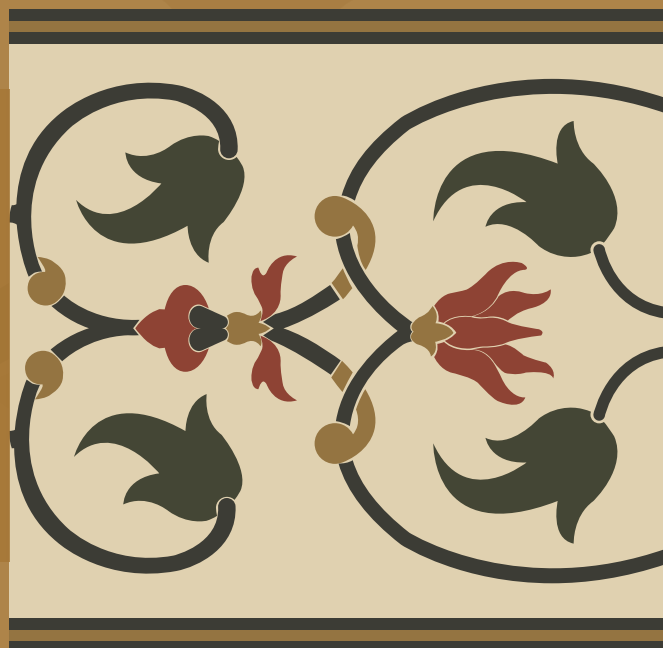


MINISTÉRIO DA SAÚDE

RESUMO EXECUTIVO
SAÚDE BRASIL
2014



Uma análise da situação de
saúde e das causas externas

Brasília – DF
2015



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos
não Transmissíveis e Promoção da Saúde

RESUMO EXECUTIVO SAÚDE BRASIL 2014

**Uma análise da situação de
saúde e das causas externas**



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 – 6.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da 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

Editores-Gerais:

Antonio Carlos Figueiredo Nardi
Deborah Carvalho Malta
Maria de Fatima de Souza

Organização:

Helena Luna Ferreira

Editoras-Executivas:

Elisete Duarte
Helena Luna Ferreira

Revisão:

Bruno de Oliveira Zoca
Roberto Carlos Reyes Lecca

Supervisão da Produção Editorial:

Thais de Souza Andrade Pansani

Capa:

Thaís Abreu Oliveira

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:

Normalização: Daniela Ferreira Barros da Silva
Revisão: Khamila Silva e Tatiane Souza
Diagramação: Renato Carvalho

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde.

Resumo executivo Saúde Brasil 2014 : uma análise da situação de saúde e das causas externas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

84 p. : il.

ISBN 978-85-334-2347-3

1. Saúde Pública. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Indicadores de Saúde. I. Título.

CDU 614(81)

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2015/0678

Título para indexação:

Executive Summary Health Brazil 2014: an analysis of the health situation and external causes

Sumário

	Apresentação	7
1	Como nascem os brasileiros.....	9
2	A vigilância do óbito no Brasil: trajetória de 2008 a 2015	13
3	Mortalidade infantil no Brasil	17
4	Perfil da mortalidade da população brasileira.....	21
5	Doenças transmissíveis no Brasil em 2014	25
6	Perfil epidemiológico do HIV/aids, sífilis e hepatites virais no Brasil	29
7	Prevalência e distribuição de importantes doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2013: análise da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)	33
8	Exposição humana a agrotóxicos no Brasil: Ações de vigilância em saúde ambiental e saúde do trabalhador	35
9	Análise de situação das causas externas no Brasil.....	39
10	Mortalidade por uso do álcool no Brasil	43
11	Homicídios no Brasil, análise das ocorrências de 2001 a 2013	47
12	Violência doméstica no Brasil: análise das notificações do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes por Ciclo de Vida.....	53
13	Suicídios consumados e tentativas notificadas no Brasil.....	55
14	Perfil e evolução da morbimortalidade de acidentes de transporte terrestre – Brasil, 2004-2013.....	59
15	Acidentes de transporte envolvendo motociclistas: um panorama da situação da morbidade hospitalar e mortalidade do Brasil.....	63
16	Impacto das intervenções para a redução da morbimortalidade no trânsito no Brasil.....	65
17	Qualidade das informações de causas externas em sistemas nacionais de informação em saúde no Brasil.....	71
18	Ações educativas no campo da vigilância em saúde materno-infantil: evidências de impacto de projeto-piloto	75
	Anexo – Declaração de Brasília: Segunda Conferência Global de Alto Nível sobre Segurança no Trânsito: tempo de resultados.....	77

Apresentação

A publicação *Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas* 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 18 capítulos da obra citada, resultado de um esforço de 151 colaboradores de 16 instituições de seis unidades federativas do País e ainda três instituições estrangeiras. O livro foi lançado no dia 4 de dezembro de 2015, por ocasião da 15ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília.

Este Resumo Executivo expõe os principais resultados das análises atualizadas quanto ao perfil dos nascimentos, das morbidades e da mortalidade da população brasileira, além de temas específicos como a trajetória da vigilância do óbito no Brasil e a vigilância ambiental, com enfoque à exposição humana a agrotóxicos.

O tema em destaque do *Saúde Brasil 2014* foi “Causas Externas”. Assim, enfatizou aspectos como mortalidade por uso de álcool, homicídios, violência doméstica, suicídios consumados e tentativas notificadas. Quanto aos acidentes de transporte terrestre, além de se traçar o perfil e a evolução da morbimortalidade desse tipo de evento, deu-se destaque especial àqueles com envolvimento de motociclistas. Outro aspecto, ainda abordado, foi sobre o impacto das intervenções para a redução da morbimortalidade relacionada ao trânsito no Brasil.

A Qualidade de Informações em Saúde é o tema do penúltimo capítulo, que aborda a qualidade das informações sobre causas externas em sistemas nacionais de informação. O último capítulo trata de ações educativas no campo da Vigilância em Saúde Materno-Infantil aplicadas com êxito em São Luís do Maranhão.

Faz-se mister informar, ainda, que este *Resumo Executivo* traz como anexo a Declaração de Brasília, elaborada por ocasião da Segunda Conferência Global de Alto Nível sobre Segurança no Trânsito: Tempo de Resultados, realizada em Brasília de 18 a 19 de novembro de 2015.

Há convencimento, entre outros, de que políticas públicas e ações multissetoriais apropriadas são necessárias para alcançar os objetivos de “estabilizar e então reduzir a projeção global de mortes no trânsito”, proposto no âmbito da Década de Ação para a Segurança no Trânsito 2011-2020.

Os participantes da Conferência renovaram o compromisso com a Década de Ação para a Segurança no Trânsito 2011-2020 e com a implementação plena e oportuna do Plano Global para a Década de Ação, e decidiram sobre recomendações de ações (detalhadas no Anexo) para:

- fortalecer o gerenciamento da segurança no trânsito e aprimorar a legislação e a fiscalização;
- promover vias mais seguras e o uso de modos de transporte sustentáveis;
- desenvolver e promover o uso de veículos mais seguros;
- aumentar a conscientização e desenvolver as capacidades dos usuários das vias;
- melhorar a resposta pós-acidente e os serviços de reabilitação;
- fortalecer a cooperação e a coordenação para a segurança no trânsito global.

A efetividade das ações voltadas à redução da morbimortalidade no trânsito depende do adequado planejamento destas ações que, por sua vez, deve ser baseado em análises de dados, como aquelas apresentadas no *Saúde Brasil*. Informações de boa qualidade podem contribuir para subsidiar o aprimoramento das ações de vigilância voltadas à prevenção da morbidade e mortalidade no trânsito, como também em outras áreas. A contribuição do setor Saúde, especialmente do Sistema Único de Saúde (SUS), é fundamental para a redução das desigualdades e para o desenvolvimento do País.

Espera-se que este *Resumo Executivo* seja consultado como um índice ampliado do livro *Saúde Brasil 2014*, 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. A publicação será uma excelente referência para gestores e profissionais de saúde de todas as áreas.

O conteúdo integral do livro *Saúde Brasil 2014*, como também as versões contendo os capítulos sobre Causas Externas em inglês e espanhol, e, ainda este Resumo Executivo, podem ser acessados em <www.saude.gov.br/bvs>.

Boa leitura!

Antônio Carlos Figueiredo Nardi

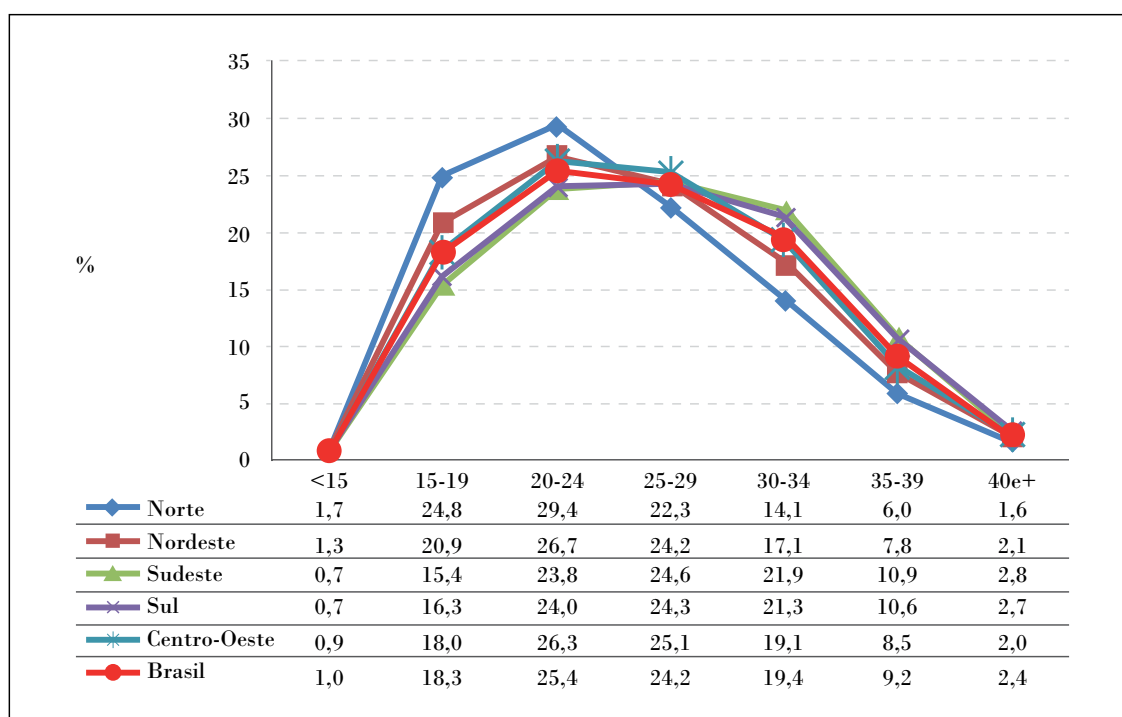
Editor-Geral

1 Como nascem os brasileiros

Desde o ano 2000 há 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 tendência. Assim, entre 2000 e 2013, houve redução de 12,5% nos nascimentos no País, com variações extremas de 2% no Centro-Oeste e 17,2% no Nordeste.

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 de idade ou mais passaram de 22,5% em 2000 para 31% em 2013, sendo que as maiores proporções de mães com idades menores de 20 anos se encontram nas regiões Norte e Nordeste, e com 30 anos ou mais nas regiões Sul e Sudeste.

Gráfico 1 – Proporção de nascidos vivos por idade da mãe – Brasil e regiões, 2013



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

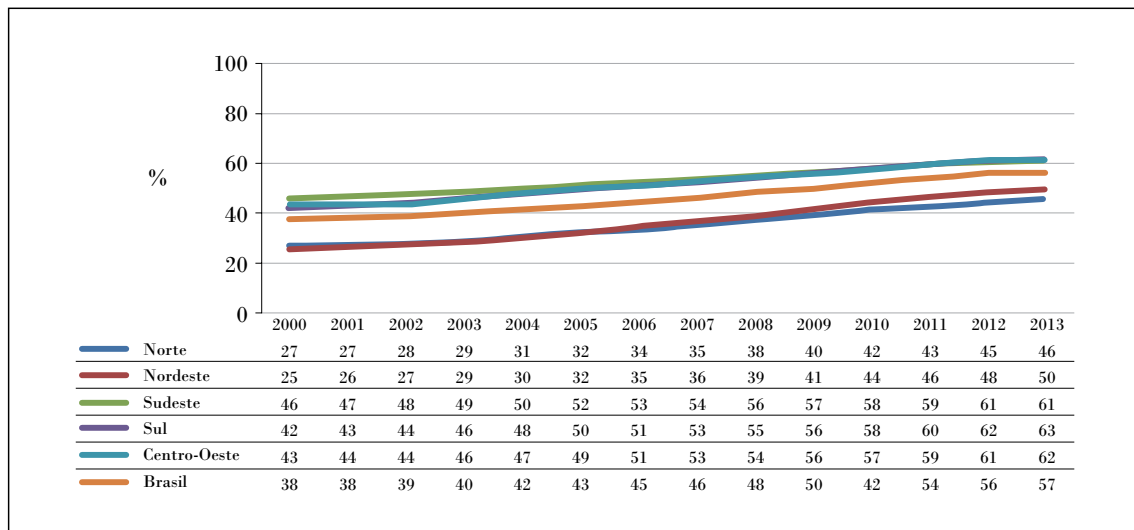
Evidenciam-se, também, diferenças importantes na estrutura etária das mulheres no momento do parto segundo cor da pele/raça. Enquanto mulheres de cor branca e amarela têm filhos em idades mais avançadas (38,1% com 30 anos ou mais entre as de cor branca e 39,4% entre as de cor amarela), indígenas têm filhos muito precocemente (29% com <20 anos, e 3,7% com <15 anos).

Em relação à atenção pré-natal, a análise do indicador número de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde (≥ 6 consultas) mostra expressivas desigualdades regionais: 57,7% no Norte *versus* mais de 80% no Sul e no Sudeste. Nota-se, por outro lado, que ainda 10% das mães brasileiras declararam três ou menos consultas pré-natal, sendo que no Norte essa proporção chega a 20%. Ao se considerar a cor da pele/raça da mãe, as mães brancas são as que mais atenderam ao número de consultas adequado (85%), enquanto que as indígenas atingiram 36,2%, sendo que 37% dessas fizeram três consultas ou menos durante a gestação. Em relação à

escolaridade, quanto mais elevado o nível, maior a proporção do número recomendado de consultas, mostrando uma diferença de 35,1% entre os níveis extremos de escolaridade. Ademais, ressalta-se o fato de que em idades mais jovens, é menor a proporção de mães com seis ou mais consultas. Verifica-se que entre as adolescentes (menos de 20 anos) o início do acompanhamento médico se dá mais tardiamente.

Em relação ao tipo de parto, os dados de 2013 confirmam a tendência crescente de cesáreas em todas as regiões do País, especialmente no Norte e no Nordeste, que apresentam menor acesso ao acompanhamento pré-natal. Novamente, ressalta-se que nenhuma região atendeu a recomendação da OMS de no máximo 15% de partos cesáreos. É interessante notar que a redução em cerca de 450 mil nascimentos ao ano, quando se comparam os anos 2000 e 2013, não implicou em redução do número absoluto de partos cirúrgicos. Pelo contrário, estima-se que o número de cesarianas no País tenha passado de 1,3 milhão ao ano em 2000 para 1,7 milhão em 2013, representando um crescimento de 31%.

Gráfico 2 – Proporção de nascidos vivos de parto cesáreo – Brasil e regiões, 2000-2013



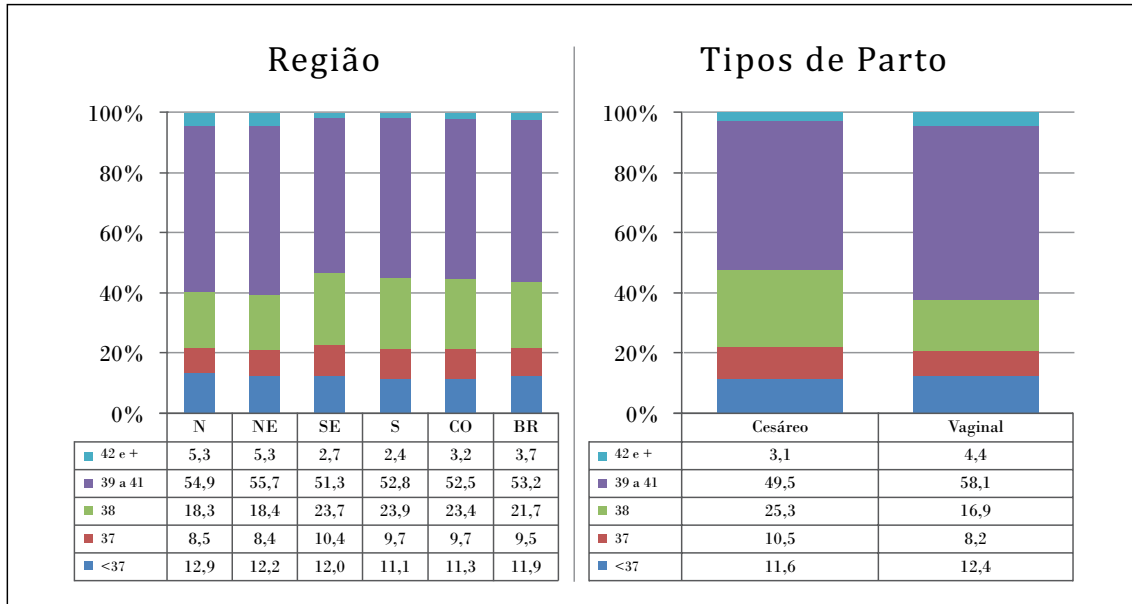
Fonte: MS/SVS/CGIAE-Sinasc, 2013.

Com esse crescimento de cesáreas no País, houve uma redução das diferenças regionais. Em 2013, as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste tiveram proporções superiores a 60%, a Nordeste e a Norte aproximaram-se a 50%. Menores proporções de cesáreas ocorreram em mães com baixa escolaridade e idade mais jovem. No outro extremo, mais de 83% das mães com 12 anos ou mais de estudo e mais de 60% daquelas com 25 e 39 anos de idade tiveram cesárea. A cesárea variou entre 19% das mães indígenas e 68% das brancas. Segundo a esfera administrativa do estabelecimento de saúde, 58% das cesáreas foram realizadas em unidades não públicas (incluindo leitos conveniados e custeados pelo SUS), com variações regionais marcantes: 34% no Norte; 45% no Nordeste; 68% no Sudeste; 76% no Sul; e 60% no Centro-Oeste.

No que se refere às características dos recém-nascidos, 8,5% tiveram baixo peso em 2013, com discretas variações regionais (7,6% no Norte; 8% no Nordeste; 9,2% no Sudeste; 8,6% no Sul; e 8,3% no Centro-Oeste). Fazendo-se a desagregação por tipo de parto, as proporções de baixo peso ao nascer foram praticamente iguais (8,6% no parto cesáreo e 8,4% no parto vaginal). Convém ressaltar que a proporção de nascimentos de baixo peso entre os partos cesáreos ocorridos em unidades públicas supera aquela em unidades não públicas (11% e 7,6%, respectivamente).

Com relação às características da idade gestacional, 11,9% dos nascimentos em 2013 ocorreram com menos de 37 semanas, com discretas variações regionais. As variações regionais mais marcantes ocorreram com 38 semanas (18% no Norte e Nordeste versus 24% nas demais regiões). Quanto ao tipo de parto, 25,3% das cesáreas ocorreram com 38 semanas enquanto que este valor cai para 16,9% nos partos vaginais. É importante ressaltar que há uma maior ocorrência de nascimentos nas 37^a ou 38^a semanas de gestação de mães com características relacionadas à cor da pele/raça branca ou amarela, maior nível de escolaridade, como também à residência nas regiões Sudeste, Sul ou Centro-Oeste.

Gráfico 3 – Proporção de nascidos vivos, segundo duração da gestação por região e tipo de parto – Brasil, 2013



Fonte: MS/SVS/CGIAE/Sinasc, 2013.

2 A vigilância do óbito no Brasil: trajetória de 2008 a 2015

A redução da mortalidade materna e infantil é prioridade do governo federal, o qual, por meio do Ministério da Saúde (MS), vem desenvolvendo políticas públicas para melhorar a situação de saúde da população, em especial das crianças e grávidas. Nesse contexto, o MS, com a Coordenação-Geral de Informações e Análise Epidemiológicas (CGIAE) da Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS), deu início, em 2008, a uma série de medidas para acelerar a institucionalização da vigilância de óbitos (VO) no âmbito do SUS. Essa vigilância compreende a identificação dos determinantes dos óbitos em tempo oportuno por meio da investigação, com vistas à proposição de medidas para evitar novos óbitos. A investigação, por sua vez, propicia a identificação de óbitos não declarados e/ou não registrados, a correção dos dados pessoais e socioeconômicos do(a) falecido(a) e da causa da morte. Tal procedimento possibilita ainda a redução de óbitos com causas maldefinidas, o que fortalece o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e a correção de indicadores. Essas informações são relevantes como subsídios para a tomada de decisão de gestores, principalmente para aqueles que respondem pela direção do Sistema Único de Saúde (SUS) local. Dessa forma, oportunizar melhorias na qualidade das informações desses óbitos indica melhoria de sensibilidade e organização das informações pelos serviços de vigilância do óbito em todo o País e não, necessariamente, uma piora nos serviços de assistência à mulher e à criança.

Quadro 1 – Resumo do processo de organização da Vigilância do Óbito Materno no Brasil, 2008-2015

A Vigilância do Óbito no Brasil	
Portaria nº 1.119/2008 (regulamenta a VOM), Portaria nº 72 (regulamenta VOIF) Portaria nº 116/2009 (regulamenta o registro de óbitos)	Elaboração de diretrizes, instrumentos de coleta de dados de investigação com informações padronizadas para o País e instrutivos.
	Introdução do módulo de investigação no SIM.
	Realização de reuniões com gestores para pactuar adesão ao modelo VO proposto e a organização da VO nas UFs e nos municípios; e treinamento das equipes técnicas.
	Organização de fluxo de informação pelo serviço de saúde entre as instâncias locais considerando a organização de cada UF.
	Notificação ao Serviço de Vigilância do Óbito (até 48 horas). Notificação do Óbito Materno/MIF no SIM (até 30 dias).
	Realização e conclusão da investigação pelos serviços de saúde (vigilância e atenção), segundo ocorrência e residência (até 120 dias).
	Composição de grupos técnicos para realizar e promover as discussões, análises dos determinantes, fatores de risco e síntese sobre os eventos.
	Elaboração e apresentação de relatório à gestão.
	Retroalimentação ao Módulo Web-SIM, com a síntese da investigação, determinantes e fatores de risco para o óbito
	Atualização no SIM considerando: confirmação e ou identificação do óbito materno, identificação do óbito infantil a partir do fetal, causa básica do óbito e melhoria nas variáveis da D0.
Divulgação e Publicação das ocorrências no Painel de Monitoramento do Óbito Materno (a cada 60 dias).	
Sensibilização de Gestores e Pactuação com as unidades da Federação.	

Fonte: Adaptado de HOUNTON et al. **Reproductive Healths**, [S.l.], v. 10, n. 1, p. 1-8, Jan. 2013.

Para fins de análise, foi considerado óbito investigado aquele que possui ficha síntese informada no módulo do SIM específico para esta finalidade. Assim, no Brasil, a proporção de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) deu um salto de 55% em 2009 para 82% em 2011. A partir de então, manteve-se próximo a este valor nos anos de 2012 (85%) e 2013 (86%). Ressalta-se que a SVS/MS estabeleceu como uma de suas metas ampliar a capacidade de investigação dos óbitos de MIF para no mínimo 85% até 2015. Convém salientar que apenas 4 UFs (Amapá, Bahia, Maranhão e Amazonas) apresentaram valores inferiores a 73% em 2013.

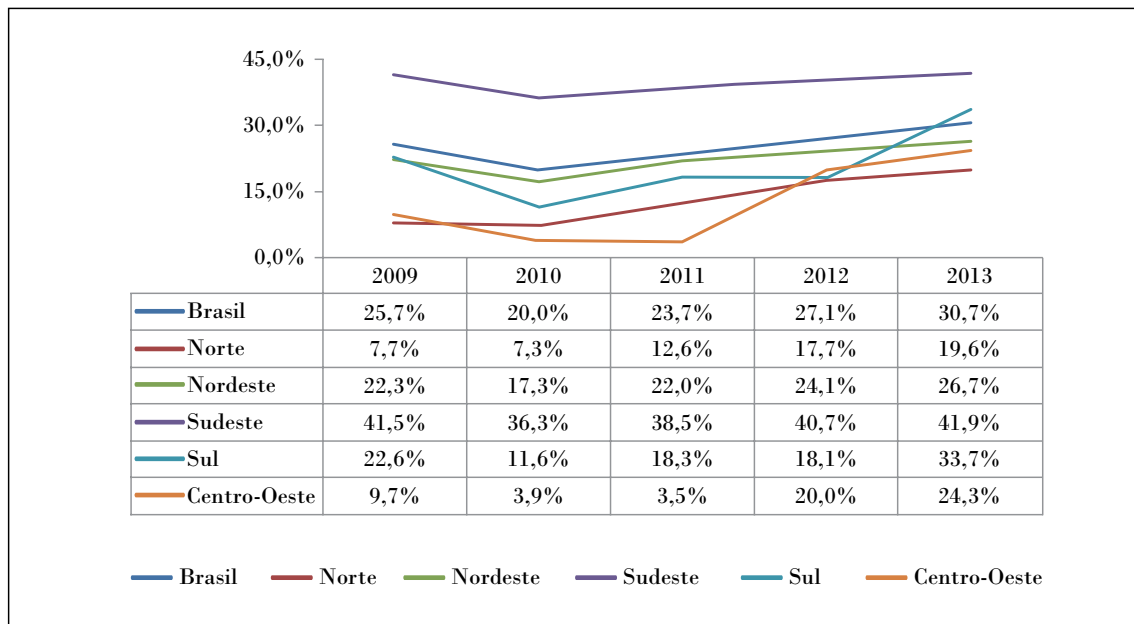
As diferentes instâncias de direção do SUS estabeleceram a meta de 100% dos óbitos maternos investigados até 2015. Assim, a investigação dos óbitos maternos declarados apresentou incremento significativo, passando de 52% em 2009 para 91% em 2013. Em 2009, apenas Piauí, Sergipe e Paraná atingiram essa meta. Já em 2013, dez UFs alcançaram esta meta e outras dez entre 99% e 90% dos óbitos. Os estados que apresentaram as menores proporções de óbitos maternos investigados em 2013 foram: Maranhão (50,5%), Amapá (57,1%), Roraima (66,7%) e Acre (70%).

A SVS, os estados e os municípios pactuaram como meta ampliar a capacidade de investigação dos óbitos infantis e fetais (IF) para 70% até 2015. Essa investigação apresentou um aumento gradativo, passando de 11,8% em 2009, para 72%, em 2013. Em 2009, nenhuma UF apresentava valor igual ou superior a 70%. Já em 2013, 13 UFs apresentaram mais de 75% de óbitos IF investigados.

A força-tarefa impressa nesta ação pode ser reconhecida na redução constatada no tempo pactuado tanto para a conclusão da investigação (de até 120 dias após a ocorrência do óbito) quanto para a notificação desses óbitos (de até 30 dias). Na prática, a média de notificação de óbitos MIF no SIM caiu de 127,9 dias em 2010 para 53 em 2013 (reduziu 75 dias). Quanto aos óbitos maternos, passou de 117,2 dias em 2009 para 38,5 dias em 2013 (redução de 79 dias). Já para o caso de óbitos MIF, com relação à conclusão da investigação, passou de 471,8 dias, em 2009, para 125,2 dias em 2013 e para óbitos maternos passou de 486,3 dias em 2009, para 199,8 dias em 2013.

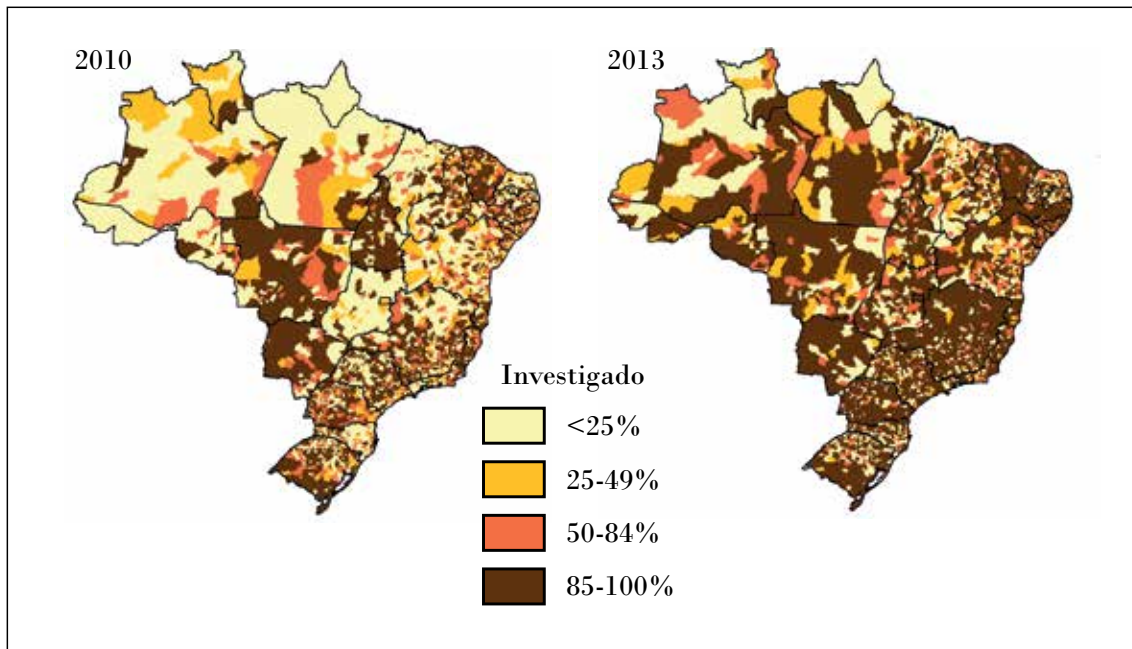
Em 2013, as regiões Sudeste (41,9%), Sul (33,7%) e Nordeste (26,7%) apresentaram as maiores proporções de óbitos maternos identificados após investigação.

Gráfico 4 – Incremento proporcional de óbitos maternos a partir de investigação de óbito de MIF – Brasil e regiões, 2009-2013



Fonte: CGIAE/SVS/MS/SIM.

A proporção de municípios que investigam de 75% a 100% dos óbitos IF tem aumentado gradativamente nos anos de 2010 a 2013. Convém ressaltar ainda, que o tempo de notificação de óbitos infantis e fetais, no período considerado, reduziu de 133,1 dias para em média 45,9 dias. Com relação à investigação reduziu de 569,8 dias em média, em 2009 para 144 dias em 2013.

Figura 1 – Investigação (%) de óbitos infantis e fetais por município de residência – 2010 e 2013

Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM.

A estratégia desenvolvida no âmbito da Vigilância de Óbito Materno e Infantil, nos últimos anos, tem proporcionado avanços importantes na estruturação desse tipo de Vigilância no Brasil, marcadamente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. As ações foram executadas de forma integrada com a participação das equipes de vigilância dos níveis federal, estadual e municipal. A sinergia promovida por esta organização resultou na melhoria da qualidade de informações de óbitos MIF, materno, infantil, o que reduziu a desigualdade na proporção de investigação, uma vez que conseguiu a adesão até mesmo daqueles estados, reconhecidamente, com menos recursos para este tipo de organização. Assim, proporciona subsídios mais robustos para os processos de planejamento, gestão e avaliação das políticas públicas para a redução da morte materna, infantil e fetal.

3 Mortalidade infantil no Brasil

O Brasil apresentou uma redução expressiva da taxa de mortalidade infantil (TMI) no período de 1990 a 2013, passando de 47,1 óbitos infantis por mil nascidos vivos (NVs) em 1990 para 14,5/1.000 NVs em 2013, representando uma redução de aproximadamente 70% neste período. Considerando-se a evolução da TMI segundo UFs e de dois períodos de referência: 1990 a 2000 e 2000 a 2013, observa-se que os estados da Região Nordeste foram os que apresentaram os maiores percentuais de redução, com destaque para Alagoas que teve redução em mais de 60% em cada período, passando de 102,2 óbitos infantis/1.000 NVs em 1990 para 37,7/1.000 NVs em 2000, e para 15,2/1.000 NVs em 2013.

Tabela 1 – Taxa de mortalidade infantil por unidades da Federação – Brasil, 1990, 2000 e 2013

	RO	AC	AM	RR	PA	AP	TO	MA	PI	CE	RN	PB	PE	AL	SE	BA
1990	42,6	56,5	44,5	39,6	46,2	38,1	44,9	76,6	65,0	79,5	75,7	81,9	77,0	102,2	65,5	66,0
2000	31,9	29,2	34,8	22,2	32,3	32,9	36,9	36,8	37,8	36,8	34,5	39,2	34,0	37,7	37,7	34,6
2013*	13,8	14,9	19,7	17,3	18,7	22,2	17,1	17,6	19,1	13,8	16,4	16,5	14,5	15,2	17,5	18,1

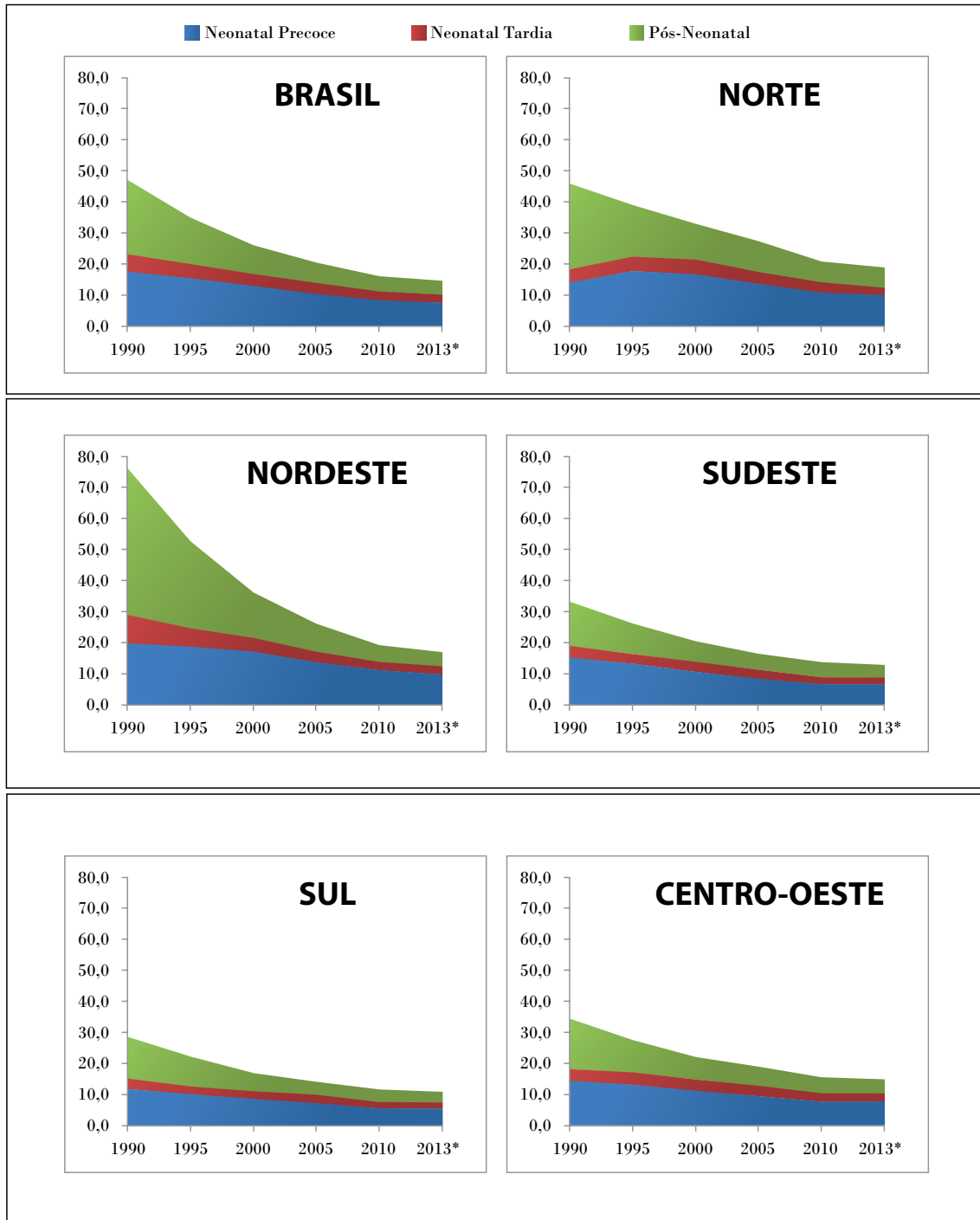
	MG	ES	RJ	SP	PR	SC	RS	MS	MT	GO	DF
1990	39,0	33,2	32,3	30,8	35,1	33,6	26,2	32,3	37,5	35,1	28,9
2000	25,7	18,1	20,5	17,4	19,0	15,9	15,3	24,4	29,4	21,2	15,3
2013*	14,4	11,2	13,5	11,3	11,1	10,7	10,8	11,8	17,1	16,9	12,0

Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM e Sinasc, 19990, 2000, 2010 e 2013.

*Dados preliminares para 2013.

Quanto à mudança no perfil da mortalidade infantil (MI) no País, em 1990 o componente pós-neonatal representava 51% da MI. A partir dos anos 2000, mais de 50% dos óbitos infantis ocorrem na primeira semana de vida, em todas as regiões do País. A taxa de mortalidade neonatal precoce passou de 17,7/1.000 NVs em 1990 a 9,3 em 2013, uma redução de 52%. Essa queda foi mais expressiva no Sudeste e no Sul (59% e 53%, respectivamente) e menos intensa no Norte e no Centro-Oeste (31% e 47%, respectivamente).

Gráfico 5 – Taxa de mortalidade infantil por componente (por 1.000 NVs) – Brasil e regiões, anos selecionados



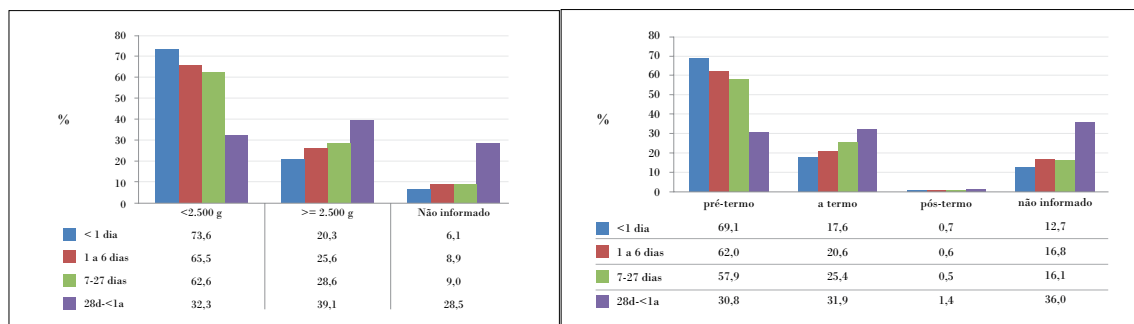
Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM e Sinasc, 2000, 2010 e 2013.

*Dados preliminares para 2013.

Quanto à escolaridade da mãe, os dados sugerem diferenças no perfil da MI 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%. 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%).

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. Observa-se, por outro lado, que quanto maior o tempo de vida maior a proporção de peso não informado na Declaração de Óbito; essa proporção alcança 28,5% entre os óbitos pós-neonatais, o que pode comprometer a análise dessa característica. No entanto, é importante destacar que, entre esses óbitos infantis, 39,1% tinham peso adequado, proporção que poderá se elevar se houver aprimoramento na qualidade dessa informação. Quanto à idade gestacional, tem-se que a qualidade da informação é mais deficiente que a do peso ao nascer. Da mesma forma, observa-se que a proporção de duração da gestação não informada é muito mais elevada entre os óbitos pós-neonatais (36%). Entre os óbitos neonatais mais de 57% são de recém-nascidos prematuros. Já entre os óbitos pós-neonatais, destaca-se a mais elevada proporção de nascidos a termo (31,9%).

Gráfico 6 – Proporção de óbitos infantis por categorias de peso ao nascer e duração da gestação segundo tempo de vida – Brasil, 2013



Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM, 2013.

Fatores perinatais e maternos que já constituíam as principais causas de óbito infantil em 2000 aumentam a sua importância em 2013, passando de 41,2% para 51,7%. Devido, sobretudo à redução das causas maldefinidas, as causas relacionadas a fatores maternos passam de 3,5% em 2000 a 11,4% em 2013. Já, as malformações congênitas passam de 11,4% em 2000 para 20,7% em 2013. A redução do percentual de óbitos por infecção da criança passa de 12,9% em 2000 para 8,6% em 2013. No período neonatal, os fatores perinatais e maternos foram responsáveis por mais de 60% dos óbitos em 2013, ultrapassando 70% no neonatal precoce. Em 2013, entre os óbitos ocorridos na primeira semana de vida, a prematuridade aparece como uma das principais causas de morte, respondendo por um entre quatro óbitos.

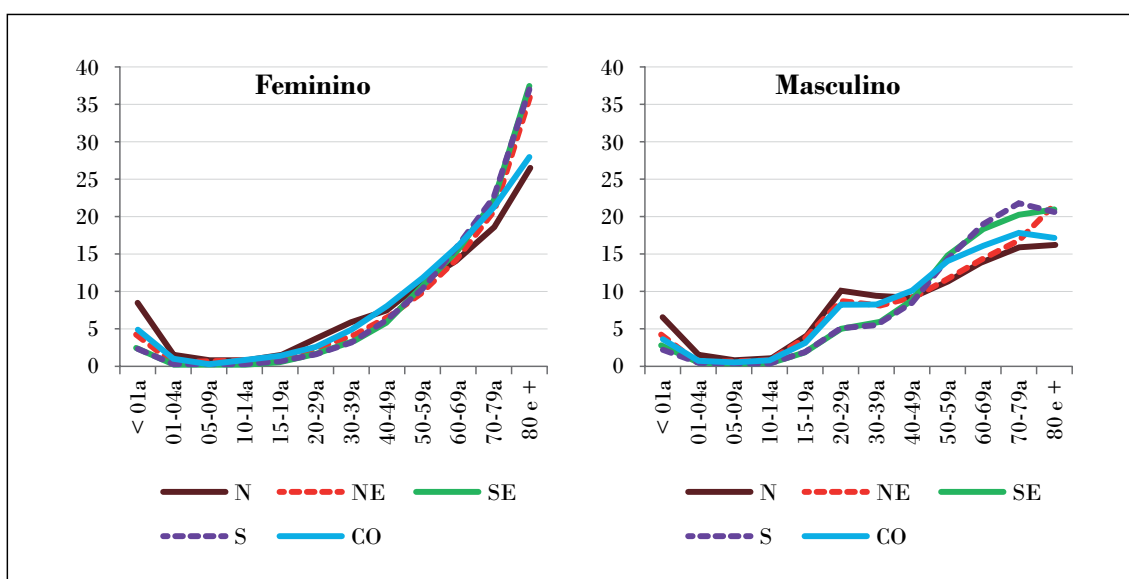
Quanto à vigilância do óbito infantil, em 2013 foram investigados 73,6% dos óbitos notificados ao SIM, mantendo a tendência crescente dos anos anteriores. Assim, estima-se que a meta da vigilância do óbito infantil prevista para 2015 (70% de investigação) já foi alcançada no País. Além de ter um papel fundamental para o aprimoramento de ações que visem a uma melhor atenção à saúde da mulher e do recém-nascido, a vigilância do óbito infantil tem contribuído para o aumento da cobertura do SIM no País, reduzindo cada vez mais a diferença entre o número de óbitos notificados ao sistema e o estimado.

4 Perfil da mortalidade da população brasileira

A taxa de mortalidade geral padronizada (TMGp), em 2013, atingiu o valor de 5,7 por 1.000 habitantes, sendo a do sexo masculino 1,6 vezes a do sexo feminino.

No sexo feminino, a distribuição proporcional por idade da mortalidade é similar entre as regiões do País, com exceção dos menores de 1 ano que tiveram maior proporção na Região Norte e dos maiores de 80 anos, na Sul, na Sudeste e na Nordeste. Nos homens, o percentual de óbitos infantis é maior na Norte, mas com menor magnitude que no sexo feminino. A desigualdade regional persiste no grupo de adultos jovens (20 a 39 anos), que apresenta maiores porcentagens nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Gráfico 7 – Mortalidade proporcional por grupo etário, segundo sexo e região – Brasil, 2013



Fonte: SIM – CGIAE/SVS/MS.

Considerando-se as causas específicas de morte, observa-se que, no Brasil, as cinco principais em 2013 foram: doenças cerebrovasculares (DCV), infarto agudo do miocárdio (IAM), pneumonias, diabetes e homicídios. O perfil de mortalidade segundo sexo manteve-se diferente: nas mulheres continuam predominando as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e, nos homens, duas causas externas – homicídios e acidentes de transporte terrestre (ATT) – ainda permanecem entre as mais frequentes.

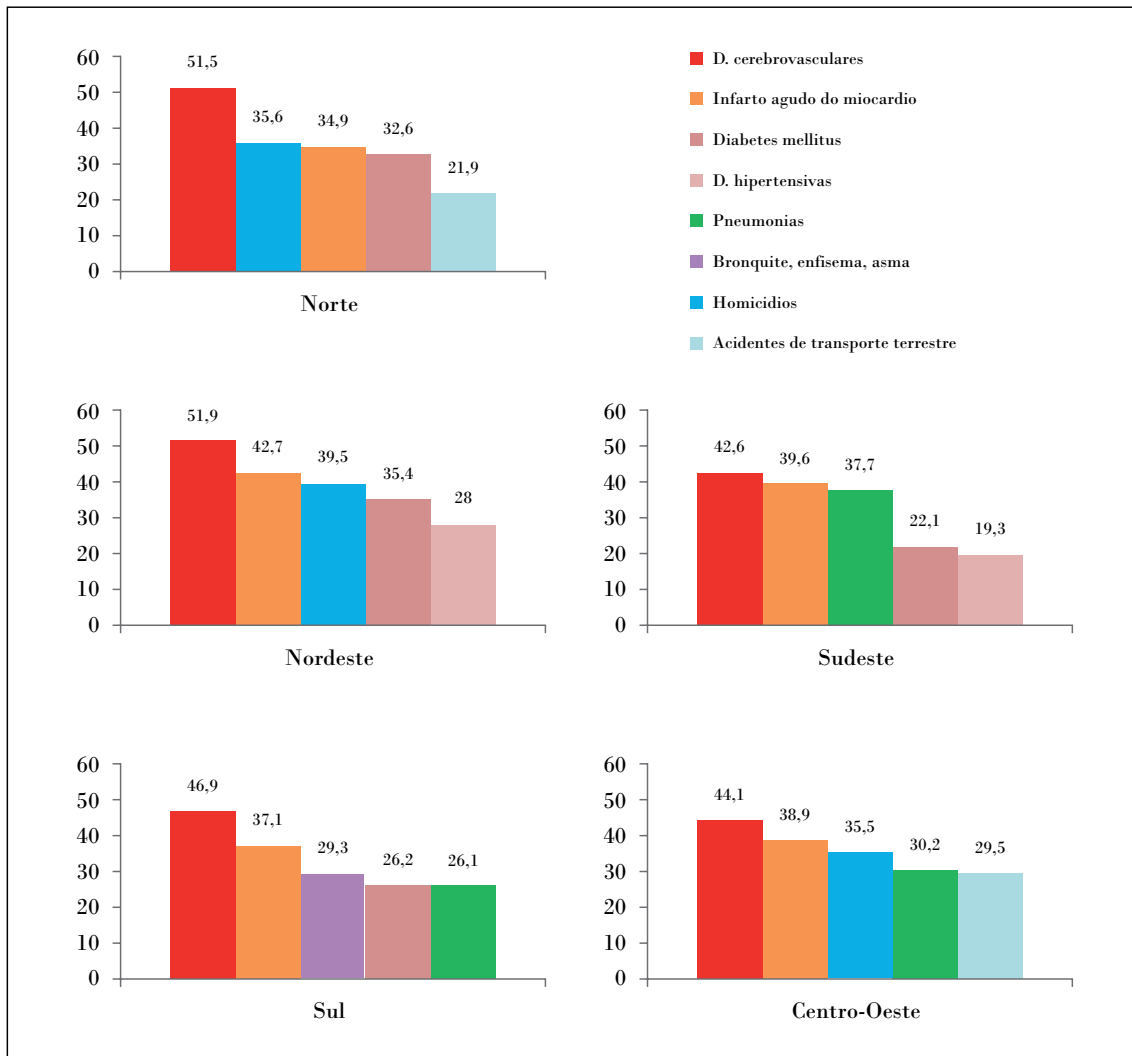
Tabela 2 – Evolução das taxas padronizadas de mortalidade das principais causas em 2013, segundo sexo – Brasil, 2000, 2005 e 2013

2000		2005		2013	
Sexo Feminino	Taxa		Taxa		Taxa
D. cerebrovasculares	52,8	D. cerebrovasculares	48,5	D. cerebrovasculares	40,7
Infarto agudo do miocárdio	30,8	Infarto agudo do miocárdio	28,7	Infarto agudo do miocárdio	29,2
Diabetes mellitus	26,1	Diabetes mellitus	24,8	Pneumonias	28,1
Pneumonias	16,6	D. hipertensivas	19,1	Diabetes mellitus	26,5
D. hipertensivas	16,2	Pneumonias	18,6	D. hipertensivas	20,2
Sexo Masculino	Taxa		Taxa		Taxa
D. cerebrovasculares	67,5	D. cerebrovasculares	61,8	D. cerebrovasculares	53,2
Infarto agudo do miocárdio	54,3	Infarto agudo do miocárdio	51,2	Infarto agudo do miocárdio	52,2
Homicídios	47,9	Homicídios	47,1	Homicídios	51,7
Acidentes transporte terrestre	29,0	Acidentes transporte terrestre	33,1	Pneumonias	36,1
Pneumonias	22,1	Pneumonias	24,1	Acidentes de transporte terrestre	34,4

Fonte: SIM – CGIAE/SVS/MS & IBGE.

A análise das cinco principais causas de morte por região, em 2013, mostra algumas diferenças importantes. As maiores taxas de mortalidade por DCV ocorreram nas regiões Norte e Nordeste, e a menor na Sudeste. O IAM foi a segunda causa de morte em todas as regiões, exceto na Norte, onde foi a terceira. A maior taxa de mortalidade por IAM ocorreu na Nordeste e a menor, na Norte. Diabetes *mellitus* ocupou o quarto lugar em todas as regiões, exceto na Centro-Oeste, onde não aparece dentro das principais causas. A taxa mais elevada ocorreu na Nordeste. As pneumonias atingiram o terceiro lugar na Sudeste, onde teve a maior taxa de mortalidade, o quarto lugar na Centro-Oeste e o quinto na Sul. Na Norte e na Nordeste não apareceram entre as principais causas. Os homicídios apareceram dentro das principais causas nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, sendo a taxa mais elevada na Nordeste. Os ATT apareceram dentro das principais causas nas regiões Norte e Centro-Oeste, ocupando o quinto lugar.

Gráfico 8 – Taxas de mortalidade padronizadas das principais causas específicas de morte, por região – 2013

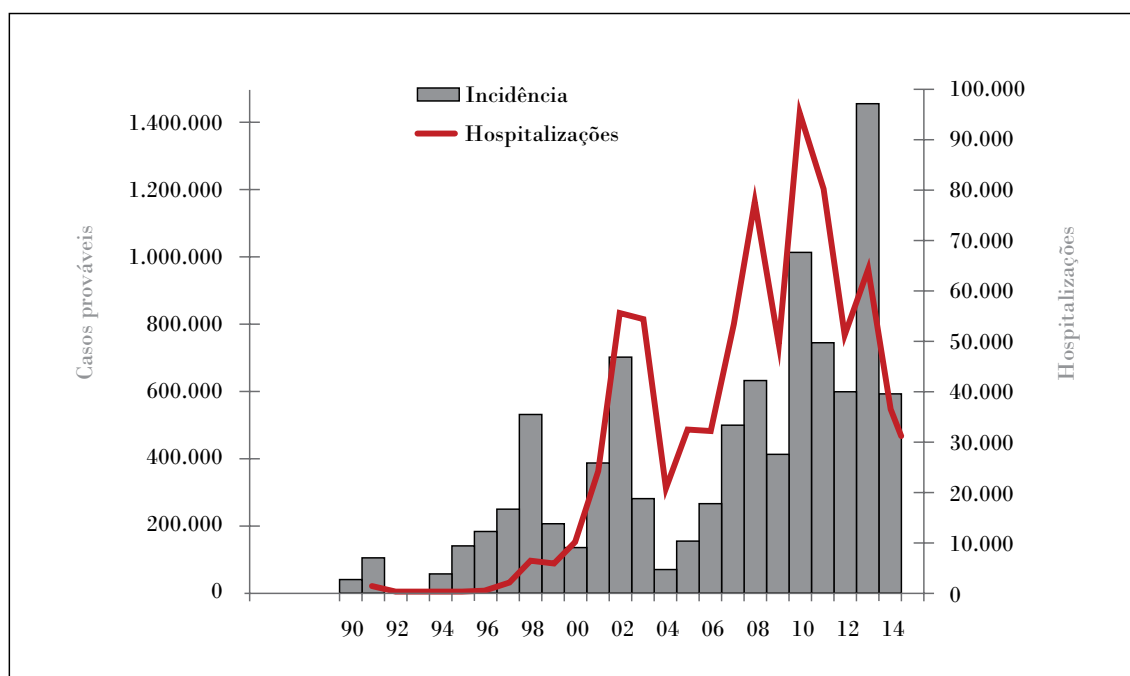


Fonte: SIM – CGIAE/SVS/MS & IBGE.

5 Doenças transmissíveis no Brasil em 2014

No ano de 2014, mais uma vez, a dengue foi alvo de atenções, mantendo-se como doença de maior importância entre aquelas com potencial epidêmico. Nesse ano foram notificados 591.080 casos prováveis, com uma incidência de 291,5 casos por 100 mil habitantes. Quanto a sua distribuição, a maior incidência foi nos estados do Acre, do Goiás e de São Paulo. Este último estado passa pela maior epidemia desde a emergência da dengue, com quase metade do total de casos prováveis notificados no País, 79,9% dos casos com sinais de alarme, 56,4% dos casos graves e 67,7% dos óbitos. Uma característica distinta ao que até então se havia observado no Brasil, vem sendo a concentração dos óbitos na população idosa. De forma semelhante ao ano anterior, o vírus dengue 1 tem sido o mais frequentemente isolado.

Gráfico 9 – Série histórica do número de casos prováveis e de hospitalizações por dengue – Brasil, 1986-2014*



Fonte: Sinan/SIH.

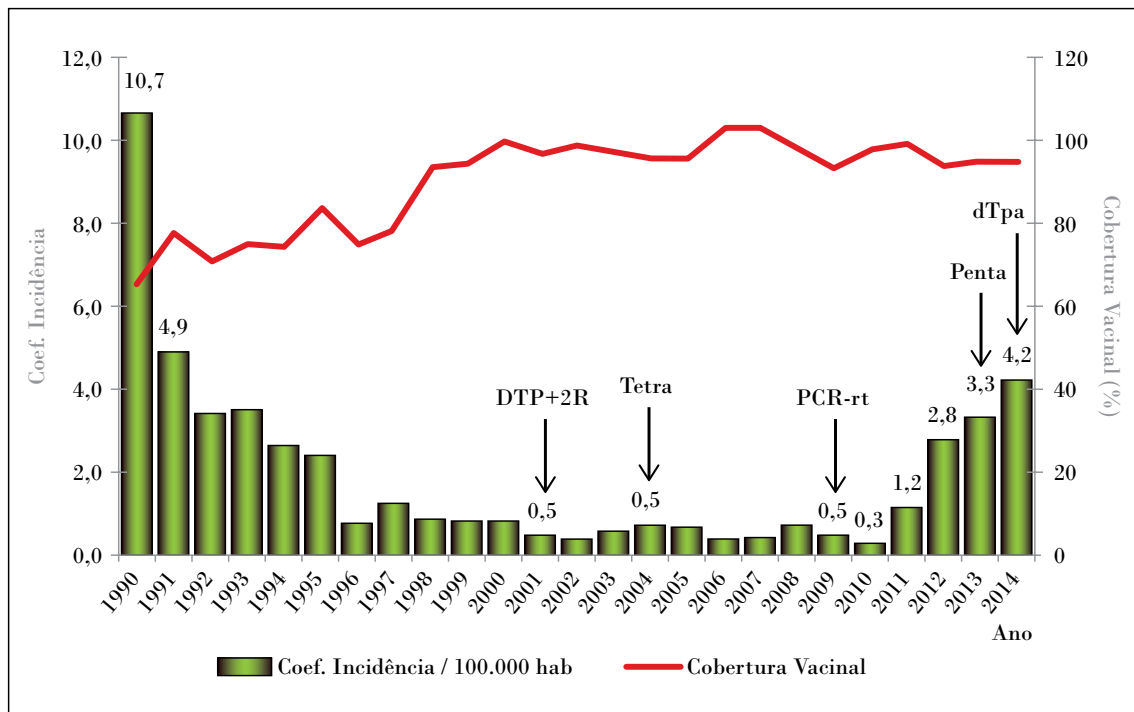
*Dados até semana epidemiológica 53/2014.

Pela primeira vez, a epidemia de dengue cursa na emergência de outras arboviroses. No segundo semestre de 2014, foi confirmada a circulação autóctone do vírus chikungunya na população brasileira. Outro arbovírus que emergiu quase simultaneamente e nunca antes identificado no continente americano foi o vírus Zika, cujo quadro sindrômico já foi relatado em todos os estados do Nordeste, no Rio de Janeiro (RJ), em Minas Gerais (MG), no Goiás (GO) e no Distrito Federal (DF). Recentemente, um caso autóctone foi confirmado no interior do estado de São Paulo.

Entre as doenças preveníveis por vacinação, o sarampo, por sua vez, apresentou também potencial epidêmico, com um amplo surto da doença, havendo encerramento do surto em Pernambuco no início de 2014 e continuidade da transmissão da doença ao longo de todo o ano no Ceará, após um período de mais de 40 anos desde a introdução da vacina e, de aproximadamente 20 anos de intensificação de ações de vacinação e de vigilância da doença no País.

A coqueluche, por sua vez, tem se caracterizado com redução da letalidade e aumento da sensibilidade nos processos de vigilância. Com o aumento da cobertura vacinal, a taxa de incidência de coqueluche no Brasil caiu a menos de 1 caso por 100 mil habitantes/ano, durante a primeira década do século XXI. Esse cenário alterou-se subitamente a partir do ano de 2011. As razões para o aumento do número de casos de coqueluche não são facilmente identificáveis, porém entre as hipóteses explicativas para as mudanças observadas no comportamento da doença, vale citar: o aumento da sensibilidade da vigilância epidemiológica e da rede assistencial, possíveis falhas na proteção conferida pela vacina, perda da imunidade, bem como a variação cíclica da doença, que ocorre em intervalos de três a cinco anos, elevando assim o número de casos. Vale ressaltar também que, nos últimos anos, houve melhora do diagnóstico laboratorial com a introdução de técnicas biomoleculares.

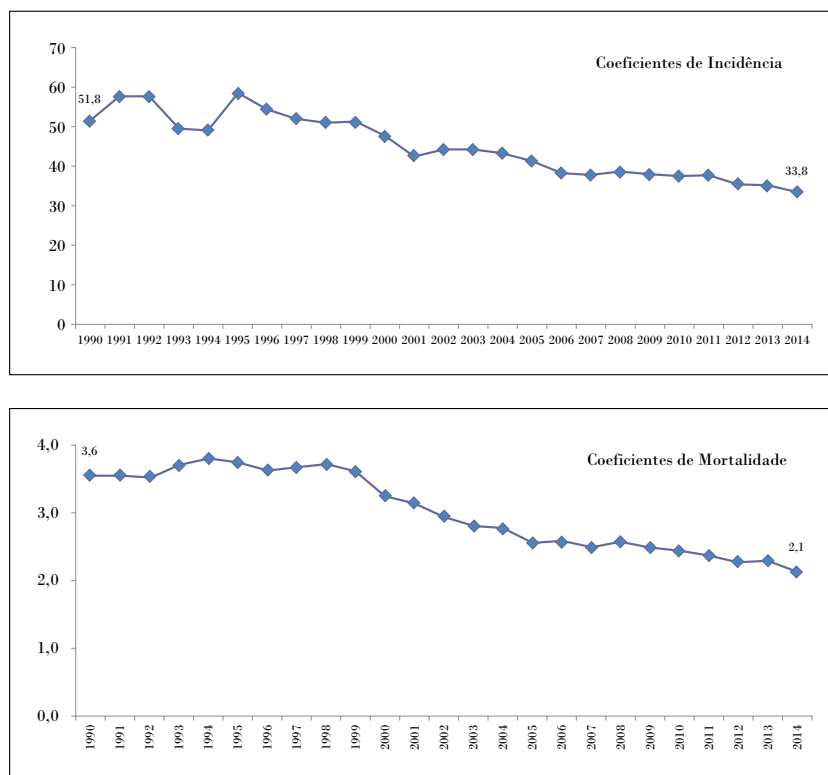
Gráfico 10 – Série histórica do coeficiente de incidência de coqueluche e cobertura vacinal – Brasil, 1990-2014*



Fonte: CGDT/DEVIT/SVS/MS ; População: IBGE/DATASUS.

*Dados sujeitos a revisão.*Em 2013, vacina pentavalente.

Entre as doenças decorrentes e perpetuadoras da pobreza tem-se a tuberculose (TB), que ainda é uma doença infecciosa de elevada magnitude e importância no mundo. No Brasil, no período de 2005 a 2014, foram diagnosticados ao ano, em média, 72 mil casos novos de TB e 4.650 óbitos. Observa-se redução do coeficiente de incidência de TB (de 51,8/100 mil habitantes em 1990 para 33,8 em 2014), assim como de mortalidade por TB (de 3,6 óbitos por 100 mil habitantes em 1990 para 2,1 em 2014).

Gráfico 11 – Coeficientes de incidência e de mortalidade de tuberculose (todas as formas) – Brasil, 1990-2014*

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Sistema de Informações sobre Mortalidade.

*Dados provisórios.

Há que se considerarem ainda as estratégias de controle de tuberculose, que passam por transição, uma vez que foram superadas as metas que eram previstas nos Objetivos do Milênio.

Tabela 4 – Indicadores epidemiológicos e operacionais do controle da tuberculose de acordo com as populações mais vulneráveis – Brasil, 2013-2014

Indicadores	PPL ⁱ	Indígenas	HIV	Geral
Morbidadeⁱⁱ				
Número de casos	5.395	805 ⁱⁱⁱ	6.938	68.467
Taxa de incidência	939,9	93,4 ⁱⁱⁱ	945,2	33,8
Operacionaisⁱⁱⁱ				
Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	73,9	72,2	51,7	73,7
Proporção de abandono de tratamento entre os casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	7,8	7,8	16,7	11,1
HIV	734.000			
Taxa de incidência na Pop. HIV	945,2	28,0		

Fontes: Sistema de Informação de Agravos de Notificação e estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, do Sistema Integrado de Informações Penitenciárias – InfoPen e do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/SVS/MS.

ⁱPopulação privada de liberdade.

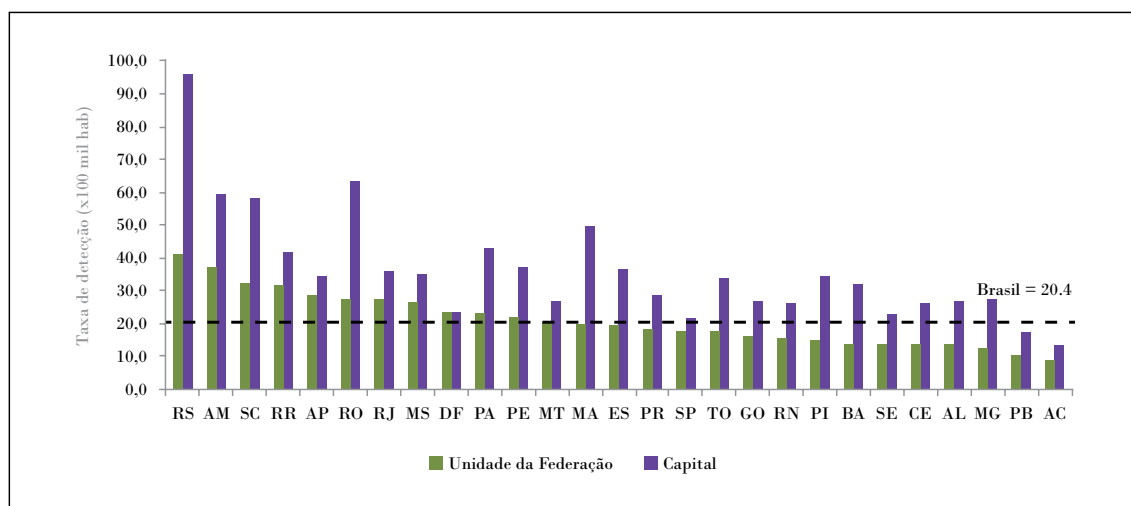
ⁱⁱValores referentes ao ano de 2014.

ⁱⁱⁱValores referentes ao ano de 2013.

6 Perfil epidemiológico do HIV/aids, sífilis e hepatites virais no Brasil

O HIV/aids, a sífilis e as hepatites virais permanecem como agravos importantes de saúde pública no mundo e no Brasil, dado a sua magnitude, transcendência e vulnerabilidade. A taxa de detecção de aids no Brasil, nos últimos dez anos, tem apresentado uma média de 20,5 casos para cada 100 mil habitantes. As regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentam uma tendência linear de crescimento significativa; em 2004 a taxa registrada foi de 15 na Norte, 11 na Nordeste, e 18,7 na Centro-Oeste, enquanto que em 2013 a taxa foi de 26,1 na Norte, 16 na Nordeste e 20,3 na Centro-Oeste, representando um aumento de 74%, 45,5% e 8,6%, respectivamente. A Região Sudeste é a única que apresenta tendência de queda significativa nos últimos dez anos.

Gráfico 12 – Taxa de detecção de aids (x 100 mil habitantes), segundo UF e capital de residência em 2013*



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

* Casos notificados no Sinan e Siscel/Siclom até 30/6/2014 e no SIM de 2000 até 2013.

No período de 2004 a 2008 a razão de sexo apresentou o valor de 1,5/ano. A partir de 2009, observa-se redução nos casos de aids em mulheres e um aumento para os homens. Assim, em 2009 esta razão foi 1,6, estabilizou-se em 1,7 para os anos de 2010, 2011 e 2012, e atinge 1,8 em 2013.

A concentração dos casos de aids no Brasil está entre os indivíduos com idade entre 25 a 39 anos para ambos os sexos. Entre os homens, há um aumento estatisticamente significativo da taxa de detecção nas faixas de 15 a 19 anos, 20 a 24 anos e 60 anos ou mais nos últimos dez anos. Considerando os dados de 2004 e 2013, a faixa etária de 15 a 19 anos apresentou aumento de 53,2%, diante dos 10,3% observado na faixa de 20 a 24 anos. Nesses mesmos anos, no caso das mulheres, houve um aumento significativo nas faixas de 15 a 19 anos (10,5%), 55 a 59 anos (24,8%) e 60 anos ou mais (40,4%).

A taxa de detecção de aids em menores de 5 anos tem sido utilizada como indicador proxy para avaliar a transmissão vertical do HIV. Nota-se tendência de queda no Brasil de 35,7% nos últimos dez anos. No entanto, há diferenças importantes entre as regiões quanto à tendência; nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste há uma tendência de queda, com um percentual de 59,2%, 34,3% e 67,3%, respectivamente, de 2004 a 2013. Para as regiões Norte e Nordeste, observa-se elevação nas taxas, de 9,1% e 13%.

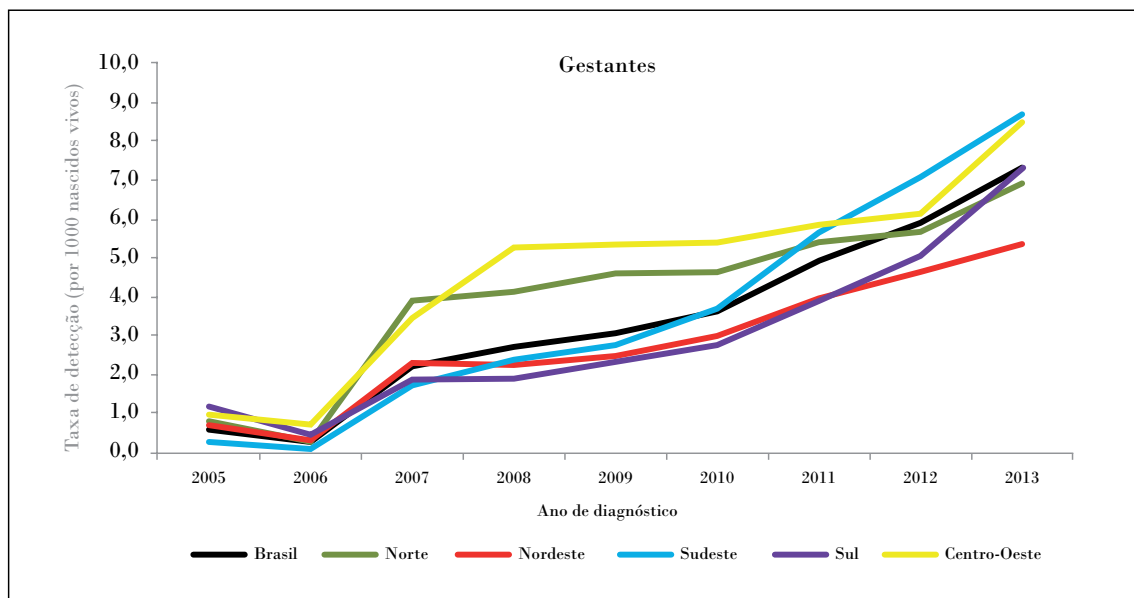
Entre os indivíduos com 13 anos ou mais de idade, a principal via de transmissão é a sexual, tanto entre os homens quanto entre as mulheres. Entre os homens observa-se predomínio da categoria de exposição heterossexual (52,3% em 2004 e 51,6% em 2013), porém uma tendência de aumento na proporção de casos em HSH nos últimos dez anos, passando de 34,6% em 2004 para 43,2% em 2013. A proporção de Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) vem reduzindo ao longo dos anos em todo o Brasil (12,8% em 2004 para 4,4% em 2013).

Segundo a estimativa de prevalência do HIV em parturientes, o número esperado de gestantes com HIV no Brasil é de aproximadamente 12 mil casos por ano. Em 2013, 59,9% dos casos esperados foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). A Região Nordeste apresentou o maior percentual de casos notificados em relação ao número esperado. A taxa de detecção de gestantes com HIV no Brasil vem apresentando tendência de aumento nos últimos dez anos; em 2004, a taxa observada foi de 2,0 casos para cada mil nascidos vivos, passando para 2,5 em 2013, indicando um aumento de 25,0%. Chama atenção a alta taxa observada para a Região Sul ao longo dos últimos dez anos.

Quanto à mortalidade por aids, desde o início da epidemia de aids (1980) até dezembro de 2013 foram identificados 278.306 óbitos, sendo a maioria na Região Sudeste (61,8%), seguida da Sul (17,3%), Nordeste (11,9%), Centro-Oeste (5%) e Norte (4%). Avaliando o coeficiente de mortalidade padronizado, observa-se uma tendência significativa de queda nos últimos dez anos no Brasil, passando de 6,1 óbitos para cada 100 mil habitantes em 2004, para 5,7 em 2013, representando uma queda de 6,6%. A Região Sul continua mantendo o maior coeficiente de mortalidade do País em todo o período, atingindo 8,1 óbitos por 100 mil habitantes em 2013.

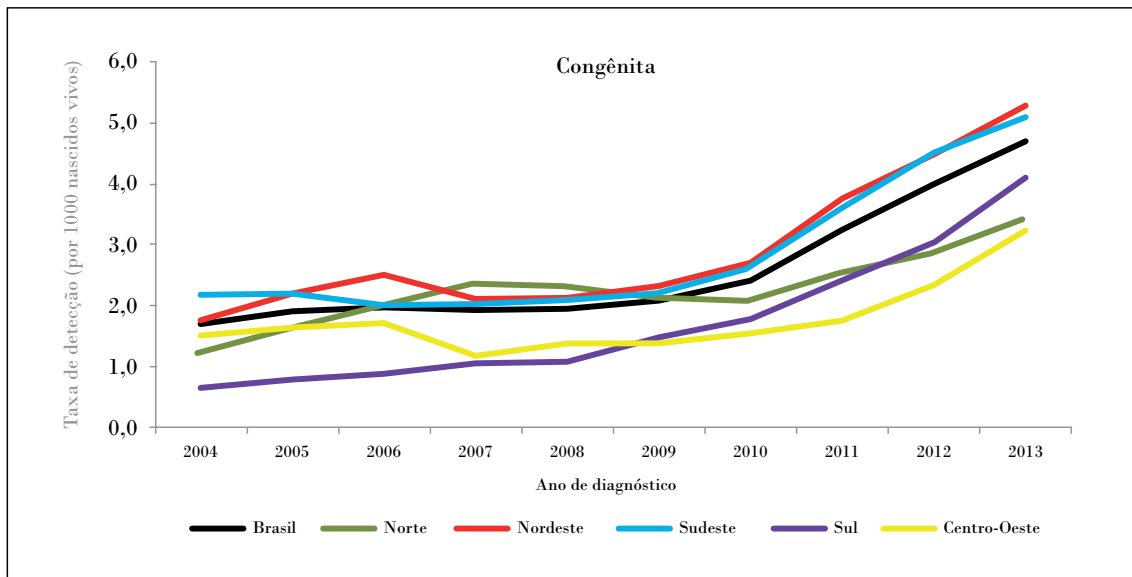
Quanto à sífilis em gestantes, de 2005 a 2014 foram notificados 100.790 casos no Brasil, dos quais 42,1% na Região Sudeste, 23,5% na Nordeste, 12,4% na Norte, 11,6% na Sul e 10,3% na Centro-Oeste. Em 2013 o número total de casos notificados no Brasil foi de 21.382, com taxa de detecção de 7,4 casos por 1.000 nascidos vivos, taxa superada pelas regiões Sudeste (8,7) e Centro-Oeste (8,5). A taxa mais elevada em 2013 ocorreu no Mato Grosso do Sul (16,7) e a mais baixa no Maranhão (3,2). Por outro lado, a taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade (por 1.000 nascidos vivos), elevou de 1,7 em 2004, para 4,7 em 2013.

Gráfico 13 – Taxa de detecção de sífilis em gestantes e de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade (por 1.000 nascidos vivos) por região e ano de notificação – Brasil, 2004-2013*



continua

conclusão



Fonte: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

*Casos notificados no Sinan até 30/6/2014.

Nos últimos dez anos, a taxa de mortalidade infantil por sífilis passou de 2,2 por 100 mil nascidos vivos em 2004 para 5,5 em 2013.

Hepatites virais

De 2000 a 2014, observa-se decréscimo no número de casos diagnosticados de hepatite A, a partir de 2005, que é o ano com o maior número de casos. Essa redução pode ser atribuída à melhoria do sistema de saneamento básico e da oferta de água tratada no País. Em todo o Brasil, a infecção ocorre principalmente antes dos 10 anos de idade, e o pico no número de casos se dá entre 5 e 6 anos de idade.

Os casos diagnosticados de hepatite B aumentaram de 2000 a 2004, oscilando levemente desde então. As regiões Sudeste e Sul apresentam o maior número de casos notificados. O sexo feminino apresenta uma exposição significativamente mais precoce ao vírus, porém, o período máximo de exposição é menor que nos homens, refletindo provavelmente diferentes padrões de comportamento sexual.

A transmissão da hepatite C está relativamente estável no Brasil, em termos de número de casos novos diagnosticados por ano entre 2004 e 2014, à exceção de 2013. Não há diferença entre os sexos na taxa total da infecção. Porém, entre os homens, a incidência aumenta com intensidade regular dos 25-30 anos até aproximadamente 45 anos, o que não se verifica para as mulheres; nelas ocorre uma redução expressiva na incidência a partir dos 25 anos de idade, mantendo um aumento mais discreto que só se reverte após os 55 anos. Assim, o total de homens notificados no Sinan é expressivamente maior que o de mulheres, refletindo diferentes padrões de exposição entre os sexos.

O comportamento da hepatite B na faixa etária de até 15 anos para os anos 2003-2014 é bastante diferente em relação a todas as idades (redução no número de casos em menores de 15 anos, o que não se verifica quando se consideram todas as faixas etárias), provavelmente refletindo o efeito da introdução da vacina contra o agravo no calendário oficial de vacinação do País. O mesmo, contudo, não se verifica para a hepatite C.

As políticas para o controle do HIV/aids, da sífilis e das hepatites virais que o Brasil vem implementando, tem representado avanços importantes, levando o País ao alcance das metas internacionais acordadas com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS). Faz-se necessário, portanto, o monitoramento contínuo desses agravos no País para que possam ser verificados os avanços e os problemas encontrados no seu controle para que as medidas sejam tomadas de acordo com as diversas situações encontradas.

7 Prevalência e distribuição de importantes doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2013: análise da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)

Visando à estruturação da vigilância de DCNT, o Ministério da Saúde desenvolveu a partir de 2003 um conjunto de iniciativas que permitem conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas e seus fatores de risco e apoiar as políticas públicas de promoção da saúde. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) em 2013 compõe o sistema de monitoramento de DCNT do Brasil e inclui tanto informações sobre fatores de risco, quanto de morbidade. Com desenho próprio, elaborado especificamente para coletar informações de saúde, foi realizada pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde.

Com base nos entrevistados no ano de 2013 (pessoas de 18 anos ou mais) na PNS (n= 60.202), estima-se uma prevalência de indivíduos que referiram ter pelo menos uma DCNT de 45,1% (50,4% para o sexo feminino e 39,2% para o masculino). A região com maior prevalência de indivíduos com DCNT foi a Sul (52,1%) seguida pelas regiões Sudeste (46,1%), Centro-Oeste (43,9%), Nordeste (42,2%) e Norte (37,2%).

Com relação às morbidades, a hipertensão arterial foi a mais referida, com prevalência de 21,4% na população de pessoas de 18 anos ou mais de idade. Na sequência, as doenças mais referidas foram: 18,5% para problema crônico de coluna (conforme dados do Ministério da Previdência Social do Brasil, a dor nas costas tem sido o principal motivo de afastamento do trabalho), 7,6% para depressão, 6,4% para artrite e 6,2% para diabetes *mellitus* (muito próximo a dos dados globais – OMS em 2010, 6,4%, como também dos dados do Vigitel de 2013 nas capitais brasileiras (6,9%)).

Para o sexo masculino, a hipertensão arterial foi a mais referida, com prevalência de 18,3%, seguida por problema crônico de coluna (15,5%), diabetes (5,4%), depressão e doença do coração (3,9%).

Para o sexo feminino, a hipertensão arterial também foi a condição mais referida, com prevalência de 24,2%, seguida por problema crônico de coluna (21,1%), depressão (10,9%), artrite ou reumatismo (9%) e diabetes (7%). Neste estudo as mulheres apresentaram maiores prevalências que os homens em todas as DCNT autorreferidas.

Tabela 5 – Prevalência (IC^{95%}) e total em número absoluto de indivíduos que referiram morbidades segundo sexo – Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013

Morbidades	Prevalência			Total estimado de casos (x 1.000)	Prevalência (sexo masculino)			Total estimado de casos (x 1.000)	Prevalência (sexo feminino)			Total estimado de casos (x 1.000)
	%	IC ^{95%}			%	IC ^{95%}			%	IC ^{95%}		
Hipertensão arterial	21,4	20,8	22,0	31.315	18,3	17,5	19,1	12.601	24,2	23,4	24,9	18.715
Diabetes	6,2	5,9	6,6	9.122	5,4	4,8	5,9	3.688	7,0	6,5	7,5	5.433
Asma	4,4	4,1	4,7	6.438	3,6	3,2	4,0	2.486	5,1	4,7	5,5	3.952
Depressão	7,6	7,2	8,1	11.179	3,9	3,5	4,4	2.714	10,9	10,3	11,6	8.465
Outra doença mental	0,9	0,8	1,1	1.347	0,9	0,7	1,0	588	1	0,8	1,2	760
Doença do coração	4,2	3,9	4,5	6.115	3,9	3,5	4,4	2.709	4,4	4,0	4,8	3.406
AVC	1,5	1,4	1,7	2.231	1,6	1,3	1,9	1.117	1,4	1,2	1,6	1.115
Artrite	6,4	6,1	6,7	9.382	3,5	3,1	3,9	2.396	9	8,5	9,6	6.986
Problema na coluna	18,5	17,8	19,1	27.021	15,5	14,8	16,3	10.712	21,1	20,2	21,9	16.309
Dort	2,4	2,2	2,7	3.568	1,5	1,2	1,8	1.037	3,3	2,9	3,7	2.531
Câncer	1,8	1,6	2,0	2.681	1,6	1,3	1,9	1.105	2,0	1,8	2,3	1.576
Insuficiência renal crônica	1,4	1,3	1,6	2.080	1,4	1,1	1,6	933	1,5	1,3	1,7	1.147
Doença do pulmão	1,8	1,6	2,0	2.611	1,7	1,5	2,0	1.205	1,8	1,6	2,1	1.405

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde, IBGE.

Em relação ao grau de limitação “intenso/muito intenso” das atividades habituais referido para as DCNT investigadas, “outra doença mental” (esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose ou TOC) foi o mais referido (37,6%), seguido por AVC (25,5%), artrite ou reumatismo (17,1%), problema crônico de coluna (16,4%), DORT (15,7%) e asma (15,7%). Destaca-se, ainda, o grau de incapacidade do diabetes (7%). Com relação à depressão, a PNS explorou pela primeira vez o tema e revela uma prevalência de 11,9% quanto à incapacidade devido à doença. Ressalta-se que os principais fatores de risco associados à DRC são diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, história familiar de nefropatia e envelhecimento.

Em relação à carga de morbimortalidade por DCNT, são enormes os desafios colocados aos governos, aos gestores de saúde e à população em geral. Agrega-se, ainda, o aumento da população de idosos e da carga de doenças nas próximas décadas, com ampliação da demanda pelos serviços de saúde. As evidências técnico-científicas atuais apontam os benefícios de políticas públicas integradas e intersetoriais na resposta a esses desafios (Plano de ação para estratégia global – 2008-2013 – para a prevenção e controle das DCNT – OMS). A produção de informações e análises da situação de saúde pode apoiar a implementação de estratégias setoriais e intersetoriais, operando um cuidado integral das DCNT e seus fatores de risco (Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022).

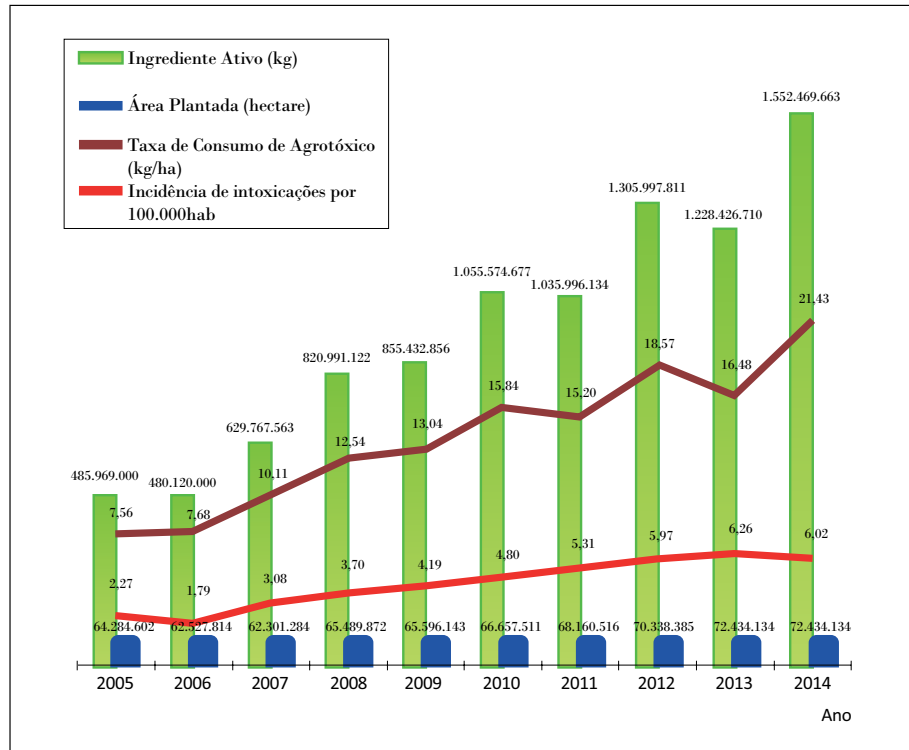
8 Exposição humana a agrotóxicos no Brasil: Ações de vigilância em saúde ambiental e saúde do trabalhador

No contexto mundial, dentre as consequências da utilização de substâncias químicas, destaca-se a exposição humana aos agrotóxicos. O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, no Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (MS/SVS/DSAST), instituiu a Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos (VSPEA) visando efetivar ações integradas de vigilância, prevenção, promoção e assistência à saúde de populações expostas e/ou potencialmente expostas a estas substâncias, adotando como importante ferramenta a análise de situação de saúde da população exposta aos agrotóxicos de forma articulada e estratégica. Atualmente, o Ministério da Saúde (MS) estabelece o valor máximo permitido (VMP) para 64 substâncias químicas que representam risco à saúde, das quais 27 são agrotóxicos. As Secretarias de Saúde dos estados e os municípios devem elaborar legislação complementar para garantir que agrotóxicos utilizados nas culturas agrícolas do território também sejam monitorados.

O capítulo mostra alguns resultados de um estudo descritivo sobre dados relacionados à exposição humana a agrotóxicos, incluindo o monitoramento de resíduos de agrotóxicos em água para consumo humano no Brasil no ano de 2013 disponíveis no Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua) e o perfil de intoxicações por agrotóxicos no Brasil no período de 2007 a 2014 notificadas no Sinan, incluindo recorte para intoxicações relacionadas ao trabalho.

Considerando as ações desenvolvidas pelo Controle e pela Vigilância em 2013, 1.598 municípios foram monitorados quanto à presença de resíduos de agrotóxicos em água para consumo humano; 1.461 (91,4%) apresentaram dados referentes ao monitoramento realizado exclusivamente pelo Controle, enquanto que 85 municípios (5,3%) foram monitorados somente pela Vigilância; e 52 (3,2%) pelo Controle e Vigilância simultaneamente. Convém ressaltar que em alguns estados como Acre, Alagoas, Amazonas, Amapá, Paraíba, Rio Grande do Norte e Rondônia, o monitoramento dos parâmetros de agrotóxicos não foi realizado ou informado, nem pelo Controle e nem pela Vigilância no ano de 2013.

As notificações de intoxicações ocorreram em todos os estados brasileiros no período de 2007 a 2014 e totalizaram 71.862 intoxicações. São Paulo foi o estado que mais notificou, com 18,13% (13.030 casos), seguido pelo Paraná, com 15,94% (11.456 casos). A análise da série histórica de 2005 a 2014 sobre o consumo de agrotóxicos e a incidência de intoxicações exógenas demonstra que apesar da taxa de consumo de agrotóxico ter sofrido oscilações entre os anos de 2010 e 2014, a taxa de incidência de intoxicações no País vem apresentando um crescimento gradativo, com exceção do ano de 2006, quando ocorreu uma ligeira queda das notificações, coincidente temporalmente com a conversão do Sinan-Windows para Sinan-Net. Em relação à área plantada observa-se aumento de 2 milhões de hectares, em média, a cada ano, passando de 64 para 72 milhões de hectares no período.

Gráfico 14 – Consumo de agrotóxicos e incidência de intoxicações exógenas – Brasil, 2005-2014**

Fonte: Sinan*, IBGE, Sindag e Agrofit.

*Os dados das intoxicações referentes ao ano de 2014 são parciais.

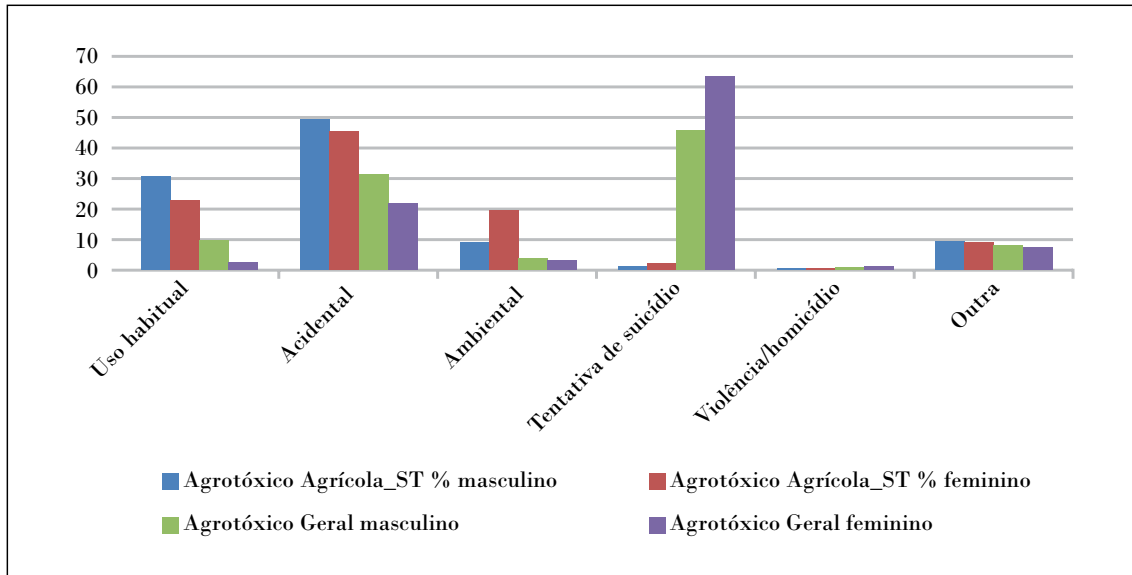
**Para o cálculo da taxa de consumo foi utilizado o valor da área plantada de 2013.

Identificaram-se os estados com maiores taxas de incidência de intoxicação na população geral, com índices acima da taxa nacional (GO, AL, PR, ES, TO). Nas intoxicações relacionadas ao trabalho, destacam-se os estados ES, PR, MT, TO, SC, AL, MS, RO e GO que apresentam taxas de 2 a 3 vezes a média do Brasil (7,99 por 100 mil habitantes). Aponta-se a dificuldade no diagnóstico e registro de casos de intoxicações relacionadas ao trabalho nos estados com taxas menores de 1 caso por 100 mil hab.

A taxa de mortalidade dos casos de intoxicação exógena relacionada ao trabalho por agrotóxicos de uso agrícola no estado do Paraná é significativamente maior do que em todas outras UF. Destaca-se, ainda, um grupo de estados que concentram situações de alto risco com taxa de mortalidade acima da média brasileira (ES, GO, TO, AL, PE, PI, MT).

Em decorrência dos múltiplos usos dos agrotóxicos, a circunstância de contaminação constitui uma das variáveis de importância no que se refere às intoxicações identificadas pelo SUS por meio das notificações no Sinan. Para o período de 2007 a 2014, as intoxicações por agrotóxicos agrícolas relacionadas ao trabalho concentram-se na contaminação acidental, com 49,6% para os homens e 45,6% para as mulheres, seguida do uso habitual (uso rotineiro conforme orientações do fabricante) com 30,7% e 23,2%, respectivamente. Esta proporção se mantém ao longo do período sendo o episódio de intoxicação deflagrado por uma exposição acidental intensa ou uma exposição intensa de rotina. Na população geral, as notificações de intoxicações por agrotóxicos estão concentradas nas tentativas de suicídio, com 46,2% para os homens e 64% para as mulheres, seguidas do acidental com 31,5% e 21,8%, respectivamente. Tais circunstâncias são similares ao longo de todo o período analisado.

Gráfico 15 – Circunstância da intoxicação por agrotóxicos e agrotóxicos agrícolas – 2007-2014*



Fonte: Sinan/SVS/MS.

*Os dados referentes a 2014 são parciais.

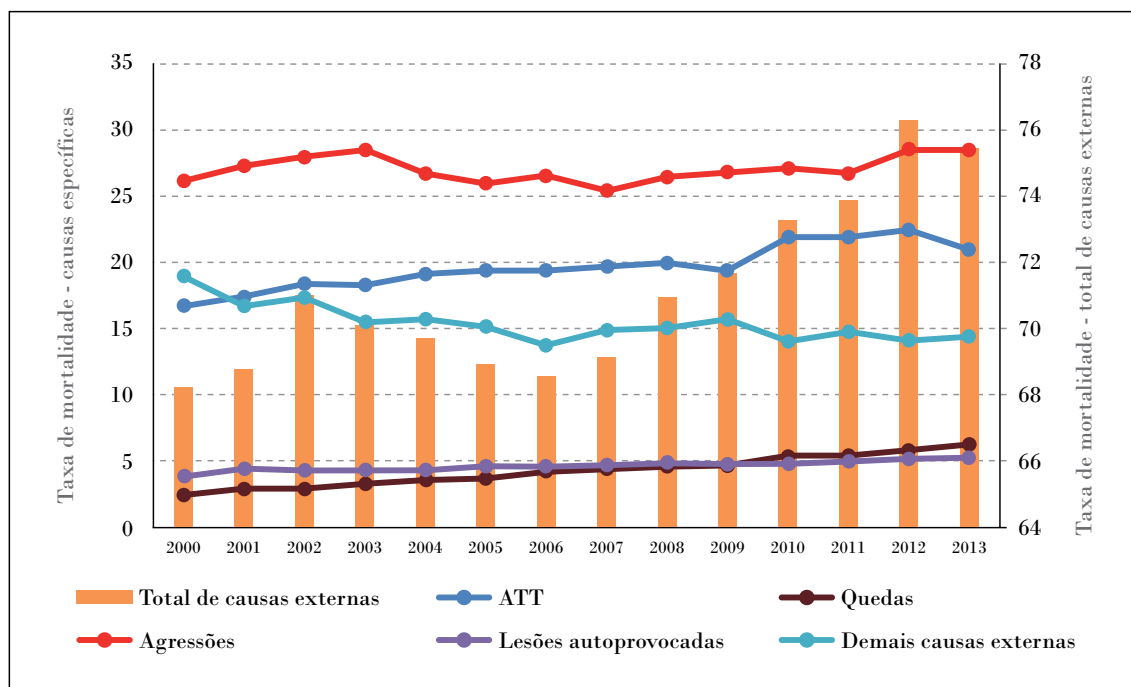
Ressalte-se que o estágio de implantação dos serviços de vigilância em saúde ambiental e do trabalhador relacionado a populações expostas aos agrotóxicos influencia os dados analisados. Conhecer, evitar e reduzir seus impactos à saúde é um desafio para a saúde coletiva no Brasil, em especial na definição de estratégias e práticas de vigilância em saúde para a promoção da qualidade de vida da população.

9 Análise de situação das causas externas no Brasil

As causas externas (CE), que incluem as violências e os acidentes, mantem-se por décadas em posição de destaque no cenário epidemiológico do Brasil e do mundo. Em 2013, no Brasil, as causas externas foram responsáveis por 151.683 óbitos registrados no SIM, sendo a maior parte entre homens (82,2%) e pessoas com idade de 20 a 39 anos (43,8%). Em relação à raça/cor da pele, houve predomínio de pardos (50,1%) e brancos (37,3%). A Região Sudeste apresentou a menor taxa de mortalidade por causas externas (66 óbitos por 100 mil habitantes), enquanto as maiores taxas foram observadas nas regiões Centro-Oeste (92,2 óbitos por 100 mil habitantes) e Nordeste (86,1 óbitos por 100 mil habitantes).

Ao longo dos últimos 14 anos (2000 a 2013), a taxa de mortalidade por causas externas no Brasil apresentou aumento de 10,5%, passando de 68,3 óbitos por 100 mil habitantes em 2000 para 75, em 2013. As agressões permaneceram como a causa específica responsável pela maior taxa de mortalidade, sem grande variação ao longo do período. A seguir, as taxas de mortalidade por acidentes de transporte terrestre (ATT) ocuparam a segunda posição entre as taxas de mortalidade por causas externas, apresentando evolução crescente (25,7% de 2000 a 2013), marcadamente a partir de 2010. Embora com as menores taxas de mortalidade, as quedas e as lesões autoprovocadas apresentaram evolução também crescente no período, com aumento de 148% e 33,3%, respectivamente, entre 2000 e 2013.

Gráfico 16 – Evolução da taxa bruta de mortalidade (por 100 mil habitantes) por causas externas totais e específicas – Brasil, 2000-2013



Fonte: MS/SVS/SIM e IBGE.

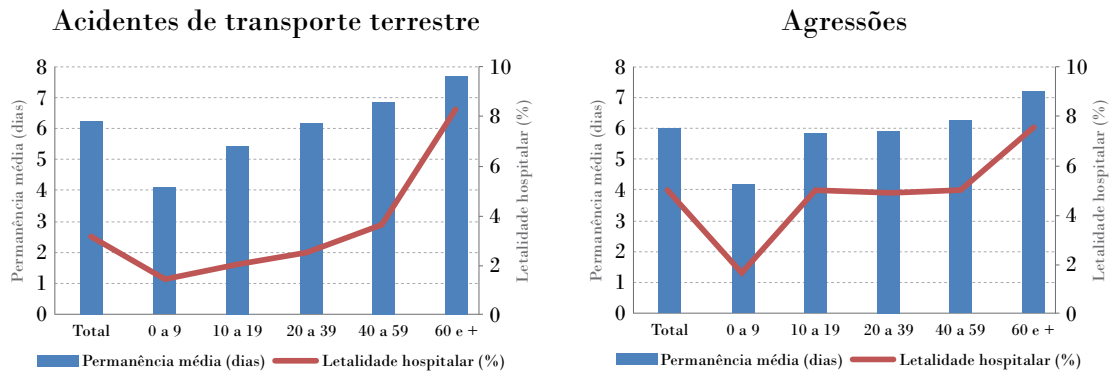
O risco de morte por AIT entre homens foi 4,7 vezes o observado entre as mulheres. No grupo de 20 a 39 anos, a razão chegou a 6,2. Dos 10 aos 39 anos, o risco de morte por agressões no sexo masculino foi 12 vezes o observado no sexo feminino. Para as lesões autoprovocadas, o risco de morte entre homens de 20 a 39 e a partir dos 60 anos foi quase cinco vezes o observado entre mulheres do mesmo grupo etário.

No período de análise (2000 a 2013), houve redução da taxa de mortalidade: por AIT no Distrito Federal, Amapá, Santa Catarina, Rio de Janeiro, Roraima e São Paulo; por quedas, redução apenas no Acre; por agressões em São Paulo, Rio de Janeiro, Pernambuco, Mato Grosso do Sul, Rondônia, Distrito Federal, Espírito Santo, Mato Grosso e Amapá; e por lesões autoprovocadas em Rondônia e Paraná.

Em 2013, no Brasil, foram registrados mais de 1 milhão de internações hospitalares por causas externas pagas pelo SUS, sendo a maior parte entre homens (70%) e nas pessoas com idade de 20 a 39 anos (36,2%). A Região Sudeste foi responsável por 40,5% de todas as internações do Brasil. A taxa de internação hospitalar por causas externas foi de 52,6 internações por 10 mil habitantes, variando de 31,2 a 74,5 entre os sexos (razão de taxas igual a 2,4). Segundo a faixa etária, as maiores taxas de internação foram observadas entre os idosos (84 internações por 10 mil habitantes) e entre adultos jovens de 20 a 39 anos (57,2). A Região Nordeste apresentou a menor taxa de internação hospitalar por causas externas em 2013 (45,4), enquanto as maiores taxas foram observadas nas regiões Centro-Oeste (66,9) e Sul (61,7).

As internações por AIT demandaram o maior tempo médio de internação (6,3 dias), variando de 4,1 dias entre crianças de zero a 9 anos a 7,7 dias entre idosos. A maior taxa de letalidade hospitalar foi observada nas internações por agressões (5%), variando de 1,6% entre crianças a 7,5% entre idosos. Para todas as causas externas de internação hospitalar, a permanência média e a letalidade hospitalar apresentaram aumento diretamente proporcional ao aumento da idade dos pacientes.

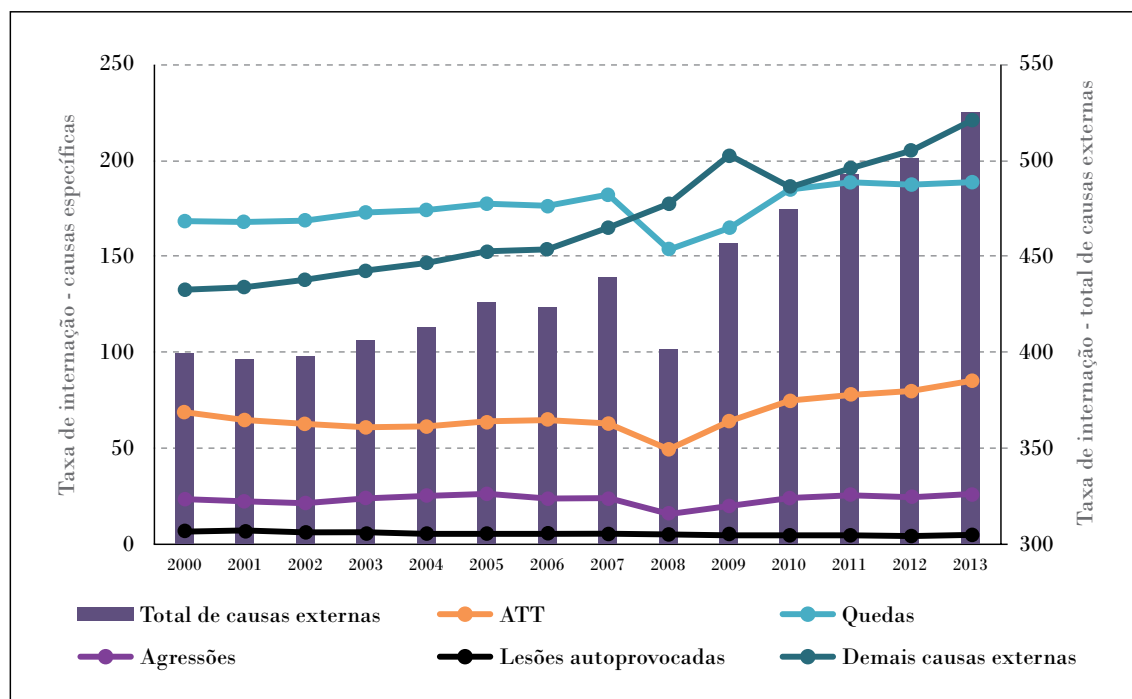
Gráfico 17 – Letalidade hospitalar (%) e média de permanência (dias) por causas externas segundo faixa etária – Brasil, 2013



Fonte: MS/SVS/SIH-SUS.

Ao longo dos últimos 14 anos (2000 a 2013), a taxa de internação hospitalar por causas externas no Brasil apresentou aumento de 31,4%, passando de 400,1 internações por 10 mil habitantes em 2000 para 525,7 em 2013. As quedas apresentaram a maior taxa de mortalidade de 2000 a 2007, quando foram superadas pelas internações pelas demais causas externas. A seguir, os ATT ocuparam a terceira posição, apresentando evolução crescente na taxa de internação de 2009 a 2013. Agressões e lesões autoprovocadas apresentaram as menores taxas de internação hospitalar em todo o período de análise.

Gráfico 18 – Evolução da taxa bruta de internação hospitalar (por 10 mil habitantes) por causas externas, Brasil, 2000-2013



Fonte: MS/SVS/SIH-SUS.

As taxas de internação diminuíram: por ATT no Amazonas, Maranhão, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Distrito Federal; por quedas no Amazonas, Pará, Sergipe, Acre, Rondônia, Bahia e Rio de Janeiro; e por agressões em Pernambuco, Roraima, Maranhão, Piauí, Mato Grosso, Rio Grande do Norte, Ceará e Goiás.

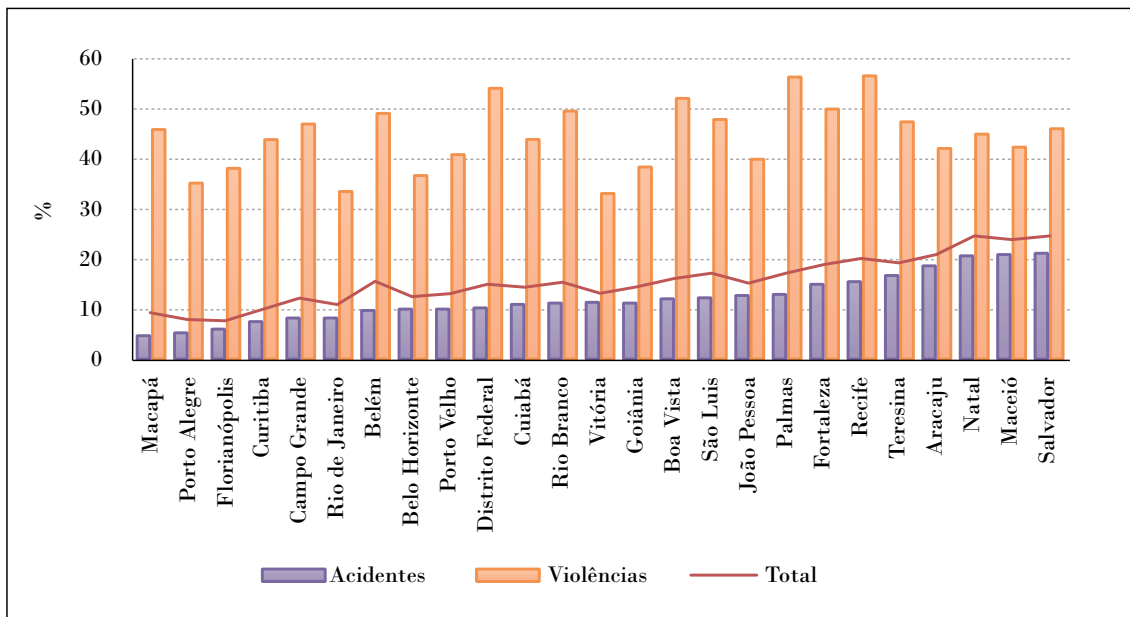
Quanto aos atendimentos de emergência por causas externas – capitais e Distrito Federal, em 2011, realizou-se o Viva Inquérito em 71 serviços sentinelas de urgência e emergência de 24 capitais e o Distrito Federal. Excluindo-se os casos com tipo de ocorrência sem informação (<1%), foram registrados 47.455 atendimentos, dos quais 42.958 (90,4%) foram devidos a causas acidentais e 4.497 (9,6%) foram classificados como eventos resultantes de violência.

Segundo Viva Inquérito predominaram atendimentos de emergência por quedas (30,9%), seguidos por ATT (26,2%) e agressões (8,4%), além de queimaduras (1,9%), lesões autoprovocadas (0,9%) e intervenção legal (0,1%). Outros acidentes (sufocação, corpo estranho, afogamento, envenenamento/intoxicação, ferimento por objeto perfurocortante, ferimento por arma de fogo, acidentes com animais, quedas de objetos sobre pessoa, choque contra objetos/pessoas, entorse, compressão dentro/entre objetos) corresponderam a 31,6% das ocorrências.

Importante destacar que o Viva Inquérito 2011 permitiu obter informações inéditas sobre os atendimentos de emergência por causas externas no Brasil. Verificou-se, por exemplo, que muitas vítimas desse tipo de evento procuraram atendimento em mais de um serviço de saúde. A proporção de atendimento prévio pela mesma causa externa variou de 6,6% em Boa Vista (RR) a 50,6% em Vitória (ES). Entre os atendimentos por acidentes, a proporção de atendimentos de eventos relacionados ao trabalho (acidentes de trabalho) variou de 21,2% em Macapá (AP) a 44% em Curitiba (PR).

Outro dado importante foi a proporção de ingestão de bebida alcoólica nas seis horas anteriores ao evento. Para o total de atendimentos (acidentes e violências), essa proporção variou de 9,5% em Macapá (AP) a 24,9% em Salvador (BA). Chama a atenção a proporção de ingestão de bebida alcoólica entre os atendimentos por causas violentas, que variou de 33,4% em Vitória (ES) a 56,9% em Recife (PE).

Gráfico 19 – Consumo de bebida alcoólica entre os atendimentos de emergência por acidentes e violências. Capitais* e Distrito Federal – Brasil, 2011



Fonte: MS/SVS/Viva Inquérito 2011.
*Exceto Manaus/AM e São Paulo/SP.

Medidas instituídas a partir de políticas setoriais podem ter impacto na morbimortalidade por AIT, tais como punição dos infratores, educação no trânsito para prevenção e conscientização dos condutores nas vias, fiscalização e penalidade em relação à associação de álcool e direção veicular, entre outras. No entanto, estudos apontam para a necessidade de se reforçar tais medidas, ao mesmo tempo em que se deve procurar fomentar ações de promoção de saúde, que atuem sobre os fatores de risco e proteção com intuito de sensibilizar a população para adoção de hábitos seguros e saudáveis. São primordiais intervenções multissetoriais para direcionar ações de prevenção desses agravos e promoção de qualidade de vida a fim de reverter o cenário atual de causas externas no Brasil.

10 Mortalidade por uso do álcool no Brasil

No período de 2000 a 2013, foram registrados no Brasil 219.205 óbitos que tinham como causa básica alguma doença plenamente atribuível ao álcool e 367.954 óbitos que tinham esse grupo de doenças como causa básica e/ou associada, correspondendo, respectivamente, a 1,5% (2,3% para os homens e 0,4% para as mulheres) e a 2,5% (3,8% para os homens e 0,7% para as mulheres) do total de óbitos captados pelo SIM neste período. Para ambos os grupos, houve crescimento da mortalidade proporcional atribuível ao álcool, com menor variação para o sexo feminino.

Houve maior proporção de óbitos com causa básica ou associada plenamente atribuível ao uso de álcool na faixa etária de 40 a 49 anos, tanto no sexo masculino (27,8%) como no feminino (29%).

Tabela 6 – Distribuição dos óbitos com causa básica e/ou associada plenamente atribuível ao uso de álcool, segundo faixa etária e sexo – Brasil, 2000-2013

Faixa etária (anos)	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
<20	1.214	0,4	285	0,7	1.500	0,4
20-29	12.786	3,9	1.505	3,7	14.293	3,9
30-39	47.912	14,7	6.295	15,3	54.210	14,8
40-49	90.296	27,8	11.894	29,0	102.201	27,9
50-59	86.359	26,5	9.814	23,9	96.182	26,2
60-69	53.642	16,5	6.090	14,8	59.739	16,3
70-79	25.104	7,7	3.403	8,3	28.508	7,8
80 e+	8.070	2,5	1.779	4,3	9.850	2,7
Total	325.383	100,0	41.065	100,0	366.483	100,0

Fonte: SIM/SVS.

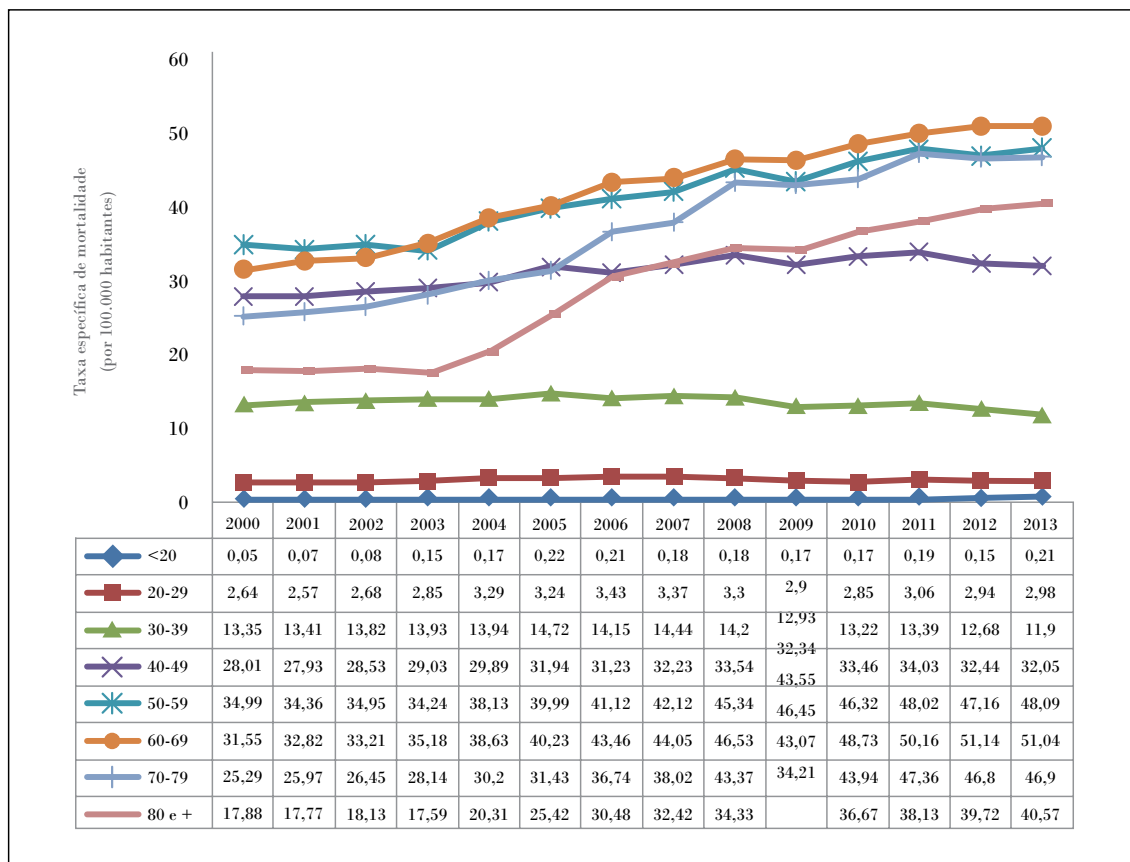
Nota: 1.471 óbitos com idade ignorada: 1.299 masculino; 131 feminino e 76 sexo ignorado.

Os resultados apresentados mostram a maior proporção de óbitos (43,3%) para a raça/cor branca (44,5% para o sexo masculino e 34% para o feminino), seguido de 37% para a raça/cor parda (37% para o sexo masculino e 40,7% para o feminino). A raça/cor não foi informada em 27.134 óbitos, referentes ao período de 2000 a 2013, com causa básica e/ou associada plenamente atribuível ao uso de álcool, o que representa 7,4% do total de óbitos registrados por essas causas.

Entre as causas básicas de mortalidade estudadas, a doença alcoólica do fígado foi a que teve maior contribuição no total de óbitos que tiveram causa básica plenamente atribuível ao uso de álcool, com 54,6% (119.657) dos óbitos no período. A segunda causa foram os transtornos mentais e comportamentais induzidos por álcool, responsáveis por 40,3% (88.331) dos óbitos. A terceira principal causa foi a cardiomiopatia alcoólica, com 1,9% (4.179) dos óbitos. Os óbitos causados por intoxicação alcoólica voluntária ou acidental corresponderam a 0,5% dos óbitos plenamente relacionados ao álcool no período estudado (1.119).

As taxas específicas de mortalidade por causas básicas ou associadas plenamente atribuíveis ao uso de álcool mantiveram-se estáveis para as faixas etárias de menos de 20 anos, de 20 a 29 anos, de 30 a 39 anos e de 40 a 49 anos. Para as outras faixas etárias analisadas, observou-se tendência de crescimento das taxas mortalidade, especialmente para as faixas etárias superiores a 60 anos. As maiores taxas foram observadas na faixa etária de 60 a 69 anos, com a ocorrência de 31,55 óbitos por 100 mil habitantes em 2000 e 51,04 em 2013.

Gráfico 20 – Taxas específicas de mortalidade (por 100 mil habitantes) por causas básicas ou associadas plenamente atribuíveis ao uso de álcool, segundo faixa etária – Brasil, 2000-2013

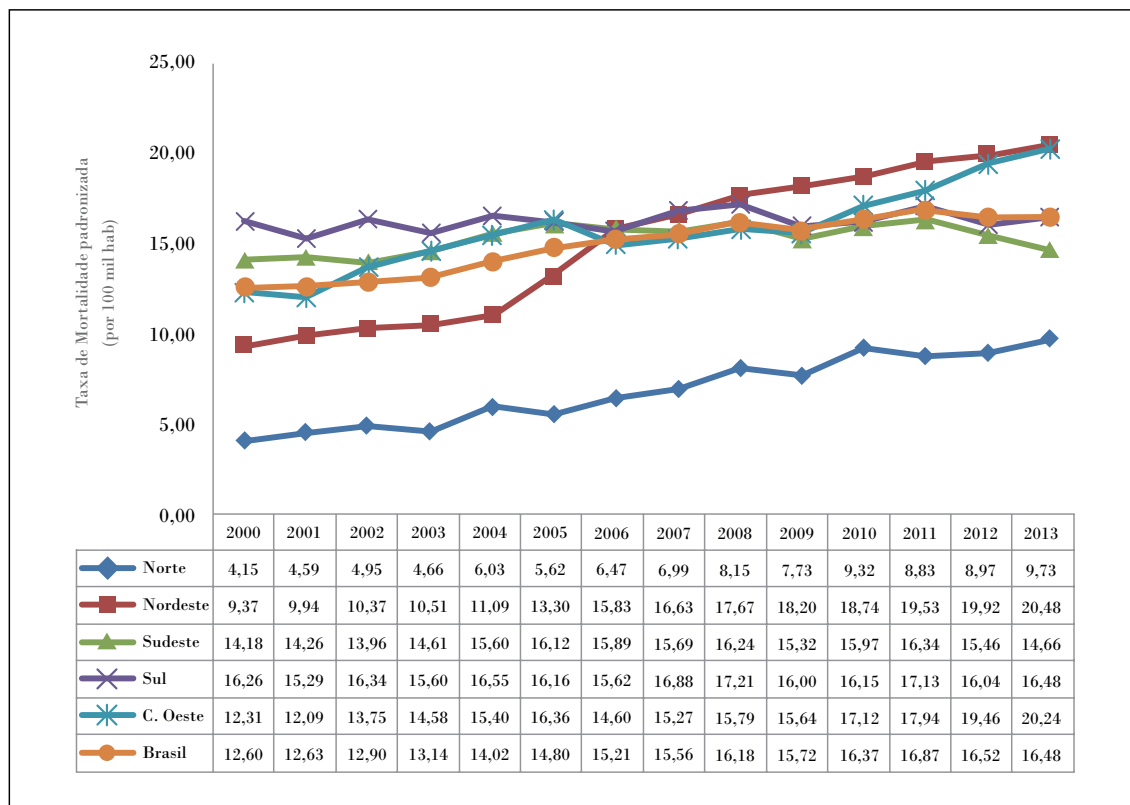


Fonte: SIM/SVS e IBGE.

Em relação ao sexo, as maiores taxas foram observadas na faixa etária de 60 a 69 anos para o sexo masculino, com a ocorrência de 60,8 óbitos por 100 mil habitantes em 2000 e 99,5 em 2013 e na faixa etária de 80 anos e mais para o sexo feminino com a ocorrência de 6 em 2000 e 11,1 em 2013. Nas outras faixas etárias, apesar da grandeza diferente entre os sexos, o comportamento das taxas ao longo dos anos foi o mesmo, com certa estabilidade.

A raça/cor de pele preta apresentou maiores taxas específicas de mortalidade por causas básicas e/ou associadas plenamente atribuíveis ao uso de álcool em todo o período estudado. No ano 2000, a raça/cor de pele parda apresentou a menor taxa (7,2 por 100 mil), no entanto, a partir de 2005, as taxas foram menores na raça/cor branca (13 por 100 mil em 2013). Em todas as categorias, observa-se uma tendência do aumento das taxas no período de 2000 a 2013.

A taxa padronizada nacional de mortalidade por causas básicas e/ou associadas plenamente atribuíveis ao uso de álcool elevou-se de 12,60 óbitos por 100 mil habitantes em 2000 para 16, em 2013. As menores taxas padronizadas de mortalidade em todo o período foram observadas na Região Norte, possivelmente devido à menor cobertura do SIM nesta região. Nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste observa-se aumento das taxas de mortalidade padronizadas. A Região Nordeste apresentou o maior crescimento no período, com 9,37 óbitos por 100 mil habitantes em 2000 e 20,48 em 2013. As regiões Sul e Sudeste apresentaram as menores variações nas taxas de mortalidade observadas neste período.

Gráfico 21 – Taxas padronizadas de mortalidade (por 100 mil habitantes) por causas básicas ou associadas plenamente atribuíveis ao uso de álcool, segundo regiões – Brasil, 2000-2013

Fonte: SIM/SVS e IBGE.

Com relação às UF, observou-se decréscimo nas taxas de mortalidade padronizadas por causa básica e/ou associadas plenamente atribuíveis ao uso do álcool de 2000 a 2013, em São Paulo, Rio Grande do Sul e no Rio de Janeiro, com variações negativas de 17,4%, 7,2% e 4,3%, respectivamente. Enquanto Maranhão, Piauí e Paraíba apresentaram aumento e maior variação percentual das taxas no período (456,1%, 425,8% e 422,7%, respectivamente). Para o Brasil, também se observou crescimento na taxa de mortalidade plenamente atribuível ao álcool, com variação de 30,1% no período. Ressalta-se que a variação das taxas, principalmente nos estados das regiões Norte e Nordeste, deve ser vista com cautela, uma vez que pode representar a melhora da cobertura do SIM, e não propriamente o aumento dos óbitos plenamente causados pelo álcool.

11 Homicídios no Brasil, análise das ocorrências de 2001 a 2013

A mortalidade por violência é preocupação mundial, destacando-se o homicídio. Na região da América do Sul, o Brasil tem a terceira maior mortalidade por homicídios, atrás apenas da Venezuela e da Colômbia. Em 2012, no Brasil, ocorreram 47.136 mortes por homicídio, representando 10% das mortes por homicídio em todo o mundo.

Entre as regiões geográficas do Brasil, a Região Nordeste apresentou a maior taxa de mortalidade por homicídios, com 39,6 mortes por 100 mil habitantes e 21.946 casos, e uma taxa de mortalidade do sexo masculino de 74,4, bem acima da do Brasil (51,7); o que configurou a maior razão de taxa masculino/feminino do País (13,3 vezes). Em relação ao sexo feminino, o destaque foi para a Região Centro-Oeste que apresentou a maior taxa, com 6,5 mortes por 100 mil habitantes, acima da taxa nacional que foi de 4,6. A razão entre as taxas de homicídios de homens e mulheres na faixa etária de maior ocorrência (de 20 a 24 anos) foi 15,1 vezes.

No aspecto raça/cor, a maior taxa de homicídios ocorreu na raça/cor parda, com 37,6 mortes por 100 mil habitantes. Entre os homens, a taxa da cor parda foi de 69,4. Os homicídios entre as mulheres ocorreram, principalmente, na raça indígena (9,5). Em relação à escolaridade, os homicídios, proporcionalmente, ocorreram com maior frequência em pessoas com escolaridade entre quatro e sete anos, o que corresponde ao nível de escolaridade fundamental I incompleto, com 34,5% das ocorrências.

Observou-se, também, que 70,8% dos homicídios foram decorrentes de agressão por meio de arma de fogo e que a razão de frequência entre homens e mulheres é 16,4 vezes.

Entre as dez capitais com maiores taxas de homicídios (por 100 mil habitantes), destacam-se as capitais do Nordeste e do Norte, com Maceió (82,6), Fortaleza (80,9) e São Luís (68) liderando a lista, com Belém em 5º lugar (56,2) e Goiânia em 9º (44,6). Fora deste eixo, a capital com maiores taxas é Vitória, em 13º lugar (39,5).

Em relação à faixa etária, os homicídios atingiram principalmente os jovens, que estão no intervalo de 15 a 29 anos, com taxa mais elevada na faixa etária entre 20 a 24 anos, sendo a taxa masculina, nesta faixa, de 124,6 mortes por 100 mil habitantes, mais que o dobro da taxa nacional do sexo masculino que foi de 51,7. A faixa etária de 15 a 19 anos, mostrou em 2013 uma taxa de 56,3 mortes por 100 mil habitantes, apresentando no período de 2011 a 2013 o maior crescimento proporcional, ultrapassando a taxa da faixa dos 25 a 29 anos.

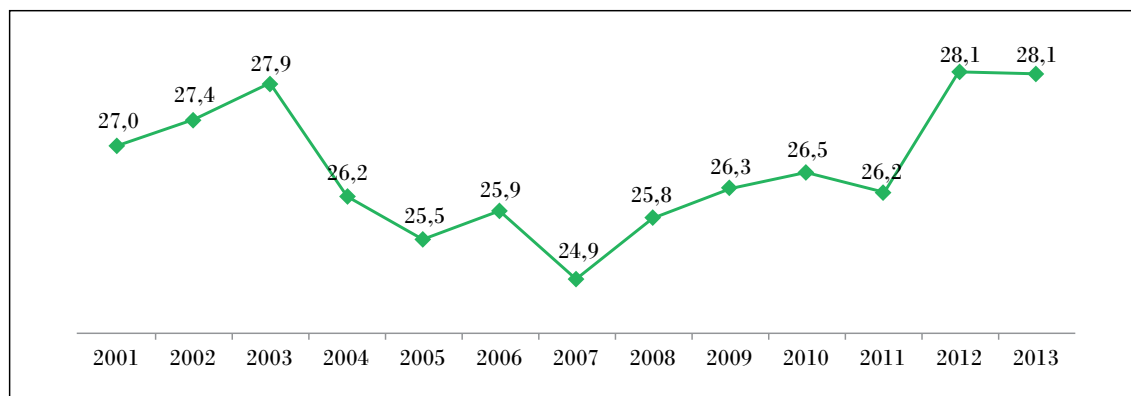
Verifica-se que o homicídio é a primeira causa de morte nas faixas etárias de 15 a 19 anos, de 20 a 29 anos e na faixa de 30 a 39 anos e ocupa a segunda causa na faixa dos 10 aos 14 anos.

Tabela 7 – Ordenamento das taxas de mortalidade por causa definida e faixa etária – Brasil, 2013

Ranking	0 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 e +
1º	Acidentes	Acidentes	Homicídios	Homicídios	Homicídios	Neoplasias malignas	Neoplasias malignas	Neoplasias malignas
2º	Influenza e pneumonia	Homicídios	Acidentes	Acidentes	Acidentes	Doenças do coração	Doenças do coração	Doenças do coração
3º	Neoplasias malignas	Neoplasias malignas	Neoplasias malignas	Neoplasias malignas	Neoplasias malignas	Acidentes	Doenças cérebro vasculares	Doenças cérebro vasculares
4º	Doenças do coração	Influenza e pneumonia	Doenças do coração	Doenças do coração	Doenças do coração	Homicídios	Acidentes	Influenza e pneumonia
5º	Homicídios	Doenças do coração	Influenza e pneumonia	Influenza e pneumonia	Doenças cérebro vasculares	Doenças cérebro vasculares	Diabetes <i>mellitus</i>	Diabetes <i>mellitus</i>

Fonte: SIM/MS.

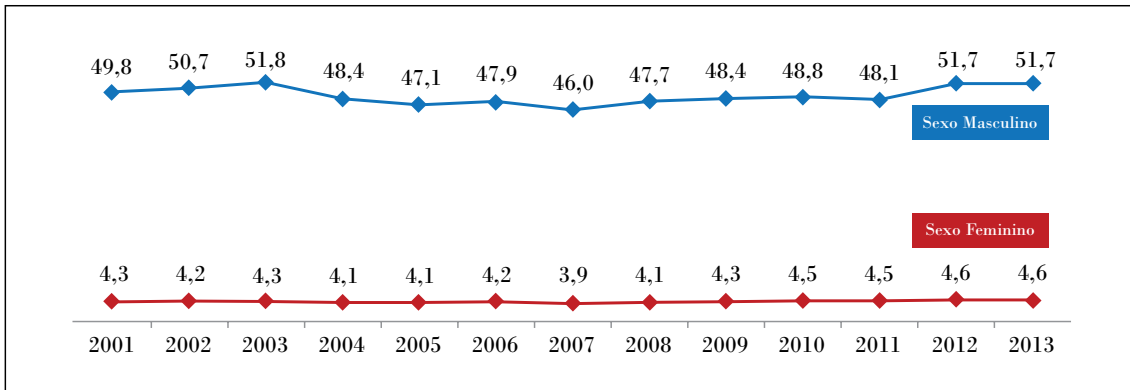
No Brasil, de 2001 a 2013, a taxa de mortalidade por homicídios apresentou pequenas variações anuais, com um crescimento no período de 1,1 óbitos para cada 100 mil habitantes (variando de 27,0 para 28,1). Verifica-se, também, a ascensão nas taxas entre 2001-2003, seguida de uma queda de 2003-2007, quando depois as taxas voltam a subir. Dado relevante a ser considerado na análise comparativa da linha histórica refere-se ao recrudescimento da taxa de forma abrupta de 2011 a 2012, evoluindo de 26,2 para 28,1 mortes por 100 mil habitantes, a maior taxa do período estudado de 13 anos. A taxa de 2012 repetiu-se em 2013. O fenômeno do rápido crescimento dos homicídios necessita de estudos. Hipóteses como aumento real da violência e diminuição da subnotificação precisam ser esclarecidas.

Gráfico 22 – Taxa de mortalidade padronizada por homicídios – Brasil, 2001-2013

Fonte: SIM/MS.

Em relação ao sexo, nos últimos 13 anos observam-se uma estabilidade da taxa de mortalidade feminina e um crescimento da masculina, mais acentuadamente de 2011 a 2012, com manutenção em 2013. Nesse último ano, os homicídios ocorreram preponderantemente em pessoas do sexo masculino (91,7%), gerando uma taxa de homicídio masculina 11,2 vezes a da feminina.

Gráfico 23 – Taxa de mortalidade padronizada por homicídios, segundo sexo – Brasil, 2001-2013

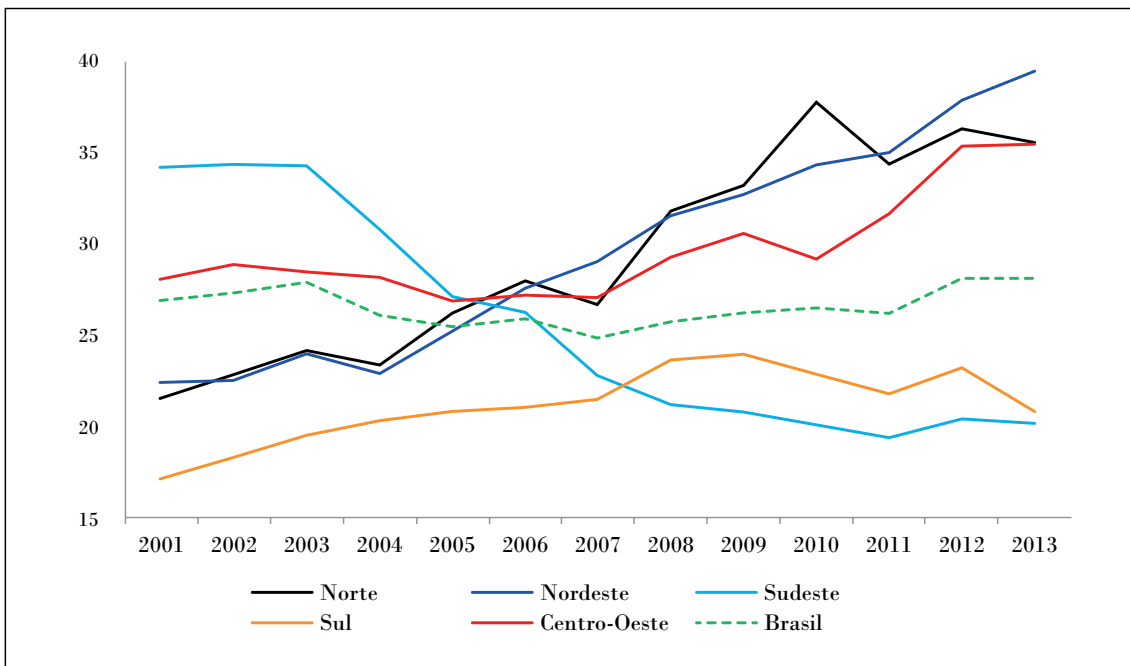


Fonte: SIM/MS.

Em relação à região geográfica, ao longo do período 2001 a 2013, houve acentuada redução da taxa de mortalidade por homicídios na Região Sudeste, passando de 34,2 mortes por 100 mil habitantes em 2001, para 20,2 em 2013. Na Região Sul houve crescimento da taxa entre 2001 a 2009, quando começa a cair apresentando taxas decrescentes até 2013. Entre os anos de 2001 a 2007, o Sul apresentava a menor taxa entre as regiões, mas, a partir de 2008, o Sudeste tornou-se a região com a menor taxa de homicídios.

A partir de 2004, na Região Nordeste e depois na Norte, observa-se crescimento acentuado da taxa de mortalidade por homicídios. Na Região Centro-Oeste, o crescimento mais acentuado inicia-se em 2008, tornando-se, em 2013, a terceira região brasileira com a maior taxa, ficando muito próximo da Região Norte que apresenta a taxa de 35,9 mortes por 100 mil habitantes e Centro-Oeste (35,5).

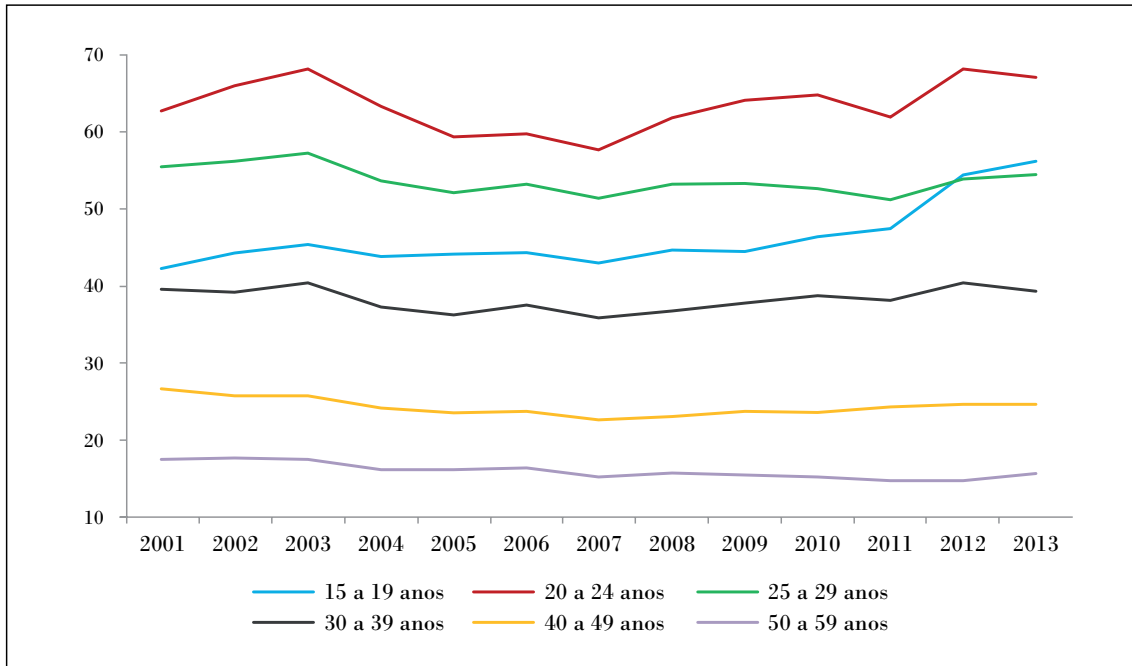
Gráfico 24 – Taxa de mortalidade padronizada por homicídios, segundo região geográfica – Brasil, 2001-2013



Fonte: SIM/MS.

Ao analisar a evolução das taxas de mortalidade por homicídio segundo a idade, verifica-se que, entre os jovens, o grupo populacional de 20 a 24 anos apresentou a maior taxa. Entretanto, a faixa 15 a 19 anos foi a que mais cresceu na série histórica de 13 anos e no período de 2011 a 2013 apresentou crescimento de 18,6 % (de 47,5 para 56,3 mortes por 100 mil habitantes), ocupando a segunda maior taxa. O homicídio é a segunda causa de morte na faixa de 10 a 14 anos perdendo apenas para os acidentes.

Gráfico 25 – Taxa de mortalidade por homicídios, segundo faixas etárias – Brasil, 2001-2013

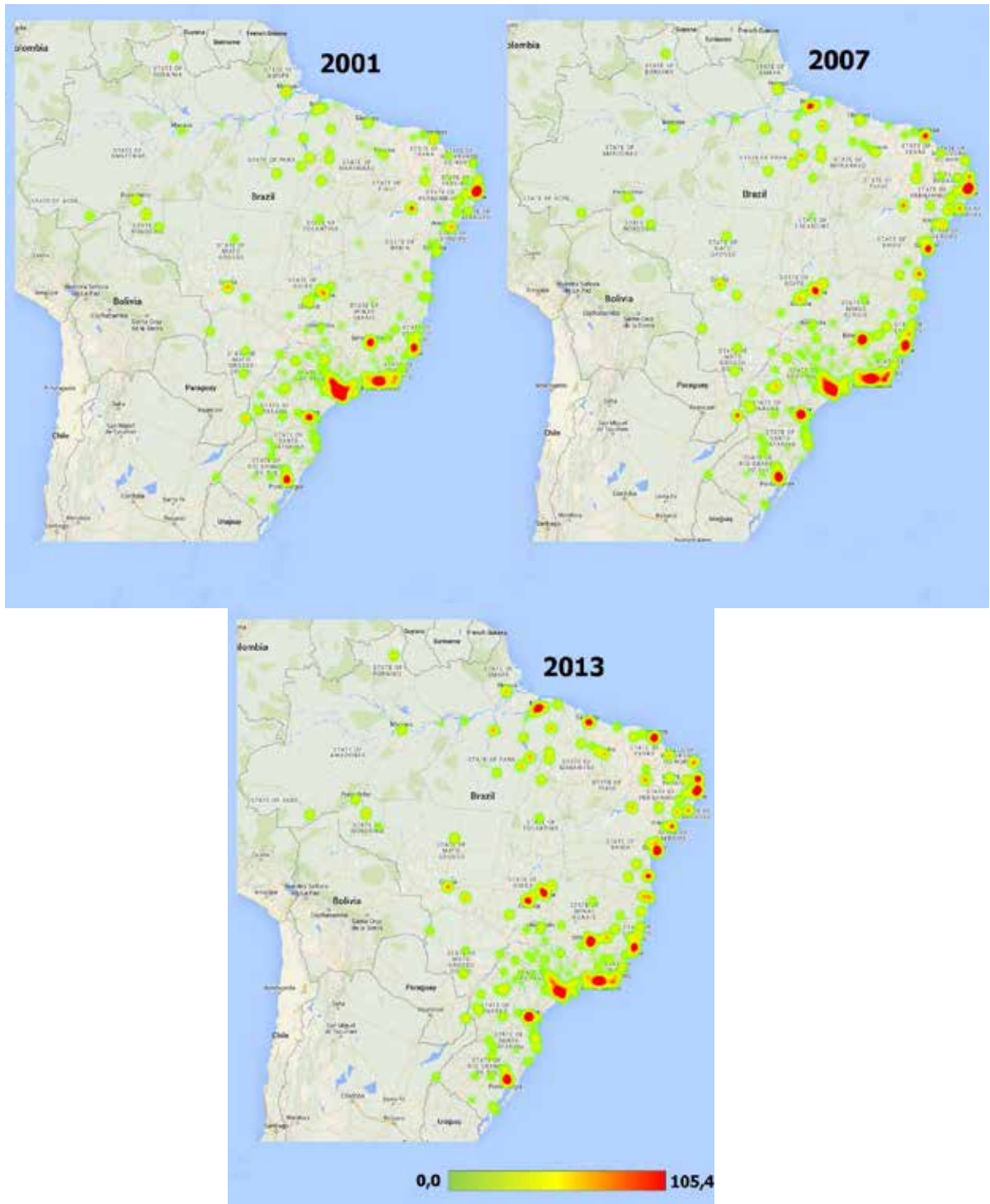


Fonte: SIM/MS.

Em relação à taxa de mortalidade por homicídios nas cidades de médio e grande porte, verifica-se que em 2001 há uma maior concentração nas cidades do estado de São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo e Pernambuco e destaca-se que as maiores concentrações nos estados estão localizadas próximas às capitais. Em 2013, verifica-se a diminuição das taxas dos municípios do estado de São Paulo e o aumento das taxas dos municípios das demais regiões do Brasil, com destaque para os estados do Nordeste, PA, GO e o DF.

No ordenamento dos 30 municípios com mais de 100 mil habitantes com as maiores taxas de mortalidade por homicídios observa-se que estes se concentraram, principalmente, na Bahia (com oito municípios), no Pará (seis municípios) e em Goiás (quatro municípios). Os municípios com elevada taxa de homicídios, em sua maior parte, possuem a taxa de mortalidade maior que a capital de seu estado.

Figura 2 – Distribuição espacial da taxa de mortalidade padroniza por homicídios dos municípios brasileiros com mais de 10 mil habitantes nos anos de 2001, 2007 e 2013



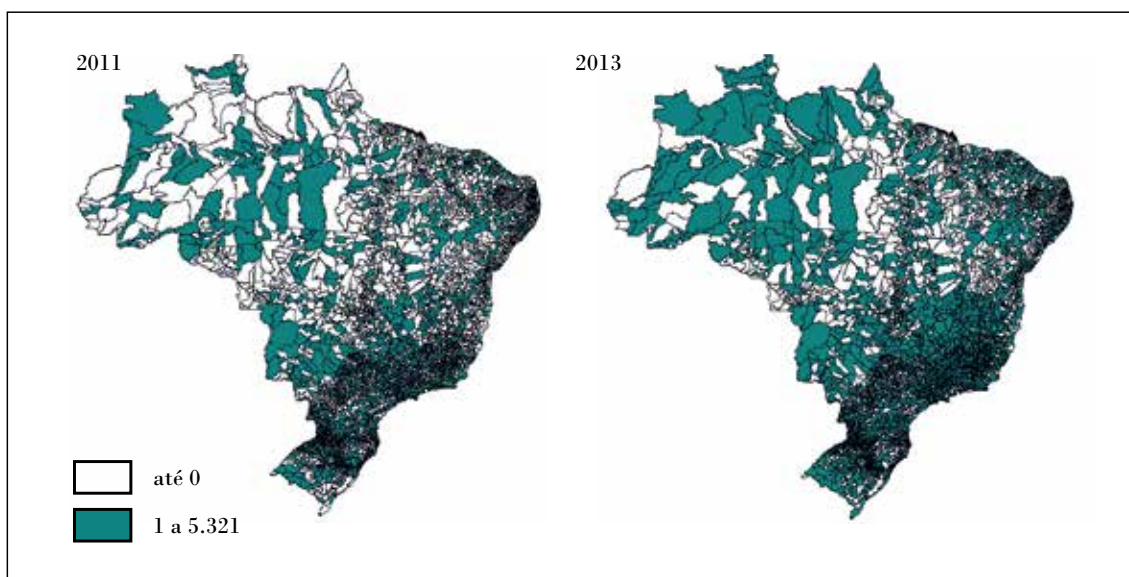
Fonte : SIM/MS

12 Violência doméstica no Brasil: análise das notificações do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes por Ciclo de Vida

A violência doméstica abordada neste capítulo se refere à violência que ocorre entre os membros da família e parceiros íntimos, frequentemente, mas não exclusivamente, dentro de casa. De 2009 a 2014 observou-se expansão das notificações de violência doméstica. No sexo feminino, as principais vítimas são adultas e adolescentes, enquanto que no masculino, são crianças e adultos. Entre as crianças, o principal autor da violência foi a mãe/madrasta (70,9%); nos adolescentes, o pai/padrasto (40,2%); nos adultos, a pessoa das relações afetivas (85,2%). Em 65,9% dos casos em idosos o autor da violência foi o filho.

Entre 2011 e 2013 houve um aumento do número de municípios que registraram notificações de violência doméstica no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva-Sinan), passando de 1.797 para 2.916 municípios notificantes (aumento de 62,3%). O ano de 2011 foi escolhido como ano base para essa análise, por se tratar do ano no qual ocorreu a universalização da notificação de violência. Os estados com maior coeficiente de notificação foram Mato Grosso do Sul (148,9), seguido de Paraná (88,1) e Acre (76,2). Os estados com menores coeficientes foram Ceará (8,4), Rondônia (9,7), Alagoas (10,2).

Figura 3 – Evolução do número de notificações de violência doméstica, segundo município de notificação – Brasil, 2011 e 2013

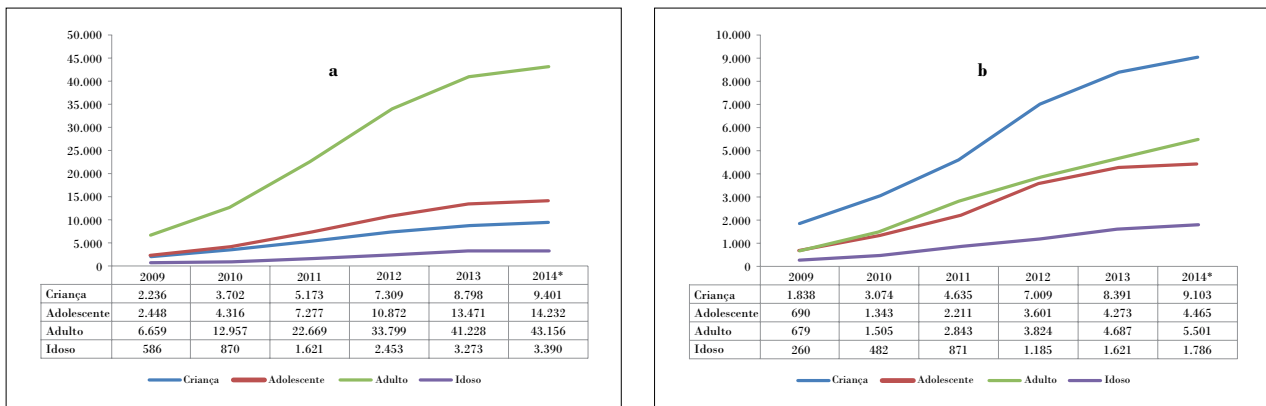


Fonte: MS/SVS/Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva).

Entre o período de 2009 a 2014 observou-se a expansão das notificações de violência doméstica no sexo feminino: as mulheres adultas (20 a 59 anos) são as principais vítimas de violência doméstica, seguidas pelas adolescentes (10 a 19 anos), crianças (0 a 9 anos) e por fim pelas mulheres idosas (60 anos e mais). Em 2014, foram registradas 43.156 notificações de violência doméstica contra mulheres adultas, 14.232 contra adolescentes do sexo feminino, 9.401 contra meninas e 3.390 contra idosas. Cabe destacar que os dados de 2014 ainda são preliminares, sujeitos a alteração.

No mesmo período, também se observou a expansão das notificações de violência doméstica entre os homens. Porém, o perfil das notificações por ciclo de vida é diferente: as principais vítimas são os meninos de 0 a 9 anos, seguidos pelos homens adultos, os adolescentes e pelos idosos. Em 2014, foram registradas 9.103 notificações de violência doméstica contra meninos, 5.501 contra homens adultos, 4.465 contra adolescentes e 1.786 contra idosos.

Gráfico 26 – Evolução das notificações de violência doméstica em pessoas do sexo feminino (a) e masculino (b), segundo ciclo de vida – Brasil, 2009 a 2014*



Fonte: MS/SVS/Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva).

* Obs.: Os dados de 2014 são preliminares, sujeitos a alteração.

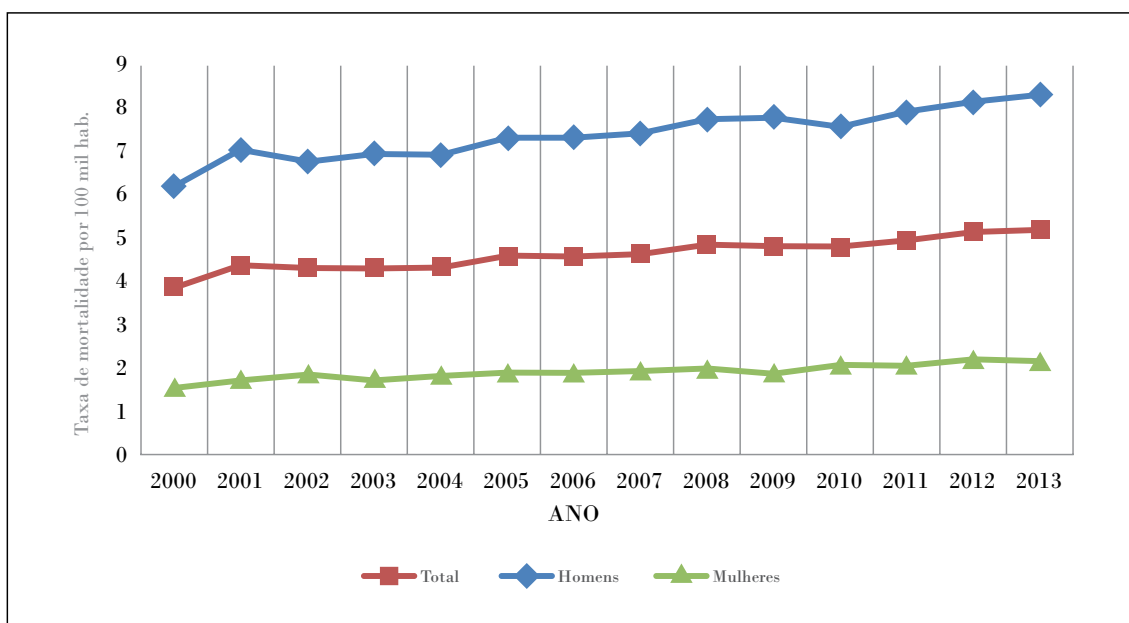
A maior frequência das violências ocorreu no domicílio; no sexo feminino; a violência física foi a que mais ocorreu, o agressor era, em sua maioria, uma pessoa com relação afetiva com a vítima e o uso de bebidas alcoólicas pelo agressor foi relatado em, aproximadamente, um quarto dos casos. É importante destacar que não se deve fazer uma simples comparação entre os coeficientes de notificação por unidades da Federação, visto que o processo de implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, por meio das notificações de violências interpessoal e autoprovocada ocorre de modo distinto entre os municípios e os estados. Sendo assim, um estado com maior número de notificações não necessariamente implica um estado com mais violência, mas sim com maior sensibilização e em um estágio mais avançado de implementação do Sistema Viva.

Tendo em vista os resultados apresentados, uma limitação desse estudo se refere à qualidade dos dados. Embora o banco de dados das notificações de violência interpessoal e autoprovocada seja submetido a um processo de análise de consistência e duplicidade, ainda há que se melhorar a qualidade dos dados do Viva/Sinan. Para algumas variáveis, como uso de álcool pelo autor da violência e violência de repetição, o elevado percentual de casos sem informação implica prejuízo na análise. Um banco de dados com melhor qualidade propicia a produção de informação em saúde que irá subsidiar a elaboração de políticas públicas voltadas para o enfrentamento da violência doméstica e promoção da saúde.

13 Suicídios consumados e tentativas notificadas no Brasil

O *suicídio* encontra-se entre as dez principais causas de óbito no mundo, sendo um grande problema de saúde pública. A *tentativa de suicídio* envolve condutas voltadas para se ferir em que há intenção de se matar. Observa-se um leve, mas consistente, crescimento dos suicídios consumados e das tentativas. As faixas etárias mais vulneráveis entre os homens é a de 20 a 39 anos, e entre as mulheres é de 40 a 49 anos. A Região Sul apresenta as maiores de taxas de mortalidade, entre homens e mulheres, e no total. As tentativas de suicídio prevalecem entre as mulheres. Pessoas de raça/cor de pele branca são as que apresentam maiores números de tentativas de suicídio em todo o período. O álcool é o fator predisponente mais significativo, entre outros. A taxa de mortalidade por suicídio apresenta crescimento lento, porém persistente, variando no período de 2000 a 2013 de 3,9 para 5,2 óbitos por 100 mil habitantes, o que equivale a uma variação de 34%. Quando observadas as taxas segundo sexo, observa-se que, em todo o período, as taxas entre os homens foram mais elevadas que as mulheres, até mais que a taxa no País.

Gráfico 27 – Taxa de mortalidade por suicídio, segundo sexo e ano – Brasil, 2000-2013



Fonte: SIM/MS.

No ano de 2013 houve 10.533 óbitos por suicídio no Brasil, o que equivale a uma taxa de mortalidade de 5,2/100 mil habitantes. Dos óbitos, 8.309 (78,9%) foram de homens, e risco de morte por suicídio foi de 3,8 vezes o observado nas mulheres. A faixa etária com maior prevalência de óbitos por suicídio entre os homens é a entre 30 a 39 anos, com 1.890 casos (22,7%). Entre as mulheres, a faixa etária que sobressai é a de 40 a 49 anos com 478 casos (21,5%). A Região Sudeste foi a que apresentou maior proporção de mortes por suicídio, em ambos os sexos. Em comparação às mulheres, o risco de morte entre os homens foi maior em todas as regiões. A Região Sul apresentou as maiores de taxas de mortalidade, entre homens e mulheres, e no total (8,2 óbitos/100 mil habitantes).

Tabela 8 – Número, proporção e taxa de mortalidade por suicídio (por 100 mil habitantes), segundo sexo, faixa etária e região – Brasil, 2013

	Masculino			Feminino			Total			Razão M/F
	n	%	Tx	n	%	Tx	n	%	Tx	
Total	8.309	78,9	8,4	2.223	21,1	2,2	10.533	100	5,2	3,8
Raça/Cor										
Branca	4.044	48,7	-	1.197	53,8	-	5.241	49,8	-	-
Preta	432	5,2	-	97	4,4	-	529	5,0	-	-
Amarela	1	0,0	-	-	-	-	1	0,0	-	-
Parda	414	5,0	-	95	4,3	-	509	4,8	-	-
Indígena	85	1,0	-	28	1,3	-	113	1,1	-	-
Faixa Etária										
0 a 9	2	0,0	0,0	1	0,0	0,0	3	0,0	0,0	1,9
10 a 19	555	6,7	3,2	230	10,3	1,4	785	7,5	2,3	2,3
20 a 29	1.816	21,9	10,4	390	17,5	2,3	2.206	20,9	6,4	4,6
30 a 39	1.890	22,7	11,7	398	17,9	2,5	2.288	21,7	7,1	4,8
40 a 49	1.546	18,6	12,1	478	21,5	3,6	2.024	19,2	7,8	3,4
50 a 59	1.155	13,9	11,8	357	16,1	3,4	1.512	14,4	7,4	3,5
60 a 69	693	8,3	12,0	211	9,5	3,1	904	8,6	7,2	3,8
70 a 79	428	5,2	15,2	100	4,5	2,7	528	5,0	8,1	5,7
80 e mais	203	2,4	17,7	55	2,5	2,9	258	2,4	8,5	6,1
Região de Notificação										
Norte	613	7,4	7,1	146	6,6	1,7	759	7,2	4,5	4,1
Nordeste	2.000	24,1	7,3	494	22,2	1,7	2.494	23,7	4,5	4,2
Sudeste	3.082	37,1	7,4	876	39,4	2,0	3.959	37,6	4,7	3,6
Sul	1.868	22,5	13,1	497	22,4	3,4	2.365	22,5	8,2	3,8
Centro-Oeste	746	9	10,0	210	9	2,8	956	9	6,4	3,6

Fonte: SIM/MS.

Quanto a tentativas de suicídio notificadas no Sinan, no período de 2009 a 2014 foram notificados um total de 73.790 casos de tentativa de suicídio no País, sendo que 2.519 (6,3%) notificados em 2009 e 21.633 (10%) em 2014, o que equivale a uma variação relativa de 59,2%.

Em todo o período, as tentativas de suicídio notificadas envolveram, em sua maioria, indivíduos do sexo feminino, correspondendo a 1.595 casos (63,3%) em 2009, e 14.333 (66,3%) em 2014. Em 2014, 50% das tentativas notificadas correspondiam a indivíduos na faixa etária de 10 a 29 anos. É importante destacar que nos anos de 2009 e 2010 houve casos notificados na primeira faixa etária (zero e 9 anos). Os registros de tentativas entre idosos de 70 e 79 anos apresentaram aumento no período, variando de 4 (0,2%) em 2009 para 256 (1,2%) em 2014. Pessoas de raça/cor de pele branca são as que apresentaram maiores proporções de tentativas de suicídio em todo o período. A região que concentrou o maior número de casos notificados (11.011, ou 50,9%), em 2014, foi a Sudeste.

Tabela 9 – Distribuição proporcional de tentativas de suicídio notificadas no Sinan – Brasil, 2009-2014

	Ano da notificação											
	2009		2010		2011		2012		2013		2014*	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	2.519	100	4.726	100	10.793	100	15.545	100	18.574	100	21.633	100
Sexo												
Masculino	924	36,7	1.710	36,2	3.730	34,6	5.259	33,8	6.320	34,0	7.296	33,7
Feminino	1.595	63,3	3.016	63,8	7.063	65,4	10.286	66,2	12.254	66,0	14.333	66,3
Raça/Cor												
Ignorado/Branco	685	27,2	894	18,9	1.960	18,2	1.890	12,2	2.490	13,4	2.741	12,7
Branca	1.057	42,0	2.381	50,4	5.685	52,7	8.434	54,3	9.912	53,4	11.560	53,4
Preta	104	4,1	263	5,6	608	5,6	1.000	6,4	1.070	5,8	1.267	5,9
Amarela	20	0,8	39	0,8	71	0,7	110	0,7	71	0,4	133	0,6
Parda	649	25,8	1.125	23,8	2.438	22,6	4.073	26,2	4.919	26,5	5.827	26,9
Indígena	4	0,2	24	0,5	31	0,3	38	0,2	112	0,6	105	0,5
Faixa Etária												
0 a 9	51	2,0	7	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-
10 a 19	613	24,3	1.064	22,5	2.505	23,2	3.584	23,1	4.480	24,1	4.930	22,8
20 a 29	796	31,6	1.428	30,2	3.181	29,5	4.343	27,9	5.141	27,7	5.884	27,2
30 a 39	555	22,0	1.033	21,9	2.469	22,9	3.536	22,7	4.110	22,1	5.045	23,3
40 a 49	305	12,1	708	15,0	1.519	14,1	2.335	15,0	2.721	14,6	3.222	14,9
50 a 59	125	5,0	307	6,5	711	6,6	1.089	7,0	1.359	7,3	1.618	7,5
60 a 69	57	2,3	103	2,2	242	2,2	390	2,5	467	2,5	595	2,8
70 a 79	4	0,2	47	1,0	119	1,1	180	1,2	199	1,1	256	1,2
80 e mais	12	0,5	28	0,6	47	0,4	88	0,6	97	0,5	82	0,4
Região de Notificação												
Norte	127	5,0	216	4,6	303	2,8	379	2,4	626	3,4	690	3,2
Nordeste	632	25,1	857	18,1	1.431	13,3	1.761	11,3	2.478	13,3	2.351	10,9
Sudeste	1.103	43,8	2.041	43,2	5.383	49,9	7.893	50,8	8.682	46,7	11.011	50,9
Sul	205	8,1	1.077	22,8	2.797	25,9	4.403	28,3	5.483	29,5	6.288	29,1
Centro-oeste	452	17,9	535	11,3	879	8,1	1.109	7,1	1.305	7,0	1.293	6,0

Fonte: Viva Sinan/MS.

*Dados preliminares.

Nota: a partir de 2011, o Sinan assumia a variável lesão autoprovocada como "não" nos casos em que os indivíduos notificados possuíam menos de 10 anos de idade.

Durante o período de 2009 a 2014, a maioria das tentativas de suicídio notificadas já ocorreu anteriormente outras vezes, correspondendo a 9.813 (45,4%) em 2014. Ainda no mesmo ano, em 3.112 dos casos (14,4%) havia suspeita de uso de álcool. A residência foi o local de ocorrência mais frequente de ocorrência do evento, com 18.516 (85,6%) em 2014; seguido da via pública, com 734 casos (3,4%) neste mesmo ano. O meio mais frequente foi o envenenamento, seguido de objeto perfurocortante, com respectivamente 11.437 (52,9%) e 1.942 (9%) casos, em 2014.

Tabela 10 – Distribuição proporcional das notificações de tentativa de suicídio, segundo reincidência de ocorrência, suspeita de uso de álcool, local de ocorrência e meio de agressão – Brasil, 2009-2014

	Ano da notificação											
	2009		2010		2011		2012		2013		2014*	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ocorreu outras vezes												
Ignorado/branco	992	39,4	1.483	31,4	3.244	30,1	4.188	26,9	5.083	27,4	5.752	26,6
Sim	561	22,3	1.099	23,3	2.621	24,3	4.132	26,6	4.957	26,7	6.068	28,0
Não	966	38,3	2.144	45,4	4.928	45,7	7.225	46,5	8.534	45,9	9.813	45,4
Suspeita do uso de álcool												
Ignorado/branco	1.018	40,4	1.602	33,9	3.627	33,6	5.312	34,2	6.331	34,1	7.071	32,7
Sim	397	15,8	761	16,1	1.574	14,6	2.388	15,4	2.792	15,0	3.112	14,4
Não	1.104	43,8	2.363	50,0	5.592	51,8	7.845	50,5	9.451	50,9	11.450	52,9
Local de ocorrência												
Residência	1.923	76,3	3.752	79,4	8.819	81,7	12.992	83,6	15.515	83,5	18.516	85,6
Habitação coletiva	10	0,4	26	0,6	49	0,5	62	0,4	87	0,5	88	0,4
Escola	5	0,2	8	0,2	37	0,3	48	0,3	63	0,3	82	0,4
Local de prática esportiva	3	0,1	4	0,1	10	0,1	21	0,1	15	0,1	15	0,1
Bar ou Similar	8	0,3	28	0,6	35	0,3	45	0,3	63	0,3	56	0,3
Via pública	90	3,6	166	3,5	385	3,6	621	4,0	715	3,8	734	3,4
Comércio/serviços	6	0,2	22	0,5	60	0,6	103	0,7	98	0,5	117	0,5
Indústrias/construção	5	0,2	7	0,1	11	0,1	5	0,0	24	0,1	24	0,1
Outros	66	2,6	149	3,2	301	2,8	408	2,6	524	2,8	594	2,7
Meio de agressão												
Força corporal	38	1,5	70	1,5	127	1,2	174	1,1	257	1,4	288	1,3
Enforcamento	161	6,4	348	7,4	787	7,3	1.175	7,6	1.414	7,6	1.819	8,4
Obj. contundente	33	1,3	44	0,9	107	1,0	102	0,7	143	0,8	164	0,8
Obj. perfurocortante	244	9,7	379	8,0	926	8,6	1.351	8,7	1.663	9,0	1.942	9,0
Substância/Obj. quente	52	2,1	114	2,4	207	1,9	261	1,7	324	1,7	318	1,5
Envenenamento	1.370	54,4	2.393	50,6	5.468	50,7	8.046	51,8	9.652	52,0	11.437	52,9
Arma de fogo	31	1,2	80	1,7	151	1,4	221	1,4	238	1,3	293	1,4
Ameaça	7	0,3	26	0,6	66	0,6	89	0,6	97	0,5	159	0,7
Outros	574	22,8	1.207	25,5	2.847	26,4	4.212	27,1	4.849	26,1	5.421	25,1

Fonte: Viva Sinan/MS.

*Dados preliminares.

Na infância, o comportamento suicida é raro na maioria das sociedades. A Organização Mundial da Saúde informa taxas mundiais de óbito de 1,7 por cem mil habitantes para meninos entre 5-14 anos e de 2 para meninas, no ano 2000 (Krug et al, 2002). Na adolescência, o suicídio e as tentativas crescem significativamente, em relação ao período infantil, especialmente a partir dos 15 anos de idade. Em geral, nas tentativas, a ingestão de medicamento é o meio mais utilizado e a idade de maior risco é 14 anos. Na vida adulta, ocorrem no País 22 óbitos/dia por suicídio consumado. A proporção de homens (79,79%) é muito maior que o de mulheres. Na velhice, constatou-se em 2013 quase cinco óbitos por dia. Há um significativo sub-registro do suicídio neste período da vida.

14 Perfil e evolução da morbimortalidade de acidentes de transporte terrestre – Brasil, 2004-2013

Segundo o Informe Mundial da OPAS, em 2015, sobre acidentes de trânsito, nas Américas os acidentes de transporte terrestre (ATT) são a segunda causa de morte entre 15 e 24 anos de idade (OPAS, 2015). As tendências atuais sugerem que até 2030 as mortes no trânsito deverão tornar-se a quinta principal causa de morte, caso não sejam adotadas medidas preventivas efetivas. Os ATT são responsáveis por 1,3 milhão de morte em todo mundo e as estatísticas de mortalidade recentes mostram que países com maior renda têm menor risco de morte por ATT, enquanto países de renda média e baixa, o risco de morte para este agravo é mais alto. Conforme publicação da OMS em 2013, o Brasil ocupa o terceiro lugar entre os países com maior número de mortes no trânsito precedido pela Índia e China. Porém, entre o grupo de países com desenvolvimento econômico e população semelhante (Brasil, Índia, China, Rússia e Estados Unidos), o Brasil apresenta o maior risco de morte, 22,5 óbitos por 100 mil habitantes.

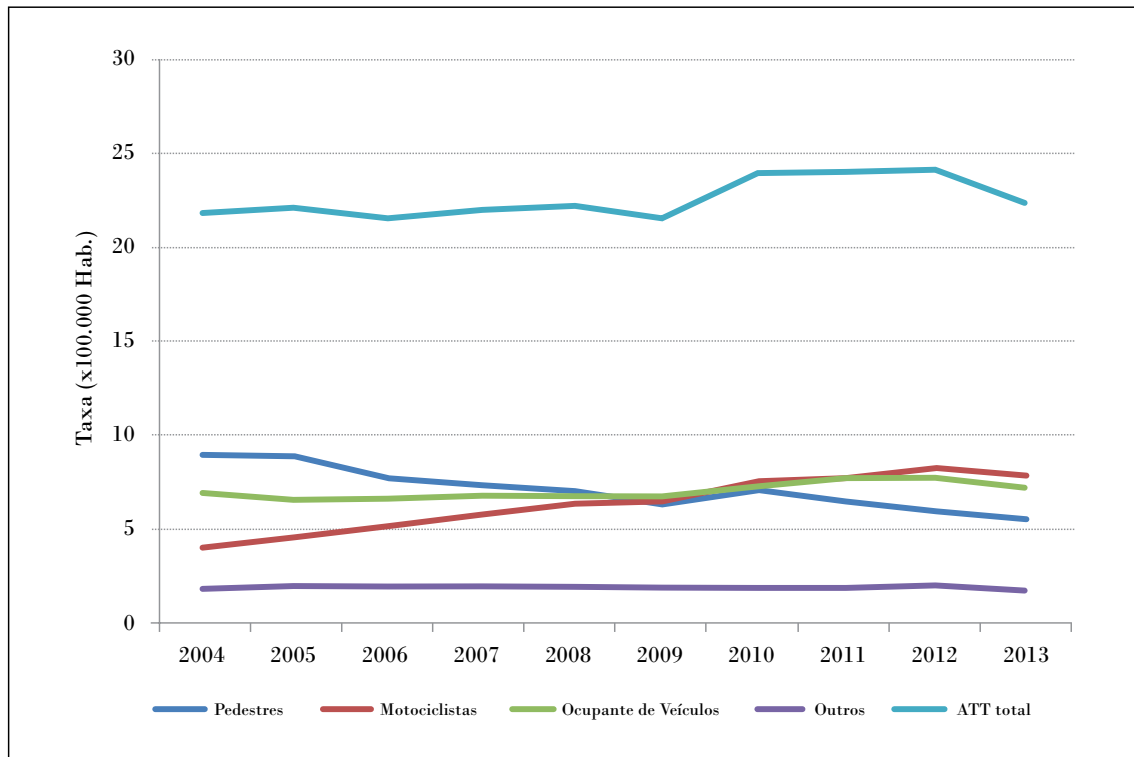
As taxas padronizadas são apresentadas para todas as unidades federadas para os anos 2004, 2009 e 2013, início, meio e fim do período, respectivamente. Também foi calculada a variação percentual dos óbitos entre os anos de 2004 a 2013. A taxa padronizada e a variação percentual foram calculadas para o total de óbitos por ATT e para motociclistas, ocupantes de veículos e pedestres.

Para a análise de tendência estimou-se a taxa de incremento médio anual das taxas de mortalidade por ATT e para pedestres, motociclistas e ocupantes de veículos. Foram estimados os respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%) das taxas de incremento médio anual.

Este capítulo tem como objetivo apresentar o perfil e a evolução da mortalidade e morbidade hospitalar causada por ATT no País no período de 2004 a 2013, com ênfase nos pedestres, ocupantes de veículo e motociclistas.

Quanto à mortalidade, no período de 2004 a 2013 ocorreu um total de 424.358 óbitos por ATT no Brasil. Uma média de 42.436 por ano. Foram 345.869 (81,5%) óbitos no sexo masculino e 78.490 (18,5%) no feminino. Com relação à condição da vítima de ATT, foram 131.755 (31%) óbitos de pedestres, 123.621 (29,1%) de motociclistas, 132.849 (31,3%) de ocupantes de veículos, e 36.134 (8,5%) de ocupantes de outros meios de transporte (bicicletas, triciclos e demais veículos terrestres motorizados).

A taxa de ATT total apresentou estabilidade entre 2004 e 2009, elevação entre 2009 e 2010 e redução entre 2010 e 2013. As taxas para motociclistas apresentaram crescimento continuado entre 2004 e 2012, assumindo o maior valor, entre todas as condições de vítima, no ano de 2010. As taxas de pedestres apresentaram redução em todo o período e as de ocupantes de veículos apresentaram estabilidade até 2009 e depois aumentaram até 2012.

Gráfico 28 – Taxa padronizada de mortalidade por ATT, segundo condição da vítima – Brasil, 2004-2013

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

A análise da variação percentual das taxas de mortalidade entre 2004 e 2013 para o total de ATT, mostrou aumento acima de 5% em 15 UFs, com destaque para Piauí (85,4%), Bahia (64,7%). Houve redução acima de 5% em oito UFs, com maior redução no Tocantins (-25,3%) e Santa Catarina (-24,7%).

Para a condição de vítima Pedestre, apenas quatro UFs apresentaram variação percentual de aumento: Bahia, Pará, Rondônia e Roraima. Em relação aos motociclistas, todas as UFs apresentaram variação percentual com aumento. Para Ocupantes de Veículos, 12 UFs apresentaram variação percentual positiva e 13 com variação negativa. A UF com maior variação percentual positiva fora Piauí com variação de 175,9% enquanto a UF com maior variação negativa fora Roraima (-56,2%).

A tendência no Brasil foi de crescimento das taxas de mortalidade por ATT com uma taxa média anual de 0,98% (IC95% 0,11-1,86). Treze UFs apresentaram tendência de crescimento, dez UFs tendência estacionária e quatro UFs com tendência de decréscimo das taxas de mortalidade entre os anos da série temporal.

Para a condição da vítima pedestre, a tendência para o Brasil foi de redução com taxa de redução média anual igual a -4,83 (IC95%: -6,06 - -3,58). Dezesete UFs apresentaram tendência de redução das taxas de mortalidade e dez UFs apresentaram tendência estacionária.

Com relação aos motociclistas, o Brasil apresentou tendência de crescimento com taxa média anual de crescimento igual a 7,98% (IC95%: 5,71-10,29). Nas UFs, 25 apresentaram tendência de crescimento, os estados de Santa Catarina e Rio de Janeiro apresentaram uma tendência estacionária.

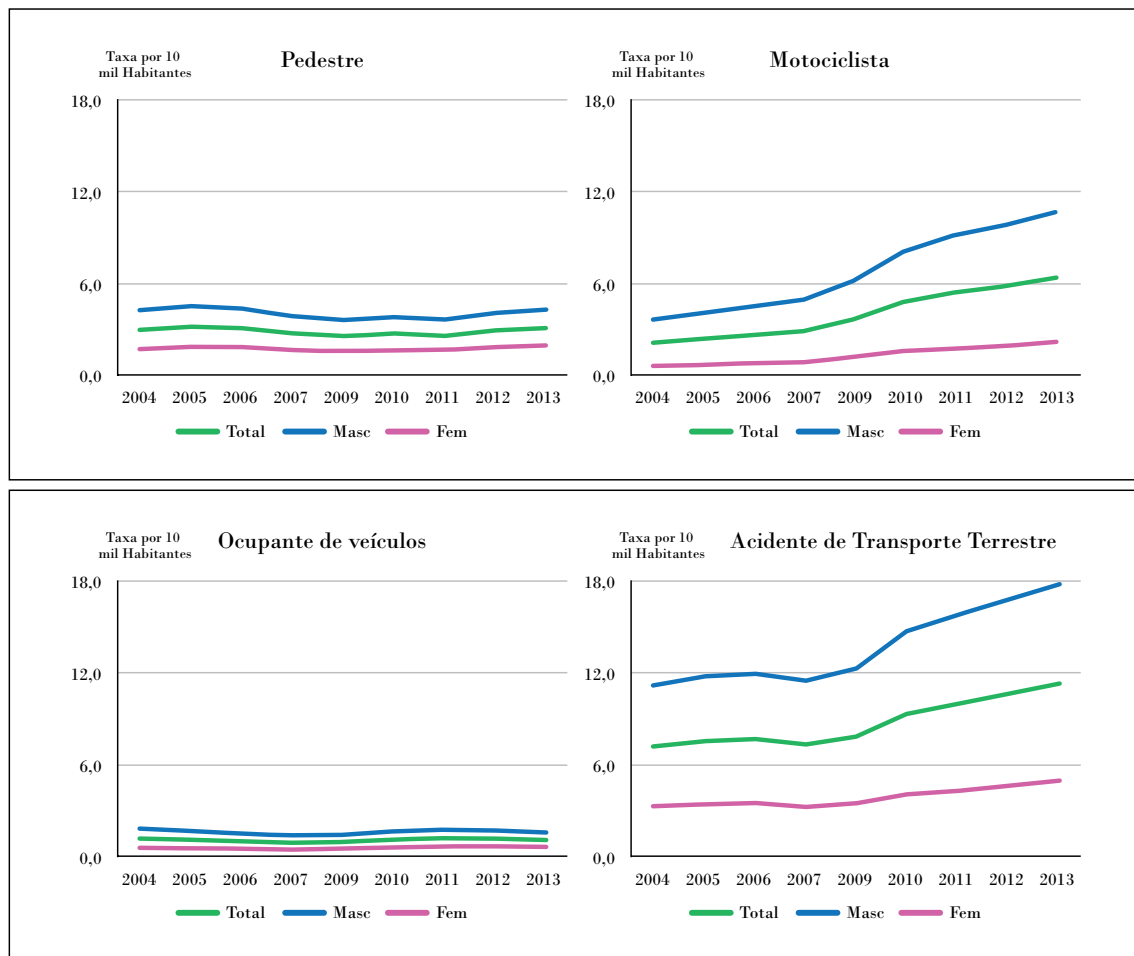
Para os ocupantes de veículos, observou-se tendência de aumento das taxas de mortalidade no Brasil (1,34%; IC95% 0,12-2,58). Sete UFs apresentaram tendência de crescimento, o estado do Rio Grande do Norte apresentou tendência de redução e as demais UFs, tendência estacionária.

No período de 2004 a 2013 ocorreram um total de 1.662.020 internações por ATT no Brasil, com média de 882 mil por ano. Os ATT foram responsáveis, em média, por 18% do total de internações hospitalares, financiadas pelo SUS, por causas externas no País. No mesmo período, o custo dessas internações foi de 1,9 bilhão de reais, com valor médio de R\$ 1.800 por internação paga. Foram 1.289.881 (77,6%) internações no sexo masculino e 372.838 (22,4%) no feminino. Com relação à condição da vítima de ATT, foram 61.483 (26,9%) internações de pedestres, 128.174 (56,1%) de motociclistas, 22.517 (9,9%) de ocupantes de veículos, e 22.587 (7,1%) de ocupantes de outros meios de transporte (bicicletas, triciclos e demais veículos terrestres motorizados). Com relação à faixa etária, houve uma concentração de internações na faixa de 20 a 39 anos (45,8%) do total de internações. O sexo masculino apresentou o maior percentual (76,8%), e entre estes, o de maior frequência de pedestres (37,4%), seguido dos motociclistas (32,2%).

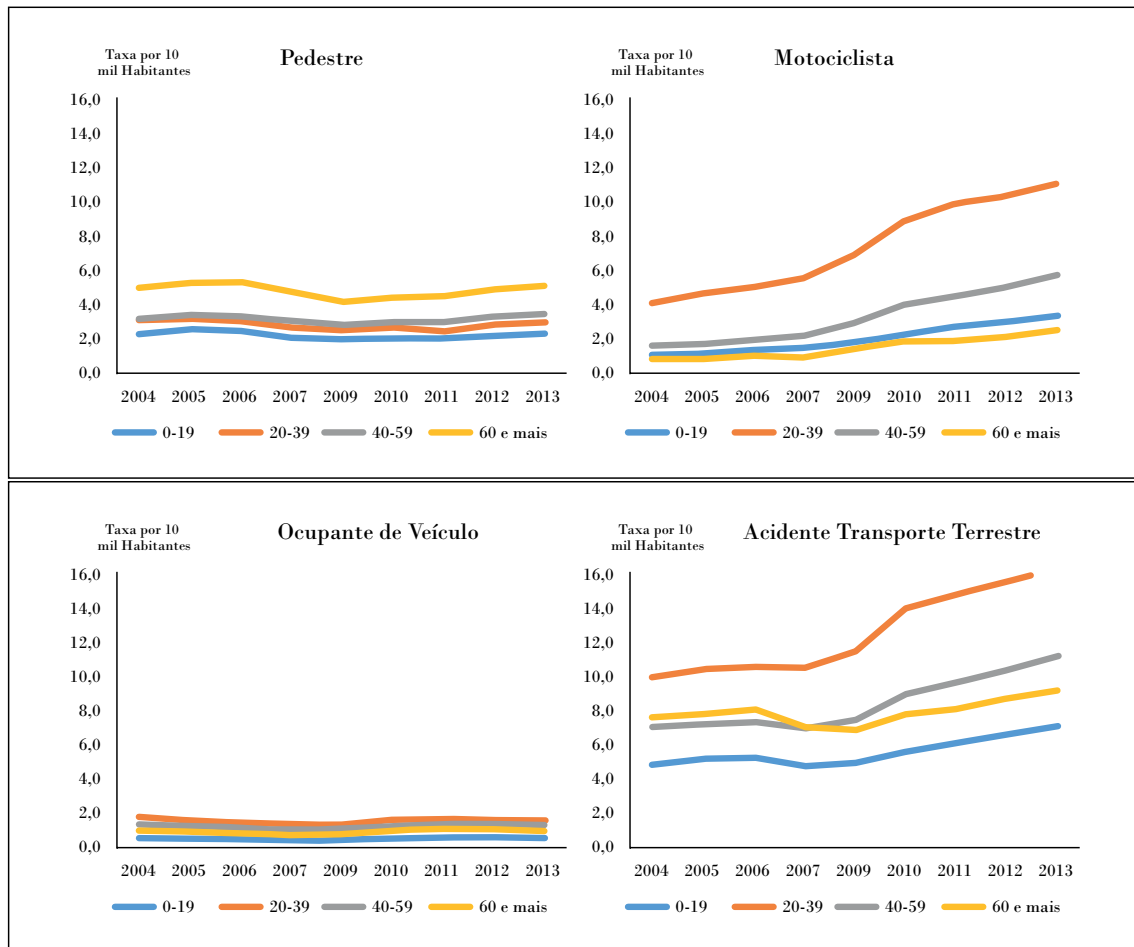
A taxa de ATT total apresentou tendência crescente ao longo do período. O sexo masculino foi o que apresentou taxas mais elevadas para todas as condições de vítimas. Com relação à condição da vítima, as menores taxas foram para ocupantes de veículos que apresentaram estabilidade ao longo do período; as taxas de motociclista apresentaram crescimento continuado entre 2004 e 2013; e as taxas de pedestres apresentaram redução em todo o período.

Houve aumento das taxas de internação no Brasil, entre 2004 e 2013, de 55,5% para os ATT, de 3,7% para pedestres e de 198,7% para motociclistas. Para os ocupantes de veículos houve variação percentual de redução (-6,8%).

Gráfico 29 – Taxa de internações (por 10 mil habitantes) por ATT, segundo condição e sexo – Brasil, 2004-2013



Fonte: SIH/SUS e IBGE.

Gráfico 30 – Taxa de internações (por 10 mil habitantes) por ATT, segundo condição e faixa etária – Brasil, 2004-2013

Fonte: SIH/SUS e IBGE.

Nas UF, as taxas de internações (por 10 mil habitantes) de pedestres no ano de 2013, foram maiores em Roraima (11,2) e no Maranhão (10,8). A variação percentual das taxas de internação hospitalar, entre 2004 e 2013, foi mais elevada em Roraima (4.597%) e Tocantins (813%). Para o Brasil, a taxa em 2013 foi igual a 3,1, e a variação percentual igual a 3,7%. Para as internações de motociclistas, as maiores taxas, no ano de 2013, foram observadas em Rondônia (24,3) e Piauí (17,3), e a variação percentual das taxas em todas as UF foi positiva e elevada. No Brasil, a variação percentual, para motociclistas foi igual a 198,7%.

A tendência de aumento da mortalidade por ATT é um grave problema de saúde pública, causado em grande parte pelo crescimento do risco de morte de motociclistas. De um modo geral, a presente análise mostrou uma redução na mortalidade de pedestres e aumento na de motociclistas entre 2004 e 2013. Este estudo aponta tendências e traça cenários de riscos de morbimortalidade nas UF brasileiras, e pode subsidiar as intervenções sobre os determinantes e fatores de risco das mortes e lesões causadas pelo trânsito. O ano de 2013 mostra dados positivos de redução das taxas de mortalidade, no entanto é urgente aumentar a mobilização dos vários setores responsáveis por essas intervenções para que o Brasil caminhe na direção do cumprimento da meta da Década de Ação de Segurança no Trânsito proposta pelas Nações Unidas em 2011.

15 Acidentes de transporte envolvendo motociclistas: um panorama da situação da morbidade hospitalar e mortalidade do Brasil

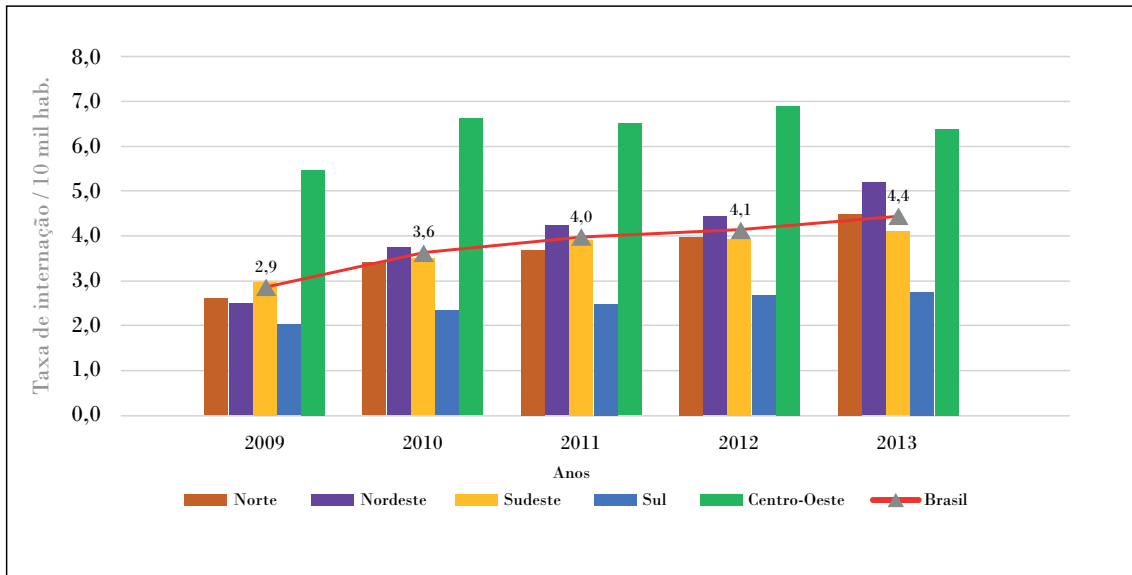
Há um corpo de evidências que mostra que os acidentes de transporte terrestre (ATT) constituem um grave problema de saúde pública no mundo, pois resultam em alta mortalidade e ocorrência de incapacidades temporárias e permanentes. Entre os ATT, aqueles acidentes envolvendo motociclistas tornaram-se cada vez mais comuns nas cidades. No ano de 2012 foram registradas 159.251 internações devido a ATT no Brasil. Destes, 51,2% foram decorrentes de acidentes envolvendo motociclistas (81.494), com taxa de internação de 4,2 por 10 mil habitantes. A taxa de internação dos homens (7,2 por 10 mil homens) foi 5,4 vezes maior que a das mulheres (1,3 por 10 mil mulheres).

Na Região Norte, o estado com maior variação percentual no período de 2004 a 2013 foi o Acre (410%), porém as maiores taxas de mortalidade em 2013 foram observadas em Roraima, Tocantins e Rondônia. O Amapá teve a menor taxa. Na Região Nordeste a maior variação percentual no período foi de 321% no Maranhão, que em 2013 teve a terceira maior taxa de mortalidade nesta região, inferior somente a Sergipe e Piauí, este último é o estado com maior risco de morte por acidentes de transporte envolvendo motociclistas no Brasil. Na Região Sudeste a maior variação percentual no período e a maior taxa de mortalidade em 2013 foram no Espírito Santo. Na Região Sul, as maiores taxas de mortalidade foram em Santa Catarina e Paraná, este último também com a maior variação percentual (64,2%). Na Região Centro-Oeste, as taxas de mortalidade mais elevadas foram nos estados de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul.

No Brasil, em 2013, a frota total de veículos era 81.089.666, com aumento de 107% em relação a 2004, quando era 39.240.875 veículos. O maior aumento na frota de veículos foi de motocicletas, cujo número de registros elevou-se de 7.121.696 (18% do total da frota) em 2004 para 21.597.261 (27%) em 2013, o que equivale a um aumento de 203%.

O número de óbitos (ajustados) de motociclistas elevou-se de 7.377 em 2004 para 15.900 em 2013, o que corresponde a 115% de aumento. A taxa de motorização também teve crescimento elevado (176%), em 2004 eram 3,9 motos para 100 habitantes e em 2013 passou para 10,7 motos para 100 habitantes. As variáveis “taxa de mortalidade” e “taxa de motorização” apresentaram forte correlação ($R^2=0,96$), sugerindo que a taxa de motorização pode explicar parte da variação observada na taxa padronizada de mortalidade.

Quanto à morbidade hospitalar de motociclistas, entre os anos de 2009 a 2013, ocorreram 375.930 internações relacionadas. A taxa de internação praticamente dobrou de 2009 a 2013, respectivamente de 2,9 para 4,4 internações por 10 mil habitantes. Em todas as regiões houve aumento no período. Chama atenção a Região Centro-Oeste, onde as taxas se apresentaram superiores àquela do Brasil durante todo o período.

Gráfico 31 – Taxa de internação de motociclistas, segundo região e ano de internação – Brasil, 2009-2013

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH), Ministério da Saúde.

As UF's com as maiores taxas de internações foram Piauí, Rondônia e Roraima, enquanto Tocantins, Rio Grande do Sul e Amazonas apresentaram as menores taxas. Ressalte-se que a variação percentual, sempre positiva, das taxas de internação entre os anos de 2009 e 2013 foram maiores em Tocantins e Pernambuco e menores em São Paulo e Roraima.

A literatura tem mostrado que as motocicletas tornam-se um meio cada vez mais frequente de transporte nas Américas, e com isso cresce também o número de acidentes. Uma análise recente dos dados de mortalidade da região mostrou que as taxas de mortalidade relacionadas à motocicleta haviam aumentado significativamente em todas as sub-regiões entre 1998 e 2010, mesmo naquelas em que as taxas eram baixas.

Similarmente a estudo realizado em 2012, o presente estudo mostra evidências de que o Piauí foi o estado com maior taxa de mortalidade de motociclistas, em 2013 assim como em 2012. Há relatos de que o aumento vertiginoso da frota de motos nas regiões Norte e Nordeste, aliado a comportamentos inadequados e não observação aos equipamentos de segurança podem explicar as taxas de mortalidade elevadas nestas regiões. Estudo realizado em um serviço público de emergência no Piauí identificou que, entre motociclistas que haviam ingerido álcool, 71,2% não faziam uso do capacete, enquanto, entre os que não haviam ingerido álcool essa proporção foi de 43,3%.

Este atual cenário demonstra a complexidade do problema. Esforços isolados não são suficientes para seu enfrentamento, que necessita de ações coordenadas entre diferentes instâncias dos entes federativos e articuladas com organizações governamentais, setor privado, representações de vítimas de trânsito, bem como a sociedade civil. Estratégias como o Projeto Vida no Trânsito (PVT), representam alternativa para o conhecimento mais detalhados dos ATT. É uma iniciativa do governo brasileiro com o propósito de enfrentar a grave situação dos acidentes de trânsito, conhecer a real magnitude dos ATT e assim implementar ações apropriadas e bem-sucedidas de prevenção destes acidentes.

Estudos do âmbito do Projeto Vida no Trânsito relatam que, para a qualificação do Projeto, é necessário focar mais intensamente nas intervenções de fiscalização voltadas para os fatores de risco que foram considerados prioritários nacionalmente – “Beber e dirigir” e “Velocidade” excessiva e inadequada–, com ações baseadas em evidências e estratégias de *marketing* social capazes de atingir a população como um todo e, de modo particular, os usuários vulneráveis alvo do PVT.

16 Impacto das intervenções para a redução da morbimortalidade no trânsito no Brasil

Os acidentes de trânsito são importante causa de morbimortalidade no mundo. Segundo o Relatório Mundial sobre a segurança viária publicado em 2013 pela OMS, aproximadamente 1,24 milhão de pessoas morrem a cada ano como resultado destes acidentes. Os países de média renda, entre os quais o Brasil está incluído, concentram 80% dessas mortes, embora tenham aproximadamente a 72% da população mundial e 52% dos veículos registrados no mundo. Isso indica que esses países suportam uma carga desproporcionalmente elevada de acidentes de trânsito em relação ao tamanho de sua população e de sua frota.

Diante dessa situação, em 2010, a Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU) aprovou uma resolução que declarou a Década de Ação pela Segurança no Trânsito 2011-2020. Essa Década foi lançada em maio de 2011 em mais de 110 países, com o objetivo de salvar milhões de vidas.

Para auxiliar os países a realizarem ações concretas e em nível nacional, a ONU e a OMS propuseram um Plano de Ação Global publicado em 2009 pela OMS, que fornece uma ferramenta prática para ajudar os governos e outros atores locais a desenvolverem planos de ação nacionais e locais. Para isso, foi proposto que as atividades nacionais sejam baseadas em cinco pilares principais.

Figura 4 – Os cinco pilares dos planos e atividades nacionais durante a Década de Ação pela Segurança no Trânsito, 2011-2020



Fonte: Adaptado de: WHO Global Status Report on Road Safety, 2013.

O presente estudo procurou descrever e investigar o impacto das intervenções mais recentes voltadas à redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito no Brasil – incluindo a Lei Seca (Lei nº 11.705/2008 e Lei nº 12.760/2012), a Lei da Cadeirinha (Resolução nº 277/2008, do Conselho Nacional de Trânsito – Contran), o Projeto Vida no Trânsito (PVNT) e a operação Rodovida.

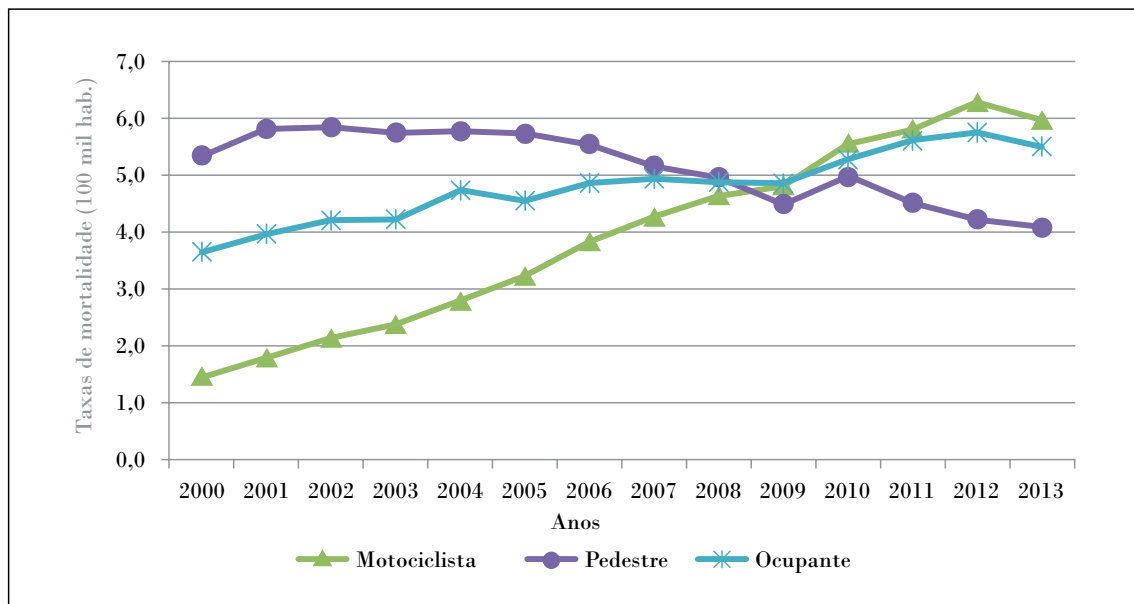
No que concerne à “Lei Seca”, há trabalhos publicados por Malta DC e Cols., na *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde* de dezembro de 2010 e agosto de 2014, relacionados à inibição do consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, estudo realizado com dados referentes ao período de 2007 a 2009, em que se comparou as taxas padronizadas de mortalidade por acidentes de transporte terrestre (ATT) entre os períodos de um ano antes (julho de 2007 a junho de 2008) e um ano depois (julho de 2008 a junho de 2009) da vigência da Lei Seca. Foi identificada redução significativa no risco de morte por estes acidentes, de -7,4% no Brasil (de 18,7 para 17,3 óbitos por 100 mil habitantes) e -11,8% no conjunto das capitais (de 14,1 para 12,4 por 100 mil habitantes). Foi observada redução em 18 das 27 capitais, sendo a maior no município do Rio de Janeiro (-58,1%). Entre as UFs, as maiores reduções foram observadas no Rio de Janeiro (-32,5%) e Espírito Santo (-18,4%). Ademais, a redução na mortalidade foi mais pronunciada entre os homens, de -8,3% no

Brasil e -12,6% nas capitais. Contudo, reduções significativas no risco de morte por ATT entre os homens foram observadas somente em nove dos 27 estados.

Na série histórica das taxas de mortalidade por acidentes de transporte terrestre no Brasil, de 2000 a 2013, observa-se redução das taxas de mortalidade de pedestres e ocupantes de automóveis em dois momentos: o primeiro de 2007 a 2009, logo após a aprovação da primeira versão da Lei Seca, e o segundo de 2012 a 2013, depois da aprovação da “nova” Lei Seca. As taxas de mortalidade de motociclistas, que foram ascendentes até 2012, também exibiram redução após este ano.

É importante destacar a retomada do crescimento da taxa de mortalidade de ocupantes de automóvel e de pedestres no período de 2010 a 2012, entre a aprovação das duas versões da Lei Seca, seguida por indícios de reversão da tendência após a nova versão da Lei, em 2012. Este achado pode ser atribuído à melhoria do processo de aplicação da Lei, com maior rigor na fiscalização. Contudo, as taxas de mortalidade necessitam monitoramento nos próximos anos, pois somente com séries temporais mais longas será possível obter resultados mais conclusivos a partir de análises de tendência.

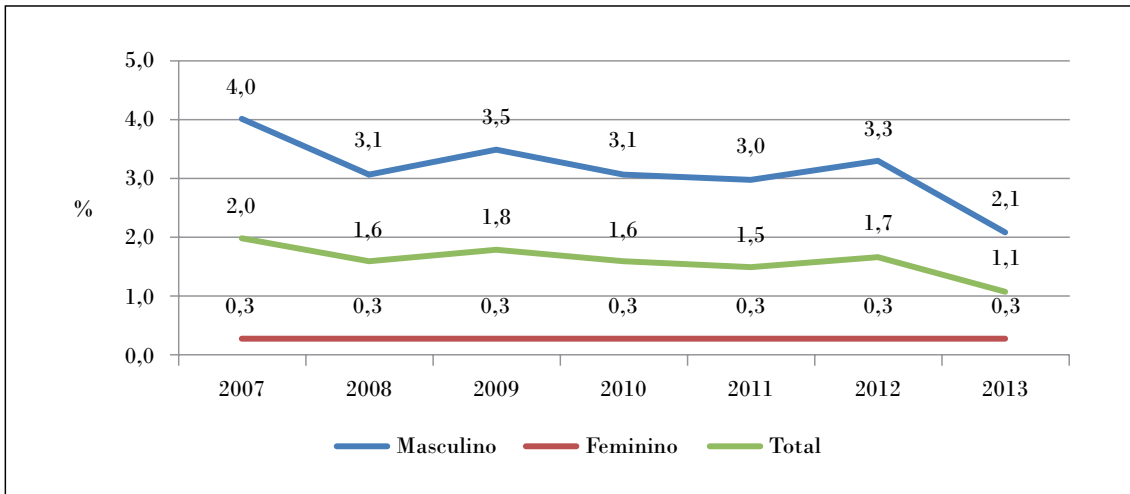
Gráfico 32 – Taxas de mortalidade (por 100 mil habitantes) por ATT segundo tipo – Brasil, 2000-2013



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) – CGIAE/SVS/MS.

Estudo com dados do Vigitel sobre a prevalência de adultos que declararam dirigir após consumir álcool de forma abusiva revelou, para o conjunto das capitais brasileiras, redução de 45% no período de 2007 (2%) a 2013 (1,1%). Decréscimos significativos foram verificados nos anos imediatamente após a vigência das duas versões da Lei Seca, entre 2007 e 2008 e entre 2012 e 2013. As mulheres exibiram prevalência estável em 0,3% durante todo o período. Os homens, por sua vez, apresentaram prevalências mais altas, todavia decrescentes, de 4% em 2007 a 2,1% em 2013.

Gráfico 33 – Prevalência (%) de adultos (≥18 anos) que declararam dirigir após consumo abusivo de álcool, segundo sexo – Brasil, 2007-2013

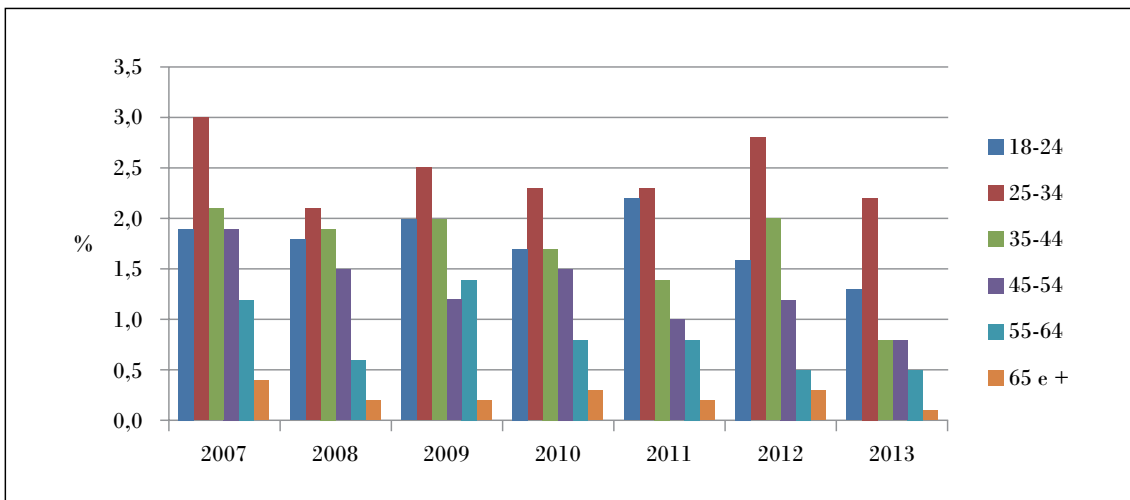


Fonte: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel).

Nota: Prevalência ponderada e ajustada para a população do ano corrente da pesquisa. Adaptado de: Malta et al. Consumo de bebidas alcoólicas e direção de veículos, balanço da lei seca. 2007 a 2013. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, n.4, 2014.

A prevalência de dirigir após consumo abusivo de álcool foi maior na faixa etária de 25 a 34 anos e exibiu decréscimo com o aumento da idade.

Gráfico 34 – Prevalência (%) de adultos (≥ 18 anos) que declararam dirigir após consumo abusivo de álcool, segundo faixas etárias – Brasil, 2007-2013



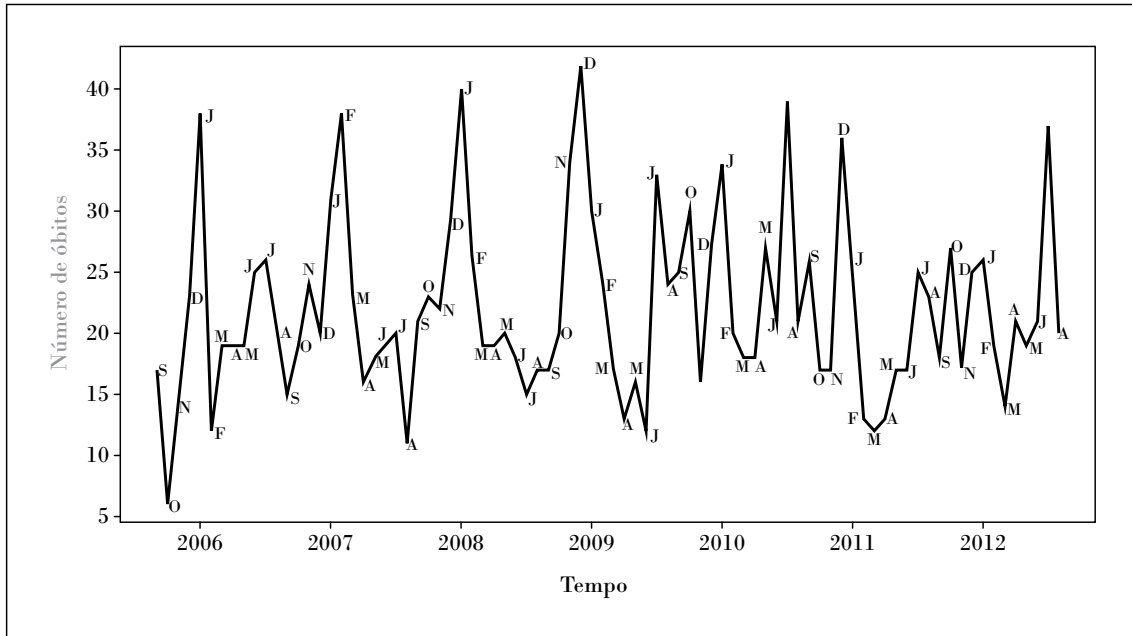
Fonte: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel).

Nota: Prevalência ponderada e ajustada para a população do ano corrente da pesquisa. Adaptado de: Malta et al. Consumo de bebidas alcoólicas e direção de veículos, balanço da lei seca. 2007 a 2013. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, n.4, 2014.

De 2011 a 2013, houve redução estatisticamente significativa na prevalência de adultos que declararam dirigir após consumo abusivo de álcool para o conjunto das capitais, de 2,9% (IC95% 2,6; 3,3%) para 2,1% (IC95% 1,7; 2,5). As maiores reduções foram encontradas em Fortaleza, Goiânia, Recife, Rio Branco e Teresina. Ao mesmo tempo, houve aumento em Boa Vista, Porto Alegre, Rio de Janeiro, Salvador, São Luís e Vitória.

No Brasil, em 1º de setembro de 2010, passou a vigorar a Resolução nº 277, de 28 de maio de 2008, do Conselho Nacional de Trânsito (Contran), conhecida como “Lei da Cadeirinha”. Esta resolução dispõe sobre o transporte de menores de 10 anos e a utilização de dispositivos de retenção para o transporte de crianças em veículos, com o objetivo de estabelecer condições mínimas de segurança, de forma a reduzir o risco ao usuário, em casos de colisão ou de desaceleração repentina do veículo.

Gráfico 35 – Número mensal de óbitos de menores de 10 anos por acidentes de transporte na condição de ocupantes de automóveis ou caminhonetes, segundo mês de ocorrência – Brasil, setembro de 2005 a agosto de 2012



Fonte: Adaptado de: Garcia; Freitas; Duarte. **Impact of a mandatory restraint law on the mortality of children in motor vehicle crashes in Brazil.** 2015 (no prelo).

Além da obrigatoriedade do uso de dispositivos de retenção por crianças, a Lei da Cadeirinha determina que os órgãos e entidades componentes do Sistema Nacional de Trânsito realizem campanhas educativas para esclarecimento dos condutores dos veículos no tocante aos requisitos obrigatórios relativos ao transporte de crianças. Todavia, não foram encontrados estudos que investigassem o impacto da Lei da Cadeirinha sobre a adesão e adequação do uso dos equipamentos de retenção de crianças em veículos, bem como sobre a morbidade relacionada aos acidentes de trânsito em crianças.

Quanto ao Projeto Vida no Trânsito, o governo brasileiro, por meio do Ministério da Saúde, lançou, em junho de 2010, o Projeto Vida no Trânsito (PVNT), com o objetivo de reduzir lesões e óbitos no trânsito em cinco capitais brasileiras: Palmas, Teresina, Belo Horizonte, Curitiba e Campo Grande. O PVNT é parte da iniciativa internacional denominada ‘Road Safety in Ten Countries’ (RS 10), financiada pela Fundação Bloomberg Philanthropies. A iniciativa é coordenada pela OMS e formada por um consórcio de instituições.

Em 2010, o Brasil constituiu uma Comissão Nacional Interministerial para acompanhamento da implantação e implementação do PVNT, sob coordenação do Ministério da Saúde (Portaria nº 153, de 11 de agosto de 2010). Essa comissão elaborou um plano de ação nacional (2011-2012) a partir da definição de dois fatores de risco prioritários para intervenção, refletido nos programas ‘Beber e dirigir’ e ‘Velocidade’.

Estudo que avaliou as ações do Projeto Vida no Trânsito (PVNT) – nos dois primeiros anos de sua implantação (2011 e 2012) nas cinco capitais selecionadas, observou resultados positivos. Dados referentes aos anos de 2011 a 2013 mostram a redução da mortalidade nas capitais onde o PVNT foi implantado, à exceção de Palmas.

Quanto à Operação Integrada Rodovida, é um grande esforço da Polícia Rodoviária Federal (PRF), envolvendo a União, os estados e os municípios, com o objetivo de reduzir os acidentes e as mortes no trânsito, dando ênfase aos períodos de final de ano e carnaval, quando se concentram as ocorrências de acidentes de trânsito.

O planejamento da operação leva em consideração estudos para direcionar as ações de prevenção, fiscalização, o socorro às vítimas de acidentes e as campanhas educativas. Um levantamento feito pela PRF aponta os trechos considerados mais críticos nacionalmente para direcionar as ações integradas e simultâneas. O estudo considera os locais onde é registrado maior volume de acidentes que resultam em mortes ou feridos graves. Ações em locais e horários predefinidos visam a aumentar a presença e a disponibilidade dos agentes nas rodovias proporcionando segurança, conforto e fluidez. Contudo, as ações não se restringem aos locais em que haverá o esforço conjunto, mas realizam-se ao longo de toda a malha viária federal, com ênfase em prevenir ultrapassagens perigosas, que possam resultar em colisões frontais. No período de agosto de 2013 a julho de 2014, a PRF aplicou 1.088.964 multas por excesso de velocidade, mais de 331 mil multas por ultrapassagens e quase 40 mil multas pela falta do capacete ou por seu uso de maneira inadequada.

A nova Lei Seca também apresentou resultados positivos nas rodovias federais. Durante o ano de 2012, antes da alteração da legislação, a cada 20 testes do bafômetro, a PRF flagrou 1 motorista dirigindo sob efeito de álcool. Em 2013, foram necessários 39 testes para a detecção de um condutor que havia realizado consumo de álcool e, em 2014, até julho, foram necessários 43 testes. As mortes em acidentes causados pela embriaguez reduziram-se em 11%, de 2012 para 2013.

É evidente o progresso na legislação brasileira relacionada ao trânsito e seu impacto sobre a morbimortalidade relacionada. Contudo, permanecem grandes desafios que devem ser enfrentados pela sociedade brasileira – com destaque para o vertiginoso aumento da frota de veículos, acompanhado pelo crescimento da mortalidade de motociclistas, a escassez de intervenções voltadas à segurança de pedestres e ciclistas e o enfrentamento do consumo nocivo do álcool – que evidenciam a necessidade de ações de fiscalização e educação para o cumprimento da legislação, assim como avanços mais rápidos com vistas a salvar inúmeras vidas e prevenir muitas lesões.

17 Qualidade das informações de causas externas em sistemas nacionais de informação em saúde no Brasil

Trata-se de estudo descritivo das causas externas registradas no SIM e SIH/SUS no período de 2009 a 2013, avaliando os casos de causas externas não especificadas ou de intenção indeterminadas (códigos X58, X59, Y33 e Y34 da CID-10) e de causas maldefinidas e apresentação dos dados qualificados das notificações de violência no Sinan/Viva em 2013.

Em 2012, a cobertura do SIM atingiu um patamar satisfatório com uma média de 92% de cobertura no Brasil e chegando a atingir 100% em algumas unidades federativas. Valores mais baixos foram encontrados na Bahia (89,3), no Pará (86,4%) e no Maranhão (83,1).

Uma das iniciativas do Ministério da Saúde para a observação e a vigilância mais completa e detalhada das causas externas ocorridas no País foi a criação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), cujos dados complementam as informações já obtidas dos sistemas que registram óbitos (SIM) e internações (SIH/SUS) e ampliam o conhecimento sobre a epidemiologia das causas externas. Torna-se importante ressaltar que a notificação de violências passou a integrar a lista de notificações compulsórias, o que gerou a universalização desse tipo de notificação para todos os serviços de saúde, facilitando sua expansão e garantindo a sustentabilidade dela.

Para verificar possíveis problemas de qualidade da informação presentes nos sistemas de informação em saúde, utilizou-se as causas externas não especificadas ou de intenção indeterminadas e as causas maldefinidas.

Quanto ao SIM, no Brasil, durante o período de 2009 a 2013, registrou-se 731.491 óbitos por causas externas, com um aumento de 9,4% no período. A proporção dos óbitos por causas externas em relação ao total nas regiões brasileiras é de 41,4% no Sudeste; 23,1% no Nordeste; 17,2% no Sul, 9,4% no Centro-Oeste e 8,9% no Norte. Observa-se redução na variação proporcional dos óbitos por causas externas no período para os estados de: Pernambuco (-8,5%), Rio de Janeiro (-4,6%), Paraná (-2,1%), Rondônia (-2,1%), Distrito Federal (-1,6%) e Espírito Santo (-0,9%). A proporção de registros de óbitos com informações maldefinidas vem melhorando a cada ano no Brasil. Em 2013, essas causas representaram 5,9% do total de óbitos, apresentando uma redução de 17,2% no período. Já entre as regiões brasileiras, a Região Centro-Oeste teve a maior redução no período, com 32,3%. No ano de 2013, somente os estados do Acre, Amapá, Amazonas, Bahia, Minas Gerais e Pará registraram proporções maiores ou iguais a 8%. Para o caso da proporção dos óbitos com códigos classificados como causas externas não especificadas ou de intenção indeterminada por ano, houve um decréscimo para todas as regiões e uma redução expressiva de 24,3% para o total de casos. Entretanto, ao analisar alguns estados, é possível verificar uma tendência contrária com o aumento na proporção dos casos para o período, principalmente no Amapá (2.603,7%), no Distrito Federal (228,2%) e em Pernambuco (72,6%).

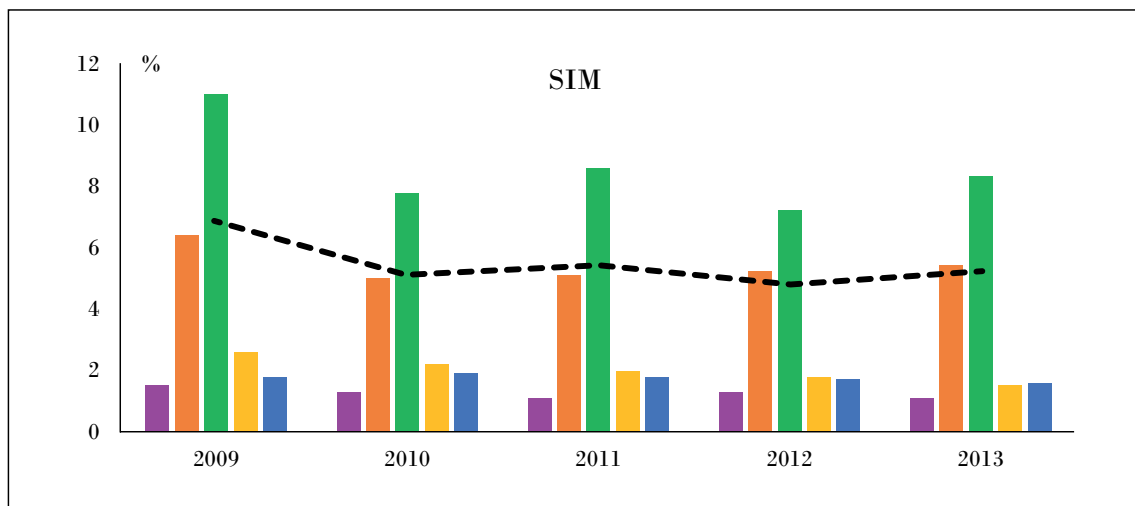
Quanto ao SIH/SUS, especificamente durante o período estudado, foram registradas 4.867.912 internações hospitalares SUS resultantes de causas externas, com aumento de 33,8%. As unidades federativas que registraram a maior variação no período foram Paraíba (744,2%) e Mato Grosso (79,5%), enquanto a menor ocorreu no Amapá (3,9%).

Ressalte-se que o Brasil apresenta uma proporção de registros de internações com informações maldefinidas no diagnóstico principal, inferior a 1,5% durante o período. Já as unidades federativas com maiores proporções de internações maldefinidas em 2013 foram Pernambuco (2,2%), Amapá (1,8%), Distrito Federal (1,7%) e São Paulo (1,7%), enquanto as com menores proporções foram Alagoas (0,6%), Amazonas (0,8%), Pará (0,8%) e Roraima (0,8%). Ao analisar a variação proporcional da ocorrência do registro de diagnósticos maldefinidos no período, verificou-se um aumento de 13,2% no País, sendo que entre as regiões, destaca-se o aumento desses casos no Nordeste (29,3%) e no Norte (24,6%).

Entre as internações com causas externas registradas no diagnóstico secundário da AIH, observou-se os códigos da CID-10 causas externas não especificadas ou de intenção indeterminada e a proporção dessas internações para o período de estudo. No Brasil, a proporção desses registros vem se ampliando a cada ano, sendo este crescimento de 14,3% durante o período de 2009 e 2013. Ao analisar as regiões brasileiras, verificou-se que as regiões Sul (80,6%), Norte (49,4%), Centro-Oeste (18,1%) e Sudeste (9,5%) apresentaram aumento no período, enquanto houve redução de -11,6% no Nordeste. Considerando as unidades federativas, verificou-se as maiores variações proporcionais das internações com estes códigos no Espírito Santo (2.839%), Maranhão (369,4%), Rondônia (268,1%), Goiás (176%), e Acre (158,8%), enquanto Piauí (-70,2%), Amapá (-49,1%) e Paraíba (-41,8%) tiveram reduções significativas.

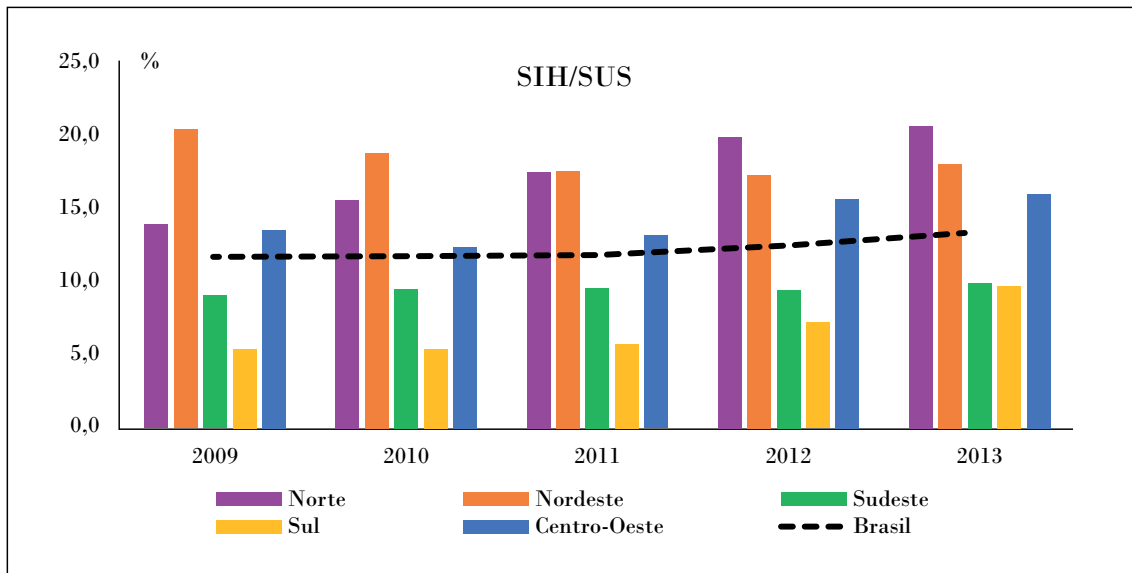
As proporções de causas externas codificadas de forma indeterminada no SIM e no SIH/SUS mostram que no período de 2009 a 2013, as proporções registradas no SIM são menores que as do SIH/SUS para cada região e para o País como um todo. Também é possível observar que as internações apresentaram uma elevação da proporção destes códigos entre o total de internações, enquanto os óbitos tiveram um declínio dessa proporção. A Região Sudeste destaca-se com uma tendência de decréscimo no SIM e uma variação proporcional menor que a registrada no País, apontando para uma melhoria na informação apesar de possuir o percentual mais elevado que as outras regiões.

Gráfico 36 – Proporção (%) de códigos indeterminados da CID-10 (X58,X59,Y33,Y34) para o SIM e o SIH/SUS, segundo região de residência – Brasil, 2009-2013



continua

conclusão



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Secretaria de Atenção à Saúde, Sistema de Informações Hospitalares/Sistema Único de Saúde (SIH/SUS).

Considerando somente o ano de 2013, verifica-se que os estados de Roraima, Rio Grande do Norte, Piauí e Amapá são os únicos em que as proporções destes códigos entre os óbitos são maiores do que entre as internações. Também é possível observar que os estados do Amazonas e de Pernambuco apresentam proporções superiores a 50% destes códigos nas internações. A proporção elevada destes códigos em algumas unidades federativas acaba comprometendo a qualidade dos dados de causas externas registradas nas AIHs.

Quanto às Notificações de Violência por meio do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), em 2013, ao final do processo de aplicação dos critérios de padronização utilizados pelo Ministério da Saúde, foram qualificadas 188.728 notificações no âmbito nacional realizadas por 10.364 unidades de saúde em 3.423 municípios. Verificou-se uma média nacional de 8,9% de exclusões, sendo o percentual máximo registrado na Região Nordeste (9,7%) e o mínimo na Região Norte (5,7%). Os estados com maiores percentuais de exclusão foram Mato Grosso (23,5%), Paraíba (21,6%) e Santa Catarina (17,1%). Observou-se também que 41% do total de notificações não informaram a hora de ocorrência. Um caso específico de exclusão identificado se refere às notificações para homens de 20 a 59 com casos de violência extrafamiliar, os quais não se encontram entre os objetos de notificação. Verificou-se que 31,5% das notificações de homens adultos precisaram ser excluídas em 2013, com destaque para os estados da Paraíba (73,9%), de Mato Grosso (56,3%) e de Santa Catarina (55,8%).

Em resumo, de 2009 a 2013, o Brasil registrou aumento de 9,4% de óbitos por causas externas. Em 2013, as causas maldefinidas representaram 5,9% dos óbitos, uma redução de 17,2% no período. Para os óbitos com causas não especificadas houve redução de 24,3%. Nesse mesmo período, registrou-se um aumento de 33,8% de internações por causas externas, com ampliação de 14,3% das não especificadas e proporção inferior a 1,5% de causas maldefinidas. Registrou-se média nacional de 8,9% de exclusões nas notificações de violência qualificadas em 2013, sendo 31,5% destas, referentes a casos inconsistentes de homens adultos.

Os dados apresentados refletem melhorias na qualidade das informações sobre causas externas nos óbitos e a necessidade de aprimoramento nos registros hospitalares sobre essas causas. Monitorar a qualidade dos dados sobre acidentes e violências é fundamental para subsidiar os gestores na definição mais assertiva de políticas públicas.

O grande desafio está na compreensão dos profissionais em absorver a importância sobre o correto preenchimento das causas externas para construção de ações de prevenção e redução da morbimortalidade dos acidentes e violências.

18 Ações educativas no campo da vigilância em saúde materno-infantil: evidências de impacto de projeto-piloto

A Educação Permanente (EP), ao ser adotada pela área da Saúde, incorpora a ideia de que a transformação necessária para sua qualificação deva estar baseada em reflexões críticas sobre as práticas reais de profissionais na rede de serviços. Assim, a Educação Permanente em Saúde (EPS) é considerada como aprendizagem no trabalho, na qual o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das instituições (Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Ministério da Saúde, 2009).

Há que se considerar que a integralidade da atenção à saúde requer trabalho em equipe interprofissional, a partir de ação interdisciplinar e intersetorial, posto que lida com perfis epidemiológicos, demográficos, econômicos, sociais, culturais e ambientais da população de cada local.

Os espaços a serem criados para a viabilização técnica e política da EPS deverão sempre trabalhar com os elementos que conferem à integralidade da atenção, forte capacidade de impacto sobre a saúde da população, e que são essenciais para a superação dos limites da formação e das práticas tradicionais de saúde, quais sejam: acolhimento; vínculo entre usuários e equipes; responsabilização; desenvolvimento da autonomia dos usuários; humanização e resolubilidade da atenção à saúde (Humaniza SUS, Ministério da Saúde, 2008).

Em coerência com os pressupostos da EPS, devem-se adotar métodos ativos de ensino-aprendizagem, como a problematização e o planejamento estratégico situacional (PES). É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho – em cada serviço de saúde – que são identificadas as necessidades de ações educativas ou não, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos estabelecidos.

Seguindo os princípios da EPS e contemplando os referenciais da problematização e PES, desenvolveu-se o projeto “Vigilância em saúde materno-infantil: ação educativa para redução de óbitos neonatais em estados selecionados” em parceria entre a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão e a Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (Unesp).

Para início dessa ação educativa realizou-se um projeto-piloto no Maranhão, estado selecionado devido a seus indicadores de saúde materno-infantil, que se mostravam entre os mais preocupantes do País, especialmente com relação à taxa de mortalidade neonatal. Para essa seleção, foi considerada também a capacidade, o interesse e a disponibilidade dos técnicos e gestores da área, tanto do estado quanto do município de São Luís, local de desenvolvimento da proposta.

O projeto-piloto realizado no segundo semestre de 2014 em São Luís/MA contou com a participação de 27 profissionais atuantes em diferentes pontos da rede de atenção e vigilância à saúde materno-infantil municipal.

Trata-se, portanto, de relato de experiência relativa ao projeto-piloto: ação educativa para redução de óbitos neonatais em São Luís/MA, que teve por objetivo favorecer reflexões sobre a situação da saúde materno-infantil na realidade do estado, com vistas à proposição de intervenções para redução da mortalidade neonatal no âmbito do SUS.

Foram realizados no total três encontros presenciais (68 horas) e desenvolvidas 72 horas de atividade no formato de Ensino a Distância (EaD), totalizando 140 horas. Concluíram o processo 27 profissionais, 81,8% dos inicialmente inscritos.

O primeiro encontro presencial foi voltado à discussão da realidade de saúde materno-infantil de São Luís e, a partir do PES, buscou-se a identificação dos principais problemas, nós críticos e operações a serem desenvolvidas.

Entre inúmeros problemas elencados, quatro foram definidos como prioritários: 1) Desarticulação da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil; 2) Má qualidade da Atenção Pré-natal; 3) Má qualidade da Assistência ao Parto e 4) Dificuldade de fechamento da ficha de investigação do óbito infantil.

Quadro 2 – Exemplos de problemas, nós críticos e operações aprazadas identificados pelo PES desenvolvido no projeto-piloto – São Luís/MA, 2014

Problema: Desarticulação da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil	
Nó Crítico: Gestores e profissionais de saúde não conhecem o funcionamento dos diferentes pontos da RAS materno-infantil.	
Operação 1: Rodas de conversa setoriais com atores (Distrito de Itaqui-Bacanga – Experiência-Piloto).	curto prazo
Operação 2: Reunião com gestores da Semus envolvidos.	curto prazo
Operação 3: Realização do Fórum Distrital Perinatal.	curto prazo
Operação 4: Boletim Informativo sobre a Básica (eletrônico).	médio prazo
Problema: Má qualidade da Atenção Pré-natal	
Nó Crítico: Descumprimento do protocolo de pré-natal.	
Operação 1: Revisão do protocolo de atenção pré-natal.	curto prazo
Operação 2: Capacitação de todos os enfermeiros da Atenção Básica para atendimento pré-natal a partir do protocolo revisto.	médio prazo
Operação 3: Monitoramento e avaliação periódica pelos gestores da utilização do protocolo	curto prazo
Problema: Má qualidade da Assistência ao Parto	
Nó Crítico: Anotações insuficientes nos prontuários.	
Operação 1: Capacitação dos enfermeiros para implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem nas maternidades de São Luís.	médio prazo
Operação 2: Realização de reuniões nas maternidades com internos e residentes enfocando a importância do registro em prontuários e Declaração de Óbito e Nascidos Vivos.	médio prazo
Operação 3: Visita nas maternidades para sensibilizar médicos e enfermeiros quanto à importância do registro em prontuário para viabilizar a investigação de óbito.	curto prazo
Problema: Dificuldade de fechamento da ficha de investigação do óbito infantil	
Nó Crítico: Falta de preenchimento dos componentes ambulatorial e domiciliar das fichas de investigação do óbito infantil.	
Operação 1: Reunião com gestores da vigilância epidemiológica e atenção básica de São Luís para viabilizar o preenchimento da ficha de investigação ambulatorial e domiciliar pelos profissionais da Atenção Básica.	curto prazo
Operação 2: Estabelecer fluxo de informação para permitir a investigação completa do óbito.	curto prazo
Operação 3: Estabelecimento de rotina de discussão e fechamento dos casos investigados com as equipes envolvidas, com proposição de intervenções para evitar novas ocorrências.	longo prazo

Fonte: Elaboração própria.

A avaliação qualitativa realizada seis meses após o término do projeto permitiu categorizar as respostas dos participantes sobre o significado da ação educativa em quatro categorias: 1) Ampliou o conhecimento teórico e prático sobre vigilância do óbito infantil; 2) Aprimorou as ações em vigilância do óbito materno-infantil; 3) Instrumentalizou para qualificação da atenção materno-infantil e 4) Sensibilizou para a situação de morbimortalidade infantil e a atenção à saúde disponibilizada.

Essas categorias confirmam a propriedade da ação, com alcance dos objetivos propostos. Assim, verifica-se que ao mesmo tempo em que houve desenvolvimento profissional, foi constatado impacto positivo nas práticas dos serviços de saúde, tanto sob o ponto de vista da melhoria da qualidade da atenção materno-infantil nos diferentes pontos da rede quanto, especificamente, do processo de vigilância do óbito neonatal.

Em resumo, a metodologia de ensino utilizada mostrou-se apropriada para desencadear o processo de repensar as práticas em vigilância à saúde materno-infantil pelos participantes, com a proposição e a implementação de operações para solução dos problemas identificados, com impacto positivo constatado nos serviços de saúde materno-infantil.

Anexo

Declaração de Brasília

Segunda Conferência Global de Alto Nível sobre Segurança no Trânsito: Tempo de Resultados Brasília, 18-19 de novembro de 2015

PP1. Nós, Ministros e Chefes de Delegação, reunidos em Brasília, Brasil, em 18 e 19 de novembro de 2015, para a Segunda Conferência Global de Alto Nível sobre Segurança no Trânsito, em coordenação com representantes de organizações internacionais, regionais e sub-regionais; organizações não governamentais; instituições acadêmicas; e o setor privado, incluindo doadores filantrópicos e corporativos;

PP2. *Reconhecendo* a liderança do Governo da República Federativa do Brasil para a preparação e a realização da Segunda Conferência Global de Alto Nível sobre Segurança no Trânsito e a liderança dos Governos da Federação Russa e do Sultanato de Omã no processo de adoção das resoluções da Assembleia Geral das Nações Unidas relacionadas ao tema;

PP3. *Preocupados* com o fato de que, de acordo com o Relatório sobre a Situação Global da Segurança no Trânsito 2015 da Organização Mundial da Saúde (OMS), o trânsito continua a representar uma grande questão de desenvolvimento, um problema de saúde pública e uma das principais causas de mortes e lesões em todo o mundo, pois mata mais de 1,25 milhão de pessoas e lesiona até 50 milhões de pessoas por ano, e que mais de 90% das vítimas são de países em desenvolvimento;¹

PP4. *Destacando* o importante papel da saúde pública para a redução das mortes e lesões no trânsito e para a melhoria dos resultados na área da saúde, assim como o papel dos sistemas de saúde, inclusive por meio da cobertura universal de saúde;

PP5. *Também preocupados* com o fato de que, em todo o mundo, as lesões e as mortes no trânsito são a principal causa de morte de crianças e jovens de 15 a 29 anos, e que mais de 2/3 das vítimas são do sexo masculino;²

PP6. *Reconhecendo* que o sofrimento humano, combinado com custos globais estimados em US\$ 1,850 trilhão³ ao ano, torna a redução das mortes e das lesões no trânsito prioridade urgente para o desenvolvimento, e que o investimento em segurança no trânsito tem impactos positivos na saúde pública e na economia;

PP7. *Recordando* as recomendações da "Declaração de Moscou", adotadas na Primeira Conferência Ministerial Global sobre Segurança no Trânsito em 2009;

PP8. *Convencidos* de que a cooperação internacional e a ação nacional multissetoriais apropriadas são necessárias para alcançar os objetivos de "estabilizar e então reduzir a

¹ OMS, Relatório sobre a Situação Global da Segurança no Trânsito 2015.

² OMS, Relatório sobre a Situação Global da Segurança no Trânsito 2015.

³ iRAP, "O Custo Global de Acidentes de Trânsito", 2013.

projeção global de mortes no trânsito" da Década de Ação para a Segurança no Trânsito 2011-2020;

PP9. *Saudando* a inclusão de uma meta no Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável de “até 2020, reduzir pela metade o número de mortes e lesões causadas pelo trânsito em todo o mundo” e *afirmando* nossa vontade de intensificar a ação nacional e a cooperação internacional com vistas a atingir essa meta;

PP10. *Reconhecendo* a necessidade de os países criarem ou melhorarem e fortalecerem arranjos para o monitoramento de lesões graves causadas pelo trânsito para facilitar a ação para atingir, até 2020, a meta de reduzir pela metade o número de mortes e lesões causadas por acidentes de trânsito em todo o mundo;

PP11. *Saudando* também a inclusão da meta no Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 11 de “proporcionar acesso a sistemas de transporte seguros, acessíveis, sustentáveis e a preços acessíveis para todos, melhorando a segurança no trânsito, notadamente por meio da expansão do transporte público, com atenção especial às necessidades daqueles em situação vulnerável, mulheres, crianças, pessoas com deficiências e pessoas idosas” até 2030, como parte integral da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável;

PP12. *Observando* que a maioria expressiva das mortes e lesões no trânsito é previsível e evitável, e que, na metade da Década de Ação, há muito a ser feito, apesar dos progressos e melhorias em vários países, incluindo países em desenvolvimento;

PP13. *Reconhecendo* que é inapropriado e insuficiente focar somente nos usuários das vias como causantes de acidentes de trânsito, já que estes resultam de múltiplas causas, muitas delas ligadas a determinantes sociais e a fatores de risco;

PP14. *Saudando* o reconhecimento, pela Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável de 2012 (Rio+20), de que melhorar a segurança no trânsito pode contribuir para o alcance de objetivos de desenvolvimento internacional mais amplos, e que o transporte e a mobilidade são questões centrais para o desenvolvimento sustentável;

PP15. *Reafirmando* que os governos têm responsabilidade primária de prover condições básicas e serviços para garantir a segurança no trânsito;

PP16. *Reconhecendo*, no entanto, que é responsabilidade compartilhada buscar um mundo livre de mortes e lesões graves no trânsito, e que lidar com a segurança no trânsito exige colaboração entre múltiplos atores;

PP17. *Tendo em conta* a importante contribuição da segurança passiva para o progresso alcançado na prevenção de mortes e lesões de trânsito, e *encorajando* as indústrias de equipamentos de segurança e de veículos a aprofundarem ainda mais seus esforços para aumentar os níveis de segurança passiva em nível mundial;

PP18. *Tendo em conta* que mortes e lesões no trânsito são também uma questão de equidade social, já que as pessoas pobres e vulneráveis são, com maior frequência, também usuários vulneráveis das vias (pedestres, ciclistas, motoristas de veículos motorizados de duas e/ou três rodas e passageiros de transporte público inseguro), os quais são desproporcionalmente afetados e expostos a riscos e lesões e mortes no trânsito, que podem levar a um ciclo de pobreza exacerbada pela perda de renda, e *recordando* que o objetivo das políticas de segurança no trânsito deve ser o de assegurar proteção para todos os usuários das vias;

PP19. *Reconhecendo* que a segurança no trânsito requer abordar questões amplas de acesso equitativo à mobilidade, e que a promoção de modos de transporte sustentável, em particular, transporte público e deslocamentos a pé e de bicicleta seguros, é elemento essencial para a promoção da segurança no trânsito;

PP20. *Salientando* a importância de dar a devida atenção aos temas de mobilidade urbana sustentável e reforço da acessibilidade aos destinos, atividades, serviços e bens na elaboração da Nova Agenda Urbana, a ser adotada na Terceira Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Urbano Sustentável e Habitação (Habitat III), que será realizada em Quito, Equador, em outubro de 2016;

PP21. *Reafirmando* o papel e a importância dos instrumentos jurídicos das Nações Unidas sobre segurança no trânsito, como as Convenções sobre Trânsito Viário de 1949 e de 1968; a Convenção sobre a Sinalização Viária de 1968; os acordos de regulação de veículos de 1958 e 1998; o Acordo sobre Inspeção Técnica de Veículos de 1997; e o Acordo sobre Transporte de Mercadorias Perigosas de 1957;

PP22. *Congratulando* os Estados que adotaram legislação abrangente sobre os principais fatores de risco, que incluem o não-uso de cintos de segurança, de dispositivos de retenção para o transporte de crianças e de capacetes; a direção sob influência de álcool; o excesso de velocidade; e *chamando a atenção* para outros fatores de risco, como condições médicas e medicamentos que afetam a direção segura; fadiga; uso de narcóticos, drogas psicotrópicas e substâncias psicoativas; telefones celulares e outros aparelhos eletrônicos e de mensagens de texto;

PP23. *Considerando* a importância crucial de ações de fiscalização da legislação de trânsito, apoiadas em práticas inteligentes de monitoramento de risco, e o papel de campanhas de sensibilização para prevenir e minimizar as lesões e danos causados pelo trânsito;

PP24. *Reconhecendo* o compromisso dos Estados e da sociedade civil com a segurança no trânsito, por meio da celebração do Dia Mundial em Memória das Vítimas do Trânsito e das Semanas de Segurança no Trânsito das Nações Unidas;

PP25. *Reconhecendo* os avanços realizados por alguns países na promoção do acesso universal à saúde e ao cuidado integral pré-hospitalar, hospitalar, pós-hospitalar e na reintegração das vítimas do trânsito, incluindo o fortalecimento da gestão de eventos com elevado número de vítimas;

PP26. *Reconhecendo* o trabalho do sistema das Nações Unidas, em particular a liderança da OMS em seu papel de coordenação, atuando em estreita cooperação com as comissões regionais das Nações Unidas, em especial a Comissão Econômica das Nações Unidas para a Europa (UNECE), no estabelecimento de um Plano Global para a Década de Ação para a Segurança no Trânsito 2011-2020; o compromisso do Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos (ONU-Habitat), do Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA), do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e da Organização Internacional do Trabalho (OIT), entre outras agências, para apoiar esses esforços, bem como do Banco Mundial e de bancos regionais de desenvolvimento para a implementação de projetos e de programas de segurança no trânsito, em especial em países em desenvolvimento;

PP26. *Enfatizando* o papel da Colaboração das Nações Unidas para a Segurança no Trânsito como mecanismo consultivo para facilitar a cooperação internacional sobre o tema;

PP28. *Saudando* o estabelecimento do Grupo Consultivo de Alto-Nível sobre Transporte Sustentável e considerando a designação do Enviado Especial do Secretário Geral das Nações Unidas para Segurança no Trânsito como ferramentas eficientes para apoiar ações internacionais para reduzir o número de mortes e lesões relacionadas ao trânsito em todo o mundo;

PP29. *Convidando* os Governos e todos os atores interessados relevantes a colaborar com o Grupo Consultivo de Alto-Nível sobre Transporte Sustentável e a dar a devida atenção a suas recomendações relacionadas à segurança no trânsito;

PP30. *Tendo em conta* a importância de fortalecer capacidades e continuar ações de cooperação internacional, incluindo a promoção da cooperação Sul-Sul e triangular, inclusive entre países que compartilham rodovias através de suas fronteiras, para dar continuidade aos esforços de melhoria da segurança no trânsito, em particular nos países em desenvolvimento, e prover, caso seja apropriado, apoio financeiro e técnico para alcançar as metas da Década de Ação e da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável;

PP31. *Determinados* a aprender com as experiências passadas e a avançar a partir dos progressos alcançados;

Renovam, neste documento, seu compromisso com a Década de Ação para a Segurança no Trânsito 2011-2020 e com a implementação plena e oportuna do Plano Global para a Década de Ação, e decidem:

Ações recomendadas para fortalecer o gerenciamento da segurança no trânsito e aprimorar a legislação e a fiscalização

OPI. Encorajar os Estados que ainda não o tenham feito a designar e/ou fortalecer agências coordenadoras e mecanismos de coordenação, com financiamento próprio, em nível nacional ou subnacional, assim como fortalecer a colaboração nessa área entre

OP10. Incentivar os Estados que ainda não o fizeram a considerar ratificar ou aderir aos instrumentos jurídicos das Nações Unidas sobre segurança no trânsito, bem como a engajar-se em atividades nos foros apropriados sobre transportes das Nações Unidas;

Ações recomendadas para promover vias mais seguras e o uso de modos de transporte sustentáveis

OP11. Promover modos de transporte ambientalmente saudáveis, seguros, acessíveis de qualidade e a preços acessíveis, em especial transporte público e não motorizado, bem como conexões intermodais seguras, como meio para aprimorar a segurança no trânsito, a equidade social, a saúde pública, o planejamento urbano, incluindo a resiliência das cidades e as ligações rurais-urbanas, e, nesse sentido, levar em consideração a segurança no trânsito e a mobilidade como parte dos esforços para alcançar o desenvolvimento sustentável;

OP12. Adotar, implementar e fazer cumprir políticas e medidas para proteger e promover, de forma ativa, a segurança de pedestres e a mobilidade de ciclistas, tais como calçadas, ciclovias e/ou ciclofaixas, iluminação adequada, radares com câmeras, sinalização e marcação viária, com o objetivo de aprimorar a segurança no trânsito e a saúde de forma ampla, em particular agravos e doenças não transmissíveis;

OP13. Estabelecer e implementar limites de velocidade seguros e adequados acompanhados de medidas apropriadas de segurança, como sinalização de vias, radares com câmeras e outros mecanismos de restrição de velocidade, particularmente perto de escolas e de zonas residenciais, para assegurar a segurança de todos os usuários das vias;

OP14. Incentivar esforços para garantir a segurança e a proteção de todos os usuários das vias, por meio da ênfase em infraestrutura viária mais segura, em especial nas vias com alto índice de acidentes, envolvendo tanto os modos de transportes motorizados quanto os não motorizados, por meio da combinação de planejamento apropriado, avaliação da segurança, projeto viário, construção e manutenção das vias, tendo em conta a geografia do país;

OP15. Encorajar a Terceira Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Urbano Sustentável e Habitação (Habitat III) a dar a devida consideração à segurança no trânsito e ao acesso a transporte público seguro e a modos de transporte não motorizados na futura Nova Agenda Urbana, tendo em conta que a maioria das mortes e lesões no trânsito ocorrem em áreas urbanas;

Ações recomendadas para proteger os usuários vulneráveis das vias

OP16. Exortar os Estados a promover, adaptar e implementar políticas de segurança no trânsito para a proteção de pessoas vulneráveis entre os usuários do trânsito, em particular crianças, jovens, idosos e pessoas com deficiência, em consonância com instrumentos jurídicos pertinentes das Nações Unidas, incluindo a Convenção sobre os Direitos da Criança e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência;

OP10. Incentivar os Estados que ainda não o fizeram a considerar ratificar ou aderir aos instrumentos jurídicos das Nações Unidas sobre segurança no trânsito, bem como a engajar-se em atividades nos foros apropriados sobre transportes das Nações Unidas;

Ações recomendadas para promover vias mais seguras e o uso de modos de transporte sustentáveis

OP11. Promover modos de transporte ambientalmente saudáveis, seguros, acessíveis de qualidade e a preços acessíveis, em especial transporte público e não motorizado, bem como conexões intermodais seguras, como meio para aprimorar a segurança no trânsito, a equidade social, a saúde pública, o planejamento urbano, incluindo a resiliência das cidades e as ligações rurais-urbanas, e, nesse sentido, levar em consideração a segurança no trânsito e a mobilidade como parte dos esforços para alcançar o desenvolvimento sustentável;

OP12. Adotar, implementar e fazer cumprir políticas e medidas para proteger e promover, de forma ativa, a segurança de pedestres e a mobilidade de ciclistas, tais como calçadas, ciclovias e/ou ciclofaixas, iluminação adequada, radares com câmeras, sinalização e marcação viária, com o objetivo de aprimorar a segurança no trânsito e a saúde de forma ampla, em particular agravos e doenças não transmissíveis;

OP13. Estabelecer e implementar limites de velocidade seguros e adequados acompanhados de medidas apropriadas de segurança, como sinalização de vias, radares com câmeras e outros mecanismos de restrição de velocidade, particularmente perto de escolas e de zonas residenciais, para assegurar a segurança de todos os usuários das vias;

OP14. Incentivar esforços para garantir a segurança e a proteção de todos os usuários das vias, por meio da ênfase em infraestrutura viária mais segura, em especial nas vias com alto índice de acidentes, envolvendo tanto os modos de transportes motorizados quanto os não motorizados, por meio da combinação de planejamento apropriado, avaliação da segurança, projeto viário, construção e manutenção das vias, tendo em conta a geografia do país;

OP15. Encorajar a Terceira Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Urbano Sustentável e Habitação (Habitat III) a dar a devida consideração à segurança no trânsito e ao acesso a transporte público seguro e a modos de transporte não motorizados na futura Nova Agenda Urbana, tendo em conta que a maioria das mortes e lesões no trânsito ocorrem em áreas urbanas;

Ações recomendadas para proteger os usuários vulneráveis das vias

OP16. Exortar os Estados a promover, adaptar e implementar políticas de segurança no trânsito para a proteção de pessoas vulneráveis entre os usuários do trânsito, em particular crianças, jovens, idosos e pessoas com deficiência, em consonância com instrumentos jurídicos pertinentes das Nações Unidas, incluindo a Convenção sobre os Direitos da Criança e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência;

OP17. Tomar medidas apropriadas para garantir o acesso de pessoas com deficiência e outros usuários com mobilidade reduzida, em condições de igualdade, ao ambiente físico das vias, a ambientes de circulação e ao transporte, em áreas urbanas e rurais;

OP18. Integrar plenamente a perspectiva de gênero em todos os processos de tomada de decisão e de implementação de políticas relativas à mobilidade e à segurança no trânsito, em especial nas vias, ambientes de circulação e no transporte público;

OP 19. Incentivar os Estados a desenvolver e implementar legislação e políticas abrangentes sobre o uso de motocicletas, incluindo educação e formação, licenciamento do condutor, registro do veículo, condições de trabalho e uso de capacetes e equipamentos de proteção individual pelos motociclistas, dado o número desproporcionalmente alto e crescente de mortes e de lesões de motociclistas em todo o mundo, particularmente em países em desenvolvimento;

Ações recomendadas para desenvolver e promover o uso de veículos mais seguros

OP20. Promover a adoção de políticas e medidas para implementar as regulamentações de segurança veicular das Nações Unidas ou padrões equivalentes de âmbito nacional, de modo a garantir que todos os novos veículos motorizados cumpram as regulamentações mínimas para ocupantes e para a proteção de outros usuários do trânsito, tendo como equipamento padrão cintos de segurança, “airbags” e sistemas de segurança ativa, como freio ABS e sistemas de controle eletrônico de estabilidade (ESC);

OP21. Estimular a ação nacional e a cooperação internacional para assegurar que questões de segurança no trânsito, qualidade do ar e descarte de veículos, tanto de transporte individual quanto público, sejam consideradas em relação a veículos usados;

Ações recomendadas para aumentar a conscientização e desenvolver as capacidades dos usuários das vias

OP22. Desenvolver políticas públicas de redução de acidentes de trânsito relacionados com o trabalho, com a participação de empregadores e trabalhadores, de forma a garantir padrões técnicos internacionais de segurança e saúde no trabalho, segurança no trânsito e condições adequadas das vias e veículos, com particular atenção ao tema das condições de trabalho dos motoristas profissionais;

OP23. Aumentar a conscientização sobre fatores de risco, medidas de prevenção e proteção; implementar ações de "advocacy" com diferentes atores interessados e campanhas de marketing social que enfatizem a importância da interrelação entre segurança no trânsito e estilo de vida saudável;

OP24. Desenvolver e implementar programas educacionais e de formação abrangentes, inclusivos e baseados em evidências, em um contexto de educação continuada, com testes periódicos, para estimular comportamentos responsáveis de

todos os usuários das vias, com o objetivo de criar ambiente de circulação e social pacífico, assim como a conscientização sobre os fatores de risco;

Ações recomendadas para melhorar a resposta pós-acidente e serviços de reabilitação

OP25. Fortalecer os cuidados pré-hospitalares, incluindo serviços de saúde de emergência e resposta imediata pós-acidente, diretrizes ambulatoriais e hospitalares para cuidado do trauma e serviços de reabilitação, por meio da implementação de legislação apropriada, do desenvolvimento de capacidades e da melhoria do acesso em tempo adequado aos cuidados integrais de saúde, e solicitar à OMS apoiar os Estados-membros em seus esforços nacionais;

OP26. Prover reabilitação oportuna e reintegração social, inclusive no mundo do trabalho, a pessoas feridas e com deficiências causadas pelo trânsito, e prover amplo apoio às vítimas e a suas famílias;

Ações recomendadas para fortalecer a cooperação e a coordenação para a segurança no trânsito global

OP27. Convidar governos e agências responsáveis por segurança no trânsito a continuar e aprofundar suas atividades de cooperação internacional, a fim de compartilhar melhores práticas, lições aprendidas, transferir conhecimento, promover acesso a tecnologias sustentáveis e inovadoras e desenvolver capacidades, em consonância com a Década de Ação para a Segurança no Trânsito 2011-2020 e a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável;

OP28. Convidar todas as partes interessadas, em especial a comunidade doadora, a aumentar o financiamento para segurança no trânsito e a explorar modalidades de financiamento inovadoras, para apoiar pesquisas e a implementação de políticas em nível global, regional, nacional e local;

OP29. Incentivar a OMS, em colaboração com outras agências e comissões regionais das Nações Unidas, a facilitar, por meio dos mecanismos existentes, processo transparente, sustentável e participativo, com todos os atores interessados, para desenvolver metas nacionais, regionais e globais para reduzir lesões e mortes no trânsito; e a engajar-se no processo que levará à definição e ao uso de indicadores para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionados com a segurança no trânsito;

OP30. Convidar a Assembleia Geral das Nações Unidas a endossar o conteúdo desta declaração.

===