o grupo das doenças respiratórias crônicas, a UF que apresentou maior redução foi o Amapá. Para o diabetes, foram Sergipe, São Paulo, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal.

Tabela 6 – Taxas padronizadas de mortalidade por DCNT (por 100 mil hab.) em 2011 e variação percentual (de 2000 a 2011), segundo UF, sexo e tipo de doença. Brasil, 2000 e 2011

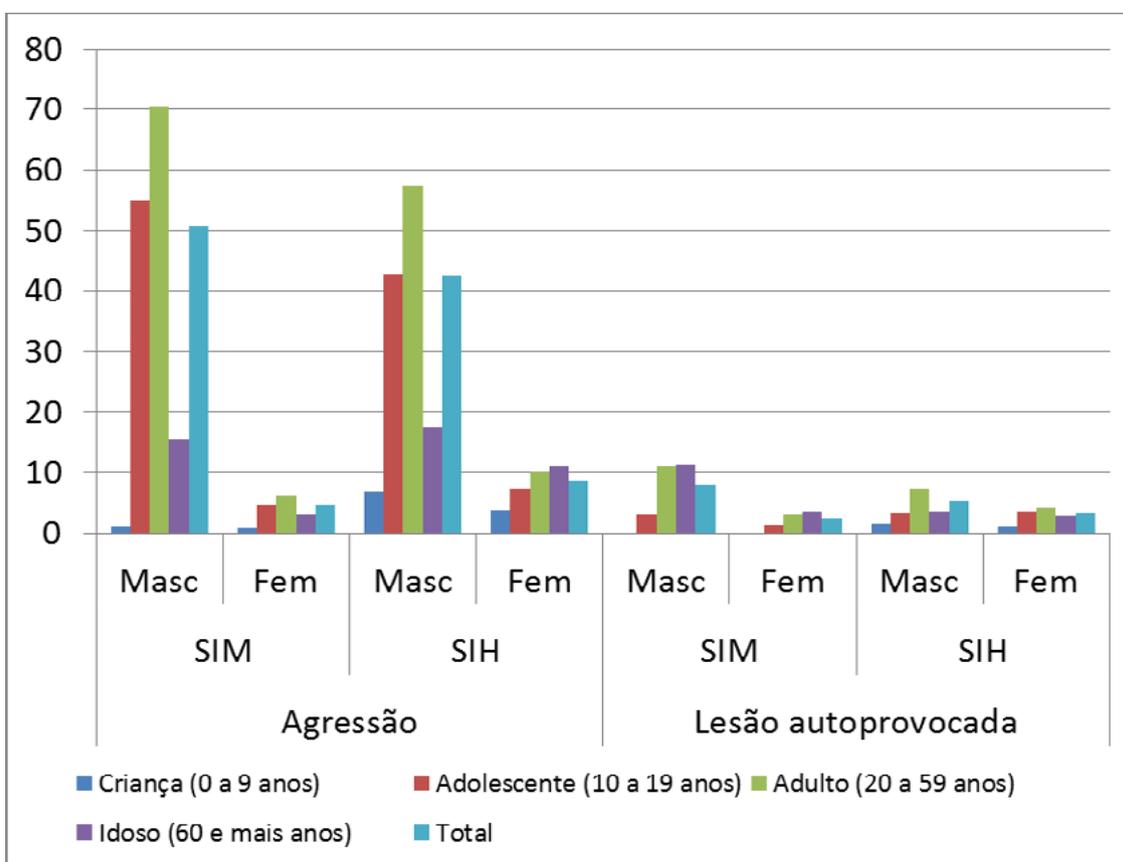
UF	DCNT						DAC						Neoplasias						DRC						Diabetes					
	Masc		Fem		V.%		Masc		Fem		V.%		Masc		Fem		V.%		Masc		Fem		V.%		Masc		Fem		V.%	
	2011	V.%	2011	V.%	2011	V.%	2011	V.%	2011	V.%	2011	V.%	2011	V.%	2011	V.%	2011	V.%	2011	V.%										
RO	368,1	-17,5	268,3	-23,5	189,0	-29,7	120,3	-28,8	124,8	-1,4	101,5	-19,5	21,5	-11,1	11,3	-25,1	32,8	23,4	35,2	-12,9										
AC	363,3	-13,7	275,8	-15,0	185,6	-25,1	118,3	-18,1	108,6	-10,0	99,1	-13,6	29,5	6,4	20,8	-29,6	39,6	59,4	37,6	5,7										
AM	354,0	-19,8	282,0	-16,9	160,5	-20,8	96,8	-26,2	143,4	-21,2	144,1	-12,4	10,5	-54,8	8,7	-21,8	39,6	18,4	32,4	-0,3										
RR	307,7	-16,5	273,1	9,3	162,4	-31,3	123,6	-0,6	107,0	34,8	109,9	4,5	1,6	-92,0	2,7	99,9	36,7	14,0	36,8	80,8										
PA	367,7	-15,7	274,2	-17,3	203,1	-22,3	118,4	-30,8	104,6	-13,3	107,3	-4,6	16,5	-33,0	7,4	-24,0	43,5	47,6	41,1	8,1										
AP	301,2	-26,8	226,8	-8,2	152,1	-32,5	86,0	-28,9	109,7	-27,3	105,3	8,6	5,5	-59,7	1,7	-70,1	33,9	54,6	33,8	45,3										
TO	365,9	-4,7	282,5	-11,1	224,1	-13,7	133,9	-25,5	92,2	9,9	99,9	20,1	12,6	-3,7	10,1	-1,8	37,0	36,0	38,6	-13,5										
MA	380,1	-20,4	307,7	-18,4	232,5	-26,5	149,1	-24,4	84,8	-18,7	102,4	-13,3	9,8	-31,3	6,0	-12,0	53,0	24,7	50,2	-8,8										
PI	372,4	-10,5	272,9	-9,9	219,3	-22,4	127,2	-21,4	104,8	23,9	103,7	7,9	7,1	-36,8	4,6	-40,3	41,3	9,4	37,3	0,7										
CE	322,0	-15,5	250,3	-17,8	169,7	-20,4	107,0	-24,6	117,7	-9,1	111,3	-11,5	7,1	-26,9	6,3	-13,5	27,5	-4,9	25,7	-13,0										
RN	359,6	-9,7	260,5	-20,2	187,8	-19,1	104,0	-32,8	126,5	9,2	113,5	-7,7	7,0	-21,2	6,9	-7,3	38,3	-7,1	36,0	-12,3										
PB	400,6	3,7	291,5	-8,4	215,7	-11,7	132,4	-25,0	122,4	39,1	111,4	31,6	12,0	-30,9	7,5	-24,9	50,5	37,6	40,2	-14,8										
PE	417,8	-17,4	309,5	-20,6	248,4	-23,0	149,9	-28,4	112,3	-8,8	112,3	-6,6	16,3	21,7	7,7	-21,0	40,8	-12,9	39,6	-21,4										
AL	412,3	-8,0	337,1	-11,7	251,2	-15,6	176,6	-16,9	91,3	3,9	93,9	-8,7	13,0	-18,6	10,0	-30,5	56,8	22,5	56,6	8,9										
SE	363,3	-11,1	280,9	-23,9	193,2	-19,7	127,9	-30,8	114,3	19,3	105,0	-13,4	12,8	-17,6	10,4	36,5	43,0	-24,1	37,6	-31,8										
BA	375,2	-18,1	286,4	-20,5	205,8	-27,5	137,4	-32,4	117,6	1,6	106,8	4,0	10,9	-28,3	5,6	-29,3	40,8	-5,3	36,6	-21,0										
MG	417,2	-22,8	286,2	-22,5	221,3	-34,1	132,8	-34,8	148,5	2,2	116,3	-2,2	17,6	-36,3	9,4	-28,3	29,8	-5,6	27,7	-17,8										
ES	378,2	-24,0	264,5	-21,9	197,0	-33,6	119,7	-32,9	141,3	-5,5	103,3	-9,6	13,5	-17,0	8,7	-19,0	26,5	-25,3	32,8	-6,6										
RJ	494,7	-23,4	339,8	-19,7	274,9	-26,5	157,9	-25,4	153,0	-19,3	133,3	-11,3	18,4	-33,1	11,3	-4,9	48,5	-11,9	37,3	-24,2										
SP	425,5	-21,6	271,4	-20,3	231,5	-25,8	124,3	-29,2	150,1	-11,5	116,5	-3,7	18,6	-33,8	12,6	-11,5	25,3	-23,4	18,1	-39,2										
PR	419,6	-18,8	288,3	-21,2	206,4	-29,4	121,2	-35,2	158,3	0,4	118,0	-0,1	23,6	-34,3	20,1	-24,6	31,4	0,7	29,0	-15,3										
SC	382,6	-24,5	252,3	-20,7	178,0	-29,0	100,2	-34,5	160,5	-12,9	118,8	-1,7	22,1	-51,4	13,7	-21,8	22,0	-15,7	19,6	-27,2										
RS	442,6	-22,6	292,1	-16,3	193,6	-31,6	110,8	-31,3	191,4	-9,4	141,7	-0,3	29,1	-40,8	18,7	-14,5	28,4	0,7	21,0	-11,7										
MS	392,3	-18,6	270,9	-20,9	223,6	-26,4	129,2	-28,9	126,3	0,4	105,9	-6,5	18,1	-20,8	12,0	-18,1	24,3	-17,9	23,9	-27,2										
MT	395,5	-11,9	287,7	-17,8	213,8	-23,8	125,4	-32,8	123,7	4,1	109,0	3,3	21,3	32,0	15,2	16,4	36,6	10,1	38,2	-14,5										
GO	394,7	-17,9	294,4	-18,0	222,0	-24,6	137,6	-28,9	122,7	-0,1	112,5	0,2	23,3	-24,9	17,3	-14,5	26,7	-17,2	27,0	-18,4										
DF	301,8	-31,0	220,9	-30,5	158,9	-37,1	95,2	-38,4	113,4	-21,5	100,4	-19,7	8,8	-22,0	7,6	-36,2	20,7	-29,7	17,8	-32,6										
Brasil	408,8	-20,5	285,4	-19,9	218,6	-27,2	128,5	-30,0	139,1	-8,0	116,5	-4,3	17,5	-34,8	11,4	-20,1	33,6	-6,8	29,0	-20,7										

Fonte: CGOANTPS/SVS/MS.

7 Morbimortalidade por violências no Brasil: um retrato de contornos em construção

Conforme pode ser observado no gráfico 20, as taxas para os sexos masculino e feminino de morbidade e mortalidade apresentaram variações no que se refere a lesões autoprovocadas e a agressões segundo ciclo de vida. Nota-se que as maiores taxas se apresentam para os homens, tanto para agressões quanto para lesões autoprovocadas. Nas agressões em homens, as faixas de idade mais afetadas, tanto no SIM quanto no SIH, foram os adultos e os adolescentes. Para as mulheres, ainda se destacam os idosos no SIH. Para as lesões autoprovocadas, adultos e idosos mostram destaque no SIM, e adolescentes ganham certo destaque no SIH (Gráfico 20).

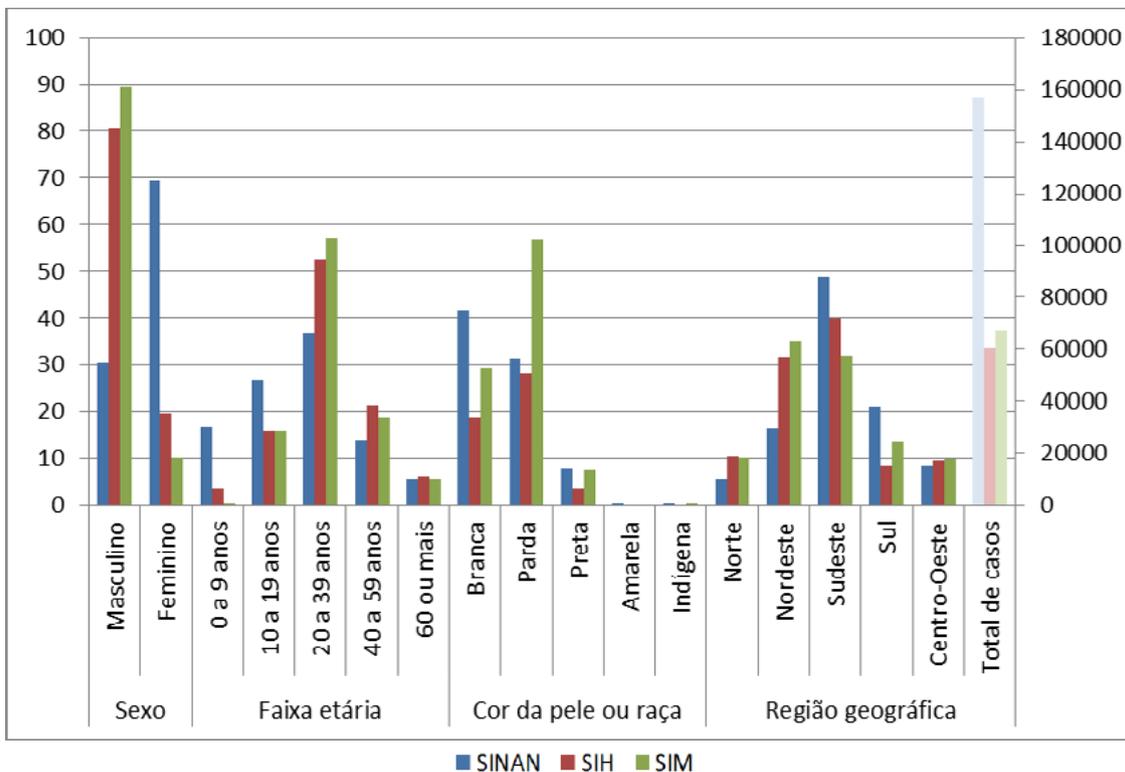
Gráfico 20 – Taxas de mortalidade (por 100 mil hab.) e de internações (por 10 mil hab.), segundo tipo de causa externa, sexo e faixa etária. Brasil, SIH 2012 e SIM 2013



Fonte: SIM/SIH-SUS.

Ressalte-se o grau de variação que existe no número de registros entre os sistemas SIM 2012 (67.366) ou SIH/SUS 2013 (60.477) frente ao VIVA/Sinan 2012 (156.975), este último com registro de violência doméstica, sexual e/ou outras violências (Gráfico 21).

Gráfico 21 – Distribuição proporcional (%) de causas violentas de morbidade* e mortalidade registradas em três sistemas de informações do Ministério da Saúde e total de casos notificados (eixo secundário). Brasil, 2012-2013**



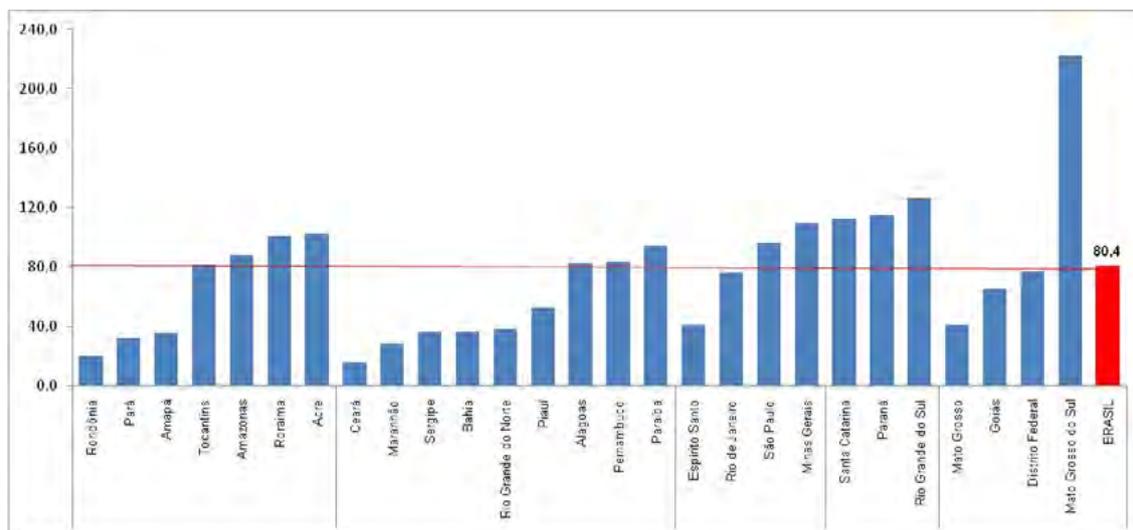
Fonte: VIVA/Sinan, SHI/SUS, SIM.

*Ano de 2012.

** Ano de 2013.

Com relação à violência doméstica, sexual e/ou outras violências, em 2012, o coeficiente (por 100 mil hab.) no país foi de 80,4. A média dos coeficientes (por 100 mil hab.) das regiões Sul e Centro-Oeste ultrapassam a nacional (117,8 e 101,3, respectivamente); a da região Sudeste é semelhante à do país (80,8); as das regiões Norte (65,7) e Nordeste (51,8) se mostraram bem inferiores à do país (Gráfico 22).

Gráfico 22 – Coeficiente de notificação (por 100 mil hab.) de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, baseado no sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA/Sinan), segundo Ufs. Brasil, 2012



Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de vigilância das violências e Acidentes (VIVA/Sinan).

É importante ressaltar que o coeficiente de notificação de violência ao VIVA/Sinan ainda apresenta limitações na captação dos casos, pois somente cerca de 60% dos municípios brasileiros realizaram notificações ao VIVA/Sinan no ano de 2013. Mesmo nos municípios notificantes, nem todos os serviços de saúde realizam notificação (Tabela 7).

Tabela 7 – Número de municípios notificantes, unidades notificadoras e notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Brasil, 2009 a 2013

Informação	2009	2010	2011	2012	2013
Nº de municípios notificantes	713	1.496	2.114	2.810	3.402
Nº de unidades notificantes	2.079	4.196	5.898	8.214	10.260
Nº total de notificações	39.976	73.794	107.530	157.033	200.533

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

De toda forma, o capítulo dá certa ênfase à morbidade por violências, na medida em que relata a evidência do crescimento dos números de municípios notificantes, das unidades notificadoras e das notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no âmbito do VIVA, assim como as diferenças no perfil das vítimas e agressores segundo sexo e faixas etárias. Em relação ao local da ocorrência do episódio de violência, a residência foi o espaço privilegiado para a vitimização de homens e mulheres de todas as faixas etárias, com exceção dos adolescentes do sexo masculino, em que sobressaíram as vias públicas.

8 Perfil e tendência da mortalidade por acidentes de transporte terrestre – Brasil, 2000-2012

As causas específicas de óbitos por acidentes de transporte terrestre (ATT) são definidas de acordo com a vítima envolvida: pedestre, ocupante de veículo, motociclista, ciclista, não especificado e outros. Em 2012, foram 44.812 óbitos registrados no SIM, sendo 45,5% entre as pessoas com a idade de 20 a 39 anos. Os motociclistas representaram 28% das vítimas fatais, seguidas por ocupantes de veículos (25,8%) e por pedestres (19,7%). Entre as crianças (0 a 9 anos), a primeira causa de morte correspondeu aos atropelamentos, seguidos de acidentes envolvendo ocupantes de veículo. Entre os adolescentes (10 a 19 anos) e adultos jovens (20 a 39 anos), os óbitos de motociclistas e ocupantes de veículo foram os mais frequentes. Para os adultos com 40 a 59 anos, os óbitos por ATT foram, sobretudo, de ocupantes de veículo, e logo em seguida os atropelamentos e óbitos envolvendo motociclistas. Para os idosos (60 anos e mais), os atropelamentos representaram quase metade dos óbitos por ATT (Tabela 8).

Tabela 8 – Número, percentual de óbitos e ordenamento dos principais subgrupos de causas de morte por acidentes de transporte terrestre, segundo faixa etária. Brasil, 2012

	0 a 9	10 a 19	20 a 39	40 a 59	60 e +	Total
Posição	ATT 1.038 (2,3%)	ATT 4.543 (10,1%)	ATT 20.174 (45%)	ATT 12.154 (27,1%)	ATT 6.598 (14,7%)	ATT 44.812 (100%)
1a	Pedestre 378 (36,4%)	Moto 1.698 (37,4%)	Moto 7.484 (37,1%)	Ocupante 3.309 (27,2%)	Pedestre 2.732 (41,4%)	Moto 12.544 (28,0%)
2a	Ocupante 339 (32,7%)	Ocupante 1.045 (23,0%)	Ocupante 5.417 (26,9%)	Não especificado 2.742 (22,6%)	Ocupante 1.450 (22,0%)	Ocupante 11.581 (25,8%)
3a	Não especificado 213 (20,5%)	Não especificado 963 (21,2%)	Não especificado 4.543 (22,5%)	Moto 2.735 (22,5%)	Não especificado 1.381 (20,9%)	Não especificado 9.912 (22,1%)
4a	Moto 50 (4,8%)	Pedestre 583 (12,8%)	Pedestre 2.229 (11,0%)	Pedestre 2.704 (22,2%)	Moto 566 (8,6%)	Pedestre 8.819 (19,7%)
5a	Cilcista 43 (4,1%)	Cilcista 212 (4,7%)	Cilcista 387 (1,9%)	Cilcista 489 (4,0%)	Cilcista 353 (5,4%)	Cilcista 1.492 (3,3%)
6a	Outros 15 (1,4%)	Outros 42 (0,9%)	Outros 114 (0,6%)	Outros 175 (1,4%)	Outros 116 (1,8%)	Outros 464 (1,0%)

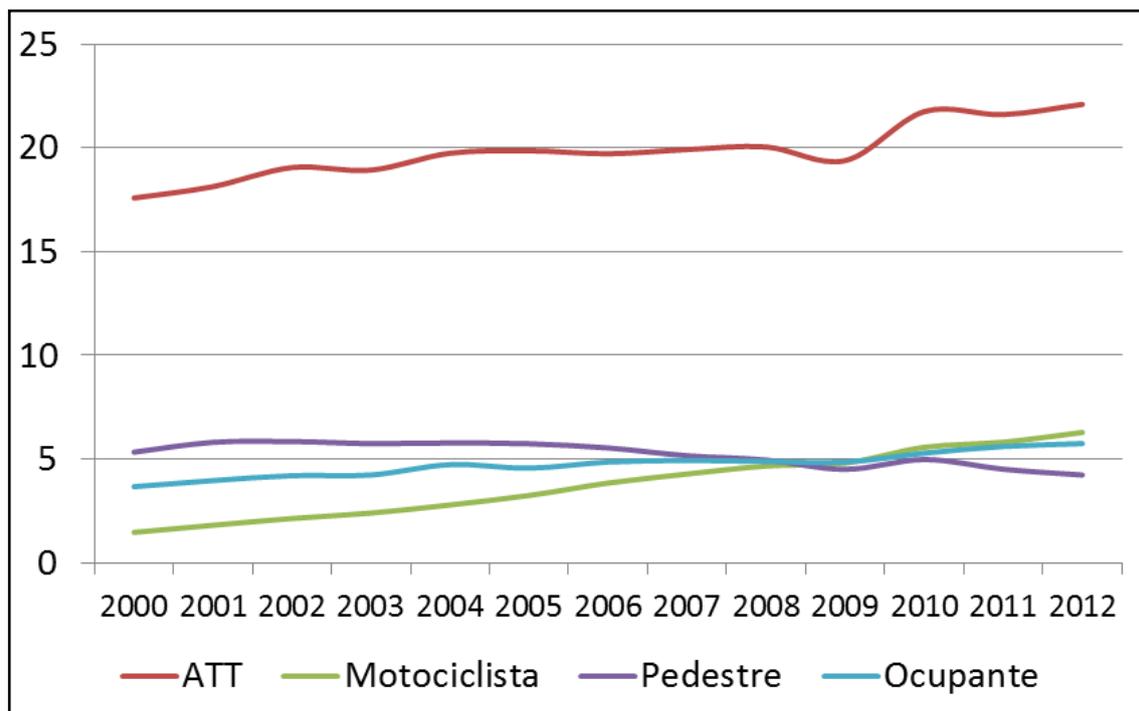
Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Obs.: 1. Excluídos 205 óbitos com idade ignorada.

2. "Outros" aqui se referem à causa básica de V80 a V86 (CID10).

3. "Não específicos" se referem à causa básica de V87 a V89.

Conforme pode ser observado no Gráfico 23, a taxa padronizada de mortalidade por acidentes de transporte terrestre segundo a condição de motociclista apresenta uma ascensão constante entre os anos de 2000 e 2012.

Gráfico 23 – Taxa padronizada de mortalidade por acidentes de transporte terrestre e segundo a condição da vítima. Brasil, 2000 a 2012

FonFonte: MS/SVS/CGIAE/SIM e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A mortalidade envolvendo motociclistas teve as menores taxas em 2000 no Distrito Federal e no Amapá (ambos com taxa de 0,5 óbito por 100 mil hab.), em 2006 foram Bahia e Acre (1,7 e 1,0 óbito por 100 mil hab.); já em 2012, foram Amapá e Rio de Janeiro (0,8 e 2,9 óbitos por 100 mil hab.). O maior risco de morte para os motociclistas em 2000 foi observado em Roraima e Tocantins (10,6 e 4,4 óbitos por 100 mil hab.); em 2006, no Piauí e Santa Catarina (8,3 e 7,9 óbitos por 100 mil hab.); por sua vez, em 2012, o estado do Piauí segue novamente com a maior taxa de mortalidade, porém com 21,1 óbitos por 100 mil hab., seguido por Roraima, com 17,6 óbitos por 100 mil hab. (Tabela 9).

Tabela 9 – Taxa de mortalidade por acidentes de transporte terrestre (envolvendo motociclistas) e ordem de posição das taxas segundo as UFs. Brasil, 2000, 2006 e 2012

Unidade Federada	2000		2006		2012	
	Moto	Posição	Moto	Posição	Moto	Posição
Roraima	10,6	1	7,3	6	17,6	2
Tocantins	4,4	2	7,4	4	12,1	4
Mato Grosso	4,2	3	7,3	5	11,9	5
Ceará	3,7	4	7,5	3	9,9	8
Rio Grande do Norte	3,2	5	4,9	13	8,0	16
Goiás	3,2	6	5,9	10	8,1	15
Santa Catarina	3,1	7	7,9	2	8,5	13
Acre	2,9	8	1,0	27	6,2	17

continua

conclusão

Unidade Federada	2000		2006		2012	
	Moto	Posição	Moto	Posição	Moto	Posição
Paraná	2,4	9	5,5	11	8,2	14
Piauí	2,3	10	8,3	1	21,1	1
Amazonas	2,3	11	2,0	24	3,1	25
Pernambuco	2,2	12	3,9	14	9,6	10
Espírito Santo	2,1	13	5,4	12	9,3	11
Sergipe	2,0	14	6,6	9	17,5	3
Rondônia	1,8	15	6,7	8	9,8	9
Mato Grosso do Sul	1,6	16	7,0	7	11,3	7
Pará	1,2	17	3,1	18	6,2	18
Alagoas	1,2	18	3,8	16	4,2	19
Maranhão	1,1	19	3,9	15	11,7	6
Rio Grande do Sul	1,0	20	2,7	21	4,1	21
Rio de Janeiro	0,8	21	3,4	17	2,9	26
Minas Gerais	0,8	22	2,4	23	4,1	22
Paraíba	0,8	23	3,0	19	9,1	12
Bahia	0,7	24	1,7	26	4,1	20
São Paulo	0,6	25	2,9	20	4,0	23
Amapá	0,5	26	1,8	25	0,8	27
Distrito Federal	0,5	27	2,6	22	3,8	24

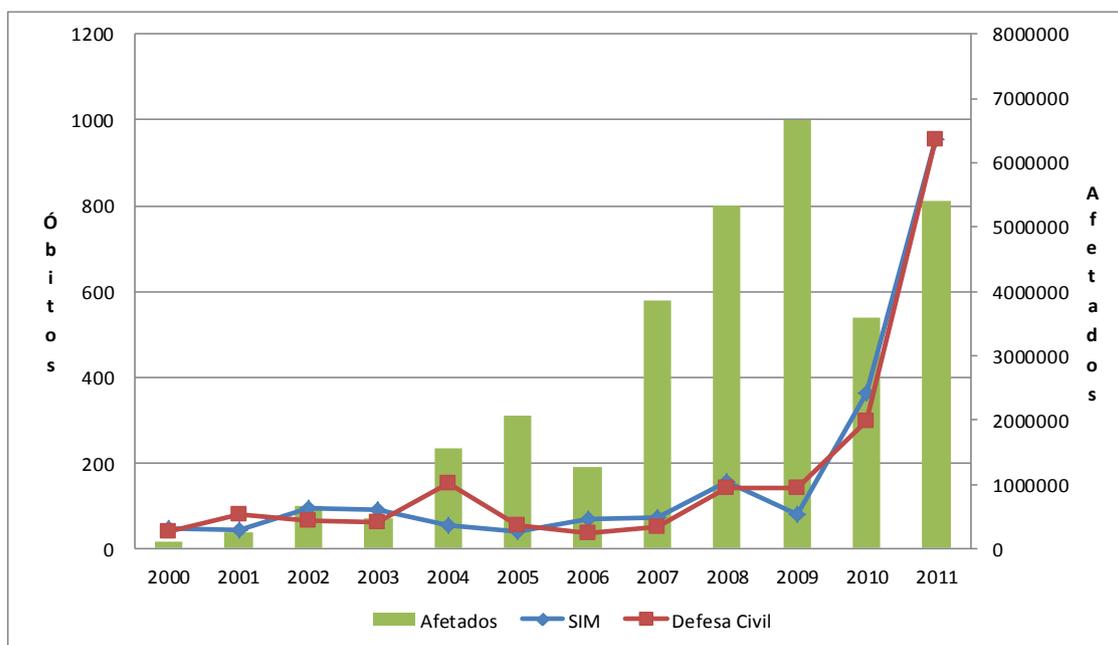
Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM e IBGE.

9 Emergência em Saúde Pública por inundações e deslizamentos: os impactos das chuvas sobre a saúde

O Gráfico 24 apresenta a comparação entre o número de óbitos registrados no SIM e o número de óbitos e afetados segundo a Defesa Civil. O comportamento da série histórica aponta tendência de crescimento dos óbitos, bem como do número de afetados. Entretanto, o número de óbitos não parece apresentar relação diretamente proporcional ao número de afetados. Por exemplo, no ano de 2009 observa-se o maior número de afetados da série e um baixo número de óbitos. Em 2011, observa-se elevado número de óbitos e número de afetados menor que o observado em 2009.

Verifica-se concordância entre as bases de dados do SIM e da Defesa Civil. Considerando que o levantamento de óbitos da Defesa Civil ocorre no momento do desastre e que o fluxo de informações do SIM pode apresentar uma defasagem de até dois anos, a concordância das informações reflete a qualidade do preenchimento das causas de óbitos e do fluxo de informações dentro do sistema de informação de saúde. Esses resultados conferem ao sistema de mortalidade uma importante ferramenta na construção de séries históricas com o objetivo de se avaliar os impactos de eventos climáticos extremos no país.

Gráfico 24 – Número de afetados e óbitos relacionados a escorregamentos ou deslizamentos, corridas de massa, rastejos, enchente ou inundação gradual, enchente ou inundação brusca, alagamentos e óbitos, segundo causas do CID-10: X36 - Vítima de avalanches, desabamento de terra ou outros movimentos superiores de terra; X37 - Vítima de tempestade cataclísmica; X38 - Vítima de inundação; X39 - Exposição a outras forças da natureza. Brasil, 2000-2011

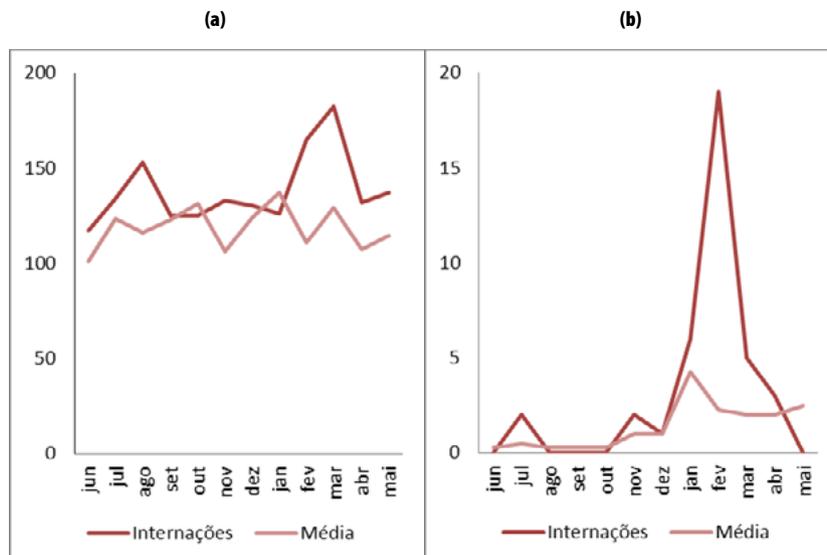


Fonte: Elaboração dos autores, com base no SIM e SINPDEC.

Ressalte-se que, em janeiro de 2011, uma sequência de chuvas intensas provocou um desastre de grande magnitude na Região Serrana do Rio de Janeiro. Torna-se importante considerar a necessidade de se analisar os impactos imediatos decorrentes do desastre, como também os efeitos em médio e longo prazos, pois, até que haja a reconstrução da área atingida e o retorno à normalidade, a comunidade pode continuar exposta a

fatores de risco determinantes e condicionantes da saúde. Exemplo disso é a alteração no comportamento das doenças infecciosas, em períodos posteriores à ocorrência de desastres. O Gráfico 25(a) apresenta o número de internações por doenças infecciosas, nos municípios de Nova Friburgo, Petrópolis, São José do Vale do Rio Preto e Teresópolis, comparado à média dos casos registrados em 2009, 2010 e 2012, que correspondem a período anterior e posterior à ocorrência do desastre de janeiro de 2011. Observa-se o aumento das internações nos meses de fevereiro e março de 2011 em relação à média dos anos de 2009, 2010 e 2012. Entre as doenças transmissíveis, a leptospirose apresenta-se como um dos agravos prioritários para a vigilância em saúde após a ocorrência de inundações. O Gráfico 26(b) apresenta aumento significativo do número de casos de leptospirose nos municípios de Nova Friburgo, Petrópolis, São José do Vale do Rio Preto e Teresópolis, após o desastre de 2011. A região apresentava, em média, baixo registro de casos de leptospirose, com pequena elevação nos meses de verão (Gráfico 25(b)).

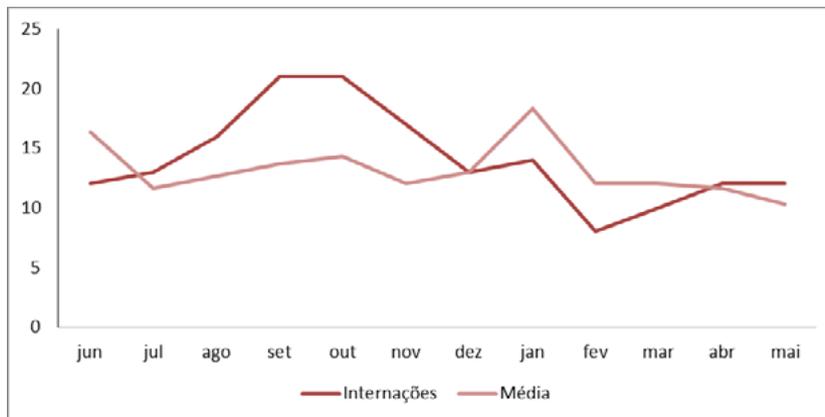
Gráfico 25 – Número de internações por doenças infecciosas (a) e por leptospirose (b) entre residentes nos municípios de Nova Friburgo, Petrópolis, São José do Vale do Rio Preto e Teresópolis, em 2011, em relação à média dos anos de 2009, 2010 e 2012



Fonte: Elaboração dos autores, com dados do SIH/DATASUS.

Outro aspecto que merece análise em uma situação de calamidade pública é o efeito de tal evento extremo na rotina do sistema de saúde, seja pelo aumento da procura e superlotação dos pontos de atenção à saúde, seja pelo impacto físico nas instalações de atendimentos. Frente a uma situação de calamidade pública, atendimentos rotineiros, como acompanhamento de hipertensos, podem ser comprometidos, o que por sua vez pode vir a provocar um incremento nas internações por acidentes cerebrovasculares (Gráfico 26). Medidas de emergência e quadro caótico em que as cidades se encontravam podem ter influenciado no comportamento do indicador.

Gráfico 26 – Número de internações por Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) entre residentes nos municípios de Nova Friburgo, Petrópolis, São José do Vale do Rio Preto e Teresópolis para o ano de 2011, em relação à média dos anos de 2009, 2010 e 2012



Fonte: Elaboração dos autores, com dados do SIH/DATASUS.

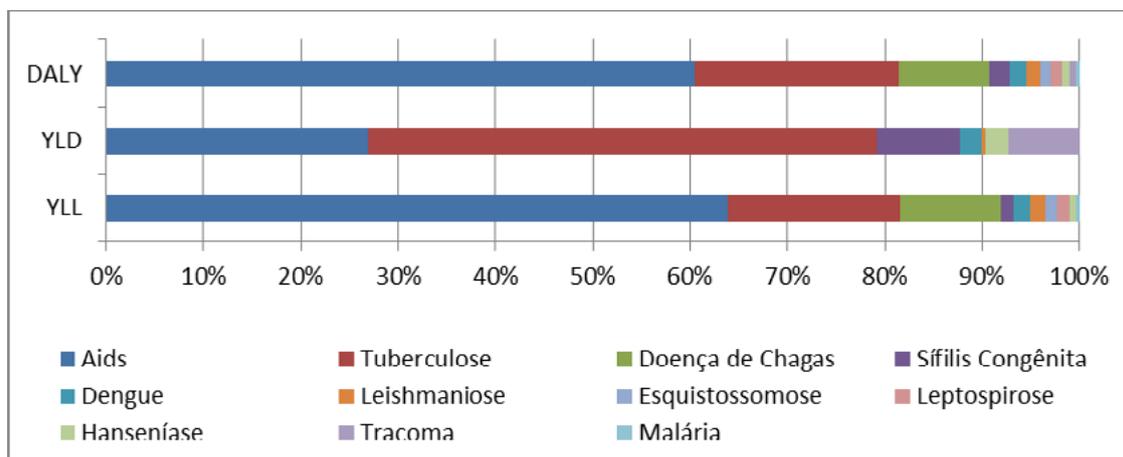
Corroboram os resultados da análise feita para a Região Serrana do Rio de Janeiro os resultados obtidos a partir de análises feitas para o evento climático de 2008 em Santa Catarina, cuja magnitude do desastre também demandou mobilização de várias frentes de atuação.

10 Carga das Doenças Infecciosas relacionadas à pobreza no Brasil

As doenças infecciosas relacionadas à pobreza formam um conjunto de enfermidades mais prevalentes em populações nesta situação. Afeta-as desproporcionalmente devido à propagação facilitada pelas condições precárias de vida, falta de acesso ao sistema de saúde para prevenção e cuidados, ou falta de aderência ao tratamento. Fatores que aumentam o risco de transmissão de doenças infecciosas incluem o contato próximo entre humanos, animais e insetos vetores, crescimento populacional desordenado, alta densidade urbana, marginalização de grupos populacionais, migração, práticas predatórias de uso da terra para agricultura e outras ações humanas prejudiciais ao meio ambiente, catástrofes ambientais, além das mudanças climáticas. Assim, verifica-se uma situação cíclica que pode ser alimentada por fatores sociais, econômicos e biológicos que interagem para perpetuar a pobreza e a marginalização dos grupos populacionais nesta situação.

O objetivo deste capítulo é descrever a carga de doenças relacionadas à pobreza no Brasil, segundo sexo, faixa etária e UF, por intermédio do cálculo dos Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade (DALY – Disability Adjusted Life Years) e seus componentes de mortalidade precoce (YLL – Years of Life Lost) e incapacidade (YLD – Years Lived with Disability). O Gráfico 27 mostra as proporções de cada doença segundo componente de cálculo (YLL, YLD e DALY).

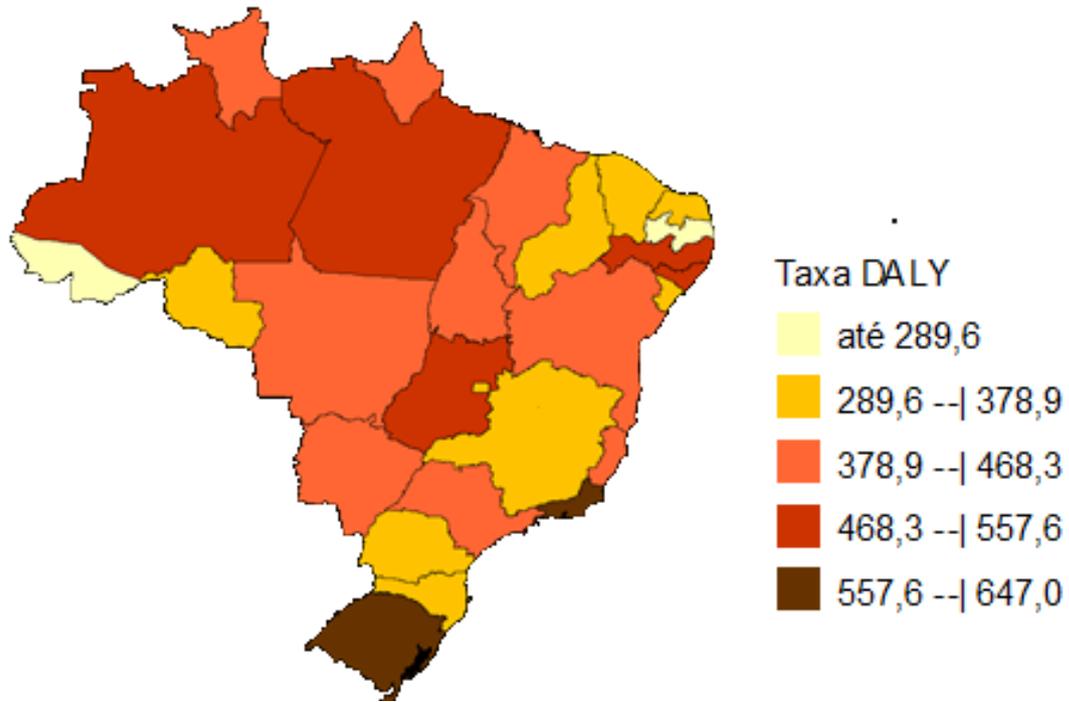
Gráfico 27 – Distribuição percentual das doenças de acordo com os componentes do DALY. Brasil, 2012



Fonte: SVS/MS.

O YLL foi responsável por 90,8% do total de DALYs. A aids foi responsável pela maior taxa, com o indicador de mortalidade precoce responsável por 63,9% do total da carga. A faixa etária economicamente ativa apresentou as maiores taxas de DALY, YLL e YLD, assim como os homens comparativamente às mulheres, com razão de masculinidade próxima de 2. Observou-se maior concentração da carga (DALY) nos estados do Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Amazonas e Pernambuco – respectivamente 647,0; 614,5; 552,6; 552,4 –, ordem semelhante observada para o componente de mortalidade precoce (YLL), com Goiás substituindo Pernambuco. Por seu turno, para o componente de incapacidade, os estados de Tocantins (150,2), Amazonas (82,3) e Roraima (78,6) apresentaram as maiores taxas. Em geral, observou-se uma distribuição espacial regional da carga das doenças, exceto aids e tuberculose, que se distribuíram por todo o território nacional (Figura 1). Ressaltadas as limitações, o estudo representa um esforço para descrever a distribuição da carga das doenças infecciosas relacionadas à pobreza no território brasileiro.

Figura 1 – Distribuição da carga total (DALYs) segundo UF. Brasil, 2012

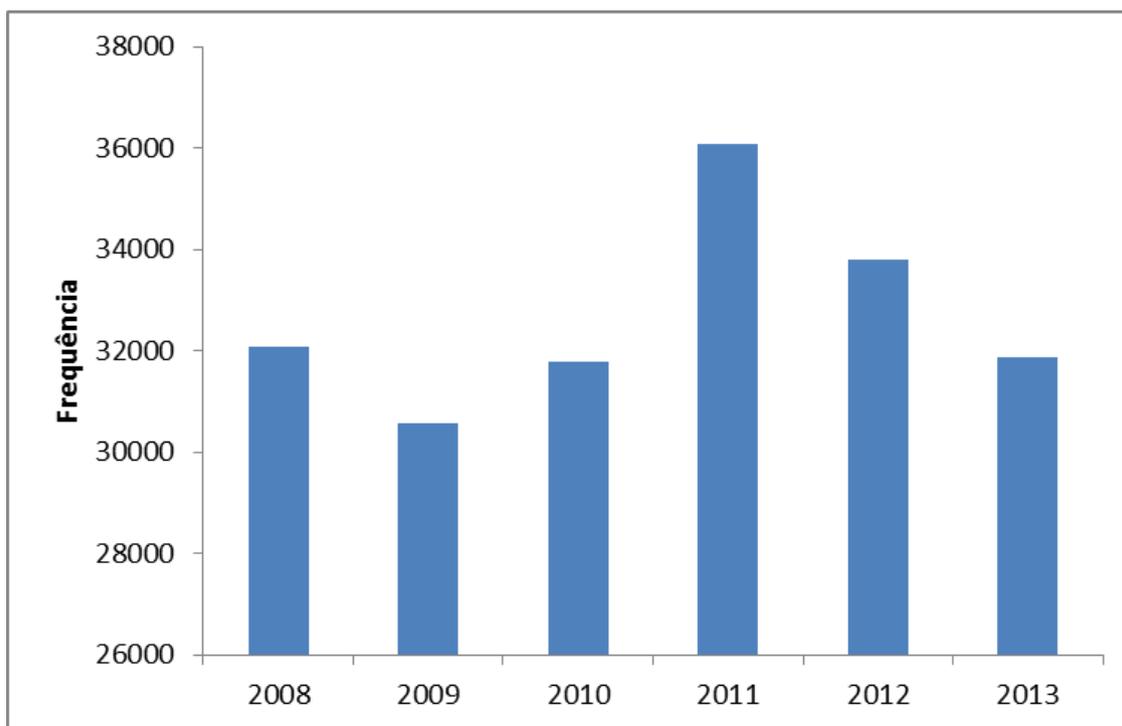


Fonte: SVS/MS.

11 Gastos com internações por doenças infecciosas relacionadas à pobreza

A partir dos dados disponíveis no SIH/SUS, foi possível observar um cenário nacional de frequência cumulativa de internações por algumas Doenças Infecciosas relacionadas à pobreza (tuberculose, leptospirose, hanseníase, tracoma, malária, leishmaniose e esquistossomose), de 2008 a 2013, bem como sua variação anual e distribuição geográfica. Nesse período, ocorreram 196.150 internações no Brasil, cerca de 32 mil a cada ano. A exceção foi 2011, quando registraram-se mais de 36 mil eventos, representando um aumento de 12% (Gráfico 28).

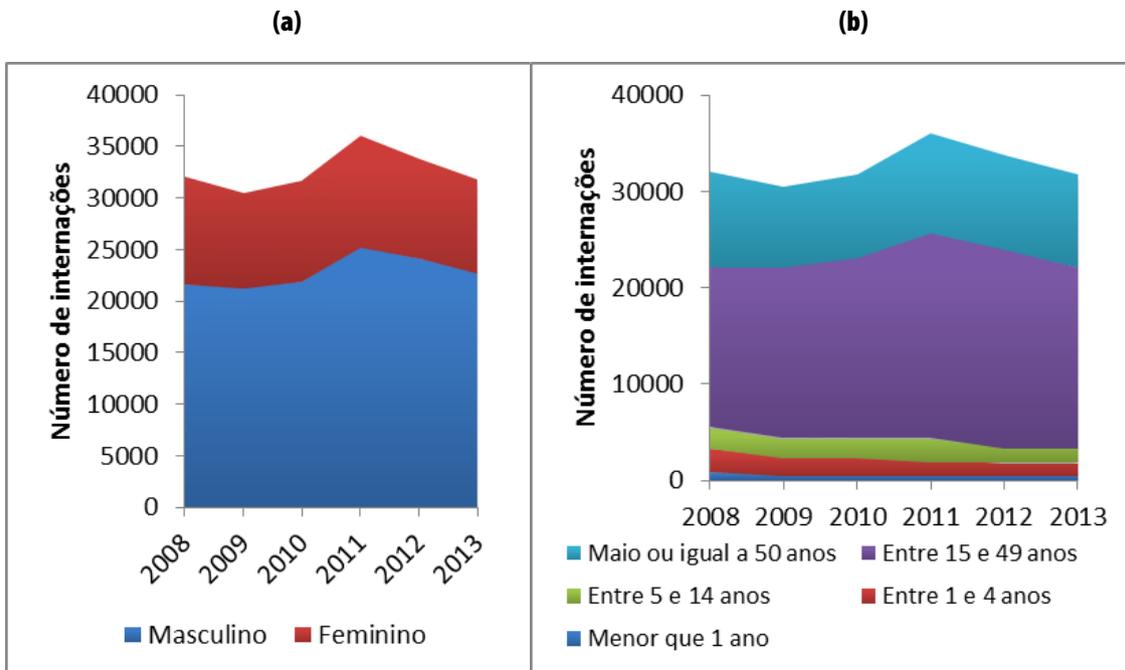
Gráfico 28 – Número de internações hospitalares por doenças relacionadas à pobreza. Brasil, 2008 a 2013



Fonte: Sistema de Internações Hospitalares – SIH.

A distribuição por sexo evidenciou o predomínio masculino, com tendência crescente, que atingiu 71% de hospitalizações em 2013. Em relação à faixa etária, houve majoritariamente a ocorrência de internações entre 15 e 49 anos, seguindo-se os indivíduos com 50 anos de idade ou mais. A proporção de crianças internadas decresce no período, principalmente dos menores de 5 anos (Gráfico 29a, b).

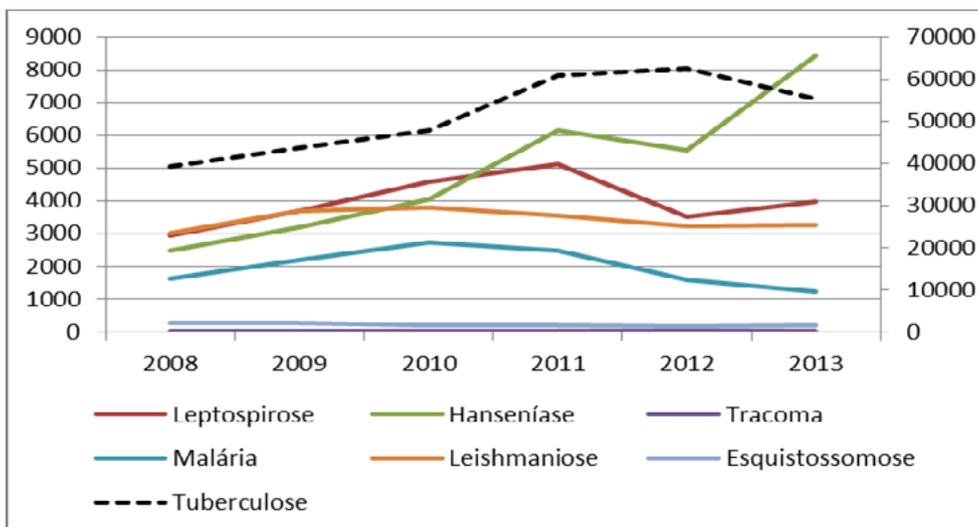
Gráfico 29 – Número de internações hospitalares por doenças relacionadas à pobreza, segundo (a) sexo e (b) faixa etária. Brasil, 2008 a 2013



Fonte: Sistema de Internações Hospitalares – SIH.

Em relação ao gasto dessas internações, a tuberculose foi a doença que maior participação apresentou no gasto total, em todos os anos do período (média de 78% do gasto total), atingindo R\$ 55 milhões em 2013. As demais representaram juntas, em média, 22% dos recursos utilizados nesse grupo (Gráfico 30).

Gráfico 30 – Valor gasto com internações (em R\$ mil) por doenças infecciosas relacionadas à pobreza. Brasil, 2008 a 2013



Fonte: SIH.

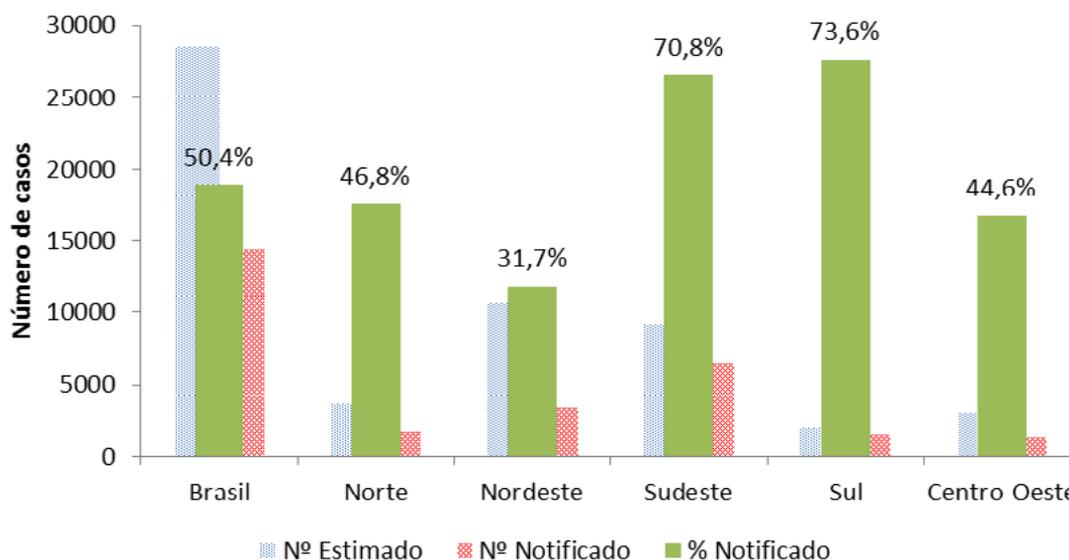
Obs: Tuberculose apresentada no eixo secundário.

12 Transmissão vertical da sífilis e do vírus da imunodeficiência humana (HIV) no Brasil

A sífilis e a aids são doenças que podem ser passadas da mãe para o filho no período de gestação, no nascimento, ou por meio do leite materno. No que concerne à sífilis, desde que se iniciou a notificação compulsória da doença (2005) até 30/06/2013, foram registrados 75.683 casos em gestantes. Com relação à sífilis congênita, foram notificados 88.829 casos em menores de 1 ano de idade, no período de 1998 a junho de 2013.

Um estudo publicado no Boletim Epidemiológico HIV/Aids do Ministério da Saúde (1/2012) sobre soroprevalência em parturientes em 2010/2011 estimou uma prevalência de sífilis de 0,89%, o que corresponde a cerca de 28,5 mil casos esperados de gestantes com sífilis em 2011. Neste mesmo ano foram notificados no Sinan 14.386 casos de sífilis em gestantes, ou seja, 50,4% dos casos esperados. A região Sul apresentou o maior percentual de casos notificados em relação ao esperado (73,6%) e o menor número de casos estimados, enquanto o Nordeste apresentou o menor percentual (31,7%) e o maior número de casos estimados (gráfico 31).

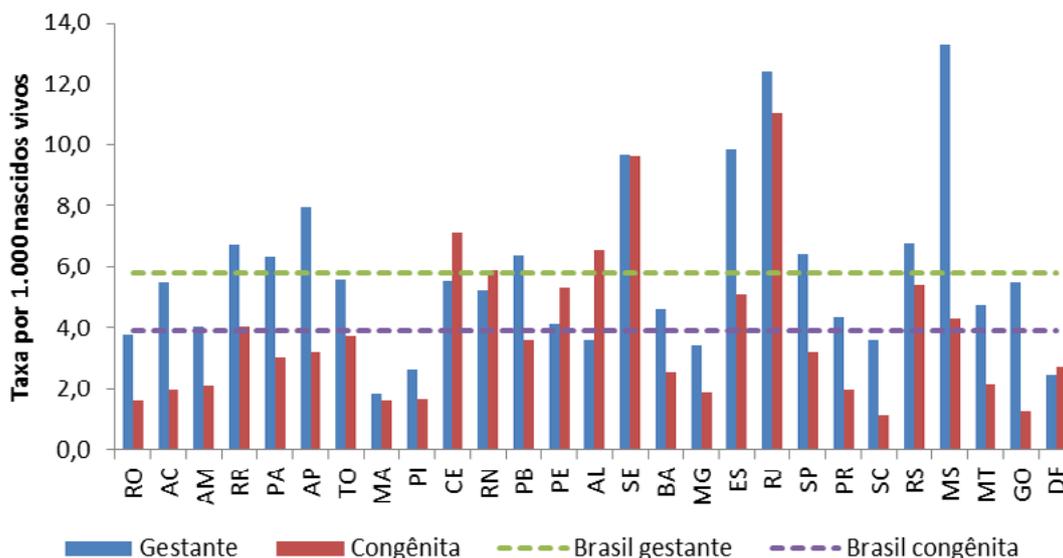
Gráfico 31 – Casos de sífilis em gestantes estimados, notificados, e percentual de notificação segundo região. Brasil, 2011



Fonte: MS/SVS/DATASUS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan; MS/DASIS/Sistema de Informação de Nascidos Vivos – Sinasc; Estudo-Sentinelas de Parturientes 2010/2011.

A comparação das taxas de detecção de sífilis em gestantes e de incidência de sífilis congênita de 2012, segundo as UFs, mostra diferentes perfis. No Brasil, a taxa de detecção foi 5,8 por 1.000 nascidos vivos e a taxa de incidência de sífilis congênita foi 3,9. Das 27 UFs, 13 apresentam ambas as taxas abaixo da média nacional, seis apresentam ambas as taxas acima da média nacional e as demais pelo menos uma das taxas acima da média nacional. Ceará, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Alagoas e o Distrito Federal apresentam a taxa de incidência de sífilis congênita acima da taxa de detecção de sífilis em gestantes (Gráfico 32).

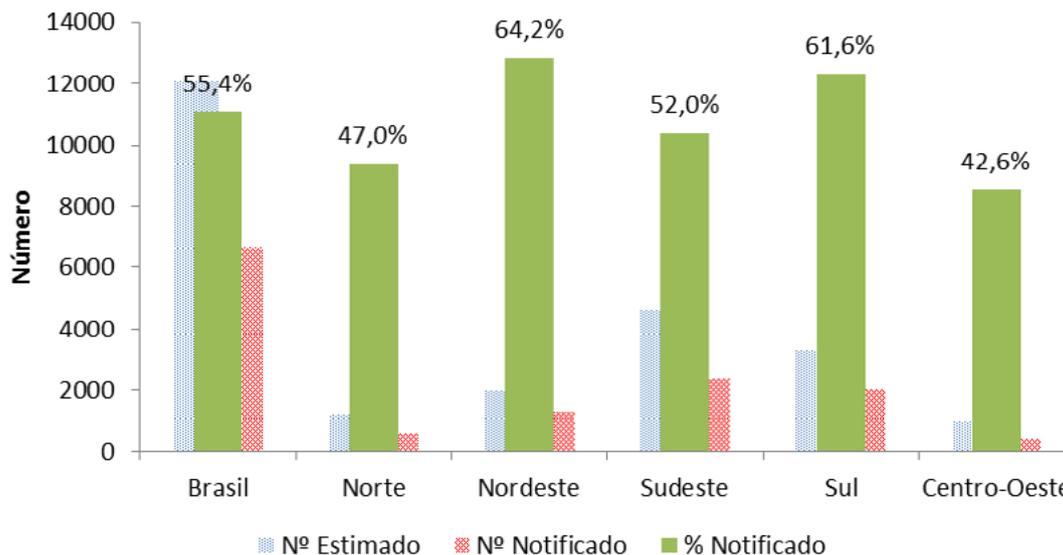
Gráfico 32 – Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) e taxa de incidência de sífilis congênita, segundo UF de residência. Brasil, 2012



Fonte: MS/SVS/DATASUS/Sinan.

Quanto aos casos de HIV, segundo a estimativa de prevalência de HIV em parturientes publicada no Boletim referido anteriormente, o número esperado de gestantes com HIV no Brasil era de aproximadamente 12 mil casos em 2011. No Sinan foram identificados, neste mesmo ano, 6.690 casos de gestantes com HIV, correspondendo a 55,4% do número esperado. A região Nordeste apresentou o maior percentual de notificados em relação ao número esperado (64,2%), enquanto a região Centro-Oeste o menor (42,6%), conforme mostra o Gráfico 33.

Gráfico 33 – Número de casos de HIV em gestantes esperados, notificados, e percentual de notificação segundo região de residência. Brasil, 2011



Fontes: MS/SVS/DATASUS/Sinan; MS/DASIS/Sistema de Informação de Nascidos Vivos – Sinasc; Estudo Sentinela Parturientes 2010/2011(Boletim Epid.HIV AIDS- 1/2012).

Em 2012, foram notificadas 7.097 gestantes com HIV, correspondendo a uma taxa de detecção de 2,4 casos por 1.000 nascidos vivos. Este número representa um aumento de 4,3% em relação ao ano anterior (2,3 por 1.000 nascidos vivos).

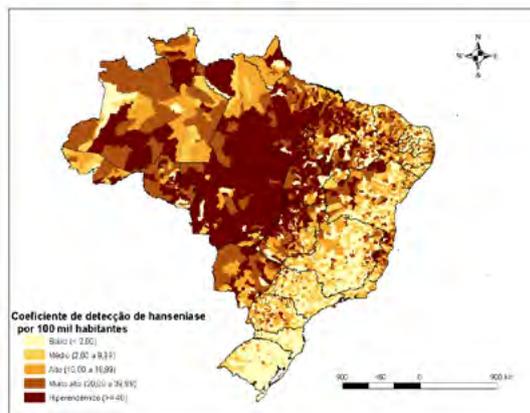
Em relação à detecção de aids em menores de 5 anos, observa-se que no Brasil houve redução de 35,8% (de 5,3 para 3,4 por 100 mil hab.), entretanto com variações regionais importantes; nas regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul houve decréscimo de 55,2% (de 6,7 para 3,0), 51,2% (de 4,3 para 2,1) e 41,4% (de 9,9 para 5,8), respectivamente, enquanto houve aumento nas regiões Norte (41,9%; de 3,1 para 4,4) e Nordeste (3,7%; de 2,7 para 2,8).

13 Distribuição espacial das doenças relacionadas à pobreza no Brasil

Um estudo ecológico descritivo foi realizado sobre a distribuição espacial das doenças relacionadas à pobreza.

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica de alta infectividade e baixa patogenicidade que ainda persiste como importante problema de saúde pública em algumas partes do mundo, inclusive no Brasil. A doença, causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, apresenta um longo período de incubação – em média de dois a sete anos –, e tem como principais manifestações clínicas o aparecimento de lesões que acometem principalmente os nervos periféricos e a pele.

Coefficiente de detecção de hanseníase por 100 mil hab., segundo município. Brasil, 2013



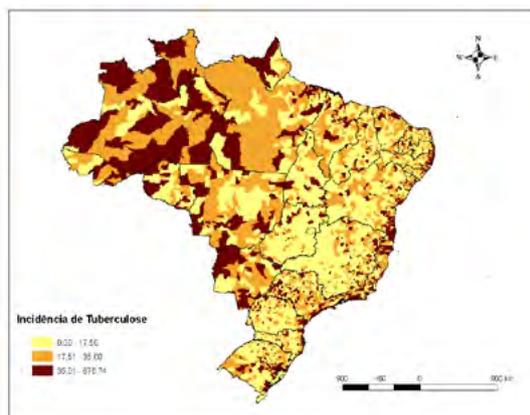
Fonte: Sinan.

- 3.583 (64,3%) municípios conseguiram atingir a meta de eliminação da hanseníase.
- 128 (2,3%) municípios apresentaram coeficiente de prevalência muito alto.

A tuberculose é uma doença infecciosa e contagiosa, causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, conhecida como bacilo de Koch (BK). A transmissão ocorre de pessoa para pessoa, por meio da inalação de gotículas contendo os bacilos expelidos por um doente com tuberculose pulmonar ao tossir, espirrar ou falar.

· 983 (17,7%) municípios tiveram taxas de incidência acima da do Brasil (35/100 mil hab.)

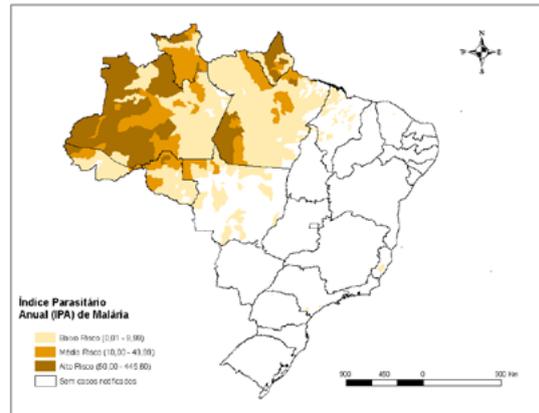
Taxa de incidência de tuberculose (por 100 mil habitantes), segundo municípios. Brasil, 2013



Fonte: Sinan.

A malária é uma doença infecciosa causada por protozoários do gênero *Plasmodium*. No Brasil, três espécies de plasmódios se destacam: *P. vivax*, *P. falciparum* e *P. malariae*. A malária causada por *P. vivax* é a que apresenta maior incidência, todavia, o *P. falciparum* é responsável pela forma mais grave da doença. A transmissão ocorre principalmente por meio da picada da fêmea infectada do mosquito *Anopheles*, mas também pode ocorrer por meio de transfusão de sangue e compartilhamento de seringas e agulhas, quando infectadas pelo protozoário.

Classificação do risco de transmissão de malária nos municípios, segundo valores do Índice Parasitário Anual (IPA). Brasil, 2013

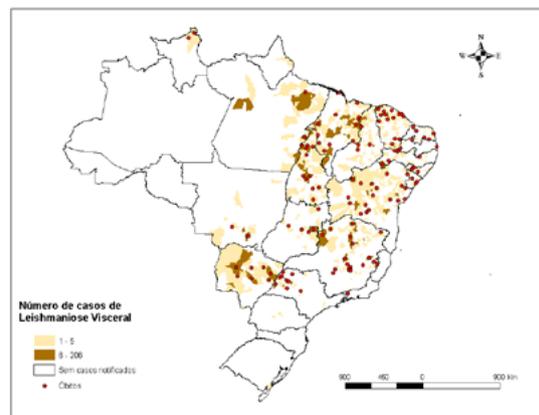


Fonte: Sinan.

· 5.228 (93,9%) municípios foram classificados como sem risco de transmissão da malária.

A leishmaniose visceral (LV), também conhecida como calazar, é uma antroponose, ou seja, doença primária de animais (zoonose) que pode ser transmitida ao homem. A doença é causada pelo protozoário *Leishmania chagasi*, pertencente à Família Trypanosoma. Na área urbana, os principais reservatórios do parasito são os cães, enquanto na área rural são as raposas e os gambás. A transmissão para humanos se dá por meio da picada de mosquitos flebotomíneos infectados, também conhecidos como mosquitos palha, tatuquira, birigui, entre outros.

Casos e óbitos por leishmaniose visceral, segundo município de infecção. Brasil, 2012



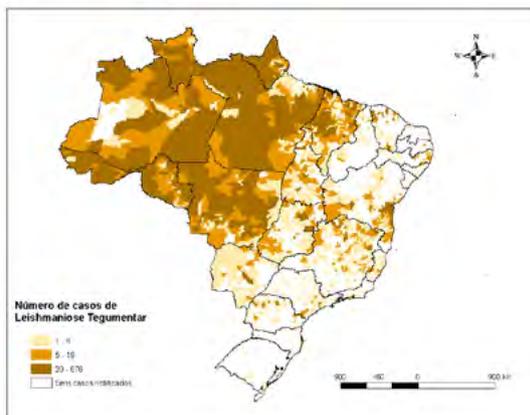
Fonte: Sinan.

· 86,4% dos municípios que registraram casos de LV (657/760) tiveram de 1 a 5 casos.

A leishmaniose tegumentar (LT) tem como agentes causadores diversas espécies de leishmania: *L. (Viannia) braziliensis*, *L. (V.) guyanensis*, *L. (L.) amazonensis*, *L. (V.) lainsoni*, *L. (V.) naiffi*, *L. (V.) lindenberg*, *L. (V.) shawi*. É também primariamente uma zoonose, transmitida a humanos por meio da picada de mosquitos flebotomíneos. A doença pode se apresentar com diferentes formas clínicas: cutânea ou mucocutânea.

- 1.812 (32,5%) municípios registraram casos de LT.

Casos de leishmaniose tegumentar, segundo município de residência. Brasil, 2012

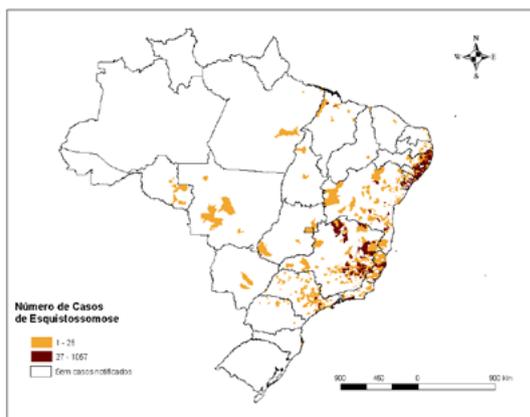


Fonte: Sinan.

A esquistossomose é uma doença parasitária causada por vermes do gênero *Schistosoma*. É também conhecida como “xistose”, “xistosa”, “xistosomose”, “doença dos caramujos”, “barriga d’água” e “doença de Manson-Pirajá da Silva”. A transmissão ocorre em águas contaminadas com larvas do parasito, liberadas por caramujos. A doença ocorre em localidades sem saneamento ou com saneamento inadequado, possibilitando o contato humano com formas infectantes do parasito.

- 37.215 casos de esquistossomose, em 385 municípios de 17 UFs.

Casos de esquistossomose, segundo município de notificação. Brasil, 2013



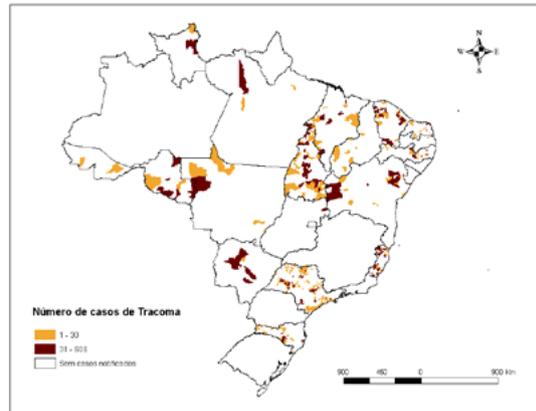
Fonte: Sinan.

Nota: Casos registrados no Sinan de janeiro de 2012 a março de 2013.

O tracoma é uma ceratoconjuntivite crônica recidivante causada pela bactéria *Chlamydia trachomatis*. A transmissão se dá por meio do contato de secreções oculares ou nasais de uma pessoa infectada (maneira direta), ou por meio de objetos, como toalhas (maneira indireta). O tracoma ocorre principalmente em locais com condições de higiene precárias, falta de água e aglomeração domiciliar.

· 18.321 casos de tracoma no Brasil, sendo realizados 434.743 exames em 460 municípios de 19 UFs.

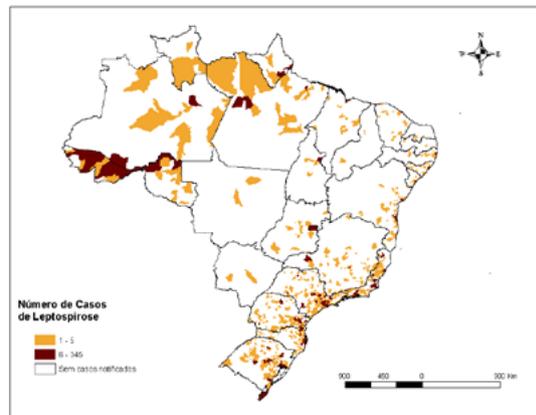
Proporção de casos positivos de tracoma, segundo município de notificação. Brasil, 2013



Fonte: Sinan.

A leptospirose é uma zoonose causada por bactérias do gênero *Leptospira*. Sua distribuição é mundial, sendo endêmica principalmente em países com clima tropical ou subtropical úmido, e tem potencial epidêmico. A infecção em humanos ocorre por meio do contato direto com a urina de animais infectados ou com ambientes contaminados com urina. A bactéria penetra no corpo por meio de cortes ou lesões à pele, ou pelas mucosas da boca, nariz e olhos. A transmissão de pessoa para pessoa é rara. Sua ocorrência está relacionada às condições precárias de infraestrutura sanitária e infestação por roedores infectados. As inundações propiciam a disseminação e a persistência das bactérias do gênero *Leptospira* no ambiente, facilitando a ocorrência de surtos.

Casos de leptospirose, segundo município de notificação. Brasil, 2013



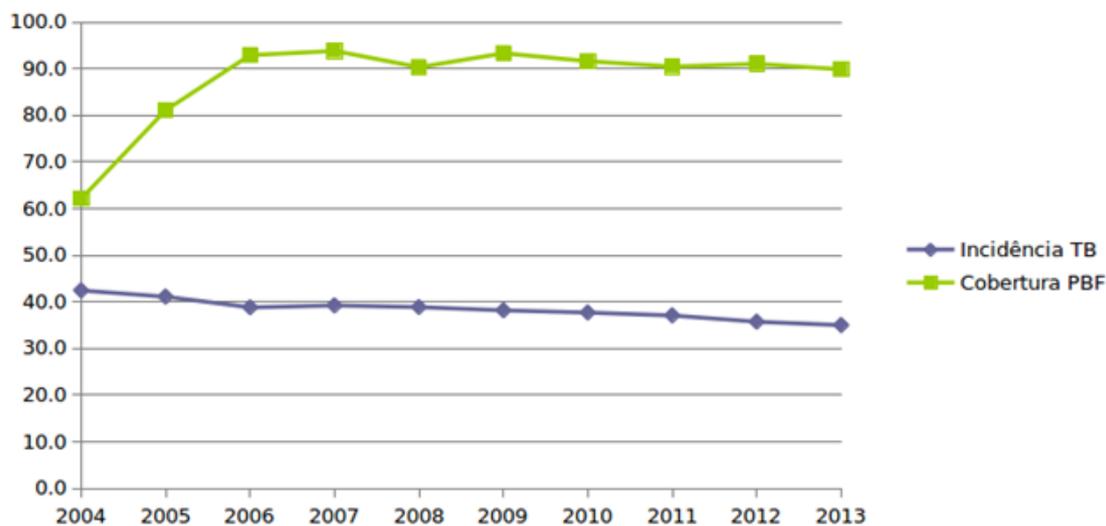
Fonte: Sinan.

· 3.963 casos de leptospirose em 825 municípios.

14 Tuberculose e Programa Bolsa Família no Brasil

A tuberculose (TB) é uma doença relacionada à pobreza que apresentou redução na incidência e mortalidade nos últimos anos no Brasil. A melhoria nas condições de vida da população e intervenções para a redução da pobreza, como o Programa Bolsa Família (PBF), podem ter contribuído para esta redução (Gráfico 34).

Gráfico 34 – Cobertura média (%) do Programa Bolsa Família (PBF) na população-alvo e incidência da TB (por 100 mil hab.) nos municípios. Brasil, 2004-2013



Fonte: Cadastro Único para Programas Sociais do Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome (CadÚnico – MDS) e Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (Sinan).

Em 2011 foram diagnosticados e notificados 73.800 casos novos de tuberculose (86,5% em relação ao total de casos) e 11.490 casos de retratamento, sendo 6.085 (7,1%) recidivas e 5.405 (6,3%) reingressos após abandono. Após o pareamento das bases de dados, do total de 85.290 casos de tuberculose diagnosticados e notificados em 2011, 21.295 (25,0%) estavam cadastrados no CadÚnico, e destes, 11.777 (13,8%) eram beneficiários do PBF. Na Tabela 10 estão descritos os casos de tuberculose, de acordo com situação de cadastro e segundo tipo de entrada (caso novo e retratamento).

Tabela 10 – Casos novos de tuberculose e casos em retratamento, segundo cadastramento no Cadastro Único e/ou recebimento de benefício do PBF. Brasil, 2011

	Casos novos		Retratamentos		Total	
	n	%	n	%	n	
Não cadastrados no CadÚnico	55.302	74,9	8.693	75,7	63.995	
Cadastrados	Não beneficiários PBF	8.226	11,2	1.292	11,2	9.518
	Beneficiários PBF	10.272	13,9	1.505	13,1	11.777
Total	73.800	100,0	11.490	100,0	85.290	

Fonte: Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (Sinan).

Intervenções para redução da pobreza, como o PBF, aliadas às ações de controle da TB, podem representar uma estratégia efetiva para a redução da carga da doença no Brasil.

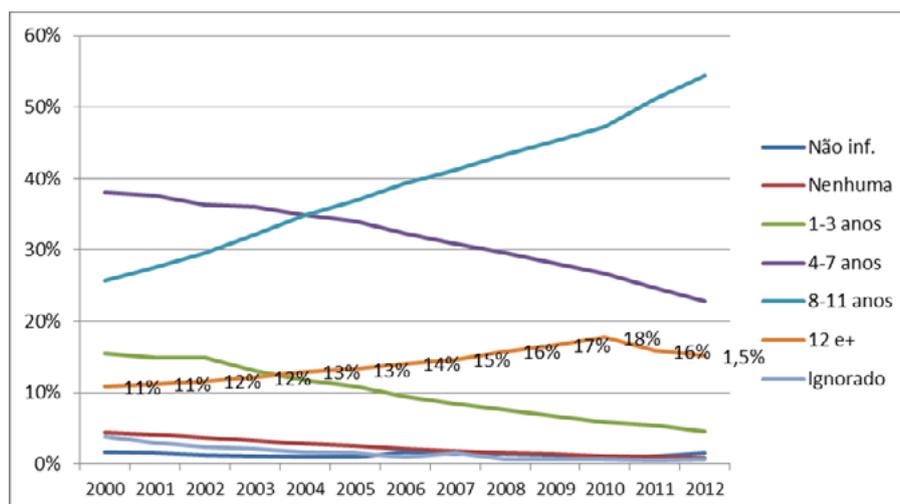
15 Declarações de óbitos e de nascidos vivos: avaliação da implantação dos novos formulários

Os formulários de Declaração de Óbito (DO) e de Nascidos Vivos (DN) passaram por um processo de mudanças, discutidas e aprovadas no Comitê Técnico Assessor (CTA) do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e de Nascidos Vivos (Sinasc) no período de 2007 a 2009. O teste piloto foi realizado no mês de julho em 10 municípios de uma UF de cada região geográfica do país, envolvendo maternidades públicas e privadas, em zonas rurais e urbanas. Após as avaliações pelas instâncias competentes e ajustes pertinentes, decidiu-se por uma estratégia de substituição gradual dos formulários, prevendo a circulação simultânea dos dois modelos de DN e DO, associada ao uso de uma versão do sistema informatizado capaz de identificar modelo novo e modelo antigo. Dessa forma, torna-se importante avaliar a implantação das novas fichas das DOs e DNs, assim como as mudanças e a inclusão de novos campos a partir de 2011.

No que concerne às notificações no SIM e SINASC, elas aumentaram no SIM de 946.686 em 2000 para 1.181.166 em 2012; no Sinasc, diminuíram consistentemente de 3.206.761 em 2000 para 2.861.868 em 2010, aumentando posteriormente para 2.913.160 em 2011 (saldo de 51 mil nascimentos em relação ao ano anterior), e tendo posteriormente oscilação negativa de cerca de 7.300 nascimentos, para 2.905.789, em 2012.

Quanto ao aprimoramento na coleta da variável escolaridade, em 2012, as DNs que tiveram a escolaridade não informada e ignorada representaram 1,6% e 0,7%, respectivamente, valores similares à tendência da década. A tendência das outras categorias não foi afetada, com exceção da categoria *12 anos e mais*, que saiu da tendência de aumento de 2000 a 2010 (de 10,9% para 17,7%) para uma queda em 2011 (15,9%) e 2012 (15,1%) (Gráfico 35). Ao se verificar por regiões, observou-se que, quanto maior a participação dos novos formulários, maior a tendência de aumento da representatividade da categoria *8 a 11 anos*, e respectiva queda na representatividade da categoria *12 anos e mais*.

Gráfico 35 – Distribuição percentual de nascidos vivos, segundo escolaridade da mãe em anos. Brasil, 2000 a 2011



Fonte: Sinasc – CGIAE/SVS/MS.

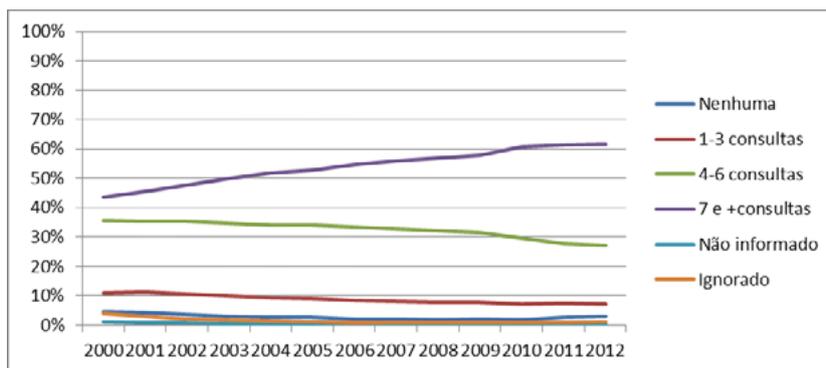
Com relação à situação conjugal, nas bases de 2011 e 2012 observa-se que, com a introdução da nova categoria, a participação do percentual de nascidos vivos de mães com situação conjugal *solteiro* cai e aumenta a participação de *união estável* na mesma proporção. A soma de ambas as categorias dá um valor muito próximo dos valores da categoria *solteiro* nos últimos anos.

Quanto à duração da gestação, a captação desta informação foi menor que a média do período de 2008 a 2010, que foi de 99,5%. Esta queda se observou em todas as regiões, porém foi mais acentuada na região Nordeste.

A prematuridade medida pelo Sinasc, em 2011, mostra forte crescimento em todas as regiões, passando de 7,1% em 2010 para 9,8% em 2011 e 11,9% em 2012, na média nacional. Os dados de 2012 mostram também que nenhuma região apresenta prematuridade inferior a 11,3%.

Quanto ao número de consultas de pré-natal, em 2012, a distribuição do percentual de nascidos vivos, segundo número de consultas de pré-natal para o país, mostrou-se harmônica com a série histórica, sem mudanças aparentes nas tendências de nenhuma das categorias, permanecendo a queda da categoria *4-6 consultas* com o correspondente aumento da categoria *7 ou mais consultas* (Gráfico 36).

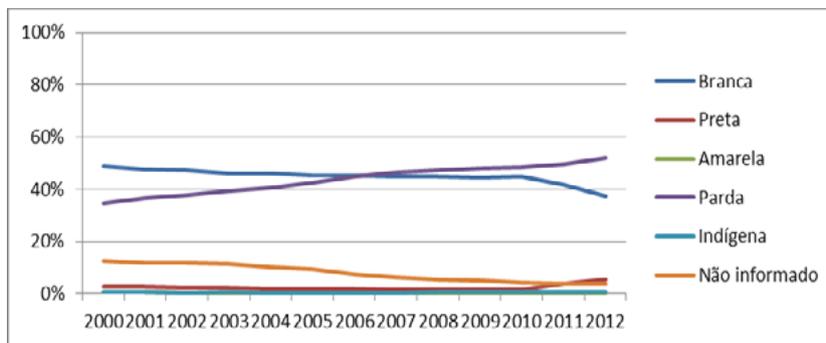
Gráfico 36 – Distribuição percentual do número de consultas de pré-natal. Brasil, 2000 a 2011



Fonte: Sinasc – CGIAE/SVS/MS.

No que se refere à raça/cor, em 2011, a distribuição das categorias de raça/cor mostra que a proporção de *não informados* teve uma interrupção na tendência de queda dos últimos anos, com aumento de 0,2% no não preenchimento deste campo entre 2011 e 2012, mantendo um patamar em torno de 4% nos últimos três anos. Observa-se também acentuação da curva de queda da categoria *branca*, passando de 45% em 2010 para 42% em 2011, e 37% em 2012, com equivalente aumento da categoria *preta*, que passa de 2% para 4% de 2010 para 2011, e para 5% em 2012 (Gráfico 37).

Gráfico 37 – Distribuição percentual da variável raça/cor. Brasil, 2000 a 2011



Fonte: Sinasc – CGIAE/SVS/MS.

16 Painéis on-line de Monitoramento e Vigilância do Óbito Infantil, Fetal e Materno no Brasil: indicadores de desempenho

No Brasil, segundo a Guia de Vigilância Epidemiológica, do Ministério da Saúde (MS), 2009, os óbitos fetal, infantil, materno e de mulheres em idade fértil (MIF) são eventos de notificação obrigatória, e devem ser seguidas as normas vigentes estabelecidas no contexto da Vigilância Epidemiológica.

A Vigilância do Óbito (VO) é um processo contínuo que inclui a identificação, notificação, quantificação e determinação da causa dos óbitos, como também a utilização dessas informações que permitam realizar ações para evitar novas mortes. Para tanto, é necessário que os sistemas de informação em saúde das esferas local, estadual e federal estejam relacionados. Entre os objetivos desta vigilância se destaca também o de identificar os determinantes chave que levaram à morte. A VO deve fornecer oportunamente informações que orientem ações em curto, médio e longo prazo, e que permitam reduzir mortes em situações semelhantes.

Com o intuito de monitorar a mortalidade materna e infantil, o Ministério da Saúde, por meio da sua Secretaria de Vigilância em Saúde, disponibilizou os dados das notificações de óbito destes grupos via “Painéis de Monitoramento da Mortalidade”, a partir do ano de 2009. Estes painéis são páginas *web* de acesso livre, com informações selecionadas para a vigilância destes eventos.

Os painéis consolidam as frequências absolutas e relativas de óbitos, permitindo a desagregação dos dados em nível nacional, estadual e municipal, possibilitando, ainda, identificar o estabelecimento de saúde onde ocorreu o evento. O resultado da consulta é apresentado em forma de tabela, por mês de ocorrência, e pode ser copiado para edição. O painel também oferece os indicadores de regularidade e oportunidade da notificação e investigação dos eventos de interesse (indicadores de desempenho da Vigilância).

No que se refere à mortalidade materna, os indicadores de interesse são apresentados gráfica e numericamente. Os gráficos incluem: a série histórica dos últimos cinco anos por região, o volume mensal do número de óbitos em relação ao ano anterior, e a distribuição segundo faixa etária. Os dados numéricos são tabulados segundo local de residência ou ocorrência, e apresentados por mês, sendo possível sua exportação para programas de bases de dados. Tendo em vista a importância do monitoramento oportuno, os dados de mortalidade são atualizados regularmente, mesmo que de forma parcial.

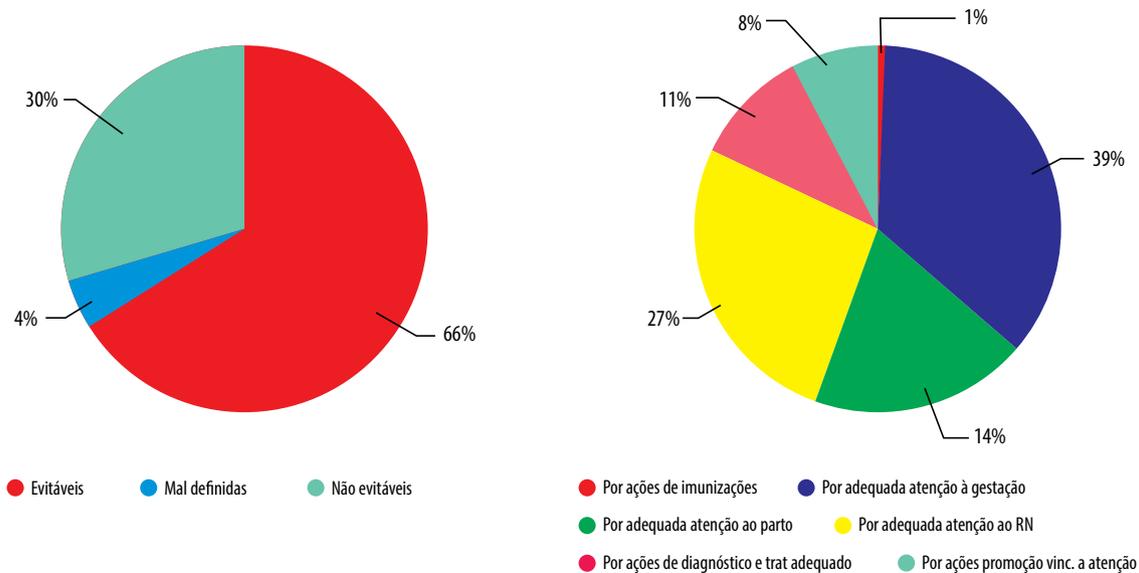
Na mortalidade infantil, destaca-se a apresentação gráfica da evolução do número médio mensal de mortes por faixa etária em um ano determinado, comparado com as médias mensais apuradas nos anos anteriores (óbitos infantis, neonatal precoce, neonatal tardio e pós-neonatal, e óbito fetal). Outra opção de extração dos dados a ser considerada é a permissão para o acompanhamento do grupo classificado como “evitáveis” dentro das ocorrências totais.

As informações são de acesso livre e se atualizam regularmente. Seu uso é crescente nos últimos anos; em 2012, os acessos foram de 69.937 no painel infantil e de 43.899 no materno; em 2013, o percentual de visualizações aumentou em 7% e 24,5%, respectivamente.

É importante ressaltar que toda vida perdida precocemente deve ser considerada como evento sentinela relacionado ao desempenho dos serviços de saúde, frequentemente evitável e fundamentalmente redutível pela qualificação da atenção à saúde, entre tantas outras áreas envolvidas que propiciam o adequado desenvolvimento do cidadão.

Desagregando-se as ocorrências dos óbitos investigados por tipo de evitabilidade desse evento, observa-se que as maiores proporções são de óbitos evitáveis por adequada atenção à gestação, vindo em seguida aqueles evitáveis por adequada atenção ao recém-nascido e por adequada atenção ao parto (Gráfico 38).

Gráfico 38 – Proporção (%) de óbitos infantis, segundo tipo de evitabilidade. Brasil 2013

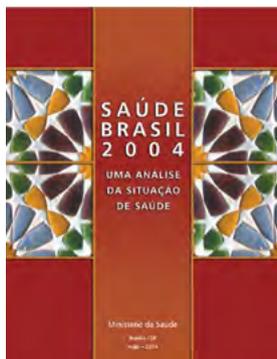


Número de óbitos infantis (masculinos e femininos) notificados, no ano selecionado, segundo classificação de evitabilidade.

Fonte: SIM, maio de 2014.

Número de óbitos infantis (masculinos e femininos) notificados, no ano selecionado, evitáveis segundo tipo de evitabilidade.

Anexo A – Sumários do Saúde Brasil no período de 2004 a 2013



Saúde Brasil 2004

Uma Análise de Situação de Saúde

Apresentação	xi
Introdução	xiii
1 Determinantes e Condicionantes do Processo Saúde-Doença	1
Evolução do Saneamento Básico no Brasil, 1980-2000	3
Análise da Escolaridade no Brasil em 2000	17
Serviços de Saúde: Distribuição das Unidades Cadastradas no Brasil, por Regiões e Estados	22
Trabalhadores de Saúde: Distribuição de Enfermeiros e médicos no Brasil, por Regiões e Estados	41
Transição Demográfica no Brasil	52
Anexos.....	56
2 Saúde Reprodutiva: Gravidez	68
Assistência Pré-Natal.....	76
Parto	78
Baixo Peso ao Nascer.....	81
3 Evolução da Mortalidade no Brasil.....	85
Evolução da Mortalidade no Brasil	87
Evolução da Mortalidade Materna no Brasil.....	112
Evolução da Mortalidade Infantil no Brasil	120
4 Análise dos Dados de Mortalidade de 2001 - Mortalidade do Brasil e Regiões, 2001	137
Região Norte.....	159
Região Nordeste	174
Região Sudeste	190
Região Sul.....	204
Região Centro-Oeste	217
5 Temas Especiais.....	233
Análise de Séries temporais de causas de Morte Seleccionadas: Tendência do Risco de Morte por Algumas Doenças Não Transmissíveis nas Cinco regiões do Brasil no Período de 1981 a 2001	235
Análise de Série temporal da mortalidade por Acidente de Transporte Terrestre no Brasil e Regiões, 1981 - 2001	266
A Mortalidade por Agressões (Homicídios) no Brasil.....	283
6 Situação e Controle das Doenças Transmissíveis no Brasil.....	299
7 Conclusões	339

Saúde Brasil 2005

Uma Análise de Situação de Saúde

Equipe de Elaboração	7
Apresentação	9
Introdução	11
1 Perfil da população Segundo Raça/Cor	13
A População Segundo Anos de Estudo	21
2 Evolução da Qualidade da Informação:	27
Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)	30

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).....	37
3 Saúde Reprodutiva:	45
Assistência Pré-Natal no Brasil e Regiões	52
Tipo de Parto	55
Baixo Peso ao Nascer	58
Análise dos Dados de Nascimento Segundo Raça/Cor.....	60
4 Evolução do Risco de Morte Segundo Raça/Cor:.....	73
Evolução da Mortalidade no Brasil	75
Evolução da Mortalidade Materna no Brasil.....	108
Evolução da Mortalidade Infantil no Brasil	121
5 Evolução da Mortalidade na População Indígena:	145
Mortalidade na População Indígena no Brasil: Dados do SIASI	151
Mortalidade na População Indígena no Brasil: Dados do SIM	158
6 Análise da Mortalidade em 2002:	195
Número de Óbitos e Coeficiente Geral de Mortalidade	199
O Risco de Morte Segundo a Faixa Etária e Sexo	208
O Risco de Morte Segundo as Regiões.....	214
7 Análise da Mortalidade Segundo Raça/Cor em 2003:	219
Mortalidade no Brasil e Regiões, 2003	221
Região Norte.....	283
Região Nordeste	316
Região Sudeste	348
Região Sul.....	378
Região Centro-Oeste	406

Temas Especiais:

8 Análise da Morte Violenta Segundo Raça/Cor.....	435
Mortalidade por Causas Externas	437
Mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre	451
Mortalidade por Agressões Segundo Raça/Cor	535
9 Análise da Tendência da Morte Violenta	591
Agressões por Arma de Fogo	596
Acidentes por Transporte Terrestre	613
10 Análise da Tendência da Mortalidade por Doenças Não Transmissíveis	639
Doenças do Aparelho Circulatório.....	642
Doença Cerebrovascular	657
Doença Isquêmica do Coração	670
Neoplasias	682
11 Análise da Situação da Tuberculose no Brasil:	719
Morbidade por Tuberculose: 2000 a 2003	721
Mortalidade por Tuberculose	735
12 Análise da Situação da Dengue e do Programa de Controle da Dengue no Brasil.....	755
13 Tendência do Tétano Neonatal no Brasil.....	781
14 Conclusões	801



Saúde Brasil 2006
Uma Análise de Situação de Saúde



Saúde Brasil 2007
Uma Análise de Situação de Saúde

Equipe de Elaboração	vii	Apresentação	11
Apresentação	xi	Introdução	13
Introdução	xiii	1 Distribuição dos Serviços de Saúde no Brasil: Uma Análise do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde no Brasil (CNES).....	15
1 Brasil: Uma Sociedade em Transição.....	1	2 Nascer no Brasil 2005.....	35
1.1 Transição Demográfica.....	5	3 Mortalidade Infantil e na Infância	53
1.2 Transição dos Indicadores Sociais	9	4 Mortalidade Fetal.....	87
2 CNES 2006	25	5 Mortalidade no Brasil e Regiões	107
3 Carga Global de Doenças no Brasil: A Distribuição Desigual da Mortalidade.....	47	6 A Mulher em Idade Fértil no Brasil: Evolução da Mortalidade e Internação por Aborto	143
4 Mortalidade do Brasil em 2004.....	69	6.1 Evolução da Mortalidade da Mulher em Idade Fértil.....	145
5 Diferenças no Perfil de Mortalidade da População Brasileira e da População Beneficiária de Planos de Saúde.....	105	6.2 Hospitalizações por Aborto no Sistema Único de Saúde (2002 a 2006)	170
5.1 Perfil de Mortalidade Geral em Beneficiários de planos Privados de Saúde.....	120	7 A Violência no Brasil: Abordando Diferentes Fontes :.....	183
5.2 Perfil da Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatorio na População de Beneficiários de Planos Privados de Assistência à Saúde	134	7.1 Mortalidade por Homicídio	185
5.3 Perfil da Mortalidade por Neoplasias Malignas na População de Beneficiários de Planos Privados de Assistência à Saúde	173	7.2 Mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre no Brasil... ..	263
6 Nascimento e Desigualdade no Brasil	211	7.3 Mortalidade por Suicídio	326
6.1 A Assistência Pré-Natal no Brasil e suas Desigualdades.....	211	7.4 Internação por Agressão no Sistema Único de Saúde	352
6.2 Nascimento e Desigualdade no Distrito Federal: Um Estudo de Caso... ..	226	7.5 Internação por Acidentes de Transporte Terrestre no Sistema Único de Saúde.....	383
7 Mortalidade Infantil no Brasil : Determinantes e Desigualdade ..	249	7.6 Perfil dos Atendimentos de Emergência por Acidentes e Violências - Municípios Selecionados - Brasil, 2006	422
7.1 Evolução Desigual da Mortalidade Infantil.....	251	8 Análise Ecológica da Violência Letal no Município de Vitória-ES: Sua Distribuição e Contexto Sócioespacial	457
7.2 Mortalidade Infanti e Desigualdade de Raça/Cor.....	265	9 Perfil da Saúde no Homem.....	509
7.3 Mortalidade Infantil no Brasil	270	10 Mortalidade por Uso do Álcool.....	537
7.4 Desigualdades Sociais e no Acesso aos Serviços de Saúde numa Coorte de Nascidos Vivos Residentes na Cidade de São Paulo: Probabilidade de Morte Infantil e fatores de Riscos Associados à Mortalidade Neonatal	280	11 Os Casos Novos de Tuberculose e os Estabelecimentos de Saúde no Brasil	561
8 Desigualdade e Determinantes da Saúde do Adolescente no Brasil: ...	305	12 Saúde e Ambiente:	571
8.1 Desigualdade e Determinantes na Gravidez na Adolescência ...	312	12.1 A Estruturação do Programa de Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada á Qualidade da Água para Consumo Humano - Vigiagua e as Taxas de Internações por Doenças Diarréicas Agudas no Brasil ..	576
8.2 Risco de ser mãe entre Adolescente de 10 a 14 Anos.....	323	12.2 Atuação para a Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado - Vigi solo	595
8.3 Mortalidade e Desigualdade entre Adolescentes.....	325	12.3 Identificação das Áreas de Atenção Ambiental Atmosférica de Interesse para a Saúde na Região do Arco do Desmatamento.....	611
9 Desigualdade da Mortalidade Materna no Brasil em 2004.....	371	13 Conclusões	629
10 Desigualdade e Determinantes da Mortalidade por Violência ...	391		
10.1 Óbito por Homicídio e Desigualdade	393		
10.2 Mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre no Brasil..	456		
11 Saúde Ambiental	525		
12 Mortalidade por Suicídio	565		
13 Conclusões	587		



Saúde Brasil 2008
20 anos de Sistema Único de Saúde(SUS) no Brasil

A dinâmica dos macrodeterminantes da saúde nos 20 anos de Sistema Único de Saúde	17
Parte I: Evolução de políticas, Programa e Ações de Saúde	37
1 Evolução e Avanços da Saúde da Família e os 20 Anos do Sistema Único de Saúde do Brasil.....	39
2 O Programa Nacional de Imunizações nos 20 Anos do Sistema Único de Saúde no Brasil.....	63
3 Políticas de Saúde Direcionadas às Crianças Brasileiras: Breve Histórico com Enfoque na Oferta de Serviços de Saúde.....	85
4 Políticas de Atenção à Saúde da Mulher e o os 20 Anos do Sistema Único de Saúde no Brasil.....	111
5 HIV/aids no Sistema Único de Saúde: Respostas e Desafios à Epidemia no Brasil	131
6 Saúde Bucal no Brasil em 2008 e nos 20 Anos do Sistema Único de Saúde.....	155
7 Os 20 Anos da Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde do Brasil: limites, Avanços e Desafios.....	175
8 O Samu no Cenário das Urgências: Desafios da Política Nacional de Atenção às Urgências no Brasil no Sistema Único de Saúde do Brasil. 205	
9 Vigilância em Saúde Ambiental no Sistema Único de Saúde: 10 anos de Atuação pela Sustentabilidade no Brasil.....	221
Parte II: Análise da Situação de Saúde da População Brasileira 237	
1 Evolução da Mortalidade Infantil no Brasil - 1980 a 2005	239
2 A Evolução da Altura e do índice de Massa Corporal de Crianças, Adolescentes e Adultos Brasileiros no Período de 1974 a 2007	267
3 As Doenças Transmissíveis no Brasil: Tendências e Novos Desafios para o Sistema Único de Saúde	281
4 As Violências e os Acidentes como Problemas de Saúde Pública no Brasil: Marcos das Políticas Públicas e a Evolução da Morbimortalidade Durante os 20 Anos do Sistema Único de Saúde	311
5 Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Mortalidade e Fatores de Risco no Brasil, 1990 a 2006	337
6 Tendências e Controle do Câncer e os 20 Anos de Sistema Único de Saúde no Brasil	365
7 Tendência das Condições de Saúde e Uso de Serviços de Saúde da População Idosa Brasileira: 20 Anos do Sistema Único de Saúde....	385
Considerações Finais	407
O Nascimento, A Vida, O Adoecimento, a Morte e a Atenção à Saúde da População Brasileira Durante 20 Anos de Sistema Único de Saúde: Uma Síntese.....	407



Saúde Brasil 2009
Uma análise da Situação de Saúde e da Agenda Nacional e Internacional de prioridades em Saúde

Apresentação	13
Introdução	15
Parte I: Análise da Situação de Saúde	19
1 Saúde Reprodutiva: Como Nascem os Brasileiros	21
2 Mortalidade no Brasil: Situação de 2008 e Evolução Segundo Principais Grupos de Causas no Período de 1980 a 2008	45
3 Morbidade e Mortalidade por Doenças Transmissíveis no Brasil....	73
4 Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: Mortalidade, Morbidade e Fatores de Risco	111
5 Acidentes e Violências no Brasil: Um Panorama Atual das Mortes, Internações Hospitalares e Atendimentos em Serviços de Urgência 137	
Parte II: A Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde	175
6 A Redução da Mortalidade na Infância e Infantil no Brasil e nas Unidades de Federação	177
7 Mortalidade Materna.....	201
8 Malária no Brasil: Epidemiologia e Controle	223
9 Morbidade e Mortalidade por Dengue no Brasil: Uma Década em Perspectivas.....	241
10 Morbidade e Mortalidade por Influenza no Brasil, no período de 1998 a 2009	257
11 Interpretação dos Dados Nacionais e Estaduais de Notificação de Tuberculose e Implicações para a Saúde Pública - Brasil 2007-2009 279	
12 Comportamento Epidemiológico da Hanseníase no Brasil	295
13 A Epidemia de HIV/aids nos Estados Brasileiros: Indicadores de Monitoramento	319
14 Evolução da Desnutrição Infantil no Brasil e o Alcance da Meta dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio.....	339
Considerações Finais	363
15 Considerações Finais.....	363



Saúde Brasil 2010

Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde

Apresentação	15
Introdução	17
Parte I: Análise da Situação de Saúde	19
1 Como Nascem os Brasileiros: Descrição das Características Sociodemográficas e Condições dos Nascimentos no Brasil, 2000, 2005 e 2009	21
2 Como Morrem os Brasileiros: Caracterização e Distribuição Geográfica dos Óbitos no Brasil, 2000, 2005 e 2009.....	51
3 Busca Ativa de Óbitos e Nascimentos no Nordeste e na Amazônia Legal: Estimação das Coberturas do SIM e do Sinasc nos Municípios Brasileiros	79
4 Busca Ativa de Óbitos e Nascimentos no Nordeste e na Amazônia Legal: Estimação da Mortalidade Infantil nos Municípios Brasileiros	99
5 Mortalidade por Doenças Crônicas no Brasil: Situação em 2009 e Tendências de 1991 a 2009.....	117
6 A Saúde dos Escolares e dos Adultos Jovens no Brasil: Situação e Tendências Relacionadas aos Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis.....	135
7 Dengue no Brasil: Tendências e Mudanças na Epidemiologia, com Ênfase nas Epidemias de 2008 a 2010	157
8 Melhoria da Qualidade do Sistema de Informação para a Tuberculose: Uma Revisão da Literatura sobre o Uso de <i>linkage</i> entre Bases de dados.....	173
9 Situação Epidemiológica da Hanseníase no Brasil: Análise de Indicadores Selecionados no Período de 2001 a 2010.....	185
10 Epidemiologia das Causas Externas no Brasil: Mortalidade por Acidentes e Violências	203
11 Epidemiologia das Causas Externas no Brasil: Mortalidade por Acidentes e Violências no Período de 2000 a 2009	225
Parte II: Evidências de Impacto de Ações de Vigilância em Saúde	251
12 Programas de Transferência de Renda e Redução da Pobreza e das Desigualdades Sociais no Brasil, no Período de 2004 a 2011	253
13 Peso ao Nascer entre Crianças de Famílias de Baixa Renda Beneficiárias e Não Beneficiárias do Programa Bolsa Família da Região Nordeste (Brasil): pareamento entre CadÚnico e Sinasc	271
14 Vacinação de Idosos contra Influenza e a Morbidade Hospitalar e Mortalidade por Causas Relacionadas no Brasil, no período de 1992 a 2006	295
15 Evidências Preliminares de Impacto da Vacina Influenza A (H1N1) e Anti-Pneumocócica Conjugada (PCV-10) nas Internações por Pneumonia nos Hospitais da Rede do SUS - Brasil, no período de 2005 a 2010.....	311
16 Perspectivas para Controle da Transmissão Vertical do HIV no Brasil	335
17 Avaliação de Programas de Atividade Física no Brasil: Uma Revisão de Evidências em Experiências Selecionadas	347
Considerações Finais	363
18 Programas de Transferência de Renda e o Sistema Único de Saúde: Potencializando o Impacto das Ações.....	365



Saúde Brasil 2011

Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher

Apresentação	7
Introdução	9
Parte I: Análise da Situação de Saúde	11
1 Como Nascem os Brasileiros: Características Epidemiológicas e Sociodemográficas dos Nascimentos no Brasil de 2000 a 2010	13
2 Prevalência de Fatores de Risco e Protetores para as Doenças para Doenças Crônicas na População Adulta Brasileira em 2011.....	29
3 Análise da Situação das Doenças Transmissíveis no Brasil no Período de 2000 a 2010.....	47
4 Mortalidade por Doenças Crônicas no Brasil: Situação em 2010 e Tendências de 1991 a 2010.....	93
5 Como Morrem os Brasileiros: Tendências e Desigualdades nas Regiões, Unidades Federadas e nas Categorias de Raça/Cor nos Anos de 2000 a 2010	105
6 Mortalidade Infantil no Brasil: Tendências, Componentes e Causas de Morte no Período de 2000 a 2010.....	163
7 Mortalidade do Adulto no Brasil: Taxas de Mortalidade Segundo Sexo, Causas e Regiões, 2010.....	183
8 Mortalidade entre Idosos no Brasil: Tendências em 20 Anos (1991 a 2010).....	209
9 Morbidade por Acidentes e Violências no Brasil: Tendência das Hospitalizações no Período de 2002 a 2011	227
10 Mortalidade por Acidentes e Violências no Brasil: Situação em 2010 e tendências de 2001 a 2010.....	249
Parte II: Vigilância da Saúde da Mulher no Brasil	279
11 Caracterização da População de Mulheres no Brasil: Resultados do Censo Demográfico 2010	281
12 Mortalidade Feminina no Brasil: Evolução no Período de 2000 a 2010	303
13 Violência Contra Mulheres Adultas no Brasil: Análise das Notificações do Sistema de Vigilância em Violências em 2010	327
14 Mortalidade Materna no Brasil: Principais Causas de Morte e Tendências Temporais no Período de 1990 a 2010	345
15 Mortalidade Materna no Brasil: Avanços da Vigilância no Período de 2009 a 2011	359
16 As cesarianas no Brasil: Situação no Ano de 2010, Tendências e Perspectivas.....	371
Parte III - Qualidade da Informação em Saúde	399
17 Monitoramento de Indicadores de Qualidade dos Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (Sinasc), nos anos 2000, 2005 e 2010.....	401
Considerações Finais	419
Saúde Brasil 2011: Uma Análise para Informar a Decisão em Saúde	421
Nota Metodológica.....	429
Metodologias Empregadas para as Correções das taxas de Mortalidade...	431
Equipe Técnica	437



Saúde Brasil 2012

Uma análise da situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunizações



Saúde Brasil 2013

Uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza

Apresentação 7

Introdução 9

Parte I: Análise da Situação de Saúde 11

1 Como Nascem os Brasileiros: Uma Análise do Perfil Epidemiológico dos Nascimentos no Brasil em 2011 13

2 Mortalidade Materna no Brasil: Tendências, Principais Causas e Investigação de Óbitos 41

3 Mortalidade Infantil no Brasil: Tendências, Componentes e Causas de Morte no Período de 2000 a 2011..... 61

4 Como Morrem os Brasileiros: Ranking e Tendências das Taxas de Mortalidade por Grupos de Causas no Brasil e Regiões - 2000 e 2011 93

5 Doenças Decorrentes e Perpetuadoras da Pobreza 167

6 Doenças com Potencial Epidêmico no Brasil, de 2000 a 2009 - 2013187

7 Tendências da Epidemia de HIV/aids no Brasil 213

8 Comportamentos Relacionados à Saúde dos Escolares Brasileiros: Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE, 2012 229

9 Morbidade Hospitalar e Ambulatorial em Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Sistema Único de Saúde - DCNT..... 243

10 Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências no Brasil ... 273

11 Acidentes de Transporte Terrestre no Brasil: Mortalidade, Internação Hospitalar e Fatores de Risco no Período de 2002 a 2012 299

12 Saúde do Trabalhador: Informações sobre Acidentes, Violências e Intoxicações Exógenas Relacionadas ao Trabalho, Brasil 2007 a 2012 ... 327

13 Doenças Respiratórias em Menores de 5 Anos Associadas às Queimadas..... 345

Parte II: Programa Nacional de Imunizações..... 363

14 40 Anos do Programa Nacional de Imunizações: Uma História de Sucesso 365

15 Coberturas Vacinais Segundo Unidades de Federação e Grupos de Idade, 2008 O 2012..... 383

16 Tendência da Morbidade e Mortalidade das Doenças Evitáveis por Vacinação no Brasil 401

17 Impacto da Vacina Meningocócica C Conjugada na Morbidade e na Mortalidade por Doença Meningocócica no Brasil 443

18 Impacto da Vacinação Pneumocócica 10-Valente na Morbidade por Pneumonias em Crianças Menores de 2 Anos Admitidas em Hospitais da rede SUS, Brasil 453

19 Avaliação das Estratégias de Vacinação para o Controle e Eliminação do Sarampo e Rubéola no Brasil, 1982 - 2012 469

Parte III - Qualidade da Informação em Saúde 489

20 Declarações de Óbitos e de Nascidos Vivos: Avaliação da Implantação dos Novos Formulários 491

21 Qualidade das Informações do Sinan 511

Equipe Técnica..... 527

Apresentação 13

Introdução 15

Parte I: Análise da Situação de Saúde 19

1 Como Nascem os Brasileiros 21

2 Morbimortalidade Materna: Tendências, Causas e Investigação de Óbitos 41

3 Mortalidade Infantil no Brasil 65

4 Perfil da Mortalidade da população Brasileira em 2012..... 81

5 Surtos, Epidemias e Doenças com Potencial Epidêmico no Brasil em 2013 111

6 Mortalidade Prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2000 a 2011 133

7 Morbimortalidade por Violências no Brasil: Um Retrato de Contornos em Discussão 151

8 Perfil e Tendência da Mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre - Brasil, 2000 a 2012 177

9 Emergência em Saúde Pública por Inundação e Deslizamentos: Os Impactos das chuvas sobre a Saúde..... 195

Parte II: Doenças Transmissíveis Relacionadas à Pobreza..... 225

10 Carga das Doenças Infecciosas Relacionadas à Pobreza no Brasil..... 227

11 Gastos com Internações por Doenças Infecciosas Relacionadas à Pobreza..... 255

12 Transmissão Vertical da Sífilis e do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) no Brasil 273

13 Distribuição Espacial das Doenças Relacionadas à Pobreza no Brasil 287

14 Tuberculose e Programa Bolsa Família no Brasil..... 325

Parte III - Qualidade da Informação em Saúde 341

15 Declarações de Óbitos e de Nascidos Vivos: Avaliação da Implantação dos Novos Formulários 343

16 Painéis on-line de Monitoramento e Vigilância do Óbito Infantil, Fetal e Materno no Brasil: Indicadores de Desempenho 363

Equipe Técnica..... 377

DISQUE SAÚDE



Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

Secretaria de Vigilância em Saúde
www.saude.gov.br/svs



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PÁTRIA EDUCADORA