

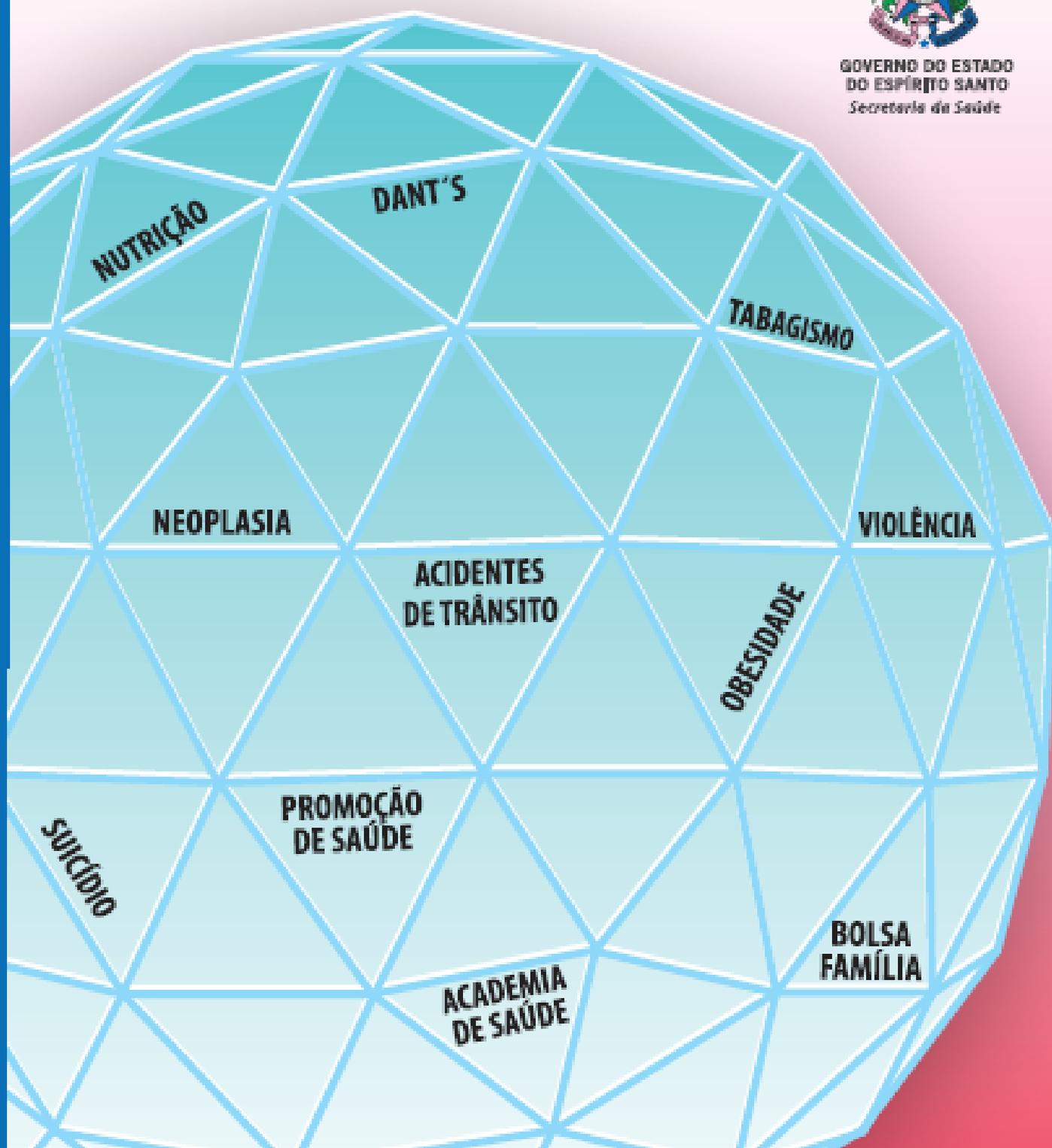
BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

Vigilância das Doenças e Agravos não Transmissíveis - DANT's
SESA / GEVS / NEVE

Número 01 - 2017



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria de Saúde





GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

PAULO CESAR HARTUNG GOMES
Governador do Estado do Espírito Santo

RICARDO DE OLIVEIRA
Secretário de Estado da Saúde

JOANNA D'ARC DA VITÓRIA BARROS DE JAEGER
Subsecretária para Assuntos de Regulação e Organização da Atenção à Saúde

GILSA APARECIDA PIMENTA RODRIGUES
Gerente da Vigilância em Saúde

CÉLIA MÁRCIA BIRCHLER
Chefe do Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica

Equipe técnica da Vigilância das Doenças e Agravos não Transmissíveis

ALBERTINA MARIA SALOMÃO ROCHA
DENISE VILLAS BOAS BARCELOS FAIOLI
EDLEUSA GOMES FERREIRA CUPERTINO
JEANE SOARES DE AGUIAR
KÁTIA GUERZET TEIXEIRA
LARISSA DELL' ANTONIO PEREIRA
LIVIA WELTER MANNATO REDINS
MARCIO NUNES RODRIGUES
PRISCILLA ROCHA ARAÚJO NADER
RENATO LUIZ CARPANEDO
ROGÉRIO CARLOS SILVA
RONISE VALÉRIA GUARNIER
WILLYS RODRIGUES PEREIRA

Sumário

Apresentação	05
Introdução.....	07
Morbimortalidade por doenças e agravos não transmissíveis no estado do Espírito Santo - Situação e tendências no período de 2006 a 2016.....	09
Mortalidade por doenças cardiovasculares no estado do Espírito Santo.....	16
Mortalidade pelas cinco principais neoplasias no estado do Espírito Santo	21
Situação epidemiológica das causas externas no Espírito Santo no período de 2006 a 2016	26
Morbimortalidade dos acidentes de transporte terrestres (ATT) no estado do Espírito Santo.....	38
Fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis - Situação do tabagismo no Espírito Santo – 2000 a 2016.....	43
Vigilância alimentar e nutricional no estado do Espírito Santo	47
Condicionalidades da saúde no programa bolsa família e suas implicações no enfrentamento das doenças e agravos não transmissíveis, no estado do Espírito Santo.....	52

Apresentação

A Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (Sesa) divulga o Boletim Epidemiológico de Doenças e Agravos não Transmissíveis no estado do Espírito Santo (DANT's), no período entre 2006 a 2016. Publicação de autoria da equipe de vigilância das DANT's do Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica concretiza a responsabilidade em divulgar a análise de mortalidade e morbidade, com ênfase nas faixas etárias e gêneros, considerando as regiões de saúde do estado do Espírito Santo. Este tem por finalidade, valorizar a informação epidemiológica, como estratégia para o planejamento em saúde coletiva, balizado por evidências originadas dos bancos de dados instituídos nos serviços de saúde. Os dados utilizados são de domínio público, lembrando que o ano de 2016 ainda pode sofrer alterações. As informações foram levantadas, com o objetivo de evidenciar o impacto das DANT's no cenário epidemiológico atual do Estado e instrumentalizar gestores, profissionais da saúde e público em geral do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo linha de base para o monitoramento de indicadores, para possibilitar a ampliação da assertividade no planejamento das prioridades e das ações em saúde, visando à prevenção e o controle das DANT's, a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida da população.

Neste sentido, o governo do estado do Espírito Santo tem incentivado políticas públicas, através de ações e programas intersetoriais, visando o enfrentamento dessas doenças, além da prevenção e do controle dos seus fatores de risco, baseado no Plano Nacional de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no período de 2001- 2022.

Como desafio, a secretaria de estado da saúde elaborou o de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis, tendo como base o plano nacional, incluindo as causas externas, considerando as peculiaridades regionais. Esse tem como objetivo, preparar o estado do Espírito Santo para enfrentamento e redução a morbimortalidade causadas pelas DANT's, dentre as quais: acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial sistêmica, cânceres, diabetes, obesidade e doenças respiratórias crônicas, bem como as causas externas (violências e acidentes), principalmente os homicídios e acidentes de transporte. Além de possibilitar o desenvolvimento de políticas públicas que favoreçam e incentivem coletivamente a adoção de hábitos saudáveis de vida, que possam impactar progressivamente na redução dos fatores de risco.

Introdução

Na sociedade brasileira, os fenômenos macrossociais da transição epidemiológica acarretaram profundas transformações no estilo de vida da população. Esse processo de mudança de hábitos e comportamentos associados às desigualdades sociais propicia condições favoráveis à elevação da morbimortalidade por doenças crônicas e agravos não transmissíveis (DANT's). Contribuem para esse quadro, as elevadas prevalências de fatores de risco tais como: sedentarismo, obesidade, tabagismo, uso abusivo de álcool e outras drogas, que sabidamente estão intimamente associados ao aumento da incidência das doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes, doenças respiratórias e as causas externas (acidentes de trânsito e violências).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, por meio das ações da vigilância em saúde, tem enfatizado sua responsabilidade em disseminar informações sobre a situação da morbimortalidade por doenças e agravos não transmissíveis (DANT's) no Brasil, com objetivo de apoiar gestores, profissionais de saúde, pesquisadores e sociedade em geral.

A secretaria de estado da saúde do Espírito Santo, reconhecendo a necessidade de uma abordagem específica sobre essas doenças, lança o primeiro boletim da vigilância epidemiológica das doenças e agravos não transmissíveis, com o objetivo de apresentar o quadro da morbidade e mortalidade no estado do Espírito Santo, identificar os fatores de risco determinantes e as condicionantes associadas ao processo saúde-doença, bem como trazer elementos para a tomada de decisões, bem como, desenvolver ações de promoção e prevenção da saúde a médio e longo prazo.

As análises descritivas mostram o perfil da mortalidade por doença cerebrovascular e doença isquêmica do coração, prevalência e incidência de neoplasias, mortalidade por acidentes de transporte terrestre, além da tendência do risco de morte por causas externas e seus custos hospitalares, revelando distinções regionais importantes entre gênero e faixa etária, no período de 2006 a 2016.

Acredita-se que uma política de saúde coletiva, deve ter como base o uso consciente da melhor evidência disponível para a tomada de decisões a respeito da atenção à saúde da população, tanto no campo da proteção e da promoção da saúde como no da prevenção de doenças, devendo ser desenvolvidas de maneira integrada às experiências, às práticas e aos conhecimentos, respeitando-se os valores e as prioridades da comunidade (Brownson et al., 1999; Jenicek, Stachenko, 2003).

Morbimortalidade por doenças e agravos não transmissíveis no estado do Espírito Santo – Situação e tendências no período de 2006 a 2016.

Jeane Soares de Aguiar

Enfermeira, referência técnica do registro de câncer
SESA/GEVS/NEVE/DANT`s

As doenças crônicas não transmissíveis, acrescidas dos acidentes e violências (DANT`s), constituem a principal causa de adoecimento e óbito no mundo, a partir da consolidação dos fenômenos das transições demográficas, consideradas atualmente um problema de saúde pública de maior relevância. Suas consequências fatais e não fatais acometem principalmente as populações de baixa renda, camadas e grupos mais vulneráveis, agravando o quadro de iniquidades em saúde, exacerbando a pobreza e ceifando vidas precocemente. Sua relevância pode ser estimada pontualmente, considerando que dentre as 57 milhões de mortes no mundo, 63% ocorreram devido às doenças crônicas não transmissíveis (WHO, 2011). Essa realidade não difere no Brasil e no estado do Espírito Santo.

Os fatores determinantes para o agravamento dessa realidade são as desigualdades sociais, como diferenças no acesso aos bens e serviços, a baixa escolaridade, deficiências no acesso às informações, além dos fatores de risco modificáveis, hábitos de vida, tabagismo, consumo de bebidas alcoólica, inatividade física e alimentação inadequadas.

A mortalidade por DANT`s no estado do Espírito Santo não é diferente da situação do Brasil e região sudeste deste país. Dados mostram que a mortalidade nas regiões de saúde central, metropolitana e sul do estado em sua maioria, são por doenças do aparelho circulatório, seguidas pelas neoplasias e causas externas. A região norte difere das demais, tendo as causas externas em segundo lugar.

Igualmente as internações por DANT`s, vem mantendo-se como primeiras causas de internações hospitalares. Isto se deve principalmente à exposição aos fatores de risco altamente prevalentes para o desenvolvimento dessas doenças. Essa situação tem representado impacto crescente nos custos diretos para o sistema de saúde, que por serem de curso prolongado acarretam sobrecarga financeira aos sistemas de saúde.

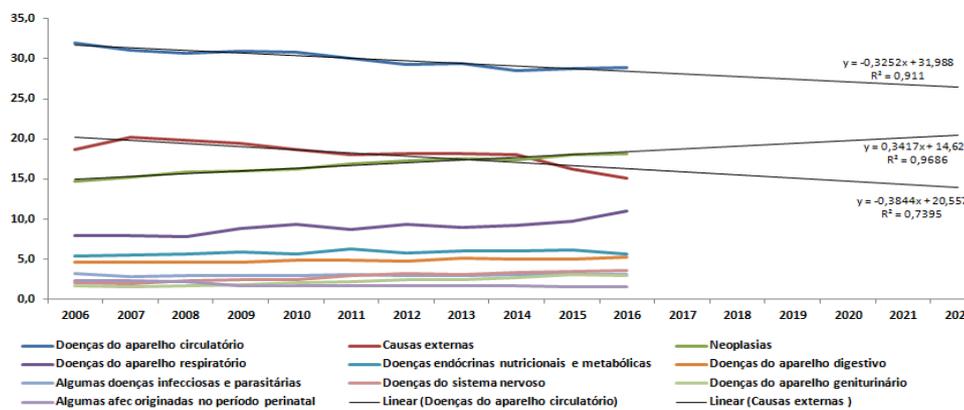
Há necessidade de desenvolvimento de intervenções custo-efetivas eficazes na proteção, promoção e cuidados à saúde das populações e conseqüentemente no enfrentamento das doenças e agravos não transmissíveis.

Este trabalho tem objetivo de apresentar o perfil da morbimortalidade por doenças e agravos não transmissíveis no estado do Espírito Santo, tendo como conjunto, um estudo analítico de série temporal da morbimortalidade por DANT`s no período de 2006 a 2016. Utilizou-se para estudo a população residente nos 78 municípios do Estado do Espírito Santo. Para análise foi utilizado o calculo de proporcionalidade entre as causas, considerando o total do estado e regiões de saúde. Nas faixas etárias e sexo foi analisado somente o ultimo ano de referencia 2016, sendo o último ano de referencia (dados de 2016 consolidado até junho de 2017). As informações foram obtidas através do sistema de informações de mortalidade (SIM) e sistema de internação hospitalar (SIH). Para cálculo foram consideradas todas as causas de morte e internações classificadas segundo o CID-10.

Resultados

O principal componente da análise da mortalidade proporcional demonstra a mortalidade por DANT`s no estado do Espírito Santo, ocupam o 1º, 2º, 3º e 4º lugares no total das causas de óbito ao longo dos períodos de 2006 a 2016. Em 2016 foram totalizados 78,6% dos óbitos por essas doenças e agravos (Gráfico 01).

Gráfico 01: Mortalidade proporcional na população residente no Estado do Espírito Santo no período de 2006 a 2016.



Fonte: MS/DATASUS/SIM

Considerando as faixas etárias, entre todas as causas de óbitos, os ocorridos por causas externas ocuparam o primeiro lugar nas faixas etárias entre 05 a 49 anos no ano de 2016. A redução da expectativa de vida de adolescentes e jovens em idade economicamente produtiva trazem consequências do ponto de vista social e econômico que se traduz num sério problema de saúde pública, evidenciado também pelo grande número de internações e de sequelas sociais decorrentes, principalmente, dos homicídios e dos acidentes de transporte. A mortalidade por doenças do aparelho circulatório ocupa o primeiro lugar na população com

idade igual e superior a 50 anos. As neoplasias aparecem em quase todas as faixas etárias, excetuando a população < 01 ano (Quadro 01).

Quadro 01: Mortalidade proporcional segundo faixa etária na população residente no estado do Espírito Santo, no ano 2016.

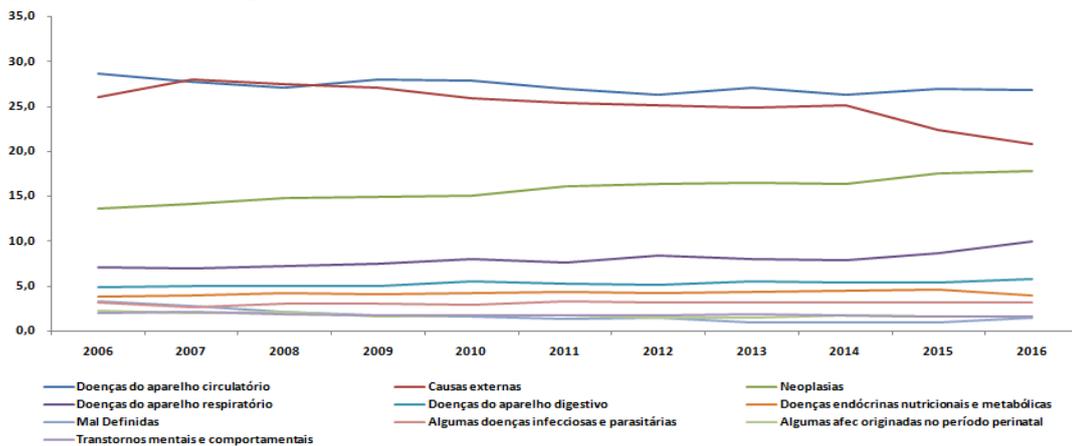
Faixa etária	Causas Capítulos	%	Faixa etária	Causas Capítulos	%
Menor de 1 ano	Algumas afec originadas no período perinatal	57,1	20 a 29 anos	Causas externas	72,1
	Malformações congênitas e anomalias cromossômicas	26,4		Neoplasias	5,5
	Causas externas	5,0		Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4,5
	Doenças do aparelho respiratório	4,0		Doenças do aparelho circulatório	4,3
	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2,8		Doenças do aparelho respiratório	2,8
	Outras doenças	4,7		Outras doenças	10,8
1 a 4 anos	Malformações congênitas e anomalias cromossômicas	21,2	30 a 39 anos	Causas externas	48,1
	Causas externas	19,7		Doenças do aparelho circulatório	12,3
	Neoplasias	16,1		Neoplasias	11,2
	Doenças do aparelho respiratório	14,6		Algumas doenças infecciosas e parasitárias	7,5
	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8,8		Doenças do aparelho digestivo	4,9
	Outras doenças	19,7		Outras doenças	16,0
5 a 9 anos	Causas externas	33,3	40 a 49 anos	Causas externas	24,7
	Neoplasias	16,7		Doenças do aparelho circulatório	21,1
	Malformações congênitas e anomalias cromossômicas	13,6		Neoplasias	19,2
	Doenças do sistema nervoso	10,6		Doenças do aparelho digestivo	8,6
	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	7,6		Doenças do aparelho respiratório	6,5
	Outras doenças	18,2		Outras doenças	19,9
10 a 14 anos	Causas externas	36,5	50 a 59 anos	Doenças do aparelho circulatório	28,3
	Doenças do sistema nervoso	15,6		Neoplasias	25,8
	Neoplasias	11,5		Causas externas	12,5
	Doenças do aparelho respiratório	6,3		Doenças do aparelho digestivo	7,2
	Doenças do aparelho circulatório	5,2		Doenças do aparelho respiratório	7,0
	Outras doenças	25,0		Outras doenças	19,3
15 a 19 anos	Causas externas	82,1	60 nos e mais	Doenças do aparelho circulatório	31,3
	Doenças do aparelho circulatório	2,9		Neoplasias	17,1
	Neoplasias	2,7		Doenças do aparelho respiratório	12,6
	Doenças do sistema nervoso	2,0		Doenças do sistema nervoso	5,3
	Doenças do aparelho respiratório	1,8		Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	5,1
	Outras doenças	8,5		Outras doenças	14,3

Fonte: SIM/Tabnet/ES

O desdobramento da mortalidade proporcional dos componentes entre sexos evidenciam particularidades até então não demonstradas.

Na população masculina, a mortalidade segundo grupos de causas, destacam-se as doenças cardiovasculares (DCV), seguidas pelas causas externas (CE), as neoplasias e as respiratórias respectivamente. Nos períodos 2007 e 2008, as CE ultrapassam as DCV (Gráfico 02).

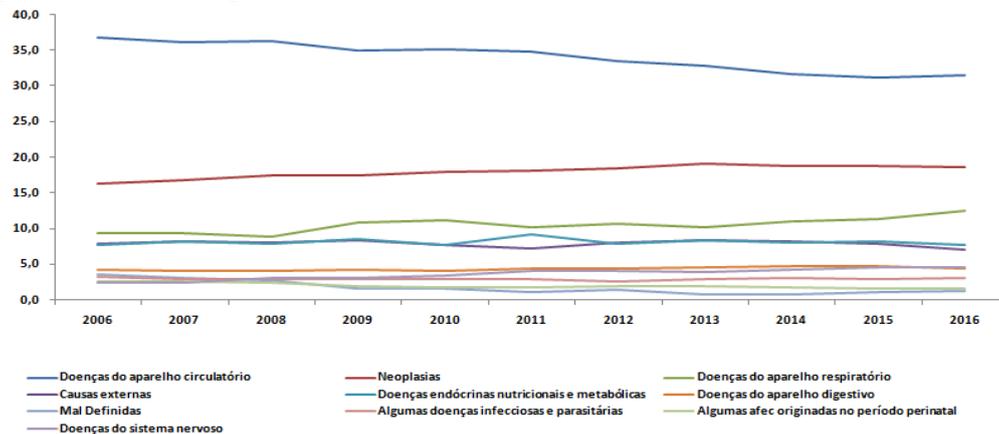
Gráfico 02: Mortalidade na população masculina do estado do Espírito Santo, segundo capítulos CID-10, no período de 2006 a 2016.



Fonte: SIM / Tabnet/SIM

Entre a população feminina, as análises dos óbitos apontam para a completa hegemonia das DCV como causas de óbito, comportamento que difere da condição teórica, do risco masculino ser intrinsecamente vinculado a doença cardiovascular. Todavia, é entre as mulheres que a curva de mortalidade proporcional por DCV mantêm-se isoladamente na posição da principal causa de óbito ao longo do período entre 2006 a 2016, seguida das neoplasias e doenças do aparelho respiratório (Gráfico 03).

Gráfico 03: Mortalidade na população feminina do estado do Espírito Santo, segundo capítulos CID-10 no período de 2006 a 2016.

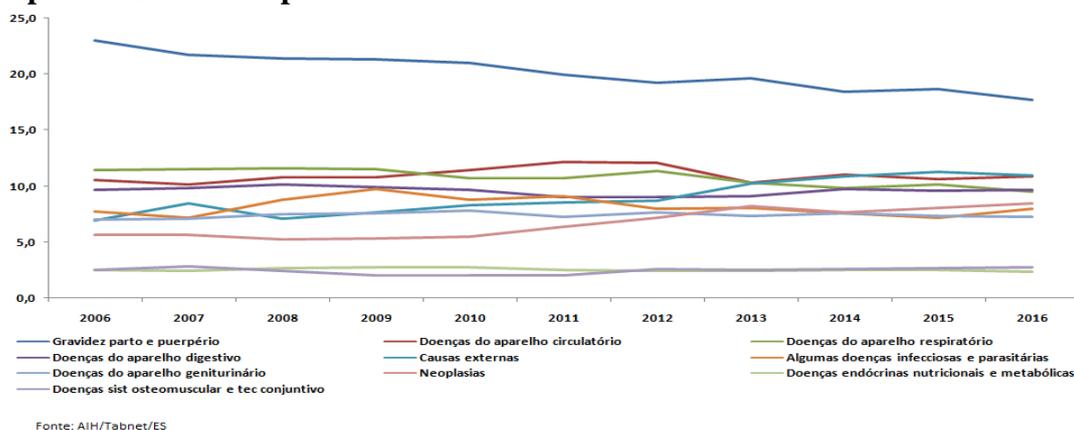


Fonte: SIM / Tabnet/SIM

Quanto à morbidade, a análise das internações hospitalares demonstra um comportamento estável no períodos de 2006 a 2016, porém as doenças intercalam entre si. As internações por gravidez, parto e puerpério correspondem à primeira causa de internação. Observa-se, no entanto que, entre essas, as doenças não transmissíveis também estão entre as primeiras causas. As doenças do aparelho respiratório e circulatório apresentaram alternância entre o 2º e 3º lugar no período estudado. Observa-se, no entanto, que a partir do ano 2013, as

internações por causas externas se equipararam às cardiovasculares. Em 2016 ambas ficaram em segundo lugar (10,9 %). As doenças do aparelho digestivo, endócrinas e metabólicas aparecem em terceiro, com 8,6% do total das internações nesse mesmo ano (Gráfico 04).

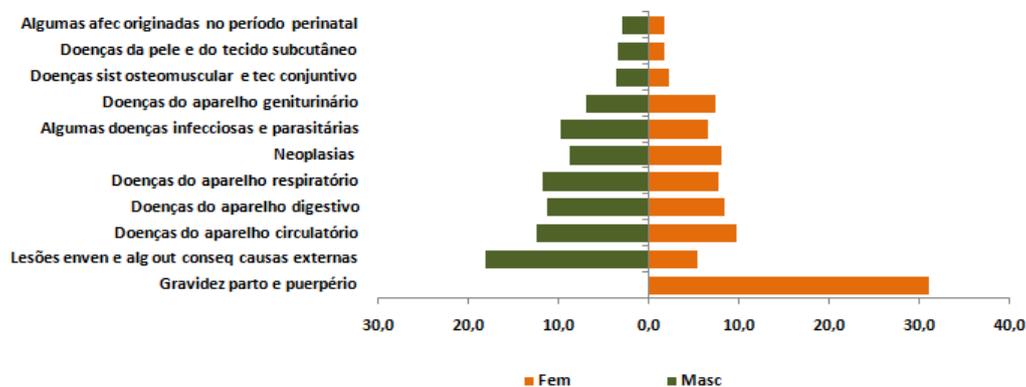
Gráfico 04: Morbidade hospitalar no estado do Espírito Santo, segundo capítulos CID-10 no período de 2006 a 2016.



O Gráfico 05 mostra um contexto específico para as internações segundo gêneros. No sexo feminino a principal causa de internação é por gravidez, parto e puerpério com 31,1% do total entre essa população específica. A segunda maior causa são as doenças do aparelho circulatório (9,8%), seguidas pelas do aparelho digestivo (8,4%) e neoplasias (8,2%) respectivamente.

No sexo masculino a principal causa de internações hospitalares são as causas externas (18,0%), seguidas pelas doenças do aparelho circulatório (12,3%), do aparelho respiratório (11,7%) e digestivo (11,2%).

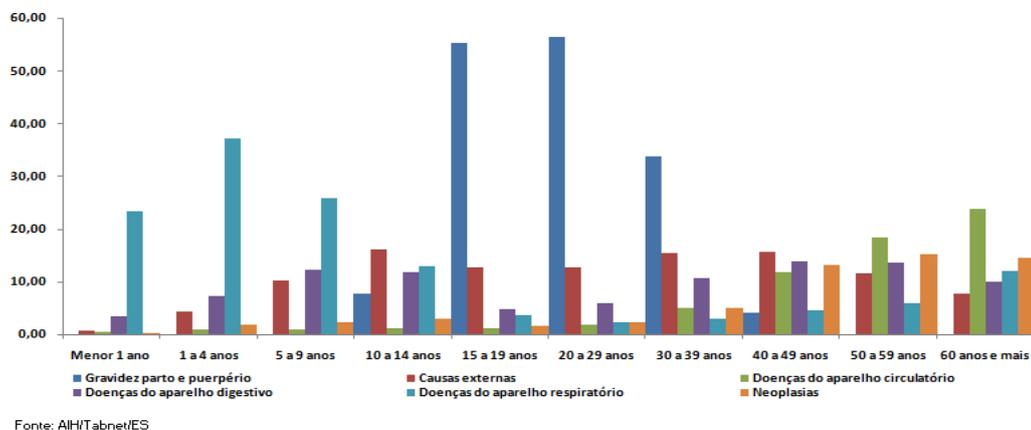
Gráfico 05: Morbidade na população masculina e feminina do estado do Espírito Santo, segundo capítulos CID-10 no período 2016.



Para análise da morbilidade por faixa etária, foram consideradas as populações menores de 01 ano, de 1-4 anos, 5-9 anos, de 10-14 anos, 15-19 anos, 20-29 anos, 30-39 anos, 50-59

anos, 60 anos e mais. O Gráfico 06 mostra que as internações por doenças do aparelho respiratório são as primeiras causas na população na faixa etária entre 01 a 14 anos, seguidas pelas doenças do aparelho digestivo. Internações por gravidez, parto e puerpério, causas externas e do aparelho digestivo estão entre a faixa etária 10 a 39 anos. Na faixa etária maior de 50 anos prevalecem às internações por doenças do aparelho circulatório e neoplasias. Observa-se que as internações por neoplasias e causas externas, aparecem em todas as faixas etárias, exceto na população menor de 01 ano.

Gráfico 06: Morbidade na população masculina e feminina do estado do Espírito Santo, segundo capítulos CID-10 no período 2016.



Considerações finais

O conhecimento epidemiológico sobre a distribuição geográfica, etiologia (grupos de causas do CID), bem como dos determinantes no processo de saúde-adoecimento-cuidados inerentes às DANT`s, são necessários e importantes para o seu enfrentamento.

A morbimortalidade por DANT`s especialmente em países de média e baixa renda, foi um tema debatido mundialmente na reunião de alto nível da ONU no ano 2011. Baseado nas propostas sugeridas pela ONU, o Brasil construiu o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2001-2022, focado em quatro principais doenças (cardiovascular, câncer, doença respiratória crônica e diabetes), no combate aos fatores de risco e na promoção da saúde. Como desafio esse plano passou a constituir o instrumento de atuação técnico-operacional para desenvolvimento de políticas públicas a serem implantadas visando o enfrentamento das DANT`s.

Considerando a situação epidemiológica do Estado do Espírito Santo e suas projeções futuras e baseado no plano nacional fez-se necessário também, a construção de um plano

estadual que propõe o desenvolvimento de ações intra e intersetoriais para a redução da morbimortalidade por DANT's no Estado do Espírito Santo.

O Governo do Estado do Espírito Santo através desse instrumento propõe políticas públicas intersetoriais com ações para o enfrentamento dessas doenças, além da prevenção e controle dos seus fatores de risco.

Referências Bibliográficas

Saúde Brasil: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

MALTA, D. C.; neto, O.L.M.; JUNIOR, J.B.S. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2001 a 2022. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 20 (4): 425- 438, out- dez 2011.

SCHRAMM, J.M.A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 9 (\$): 897-908, 2004

SOTO, P.H Morbidades e custos hospitalares do Sistema Único de Saúde para doenças crônicas. Ver Rene, 2015 jul- ago; 16 (4): 567-75.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. GEVS - Gerência Estratégica de Vigilância em Saúde, NEVE – Núcleo Especial de Vigilância em Saúde - Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Espírito Santo. 1ª edição. Vitória, 2016.

Mortalidade por doenças cardiovasculares no estado do Espírito Santo

Jeane Soares de Aguiar

Enfermeira, referência técnica do registro de câncer.
SESA/GEVS/NEVE/DANT`S

Larissa Dell'Antonio Pereira

Enfermeira, referência técnica do registro de câncer.
SESA/GEVS/NEVE/DANT`S

As doenças do aparelho circulatório constituem um conjunto de afecções com etiologias e manifestações clínicas, divididas em doenças isquêmicas, cerebrovasculares e de vaso periféricos. Essas são responsáveis por impactos expressivos na mortalidade da população, representando a primeira causa de morbimortalidade em todos os países desenvolvidos e países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, além de contribuir para o elevado custo com assistência médica no país.

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 17 milhões de mortes em 2011, cerca de três em cada dez óbitos registrados são por DCV. Desses, 7 milhões de pessoas morreram por doenças isquêmicas do coração, e 6,2 milhões, por acidente vascular cerebral. No Brasil, as DCV também representam as principais causas de óbitos, correspondendo a 28,6% de todas as causas de mortalidade no ano 2011. Nesse período as principais de óbito ocorreram devido as doenças isquêmicas do coração (DIC) e as doenças cerebrovasculares (DCbV) representando respectivamente, 30,8% e 30% dos óbitos por aparelho circulatório no Brasil.

Porém a partir da década de 1950 observa-se um declínio da mortalidade por DCV, sobretudo nos países industrializados. No Brasil, esse declínio começa a partir da década de 1970. As taxas de mortalidade tiveram significativa redução, porém com importantes diferenças regionais.

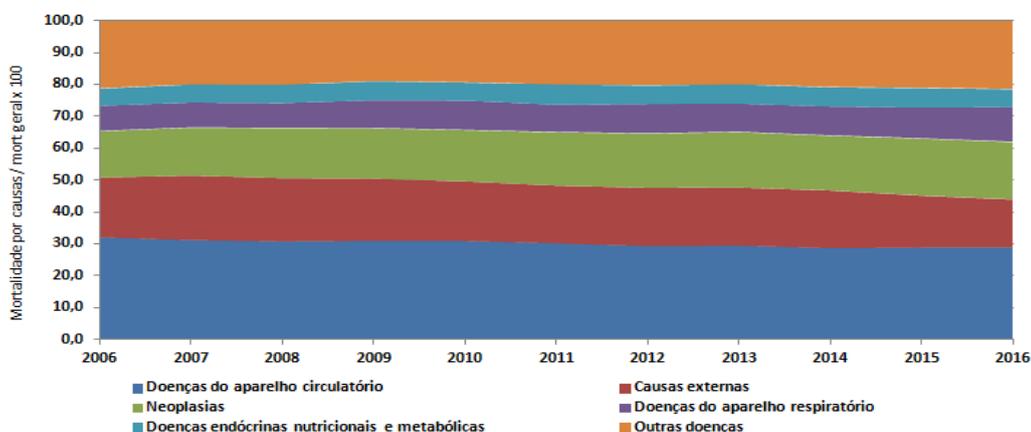
Este trabalho tem como objetivo apresentar o quadro de mortalidade por doenças cardiovasculares no estado do Espírito Santo. Para análise, utilizamos o conjunto das doenças que compõe as doenças isquêmicas do coração - I20 a I25 (I20 angina pectoris, I21 infarto agudo do miocárdio, I22 infarto do miocárdio recorrente, I23 Algumas complicações atuais subsequentes ao infarto agudo do miocárdio, I24 Outras doenças isquêmicas agudas do coração, I25 Doença isquêmica crônica do coração) e as doenças cerebrovasculares – I63 a I69 (I63 - Infarto cerebral, I64 – Acidente vascular cerebral, não especificado com hemorrágico ou isquêmico, I65 – Oclusão e estenose de artérias pré-cerebrais que não resultam em infarto cerebral, I66 – Oclusão e estenose de artérias cerebrais que não resultam em infarto cerebral,

I87 – Outras doenças cerebrovasculares, I68 – Transtornos cerebrovasculares em doenças classificadas em outra parte e I69 – Sequelas de doenças cerebrovasculares); considerando as características regionais, faixas etárias e sexo. Os dados foram obtidos através do sistema de informação de mortalidade (SIM), disponibilizado no Tabnet/ES.

Resultados

Não diferente da situação do Brasil, a curva de mortalidade por DCV no estado, apresenta tendência decrescente do período 2006 (32,0%) a 2016 (28,8%), uma média de 10,0% nos últimos 11 anos (Gráfico 01).

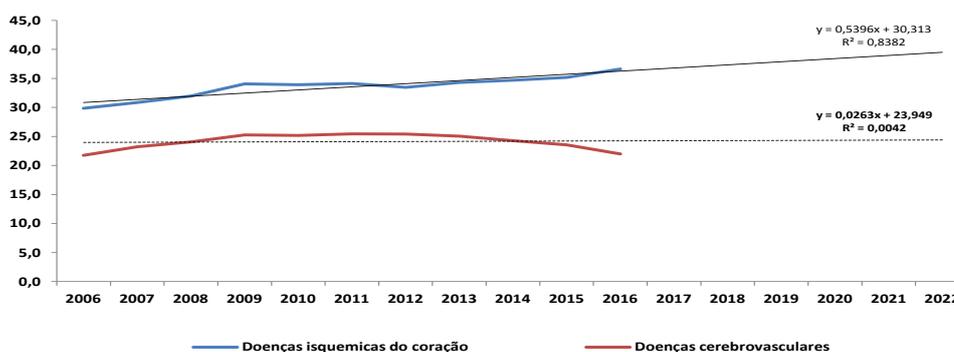
Gráfico 01: Mortalidade proporcional por causas no estado do Espírito Santo no doenças cerebrovasculares (DCbV) período de 2006 a 2016.



Fonte: SIM/Tabnet/ES - consolidados até o mês de junho/2017.

Ao analisar a mortalidade por doenças isquêmicas do coração (DIC) e doenças cerebrovasculares (DCbV), verifica-se que as ocorridas pelas DCbV tiveram maior redução em comparação às DIC, tanto na população feminina quanto na masculina, porém, em menor proporção (Gráfico 02).

Gráfico 02: Mortalidade proporcional por doença isquêmica do coração e doença cerebrovascular, na população no Estado do Espírito Santo no período de 2006 a 2016.

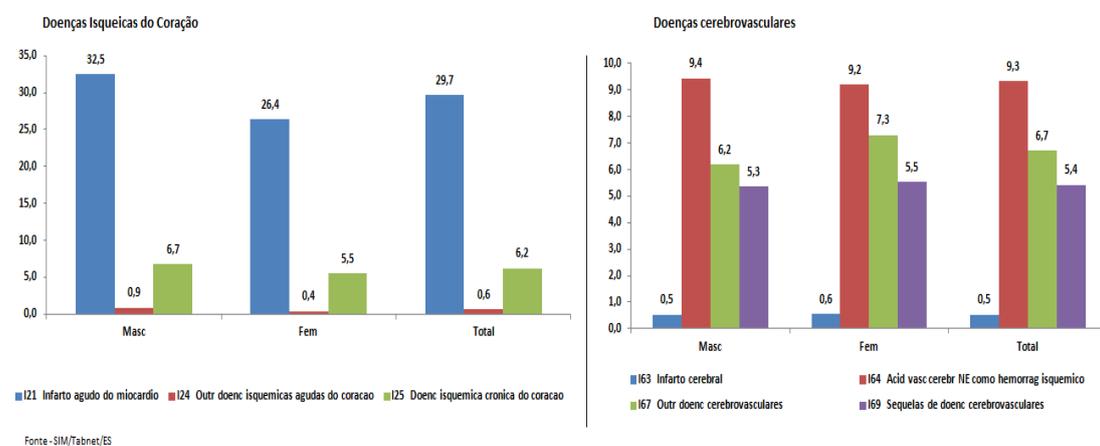


Fonte: SIM/Tabnet/ES - consolidados até o mês de junho/2017.

Em 2016, dentre as doenças isquêmicas do coração (DIC), o maior índice de mortalidade são os infartos agudos do miocárdio, com prevalência na população masculina (32,5%). Em segundo lugar estão as doenças isquêmicas crônicas do coração, com maior índice também na população masculina (6,7%) (gráfico 03).

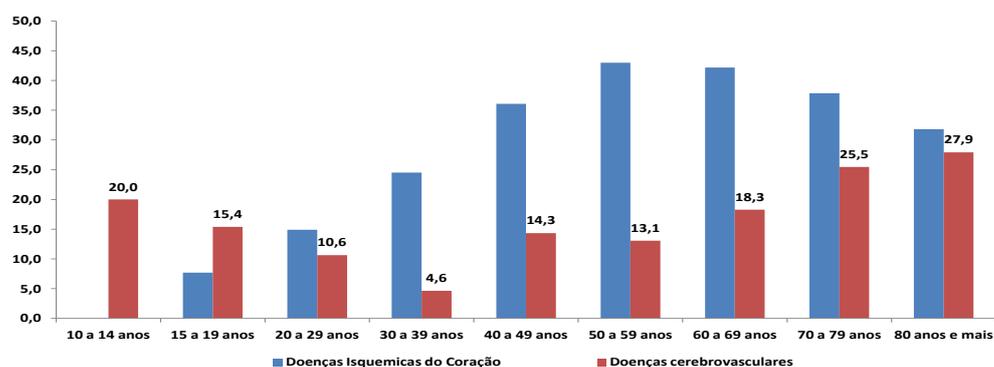
Em relação às doenças cerebrovasculares, temos como maior incidência o acidente vascular cerebral, sendo maior na população masculina (9,4%), seguidas por outras doenças cerebrovasculares (7,3%) na população feminina e sequelas de doenças cerebrovasculares na população feminina (5,5%).

Gráfico 03: Mortalidade proporcional por doença isquêmica do coração e doença cerebrovascular, na população masculina e feminina no Estado do Espírito Santo – 2016.



A faixa etária com maior índice de mortalidade por doenças cardiovasculares está acima de 30 anos, com maior prevalência na população de 70 anos e mais. Observa-se que a mortalidade por DIC é maior nas faixas etárias de 20 anos e mais. Na faixa etária de 15 a 19 anos a mortalidade é maior por doenças cerebrovasculares (Gráfico 04).

Gráfico 04: Mortalidade proporcional por doença isquêmica do coração e doença cerebrovascular, na população no Estado do Espírito Santo segundo faixa etária – 2016.



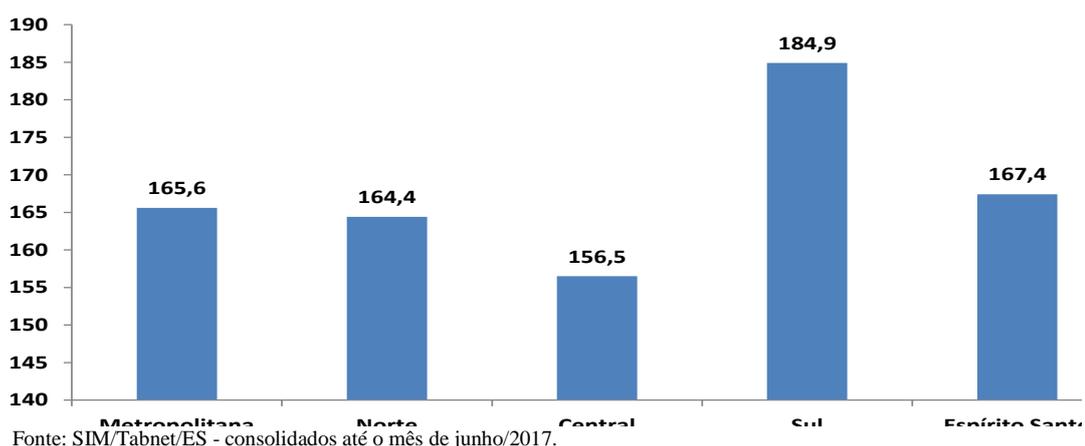
Fonte: SIM/Tabnet/ES - consolidados até o mês de junho/2017.

No período de 2014/2015 o Estado do Espírito Santo, através do programa de apoio ao desenvolvimento institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) do Ministério da Saúde, firmou uma parceria com o Hospital do Coração (HCor) que por meio do laboratório de inovação em planejamento, gestão, avaliação e regulação de políticas, sistemas, redes e serviços de saúde (LIGRESS) organizou o processo de construção dos planos regionais de saúde. Esta ferramenta visa o desenvolvimento de estratégias de formação para apoio ao desenvolvimento de sistemas regionais baseado no perfil epidemiológico de cada Região. Assim, as regiões de saúde, através de um diagnóstico regional, elencaram suas necessidades em saúde.

A região sul elegeu as doenças cardiovasculares como uma de suas quatro principais necessidades em saúde. A mortalidade por doenças do aparelho circulatório no ano de 2016 no Espírito Santo foi de 6580, distribuída regionalmente da seguinte forma: metropolitana 3.611 (54,9%); Norte 700 (10,6%); central 1.006 (15,3%); Sul 1.259 (19,1%).

Contudo a análise do coeficiente de mortalidade por doença cardiovascular, na população no estado do Espírito Santo segundo região de saúde demonstra que o coeficiente da região sul é o maior do estado como demonstrado pelo Gráfico 05. Portanto o levantamento dos dados de forma regionalizada é fundamental para uma análise profunda e específica daquela Região de saúde, contemplando assim o princípio da regionalização.

Gráfico 05: Coeficiente de mortalidade por doença cardiovascular, na população no Estado do Espírito Santo segundo Região de saúde, por 100.000 habitantes – 2016.



Considerações finais

São inúmeros os fatos que podem estar relacionados cada vez mais ao aumento dessas doenças, possivelmente pelo envelhecimento da população, sobrevivência dos pacientes, quando acometidos por doenças infecciosas, incorporação de novas tecnologias favorecendo o diagnóstico precoce das doenças e redução de sua letalidade. Podemos ainda atribuir ao

controle inadequado dos principais fatores de risco como, história familiar de DAC prematura, tabagismo, hipercolesterolemia, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes melito (DM), obesidade, gordura abdominal, sedentarismo, dieta pobre em frutas e vegetais, estresse psicossocial, também como fatores associados ao desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis.

Diante dessa situação faz-se necessário a intensificação do controle dos fatores de risco e do maior acesso da população aos serviços de saúde, com objetivo de reduzir a morbimortalidade por doenças do aparelho circulatório.

Há consenso sobre a importância da adoção de estratégias de atenção integral, cada vez mais precoces ao longo do ciclo de vida, focadas na prevenção do aparecimento de HAS e DM e suas complicações. As ações de saúde estão estabelecidas, porém devem ser implementadas para um efetivo controle dos fatores de risco visando à prevenção da doença e de seus agravos, como desafio para os gestores e profissionais de saúde, as realizações em ações concretas de cuidado integral a indivíduos e comunidades, o conhecimento científico e os avanços tecnológicos hoje disponíveis no âmbito populacional ao alcance de todos

Com um espectro amplo de terapias preventivas de benefício comprovado hoje existentes e com uma capacidade crescente de se identificar as pessoas com maior risco de doenças, a organização da rede de assistência, deve obedecer a critérios racionais de eficácia e eficiência, levando-se em conta o risco de efeitos indesejáveis além da necessidade de otimizar os recursos para os cuidados de saúde.

É preciso organizar estratégias específicas para diferentes perfis de risco, levando em conta a complexidade e a disponibilidade das intervenções, com o objetivo de maximizar benefícios e minimizar riscos e custos, conforme orienta o Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Atenção à Saúde.

Referências Bibliográficas

MANSUR, Antonio de Pádua; FAVARATO, Desidério. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na Região Metropolitana de São Paulo: atualização 2011. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 99, n. 2, p. 755-761, ago. 2012. Disponível

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Ministério da Saúde, 2006. 56 p. Cadernos de Atenção Básica; 14 (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. GEVS - Gerência Estratégica de Vigilância em Saúde, NEVE – Núcleo Especial de Vigilância em Saúde - Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Espírito Santo. 1ª edição. Vitória, 2016.

Mortalidade pelas cinco principais neoplasias no estado do Espírito Santo

Larissa Dell'Antonio Pereira

Enfermeira, referência técnica do registro de câncer.
SESA/GEVS/NEVE/DANT`S

Albertina Maria Salomão Rocha

Enfermeira, referência técnica da vigilância do câncer.
SESA/GEVS/NEVE/DANT`S

No Brasil, o câncer representa a segunda causa de óbito na população adulta. A estimativa do Instituto Nacional do Câncer para o Brasil, biênio 2016-2017, aponta a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (aproximadamente 180 mil casos novos), ocorrerão cerca de 420 mil casos novos de câncer. Os tipos mais frequentes em homens serão próstata (28,6%), pulmão (8,1%), intestino (7,8%), estômago (6,0%) e cavidade oral (5,2%). Nas mulheres, os cânceres de mama (28,1%), intestino (8,6%), colo do útero (7,9%), pulmão (5,3%) e estômago (3,7%) figurarão entre os principais. A distribuição geográfica por Região, na Região Sudeste do Brasil, apresentou 291.090 casos novos de neoplasias (134.330 casos em homens e 156.760 casos em mulheres).

No estado do Espírito Santo estima-se que ocorrerão 12.040 casos novos. Destes, 5.890 na população masculina e 6.150 na população feminina. O Quadro 01 demonstra a distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes para o Espírito Santo.

Quadro 1: Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados segundo sexo, para o Espírito Santo no biênio 2016-2017

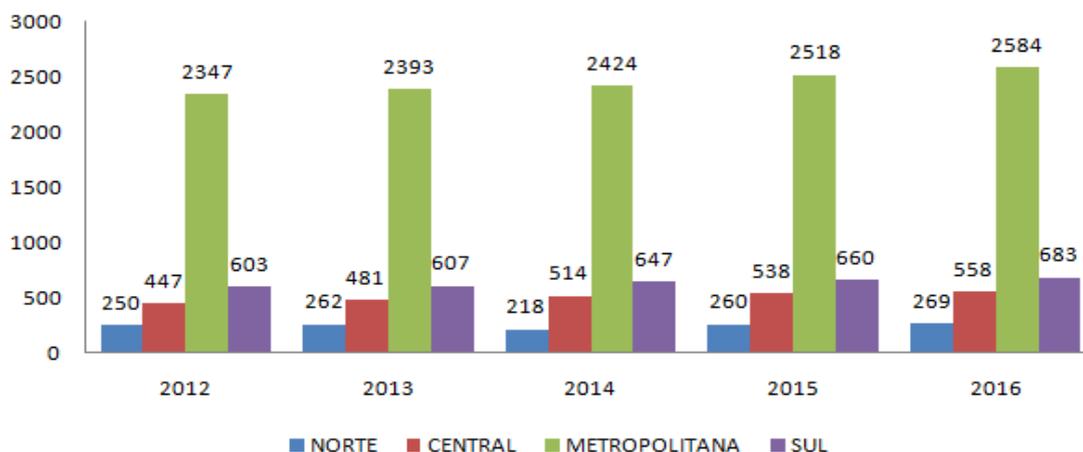
Localização primária	casos novos	%			Localização primária	casos novos	%	
Próstata	1.180	20		Homens	Mama Feminina	1.010	16	
Traqueia, Brônquio e Pulmão	320	5			Mulheres	Cólon e Reto	340	6
Cólon e Reto	310	5			Esôfago	Colo do Útero	300	5
Estômago	290	5			Traqueia, Brônquio e Pulmão	160	3	
Cavidade Oral	280	5			Estômago	150	2	
Esôfago	220	4			Ovário	110	2	
Bexiga	160	3			Corpo do Útero	100	2	
Laringe	120	2			Cavidade Oral	100	2	
Leucemias	100	2			Linfoma não Hodgkin	100	2	
Sistema Nervoso Central	100	2			Esôfago	90	1	

Fonte: Instituto Nacional do Câncer]

Em 2016, a mortalidade por neoplasias malignas no Estado é a segunda causa de óbito entre as mulheres (18,6%) e a terceira causa de óbitos para os homens (17,9%), no ano de 2016 (DATASUS/SIM).

Considerando sua distribuição geográfica por regiões no estado do Espírito Santo, a mortalidade na Região Metropolitana apresenta maior número de casos no período 2012 a 2016, seguida pelas regiões sul, central e norte. Porém há que se considerar que a região metropolitana comporta mais de 50% da população do estado.

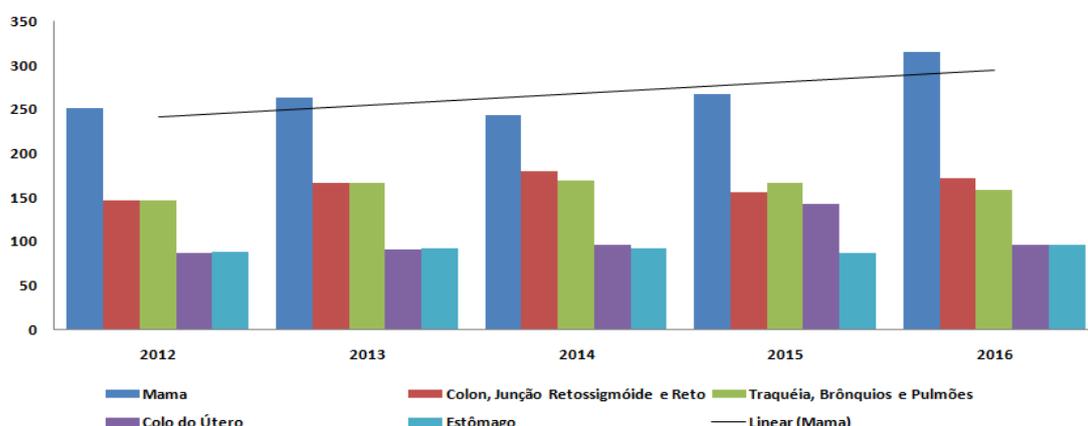
Gráfico 01: Mortalidade por neoplasias nas regiões de saúde do estado do Espírito Santo no período de 2012 a 2016.



Fonte: SIM/Tabnet/ES - consolidados até o mês de junho/2017.

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. Constitui-se na primeira causa de morte, entre as mulheres (BRASIL, 2015). Em 2016, no Estado do Espírito Santo, 18% (316) das mortes por neoplasias em mulheres maiores de 20 anos foram por câncer de mama, acompanhado por neoplasias do cólon, junção retossigmóide e reto (272); traqueia, brônquios, pulmões (159); colo do útero (96) e estômago (96), (Gráfico 2).

Gráfico 02: Mortalidade pelas principais neoplasias na população feminina do Estado do Espírito Santo no período de 2011 a 2016.



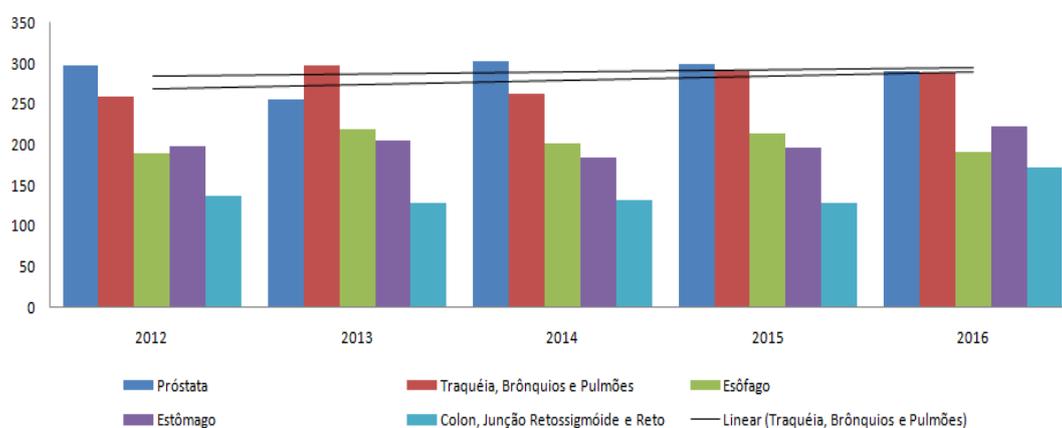
Fonte: SIM/Tabnet/ES - consolidados até o mês de junho/2017.

O câncer de próstata é considerado como da terceira idade, considerando que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos (INCA). Com aumento da expectativa de vida e a evolução dos métodos diagnósticos, a incidência tende a aumentar,

conforme mostram as estimativas nos últimos anos, (1.180 casos novos) para o biênio 2016-2017 no Estado do Espírito Santo.

Em 2016, no ES, 12,5% (291), das mortes por neoplasias em homens maiores de 20 anos foram câncer de próstata acompanhado por neoplasias de traquéia, brônquios, pulmões (289); estômago (223); esôfago (190) e cólon, junção retossigmóide e reto (171). O gráfico 03 mostra que mortalidade por câncer de próstata apresenta-se estável na no período de 2012 a 2016. A mortalidade por câncer de traquéia, brônquios, pulmões mostra uma curva de tendência crescente no período estudado.

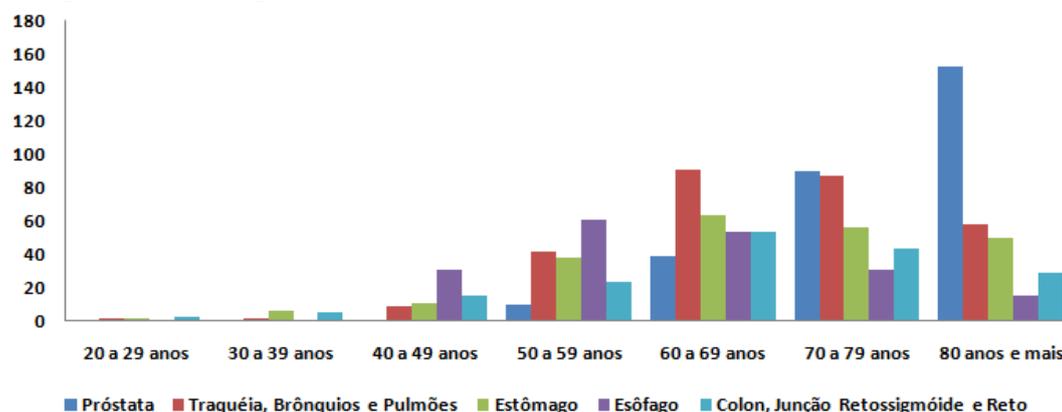
Gráfico 03: Mortalidade pelas principais neoplasias na população masculina do estado do Espírito Santo no período de 2012 a 2016.



Fonte: SIM/Tabnet/ES - consolidados até o mês de junho/2017.

O Gráfico 04 apresenta a mortalidade pelas principais neoplasias na população masculina do Estado no período de 2016 segundo faixa etária. Quando analisadas as cinco principais neoplasias, observa-se que as faixas etárias de maior ocorrência são dos 50 aos 59 anos para o sexo masculino, sendo mais expressiva a partir dos 60 anos.

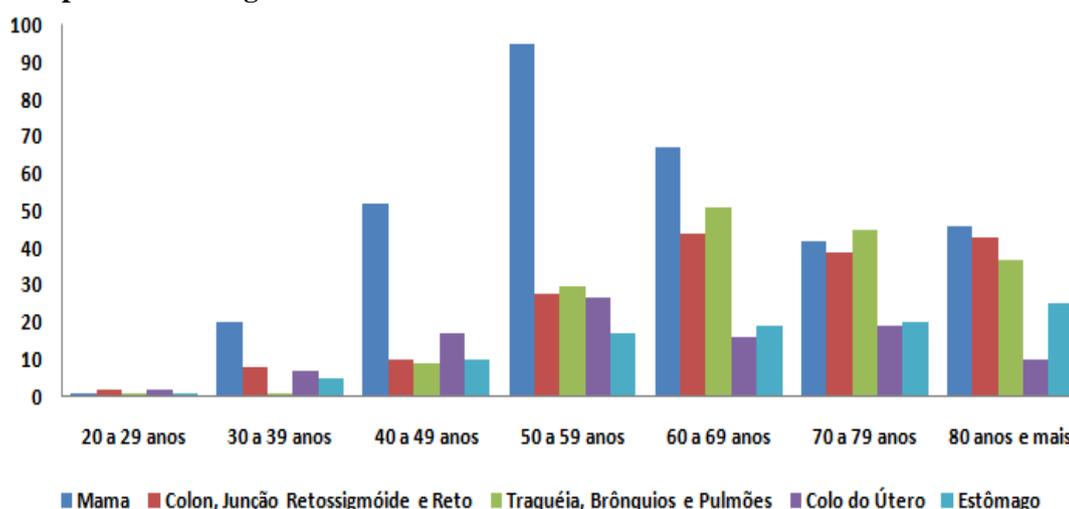
Gráfico 04: Mortalidade pelas principais neoplasias na população masculina do estado do Espírito Santo, segundo a faixa etária no ano de 2016.



Fonte: SIM/Tabnet/ES - consolidados até o mês de junho/2017.

Considerando as cinco principais neoplasias na população feminina no período de 2016, observa-se que começam a aumentar expressivamente na faixa etária a partir dos 40 aos 49 anos. Porém observa-se que o câncer de mama que apresenta um aumento na faixa etária dos 30 a 39 anos e outro aumento significativo entre as mulheres com idade entre 40 e 49 anos (Gráfico 05).

Gráfico 05: Mortalidade pelas principais neoplasias na população feminina do Estado do Espírito Santo segundo a faixa etária no ano de 2016.

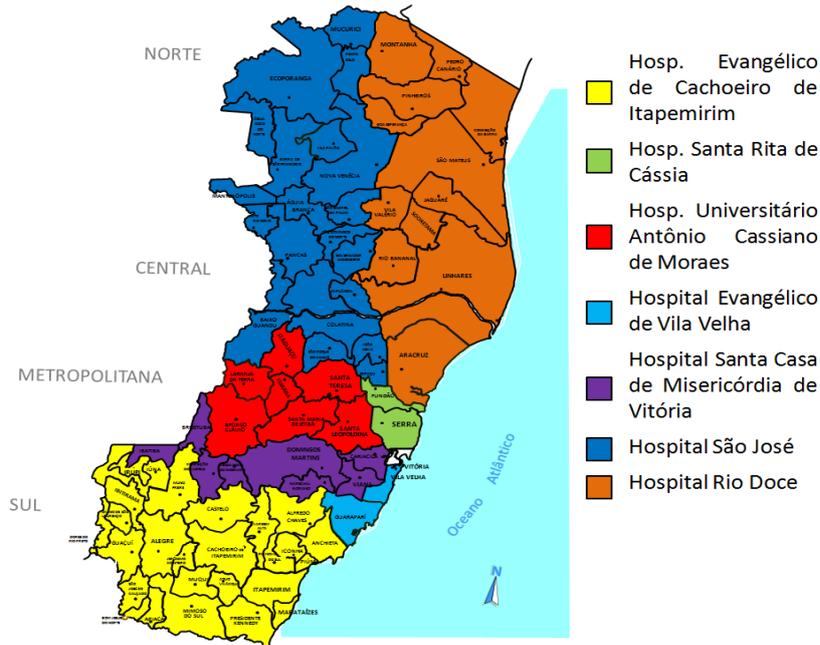


Fonte: SIM/Tabnet/ES - consolidados até o mês de junho/2017.

Com o objetivo de diminuir a mortalidade por câncer, aumentar a oferta de procedimentos relacionados ao diagnóstico e tratamento desta patologia e melhorar o acesso aos serviços de saúde o Estado do Espírito Santo elaborou a linha de cuidado em oncologia que estabelece os fluxos da rede assistencial no Estado. As linhas de cuidado da hipertensão e diabetes, materno infantil e da oncologia são prioritárias para a Rede Cuidar, uma iniciativa do Estado que oferecerá atendimentos de forma regionalizada (Unidade Cuidar Nova Venécia – Região Norte; Unidade Cuidar Linhares – Região Central; Unidade Cuidar Santa Teresa e Unidade Cuidar Domingos Martins – Região Metropolitana; Unidade Cuidar Guaçuí – Região Sul). Para garantir que os fluxos elaborados sejam efetivamente implantados a Atenção Primária a Saúde capixaba está sendo capacitada para o encaminhamento adequado a atenção especializada.

Para a assistência oncológica, no que tange a assistência especializada hospitalar, o Estado do Espírito Santo possui um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e sete unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) habilitadas pelo Ministério da Saúde, distribuídos conforme o mapa abaixo.

Figura 01: Mapa da rede de atenção oncológica hospitalar do estado do Espírito Santo.



Fonte: Plano de Atenção Oncológica 2017, ES.

Pode-se concluir que a epidemiologia do câncer no Estado do Espírito Santo está consoante à epidemiologia do câncer no Brasil.

Assim, percebe-se a importância de monitorar estes dados não apenas pelo número de casos de câncer, mas sim devido o impacto que esta doença tem na vida das pessoas acometidas, seja na dimensão física, psicológica, social ou financeira. Vale ressaltar que o câncer causa impactos não só no âmbito individual, mas coletivo, visto que o tratamento oncológico é majoritariamente financiado pelo Sistema Único de Saúde.

Quanto à mortalidade por câncer, faz-se necessária uma discussão não apenas da efetividade do tratamento, mas também do acesso ao mesmo, pois o diagnóstico precoce está diretamente relacionado ao sucesso do tratamento e ao aumento da sobrevivida.

A rede assistencial em oncologia no Estado do Espírito Santo apresentou uma ampliação nos últimos anos, vale salientar que essa se deu de forma regionalizada conforme um dos princípios do SUS.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Estimativa 2016: incidência no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. GEVS – Gerência Estratégica de Vigilância em Saúde, NEVE – Núcleo Especial de Vigilância em Saúde - Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Espírito Santo. 1ª edição. Vitória, 2016.

Situação epidemiológica das causas externas no Espírito Santo no período de 2006 a 2016

Edleusa Gomes Ferreira Cupertino

Pedagoga, referência técnica das Causas externas
SESA/GEVS/NEVE/DANT`S

Ronise Valéria Guarnier

Enfermeira referência técnica das Causas externas
SESA/GEVS/NEVE/DANT`S

Márcio Nunes Rodrigues

Referência técnica das Causas externas
SESA/GEVS/NEVE/DANT`S

No Brasil, as violências e os acidentes representam a terceira causa de morte na população geral e a primeira na população de 1 a 49 anos.

O Ministério da Saúde reconhece que as violências e os acidentes exercem um grande impacto social e econômico, em especial sobre o Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2001, o Ministério da Saúde lançou a POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DE MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTE E VIOLÊNCIA, por meio da Portaria 936, traçando diretrizes e normas para o setor saúde no processo de enfrentamento da violência.

Em 2015, dados do DATASUS apontam que ocorreram 1.264.175 óbitos em geral no Brasil e desses, 152.136 (12,03%) foram por causas externas, sendo a maior incidência na região sudeste com 35,73 % dos casos, seguida da região nordeste, 32,35%, região Sul, 13,71%, região norte, 9,42% e região centro-oeste com 8,79%.

O objetivo desse trabalho é apresentar um estudo descritivo referente às notificações e morbimortalidade das causas externas no estado do Espírito Santo, com dados obtidos dos sistemas SIM, SIAH e SINAN.

Segundo dados do DATASUS, na região sudeste, 152.136 pessoas foram a óbito por causas externas, sendo São Paulo o local de maior ocorrência, com 43,14% dos óbitos, seguido por Minas Gerais com 25,76%, Rio de Janeiro com 24,40% e Espírito Santo com 6,69% dos casos ocorridos em 2015. (Tabela 01)

Tabela 01: Mortalidade geral e por causas externas, em residentes das regiões do Brasil e Estados da região sudeste, no período 2015.

Mortalidade Geral			Mortalidade por Causas Externas		Mortalidade por Causas Externas		
Regiões/Pais	Nº absoluto	%	Nº absoluto	%	Região/Capital	Nº absoluto	%
Sudeste	573.965	45,4	54.354	35,73	São Paulo	23.450	43,14
Nordeste	337.713	26,71	49.214	32,35	Minas Gerais	14.002	25,76
Sul	191.172	15,12	20.861	13,71	Rio de Janeiro	13.263	24,4
Centro-Oeste	83.381	6,6	14.337	9,42	Espírito Santo	3.639	6,69
Norte	77.944	6,17	13.370	8,79			
Brasil	1.264.175	100	152.136	100	Região Sudeste	54.354	100

Fonte: MS/SVS/CGIAE - SIM

No Espírito Santo, é possível afirmar que as causas externas apresenta tendência de queda, quando observados dados dos anos de 2006 com 18,37%, em 2011, com 17,74%, e em 2016, (dados parciais) por 15,44 % dos óbitos (Tabela 02).

Tabela 02: Mortalidade por causas externas entre os residentes do Espírito Santo, nos períodos, 2006, 2011 e 2016.

Causas específicas	2006			2011			2016		
	Nº	%	Tx/100 mil	Nº	%	Tx/100 mil	Nº	%	Tx/100 mil
Homicídio	1.758	48,64	50,25	1.670	43,97	44,59	1.271	36,08	32,34
Acidentes de transportes	933	25,83	26,67	1.133	29,83	30,25	865	24,55	22,01
Eventos cuja intenção é indeterminada	88	2,43	2,52	135	3,55	3,6	333	9,45	8,47
Queda	283	7,83	8,09	386	10,16	10,31	513	14,56	13,05
Outros acidentes	195	5,4	5,57	141	3,71	3,76	216	6,13	5,5
Suicídio	157	4,34	4,49	162	4,27	4,33	163	4,63	4,15
Afogamento	171	4,73	4,89	129	3,4	3,44	100	2,84	2,54
Demais causas externas	13	0,36	0,37	31	0,82	0,83	38	1,08	0,97
Queimadura	16	0,44	0,46	11	0,29	0,29	24	0,68	0,61
Total de óbitos por Causas externas	3.614	18,37	103,31	3.798	17,74	101,4	3.523	15,44	89,65
Total geral da Mortalidade por todas as causas	19.674	100		21.408	100		22.813	100	

Fonte: SIM/Tabnet/ES – Dados atualizados até o dia 10/08/2017. Ano sujeitos a revisão

Observa-se que os que os homicídios, acidentes de transporte e as quedas representam as três primeiras causas de mortalidade por causas externas, seguidas pelo suicídio, afogamento e queimaduras. No entanto, para os dados do ano de 2016, necessita de investigação dos eventos cuja intenção é indeterminada, o que poderá alterar definitivamente os resultados.

Pelo impacto dos acidentes de transporte nas causas externas, será feita análise em separado no decorrer do trabalho.

No ano de 2006, as quedas significaram 7,83% na mortalidade por causas externas, já em 2011 significou 10,16 % e 13,05 % em 2016, correspondendo a um aumento de 66,67% em 10 anos, com maior prevalência na população idosa.

Na análise feita por regiões de saúde, dentre as causas externas as quatro primeiras causas de mortalidade são: os homicídios, acidentes de transportes, quedas e eventos indeterminados (Tabela 04).

Tabela 03: Mortalidade por causas externas, por região de saúde entre os residentes do estado do Espírito Santo, no período de 2006, 2011 e 2016.

Tipos de óbitos	2006			2011			2016		
	N	%	Tx / 100 mil	N	%	Tx / 100 mil	N	%	Tx / 100 mil
óbitos por causas externas - Região Norte									
Mortalidade geral	2.243			2.404			2.607		
Causas externas	393	17,52	101,58	463	19,26	113,15	453	17,38	106,19
Homicídio	139	35,37	35,93	181	39,09	44,24	174	38,41	40,86
Acidentes de transporte	146	37,15	37,74	155	33,48	37,88	140	30,91	32,88
Eventos cuja intenção é indeterminada	21	5,34	5,43	27	5,83	6,60	42	9,27	9,86
Queda	15	3,82	3,88	34	7,34	8,33	38	8,39	8,92
Outros acidentes	28	7,12	7,24	27	5,83	6,60	26	5,74	6,11
Suicídio	18	4,58	4,65	15	3,24	3,67	16	3,56	3,76
Afogamento	25	6,36	6,46	21	4,54	5,13	8	1,78	1,88
Queimadura	0	-	-	1	0,22	0,24	5	1,11	1,17
Demais causas externas	1	0,25	0,26	2	0,43	0,49	3	0,67	0,70
óbitos por causas externas - Região Central									
Mortalidade geral	3.013			3.371			3.582		
Causas externas	492	16,33	87,03	640	18,99	104,99	546	15,24	84,97
Homicídio	205	41,67	36,26	244	38,13	40,03	197	36,08	30,19
Acidentes de transporte	144	29,27	25,47	234	36,56	38,39	165	30,22	25,68
Queda	31	6,30	5,48	56	8,75	9,19	70	12,82	10,89
Outros acidentes	25	5,08	4,42	24	3,75	3,94	37	6,83	5,76
Eventos cuja intenção é indeterminada	18	3,66	3,18	28	4,38	4,59	35	6,46	5,45
Suicídio	23	4,67	4,07	22	3,44	3,60	18	3,32	2,80
Afogamento	42	8,54	7,43	25	3,91	4,10	19	3,48	2,96
Demais causas externas	2	0,41	0,35	4	0,63	0,60	7	1,29	1,09
Queimadura	21	0,41	0,35	3	0,47	0,49	5	0,92	0,78
óbitos por causas externas - Região Metropolitana									
Mortalidade geral	10.610			11.418			12.161		
Causas externas	2.231	21,03	116,69	2.132	18,67	103,20	1815	14,92	83,23
Homicídio	1.297	58,14	67,84	1.136	53,21	104,99	747	41,16	34,26
Eventos cuja intenção é indeterminada	36	1,61	1,88	54	2,53	2,61	217	11,96	9,95
Acidentes de transporte	447	20,04	23,38	480	22,51	23,23	329	18,13	15,09
Queda	184	8,25	9,62	226	10,60	10,94	283	15,59	12,98
Suicídio	85	3,81	4,45	96	4,50	4,55	94	5,18	4,31
Outros acidentes	93	4,17	4,86	57	2,67	2,66	71	3,91	3,26
Afogamento	71	3,18	3,71	53	2,49	2,57	47	2,59	2,16
Demais causas externas	7	0,31	0,37	24	1,13	1,16	23	1,27	1,05
Queimadura	11	0,49	0,58	6	0,28	0,29	4	0,22	0,18
óbitos por causas externas - Região Sul									
Mortalidade geral	3.799			4.175			4.451		
Causas externas	498	13,11	78,52	563	13,49	85,18	595	13,37	87,39
Acidentes de transporte	196	39,36	30,90	264	46,89	39,94	178	29,92	26,14
Homicídios	117	23,49	18,45	109	19,36	16,49	130	21,85	19,09
Queda	53	10,64	8,36	70	12,43	10,59	112	18,82	16,45
Outros aciedentes	49	9,84	7,73	33	5,86	4,99	76	12,77	11,16
Eventos cuja intenção é indeterminada	13	2,61	2,05	26	4,62	3,93	37	6,22	5,43
Suicídio	31	6,22	4,89	29	5,15	4,39	35	5,88	5,14
Afogamento	33	6,63	5,20	30	5,33	4,54	15	2,56	2,22
Queimadura	3	0,60	0,47	1	0,18	0,15	8	1,36	1,17
Demais causas externas	3	0,60	0,47	1	0,18	0,15	4	0,68	0,59

Fonte: SIM/Tabnet/ES – Dados atualizados até o dia 10/08/2017. Ano sujeito a revisão

Dentre os óbitos por causas externas, a região norte apresentou o índice de 101,58/100 mil habitantes em 2006, alcançando 113,15/100 mil habitantes em 2011, encerrando com 106,19/100 mil habitantes em 2016. A região central apresentou em 2006 o índice de 87,03/100 mil habitantes, 104,99/100 mil habitantes em 2011, encerrando 2016 com 84,97/100 mil habitantes. A região sul apresentou em 2006 o índice de 78,52/100 mil habitantes, uma alta em 2011, com a taxa de 85,18/100 mil habitantes e, encerraram 2016 com 83,39/100 mil habitantes. A região metropolitana apresentou a taxa de 116,60/100 mil

habitantes em 2006, diminuiu para 103,20 em 2011 e encerraram 2016 com 83,23/100 mil habitantes.

Homicídios

Notadamente, a redução do percentual dos homicídios de 48,64 % em 2006 para 36,08 % em 2016 impactou na queda geral das causas externas no estado do Espírito Santo. Os homicídios que apresentavam um índice de mortalidade de 50,25/100 mil habitantes em 2006 reduziram para 44,59/100 mil habitantes em 2011 e em 2016 alcança 32,34/100 mil habitantes, com uma tendência de decréscimo. Contribuíram para isso as várias políticas públicas nas três esferas de governo, acentuada pela Lei 10.826 de 22/12/2003, que legisla sobre o desarmamento, regulamentada pelo decreto 5.123 de 01/07/2004. Apesar disso, em 2016, cerca de 76% dos homicídios foram por arma de fogo, 12% usaram objetos cortantes, 7% foram objetos contundentes, 1% por estrangulamento e 4% outros meios, segundo os dados obtidos no DATASUS/SIM.

Em 2016, o sexo masculino sofreu o maior impacto dos óbitos por homicídio no ES, sobretudo na faixa etária de 15 a 19 anos, com o índice de 148,21 óbitos a cada 100.000 habitantes. A faixa de 20 a 29 anos também tem um índice expressivo e alcançou 116,91 óbitos por 100.000 habitantes. Ao analisar por regiões de saúde, a faixa etária amplia para 15 a 39 anos. A região metropolitana apresentou o maior índice com 186,60/100 mil habitantes na faixa de 15 a 19 anos, seguida pela região norte com 176,61/100 mil habitantes, região central com 100,80/100 mil habitantes, sendo que na região sul, a faixa de maior incidência é de 20 a 29 anos com a taxa de 74,85/100 mil habitantes. Merece destaque o homicídio na população feminina da região norte, na faixa etária de 15 a 19 anos (32,74/100.000 habitantes), de 20 a 29 anos (17,44/100.000 habitantes) 30 a 39 anos (14,94/100.000 habitantes), 40 a 49 anos (10,67/100.000 habitantes). Na região central, a população feminina da faixa etária de 40 a 49 anos apresentou um índice de 13,89/100.000 habitantes, conforme observado na tabela 04.

Tabela 04: Mortalidade por causas externas – homicídio e suicídio, por região de saúde e faixa etária entre os residentes do estado Espírito Santo, 2016.

Estado / Regiões	ES		Norte		Central		metropolitana		Sul	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Homicídios										
0 a 4	1,51	3,62	0,00	0,00	4,54	4,47	1,36	5,14	0,00	0,00
5 a 9	0,71	0,68	0,00	0,00	0,00	0,00	1,30	0,00	0,00	4,10
10 a 14	1,32	8,96	5,71	0,00	0,00	19,40	1,19	9,32	0,00	3,75
15 a 19	9,41	148,21	32,74	176,61	3,78	100,80	9,11	186,60	0,00	52,91
20 a 29	7,05	116,91	17,44	112,68	5,60	98,35	4,91	135,47	9,12	74,85
30 a 39	7,96	66,26	14,94	111,41	7,82	63,31	7,97	63,48	3,71	50,27
40 a 49	6,09	43,63	10,67	55,24	13,89	63,22	4,12	37,85	2,19	32,30
50 a 59	6,37	30,04	9,11	57,44	8,87	25,97	4,79	24,93	7,75	32,96
60 a 69	1,46	26,38	0,00	29,95	0,00	39,99	2,57	36,84	0,00	12,15
70 a 79	1,39	27,03	0,00	30,24	0,00	53,29	2,59	29,47	0,00	0,00
80 e mais	5,03	19,31	0,00	30,79	0,00	43,50	9,37	8,25	0,00	16,87
ES	5,28	56,90	10,94	69,59	5,67	54,15	4,72	62,24	3,25	34,74
Suicídios										
0 a 4	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5 a 9	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10 a 14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
15 a 19	1,25	0,60	0,00	0,00	0,00	0,00	1,14	1,11	3,73	0,00
20 a 29	4,29	5,90	2,91	5,63	0,00	10,73	6,00	5,75	3,65	1,78
30 a 39	2,75	8,36	2,99	17,14	1,95	7,23	2,66	6,88	3,71	1,98
40 a 49	4,19	7,65	0,00	3,45	0,00	4,52	4,12	7,77	10,96	12,92
50 a 59	0,91	9,86	0,00	4,42	0,00	8,66	0,80	1,46	2,58	15,21
60 a 69	2,19	3,20	0,00	7,49	0,00	0,00	2,57	2,98	3,98	4,05
70 a 79	1,39	18,02	0,00	45,36	0,00	21,32	2,59	7,37	0,00	24,29
80 e mais	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ES	2,13	5,30	0,95	6,49	0,31	5,23	2,45	4,73	3,55	6,42

Fonte: SIM/Tabnet/ES – Dados atualizados até o dia 10/08/2017. Ano 2016 sujeitos a revisão

Suicídio

O suicídio mantém um índice na faixa dos 4/100 mil habitantes ao longo dos 10 anos analisados, sendo mais letal no sexo masculino embora haja mais tentativas entre pessoas do sexo feminino.

Em 2006, representava 4,34 % das mortes por causas externas, com uma taxa de 4,49/100 mil habitantes, em 2011 apresentou 4,33/100 mil habitantes e em 2016 alcança 4,15/100 mil habitantes. De fato, 2003 a 2016, os índices de óbitos por suicídio no estado do Espírito Santo mantiveram-se inalterados, variando na faixa de 3,9 a 4,8 por 100 mil habitantes (Tabela 05).

Tabela 05: Taxa de mortalidade por lesão autoprovocada, por 100 mil habitantes, residentes no estado Espírito Santo, no período de 2003 a 2016.

Ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Taxa por 100 mil	4,6	3,9	4,2	4,1	4,4	4,4	4,5	4,1	4,5	4,6	4,2

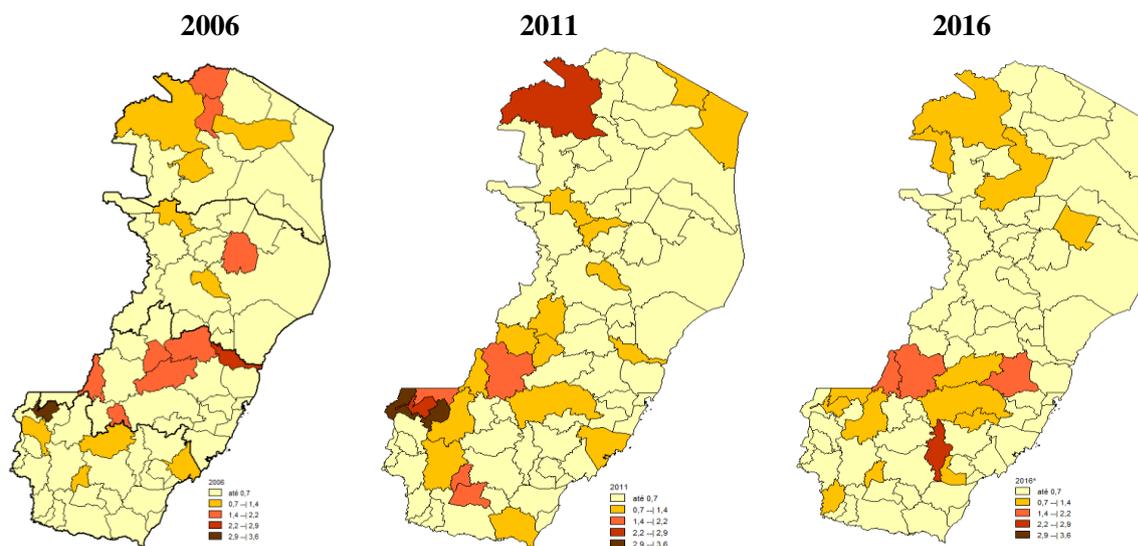
Fonte: SIM/Tabnet/ES – Dados atualizados até o dia 10/08/2017. Ano 2016 sujeitos a revisão

Em 2016 a maior incidência de suicídio foi no sexo masculino, sobretudo na faixa etária de 70 a 79 anos, com um índice de óbitos de 18,02/100.000 habitantes seguido da faixa etária de 50 a 59 anos, com 9,86/100.000 habitantes, 30 a 39 anos com 8,36/100.000 habitantes e 20 a 29 anos com 5,90/100.000 habitantes, em todo o estado.

Há prevalência de maior letalidade por suicídio nas pessoas do sexo masculino em todas as regiões de saúde. Destaca-se o índice de mortalidade por suicídio na população acima de 70 anos. A região norte apresentou no ano 2016, um índice de 45,36/100.000 habitantes na população masculina de 70 a 79 anos e de 17,14/100 mil habitantes na faixa de 30 a 39 anos. A região central demonstra um índice de 21,32/100.000 habitantes do sexo masculino, na faixa de 70 a 79 anos, e de 10,73/100.000 habitantes masculinos, na faixa de 20 a 29 anos. A região sul apresentou um índice de 24,29/100.000 habitantes masculinos para a faixa de 70 a 79 anos, seguida de 15,21/100.000 habitantes na faixa de 50 a 59 anos e de 12,92/100.000 habitantes na faixa de 40 a 49 anos, ambos na população masculina. No entanto, é expressiva a letalidade, no sexo feminino, na faixa etária de 40 a 49 anos, com um índice de 10,96/100.000 habitantes, na região sul. A região metropolitana é a de menor incidência, mas mantém o caráter masculino na letalidade, com o índice de óbitos de 9,46//100.000 habitantes na faixa de 50 a 59 anos, 7,77/100.000 habitantes de 40 a 49 anos, 7,37/100.000 habitantes de 70 a 79 anos. A faixa etária feminina de 20 a 29 anos sobrepõe à mortalidade masculina por suicídio na região metropolitana com um índice de 6,00/100.000 habitantes.

A mortalidade por suicídio analisada, tanto pelos dados dos quadros anteriores, como pelos mapas abaixo, permite afirmar que os maiores índices se encontram nos municípios do interior, com algumas características que se assemelham entre si, embora não seja uma regra, tais como: colonização europeia, maioria de clima frio, altitudes elevadas e agricultura como maior meio de produção, com conseqüente presença de agrotóxico:

Mapa 01: Taxa de mortalidade por suicídio, segundo município de residência do estado Espírito Santo, por 10 mil habitantes – 2006 a 2016.



Fonte: SIM/Tabnet/ES – Dados atualizados até o dia 10/08/2017. Ano 2016 sujeitos a revisão

Em 2016, 58,28% dos óbitos por lesão autoprovocada intencionalmente (suicídio) ocorreram por enforcamento, 9,5% (X74 e X 72), por arma de fogo, 6,1% (X 68, X69) por ingestão de pesticida e/ou produtos químicos, 4,8% por quedas e 2,8% (X61, X64 e X60) por uso de medicamentos e o restante por outros meios variados, conforme tabela 06.

Tabela 06: Tipos de suicídio ocorridos na população residente do estado do Espírito Santo, no período de 2016.

Tipos de suicídios		2016	%
X70	lesão autoprov intenc enforc estrang sufc	95	58,28
X80	Lesão autoprov intenc precip lugar elevado	11	6,75
X74	Lesão autoprov intenc disp outr arma fogo e NE	10	6,13
X68	Auto-intox intenc a pesticidas	6	3,68
X69	Auto-int intenc outr prod quim subst noc NE	5	3,07
X78	Lesão autoprov intenc obj cortante penetr	5	3,07
X84	Lesão autoprov intenc p/meios NE	5	3,07
X61	Auto-int int a-conv sed hip a-park psic NCOP	4	2,45
X72	Lesão autoprov intenc disp arma fogo de mão	4	2,45
X76	Lesão autoprov intenc fumaça fogo e chamas	3	1,84
X79	Lesão autoprov intenc p/ objeto contudente	3	1,84
X67	Auto-intox intenc p/ outr gases e vapores	2	1,23
X71	Lesão autoprov intenc p/afogamento sumersão	2	1,23
X83	Lesão autoprov intenc p/outr meios espec	2	1,23
X60	Auto-int int analg antipir anti-reum n-opiac	1	0,61
X64	Auto-int entenc out drog med subst biolog NE	1	0,61
X65	Auto-intox voluntaria p/alcool	1	0,61
X66	Auto-int int solv org hidrocarb halog vapor	1	0,61
X77	Lesão autoprov int vapor agua gas obj quent	1	0,61
X82	Lesão autoprov intenc impacto veic a motor	1	0,61
Total		163	100

Fonte: SIM/Tabnet/ES – Dados atualizados até o dia 10/08/2017. Ano sujeitos a revisão

Suicídios na Ponte Deputado Darcy Castello de Mendonça (Terceira Ponte)

De 2006 até 2016 ocorreram 78 suicídios na Terceira Ponte, com uma média de 4,6 suicídios por ano. Estas ocorrências correspondem a uma média de 2,9% dos óbitos por suicídio do estado, para o período referido (Tabela 8).

Tabela 09: Suicídios ocorridos na ponte deputado Darcy Castello de Mendonça, Espírito Santo, 2006 a 2015.

Ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Média
Suicídio ES	161	138	151	150	163	164	171	159	175	187	163	2695
Suicídio 3ª ponte	4	4	1	2	2	8	6	3	12	6	10	78
% óbitos/ES	2,5	2,9	0,7	1,3	1,2	4,9	3,5	1,9	6,9	3,2	6,1	2,9
Tentativas 3ª Ponte	16	14	18	11	15	21	28	15	43	31	46	332
% de êxito no resgate	75	71,4	94,4	81,8	86,7	61,9	78,6	80	72,1	80,6	78,3	76,51

Fonte: Dados complementares fornecidos pela Rodosol e conferidos junto ao CIODES/SESP por ano de amostragem

Morbidade hospitalar por causas externas

No ano de 2006, cerca de 13 mil (6,8%) pessoas foram internadas no Espírito Santo em decorrência de causas externas, número que chegou a 18 mil (8,5%) em 2011 e 25,1 mil em 2016, significando um incremento de 4% no número de internações por causas externas no intervalo de 10 anos. A maioria das internações ocorreu na região metropolitana, sendo 11,5% das internações gerais em 2016. Tal fato causou relevante impacto no investimento no setor saúde, pois foi investido em 2006, o valor de 9,3 milhões de reais e 28,8 milhões de reais, em 2016, significando um aumento de 208,5% no percentual de investimento da saúde. (Tabela 09)

Tabela 09: Custos da morbidade por causas externas, entre os residentes do estado Espírito Santo, no período de 2016.

Regiões/Estado	2006				2011				2016			
	Nº milhares	% morb. Geral	Valor R\$ milhões	Valor % morb geral	Nº milhares	% morb. Geral	Valor R\$ milhões	Valor % morb	Nº milhares	% morb. Geral	Valor R\$ milhões	Valor % morb geral
Norte	1,1	4,9	0,8	7	1,7	6,7	1,8	9,3	2,9	9,8	2,3	8,3
Central	2,3	7,4	1,4	8,4	2,3	7,2	1,8	6,5	3,3	9,6	3,6	8,1
Metropolitana	6,9	7,4	5,4	8,8	9,4	8,8	9,8	8,3	13,7	11,5	16,3	9,8
Sul	2,6	6,2	1,7	6,8	4,7	9,8	4,6	10,2	5,2	11	6,6	11,4
ES	13	6,8	9,3	8,2	18,1	8,5	18	8,6	25,1	10,9	28,8	9,7

Fonte: SIAH/SUS – extraído em agosto/2017. * 2016 passíveis de alteração

Notificação

No Espírito Santo, a violência teve seus primeiros registros em 2008, porém, ainda no ano de 2016 não ocorreu adesão de todos os municípios e/ou serviços de saúde. Contrariando a legislação, que torna a notificação obrigatória desde o ano de 2003, apenas 23.2% das unidades de saúde, cadastradas no CNES, notificaram em 2016. (tabela 10).

Tabela 10: Número de unidades de saúde notificantes segundo regiões de saúde do estado do Espírito Santo, 2008 a 2016.

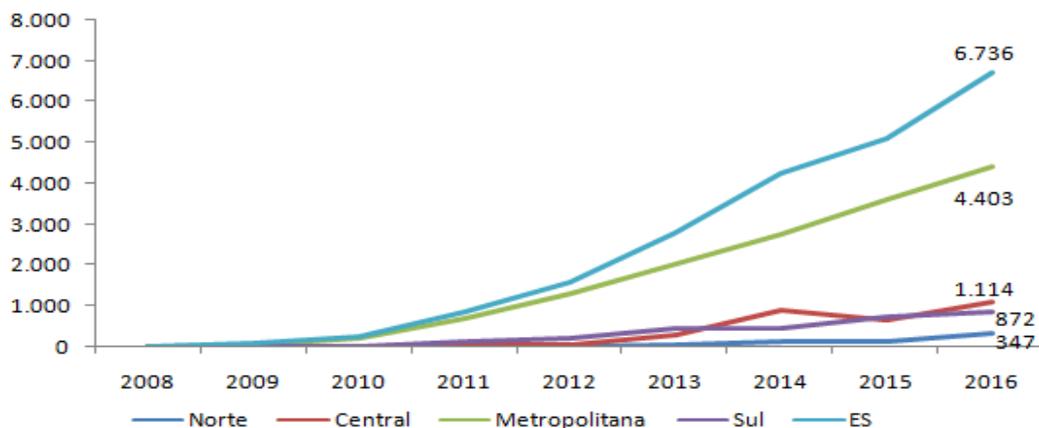
Regiões/Estado	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Norte	0	0	0	3	6	16	21	28	22
Central	0	0	0	7	12	32	46	43	42
Metropolitana	0	10	19	34	74	100	134	171	167
Sul	3	5	4	20	32	45	45	59	70
ES	3	15	23	65	124	193	246	301	301

Fonte: SINAN. Extraído em agosto/2017

A notificação é parte de uma linha de cuidados composta por quatro fases: acolhimento, atendimento, notificação e monitoramento da vítima nos territórios, pela APS,

porém apesar do crescimento das notificações, principalmente na região metropolitana, ainda é pouco expressivo nas regiões sul, central e norte (gráfico 01).

Gráfico 01: Número absoluto de notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, segundo região de saúde 2008 a 2016, ES.



Fonte: SINAN/NET

O tipo de violência de maior notificação é a física, seguida de lesão autoprovocada, psicológica e moral (Tabela 11).

Tabela 11: Números de notificação de violência, segundo tipo e faixa etária, no estado do Espírito Santo, 2016.

faixa etária	sexo	Lesão											total	total (F+M)
		autoprovocada	Física	Psic /moral	Tortura	Sexual	Trafico pessoas	Financ /econ	Neglig/aband	Trab infantil	interv legal	Outras		
<1	F	0	36	0	1	4	0	2	38	0	0	2	83	141
	M	0	19	0	0	1	0	1	36	0	0	1	58	
1 a 4	F	0	24	5	1	52	0	1	54	0	0	4	141	276
	M	0	25	3	0	23	0	0	79	0	0	5	135	
5 a 9	F	4	26	16	2	72	0	1	19	0	0	6	146	256
	M	5	40	12	2	22	0	0	22	2	0	5	110	
10 a 14	F	89	134	58	9	180	0	0	18	1	0	80	569	729
	M	20	81	16	1	7	0	0	13	0	1	21	160	
15 a 19	F	207	343	103	14	78	0	3	4	0	1	170	923	1.344
	M	55	296	16	5	5	0	2	3	0	4	35	421	
20 a 39	F	564	1.628	643	67	166	0	36	8	0	3	428	3.533	4.433
	M	234	422	42	14	9	0	1	4	0	3	171	900	
40 a 59	F	233	660	319	23	54	0	30	5	0	0	188	1.512	1.868
	M	83	176	25	1	2	0	3	5	0	0	61	356	
≥ 60	F	31	131	60	5	6	0	24	43	0	0	26	326	538
	M	26	117	22	4	1	0	6	19	0	0	17	212	
total	F	1.118	2.982	1.204	122	612	0	97	189	0	4	904	7.233	9.585
	M	423	1.176	136	27	70	0	13	181	0	8	316	2.352	
total (M+F)		1.541	4.158	1.340	149	682	0	110	370	0	12	1.220	9.585	

Fonte: SINAN – Extraído em agosto/2017

A violência sexual é a quinta violência mais notificada. Em 2016, das 625 notificações de violência sexual, 562 foram de estupros, sendo 90% no sexo feminino e destes, 48% em menores de 14 anos (Tabela 12).

Tabela 12: Números de notificação de estupros por faixa etária e sexo, no estado do Espírito Santo, 2016.

Faixa etária	Masc	Fem	Total
< de 1	1	3	4
1 a 4	17	31	49
5 a 9	19	51	70
10 a 14	5	140	145
15 a 19	4	68	72
20 a 29	5	85	90
30 a 39	4	71	75
40 a 49	2	33	35
50 a 59	0	15	15
60 a 69	0	5	5
70 a 79	0	1	1
80 e +	1	0	1
Total	58	503	562

Fonte: SINAN. Extraído em agosto/2017

È extremamente importante que as vítimas de violência sexual procurem o serviço de saúde o mais rápido possível (antes de 72h do estupro) para evitar uma revitimização como uma gravidez indesejada. Mas, uma vez grávida por estupro, o Espírito Santo dispõe de 02(dois) serviços de referência para a interrupção da gravidez conforme Portaria 1.508/2005. São eles: Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), no município de Vitória e Hospital São José, no município de Colatina. Não é necessária a apresentação de boletim de ocorrência para a interrupção da gravidez (até 22 semanas), por já estar previsto no Código Civil. Em 2016, ocorreram 26 casos de interrupção da gravidez prevista em lei em todo o estado.

Considerações finais

É legítimo um movimento crescente no cuidado à vítima de violência no setor saúde em nível estadual e municipal, no Espírito Santo, porém ainda muito frágil e demanda apoio institucional.

Ressalta-se que a região metropolitana é a que possui maior número de notificações, e por consequência, tem melhor organizado seus serviços, capacitando rotineiramente suas equipes, sobretudo na qualificação da informação, formando rede de atenção, ampliando o acesso e diminuindo o tempo de intervenção aos casos notificados. Esses fatores podem e devem estar diretamente ligados aos resultados da morbimortalidade por causas externas, quando aponta a região metropolitana com maior índice de internação e o menor por mortalidade de suicídio, por exemplo.

Ao analisarmos os óbitos por suicídio na terceira ponte, percebe-se que tais eventos contribuem em menor escala para a mortalidade quando comparados aos eventos relacionados aos municípios de exploração agrícola com uso intenso de agrotóxico.

O setor saúde é imprescindível na tomada de decisão das políticas públicas de enfrentamento da violência, posto que é uma área de escuta qualificada das possíveis vítimas, além de ser muitas vezes o único local onde a vítima transita sem maiores problemas com seus agressores. Quanto mais preparada à equipe, melhor é a escuta, o cuidado a vítima, o banco de dados e melhor são as condições para que o gestor possa planejar ações mais assertivas, aplicando menos recursos e, obviamente gerando economicidade ao erário público.

À vigilância cabe monitorar e produzir informações para embasamento das autoridades na tomada de decisões em prol da promoção da saúde, mas é imprescindível o apoio de cada servidor da saúde pública e/ou privada para a melhoria da qualidade dos dados e principalmente para colocar a vítima numa linha de cuidados efetivos.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. VIVA INSTRUTIVO FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL e AUTOPROVOCADA, Brasília, 2015

DATASUS, Disponível em www.datasus.gov.br. BRASIL. Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 288, de 25 de março de 2013. Estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios. Disponível em: http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2015/08/portariainterministerial288-2015_SPM-MS-MJ_violencia-sexual.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 737/GM, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial da União - Seção 1, 18/05/2001. Brasília/DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.406/GM, de 5 de novembro de 2004. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2406_05_11_2004_rep.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 936, de 18 de maio de 2004 - Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde em Estados e Municípios. Diário Oficial da União - Seção 1, 20/05/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência 57 sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília:

Ministério da Saúde, 2010. 104, p. : il. - (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 10.778 de 24/11/2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.845 de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.826 de 22 de dezembro de 2003. Estatuto do Desarmamento. Dispõe sobre registro, posse e comercialização de armas de fogo e munição, sobre o Sistema Nacional de Armas, define crimes e dá outras providências. 60

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 8.086 de 30 de agosto de 2013. Institui o Programa Mulher: Viver sem Violência e dá outras providências.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto 5.099 de 3 de junho de 2004. Regulamenta a Lei no 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência sentinela.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto 7.958 de 13 de março de 2013. Estabelece diretriz para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Enfrentando a violência contra a mulher – orientações práticas para profissionais e voluntários (as). Brasília, 2005: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.

Morbimortalidade dos acidentes de transporte terrestres no estado do Espírito Santo

Priscilla Rocha Araujo Nader

Enfermeira, referência técnica das Causas externas
SESA/GEVS/NEVE/DANT's

A Assembleia Geral das Nações Unidas lançou, em março de 2010, uma resolução definindo o período de 2011 a 2020 como a “Década de Ações para a Segurança no Trânsito”. O documento foi elaborado com base em um estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS) que contabilizou que por ano ocorrem cerca de 1,3 milhões de mortes por acidentes de trânsito em 178 países. Aproximadamente, 50 milhões de pessoas sobrevivem com sequelas (WHO, 2004; 2009; 2013).

Em 2013, o Brasil aparece em terceiro lugar entre os países recordistas em mortes no trânsito, e junto com Índia, China, EUA, Rússia, México, Indonésia, África do Sul e Egito é responsável por 62% das mortes por acidentes no trânsito no mundo (WHO, 2015).

O Governo Brasileiro, por meio do Ministério da Saúde (MS), lançou o Projeto Vida no Trânsito, através da portaria Nº 3023/2011, que é uma ação interministerial desenvolvida em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a *Bloomberg Philanthropies*, fundação internacional de promoção de atividades na área social.

O principal objetivo do atual programa é reduzir lesões e óbitos decorrentes de acidentes no trânsito; preconizando assim o diagnóstico dos acidentes, por meio da utilização dos bancos de dados da saúde e da segurança pública, visando identificar fatores de riscos e grupos de vítimas e definir ações intersetoriais baseadas na educação, fiscalização e engenharia de trânsito.

Sabe-se que o número de óbitos por acidentes de transporte terrestre (ATT) vem crescendo no decorrer dos anos devido ao aumento da frota de veículos e às condutas de risco assumidas por parte da população, como beber e dirigir, andar em velocidade excessiva e transitar em local impróprio, entretanto, no Brasil houve uma redução da mortalidade do ano de 2012 para o ano de 2013, redução essa que o Ministério da Saúde atribui a lei 12.760, que estabelece tolerância zero ao álcool e reforça os instrumentos de fiscalização do cumprimento da Lei Seca.

A seguir será apresentado estudo descritivo da mortalidade e morbidade hospitalar por ATT para o Espírito Santo e suas regiões de saúde. Os dados sobre a mortalidade foram originados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e os relativos à morbidade

hospitalar do Sistema Único de Saúde foram tirados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), sendo extraídos por local de residência. Todos os dados são do Tabnet, que é de domínio público. Os óbitos e internações são referentes aos códigos V01 a V89, da Classificação Internacional de Doenças (CID). As taxas de mortalidade foram calculadas por 100 mil habitantes e as de internação por 10 mil habitantes. A base populacional foi extraída das “estimativas populacionais: município, sexo e idade 2000 a 2015 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística” disponível no sítio eletrônico do Departamento de Informática do SUS – DATASUS, sendo que para as taxas do ano de 2016, foi utilizada a base populacional do ano de 2015.

Tabela 1: Número de óbito e taxas de mortalidade (por 100 mil habitantes) por acidente de transporte terrestre (ATT), segundo variáveis sócio demográficas – Espírito Santo, 2006, 2011 e 2016.

Variáveis	2006			2011			2016		
	N	%	Taxa	N	%	Taxa	N	%	Taxa
Total de ATT	957	100,00	27,36	1199	100,00	32,01	805	100,00	20,48
Condição da Vítima									
Pedestre (V01 a V09)	195	20,38	5,57	222	18,52	5,93	129	16,02	3,28
Ciclista (V10 a V19)	34	3,55	0,97	12	1,00	0,32	19	2,36	0,48
Motociclista (V20 a V39)	190	19,85	5,43	362	30,19	9,66	240	29,81	6,11
Ocup. de Veículo (V40 a V79)	315	32,92	9,00	388	32,36	10,36	230	28,57	5,85
Outros (V80 a V89)	150	15,67	4,29	132	11,01	3,52	157	19,50	3,99
Sem informação	73	7,63	2,09	83	6,92	2,22	30	3,73	0,76
Sexo									
Masculino	740	77,32	42,27	999	83,32	53,39	656	81,49	33,45
Feminino	143	14,94	8,18	200	16,68	10,67	149	18,51	7,57
Sem informação	74	7,73	-	0	0	-	0	0	-
Faixa Etária									
< 9	25	2,61	4,13	28	2,34	4,83	15	1,86	2,69
10 a 19	84	8,78	13,24	102	8,51	16,03	59	7,33	9,32
20 a 39	444	46,39	37,10	561	46,79	43,90	354	43,98	26,68
40 a 59	281	29,36	36,81	339	28,27	38,48	251	31,18	26,23
60 ou mais	116	12,12	38,87	164	13,68	44,19	126	15,65	27,68
Sem informação	7	0,73	-	5	0,42	-	0	0	-
Região									
Metropolitana	425	44,41	22,23	472	42,18	22,85	309	38,39	14,17
Norte	141	14,73	36,44	152	13,58	37,15	147	18,26	34,52
Central	136	14,21	24,06	228	20,38	37,40	153	19,01	23,81
Sul	181	18,91	28,54	262	23,41	39,64	166	20,62	24,38
Sem informação	74	7,73	-	5	0,45	-	30	3,73	-

Fonte: SIM/DATASUS. Dados referentes ao ano de 2016 passíveis de alteração.

O total de óbitos por ATT (Tabela 1) foi de 957 em 2006, 1199 em 2011 e 805 em 2016. Em 2006, as principais vítimas fatais foram ocupantes de veículos (32,92%) seguidos por pedestre (20,38%) e motociclistas (n=190). Em 2011, os óbitos de motociclistas ocupavam a segunda posição (30,19%) e em 2016, a primeira (29,81%); desvelando que o aumento do número de motocicletas associado a comportamentos de risco têm feito com que os acidentes com esse grupo de vítimas tenha aumentado em frequência e se configurado em um grave problema de saúde pública.

Quanto ao sexo (Tabela 1), os homens foram à maioria das vítimas fatais nos três anos estudados, representando 77,32% da amostra em 2006, 83,32% em 2011 e 81,49% em 2016.

Na variável faixa etária observa-se um predomínio do número de óbitos de adultos jovens (20 a 39 anos), sendo 46,39% da amostra em 2006, 46,79% em 2011 e 43,8% em 2016, seguido pela faixa etária de 40 a 59 anos com 29,36% da amostra em 2006, 28,27% em 2011 e 31,18% em 2016.

Associando informações referentes ao sexo e a faixa etária pode-se concluir que a maioria dos óbitos relacionados aos ATT é de homens em idade socioeconômica ativa, o que produz impactos significativos na produção econômica do Estado e na condição social das famílias envolvidas.

Ao analisar a Tabela 1, na perspectiva do número de óbitos por região de saúde do estado, identifica-se que o maior número é da região metropolitana, representando 44,41% da amostra em 2006, 42,18% em 2011 e 38,39% em 2016, explicado por ser a região que possui maior contingente populacional. Entretanto, ao analisar a taxa por 100 mil habitantes, a região norte apresenta as maiores taxas levando em consideração os anos de 2006 e 2016, sendo 36,44 óbitos por 100 mil hab. em 2006 e 34,52 por 100 mil hab. em 2016. E a região sul apresenta destaque em 2011, com taxa de 39,64 óbitos por 100 mil hab.

Tabela 2: Número e taxa de internação por acidente de transporte terrestre por 10 mil habitantes, segundo condição da vítima – Espírito Santo e regiões de saúde, 2016.

Condição da Vítima	Pedestre V01 a V09		Ciclista V10 a V19		Motociclista V20 a V39		Ocup. de Veículos V40 a V79		V80-V89 Outros	
	N	Taxa	N	Taxa	N	Taxa	N	Taxa	N	Taxa
Central	217	3,38	42	0,65	140	2,18	31	0,48	226	3,52
Metropolitana	756	3,47	248	1,14	1141	5,23	191	0,88	63	0,29
Norte	136	3,19	29	0,68	404	9,49	24	0,56	21	0,49
Sul	70	1,03	22	0,32	120	1,76	41	0,60	749	17,60
Total	1179	3,00	341	0,87	1805	4,59	287	0,73	1059	2,69

Fonte: MS/SIH. Dados referentes ao ano de 2016 passíveis de alteração.

A Tabela 2, como esperado, indica que o número de internações por ATT é maior em residentes da região metropolitana, seguida pela região sul, central e norte, respectivamente. Importante ressaltar que em praticamente todas as regiões o número de internações de motociclistas é o mais expressivo, totalizando 1.141 internações na região metropolitana, 404 na região norte e 120 na região sul. A região central se destaca pelo alto número de pedestres internados. Observa-se um grande número de registro de internações por outros acidentes na região sul, o que nos leva a pensar sobre a necessidade de melhor investigação dessa condição na região.

Tabela 3 – Custo total com internações por acidentes de transporte Terrestre (ATT), segundo condição da vítima– Espírito Santo e Regiões de Saúde, 2016.

Região de Saúde (CIR)	Pedestre V01-V09	Ciclista V10-V19	Motociclista V20 a V39	Ocup. veículos V40 a V79	Outros V80-V89	Total
Central	222.329,90	40.784,90	144.312,90	38.579,50	457.016,00	903.023,20
Metropolitana	782.354,50	220.537,10	1.355.931,00	273.888,30	110.755,20	2.743.466,00
Norte	203.534,80	20.526,20	376.443,00	25.827,10	65.117,90	691.449,00
Sul	123.779,50	21.353,80	141.933,80	70.445,10	1.472.024,00	1.829.536,00
Total	1.331.999,00	303.202,00	2.018.620,700	408.739,90	2104913,00	6.167.475,00

Fonte: MS/SIH. Dados referentes ao ano de 2016 passíveis de alteração.

A tabela 3 informa que o gasto total no ano de 2016 com internações referentes aos acidentes de transporte foram de R\$ 6.167.475,0, sendo que os maiores valores foram referentes a população residente na região metropolitana e região sul.

Diante do exposto, é imprescindível que o assunto segurança viária e seu impacto no setor saúde tenha sua discussão ampliada de forma a subsidiar políticas públicas que valorizem a prevenção da violência e a cultura da Paz no Trânsito. Para o sucesso dessa iniciativa o assunto deve ser pautado de maneira intersetorial, tendo os setores da saúde e do trânsito como os principais articuladores das estratégias de diagnóstico, análise, intervenções e monitoramento dos indicadores epidemiológicos e ações de prevenção às mortes e lesões no trânsito e promoção da Segurança Viária e Cultura de Paz.

Como principais desafios para a implementação da política de segurança viária no estado, pode-se destacar a solidificação do programa vida no trânsito, fomentando a qualificação dos bancos de dados da saúde e da segurança pública e a intersetorialidade necessária para o desenvolvimento das ações de prevenção de acidentes graves e fatais e promoção de um trânsito mais seguro.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Portaria Nº 3.023, de 21 de dezembro de 2011. Autoriza repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Capitais, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para implantação, Implementação de Política de Promoção da Saúde na ampliação e sustentabilidade das ações do Projeto Vida no Trânsito. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 dez. 2011. Nº 245. Seção 1.

_____. Lei Nº 12.760, de 20 de dezembro de 2012. Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 21 dez. 2012. Seção 1, p. 1.

Global Road Safety Partnership. **Estratégia de proatividade e parceria**: um modelo de participação comunitária para abordar a segurança no trânsito. Geneva: Global Road SafetyPartnership, 2010.

World Health Organization. **World report on road traffic injury prevention**. Geneva: World Health Organization; 2004.

_____. **Global status report on road safety: time for action**. Geneva: World Health Organization; 2009.

_____. **Global status report on road safety 2013: supporting a decade of action**. Geneva: World Health Organization; 2013.

_____. **Global status report on road safety 2015**. Geneva, 2015.

Fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis - Situação do tabagismo no Espírito Santo – 2000 a 2016

Denise Villas Boas Barcelos Faioli

Assistente Social, referência técnica do controle do tabagismo
SESA/GEVS/NEVE/DANT`S

Katia Guerzet Teixeira

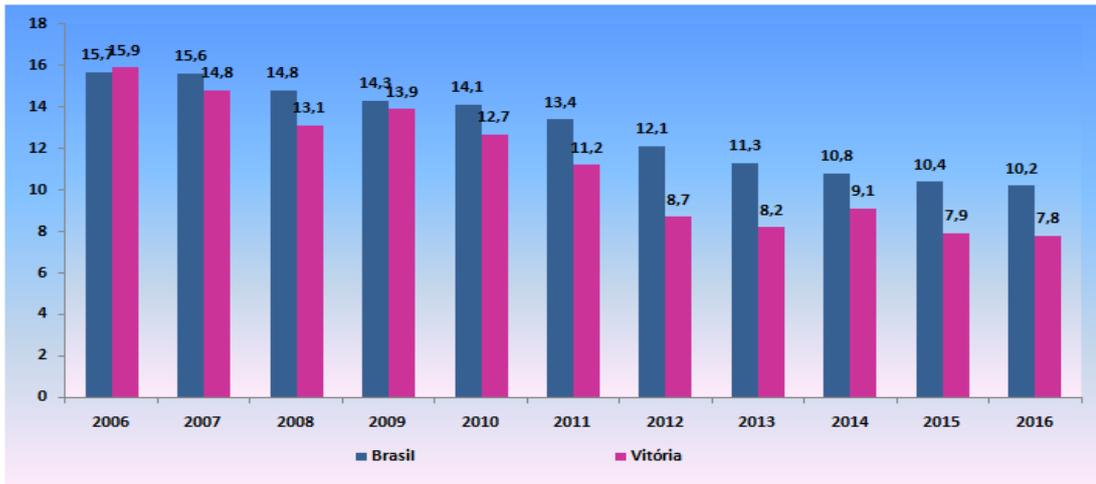
Odontóloga, referência técnica do controle do tabagismo
SESA/GEVS/NEVE/DANT`S

O Tabagismo é reconhecido pela OMS como uma doença epidêmica, crônica transmitida através da propaganda e publicidade, cujo principal vetor é a indústria do tabaco. Sérioproblema de saúde pública é uma doença de difícil controle por causar dependência física, mental e comportamental ao indivíduo, tendo em vista, as substâncias psicoativas presentes nos produtos a base de tabaco, em particular, a nicotina. Por consequência, leva o fumante a inalar mais de 4.750 substâncias tóxicas nocivas à saúde (INCA).

Considerado um dos principais fatores de risco é responsável por 63% de morte relacionada à DCNT, dessas: 85% por doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC – bronquite e enfisema), 30% por diversos tipos de câncer (boca, laringe, faringe, esôfago, estômago, colo do útero, rim, bexiga, fígado e pulmão), 25% doença coronariana (angina e infarto) e 25% por doenças cerebrovasculares (DCbV), sendo também fator de risco para outros tipos de doença como, por exemplo, à tuberculose, infecções respiratórias, infertilidade em mulheres e homens, osteoporose, impotência sexual entre outros agravos (INCA). Evidências associam a exposição passiva ao tabaco ao mesmo grupo de doenças (MELLO et al., 2001).

Dados do VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção Para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) mostra que no ano de 2006, 15,7% da população adulta brasileira era fumante, sendo que em Vitória era de 15,9%. Em 2016, a pesquisa revela que a frequência de adultos fumantes foi reduzida para 10,20% em nível de Brasil e 7,80% na capital do ES (Gráfico 01).

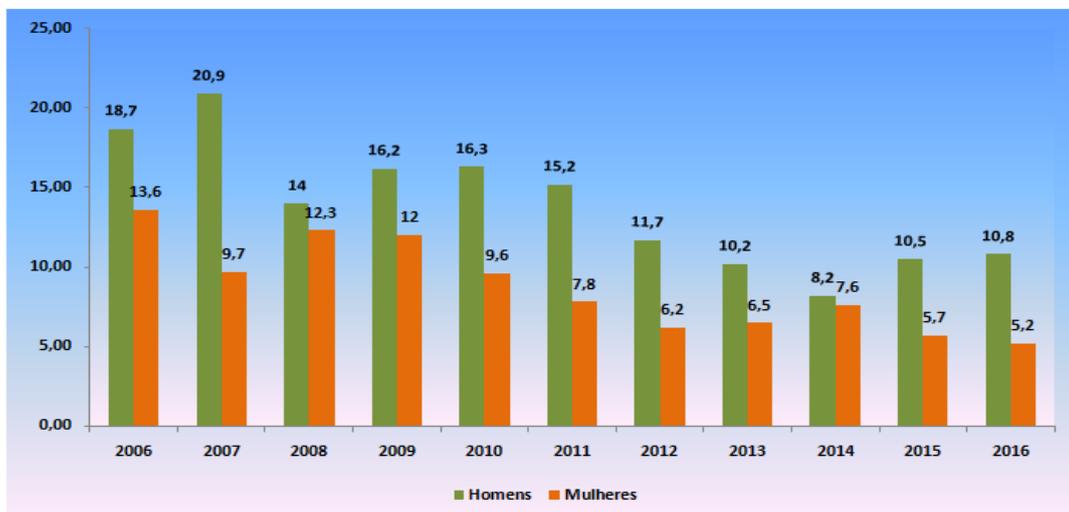
Gráfico 01: Percentual de adultos ≥ 18 anos fumantes segundo VIGITEL no Brasil e Vitória, ES – 2006 a 2016.



Fonte: VIGITEL

A prevalência de adultos que fumam na capital do Estado do Espírito Santo é maior no sexo masculino em todos os anos, do período da pesquisa (Gráfico 02).

Gráfico 02: Percentual de fumantes, na população adulta ≥ 18 anos, em Vitória, ES, segundo VIGITEL – 2006 a 2016.



Fonte: VIGITEL

Nesse período, foram realizadas ações educativas de prevenção, promoção e tratamento, com informações a população sobre os malefícios do tabagismo e suas consequências para a saúde. Medidas restritivas foram adotadas no Brasil, estado e município como a proibição de propagandas, a criação de ambientes livres do tabaco, a extinção dos fumodrómos, aumento dos valores dos cigarros, advertências sanitárias nas embalagens, proibição de propaganda em pontos de venda entre outras medidas importantes de proteção à

população. Atualmente o programa é realizado em vários pontos de atenção, sejam nas UBS, hospitais, centro de referências, e equipes PSF e ACS com profissionais capacitados para trabalhar na rede fornecendo suporte necessário ao paciente em busca de apoio para abandonar a dependência a nicotina e junto aos escolares através do Saber Saúde. Esse trabalho segue as orientações do INCA (MS) e está alinhado às diretrizes da Convenção Quadro de Controle do Tabagismo (CQCT), que é o primeiro tratado internacional de saúde pública e que o Brasil é signatário cujo objetivo é “Proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, econômica pelo consumo e exposição do tabaco” (art. 3º).

No estado notamos uma evolução positiva do programa, tendo em vista, o aumento de unidades e equipes de profissionais envolvidos com o tema. Dados revelam que no ano 2006 somente 09 municípios prestavam atendimentos a fumantes, tendo atendido nesse ano 1.028 usuários. Em 2016 o numero de municípios com programa de tabagismo efetivo passou para 52, atendendo a 5.287 usuários. Nos próximos anos há uma expectativa de aumentar o numero de municípios com o programa de tabagismo, entretanto, tem-se como desafio viabilizar junto ao M.S o aumento de insumos (medicação) para o atendimento a grande demanda, que necessitam desse apoio.

Referências Bibliográficas

Instituto Nacional de Câncer. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis, Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2004.

Instituto Nacional de Câncer. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br>. Acesso em: 21 set. 2017

BRASIL. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, VIGITEL 2006. Ministério da Saúde. Brasília: DF 2007.

_____. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, VIGITEL 2007. Ministério da Saúde. Brasília: DF 2008.

_____. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, VIGITEL 2008. Ministério da Saúde. Brasília: DF 2009.

_____. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, VIGITEL 2009. Ministério da Saúde. Brasília: DF 2010.

_____. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, VIGITEL 2010. Ministério da Saúde. Brasília: DF 2011.

_____. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, VIGITEL 2011. Ministério da Saúde. Brasília: DF 2012.

_____. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, VIGITEL 2012. Ministério da Saúde. Brasília: DF 2013.

_____. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, VIGITEL 2013. Ministério da Saúde. Brasília: DF 2014.

_____. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, VIGITEL 2014. Ministério da Saúde. Brasília: DF 2015.

_____. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, VIGITEL 2015. Ministério da Saúde. Brasília: DF 2016.

_____. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, VIGITEL 2016. Ministério da Saúde. Brasília: DF 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância, Divisão de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer, Rio de Janeiro.

Vigilância alimentar e nutricional no estado do Espírito Santo

Livia Welter Mannato Redins

Nutricionista, referência técnica da Vigilância Alimentar e Nutricional
SESA/GEVS/NEVE/DANT's

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), instituída pela Portaria nº 2715, de 17 de novembro de 2011, tem como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a **vigilância alimentar e nutricional**, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição.

A vigilância alimentar e nutricional pode subsidiar o **planejamento da atenção nutricional** e das **ações relacionadas à promoção da saúde** e da alimentação adequada e saudável.

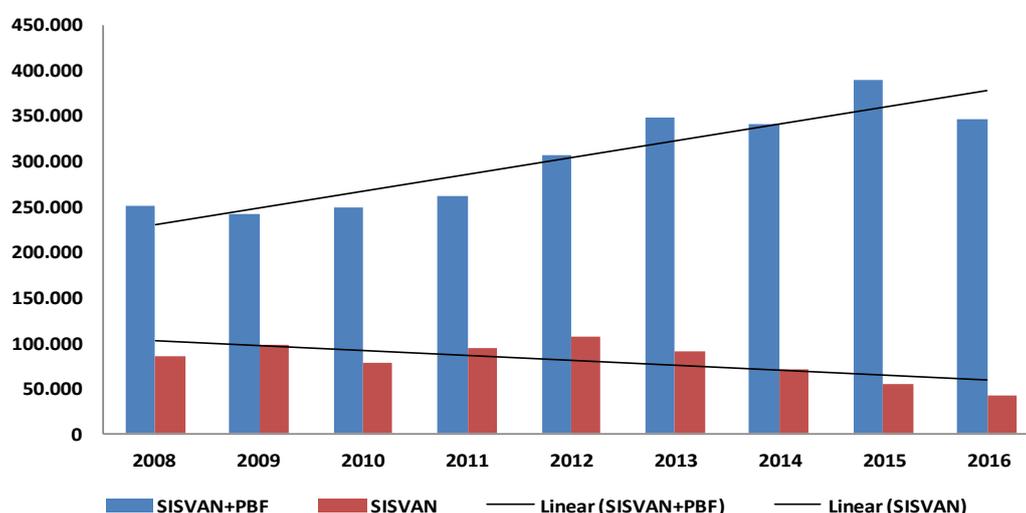
A vigilância alimentar e nutricional consiste na **descrição contínua e na predição de tendências** das condições de alimentação e nutrição da população e seus **fatores determinantes**. Deverá ser considerada a partir de um enfoque **ampliado** que incorpore a vigilância nos serviços de saúde e a integração de informações derivadas de sistemas de informação em saúde, dos inquéritos populacionais, das chamadas nutricionais e da produção científica. O ciclo da VAN é descrito conforme figura abaixo:



O SISVAN web, corresponde a um sistema de informações que tem como objetivo principal promover informação contínua sobre as condições nutricionais da população e os fatores que as influenciam. Foi lançado em janeiro de 2008, substituindo a primeira versão informatizada do SISVAN, a partir de uma plataforma baseada na internet, que não exige a instalação e atualização de programas e lhe confere maior agilidade.

Abaixo mostramos a evolução do número de dados inseridos no sistema desde a sua criação como sistema informatizado.

Figura 1: Evolução do número de registros de crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos no sistema de vigilância alimentar e nutricional - SISVAN/web no estado do Espírito Santo – 2008 a 2016.



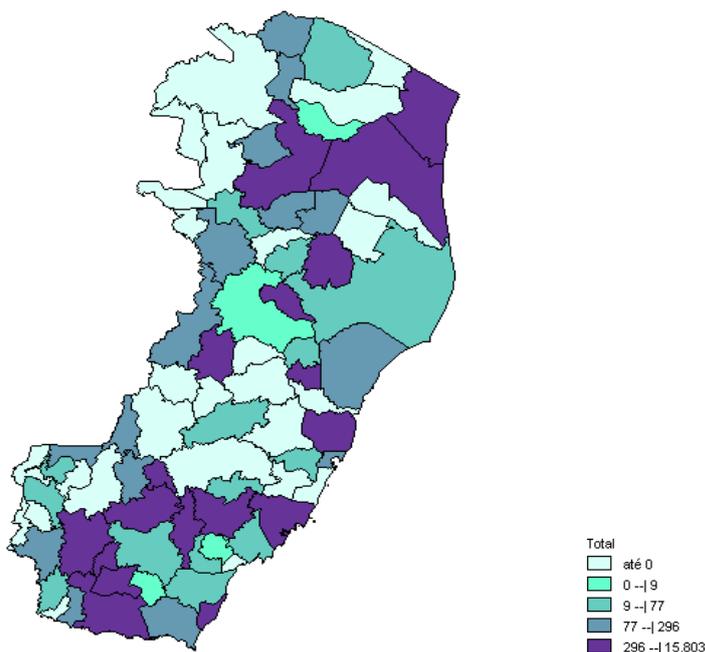
Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Acesso em outubro/2017

Do total de 78 municípios, 25 não inseriram informações no SISVAN/web referente ao acompanhamento de crianças menores de 5 anos.

Existe um pequeno número de municípios que alimentam o SISVAN/web, com diferenças de cobertura muito grandes. Somente 8 municípios apresentaram, em 2016, mais de 50% de cobertura, e a maioria dos municípios insere poucos dados, apresentando menos de 10% da população coberta, conforme é evidenciado no mapa 1.

Cabe ressaltar que a média de cobertura referente aos dados antropométricos é de 5,8%.

Mapa 01: Cobertura do SISVAN em crianças menores de 5 anos no estado do Espírito Santo – 2016



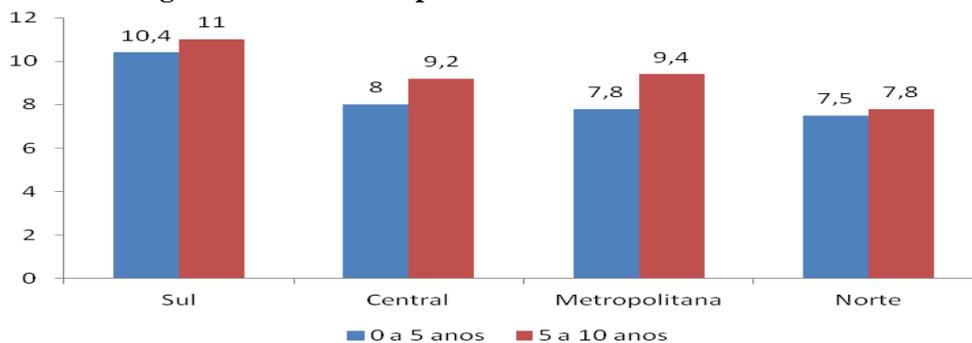
Fonte: SISVAN/MS

Perfil de sobrepeso e obesidade

No Espírito Santo, de acordo com os resultados do sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) aqui utilizamos os dados inseridos no SISVAN/web mais os dados que migram do programa bolsa família, em 2015 o sobrepeso atingiu 32% e a obesidade 25,5% da população adulta do estado.

Quando analisado por faixas etárias, observamos que a população de crianças de 0 a 5 anos apresentam 8,5% de peso elevado para a idade em 2015 no estado, valor semelhante ao encontrado para a região sudeste que é de 9% e para o Brasil que a prevalência é de 8,8%. Entre as crianças de 5 a 10 anos a prevalência de peso elevado para a idade é de 9,5%.

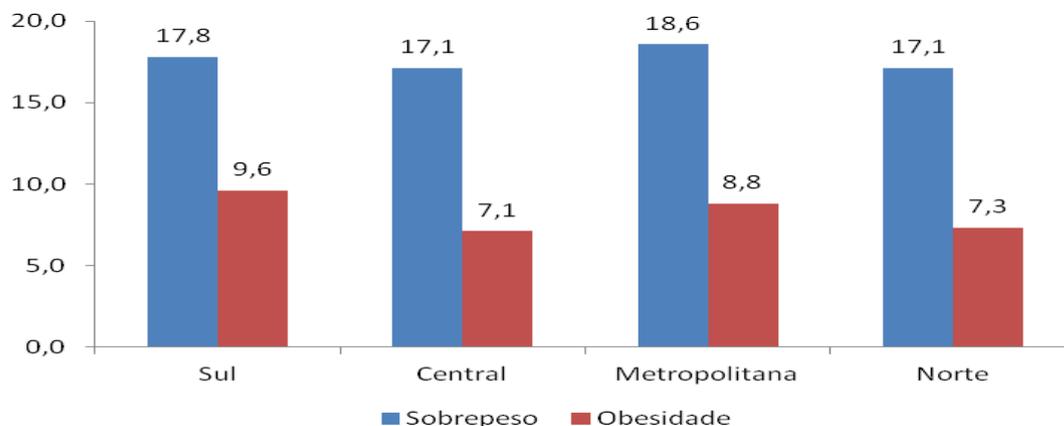
Gráfico 01: Prevalência de peso elevado em crianças de 0 a 5 anos e de 5 a 10 anos de acordo com as regiões de saúde do Espírito Santo.



Fonte: SISVAN, 2015

Entre os adolescentes sobe para 17,9% o sobrepeso e a soma entre obesidade e obesidade grave é de 8,3%.

Gráfico 02: Prevalência de sobrepeso e obesidade em adolescentes de acordo com as regiões de saúde do Espírito Santo.

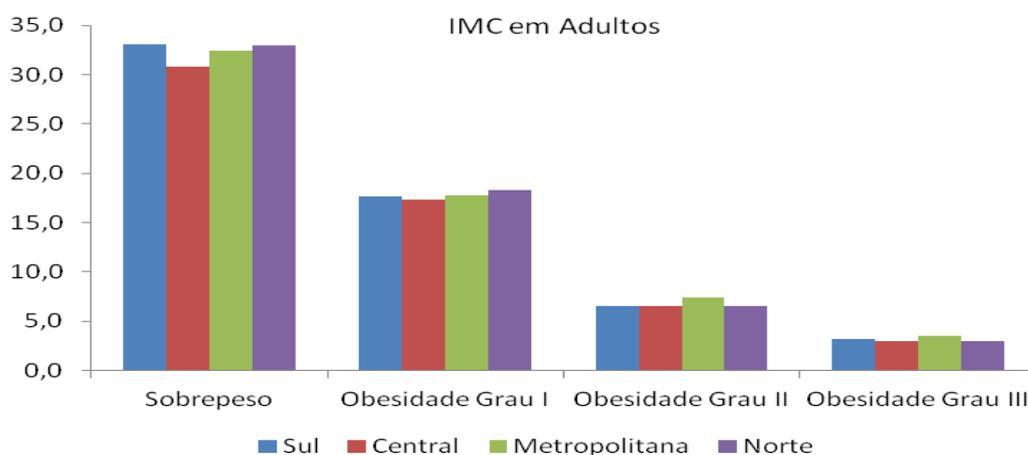


Fonte: SISVAN, 2015.

Os valores de sobrepeso 32,7% e obesidade 28% encontrados no estado estão em consonância com os valores encontrados no sudeste e no Brasil.

O Vigitel 2016 (vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico) que monitora a frequência e distribuição dos principais determinantes das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) nas capitais dos 26 Estados brasileiros encontrou 53,8% de adultos (≥ 18 anos) com excesso de peso e 18,9% com obesidade.

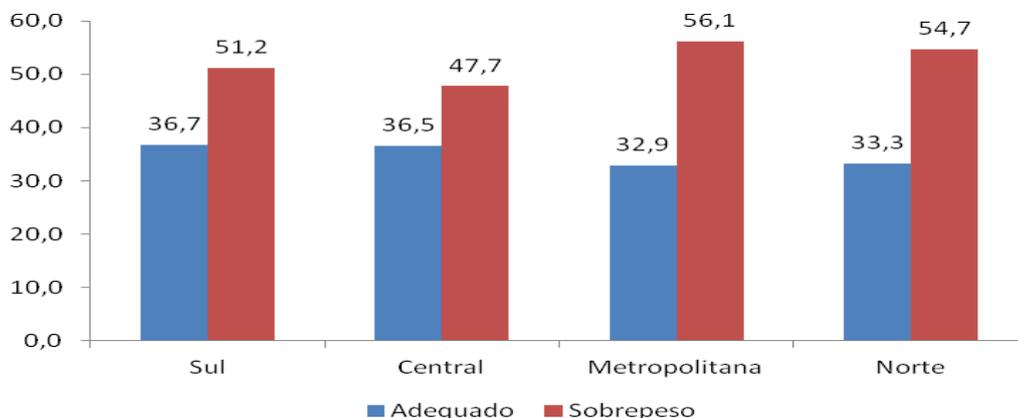
Gráfico 03: prevalência de sobrepeso e obesidade em adultos de acordo com as regiões de saúde do Espírito Santo - 2015.



Fonte: SISVAN, 2015

Nos idosos, população acima de 60 anos, o sobrepeso se apresenta com 53%, percentual acima do encontrado para a região sudeste 45% e para o Brasil com 57,7%, de acordo com o VIGITEL 2016.

Gráfico 04: prevalência de peso adequado e obesidade em idosos de acordo com as regiões de saúde do Espírito Santo - 2015.



Fonte: SISVAN, 2015

No ano de 2018, a inserção de dados no SISVAN se dará exclusivamente por meio do E-SUS, com isso esperamos que ocorra aumento das informações inseridas. O estado vem trabalhando na qualificação da assistência por meio de treinamentos com a gestão municipal para que os dados inseridos tenham qualidade.

A sensibilização dos profissionais e gestores em torno das ações de vigilância alimentar e nutricional é urgente tanto para contribuir com o esforço de prover este serviço quanto para utilizarmos as informações para propor ações e políticas públicas.

Referências Bibliográficas

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Portaria 710, de 1999.

_____. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, VIGITEL 2015. Ministério da Saúde. Brasília: DF 2016.

Condicionalidades da saúde no programa bolsa família e suas implicações no enfrentamento das doenças e agravos não transmissíveis, no estado do Espírito Santo.

Renato Luiz Carpanedo

Odontólogo, referência técnica das DANT's
Coordenador da vigilância alimentar e nutricional
SESA/GEVS/NEVE/DANT's

Izabela Viegas Bispo

Estagiária da vigilância alimentar e nutricional
SESA/GEVS/NEVE/DANT's

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa federal de transferência direta de renda, com condicionalidades, às famílias pobres e extremamente pobres.

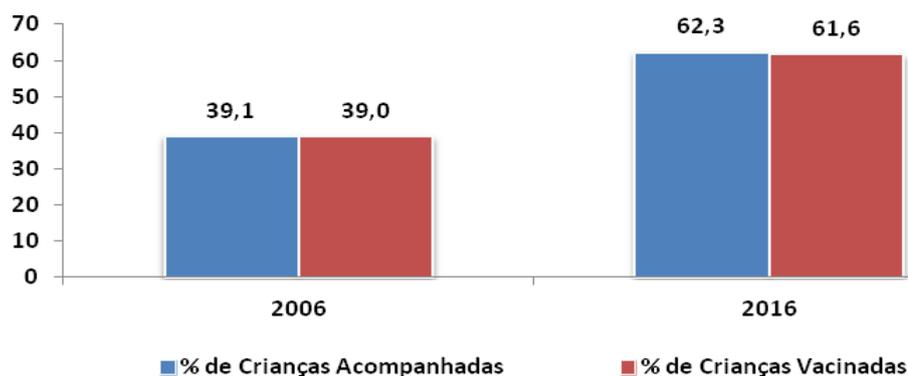
As assim chamadas condicionalidades, definidas para o PBF, são um conjunto de ações nas áreas de saúde, educação e assistência social, onde as famílias beneficiárias do programa assumem compromissos a serem cumpridos, para poder permanecer com o direito ao recebimento do benefício a ela destinada, assim como também, ao setor público, proporcionar a tais famílias condições para que possam cumprir tais compromissos.

Cabe a cada setor envolvido na gestão do PBF, a saber; saúde, assistência social e educação, a responsabilidade e o gerenciamento das ações de condicionalidades. Na área da saúde, as condicionalidades são compromissos assumidos pelas famílias beneficiárias que tenham em sua composição crianças menores de 07 anos e/ou mulheres em idade fértil, na faixa etária entre 14 e 44 anos. A estas famílias, chamadas famílias perfil saúde, deverão ser ofertados serviços para o acompanhamento da vacinação e da vigilância nutricional de crianças menores de 7 anos, bem como a assistência ao pré-natal de gestantes e ao puerpério.

No Espírito Santo no ano de 2006, havia 101.370 crianças beneficiárias do PBF, e foram acompanhadas 39.610 crianças, sendo que destas, 39.486 estavam com vacinação em dia. Já na vigência de 2016, 105.945 crianças eram beneficiárias, portanto de acompanhamento obrigatório pela saúde, e tivemos 66.044 crianças acompanhadas, e destas, 65.309 possuíam a vacinação em dia.

Deste modo, observamos um progresso neste acompanhamento se compararmos o ano de 2016 com o ano de 2006. E das crianças que estão sendo acompanhadas no PBF, foi observado um percentual de cobertura vacinal acima de 98% (Gráfico 01).

Gráfico 01: Percentual de crianças com vacinação em dia do programa bolsa família, nos períodos 2006 e 2016.

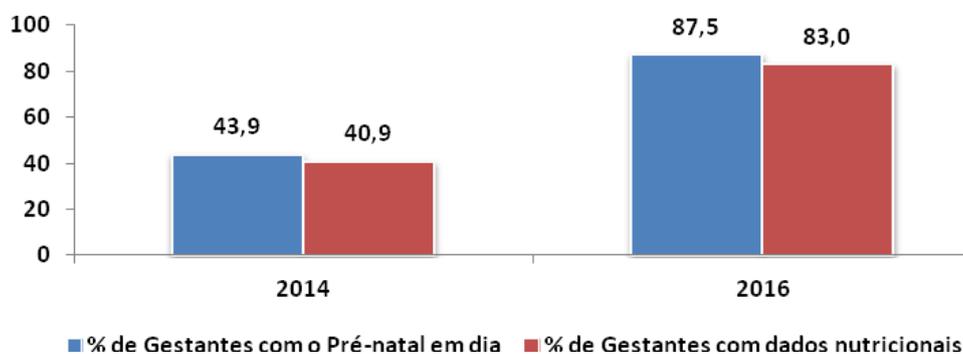


Fonte: DATASUS/ Portal do Bolsa Família: Relatórios consolidados. Acesso em Outubro/2017.

Em relação ao acompanhamento de gestantes beneficiárias do PBF, os registros dos relatórios consolidados para esta condição no portal do bolsa família se iniciaram no ano de 2014. O número de gestantes acompanhadas, em 2014, foi de 6.877, sendo que destas, 3.020 estavam com o pré-natal em dia e 2.811 com dados nutricionais registrados. Já em 2016 tivemos o acompanhamento de 6.587 gestantes, e 5.761 com o pré-natal em dia, e com dados nutricionais registrados havia 5.466 gestantes.

Observamos um aumento positivo no registro de gestantes beneficiárias do PBF com o pré-natal em dia e com dados nutricionais registrados comparando os anos de 2016 e o ano de 2014. Estes dados indicam uma melhoria no âmbito desta assistência, visto que em 2014 apenas 43,9% das gestantes registradas no programa apresentavam pré-natal em dia, evoluindo em 2016 para 87,5% das gestantes que relataram o pré-natal em dia, acompanhado também da evolução dos registros dos dados nutricionais (Gráfico 02).

Gráfico 2: Percentual de gestantes do programa bolsa família, com o pré-natal em dia e dados nutricionais registrados nos anos 2014 e 2016.



Fonte: DATASUS/ Portal do Bolsa Família: Relatórios consolidados. Acesso em Outubro/2017.

Partindo do princípio de que a atenção básica do SUS se configura na porta de entrada e o centro de comunicação com toda a rede de atenção à Saúde, se faz importante o papel das equipes da atenção básica no acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF, onde o contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas com vistas à promoção da saúde, oportuniza o olhar para a integralidade do cuidado, realizando ainda, o encaminhamento, quando necessário, para os demais pontos de atenção à saúde, e o acompanhamento da evolução de cada usuário de forma contínua, e ainda; tendo em vista o que diz a Portaria Interministerial nº 2.509, de 18/11/2004, no seu artigo 1º onde lemos: “As famílias beneficiárias com gestantes, nutrizes e crianças menores de 7 (sete) anos de idade deverão ser assistidas por uma equipe de saúde da família, por agentes comunitários de saúde ou por unidades básicas de saúde, que proverão os serviços necessários ao cumprimento das ações de responsabilidade da família”, e também o que diz a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), detalhando como uma das atribuições do ACS na Atenção Básica:

“Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção de doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, *bem como o acompanhamento das condicionalidades do PBF na saúde ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades*, criadas pelo Governo Federal, estadual ou municipal de acordo com o planejamento da equipe”;

Devemos ter em mente que, este contato permanente destas famílias com o setor saúde favorece um ambiente propício para as ações de promoção de saúde, com ênfase na Vigilância Alimentar e Nutricional, em ações que visem incentivar a amamentação exclusiva, a alimentação complementar saudável, o incentivo a uma alimentação familiar saudável, ao consumo regular de frutas, legumes e verduras, ao estímulo à atividade física regular, além do acompanhamento regular e de qualidade do pré-natal das gestantes beneficiárias, e a manutenção do calendário vacinal das crianças do PBF em dia. Podemos sugerir que, se tais ações forem regulares e de qualidade, possivelmente teremos uma população com menor risco a infecções durante a infância, menores taxas de sobrepeso e obesidade, menor incidência de hipertensão e diabetes na fase adulta, menor incidência de doenças cardiovasculares, menores taxas de cânceres preveníveis, acarretando assim, uma menor sobrecarga ao SUS, propiciando ainda um envelhecimento ativo e saudável para a população, e, por conseguinte, melhores expectativas de vida a população assistida.

Figura 1: Matriz de interfaces, prevenção de DANT's.



Considerações finais

Sendo o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família um indicador de vários instrumentos de gestão, tornando-se assim uma ação de rotina e obrigatória, a ser realizada pela APS nos seus territórios, acreditamos ser uma oportunidade clara para o enfrentamento das DANT's nos municípios capixabas tendo em vista uma garantia de assistência de qualidade à população, já que esta ação tem seu foco na prevenção e na observação dos determinantes sociais da saúde da população, no qual é imprescindível o envolvimento entre ministérios, secretarias de estado e secretarias municipais.

Dessa forma o envolvimento da APS no acompanhamento das condicionalidades do PBF, com agentes comunitários sensibilizados e treinados para uma visão ampliada de promoção de saúde na oferta das ações educativas que visam à promoção e atenção integral da saúde, tem de fato, grande significância, esperando que repercuta na saúde global desta população, estando integralmente associada ao progresso do embate às DANT's.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério do Esporte. Práticas de Esporte e Atividade Física; 2015. Meio impresso. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed., 1ª reimpressão; Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Senado Federal. Orientações Nutricionais: da gestação à primeira infância. Mesa. Biênio 2015-2017.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Portal da Saúde: Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/amamenta.php>>. Acesso em Outubro de 2017.

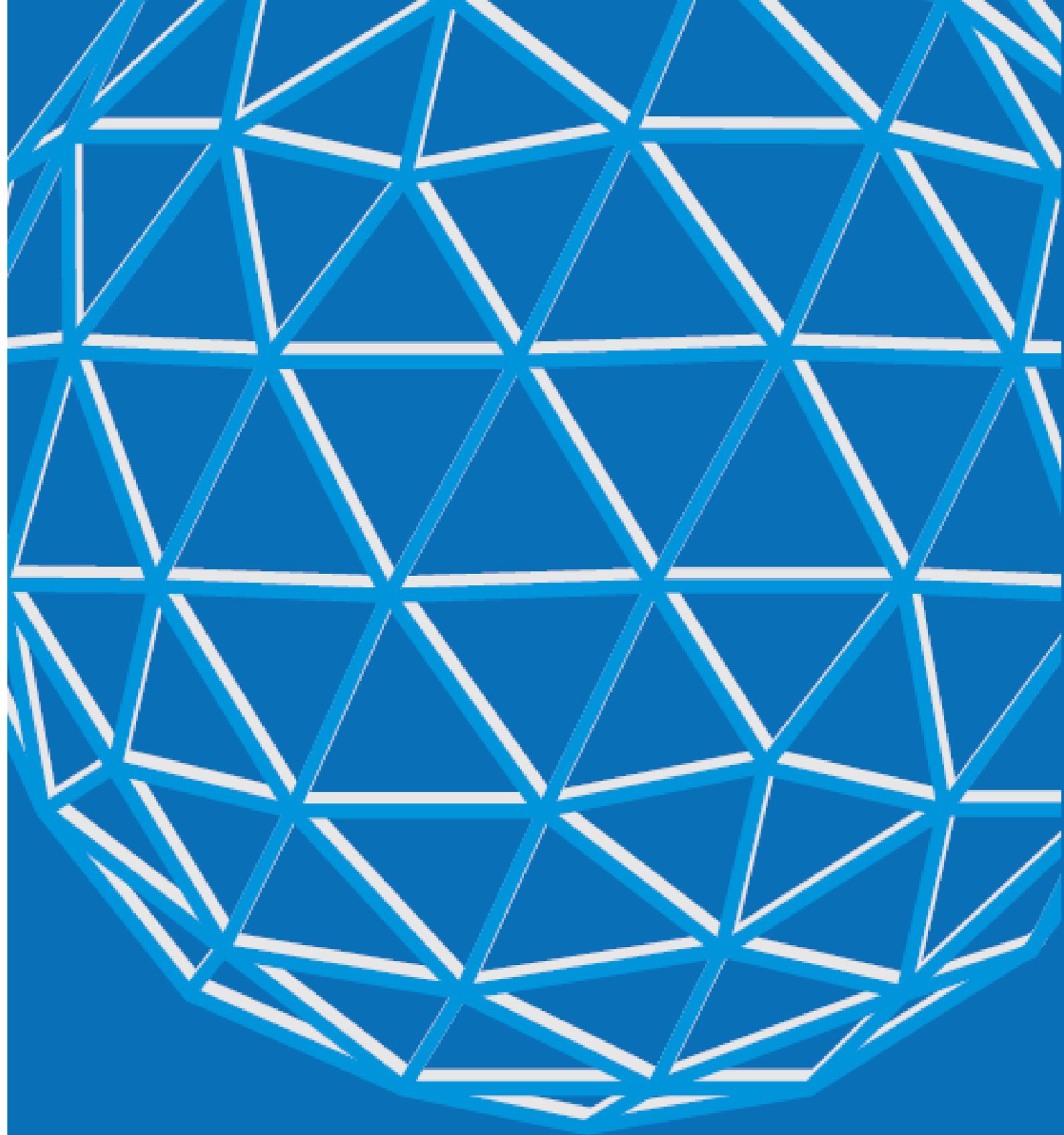
Bolsa Família. DATASUS – SAS/DAB: Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Disponível em: <http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa_relconsol.asp>. Acesso em Outubro de 2017.

BUSS, P.M.; FILHO, A.P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

DIAS, R., et al. Exercícios de Força e Parâmetros Imunológicos: Contagem leucocitária, Inflamação e Regeneração. R. Brasileira de Ciência e Movimento. v. 16, n. 3, 2008.

OMS. Organização Pan-Americana da Saúde. Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

OMS. Organização Mundial da Saúde: Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez, 2016.



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria de Saúde

