

Boletins Epidemiológicos

CGDANT 2020

ÍNDICE

1. [Violência contra mulheres e meninas do campo, da floresta e das águas](#)
2. [Vigilância de violências e acidentes no Brasil: análise da cobertura da notificação compulsória de violência interpessoal/autoprovocada nos municípios brasileiros](#)
3. [Diferenças regionais no consumo de alimentos entre adolescentes e adultos no Brasil](#)
4. [Vigitel – Covid Ciclo 1](#)
5. [Vigitel Brasil 2019: principais resultados](#)
6. [Violência no Brasil segundo raça/cor da pele: perfil socioeconômico dos óbitos em 2018](#)
7. [Prevalência de Fumantes Brasil, 2006 - 2019](#)
8. [Vigitel – Covid Ciclo 2](#)
9. [Perfil de indivíduos com 60 anos ou mais de idade que referiram diabetes ou hipertensão nas capitais brasileiras: um grupo de risco à COVID-19](#)
10. [Obesidade: riscos de agravamento pela COVID-19](#)
11. [Análise das notificações e mortes por violência envolvendo crianças em 2018](#)
12. [Consumo abusivo de bebidas alcoólicas e mortalidade plenamente atribuível ao álcool no Brasil: evidências para enfrentamento](#)
13. [Panorama da mortalidade e internação de vítimas de lesões no trânsito nos estados brasileiros em 2018](#)
14. [Previsão da morbimortalidade de lesões no trânsito envolvendo motociclistas no Brasil até 2022](#)
15. [Mortalidade por suicídio na população indígena no Brasil, 2015 a 2018](#)
16. [Tentativas e suicídios na população idosa do Brasil](#)
17. [Comparativo da mortalidade por doenças do aparelho digestivo no Brasil 2010-2018](#)
18. [Pesquisa Nacional de Saúde 2019 – informações sobre domicílios e acesso e utilização dos serviços de saúde: principais resultados](#)
19. [Mortalidade por câncer de mama no Brasil: 2010-2018](#)
20. [Violência interpessoal contra pessoas com deficiência/transtorno no Brasil](#)
21. [Panorama de saúde da população idosa](#)

Violência contra mulheres e meninas do campo, da floresta e das águas

Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS)*

As populações do campo, da floresta e das águas são aquelas que relacionam esses territórios à sua forma de viver, de produzir e de se reproduzir socialmente¹. Incluem-se nesse grupo populações ribeirinhas, extrativistas, agricultores familiares, quilombolas, trabalhadores rurais, entre outros. Essas populações se apresentam em situação de vulnerabilidade, com dificuldade de acesso a serviços de saúde¹, isolamento e meio social masculinizado e marcado por uma cultura patriarcal².

Tendo em vista as vulnerabilidades a que estão expostas e a complexidade das condições de saúde dessas populações, foram promulgadas, em 2011, a Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011³, e em 2014, a Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014⁴, instituindo a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), tendo como objetivo geral a promoção da saúde das populações do campo e floresta, reconhecendo as especificidades de gênero, geração, raça/cor, etnia e orientação sexual². Além disso, a política traz, como um de seus objetivos específicos, a redução das vulnerabilidades em saúde das populações do campo, floresta e águas, através de ações integradas voltadas para a saúde do idoso, da mulher, da pessoa com deficiência, da criança e do adolescente, do homem e do trabalhador, considerando a saúde sexual e reprodutiva, bem como a violência sexual e doméstica².

As análises deste boletim buscam, portanto, trazer informações sobre os registros de casos de violência contra mulheres do campo, floresta e águas no Brasil, a fim de dar visibilidade à violência contra essa população e à necessidade de ações efetivas de prevenção direcionadas a esses grupos populacionais.

Foi realizada uma análise descritiva dos dados do componente contínuo do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan), no período de 2011 a 2018 (dados preliminares, extraídos em outubro de 2019), obtidos a partir da “Ficha de notificação individual de violência interpessoal/autoprovocada”⁵. Delimitou-se como populações do campo, floresta e águas aquelas

cuja zona de residência informada na notificação foi a rural. Foram incluídos na análise os casos de violência interpessoal contra mulheres residentes nas zonas rural e urbana. Todas as análises foram estratificadas pela zona de residência (urbana ou rural), a fim de realizar comparações entre os grupos. Foram analisadas as variáveis: faixa etária, raça/cor e escolaridade, estado civil, gestante, violência de repetição, local de ocorrência, natureza da violência e relação entre vítima e agressor.

Entre 2011 e 2018 (dados preliminares) foram notificados um total de 1.282.761 casos de violência interpessoal/autoprovocada contra mulheres. Desse total, 80,9% (1.038.270) foram identificados como violência interpessoal, dos quais 4,4% (76.601) envolveram residentes na zona rural (CFA). Houve predomínio de mulheres jovens e adultas, na faixa de 15 a 34 anos de idade, tanto na zona urbana (46,6%) quanto na rural (42,6%).

Verificou-se uma proporção substancialmente maior de mulheres indígenas entre residentes na zona rural (6,0%) em comparação à urbana (0,4%). Constatou-se, ainda, uma maior proporção de mulheres negras entre residentes na zona rural (52,9%) em relação às residentes na zona urbana (45,2%), bem como uma maior proporção de casos de violência de repetição (42,1%). Além disso, averiguou-se, na zona rural, um maior percentual de pessoas com menor escolaridade, até o 1º ciclo do ensino fundamental (22,9%), em comparação com a zona urbana (11,2%), apontando para um perfil de maior vulnerabilidade socioeconômica (Tabela 1).

Verificaram-se maiores proporções de mulheres casadas entre as residentes na zona rural em todos os grupos etários (Figura 1), com especial atenção para os percentuais de casamentos/uniões estáveis nas faixas de 10 a 14 (9,2%) e 15 a 19 anos (23,5%) entre mulheres do CFA. Em contrapartida, menores proporções de mulheres separadas/divorciadas foram observadas em todas as faixas etárias entre residentes na zona rural. Os casamentos infantis, mais frequentes na zona rural, tornam essas adolescentes mais suscetíveis à

gravidez precoce, impõem dificuldades para completar a educação básica, levando a uma maior dependência do parceiro e contribuindo para um maior isolamento social, favorecendo a manutenção e o agravamento das violências em relacionamentos abusivos^{6,7}. Nesse sentido, ressalta-se que na zona rural foram observadas maiores proporções de notificações de violência contra gestantes adolescentes (Figura 2), chegando a 16,2% para a faixa de 10 a 14 anos, e 11,3% para a faixa de 15 a 19 anos. Na zona urbana, esses percentuais foram, respectivamente, 7,1% e 6,6%. Além disso, foram observados maiores percentuais de violência perpetrada por parceiro íntimo entre adolescentes de 10 a 14 anos na zona rural (25,0%) em comparação à zona urbana (14,9%) (Figura 3). No que se refere às naturezas de violência, foram observadas maiores proporções de violências sexuais contra adolescentes de 10 a 14 (47,6%) e 15 a 19 anos (21,0%) entre residentes da zona rural em relação à zona urbana, respectivamente 39,7% e 16,5% (Figura 4).

Os dados apresentados apontam para um perfil de elevada vulnerabilidade de mulheres do campo, da floresta e das águas, onde as violências se apresentam complexas e com início precoce. O casamento infantil torna essas meninas mais susceptíveis ao isolamento e à violência. É importante ressaltar que o recorte de residência na zona rural não é suficiente para investigar a diversidade e a complexidade das violências a que populações do campo, floresta e águas estão expostas^{6,7}. Desse modo, faz-se fundamental o aprimoramento da vigilância para uma maior sensibilidade e captação do fenômeno da violência nesses grupos populacionais.

Há ainda a necessidade premente de ampliar o acesso às ações e aos serviços de saúde e proteção eficientes para essas mulheres, visando atender às suas especificidades. Os serviços de saúde são lugares de referência para as mulheres em situação de violência, sendo a notificação uma das dimensões da linha de cuidado para uma atenção integral e humanizada, a qual se constitui como um instrumento de cuidado e garantia de direitos. A vigilância, por sua vez, tem o papel de contribuir para articular e integrar as redes de atenção e proteção integral, a fim de romper o ciclo da violência e promover uma cultura de paz.

Referências

1. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 48 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf
2. Mendonça AVM, Freitas RWJF, Carneiro FF. **Saúde e violência contra as mulheres do campo, da floresta e das águas: desafios para o SUS**. In: Carneiro FF, Pessoa VM, Teixeira ACA. *Campo, floresta e águas: Práticas e saberes em saúde*. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2017. p. 464.
3. Brasil. Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF)**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html
4. Brasil. Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014. Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF)**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2311_23_10_2014.html
5. Brasil. **VIVA: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. 2ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016 [citado 17 de junho de 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf
6. Kidman R. Child marriage and intimate partner violence: a comparative study of 34 countries. *Int J Epidemiol*. 2017;46:662–75.
7. Sakhonchik A, Recavarren IS, Tavares P. **Fechando a brecha: melhorando as leis de proteção à mulher contra a violência**. World Bank; 2017. Disponível em: <http://pubdocs.worldbank.org/en/200461519938665165/Topic-Note-Protecting-Women-from-Violence-POR.pdf>

Anexos

Tabela 1 Características demográficas de mulheres vítimas de violência interpessoal segundo zona de residência. Brasil, 2011-2018¹

	Urbana		Rural	
	N	%	N	%
Faixa etária				
0 a 9 anos	127.613	13,9	9.276	12,1
10 a 14 anos	92.816	10,1	11.296	14,8
15 a 19 anos	115.365	12,6	9.909	12,9
20 a 34 anos	312.259	34,0	22.536	29,4
35 a 59 anos	223.584	24,3	18.770	24,5
60 anos e mais	46.797	5,1	4.809	6,3
Raça/Cor				
Branca	369.217	40,2	24.062	31,4
Negra ²	415.526	45,2	40.526	52,9
Amarela	6.255	0,7	522	0,7
Indígena	3.248	0,4	4.603	6,0
Ignorado	124.204	13,5	6.888	9,0
Escolaridade				
Até 1º ciclo do ensino fundamental	102.811	11,2	17.554	22,9
2º ciclo do ensino fundamental	192.382	21,0	19.194	25,1
Ensino médio	185.861	20,2	10.867	14,2
Ensino superior	41.924	4,6	1.332	1,7
Ignorado	294.806	32,1	21.064	27,5
Não se aplica	100.666	11,0	6.590	8,6
Situação conjugal				
Solteiro	330.308	36,0	24.521	32,0
Casado/União consensual	242.600	26,4	27.705	36,2
Viúvo	21.224	2,3	2.230	2,9
Separado	51.271	5,6	2.922	3,8
Não se aplica	148.033	16,1	11.067	14,5
Ignorado	125.014	13,6	8.156	10,7
Violência de repetição				
Sim	343.905	37,4	32.243	42,1
Não	330.114	35,9	29.427	38,4
Ignorado	244.431	26,6	14.931	19,5
Local de ocorrência				
Residência	554.775	60,4	50.871	66,4
Via pública	135.707	14,8	8.702	11,4
Bar ou similar	18.020	2,0	1.535	2,0
Comércio/serviços	15.311	1,7	579	0,8
Escola	14.459	1,6	1.216	1,6
Outros ³	59.882	6,4	5.645	7,4
Ignorado	120.296	13,1	8.053	10,5

Fonte: Viva/Sinan/SVS/MS.

¹Dados preliminares, atualizados em 11 de novembro de 2019. ²Inclui pretos e pardos. ³Inclui habitação coletiva, local de prática esportiva, indústrias/construção e outros.

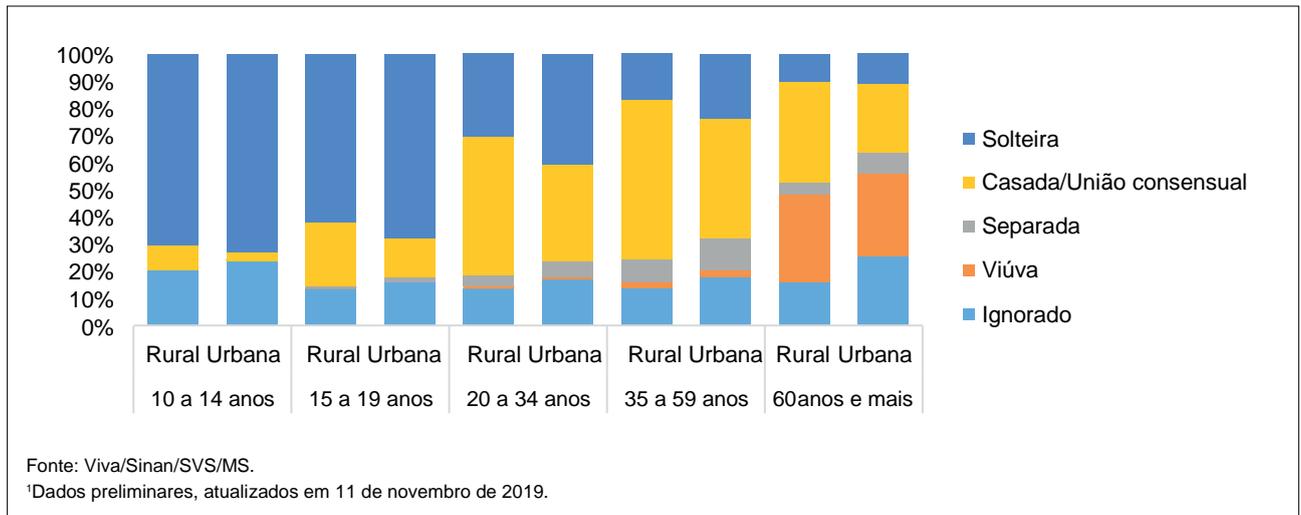


FigURA 1 Percentual de mulheres casadas ou em união estável, no total de notificações de violência interpessoal contra mulheres, segundo faixa etária e zona de residência. Brasil, 2011 a 2018¹

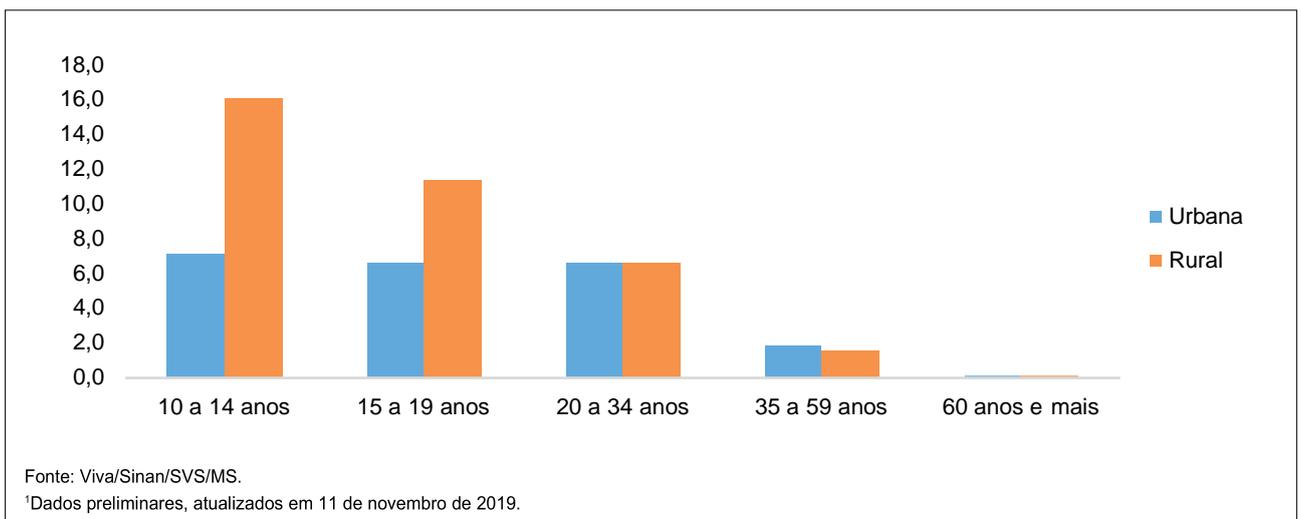


FigURA 2 Percentual de gestantes, no total de notificações de violência interpessoal contra mulheres, segundo faixa etária e zona de residência. Brasil, 2011 a 2018¹

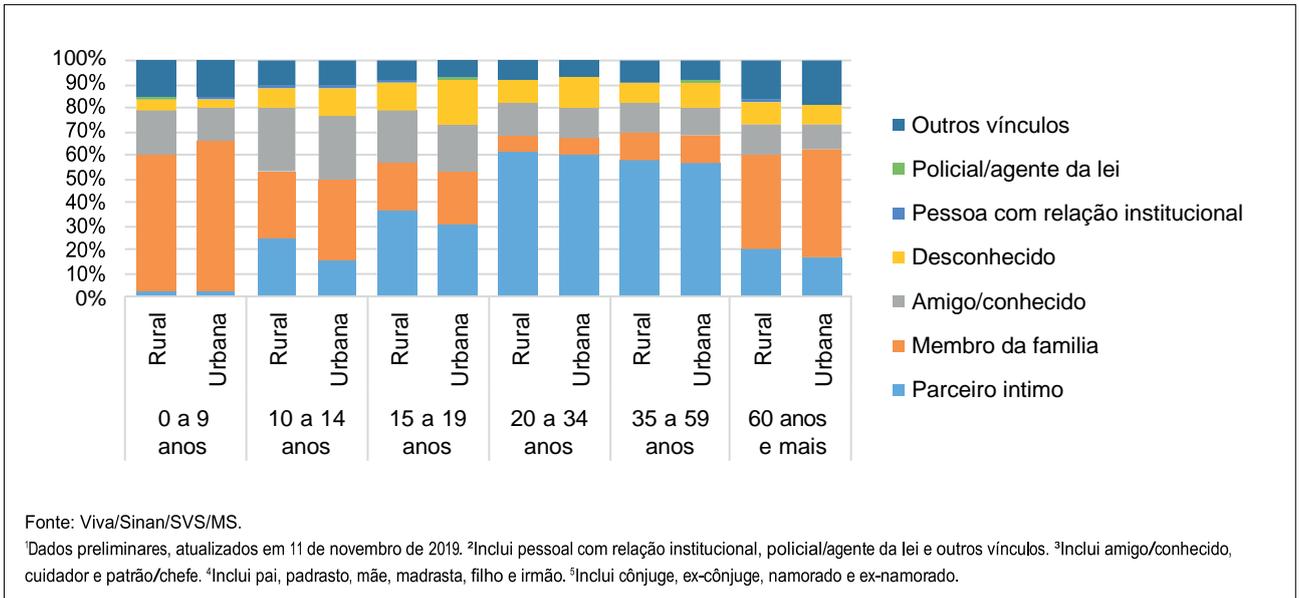


FigURA 3 Distribuição percentual dos vínculos entre vítima e agressor, no total de vínculos notificados, para os casos de violência interpessoal contra mulheres, segundo faixa etária e zona de residência. Brasil, 2011 a 2018¹

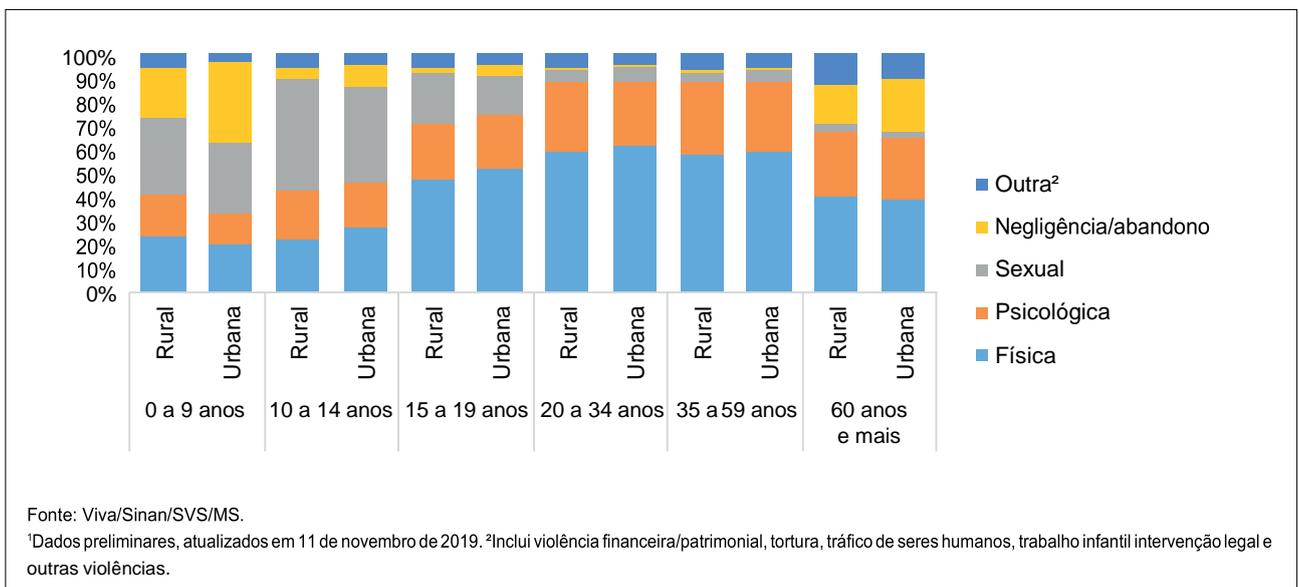


FigURA 4 Distribuição percentual das naturezas das violências, no total de naturezas de violência notificadas, para os casos de violência interpessoal contra mulheres, segundo faixa etária e zona de residência. Brasil, 2011 a 2018¹

***Coordenação-geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DASNT/SVS/MS):** Eduardo Marques Macário, Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha. **equipe Viva:** Camila Alves Bahia, Cheila Marina de Lima, Daila Nina Freire, Érika Carvalho de Aquino, Karine Bonfante, Leandra Lofego Rodrigues, Luiz Otávio Maciel Miranda, Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas, Rafael Bello Corassa, Rayone Moreira Costa Veloso Souto, Valéria Cristina de Albuquerque Brito, Vinícius Oliveira de Moura Pereira.

Vigilância de violências e acidentes no Brasil: análise da cobertura da notificação compulsória de violência interpessoal/autoprovocada nos municípios brasileiros

Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS)*.

Violências e acidentes estão entre as principais causas de morbimortalidade no Brasil e no Mundo. Estimativas globais apontam que aproximadamente 35% das mulheres já sofreram violência física ou sexual por um parceiro íntimo ou violência sexual por um não-parceiro. Ademais, cerca de 30% das mulheres que já estiveram em um relacionamento foram vítimas de violência física ou sexual pelo parceiro (WHO, 2017).

Estima-se que mais de um bilhão de crianças entre 2 e 17 anos são vítimas de violência anualmente, com prevalências de qualquer forma de violência que variam de 78% para países em desenvolvimento, a 60% para países desenvolvidos (HILLIS et al., 2016). Uma meta-análise recente com base em dados de 28 países estimou ainda que um em cada seis idosos (60 anos ou mais), cerca de 141 milhões de pessoas, foram vítimas de alguma forma de violência no ano anterior, com prevalências de 11,6% para abusos psicológicos, 6,8% para violência financeira, 4,2% para negligência, 2,6% para violência física e 0,9% para violência psicológica (YON et al., 2017).

No Brasil, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, promulgada em 2001, surgiu como uma resposta ao desafio das causas externas como um problema de saúde pública no Brasil, tendo em vista sua magnitude e transcendência. Entre suas diretrizes está o monitoramento da ocorrência de acidentes e violências (BRASIL, 2002). Como desdobramento dessa política, foi proposta, em 2004, a criação de Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, pela Portaria MS/GM nº 936, e em 2006 foi implantado o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (Viva), por meio da Portaria MS/GM nº 1.356. Em 2011, com a Portaria MS/GM nº 104, a notificação

de Violência doméstica, sexual e/ou outras violências passou a ser compulsória para todas as unidades de saúde públicas e privadas do Brasil, e em 2014, com a Portaria MS/GM nº 1.271, as violências sexuais e tentativas de suicídio adquiriram caráter imediato, devendo ser notificadas à autoridade sanitária local em até 24 horas após o atendimento.

O Viva, constituído por dois componentes (contínuo e sentinela), tem por objetivo, dar visibilidade às formas de violências ocultas na sociedade, permitindo conhecer a magnitude e a gravidade das violências por meio da produção e difusão de informações epidemiológicas e definir políticas públicas de enfrentamento como estratégias e ações de intervenção, prevenção, atenção e proteção às pessoas em situação de violência (BRASIL, 2017). Além disso, a vigilância contínua objetiva a “articulação e a integração com a rede de atenção e de proteção integral às pessoas em situação de violências, visando assim, à atenção integral e humanizada, no âmbito das políticas de assistência social e do sistema de proteção e garantia de direitos humanos” (BRASIL, 2016). Desse modo, a notificação se apresenta como um instrumento de garantia de direitos e de acionamento de linha de cuidado (BRASIL, 2016), constituindo-se como o principal sistema para a vigilância de violências e acidentes não fatais.

Tendo em vista a importância da notificação como instrumento de cuidado às vítimas de violência, torna-se fundamental a avaliação periódica do sistema, a fim de identificar suas fortalezas fragilidades, de modo a planejar ações que busquem garantir a cobertura e sensibilidade necessárias para seu funcionamento. Desse modo, o presente boletim objetiva analisar a evolução da cobertura do Viva/Sinan, no Brasil, desde a universalização da notificação de violência

interpessoal/autoprovocada. Essa cobertura é dada pela proporção de municípios que realizaram ao menos uma notificação de violência interpessoal ou autoprovocada, no ano, em cada Unidade Federada.

Desde a universalização da notificação de violência interpessoal/autoprovocada, verificou-se um aumento substancial da cobertura do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan), no Brasil, de 2.114 municípios notificantes (38,0%), em 2011, para 4.381 municípios notificantes (78,7%), em 2018 (Dados preliminares) (Tabela 1). Comparando-se os anos de 2011 e 2018, todos os estados apresentaram incremento na cobertura. Os estados de Sergipe (6,7%), Paraíba (8,1) e Amapá (18,8%) apresentaram, em 2011, as menores coberturas de notificação, bem como os maiores incrementos percentuais nos números de municípios notificantes, respectivamente 400%, 344% e 367%. Não obstante os maiores incrementos no total de municípios notificantes, Sergipe e Paraíba mantiveram-se como os estados com as menores coberturas de notificação em 2018, respectivamente 33,3% e 35,9%, seguidos do Piauí (46,4%). O estado do Amapá apresentou cobertura acima da média nacional, chegando a 87,5% de municípios notificantes. Excetuando-se o Distrito Federal, os estados com as maiores coberturas de notificação, em 2018, foram Roraima (100%), Minas Gerais (98,7%) e Espírito Santo (94,9%). As figuras de 1 a 5 apresentam mapas com a cobertura do VIVA no país por cada região geográfica. As coberturas mais baixas foram observadas nas Regiões Nordeste e Norte, respectivamente, tanto em 2011 quanto em 2018 (Tabela 1).

O aumento no percentual de municípios que notificaram violências no Brasil entre 2011 e 2018 mostra que houve melhora na cobertura do Viva/Sinan. No entanto, ainda existe um importante grau de subnotificação de casos de violência (KIND et al., 2013; SILVA; OLIVEIRA, 2016). As razões para a não notificação são variadas, incluindo desconhecimento da ficha de notificação e de como notificar, bem como sua obrigatoriedade, desconhecimento das diferenças entre notificação e denúncia, medo de quebra do sigilo profissional e de perda de vínculo com o paciente, medo de retaliação do agressor, e falta de confiança nas autoridades e serviços de proteção (GARBIN et al., 2015, 2016; PEDROSA; ZANELLO, 2016).

A subnotificação dos casos de violência contribui para a persistência desta, afetando negativamente o desenvolvimento de políticas públicas de saúde e a vigilância epidemiológica desses agravos (BRASIL, 2016). Ampliar o número de municípios e unidades de saúde

notificantes de violência, bem como fortalecer a rede de atenção e de proteção integral às pessoas em situação de violência, é estratégia fundamental para ampliar a cobertura do Sistema Viva. As desigualdades regionais verificadas na cobertura do Viva/Sinan reforçam a importância do monitoramento da distribuição dos casos e a necessidade de estratégias direcionadas para a promoção da equidade no acesso ao sistema de saúde e sensibilização/capacitação dos profissionais da área.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01, publicada no DOU nº 96, seção 1e, de 18 de maio de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância de Violência Interpessoal e Autoprovocada (VIVA/SINAN). Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-violencias-e-acidentes-viva/vigilancia-de-violencias/viva-sinan>>, acesso em 30 dez. 2019.
- GARBIN, C. A. S. et al. (2016) 'Percepção e atitude do cirurgião-dentista servidor público frente à violência intrafamiliar em 24 municípios do interior do estado São Paulo, 2013-2014', *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 25, n. 1, pp. 179–186. doi: 10.5123/S1679-49742016000100019.
- HILLIS, S. et al. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics*, v. 137, n. 3, p. e20154079, mar. 2016.
- KIND, L. et al. (2013) 'Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde', *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 9, pp. 1805–1815. doi: 10.1590/0102-311X00096312
- PEDROSA, M.; ZANELLO, V. (2016) '(In)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental', *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 32, s.n., pp. 1–8. doi: 10.1590/0102-3772e32ne214.

SILVA, L. E. L.; OLIVEIRA, M. L. C. (2016) 'Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012', *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 25, n. 2, pp. 1–2. doi: 10.5123/S1679-49742016000200012.

WHO. Violence against women [Internet]. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>>. Atualizado em 29 nov. 2017; acesso em 19 dez. 2019.

YON, Y. et al. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Global Health*, v. 5, n. 2, p. e147–e156, 2017.

Anexos

TabELA 1 Cobertura do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan) nas Unidades Federadas e Brasil, 2011, 2015 e 2018*

região/uF	2011	2015	2018*	Δ 2011-2018*
Norte	29.3	57.8	82.4	181%
Rondônia	28.8	61.5	73.1	153%
Acre	31.8	77.3	86.4	171%
Amazonas	59.7	79.0	87.1	46%
Roraima	46.7	80.0	100.0	114%
Pará	21.5	52.8	77.8	261%
Amapá	18.8	68.8	87.5	367%
Tocantins	23.0	45.3	85.6	272%
Nordeste	24.6	42.4	82.4	168%
Maranhão	19.8	33.2	85.7	333%
Piauí	34.8	38.8	46.4	33%
Ceará	38.6	50.0	79.3	106%
Rio Grande do Norte	23.4	38.9	60.5	159%
Paraíba	8.1	21.5	35.9	344%
Pernambuco	26.5	54.1	93.0	251%
Alagoas	35.3	60.8	74.5	111%
Sergipe	6.7	36.0	33.3	400%
Bahia	24.7	49.6	70.5	185%
Sudeste	48.3	83.1	89.4	85%
Minas Gerais	44.3	95.3	98.7	123%
Espírito Santo	29.5	75.6	94.9	222%
Rio de Janeiro	69.6	77.2	93.5	34%
São Paulo	52.9	68.7	76.0	44%
Sul	50.0	73.2	85.5	71%
Paraná	43.1	81.2	90.7	110%
Santa Catarina	55.3	63.7	77.3	40%
Rio Grande do Sul	52.3	72.4	86.1	65%
Centro-Oeste	29.8	59.3	67.7	127%
Mato Grosso do Sul	59.5	78.5	81.0	36%
Mato Grosso	27.7	47.5	68.1	146%
Goiás	21.1	59.8	63.0	198%
Distrito Federal	100.0	100.0	100.0	0%
brasil	38.0	63.8	78.7	107%

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

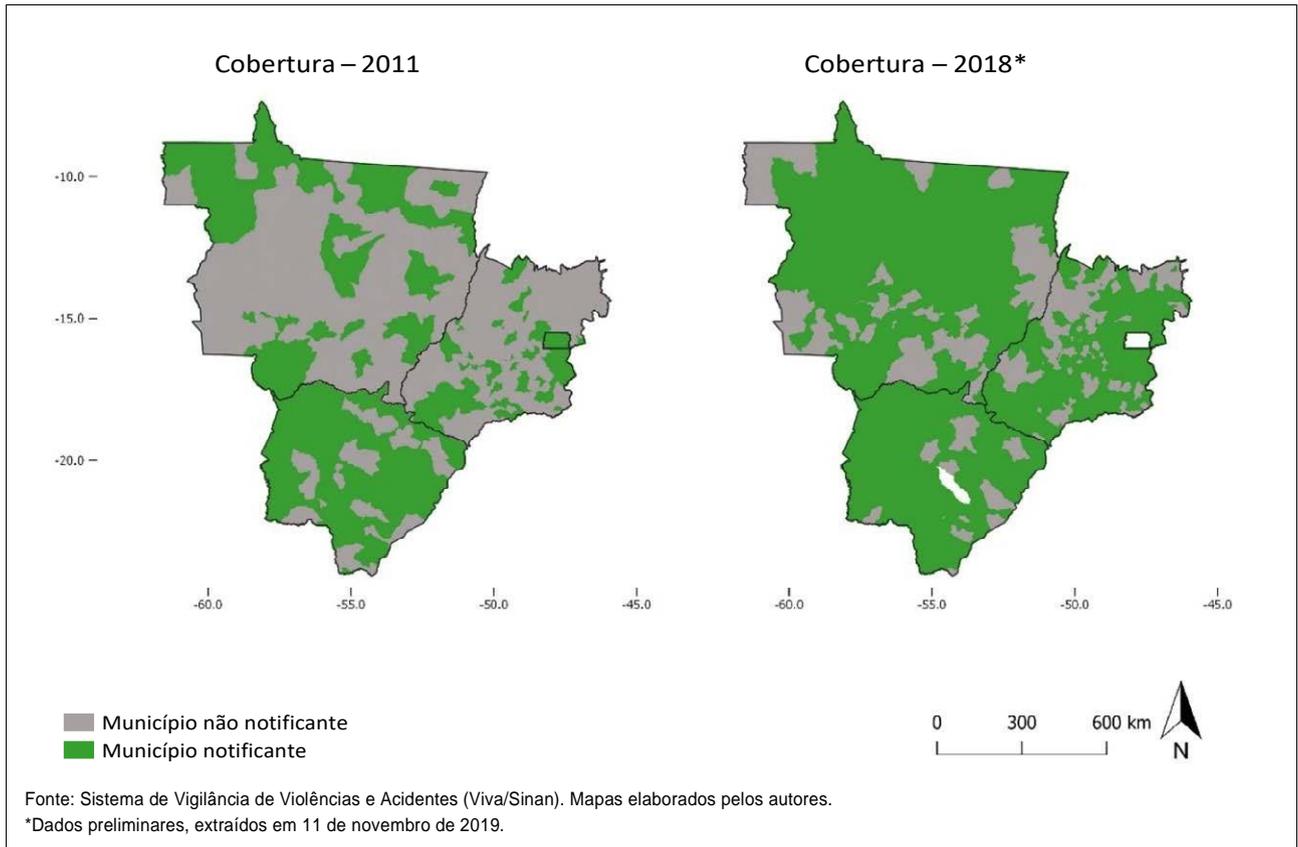


Figura 1 Cobertura do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan) na região Centro-Oeste. Brasil, 2011 e 2018*

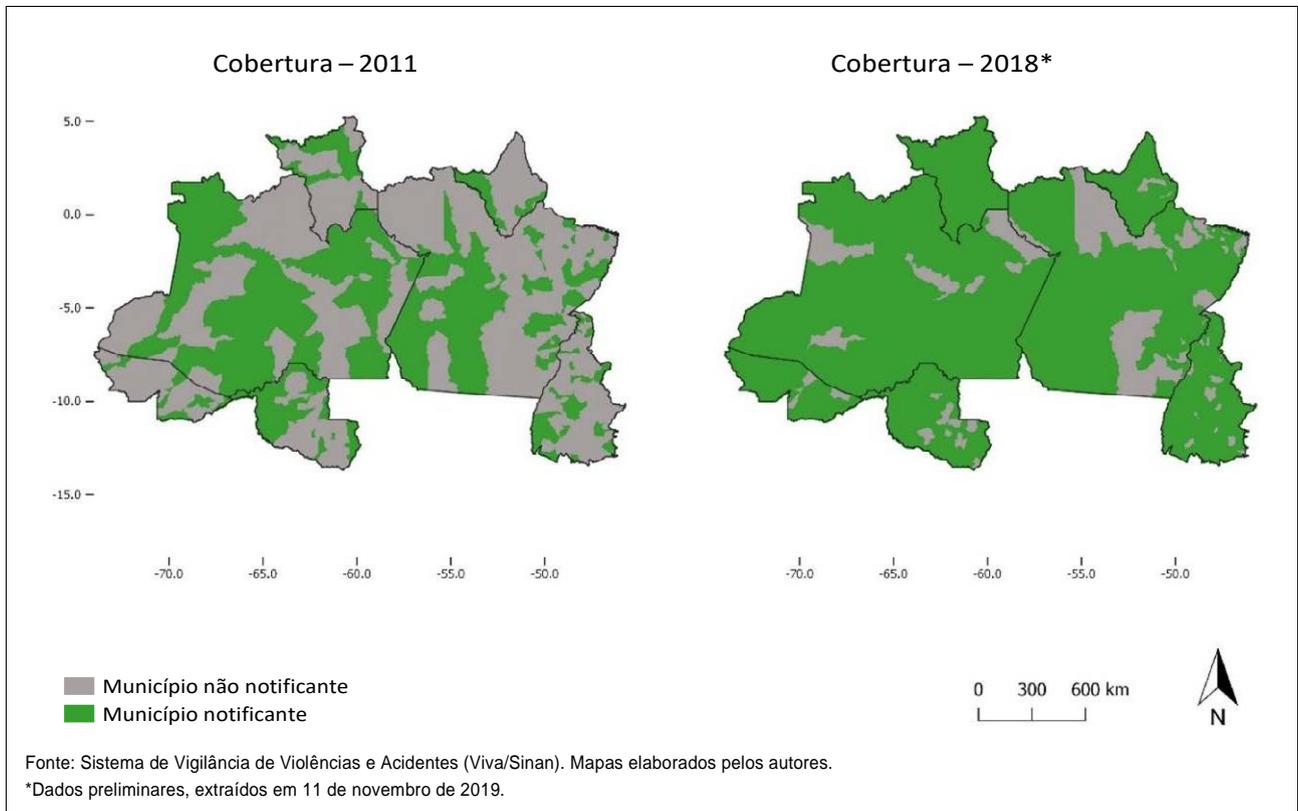


Figura 2 Cobertura do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan) na região Norte. Brasil, 2011 e 2018*

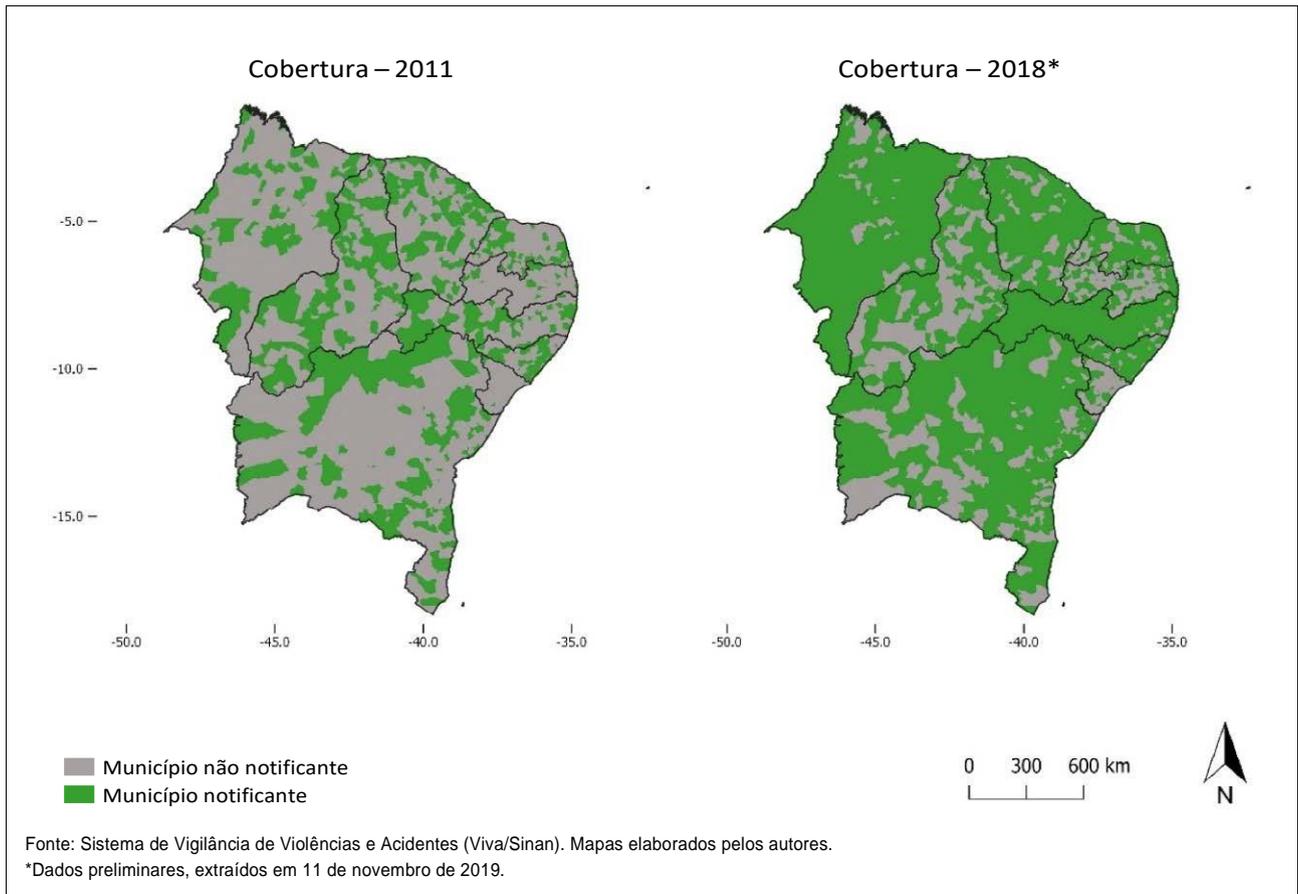


Figura 3 Cobertura do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan) na região Nordeste. Brasil, 2011 e 2018*

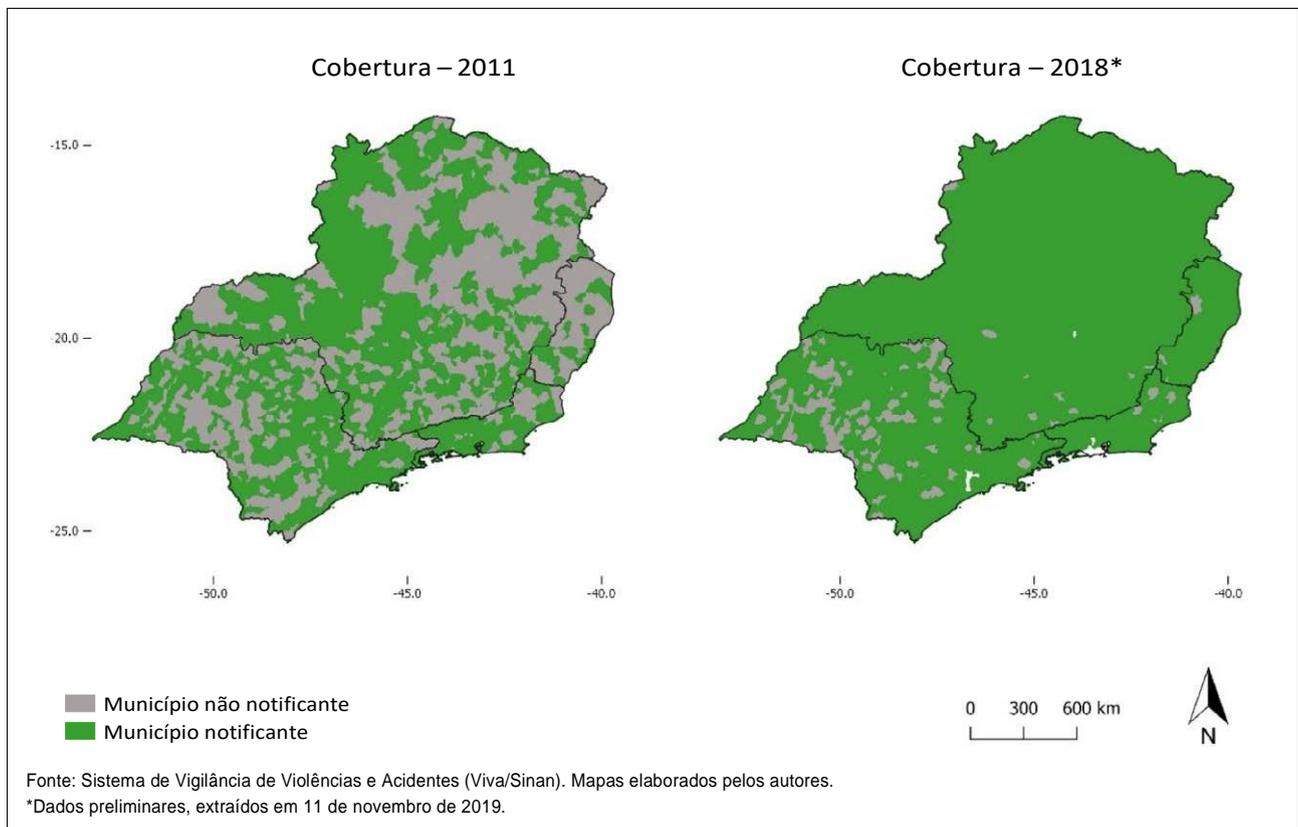


Figura 4 Cobertura do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan) na região Sudeste. Brasil, 2011 e 2018*

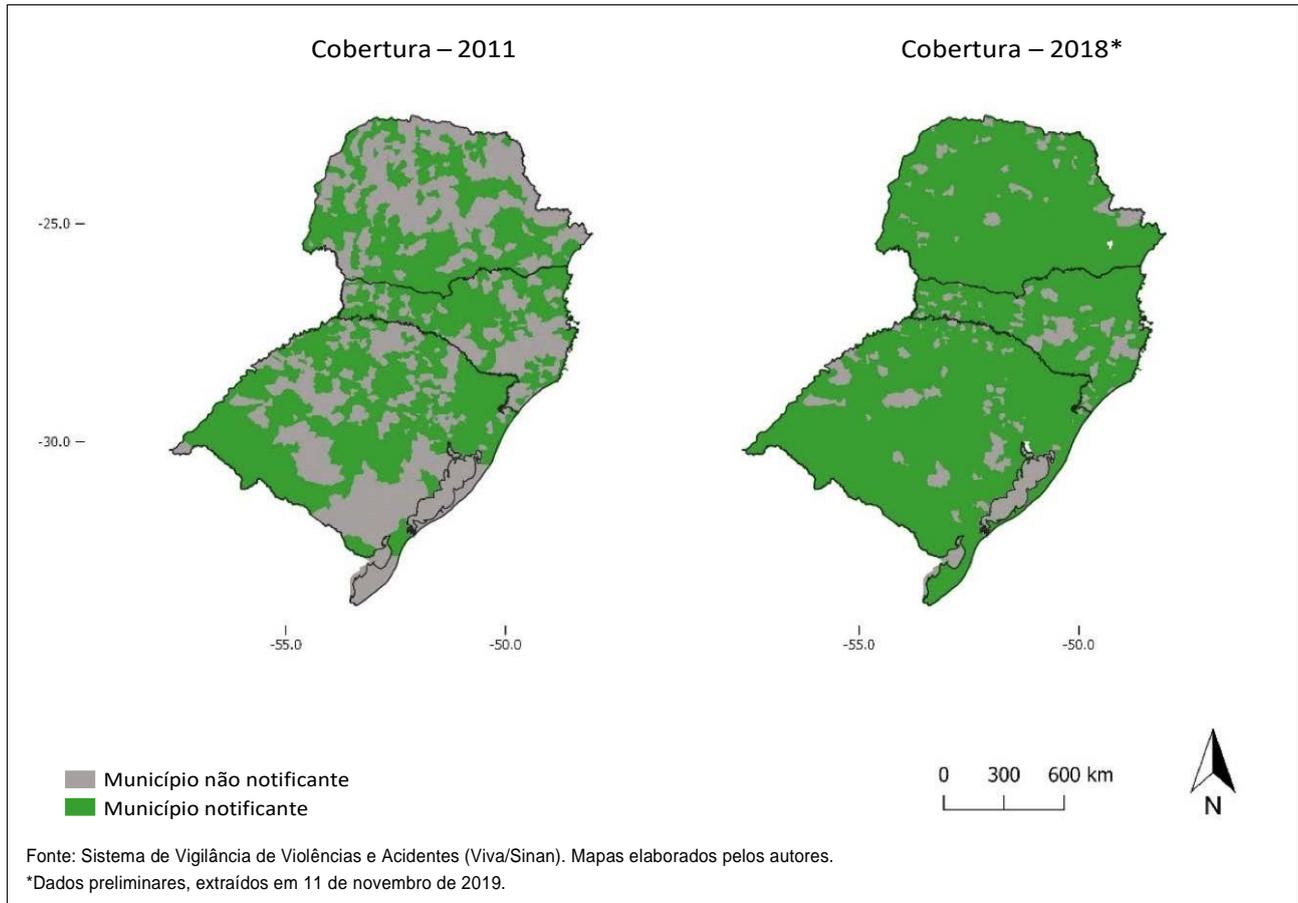


Figura 5 Cobertura do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan) na região Sul. Brasil, 2011 e 2018*

***Coordenação-geral de Vigilância de agravos e Doenças Não Transmissíveis (CgDaNT/DaSNT/SVS):** Eduardo Marques Macário, Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha, Camila Alves Bahia, Cheila Marina de Lima, Daila Nina Freire, Érika Carvalho de Aquino, Karine Bonfante, Leandra Lofego Rodrigues, Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas, Rafael Bello Corassa, Rayone Moreira Costa, Valéria Cristina de Albuquerque Brito, Vinícius Oliveira De Moura Pereira.

Diferenças regionais no consumo de alimentos entre adolescentes e adultos no Brasil

Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (CGDANTDANTPS/SVS).*

Introdução

No Brasil, mudanças no estilo de vida nas últimas décadas têm sido discutidas como importantes causas do atual cenário epidemiológico, principalmente pelo crescimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)¹. Um importante fator que contribui para este aumento é a alimentação inadequada, caracterizada pelo aumento da participação nas refeições de alimentos de alta densidade energética, elevado conteúdo de açúcares, gorduras e sódio, como refrigerantes, biscoitos recheados, “salgadinhos de pacote” e “macarrão instantâneo”, concomitante ao consumo insuficiente de alimentos *in natura*, relevantes para a alimentação saudável, a exemplo do feijão, frutas e hortaliças^{2,3}.

A exposição a esses fatores tem seu início ainda na infância e na adolescência, fases decisivas para a adoção de hábitos saudáveis que serão consolidados na fase adulta⁴. Nesse sentido, estratégias de saúde pública devem priorizar a adoção de comportamentos saudáveis desde as idades mais jovens. Ademais, o consumo alimentar está intimamente ligado às condições socioeconômicas e culturais que abrangem as várias regiões do Brasil⁵.

Além disso, os processos acentuados de urbanização e industrialização são vivenciados diferentemente em cada região e, possivelmente, afetam os comportamentos em saúde, principalmente os hábitos alimentares⁵. Assim, a investigação do consumo alimentar dos brasileiros nas diferentes regiões do país pode assegurar o desenvolvimento de ações de promoção da saúde que respeitem e valorizem a dimensão cultural da alimentação, bem como prover os entes públicos com informações para o planejamento e/ou implementação de políticas de saúde que visem a prevenção de doenças relacionadas a alimentação e nutrição.

Em comemoração ao “Dia Nacional da Saúde e da Nutrição” - 31 de março, a Secretaria de Vigilância em Saúde lança este boletim sobre a alimentação dos adolescentes e adultos brasileiros, nas diferentes regiões do país, que ressalta a relação da alimentação com a saúde, sugerindo, ainda, uma reflexão da escolha e acesso aos alimentos, bem como da promoção da saúde da população. O objetivo deste boletim foi descrever as diferenças regionais do consumo de alimentos entre adolescentes e adultos (18 a 24 anos) brasileiros.

Método

Trata-se de uma análise descritiva a partir dos dados de dois inquéritos populacionais: a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) e o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel).

A PeNSE é um inquérito realizado com escolares adolescentes, a cada 3 anos, desde 2009. Para este trabalho, foram analisados dados da edição de 2015 (última edição publicada) de 102.301 estudantes do 9º ano (antiga 8ª série) do Ensino Fundamental, devidamente matriculados no ano letivo de 2015, que frequentavam regularmente escolas públicas e privadas situadas nas zonas urbanas e rurais de todo o território nacional⁶.

O Vigitel é um inquérito telefônico que, desde 2006, entrevista anualmente uma amostra probabilística de adultos (18 anos ou mais) residentes em domicílios com telefone fixo, nas 26 capitais dos estados do país e no Distrito Federal. Embora o Vigitel tenha dados disponíveis para o ano de 2018, para este trabalho, foram utilizados os dados de 2015. Além disso, as análises se referem ao recorte de idade de adultos entre 18 a 24 anos (5.050 indivíduos no ano de 2015)⁷.

Para este boletim, foram selecionados indicadores comuns para os dois inquéritos referentes ao consumo regular (em cinco ou mais dias da semana) de: feijão, frutas, hortaliças e refrigerantes. A frequência desses indicadores foi descrita segundo agrupamento das capitais das 5 regiões do país (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste) para ambos os inquéritos realizados em 2015. Informações mais detalhadas sobre inquéritos podem ser obtidas em relatórios disponíveis no site do Ministério da Saúde (<https://bit.ly/39AWnZ2>; <https://bit.ly/2UQuVBf>).

Resultados

Em 2015, mais da metade dos adolescentes escolares brasileiros (56,3%) referiram consumo de feijão em

pelo menos cinco dias da semana. Esse consumo foi maior na região Centro-Oeste (67%; IC95%: 65,4-68,7) e menor na região Norte (36,6%; IC95%: 34,8-38,5) (Figura 1). O consumo regular de frutas foi referido por 32,8% dos escolares, com maior frequência de consumo na região Centro-Oeste (37,1%; IC95%: 35,6-38,6) e menor na região Norte (28,5%; IC95%: 27,5-29,6) (Figura 2). Com maior proporção se comparado ao consumo de frutas, o de hortaliças foi referido por 38,3% dos escolares, também com maior frequência de consumo na região Centro-Oeste (44,9%; IC95%: 43,3-46,6) e menor na região Nordeste (30,7%; IC95%: 29,9-31,6) (Figura 3). Por sua vez, o consumo de refrigerantes foi referido por 28,8% dos escolares, com maior frequência de consumo na região Sudeste (30,8%; IC95%: 28,8-32,9) e menor na região Nordeste (24,9%; IC95%: 23,9-26,0) (Figura 4).

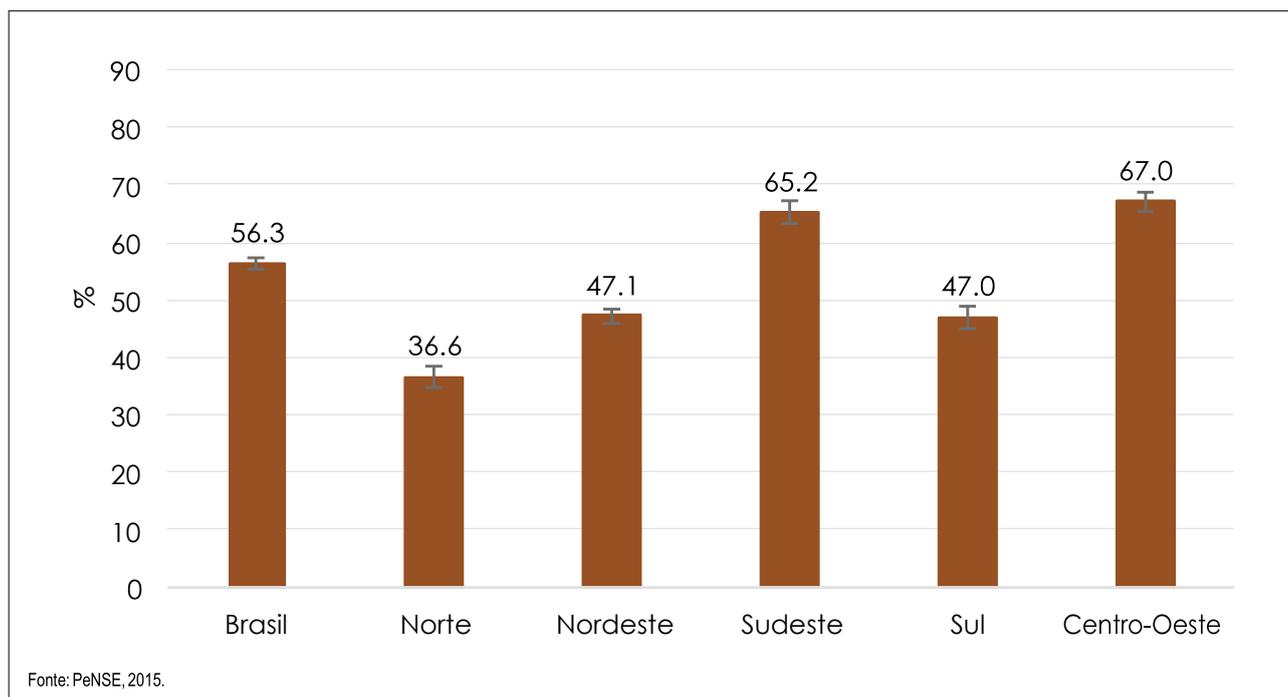


Figura 1 Proporção de de adolescentes escolares brasileiros que consumiram feijão regularmente, segundo regiões – PeNSE 2015

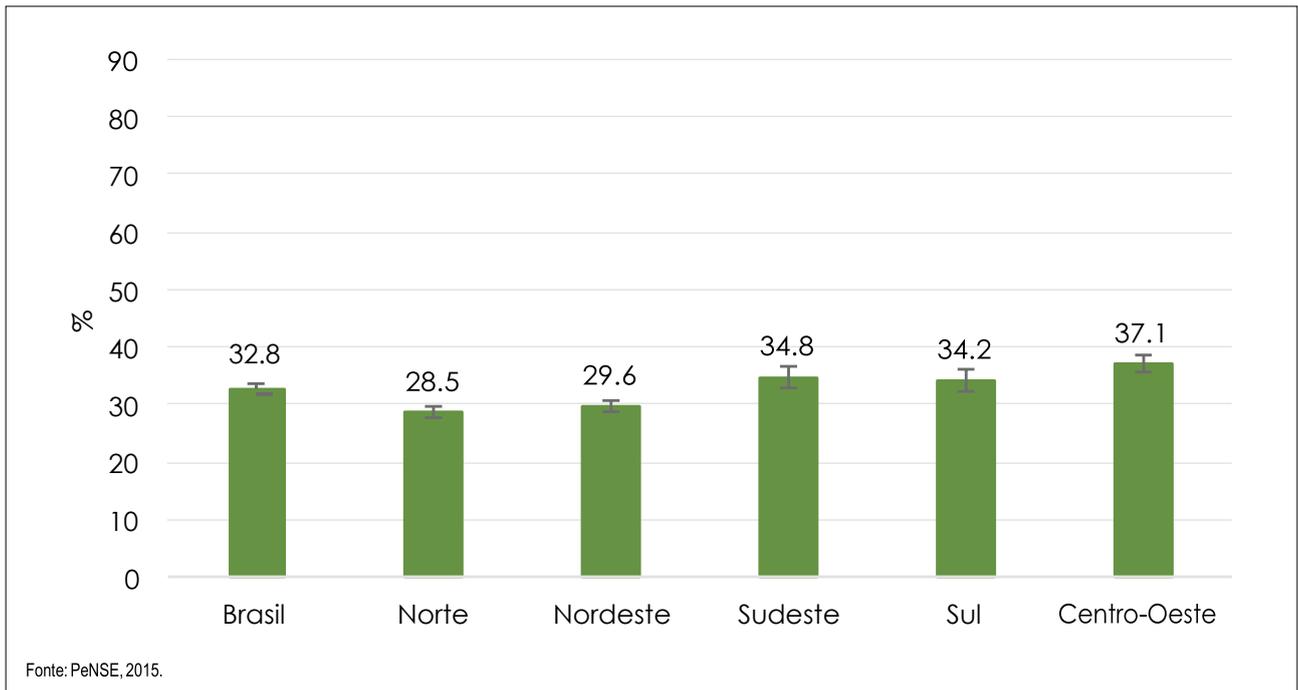


Figura 2 Proporção de adolescentes escolares brasileiros que consumiram frutas regularmente, segundo regiões - PeNSE 2015

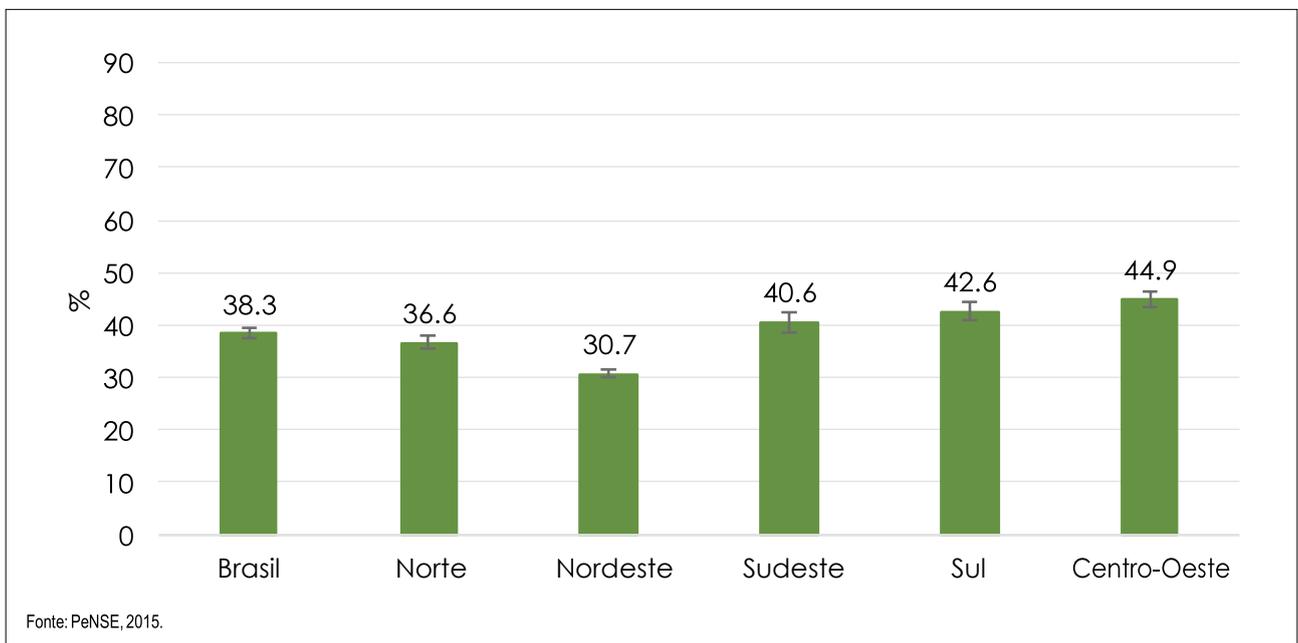


Figura 3 Proporção de adolescentes escolares brasileiros que consumiram hortaliças regularmente, segundo regiões – PeNSE 2015

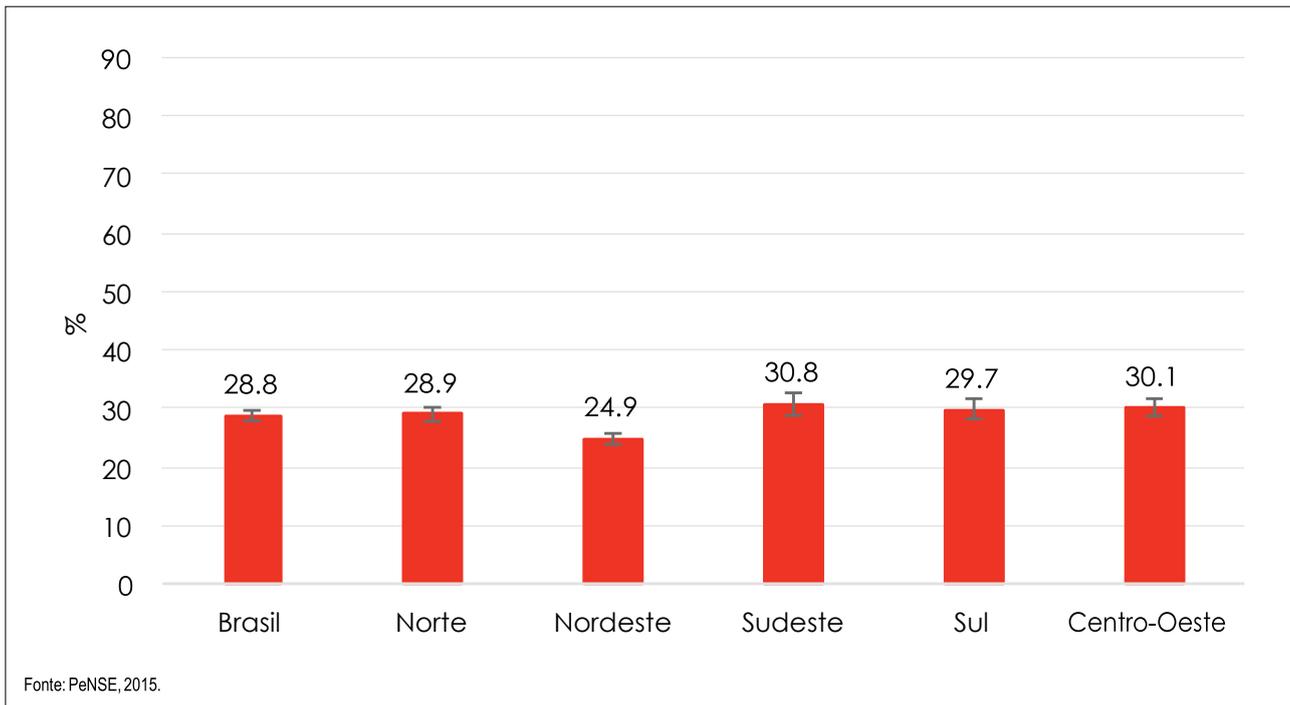


Figura 4 Proporção de adolescentes escolares brasileiros que consumiram refrigerantes regularmente, segundo regiões – PeNSE 2015

Sobre o consumo da população adulta (entre 18 e 24 anos de idade), quase 7 de cada 10 adultos (66,6%) referiram consumir feijão regularmente, apresentando o mesmo padrão de consumo dos adolescentes, com maior percentual na região Centro-Oeste (80,0%; IC95%: 75,4-83,9) e menor na região Norte (50,5%; IC95%: 46,6-54,3) (Figura 5). Ao contrário dos adolescentes, os adultos referiram maior consumo de frutas do que hortaliças. O consumo de frutas foi referido por 58,2% dos adultos, com maior frequência na região Nordeste

(65,9%; IC95%: 62,9-68,7) e menor na região Sudeste (52,8%; IC95%: 47,3-58,4) (Figura 6). Já o consumo de hortaliças foi referido por 42,7% dos adultos, com maior frequência na região Centro-Oeste (58,3%; IC95%: 52,2-64,1) e menor na região Nordeste (35,1%; IC95%: 32,4-37,9) (Figura 7). Por fim, a proporção de adultos que referiram consumo regular de refrigerantes foi de 30,2%, com maior frequência na região Sudeste (37,7%; IC95%: 32,5-43,3) e menor na região Nordeste (21,3%; IC95%: 18,8-24,0) (Figura 8).

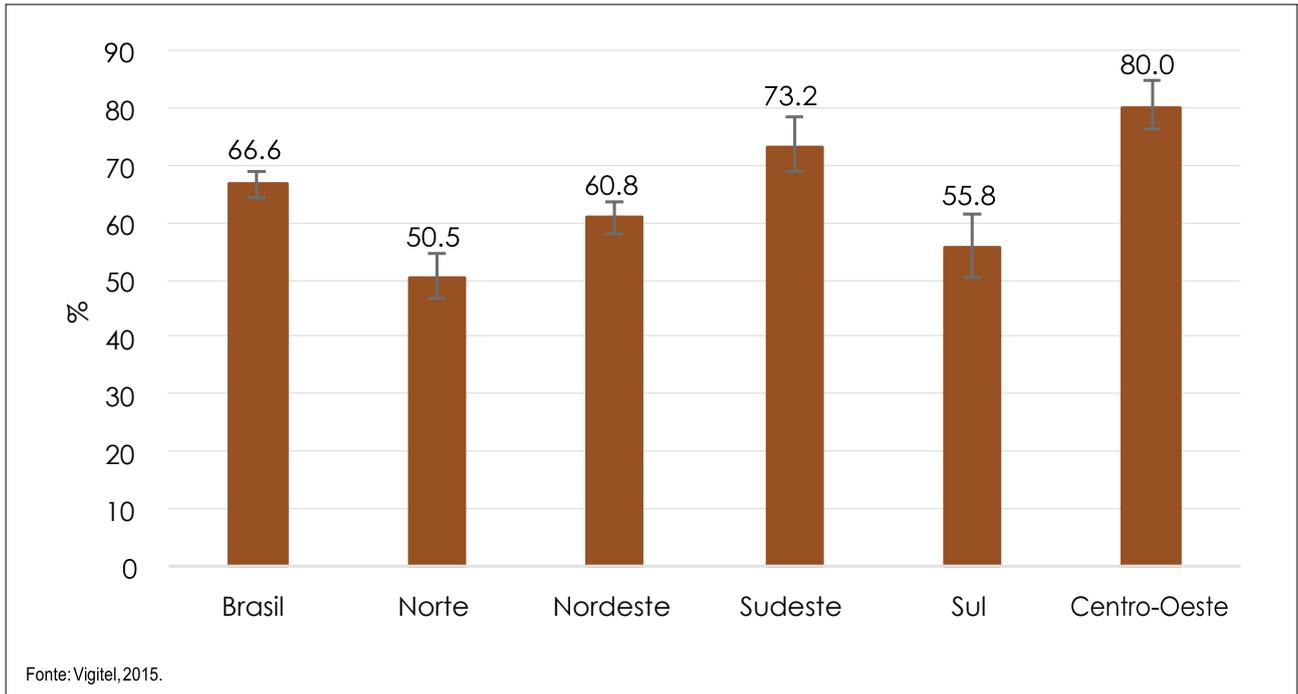


Figura 5 Proporção de adultos (18 a 24 anos) que consumiram feijão regularmente, segundo regiões – Vigitel 2015

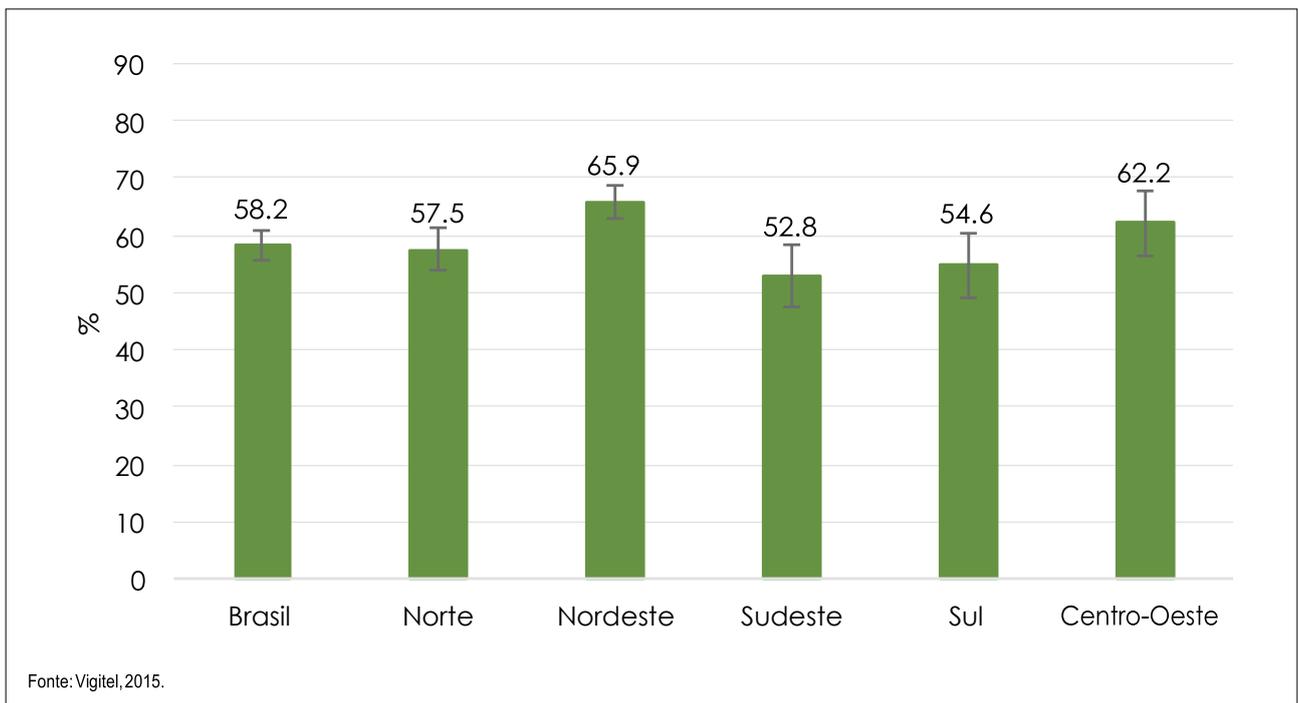


Figura 6 Proporção de adultos (18 a 24 anos) que consumiram frutas regularmente, segundo regiões – Vigitel 2015

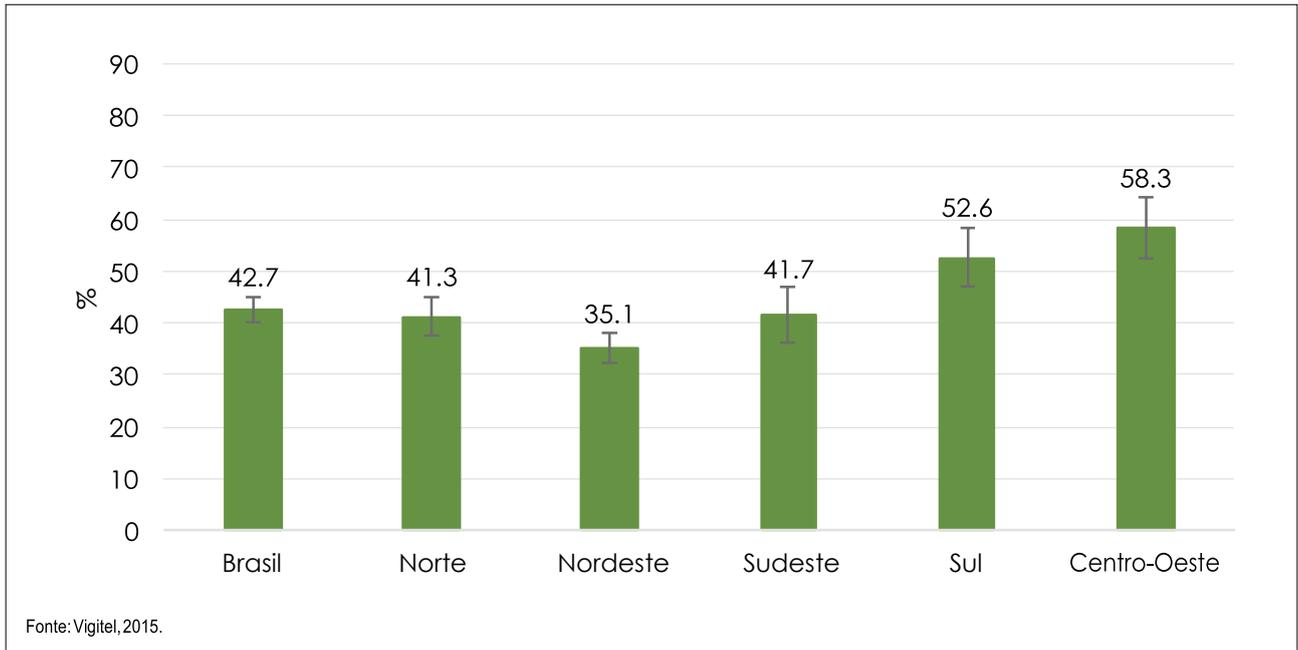


Figura 7 Proporção de adultos (18 a 24 anos) que consumiram hortaliças regularmente, segundo regiões – Vigitel 2015

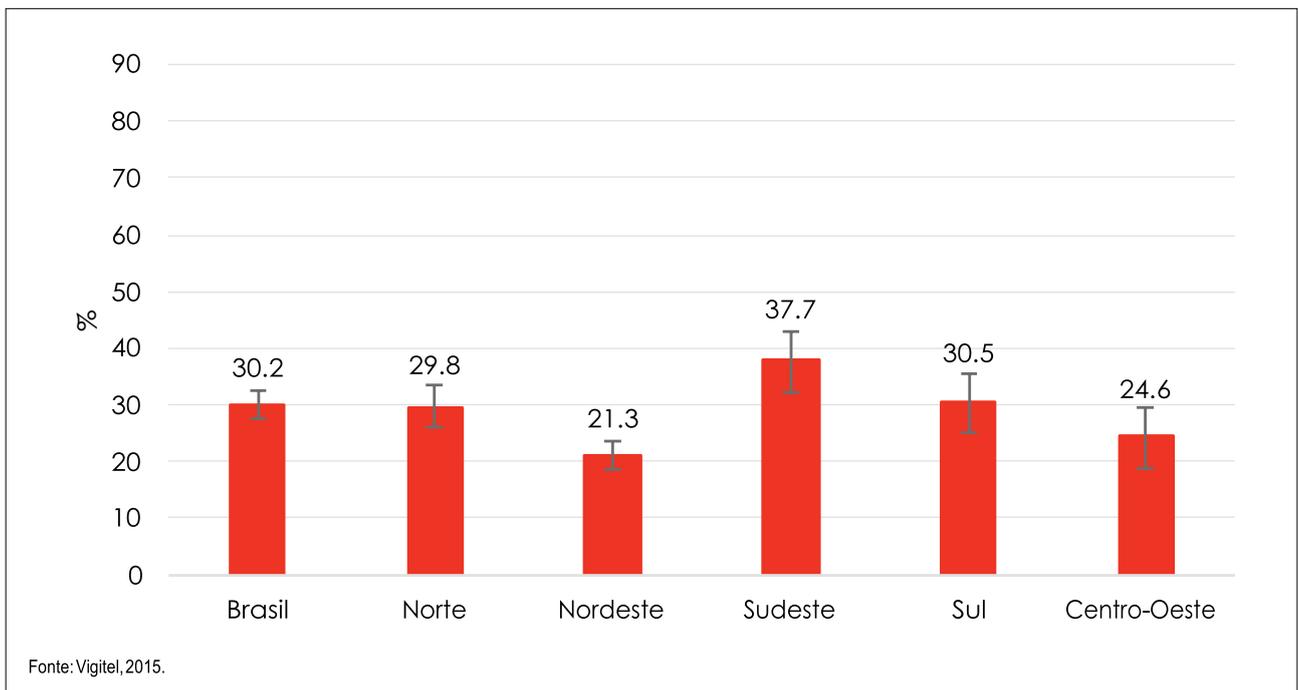


Figura 8 Proporção de adultos (18 a 24 anos) que consumiram refrigerantes regularmente, segundo regiões – Vigitel 2015

Discussão

As análises do presente boletim, por meio de dois importantes inquéritos de saúde do Brasil, possibilitaram a avaliação do consumo de marcadores da alimentação em estratos populacionais relevantes para adoção de hábitos saudáveis. De forma geral, os indicadores de consumo alimentar apresentaram a mesma distribuição regional tanto para adolescentes quanto para adultos, à exceção do consumo regular de frutas que apresentou situações contrastantes: enquanto os adolescentes das regiões Norte e Nordeste tiveram menor prevalência de consumo de frutas, os adultos dessas regiões apresentaram as maiores frequências desse consumo. Situações semelhantes foram verificadas até mesmo com relação às prevalências de consumo de refrigerante, dado que 28,8% dos adolescentes referiram consumir regularmente refrigerantes e 30,2% dos adultos tiveram o mesmo comportamento no ano de 2015.

As prevalências elevadas do consumo de feijão tanto entre adolescentes (56,3%) quanto entre adultos (66,6%), ratifica a participação tradicional deste item na alimentação da população brasileira. O consumo desse, somado a outros elementos tradicionais da alimentação brasileira, como o arroz, reflete uma dieta nutricionalmente adequada, com fonte de fibras, ferro, proteínas de alto valor biológico e outros nutrientes que estão associados fortemente com a proteção a várias doenças⁸. Diferenças regionais no consumo de feijão podem ser atribuídas a aspectos culturais e diferenças nos hábitos alimentares locais⁵.

O consumo de frutas e hortaliças também é um importante marcador da alimentação saudável, uma vez que seu consumo adequado é um fator protetor para as doenças crônicas não transmissíveis⁹. O consumo desses alimentos, em ambos os grupos etários analisados, apresentou prevalências superiores na região Centro-Oeste se comparada às outras, exceto para o consumo de frutas em adultos, onde a região Nordeste apresentou maior percentual. A região Centro-Oeste brasileira é caracterizada como uma das mais ricas do país, com maior concentração de renda e maiores níveis de educação, o que pode explicar o maior nível de consumo desses alimentos, apesar de serem um dos mais caros da alimentação^{10,11}. Aliado a isso, a maior prevalência de consumo de frutas e hortaliças pode ser influenciada por hábitos mais saudáveis adquiridos no passado, anteriores ao fenômeno atual de comidas rápidas, industrializadas, e também por seguirem orientações recebidas dos profissionais de saúde, em função da sobrecarga de fatores de risco e da presença de comorbidades¹².

Em vista disso, reforça-se a necessidade do contínuo monitoramento do consumo desses grupos de alimentos pela população para compreender o impacto da transição nutricional na homogeneização da dieta dos brasileiros.

A prevalência de consumo regular de refrigerante foi semelhante entre adolescentes e adultos, o que revela uma situação preocupante, dado o alto consumo de bebidas açucaradas nesses grupos (com maior frequência do que aquela verificada para o conjunto total da população adulta de 19,0% no mesmo ano⁷). Ainda, observa-se que esse consumo é mais frequente na região Sudeste, sugerindo que esses produtos são mais consumidos em regiões com grande urbanização, onde o estilo de vida propicia a adoção de refeições rápidas e prontas para o consumo, geralmente acompanhadas de bebidas açucaradas como os refrigerantes¹³. Tal consumo nessas faixas de idade requer atenção, uma vez que o refrigerante é uma bebida com alto teor de açúcar e vêm sendo apontado como o principal contribuinte para o ganho de peso e surgimento de alterações metabólicas¹⁴.

A disseminação de informações sobre as diferenças regionais quanto ao comportamento alimentar relacionado com as DCNT, é um importante subsídio para profissionais e gestores da Atenção Primária à Saúde no desenvolvimento de ações e estratégias para promoção da alimentação adequada e saudável, que valorizem a cultura alimentar da população, principalmente entre adolescentes e adultos, estratos populacionais mais propensos à mudança de hábitos. Segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira de 2014, a alimentação diz respeito a como os alimentos são combinados entre si e preparados, a características do modo de comer e às dimensões culturais e sociais das práticas alimentares³. Por conseguinte, ações que priorizem ambientes alimentares saudáveis são essenciais para proteger e promover a saúde, a cultura e as tradições alimentares de uma população.

Diferenças regionais são reflexo de disparidades culturais e também socioeconômicas. Portanto, a vigilância e a compreensão da distribuição desses comportamentos, que podem levar às iniquidades na alimentação, contribuem para a elaboração de políticas públicas em saúde que respeitem e valorizem as dimensões culturais da alimentação, visando a promoção de estilos de vida saudáveis voltada para públicos mais vulneráveis.

Referências

1. Malta DC, Andrade SSCA, Oliveira TP, Moura L, Prado RR, Souza MaFM. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. *Rev. bras. epidemiol.* 2019; 22: e190030.
2. Martins APB, Levy RB, Claro RM, Moubarac JC, Monteiro CA. Participação crescente de produtos ultraprocessados na dieta brasileira (1987-2009). *Rev Saúde Pública.* 2013; 47(4): 656-665.
3. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
4. Ward ZJ, Long MW, Resch SC, Giles CM, Cradock AL, Gortmaker SL. Simulation of Growth Trajectories of Childhood Obesity into Adulthood. *N Engl J Med* 2017; 377: 2145-2153.
5. Canuto Raquel, Fanton Marcos, Lira Pedro Israel Cabral de. Iniquidades sociais no consumo alimentar no Brasil: uma revisão crítica dos inquéritos nacionais. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2019; 24(9): 3193-3212.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, (PeNSE), 2015. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
7. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. *Vigite! Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2015.* Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
8. Velásquez-Meléndez G, Mendes LL, Pessoa MC, Sardinha LMV, Yokota RTC, Bernal RTI et al. Tendências da frequência do consumo de feijão por meio de inquérito telefônico nas capitais brasileiras, 2006 a 2009. *Cien saude coletiva.* 2012; 17(12): 3363-3370.
9. World Health Organization (WHO). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva: WHO; 2003.
10. Damiani TF, Pereira LP, Ferreira MG. Consumo de frutas, legumes e verduras na Região Centro-Oeste do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cien saude coletiva.* 2017; 22(2): 369-382.
11. Claro RM, Maia EG, Costa BVL, Diniz DP. Preço dos alimentos no Brasil: prefira preparações culinárias a alimentos ultraprocessados. *Cad Saude Publica [online].* 2016; 32(8): e00104715.
12. Lock K, Pomerleau J, Causer L, Altmann DR, McKee M. The global burden of disease attributable to low consumption of fruit and vegetables: implications for the global strategy on diet. *Bull World Health Organ* 2005; 83(2):100-108.
13. Paula Costa DV, Lopes MS, Mendonca RD, Malta DC, Freitas PP, Lopes ACS. Diferenças no consumo alimentar nas áreas urbanas e rurais do Brasil: Pesquisa nacional de saúde. *Cien Saude Colet [periódico na internet]* (2020/Jan). [Citado em 28/02/2020].
14. Malik VS, Hu FB. Sugar-Sweetened Beverages and Cardiometabolic Health: An Update of the Evidence. *Nutrients.* 2019;11(8). pii: E1840.

*Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS): Luiza Eunice Sá da Silva, Ellen de Cássia Dutra Pozzetti Gouvêa, Daíla Nina Ribeiro Freire, Max Moura de Oliveira, Patrícia Pereira Vasconcelos de Oliveira, Rayone Moreira Costa Veloso Souto, Sheila Rizzato Stopa, Valéria Cristina de Albuquerque Brito, Vera Lúcia Tierling, Vinícius Oliveira de Moura Pereira, Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha, Eduardo Marques Macário.

Boletim Epidemiológico

11

Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública | Doença pelo Coronavírus 2019 (COE-COVID19)

Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde

17 de abril de 2020 | Semana Epidemiológica 16 (12 - 18/04)

DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)

Sumário

COVID-19 NO MUNDO	2
COVID-19 NO BRASIL	2
Óbitos confirmados	7
Hospitalizações por SRAG	11
PRIMEIROS RESULTADOS DO VIGITEL COVID-19	12
Principais resultados:	13
Práticas recomendadas para a prevenção da COVID-19	13
Isolamento social	14
Higienização das mãos e de objetos de uso frequente	14
Práticas complementares de higiene	15
Meios de comunicação	15
AVALIAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE PÚBLICA	16
Propósito	16
Auxiliar quem for tomar decisão com base em um mínimo de coerência técnica	16
Implementação de medidas de saúde pública proporcionais e restritas aos riscos em cada momento	17
Estabelecer comunicação operacional com maior eficiência	17
Adotar estratégia de comunicação de risco mais eficaz	17
Aprimorar a preparação e resposta	17
Formulação de questões de risco	17
Componentes da avaliação de risco	18
Avaliação da ameaça	19
Avaliação da exposição	20
Avaliação de contexto	21
Caracterização do risco	23
Condicionantes da avaliação de risco	25
Equipamentos	25
Recursos humanos	25
Leitos de UTI e Internação	25
SERVIÇOS	26
ANEXOS	28
Anexo 1. Coeficientes de incidência e de mortalidade por COVID-19 por capital, 2020	28
Anexo 2. Coeficientes de incidência e de mortalidade por COVID-19 por região metropolitana, 2020	29
Anexo 3. Coeficientes de incidência e de mortalidade por COVID-19 por região de saúde, 2020	31

COVID-19 NO MUNDO

Segundo dados internacionais¹, até 17 de abril de 2020, foram confirmados 2.222.699 casos de COVID-19 com 149.995 óbitos (**Tabela 1**). Os Estados Unidos da América são o país com maior número de casos (684.427). O Brasil é o 11º em número de casos confirmados e o 11º em número de óbitos.

Tabela 1: Total de casos confirmados, óbitos, letalidade e mortalidade entre os primeiros 10 países em número de casos confirmados, em relação ao Brasil, 2020.

ID	PAÍSES E TERRITÓRIOS	CONFIRMADOS		ÓBITOS		LETALIDADE	POPULAÇÃO	MORTALIDADE POR 1.000.000 DE HAB.
		N	%	N	%			
1	Estados Unidos	684.427	30,8%	35.463	23,6%	5,2%	331.915.000	107
2	Espanha	188.068	8,5%	19.478	13,0%	10,4%	4.6711.000	417
3	Itália	168.941	7,6%	22.170	14,8%	13,1%	60.250.000	368
4	França	165.027	7,4%	17.920	11,9%	10,9%	67.443.000	266
5	Alemanha	138.456	6,2%	4.193	2,8%	3,0%	82.678.000	51
6	Reino Unido	108.692	4,9%	14.576	9,7%	13,4%	67.224.000	217
7	China	82.692	3,7%	4.632	3,1%	5,6%	1.401.379.000	3
8	Irã	79.494	3,6%	4.958	3,3%	6,2%	83.993.000	59
9	Turquia	78.546	3,5%	1.769	1,2%	2,3%	84.339.000	21
10	Bélgica	36.138	1,6%	5.163	3,4%	14,3%	11.538.000	447
11	Brasil	33.682	1,5%	2.141	1,4%	6,4%	212.559.000	10
Total		2.222.699	100%	149.995	100%	6,8%	7.754.179.000	19

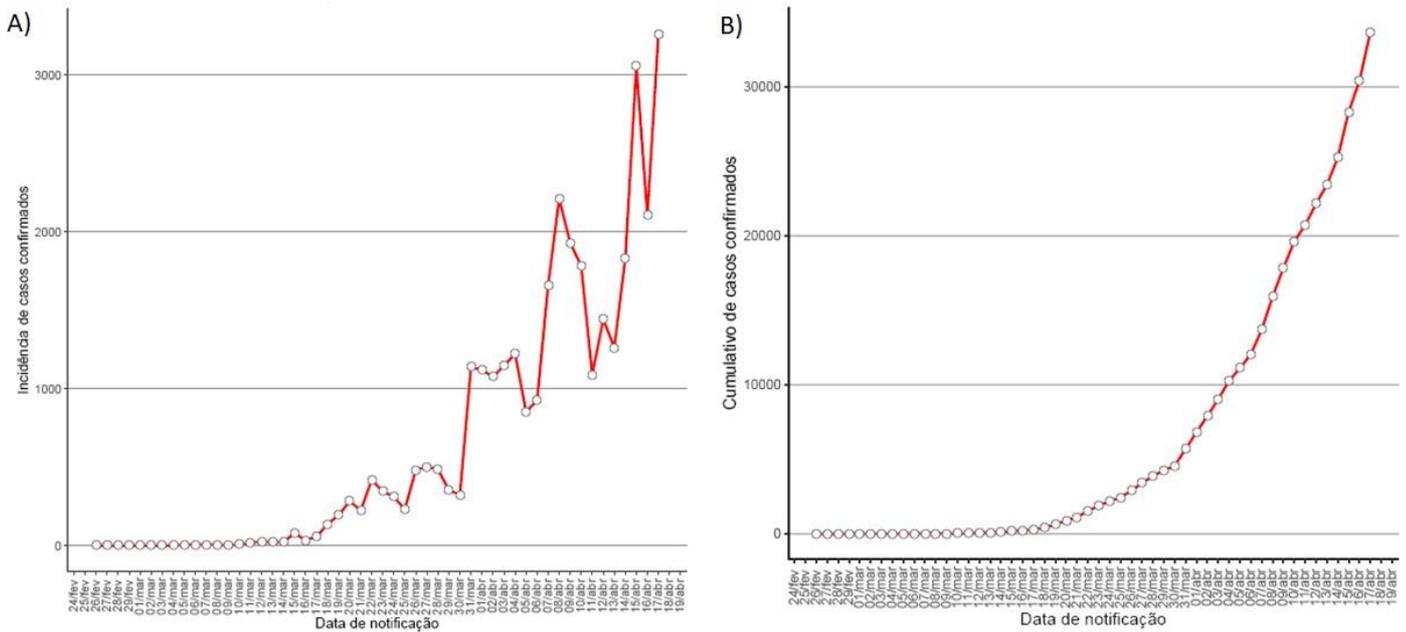
Fonte: OMS e Universidade Johns Hopkins.

COVID-19 NO BRASIL

Casos confirmados

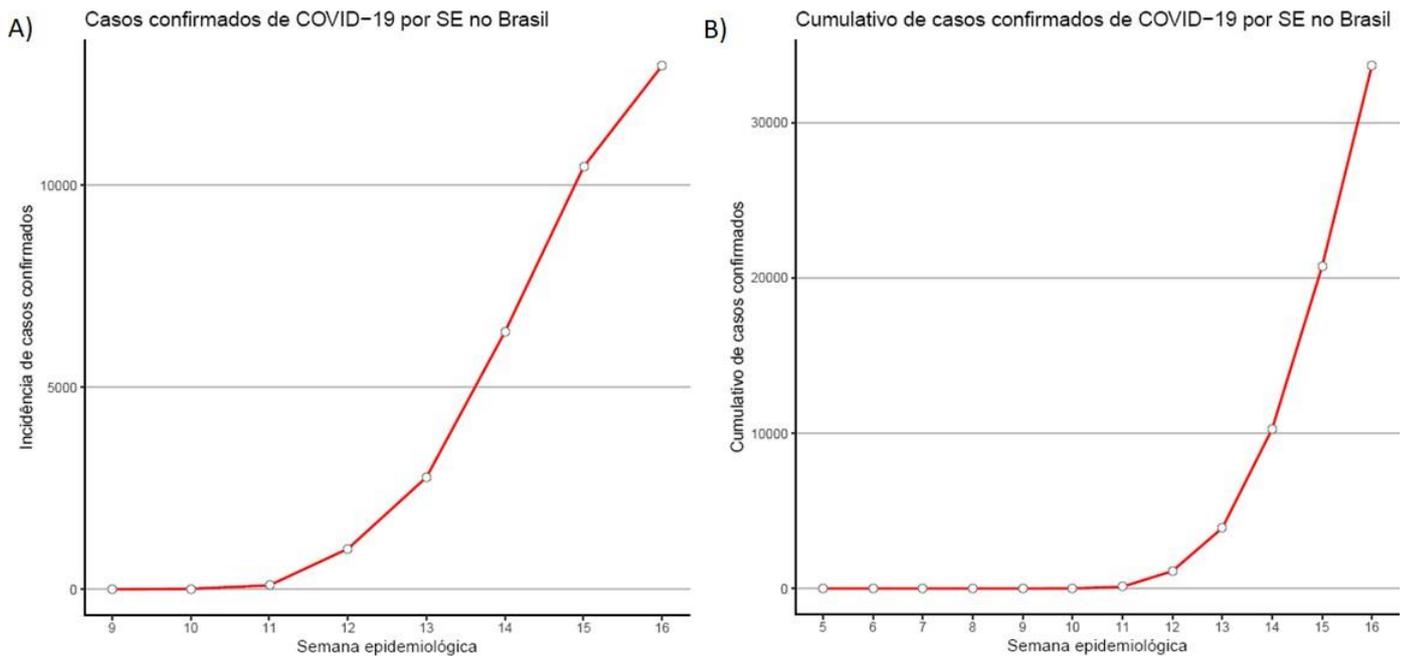
No Brasil, até o dia 17 de abril de 2020, foram confirmados 33.682 casos de COVID-19. Nas últimas 24 horas foram confirmados 3.257 novos casos da doença, o que representou um incremento de 10,7% (3.257/30.425) em relação ao total acumulado até o dia anterior. A **Figura 1** mostra a distribuição dos casos novos de COVID-19 registrados dia a dia, bem como o cumulativo dos casos por data de notificação, enquanto a **Figura 2** mostra a distribuição por semana epidemiológica.

¹<https://www.irrd.org/covid-19/#brasil>



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde. Dados atualizados em 17 de abril de 2020 às 15h, sujeitos a revisões.

Figura 1: Incidência de casos confirmados de COVID-19 (A) e cumulativo dos casos (B) por data de notificação. Brasil, 2020.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde. Dados atualizados em 17 de abril de 2020 às 15h, sujeitos a revisões.

Figura 2: Incidência de casos confirmados de COVID-19 (A) e cumulativo dos casos (B) por semana epidemiológica. Brasil, 2020.

Como mostrado na **Tabela 2**, a maior parte dos casos concentrou-se na região Sudeste (19.067; 56,6%) seguido das regiões Nordeste (7.469; 22,2%) e Sul (2.602; 7,7%). Dentre as Unidades Federadas, São Paulo apresentou o maior número de casos confirmados da doença (12.841), seguido de Rio de Janeiro (4.349), Ceará (2.684), Pernambuco (2.006) e Amazonas (1.809). A **Figura 3** mostra a distribuição dos casos confirmados para COVID-19 por município.

Tabela 2: Distribuição dos casos e óbitos por COVID-19 por região e Unidade da Federação. Brasil, 2020.

ID	UF/REGIÃO	CONFIRMADOS	ÓBITOS
		N (%)	N (%)
NORTE		3.158 (9,4%)	193 (6,1%)
1	AC	135	5
2	AM	1.809	145
3	AP	370	10
4	PA	557	26
5	RO	92	3
6	RR	164	3
7	TO	31	1
NORDESTE		7.469 (22,2%)	479 (6,4%)
8	AL	110	7
9	BA	1.059	36
10	CE	2.684	149
11	MA	797	40
12	PB	195	26
13	PE	2.006	186
14	PI	102	8
15	RN	463	23
16	SE	53	4
SUDESTE		19.067 (56,6%)	1.329 (7,0%)
17	ES	856	25
18	MG	1.021	35
19	RJ	4.349	341
20	SP	12.841	928
CENTRO-OESTE		1.386 (4,1%)	46 (3,3%)
21	DF	746	20
22	GO	335	16
23	MS	143	5
24	MT	162	5
SUL		2.602 (7,7%)	94 (3,6%)
25	PR	874	42
26	RS	802	22
27	SC	926	30
BRASIL		33.682	2.141 (6,4%)

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde. Dados atualizados em 17 de abril de 2020 às 14h, sujeitos a revisões.

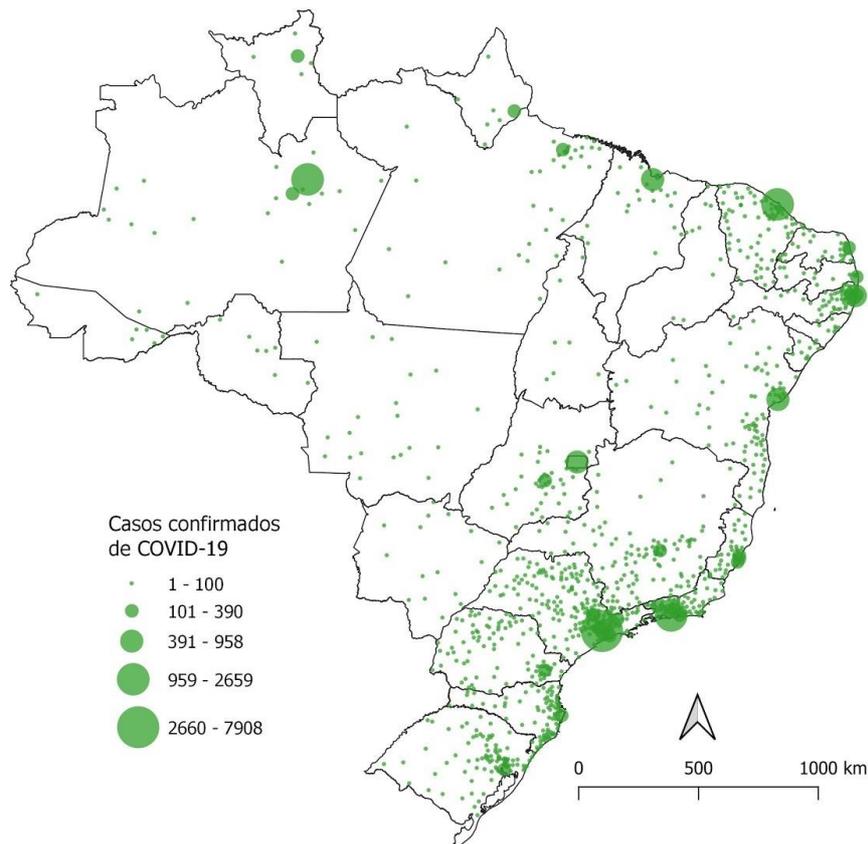


Figura 3: Distribuição espacial dos casos de COVID-19. Brasil, 2020.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde. Dados atualizados em 16 de abril de 2020 às 19h, sujeitos a revisões.

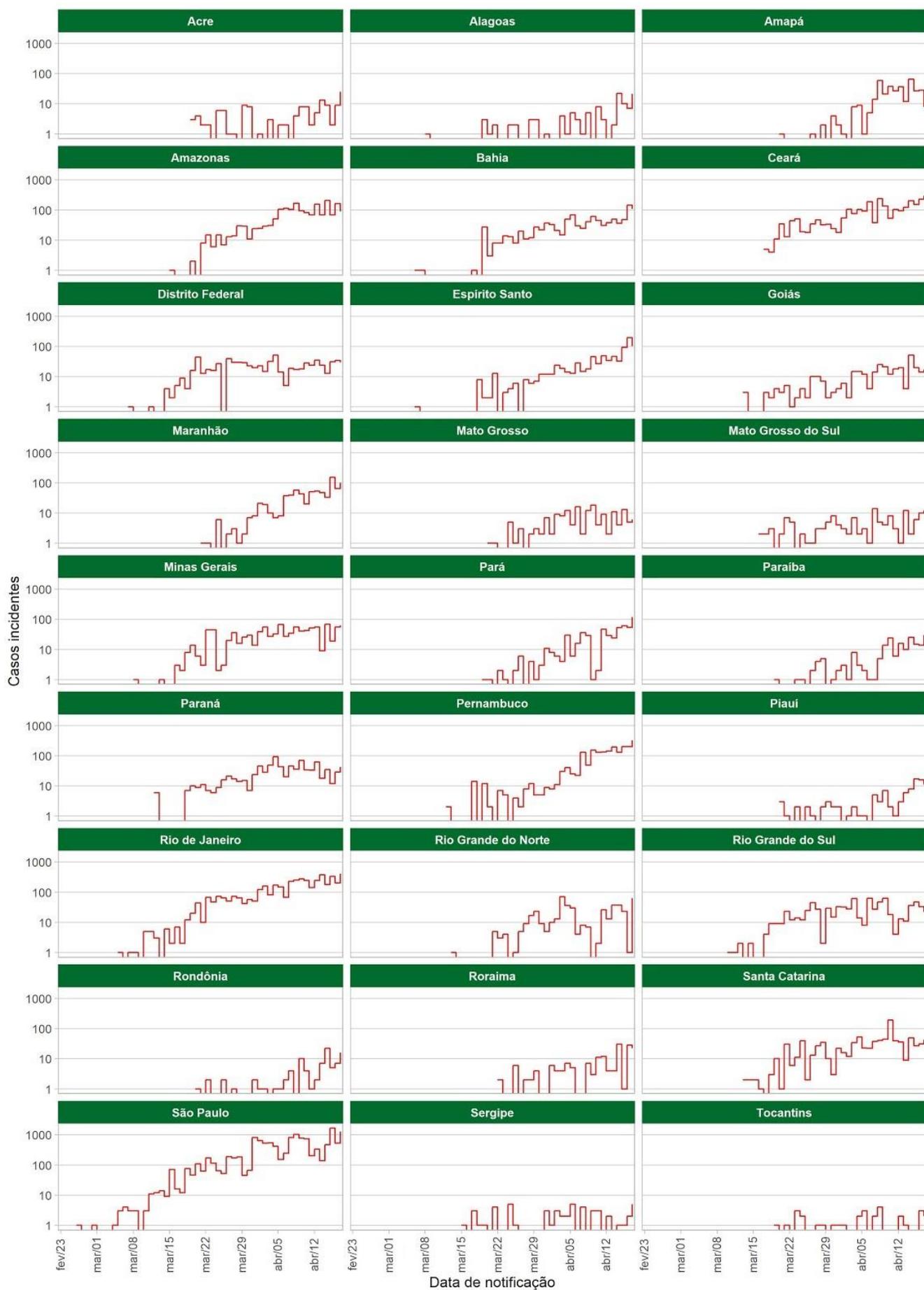
Com o apoio do Instituto para Redução de Riscos e Desastres de Pernambuco (IRRD/PE) e outros parceiros, estamos avaliando o padrão de casos com maior detalhamento. Na **Figura 4**, podemos ver a situação de cada estado e do Distrito Federal.

O coeficiente de incidência por 1.000.000 de habitantes foi calculado considerando a projeção do IBGE² para 2020 e está apresentado na **Figura 5** e no **Anexo 1**. O Brasil apresentou um coeficiente de incidência de 160/1.000.000 e, por UF, os maiores coeficientes foram registrados por Amapá (437), Amazonas (436), Ceará (294), São Paulo (280), Roraima (271), Rio de Janeiro (252) e Distrito Federal (247). Esses sete estados apresentaram uma incidência 50% acima da nacional.

O coeficiente de incidência por capitais está mostrado na **Figura 6**. Doze capitais apresentaram um coeficiente de incidência 50% acima do nacional, a saber: Fortaleza (765), Manaus (668), São Paulo (645), Macapá (602), Recife (582), Vitória (552), São Luís (528), Florianópolis (427), Rio de Janeiro (396), Boa Vista (328), Brasília (247) e Porto Alegre (241).

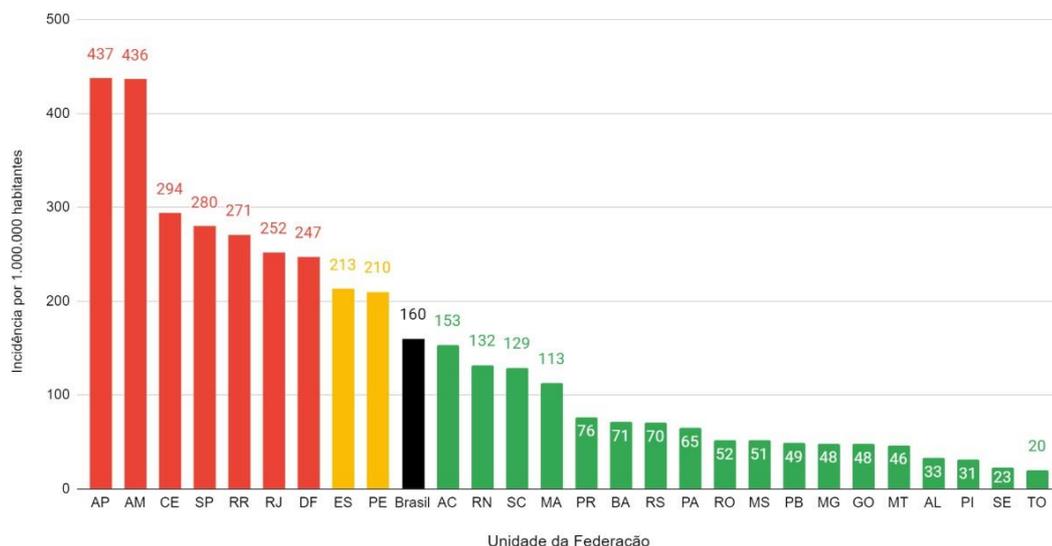
O **Anexo 2** mostra o coeficiente de incidência por região metropolitana. O coeficiente de incidência (por 1.000.000) dos casos confirmados de COVID-19 por regiões de saúde está mostrado no **Anexo 3**.

² IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2030



Fonte: Instituto para Redução de Riscos e Desastres de Pernambuco - <https://www.irrd.org/covid-19/> - atualizado em 17/04/2020 às 15h.

Figura 4: Evolução dos casos novos de COVID-19 por Unidade da Federação. Brasil, 2020.



Incidência nacional
160/1.000.000

EMERGÊNCIA

50% acima da
incidência nacional

ATENÇÃO

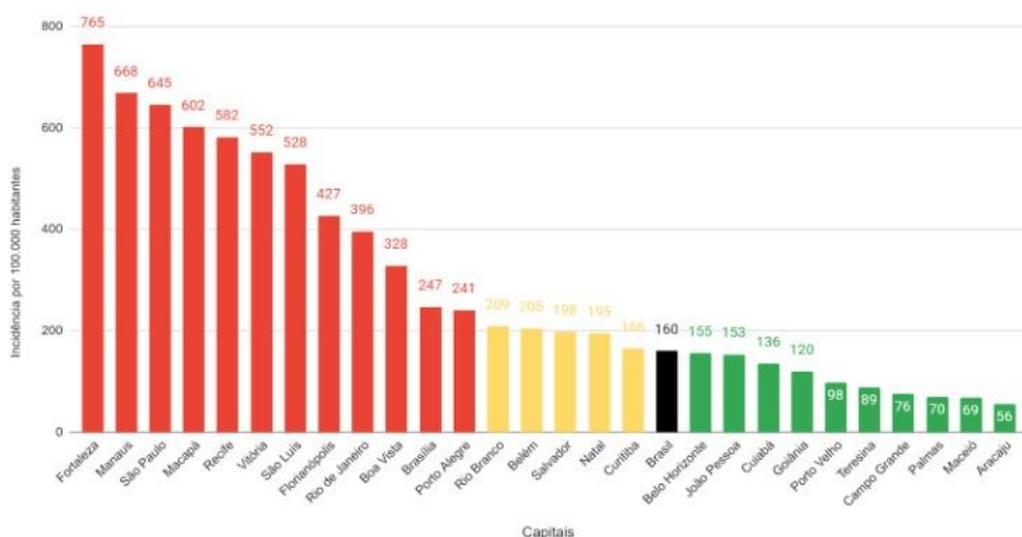
Entre 50% e a
incidência nacional

ALERTA

Abaixo da
incidência nacional

Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde. Dados atualizados em 17 de abril de 2020 às 14h, sujeitos a revisões.

Figura 5: Coeficiente de incidência (por 1.000.000) de COVID-19 por Unidade da Federação. Brasil, 2020.



Incidência nacional
160/1.000.000

EMERGÊNCIA

50% acima da
incidência nacional

ATENÇÃO

Entre 50% e a
incidência nacional

ALERTA

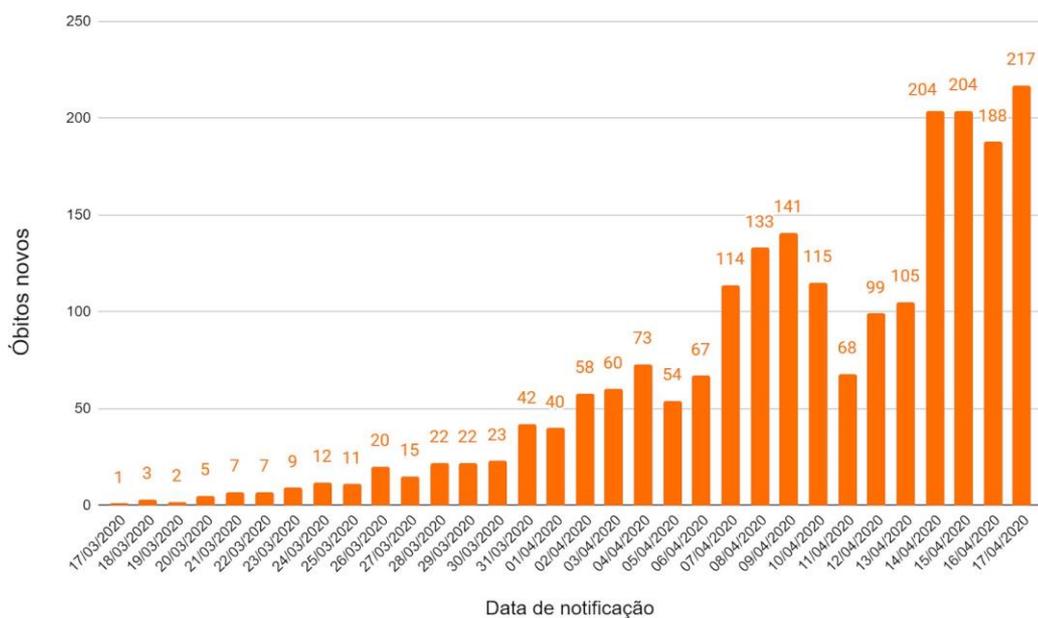
Abaixo da
incidência nacional

Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde. Dados atualizados em 17 de abril de 2020 às 14h, sujeitos a revisões.

Figura 6: Coeficiente de incidência (por 1.000.000) de COVID-19 por capital. Brasil, 2020.

Óbitos confirmados

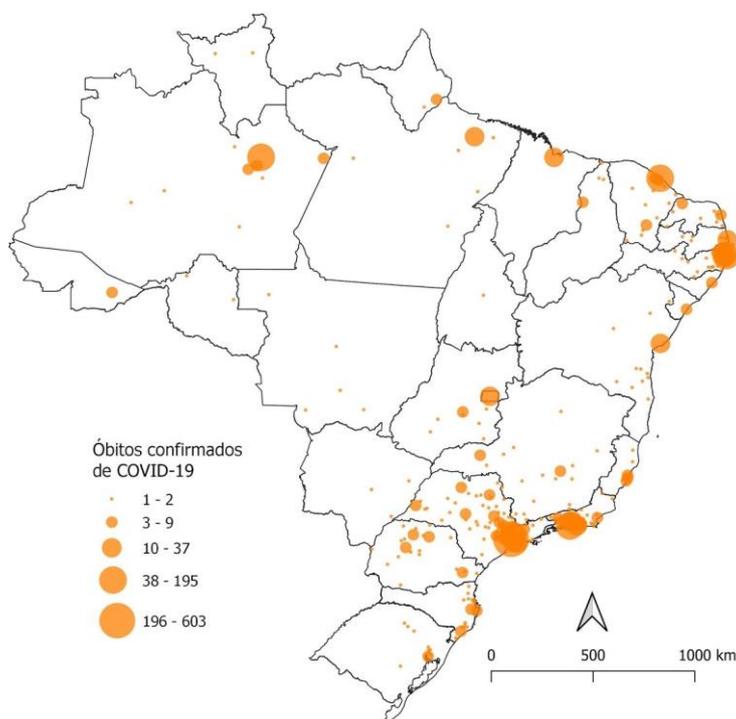
Até o dia 17 de abril de 2020, foram registrados 2.141 óbitos no país, o que representou uma letalidade de 6,4%. A **Figura 7** mostra a evolução dos óbitos por COVID-19 notificados por dia. Nas últimas 24 horas, foram informados 217 óbitos confirmados, o que representou um incremento de 11% (217/1.924) em relação ao total acumulado até o dia anterior.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde. Dados atualizados em 17 de abril de 2020 às 14h, sujeitos a revisões.

Figura 7: Evolução dos óbitos notificados de COVID-19 por dia. Brasil, 2020.

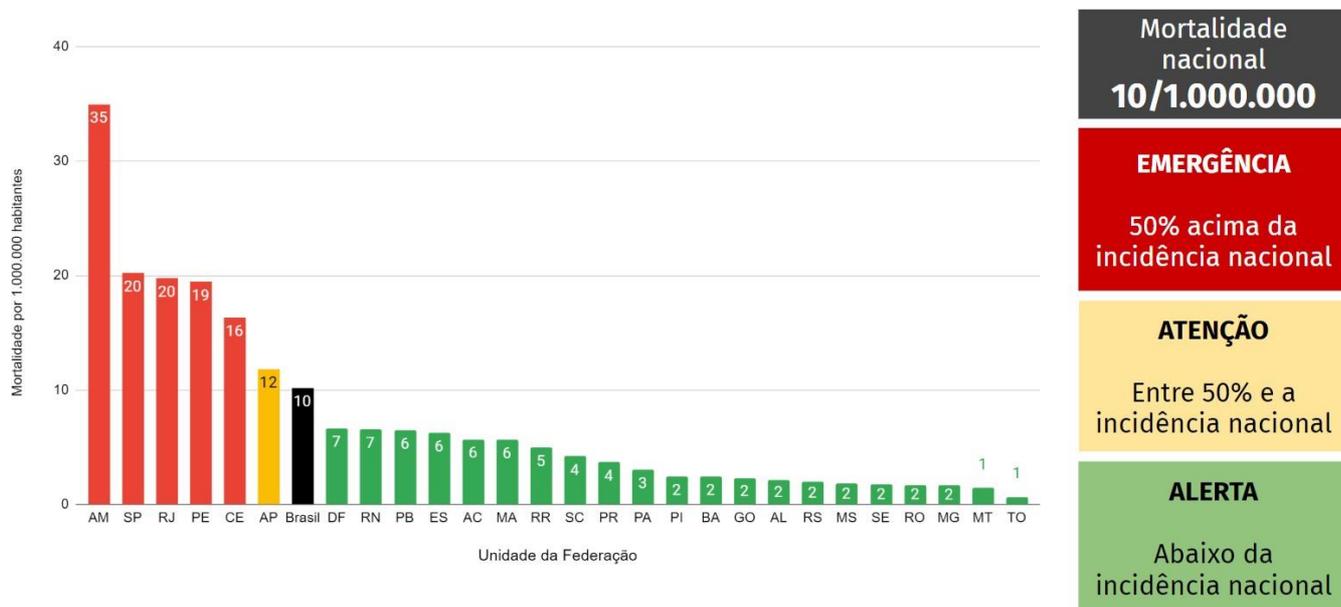
As maiores taxas de letalidade foram registradas no Sudeste (7,0%; 1.329/19.067), seguido de Nordeste (6,4%; 479/7.469) e Norte (6,1%; 193/3.158). Como mostrado na **Tabela 2**, as UFs com o maior número de óbitos confirmados por COVID-19 foram São Paulo (928), Rio de Janeiro (341), Pernambuco (186), Ceará (149) e Amazonas (145). Todos os estados apresentaram óbitos confirmados por COVID-19. A distribuição espacial dos óbitos confirmados pela doença está apresentada na **Figura 8**.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde. Dados atualizados em 16 de abril de 2020 às 14h, sujeitos a revisões.

Figura 8: Distribuição espacial dos óbitos confirmados por COVID-19. Brasil, 2020.

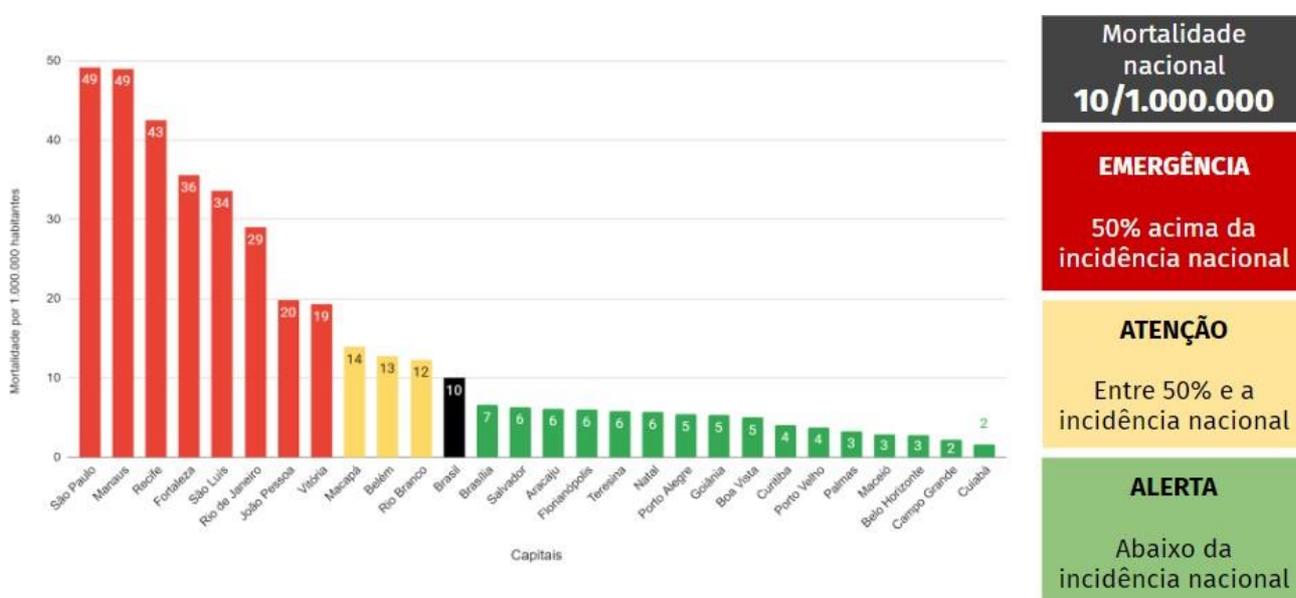
O coeficiente de mortalidade por 1.000.000 de habitantes por UF foi calculado considerando a projeção do IBGE para 2020 e está apresentado na **Figura 9**. O Brasil apresentou um coeficiente de mortalidade de 10/1.000.000 e, por UF, os maiores coeficientes foram registrados por Amazonas (35), São Paulo (20), Rio de Janeiro (20), Pernambuco (19) e Ceará (16). Esses cinco estados apresentaram coeficientes de mortalidade 50% acima do nacional.



Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde. Dados atualizados em 17 de abril de 2020 às 14h, sujeitos a revisões.

Figura 9: Coeficiente de mortalidade de COVID-19 por Unidade da Federação. Brasil, 2020.

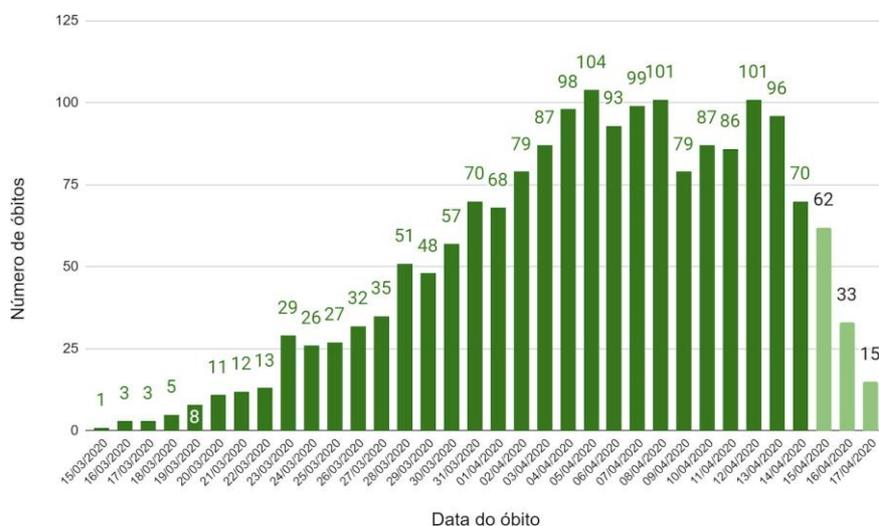
As capitais São Paulo (49), Manaus (49), Recife (43), Fortaleza (36), São Luís (34), Rio de Janeiro (29), João Pessoa (20) e Vitória (19) apresentaram coeficientes de mortalidade 50% acima do nacional, como mostrado na **Figura 10** e no **Anexo 1**. O **Anexo 2** mostra o coeficiente de mortalidade por região metropolitana brasileira. O coeficiente de mortalidade (por 1.000.000 de habitantes) de COVID-19 por regiões de saúde está mostrado no **Anexo 3**.



Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde. Dados atualizados em 17 de abril de 2020 às 14h, sujeitos a revisões.

Figura 10: Coeficiente de mortalidade de COVID-19 por capital. Brasil, 2020.

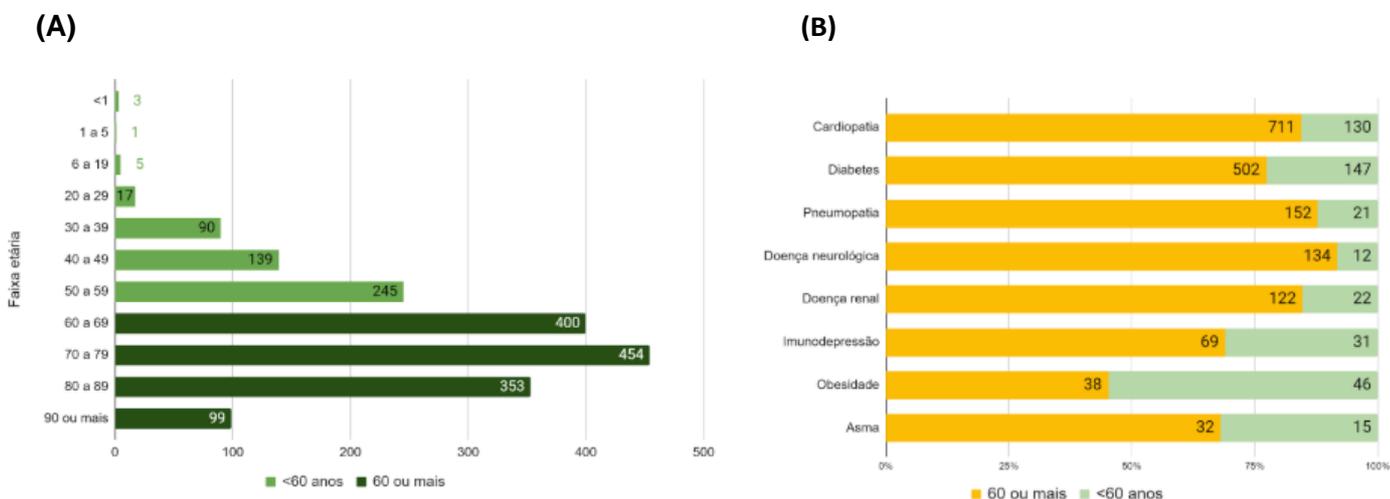
Dentre os 2.141 óbitos confirmados até o momento, 1.806 (84%) já possuem investigação concluída. Destes, 1.807 (60,2%) foram do sexo masculino. A **Figura 11** mostra a distribuição dos óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) de acordo com a data de óbito, obtida no Sistema de Informação de Vigilância da Gripe (SIVEP-Gripe).



Fonte: Sistema de Informação de Vigilância da Gripe. Dados atualizados em 17 de abril de 2020 às 14h, sujeitos a revisões.

Figura 11: Óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19 segundo data de óbito. Brasil, 2020.

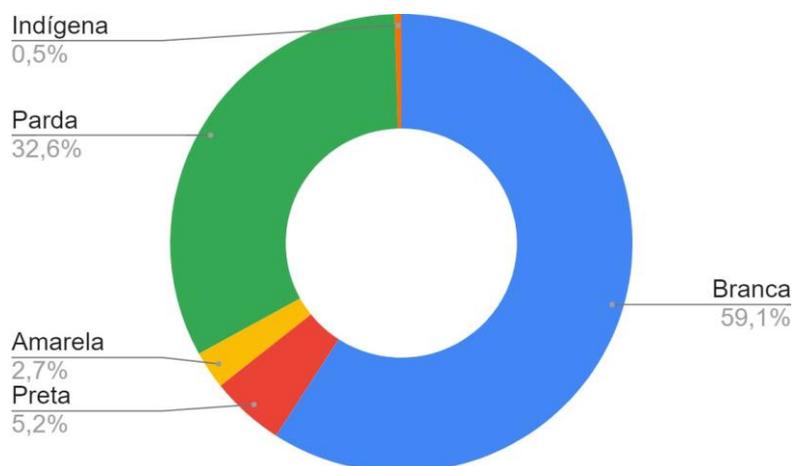
A distribuição dos óbitos por faixa etária está mostrada na **Figura 12A**. Entre os óbitos confirmados por COVID-19, 72% tinham mais de 60 anos, enquanto 73% apresentavam pelo menos um fator de risco (**Figura 12B**). A cardiopatia foi a principal comorbidade associada e esteve presente em 841 dos óbitos, seguida de diabetes (em 649 óbitos), pneumopatia (173), doença neurológica (146) e doença renal (144). Em todos os grupos de risco, a maioria dos indivíduos tinha 60 anos ou mais, exceto para obesidade.



Fonte: Sistema de Informação de Vigilância da Gripe. Dados atualizados em 17 de abril de 2020 às 14h, sujeitos a revisões.

Figura 12: Óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19 faixa etária (A) e grupos de risco (B). Brasil, 2020.

A **Figura 13** mostra a distribuição dos óbitos por COVID-19 segundo a raça/cor. Observou-se que 59,1% dos óbitos ocorreram entre pessoas de raça/cor branca, seguido da raça/cor parda (32,6%) e preta (5,2%). Dentre estes óbitos, 385 tiveram a variável raça/cor ignorada e não foram incluídas na análise.



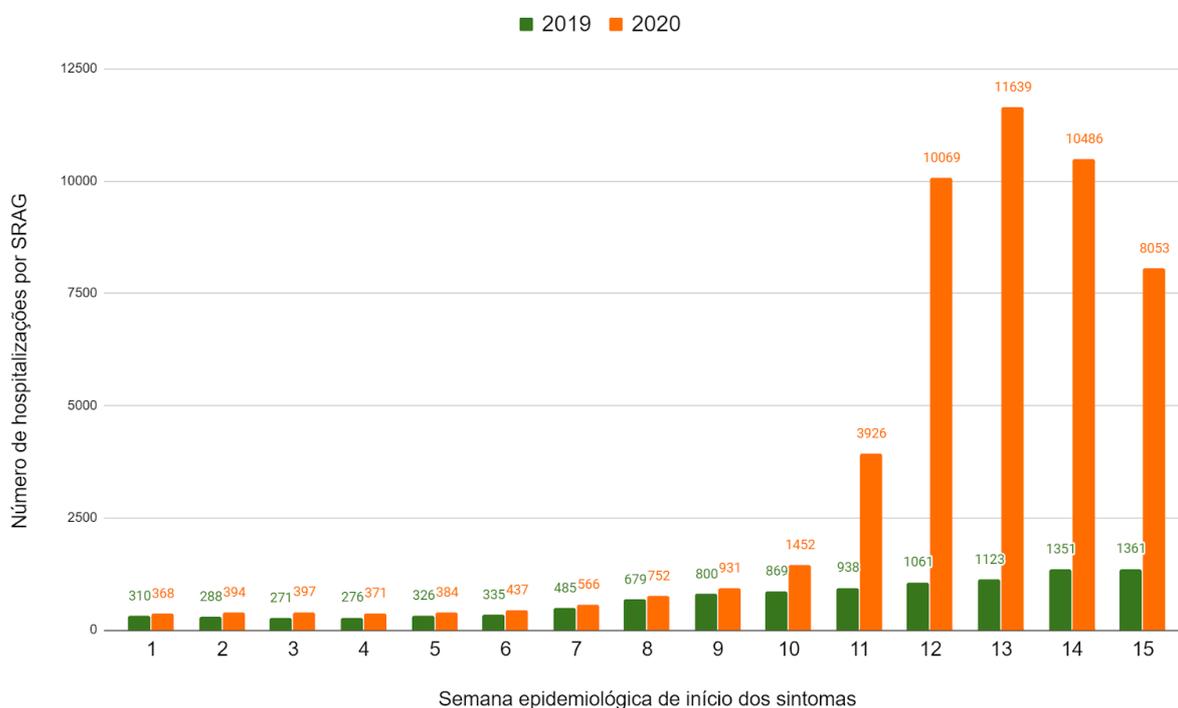
Fonte: Sistema de Informação de Vigilância da Gripe. Dados atualizados em 17 de abril de 2020 às 14h, sujeitos a revisões

*Excluídos 385 óbitos com variável raça/cor ignorada.

Figura 13: Óbitos por COVID-19 segundo raça/cor*. Brasil, 2020.

Hospitalizações por SRAG

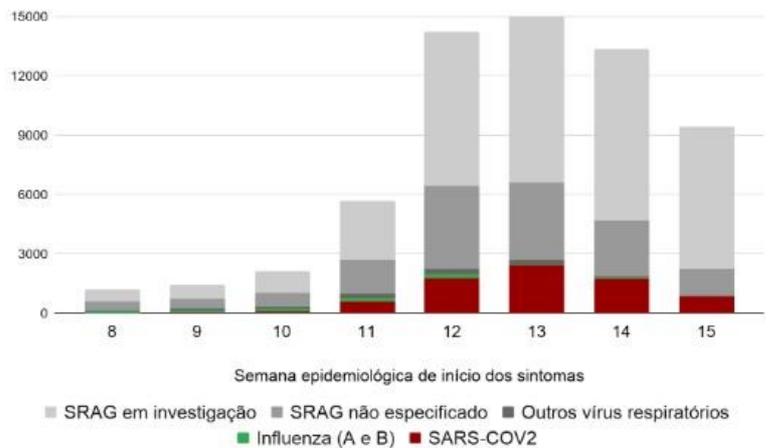
A **Figura 14** mostra o número de hospitalizações por SRAG até a semana epidemiológica (SE) 15 de 2019 e de 2020. Observou-se um incremento de 380% em 2020 em relação ao mesmo período de 2019. Até o dia 17 de abril de 2020, foram registradas no SIVEP-Gripe 50.225 hospitalizações por SRAG no Brasil entre as SE 1 e 15. Desse total, 7.402 (15%) foram de casos confirmados para COVID-19. A **Figura 15** mostra a proporção de hospitalizações por SRAG que foram confirmados para a doença por SE.



Fonte: Sistema de Informação de Vigilância da Gripe. Dados atualizados em 17 de abril de 2020 às 14h, sujeitos a revisões.

Figura 14: Hospitalizações por Síndrome Respiratória Aguda Grave em 2019 e 2020, até a semana epidemiológica 15. Brasil, 2020.

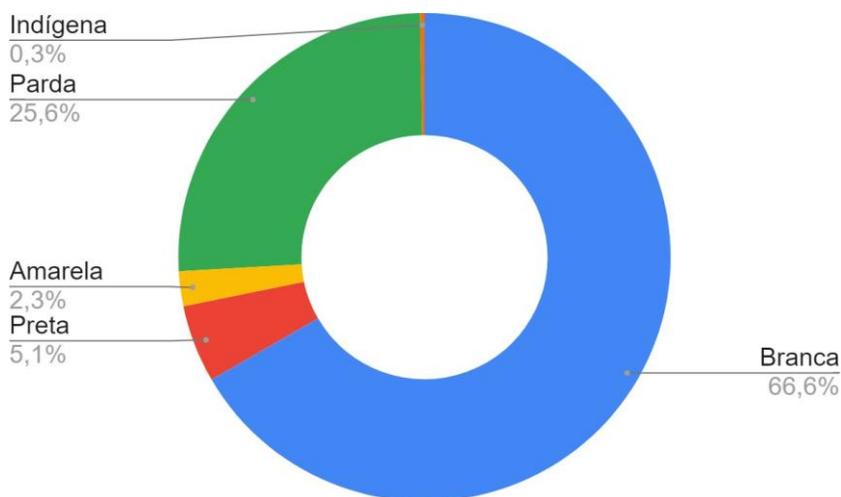
SE	SARS-COV2	Influenza (A e B)	Outros vírus respiratórios	SRAG não especificado	SRAG em investigação
8	9	59	72	438	612
9	13	124	95	480	699
10	94	121	103	679	1.134
11	599	192	186	1.733	2.949
12	1.774	227	238	4.159	7.830
13	2.397	79	202	3.900	8.961
14	1.711	27	92	2.848	8.656
15	805	5	46	1.387	7.197
Total	7.402	834	1.034	15.624	38.038



Fonte: Sistema de Informação de Vigilância da Gripe. Dados atualizados em 17 de abril de 2020 às 14h, sujeitos a revisões.

Figura 15: Hospitalizações por Síndrome Respiratória Aguda entre as semanas epidemiológicas 8 e 15 de 2020 e casos confirmados por COVID-19. Brasil, 2020.

A **Figura 16** mostra a distribuição das hospitalizações por SRAG segundo raça/cor. Verificou-se que 66,6% das hospitalizações ocorreram entre pessoas de raça/cor branca, seguido da raça/cor parda (25,6%) e preta (5,1%). Dentre esses casos, 1.572 tiveram a variável raça/cor ignorada e não foram incluídas na análise.



Fonte: Sistema de Informação de Vigilância da Gripe. Dados atualizados em 17 de abril de 2020 às 14h, sujeitos a revisões.
*Excluídos 3.331 casos com variável raça/cor ignorada.

Figura 16: Hospitalizações por Síndrome Respiratória Aguda segundo raça/cor*. Brasil, 2020.

PRIMEIROS RESULTADOS DO VIGITEL COVID-19

Dado o cenário atual e o fato de grande parte da transmissão da COVID-19 ser passível de prevenção, o Ministério da Saúde buscou identificar e descrever os padrões de comportamentos de risco e proteção para a COVID-19 na população adulta das macrorregiões do país, numa parceria entre o Ministério da Saúde e a Universidade Federal de Minas Gerais. Este boletim apresenta os resultados preliminares do primeiro ciclo da pesquisa Vigitel COVID-19, realizado entre os dias 1º e 10 de abril de 2020.

A metodologia utilizada no Vigitel COVID-19 baseou-se em amostras probabilísticas da população adulta (18 anos ou mais de idade) com posse de, pelo menos, uma linha de telefone móvel (celular). Estabeleceu-se um tamanho amostral de, aproximadamente, 2 mil indivíduos, sendo 400 em cada macrorregião geográfica. Os números contatados foram obtidos por meio de discagem aleatória de dígitos (RDD), seguida por validação dos números sorteados. Todas as entrevistas foram efetuadas por empresa contratada pelo Ministério da Saúde, com questionário eletrônico utilizando CATI (Computer-Assisted Telephone Interviewing).

O estudo fez uso de fatores de ponderação para que os dados coletados pudessem representar as macrorregiões e o Brasil. Esse processo visa igualar a composição sociodemográfica estimada para a população de adultos com telefone móvel a partir da amostra Vigitel em cada região geográfica do país à composição sociodemográfica que se estima para a população adulta total da mesma região no período de realização do inquérito.

Foram calculadas as prevalências e os respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%) por sexo (feminino e masculino), faixa etária (18 - 34, 35 - 49, 50 anos e mais) e região geográfica (Sul/Sudeste/Centro-Oeste e Norte/Nordeste). Os dados foram analisados com uso do aplicativo Stata, versão 14.0, por meio do módulo survey, que considera os efeitos da amostra complexa.

Principais resultados:

Práticas recomendadas para a prevenção da COVID-19

Considerou-se como indivíduo com prevenção ideal para COVID-19 todos aqueles referindo, na quinzena anterior à entrevista, ter estado em isolamento social, ter mantido o distanciamento de pessoas com sintoma da doença, ter realizado higiene regular das mãos e de objetos de uso frequente (assim como as práticas complementares de higiene), ter evitado tocar olhos, nariz e boca após contato com superfícies e pessoas e ter adotado práticas recomendadas de etiqueta respiratória.

O percentual de indivíduos com 18 anos e mais que referiu realizar o conjunto completo de práticas recomendadas para a prevenção da COVID-19 foi de **36,7%** (IC95%: 34,0-39,5), sendo para mulheres de **39,9%** (IC95%: 36,2-43,6) e para homens, **33,3%** (IC95%: 29,2-37,4) (**Figura 17**). Ou seja, aproximadamente **37,0%** da população adulta no Brasil referiu a realização simultânea das práticas citadas anteriormente.

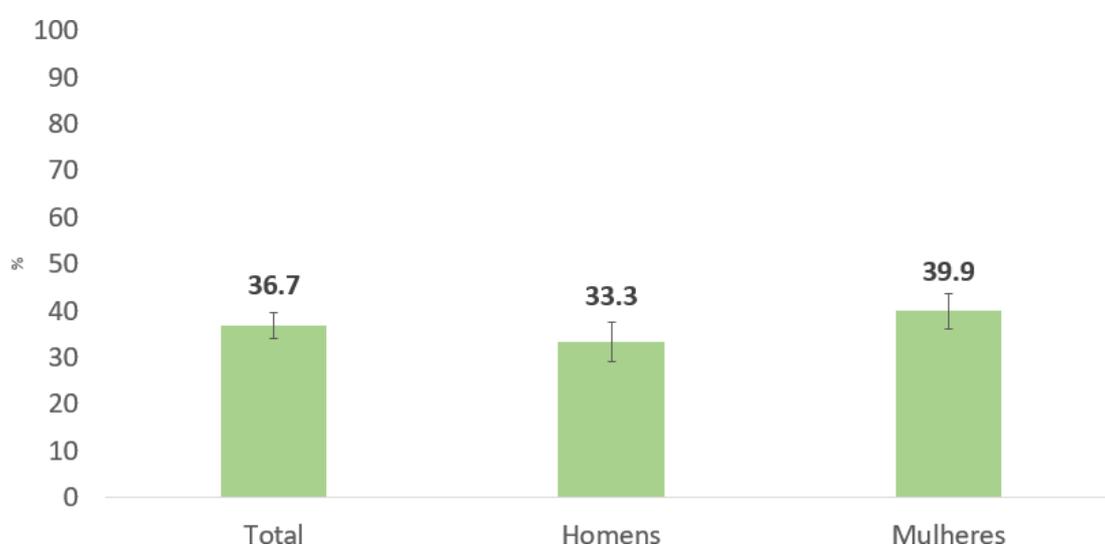


Figura 17: Percentual de adultos com prevenção ideal da COVID-19. Brasil, 2020.

Isolamento social

Foi considerado como indivíduo em isolamento social aquele que referiu ter evitado sair de casa a menos que fosse necessário, ter evitado aglomerações de pessoas ou lugares muito cheios e ter evitado contato próximo com outras pessoas, como cumprimentos ou abraços.

O percentual de adultos que referiram realizar isolamento social foi de **90,9%** (IC95%: 89,4-92,4), sendo maior na região Sul/Sudeste/Centro-Oeste, **92,7%** (IC95%: 90,9-94,5) em relação à região Norte/Nordeste, **87,5%** (IC95%: 84,8-90,2) (**Figura 18**).

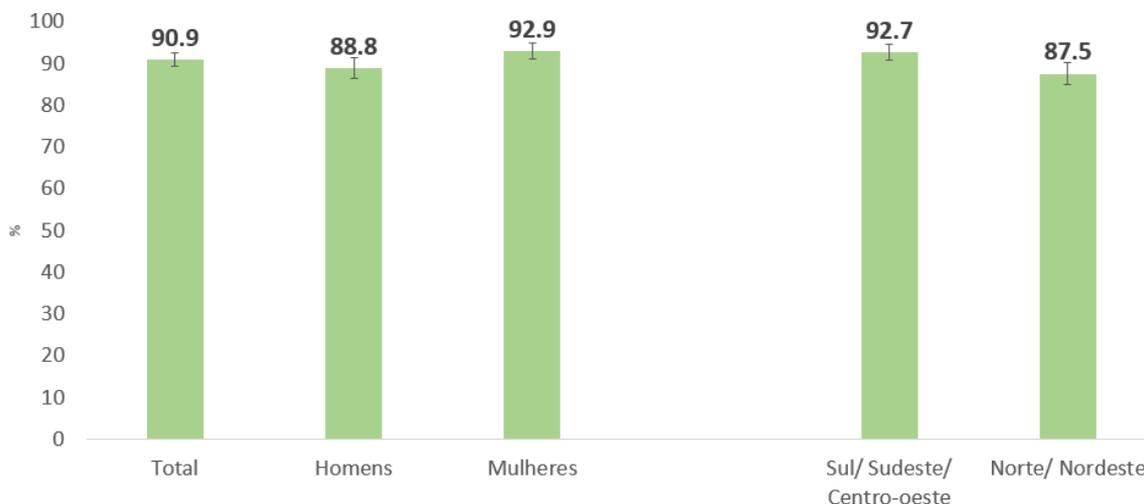


Figura 18: Percentual de adultos em isolamento social. Brasil, 2020.

Higienização das mãos e de objetos de uso frequente

O percentual de adultos que referiram higienizar as mãos frequentemente (seja com água e sabão ou com desinfetante à base de álcool) e superfícies/objetos tocados com frequência foi de **82,7%** (IC95%: 80,4-84,9). O maior percentual foi observado entre as mulheres, **87,3%** (IC95%: 84,8-89,8) quando comparadas aos homens, **77,7%** (IC95%: 74,0-81,4) (**Figura 19**).

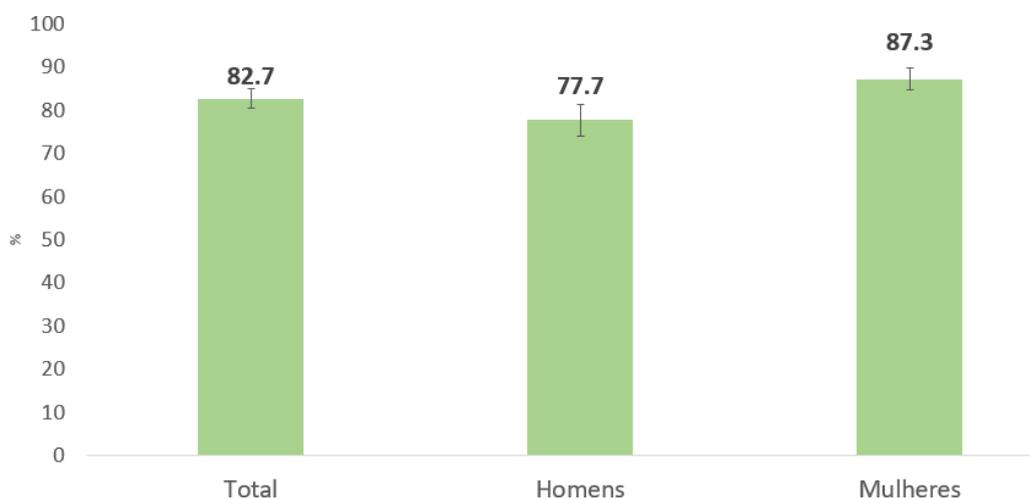


Figura 19: Percentual de adultos realizando higiene regular das mãos e de objetos de uso frequente. Brasil, 2020.

Práticas complementares de higiene

O percentual de adultos que referiram realizar práticas complementares de higiene (trocar roupas e sapatos ao chegar em casa e não compartilhar objetos de uso pessoal como toalhas, garrafas, talheres, pratos e copos) foi de **66,3%** (IC95%: 63,6-69,1) (**Figura 20**).

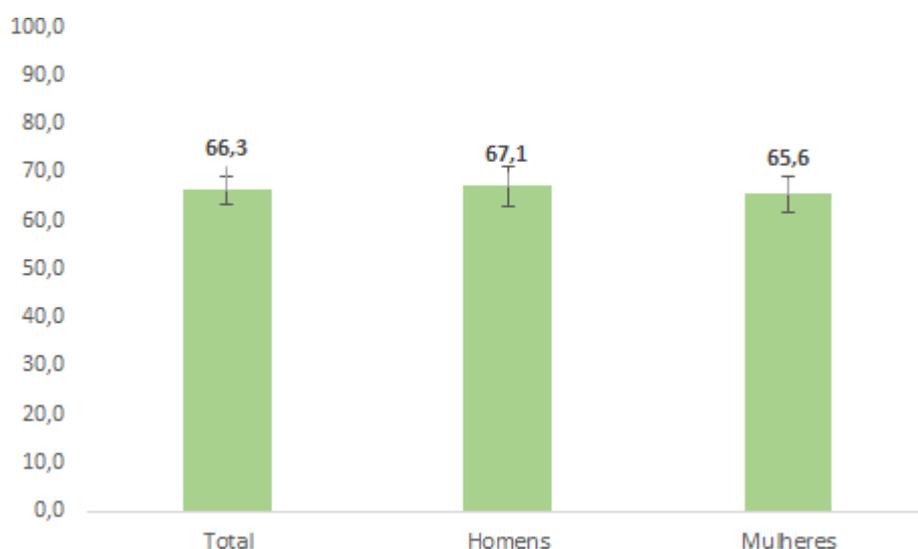


Figura 20: Percentual de adultos que referiram realizar práticas complementares de higiene. Brasil, 2020.

Meios de comunicação

Além de práticas de prevenção, também merecem atenção os indicadores referentes à obtenção das informações. O objetivo era conhecer os principais meios de comunicação que a população busca para se informar sobre a COVID-19. Os entrevistados foram questionados sobre os seguintes meios: jornais ou revistas (impressos), televisão, rádio, internet ou redes sociais e canais oficiais do Ministério da Saúde (Disk Saúde, portal da saúde ou redes sociais do MS).

O maior percentual foi o da televisão, com **94,2%** (IC95%: 92,9-95,5), enquanto o menor foi o relacionado aos canais oficiais do Ministério da Saúde, com **44,3%** (IC95%: 41,5-47,2). Em relação ao último indicador, é importante destacar que foram observadas diferenças segundo a faixa etária dos entrevistados. A população mais jovem (18 a 34 anos) procurou mais os canais oficiais do MS, **52,0%** (IC95%: 46,4-57,6) em relação àqueles com 50 anos e mais **34,8%** (IC95%: 30,0-39,7) (**Figura 21**).

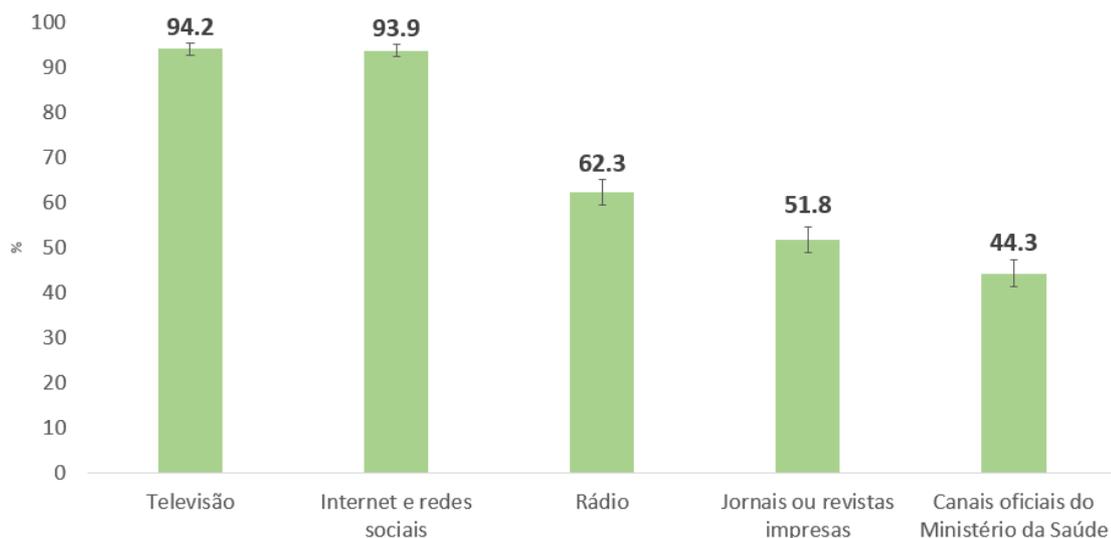


Figura 21: Meios de comunicação mais buscados para obtenção de informações sobre prevenção e contágio da COVID-19. Brasil, 2020.

Um segundo ciclo de avaliação do VIGITEL COVID-19 está previsto para ocorrer no período de 25 de abril a 4 de maio, onde será possível avaliar a evolução dos indicadores de prevenção, bem com mudanças no comportamento da população em relação ao COVID-19.

AVALIAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE PÚBLICA

Propósito

O monitoramento sistemático dos riscos em saúde pública visa auxiliar os gestores na adoção de medidas, de modo a reduzir o número de populações afetadas, além de mitigar as consequências sociais e econômicas negativas.

Auxiliar quem for tomar decisão com base em um mínimo de coerência técnica

A avaliação de riscos leva em consideração e documenta todas as informações relevantes disponíveis no momento da avaliação. Isso suporta e direciona a tomada de decisões e fornece um registro do processo, incluindo:

- quais riscos e medidas de controle foram avaliados;
- os métodos usados para avaliá-los;
- por que eles foram considerados importantes;
- sua ordem de prioridade.

Se documentada de forma consistente, a avaliação de riscos fornece um registro da justificativa para alterações ao longo do evento, incluindo:

- nível de risco avaliado;
- medidas de controle recomendadas; e
- decisões e ações principais.

A avaliação da avaliação de riscos, com base na documentação sistemática, fornece um meio importante de identificar onde melhorias podem ser feitas e fornece uma base de evidências para futuras avaliações de riscos e respostas a eventos.

Implementação de medidas de saúde pública proporcionais e restritas aos riscos em cada momento

A abordagem sistemática para coletar e analisar informações sobre os perigos, exposições e contexto em que o evento está ocorrendo ajuda a:

- identificar medidas de controle baseadas em evidências;
- classificar a adequação e viabilidade das medidas de controle; e
- garantir que as medidas de controle sejam proporcionais ao risco à saúde pública.

Além disso, como o risco é avaliado repetidamente durante um evento, a avaliação de risco oferece às autoridades a oportunidade de adaptar as medidas de controle à medida que novas informações se tornam disponíveis.

Estabelecer comunicação operacional com maior eficiência

O uso de uma terminologia de risco comum pode melhorar significativamente a comunicação operacional entre os diferentes níveis de uma organização e com outros setores e instituições envolvidos na avaliação e resposta ao evento.

Adotar estratégia de comunicação de risco mais eficaz

O objetivo da comunicação de risco público é permitir que a população-alvo tome decisões informadas sobre as medidas recomendadas de prevenção e mitigação baseadas na comunidade e do ponto de vista pessoal.

A comunicação eficaz de riscos depende do compartilhamento oportuno e transparente de todas as informações relevantes e da construção de confiança e empatia. Uma abordagem sistemática à avaliação de eventos agudos de saúde pública apóia a comunicação eficaz dos riscos por meio da rápida disseminação de informações e da identificação das principais medidas de prevenção e mitigação.

Aprimorar a preparação e resposta

Embora o documento se concentre principalmente no uso da avaliação de risco durante eventos agudos de saúde pública, a abordagem é igualmente aplicável a atividades de preparação, especialmente a surtos sazonais e recorrentes (por exemplo, sazonalidade da dengue e doenças respiratórias). Para ajudar no planejamento da preparação, a avaliação de riscos pode ser usada para identificar áreas ou populações em risco, classificar as atividades de preparação e envolver os principais parceiros políticos e operacionais.

Formulação de questões de risco

A equipe de avaliação de risco deve decidir sobre as principais perguntas a serem respondidas. Isso ajuda a definir o escopo da avaliação e garante que todas as informações relevantes sejam coletadas. Perguntas claramente definidas ajudam a identificar atividades prioritárias a serem conduzidas como parte da avaliação de riscos. Isso pode incluir revisões de literatura, investigações epidemiológicas, vigilância aprimorada, consulta com especialistas em doenças, pesquisas e pesquisas.

Uma pergunta de avaliação de risco é semelhante a uma pergunta de pesquisa e geralmente se concentra em:

- Quem é propenso a ser afectado?
- Qual a provável exposição a uma ameaça?
- Quando, por que e como uma população pode ser afetada adversamente pela exposição a uma ameaça?

As perguntas serão influenciadas por fatores como:

- população em risco
- nível em que a avaliação de riscos está ocorrendo (bairro, cidade, estado, região de saúde, macrorregião ou nacional)
- as áreas e setores técnicos e políticos incluídos na equipe de avaliação de riscos e sua experiência coletiva com o tipo de evento que estão avaliando (por exemplo, uma doença bem caracterizada em comparação com um evento de saúde pública de causa desconhecida)
- nível de risco aceito pelos tomadores de decisão, outras partes interessadas e a sociedade (ou seja, o risco aceitável)
- momento da avaliação de risco durante o curso do evento
- resultado de avaliações de risco anteriores realizadas para o evento e situações semelhantes no passado
- nível de interesse externo percebido (por exemplo, comunidade internacional) ou conscientização social sobre o evento.

A equipe não deve tentar responder a todas as questões de risco possíveis de uma só vez. Em vez disso, perguntas críticas devem ser identificadas e classificadas por prioridade para resposta imediata. Perguntas com menos tempo crítico podem ser respondidas mais tarde ou por outras equipes. A principal pergunta feita durante eventos agudos de saúde pública é: qual é o risco de saúde pública do evento? (ou seja, qual é o risco relacionado à exposição a um perigo específico em um local específico ou a uma população específica em um momento específico).

Essa pergunta geralmente leva a outras considerações, como:

- Qual é a probabilidade de exposição ao perigo se nenhuma ação for tomada?
- Quais são as consequências (tipo e magnitude) para a saúde pública se o evento ocorrer?

As questões de risco podem ser enquadradas como uma série de cenários, como:

- Qual é o risco para a saúde pública na situação atual?
- Qual é o risco para a saúde pública se a doença se espalhar em uma grande cidade?
- Qual o risco de saúde pública do evento que afeta mais de uma área (município, estado ou país)?

Componentes da avaliação de risco

O nível de risco atribuído a um evento é baseado no risco suspeito (ou conhecido), na possível exposição à ameaça e no contexto em que o evento está ocorrendo. A avaliação de riscos inclui três componentes principais: avaliação da ameaça; exposição; e contexto. Na **Tabela 3** são apresentados exemplos de características e fontes de informação para cada componente da avaliação.

Tabela 3: Exemplo de características e fontes de informações.

Avaliação	Fatores	Características	Fontes de informações
AVALIAÇÃO DA AMEAÇA	Relacionadas ao vírus	<ul style="list-style-type: none"> • Genótipo • Virulência • Antigenicidade • Disseminação 	<ul style="list-style-type: none"> • Artigos científicos • Relatos de outros países afetados
	Relacionadas ao indivíduo	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação clínica • Progressão clínica • Gravidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Prontuários • Notificações • Dados laboratoriais
AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO	Fatores individuais	<ul style="list-style-type: none"> • Suscetibilidade • Idade • Doenças crônicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Total de casos infectados • IBGE • Sistemas de Informações em Saúde
	Fatores coletivos	<ul style="list-style-type: none"> • Densidade populacional • Vulnerabilidade social e estrutural 	<ul style="list-style-type: none"> • Conurbações urbanas • Vigilância de SG e SRAG • Registros de saúde
AVALIAÇÃO DE CONTEXTO	Socioeconômico	<ul style="list-style-type: none"> • Tamanho da população sob risco • Comportamento social 	<ul style="list-style-type: none"> • Estatísticas vitais • Mapa de densidade • Características sociais e culturais
	Fatores ecológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Clima 	<ul style="list-style-type: none"> • Dados meteorológicos • Modelagens
	Programáticos	<ul style="list-style-type: none"> • Estrutura do sistema de saúde • Respiradores • Leitos • Equipamentos de Proteção Individual 	<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores de saúde (CNES) • Relatórios dos Estados • Planos de contingência • Aquisições • Disponibilidade no mercado

A conclusão de uma avaliação de risco nem sempre é um processo sequencial com risco, exposição e contexto, geralmente avaliados ao mesmo tempo. Embora cada um seja avaliado separadamente, há sobreposição nas informações necessárias para avaliar cada domínio.

Avaliação da ameaça

Refere-se à identificação de uma ameaça que está causando o evento e dos efeitos adversos à saúde associados. Os riscos à saúde pública podem incluir riscos biológicos, químicos, físicos e radionucleares. Nesta etapa, pretende-se:

- identificar as situações que podem estar causando o evento;
- revisar as principais informações;
- classificar os riscos potenciais quando mais de um é considerado uma possível causa do evento (equivalente a um diagnóstico diferencial em medicina clínica).

Quando há uma confirmação laboratorial do agente causador ou o evento é facilmente caracterizado quanto à clínica e epidemiologia, a identificação de perigos pode ser direta. Nesses casos, a avaliação de ameaça começaria com um risco conhecido ou fortemente suspeito. No entanto, em todos os outros casos, a avaliação de riscos começa com a lista de possíveis causas, com base na descrição inicial do evento (por exemplo, características clínicas e epidemiológicas), carga conhecida de doença na

comunidade afetada, tipo e distribuição dos riscos existentes (por exemplo, número e localização de plantas químicas e os produtos químicos que eles usam).

Os médicos, enfermeiros e outros que trabalham em ambientes clínicos reconhecerão com maior ou menor facilidade a importância do diagnóstico diferencial no processo de avaliação de um paciente e quanto menos específicas forem as informações relatadas sobre um evento agudo de saúde pública, mais ampla será a lista de possíveis ameaças. No entanto, à medida que mais informações se tornam disponíveis, o número de potenciais riscos são reduzidos e podem ser classificados em ordem de probabilidade de serem a causa.

A probabilidade relativa de um perigo pode ser determinada por:

- características clínicas e história natural da doença em humanos ou animais;
- tempo do evento e a velocidade com que o evento evolui;
- área geográfica e configurações afetadas;
- as pessoas e populações afetadas.

Avaliação da exposição

Trata-se da avaliação da exposição de indivíduos e populações a riscos prováveis. O principal resultado da avaliação é uma estimativa do:

- número de pessoas ou grupo conhecido ou provável de ter sido exposto; e
- número de pessoas ou grupos expostos que provavelmente serão suscetíveis, isto é, capazes de contrair uma doença por não serem imunes.

As informações necessárias para responder a essas perguntas incluem:

- modos de transmissão (por exemplo, transmissão de humano para humano por propagação de gotículas ou transmissão por contato direto; transmissão de animal para humano);
- relação dose-resposta (por exemplo, alguns agentes infecciosos, toxinas, produtos químicos);
- período de incubação (conhecido ou suspeito);
- taxa de letalidade de casos (CFR);
- estimativa do potencial de transmissão (por exemplo, R_0 , o número básico de reprodução);
- Situação vacinal da população exposta.

Para algumas ameaças, a relação dose-resposta é um determinante importante da magnitude da exposição. Exemplos incluem a inalação ou ingestão de metais pesados, como chumbo, o número de bactérias salmonelas ingeridas ou a quantidade de um isótopo radionuclear ingerido ou absorvido. Para esses riscos, além de avaliar a exposição, a duração da exposição também pode ser importante.

Com doenças infecciosas, podem ocorrer diferenças na exposição nos domicílios (por exemplo, sarampo), entre contatos próximos (por exemplo, SARS) e outras redes sociais (por exemplo, doenças sexualmente transmissíveis), em grupos de risco ocupacional (por exemplo, hepatite B, febre do Rift Valley, febre Q), e entre os viajantes (por exemplo, malária).

Para doenças transmitidas por vetores e outras zoonoses, são necessárias informações sobre os vetores e seus hospedeiros animais para avaliar a exposição. Isso pode incluir espécies, distribuição e densidade de vetores de doenças e espécies, distribuição e densidade populacional de hospedeiros

animais. A avaliação da exposição fornecerá uma estimativa da probabilidade de uma área específica ser vulnerável à transmissão de uma doença zoonótica.

Avaliação de contexto

A avaliação de contexto é uma avaliação do ambiente em que o evento está ocorrendo. Isso pode incluir o ambiente físico, como clima, vegetação, uso da terra (por exemplo, agricultura, indústria) e sistemas e fontes de água, bem como a saúde da população (por exemplo, nutrição, carga de doenças e surtos anteriores), infraestrutura (por exemplo, ligações de transporte, serviços de saúde e infraestrutura de saúde pública), práticas e crenças culturais.

Aqueles que são treinados em disciplinas científicas, como medicina, segurança alimentar e ciências veterinárias, tendem a abordar a avaliação de riscos de uma perspectiva científica relativamente estreita (por exemplo, identificar a perigo) e pode não considerar outros fatores que afetam o risco.

A avaliação do contexto deve considerar todos os fatores - sociais, técnicos e científicos, econômicos, ambientais, éticos e políticos - que afetam o risco. Esses fatores, resumidos no termo STEAPLE³, pode afetar o nível de risco aumentando ou diminuindo a probabilidade de exposição ou suas conseqüências (**Tabela 4**).

As informações que ajudam a responder aos seguintes tipos de perguntas são componentes críticos da avaliação de contexto.

- Quais são os fatores associados ao meio ambiente, estado de saúde, comportamentos, práticas sociais ou culturais, infraestrutura de saúde e estruturas legais e políticas que aumentam a vulnerabilidade de uma população?
- Algum fator associado ao meio ambiente, estado de saúde e práticas sociais ou culturais reduz o risco de exposição da população?
- Qual é a probabilidade de que todos os casos suspeitos possam ser identificados?
- Qual a disponibilidade e aceitabilidade de medidas preventivas eficazes e de tratamento ou terapias de suporte?

³ STEAPLE: análise Social, Tecnológica, Econômica, Ambiental, Política, Legal e Ética

Tabela 4: Exemplo das consequências do STEAEP em um evento agudo de saúde pública e medidas de controle associadas.

STEAPLE	Consequências
S - SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ● Efeitos em casos individuais isolados, especialmente quando hospitalizados ● Efeitos do contato restrito (por exemplo, para famílias que visitam pacientes infectados e gravemente doentes) ● Alterações em eventos sociais ou religiosos importantes (por exemplo, políticas de distanciamento social) ● Impacto no estilo de vida (por exemplo, alterações nos arranjos de cuidados infantis) ● Aceitabilidade das medidas de controle pela comunidade afetada ● Estigma social por ser um caso de doença infecciosa ● Impactos psicológicos
T - TÉCNICO E CIENTÍFICO	<ul style="list-style-type: none"> ● Morbidade, mortalidade e incapacidade prolongada ● Eficácia das medidas de controle ● Capacidade de implementar medidas de controle em tempo hábil ● Efeitos colaterais do tratamento ou profilaxia
E - ECONÔMICO	<ul style="list-style-type: none"> ● Custos financeiros diretos de preparação e resposta ● Custos financeiros diretos das atividades de resposta para o indivíduo / famílias / comunidades afetadas (por exemplo, custo de tratamentos, taxas de assistência médica, perda de animais domésticos e de criação) ● Custos indiretos: <ul style="list-style-type: none"> ○ efeito na capacidade individual e familiar de trabalhar (por exemplo, fechamento de escolas, isolamento domiciliar, hospitalização) ○ efeito na renda familiar ○ efeito na renda da comunidade ○ efeito na economia nacional ● O seguinte deve ser considerado nos níveis local, nacional e internacional: <ul style="list-style-type: none"> ○ efeito nas viagens e comércio ○ efeito no turismo
A - AMBIENTAL	<ul style="list-style-type: none"> ● Efeitos negativos das medidas de controle no ambiente natural (por exemplo, contaminação ou resíduos) ● Efeitos positivos no ambiente natural (por exemplo, controle simultâneo de outras doenças, como podem ocorrer com o controle vetorial)
E - ÉTICO	<ul style="list-style-type: none"> ● Liberdade individual ● Consequências não intencionais (por exemplo, a remoção de fontes primárias de alimentos para famílias quando o gado é abatido ou as culturas contaminadas destruídas e nenhuma alternativa pode ser fornecida) ● Privacidade ● Proteção do público contra danos ● Uso de drogas e vacinas não licenciadas ou não registradas ● Consentimento informado (ou seja, que as pessoas entendam o que são solicitadas a aceitar ou permitir) ● Proteção de comunidades e indivíduos contra a estigmatização (ou seja, ser considerada indigna ou tratada com desaprovação) ● Proporcionalidade (ou seja, que as medidas de controle correspondem ou refletem o risco) ● Dever de prestação de cuidados (ou seja, uma obrigação de fornecer cuidados seguros, competentes e éticos a indivíduos ou populações) ● Patrimônio líquido (ou seja, justo ou imparcial) ● Transparência (ou seja, sendo aberta, óbvia ou evidente) ● Carga desigual de risco (por exemplo, profissionais de saúde, outros socorristas)
P - POLÍTICO	<ul style="list-style-type: none"> ● Visões dos gestores em uma organização de resposta ou suporte (por exemplo, compatibilidade com outros programas e políticas) ● Desvio de recursos de outros programas e projetos para apoiar a resposta ● Pontos de vista do Ministro da Saúde e de outros ministros ● Opiniões dos partidos de oposição ● Eleições iminentes e outras situações politicamente carregadas ● Resposta provável da mídia e dos principais grupos de partes interessadas ● Governos indispostos ou incapazes de responder efetivamente (por exemplo, opressão política ou conflito armado; provisão de acesso a atendimento de pessoas deslocadas internamente ou refugiados)

Caracterização do risco

Uma vez que a equipe de avaliação de risco tenha realizado as avaliações de ameaça, exposição e contexto, um nível de risco deve ser atribuído. Esse processo é chamado de caracterização de risco. Se não houver resultados matemáticos de um modelo quantitativo ou comparação com um valor de orientação, o processo será baseado na opinião de especialistas da equipe. O resultado dessas três avaliações é usado para caracterizar o nível geral de risco.

Uma ferramenta útil para ajudar a equipe é uma matriz de risco na qual as estimativas da probabilidade são combinadas com as estimativas das consequências. Um exemplo de matriz de risco é apresentado na **Figura 22**. A escolha do estilo da matriz depende da preferência da equipe; ambos os estilos servem como uma ferramenta visual para estimular a discussão e ajudar os membros da equipe a concordar com um nível de risco.

AMEAÇA⁴ (Fator extrínseco) Incidência de COVID-19 por 1.000.000	MUITO ALTA ≥ 80%	Risco baixo (DSS básico)	Risco moderado (DSS intermediário)	Risco alto (DSS avançado)	Risco muito alto (DSA)	Risco muito alto (DSA)
	ALTO 60% a 80%	Risco baixo (DSS básico)	Risco moderado (DSS intermediário)	Risco alto (DSS avançado)	Risco muito alto (DSA)	Risco muito alto (DSA)
	MÉDIO 40% a 60%	Risco baixo (DSS básico)	Risco moderado (DSS intermediário)	Risco alto (DSS avançado)	Risco alto (DSS avançado)	Risco muito alto (DSA)
	BAIXO 20% a 40%	Risco baixo (DSS básico)	Risco baixo (DSS básico)	Risco moderado (DSS intermediário)	Risco alto (DSS avançado)	Risco alto (DSS avançado)
	MUITO BAIXA ≤ 20%	Risco baixo (DSS básico)	Risco baixo (DSS básico)	Risco moderado (DSS intermediário)	Risco alto (DSS avançado)	Risco alto (DSS avançado)
		MÍNIMA ATÉ 20%	PEQUENA 20% a 40%	MODERADA 30% a 69%	GRANDE 70% a 94%	ELEVADA 95% ou mais
VULNERABILIDADE (Fator intrínseco) Proporção (%) de leitos de UTI ocupados por casos de SRAG						

Figura 22: Matriz de risco adaptada.

⁴ É um fator que não estava presente anteriormente. Nesse caso é o Coronavírus.

Como a maioria das avaliações de risco de eventos agudos de saúde pública é qualitativa, as categorias usadas na matriz não se baseiam em valores numéricos, mas em amplas definições descritivas de probabilidade e consequências.

Na matriz exemplificada na **Figura 22**, utiliza-se como indicador para medir a ameaça o coeficiente de incidência de COVID-19 por 1 milhão de habitantes. Para isso, os municípios brasileiros com casos confirmados de COVID-19 foram ordenados conforme a incidência e divididos em cinco grupos iguais (quintis), adotando-se a seguinte classificação: 1º quintil - incidência muito baixa; 2º quintil - incidência baixa; 3º quintil - incidência média; 4º quintil - incidência alta; e 5º quintil - incidência muito alta. A classificação dos municípios nesses cinco grupos está disponível no endereço eletrônico <https://bit.ly/incmunic17abr2020>, a partir dos dados atualizados em 16 de abril de 2020. A mesma classificação foi aplicada para capitais, regiões metropolitanas e regiões de saúde (**Anexos 1 a 3**).

Na **Tabela 5**, são apresentadas possíveis interpretações do risco e medidas sugeridas para cada situação. A matriz de risco também ajuda a avaliar e documentar mudanças no risco antes e depois da implementação das medidas de controle. Em alguns eventos, onde as informações são limitadas e quando o nível geral de risco é óbvio, a matriz pode não ser necessária.

Ao aplicar a matriz, as definições de probabilidade e consequência podem ser refinadas para se ajustarem ao contexto nacional ou subnacional de cada país. Durante as discussões, os membros da equipe devem considerar todos os tipos de consequências, além das consequências esperadas de morbidade, mortalidade e saúde direta a longo prazo do evento (por exemplo, incapacidade). Isso inclui a consideração das consequências do STEAEP (**Tabela 4**).

Tabela 5: Interpretação do risco e medida sugerida para cada situação.

NÍVEL DE RISCO	MEDIDA	AÇÃO
Risco baixo	Distanciamento Social Seletivo básico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Envolvimento de toda sociedade em medidas de higiene para redução de transmissibilidade (lavagem das mãos, uso de máscaras, limpeza de superfícies); 2. Isolamento domiciliar de sintomáticos e contatos domiciliares (exceto de serviços essenciais assintomáticos); 3. Distanciamento social para pessoas acima de 60 anos, com reavaliação mensal; 4. Distanciamento social para pessoas abaixo de 60 anos com doenças crônicas, com reavaliação mensal;
Risco moderado	Distanciamento Social Seletivo intermediário	<ol style="list-style-type: none"> 1. Todas as medidas do DSS básico E 2. Suspensão de aulas em escolas e universidades, com reavaliação mensal;
Risco alto	Distanciamento Social Seletivo avançado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Todas as medidas do DSS intermediário E 2. Proibição de qualquer evento de aglomeração (shows, cultos, futebol, cinema, teatro, casa noturna etc), com reavaliação mensal; 3. Distanciamento social no ambiente de trabalho - reuniões virtuais, trabalho remoto, extensão do horário para diminuir densidade de equipe no espaço físico, etc, com reavaliação mensal;
Risco muito alto	Distanciamento Social Ampliado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Todas as medidas do DSS avançado E 2. Manutenção apenas de serviços essenciais com avaliação semanal
Risco extremo	Bloqueio Total (Lockdown)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apenas serviços extremamente essenciais com limite de acesso e tempo de uso E 2. Quarentena com controle de pontos de entrada e saída da região

Condicionantes da avaliação de risco

Equipamentos

- Respiradores: um dos principais equipamentos utilizados na assistência aos casos mais graves.
- Equipamentos de Proteção Individual: um dos pontos mais sensíveis que podem levar ao colapso do sistema é a contaminação de profissionais de área de saúde e seu afastamento. A disponibilidade de itens de proteção, como gorro, óculos, máscara, luvas e álcool gel é fundamental em todos os períodos da epidemia.
- Testes laboratoriais: neste momento, a aquisição de testes e distribuição está voltada para diagnosticar casos graves e óbitos, para acompanhar a doença pela rede sentinela e para proteger as forças de trabalho de segurança e saúde.

Recursos humanos

- Profissionais de saúde capacitados para manejo de equipamentos de ventilação mecânica, fisioterapia respiratória e cuidados avançados de enfermagem direcionados para o manejo clínico de pacientes graves de COVID-19 e profissionais treinados na atenção primária para o manejo clínico de casos leves de Síndrome Gripal.
- Profissionais das diversas áreas da saúde com médicos clínicos e intensivistas, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, bioquímicos, biomédicos, epidemiologistas, entre outros, devem estar capacitados para pronta resposta durante a epidemia.

Leitos de UTI e Internação

- Leitos de UTI e de internação devidamente estruturados e em número suficiente para a fase mais aguda da epidemia (**Figura 23**).
- Estratégias de telemedicina, de Atenção Primária à Saúde - APS para casos leves e estratégias de cuidado intensivo em hospitais e UTIs para casos graves.

TOTAL DE LEITOS: PÚBLICOS + PRIVADOS

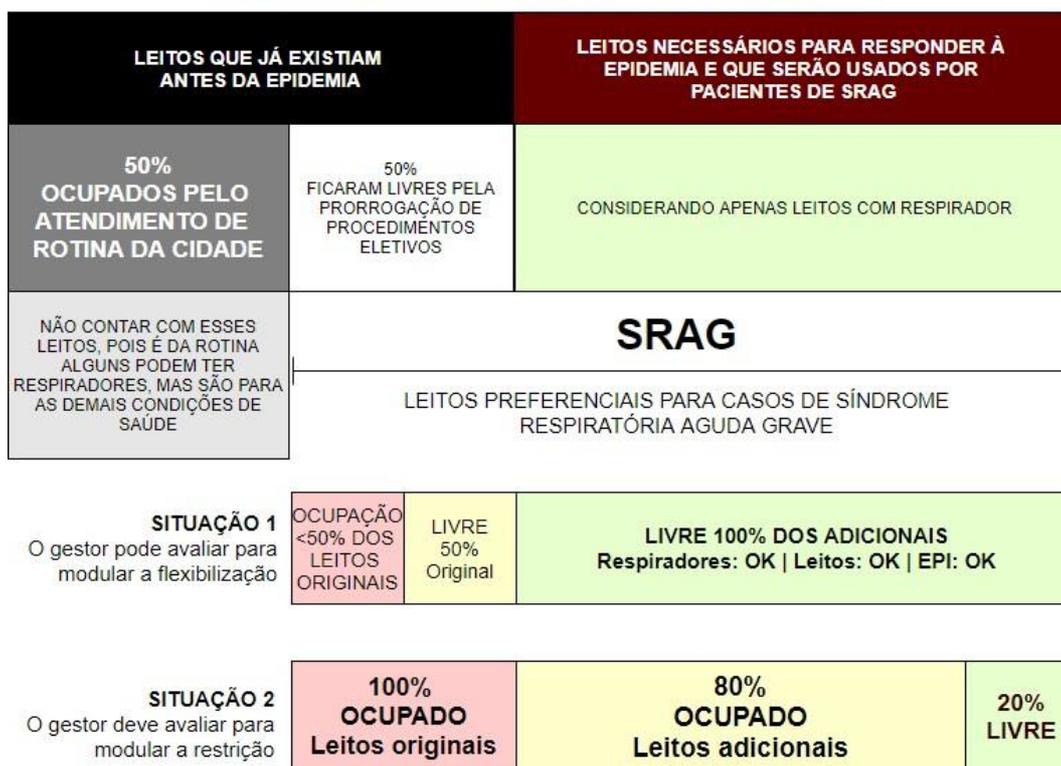


Figura 23: Exemplos de situações referentes à ocupação de leitos, considerando os leitos existentes e os necessários para responder à epidemia.

SERVIÇOS

O Ministério da Saúde atua com o conceito de Dados e Ciência Aberta. Todas as informações são públicas, resguardada a privacidade individual prevista na Lei nº 12.527 e na Lei 13.709. Os dados estão sendo aprimorados, pois não havia sistemas, fichas e instrumentos específicos para o COVID-19. Todos esses materiais estão sendo aprimorados diariamente. Sugestões para o aprimoramento podem ser enviadas para coe@saude.gov.br.

- 01. Serviço: Portal do Coronavírus
Endereço: www.saude.gov.br/coronavirus
- 02. Serviço: Painel de Casos e Óbitos do Brasil
Endereço: <https://covid.saude.gov.br/>
- 03. Serviço: Boletim Epidemiológico do COE - em PDF para impressão
Endereço: <https://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>
- 04. Serviço: Painel de Leitos e Insumos (máscaras, luvas, óculos, avental, teste rápido, etc)
Endereço: <https://covid-insumos.saude.gov.br/paineis/insumos/painel.php>
- 05. Serviço: Sistema para notificação de casos de COVID-19
Endereço: <https://notifica.saude.gov.br/>
- 06. Serviço: Contratos estabelecidos para resposta ao Coronavírus

Endereço: <https://saude.gov.br/contratos-coronavirus>

- 07. Serviço: Peças de campanha contra o Coronavírus

Endereço: <https://www.saude.gov.br/campanhas/46452-coronavirus>

- 08. Serviço: Portarias publicadas sobre o COVID-19 até 10/04/2020

Endereço:

<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/03/Portarias-publicadas-sobre-COVID.pdf>

- 09. Serviço: Distribuição de testes rápidos de Coronavírus (para uso a partir do 8º dia de doença)

Endereço: <https://coronavirus.saude.gov.br/distribuicao-de-testes>

- 10. Serviço: Portal de saúde sem fake news para combater a desinformação

Endereço: <https://www.saude.gov.br/fakenews>

- 11. Serviço: Cadastramento de estudantes - ApoiaSUS - O Brasil Conta Comigo - Acadêmico

Endereço: <http://sgtes.unasus.gov.br/apoiasus/>

- 12. Serviço: Cadastramento de colaboradores - Pessoa Física ou Jurídica

Endereço: <http://sgtes.unasus.gov.br/apoiasus/>

- 13. Serviço: Aplicativo Coronavírus-SUS para aparelhos da Apple (iPhone e iPad)

Endereço: <https://apps.apple.com/br/app/di%C3%A1rio-da-sa%C3%BAde/id1408008382>

- 14. Serviço: Aplicativo Coronavírus-SUS para aparelhos Android (telefones e tablets). Endereço: _

<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.gov.datasus.guardioes>

ANEXOS

Anexo 1. Coeficientes de incidência e de mortalidade por COVID-19 por capital, 2020

Estado	Capital	Incidência de COVID-19 por 1 milhão de hab.	Mortalidade por COVID-19 por 1 milhão de hab.
Ceará	Fortaleza	729,0	34,8
São Paulo	São Paulo	633,7	45,5
Amazonas	Manaus	618,5	42,1
Amapá	Macapá	568,2	9,9
Pernambuco	Recife	520,7	37,7
Maranhão	São Luís	483,7	30,9
Santa Catarina	Florianópolis	413,2	6,0
Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	374,9	24,9
Espírito Santo	Vitória	372,8	16,6
Roraima	Boa Vista	263,0	5,0
Rio Grande do Sul	Porto Alegre	233,2	5,4
Distrito Federal	Brasília	226,2	5,6
Rio Grande do Norte	Natal	193,4	5,7
Acre	Rio Branco	186,6	7,4
Para	Belém	180,9	10,7
Bahia	Salvador	180,7	5,2
Paraná	Curitiba	157,8	3,6
Minas Gerais	Belo Horizonte	151,3	2,4
Paraíba	João Pessoa	142,1	17,3
Mato Grosso	Cuiabá	129,0	0,0
Goiás	Goiânia	116,1	4,6
Rondônia	Porto Velho	92,5	3,8
Piauí	Teresina	72,8	5,8
Mato Grosso do Sul	Campo Grande	68,1	2,2
Alagoas	Maceió	64,8	2,9
Tocantins	Palmas	56,8	3,3
Sergipe	Aracaju	56,3	6,1

Legenda

1º quintil - muito baixa

2º quintil - baixa

3º quintil - média

4º quintil - alta

5º quintil - muito alta

Anexo 2. Coeficientes de incidência e de mortalidade por COVID-19 por região metropolitana, 2020

Região Metropolitana	Incidência de COVID-19 por 1 milhão de hab.	Mortalidade por COVID-19 por 1 milhão de hab.
Região Metropolitana de Manaus	561,1	37,7
Região Metropolitana de Fortaleza	512,4	26,3
Região Metropolitana de Macapá	509,0	10,8
Região Metropolitana de São Paulo	444,4	31,2
Região Metropolitana da Grande São Luís	366,2	20,8
Região Metropolitana de Recife	326,5	29,2
Região Metropolitana do Rio de Janeiro	265,4	19,0
Região Metropolitana de Tubarão	260,4	12,8
Região Metropolitana da Grande Vitória	249,6	8,1
Região Metropolitana da Capital	241,7	6,5
Região Metropolitana da Foz do Rio Itajaí	235,3	5,8
Região Metropolitana de Florianópolis	230,6	5,8
Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno	226,2	5,6
Região Metropolitana de Natal	161,7	4,3
Região Metropolitana da Baixada Santista	160,8	10,2
Região Metropolitana de Salvador	143,8	4,1
Região Metropolitana de Cascavel	143,2	3,8
Região Metropolitana de Belém	128,3	6,4
Região Metropolitana Carbonífera	124,7	11,3
Região Metropolitana do Vale do Itajaí	121,6	2,4
Região Metropolitana de Campo Mourão	115,5	18,2
Região Metropolitana de Porto Alegre	109,0	3,2
Região Metropolitana de Curitiba	108,3	2,7
Região Metropolitana de João Pessoa	106,4	14,1
Região Metropolitana de Porto Velho	88,1	3,6
Região Metropolitana de Londrina	85,5	5,4
Região Metropolitana do Vale do Rio Cuiabá	84,5	0,0
Região Metropolitana de Belo Horizonte	80,8	1,0
Região Metropolitana de Goiânia	74,2	3,1
Região Metropolitana da Serra Gaúcha	66,7	0,0
Aglomeración Urbana do Litoral Norte	65,5	0,0
Região Metropolitana de Ribeirão Preto	63,9	5,8
Região Metropolitana de Apucarana	63,4	0,0
Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte	60,7	3,1
Região Metropolitana do Norte/Nordeste Catarinense	59,9	2,1
Região Integrada de Desenvolvimento da Grande Teresina	59,7	4,7
Região Metropolitana de Campinas	59,1	3,1
Região Metropolitana de Feira de Santana	55,6	0,0
Região Metropolitana de Maceió	53,0	3,0
Região Metropolitana de Maringá	48,8	7,3
Região Metropolitana de Sobral	48,2	0,0
Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense	38,9	0,0
Região Metropolitana de Aracaju	38,5	4,2
Região Metropolitana de Santarém	38,4	3,0
Região Metropolitana de Palmas	37,1	2,1
Região Metropolitana de Lages	36,5	0,0
Região Metropolitana de Toledo	35,1	2,5

Região Metropolitana	Incidência de COVID-19 por 1 milhão de hab.	Mortalidade por COVID-19 por 1 milhão de hab.
Região Metropolitana de Sorocaba	32,7	1,9
Aglomeración Urbana de Piracicaba-AU- Piracicaba	32,1	5,4
Região Metropolitana de Patos	30,1	8,6
Aglomeración Urbana de Jundiaí	27,0	3,7
Região Metropolitana do Vale do Aço	26,0	0,0
Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno	25,7	2,0
Aglomeración Urbana do Sul	23,0	0,0
Região Metropolitana do Extremo Oeste	20,6	0,0
Região Administrativa Integrada de Desenvolvimento do Pólo Petrolina/PE e Juazeiro/BA	14,4	0,0
Região Metropolitana do Cariri	13,1	1,6
Região Metropolitana do Contestado	13,1	0,0
Região Metropolitana de Chapecó	12,3	0,0
Região Integrada de Desenvolvimento da Grande Teresina	11,8	0,0
Região Metropolitana de Gurupi	10,2	0,0
Região Metropolitana de Sousa	8,5	0,0
Região Metropolitana do São Francisco	7,6	0,0
Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno	7,5	0,0
Aglomeración Urbana de Franca	7,5	1,5
Região Metropolitana do Vale do Piancó	7,0	0,0
Região Metropolitana de Palmeira dos Índios	6,4	0,0
Região Metropolitana de Umuarama	6,4	0,0
Região Metropolitana de Campina Grande	4,7	0,0

Legenda

1º quintil - muito baixa	2º quintil - baixa	3º quintil - média	4º quintil - alta	5º quintil - muito alta
--------------------------	--------------------	--------------------	-------------------	-------------------------

Anexo 3. Coeficientes de incidência e de mortalidade por COVID-19 por região de saúde, 2020

UF	Região de Saúde	Incidência de COVID-19 por 1 milhão de hab.	Mortalidade por COVID-19 por 1 milhão de hab.
CE	1ª Região Fortaleza	701,8	34,5
SP	São Paulo	633,7	45,5
AM	Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	533,4	36,5
AP	Área Central	506,7	8,8
MA	São Luís	408,4	23,4
AM	Rio Negro e Solimões	392,7	23,5
PE	Recife	317,6	27,9
RJ	Metropolitana I	289,8	20,4
SC	Laguna	271,2	13,6
SP	Grande ABC	248,0	10,0
SC	Grande Florianópolis	230,6	5,8
SC	Foz do Rio Itajaí	226,4	5,6
DF	Brasília	226,2	5,6
ES	Metropolitana	223,2	7,1
RR	Centro Norte	221,2	5,8
AP	Área Sudoeste	215,0	9,6
BA	Ilhéus	214,3	6,7
SP	Mananciais	213,4	13,0
SP	Franco da Rocha	192,2	19,7
RN	2ª Região de Saúde - Mossoró	192,0	14,3
SP	Rota dos Bandeirantes	187,4	14,8
RN	7ª Região de Saúde - Metropolitana	184,9	5,2
RJ	Médio Paraíba	178,4	10,9
AC	Baixo Acre e Purus	171,9	5,2
RS	Região 10 - Capital e Vale do Gravataí	161,7	3,8
BA	Salvador	160,9	4,7
SP	Baixada Santista	160,8	10,2
SP	Alto do Tietê	159,6	12,5
RJ	Metropolitana II	159,2	12,8
RS	Região 22 - Pampa	154,0	0,0
SC	Carbonífera	141,5	11,4
PA	Metropolitana I	140,7	7,1
PR	10ª RS Cascavel	136,2	3,6
MG	Belo Horizonte Nova Lima Caeté	128,4	1,8
SC	Médio Vale do Itajaí	125,7	2,5
AM	Alto Solimões	123,1	0,0
MG	Divinópolis Santo Antônio do Monte	118,8	2,1
PR	11ª RS Campo Mourão	115,5	18,2
MG	Juiz de Fora Lima Duarte Bom Jardim Minas	115,5	2,9
RS	Região 17 - Planalto	115,3	9,6
SP	Alto Vale do Paraíba	115,1	3,6
RS	Região 29 - Vales e Montanhas	110,7	0,0
PR	2ª RS Metropolitana	108,3	2,7
SP	Polo Cuesta	107,3	15,8
SP	Central do DRS II	105,0	0,0
PB	1ª Região Mata Atlântica	104,4	13,7

UF	Região de Saúde	Incidência de COVID-19 por 1 milhão de hab.	Mortalidade por COVID-19 por 1 milhão de hab.
CE	3ª Região Maracanaú	100,7	11,0
PR	13ª RS Cianorte	99,6	12,5
SP	São José do Rio Preto	99,6	4,1
RS	Região 04 - Belas Praias	99,5	0,0
SP	Central do DRS III	99,3	6,2
GO	Central	97,3	3,7
PR	9ª RS Foz do Iguaçu	96,4	0,0
GO	São Patrício II	93,1	0,0
SP	Bragança	92,5	12,6
RJ	Serrana	89,5	2,1
RN	8ª Região de Saúde - Açú	88,7	0,0
PR	17ª RS Londrina	88,2	5,2
MT	Baixada Cuiabana	87,2	0,0
AM	Médio Amazonas	86,7	0,0
BA	Itabuna	84,9	3,9
SC	Extremo Sul Catarinense	84,0	9,9
SP	Aquífero Guarani	79,2	6,4
SC	Nordeste	76,9	2,9
RO	Madeira-Mamoré	76,2	3,1
MG	Uberlândia Araguari	74,3	4,4
CE	2ª Região Caucaia	72,3	4,8
MG	Pouso Alegre	70,7	5,4
PR	22ª RS Ivaiporã	70,0	0,0
RS	Região 30 - Vale da Luz	69,1	0,0
RS	Região 07 - Vale dos Sinos	67,5	4,8
CE	7ª Região Aracati	67,3	8,4
CE	10ª Região Limoeiro do Norte	65,9	17,6
BA	Porto Seguro	65,5	2,6
RS	Região 25 - Vinhedos e Basalto	63,0	0,0
CE	18ª Região Iguatú	61,8	15,5
SP	Região Metropolitana de Campinas	59,5	3,1
RJ	Centro-Sul	58,7	5,9
RJ	Baixada Litorânea	58,3	7,1
RS	Região 23 - Caxias e Hortênsias	58,0	0,0
MG	Patrocínio Monte Carmelo	56,3	5,1
AL	1ª Região de Saúde	55,6	3,1
BA	Jequié	55,2	2,0
RJ	Baía da Ilha Grande	54,9	6,9
MG	Uberaba	54,8	4,8
PR	14ª RS Paranavaí	54,4	3,6
MT	Sul Matogrossense	52,7	1,9
MS	Campo Grande	52,6	1,3
PR	16ª RS Apucarana	52,1	2,6
CE	22ª Região Cascavel	51,3	3,0
PI	Entre Rios	51,1	4,1
SP	Extremo Oeste Paulista	50,4	20,2
SP	Horizonte Verde	49,2	6,7
CE	8ª Região Quixadá	49,0	3,1
SP	Bauru	48,9	4,6
ES	Central	48,4	1,5
PR	15ª RS Maringá	47,7	7,2
MG	Coronel Fabriciano Timóteo	47,5	0,0

UF	Região de Saúde	Incidência de COVID-19 por 1 milhão de hab.	Mortalidade por COVID-19 por 1 milhão de hab.
MS	Três Lagoas	45,8	0,0
SP	Vale do Ribeira	45,7	3,5
SP	Baixa Mogiana	45,3	3,0
TO	Capim Dourado	45,3	2,7
PE	Limoeiro	44,9	11,7
BA	Feira de Santana	44,3	0,0
AM	Baixo Amazonas	43,9	12,0
GO	Sul	43,4	0,0
SE	Aracaju	43,0	4,6
SP	Fernandópolis	42,6	0,0
RS	Região 08 - Vale do Caí e Metropolitana	42,4	1,3
SP	Vale das Cachoeiras	42,4	0,0
SC	Serra Catarinense	41,6	0,0
CE	11ª Região Sobral	41,4	1,5
PE	Salgueiro	40,6	0,0
BA	Itapetinga	40,4	4,0
RN	1ª Região de Saúde - São José de Mipibu	38,9	2,6
SP	Litoral Norte	38,7	8,9
GO	Pirineus	38,3	0,0
SP	José Bonifácio	37,9	0,0
PR	7ª RS Pato Branco	37,4	3,7
SP	Circuito das Águas	36,7	7,3
SP	Alta Anhanguera	36,4	0,0
MT	Oeste Matogrossense	35,3	5,0
PR	20ª RS Toledo	35,1	2,5
MG	Varginha	34,8	5,0
SP	Votuporanga	34,7	0,0
CE	14ª Região Tauá	34,6	0,0
SP	Norte - Barretos	34,2	0,0
RS	Região 05 - Bons Ventos	33,9	0,0
PR	1ª RS Paranaguá	33,7	6,7
CE	5ª Região Canindé	33,7	0,0
CE	15ª Região Crateús	33,4	0,0
SP	Sorocaba	32,7	1,7
MT	Teles Pires	32,3	2,3
MS	Dourados	32,1	2,4
GO	Sudoeste I	32,1	2,1
RS	Região 01 - Verdes Campos	32,1	0,0
SP	Piracicaba	31,9	1,7
PR	21ª RS Telêmaco Borba	31,8	0,0
PE	Goiana	31,7	15,9
RS	Região 26 - Uva Vale	31,7	0,0
BA	Vitória da Conquista	31,2	1,6
MG	Patos de Minas	30,7	2,8
BA	Camaçari	30,3	0,0
SP	Rio Claro	29,8	7,5
PB	6ª Região	29,5	8,4
MG	Nanuque	29,3	0,0
MG	Itajubá	29,2	9,7
AP	Área Norte	28,6	0,0
CE	4ª Região Baturité	28,5	7,1
SP	Consórcios do DRS II	28,5	3,6

UF	Região de Saúde	Incidência de COVID-19 por 1 milhão de hab.	Mortalidade por COVID-19 por 1 milhão de hab.
SP	Itapetininga	27,4	2,0
MG	Contagem	27,4	0,0
MG	Lavras	27,1	0,0
SP	Jundiaí	27,0	3,7
MA	Imperatriz	27,0	0,0
PR	18ª RS Cornélio Procópio	27,0	0,0
RO	Central	26,2	0,0
RS	Região 03 - Fronteira Oeste	26,2	0,0
SP	Araras	26,0	5,8
GO	Oeste II	25,9	8,6
RO	Vale do Jamari	25,5	0,0
MG	Itabira	25,3	4,2
SE	Propriá	25,1	0,0
MT	Sudoeste Matogrossense	25,1	0,0
SC	Xanxerê	24,9	0,0
BA	Brumado	24,6	0,0
SP	Ourinhos	24,6	0,0
BA	Teixeira de Freitas	24,3	0,0
SP	Assis	24,2	4,0
MT	Médio Norte Matogrossense	24,1	0,0
GO	São Patrício I	24,1	0,0
MG	Três Pontas	23,9	0,0
RN	6ª Região de Saúde - Pau dos Ferros	23,8	7,9
CE	17ª Região Icó	23,1	0,0
RJ	Noroeste	23,0	2,9
SP	Marília	23,0	2,6
MG	Muriaé	22,9	0,0
AM	Regional Purus	22,6	0,0
GO	Estrada de Ferro	22,3	6,4
RS	Região 14 - Fronteira Noroeste	22,3	0,0
RO	Zona da Mata	22,1	0,0
ES	Sul	22,1	0,0
MG	Ipatinga	22,0	0,0
SP	Catanduva	21,8	6,2
RS	Região 09 - Carbonífera/Costa Doce	21,8	0,0
SP	Limeira	21,3	2,7
RJ	Norte	21,2	1,1
GO	Entorno Sul	20,9	3,3
PE	Serra Talhada	20,8	0,0
SP	Coração do DRS III	20,0	7,5
CE	20ª Região Crato	20,0	5,7
RN	3ª Região de Saúde - João Câmara	19,9	2,8
MG	Pará de Minas	19,8	0,0
RS	Região 27 - Jacuí Centro	19,7	4,9
PA	Carajás	19,4	2,3
SP	Jales	19,3	0,0
RS	Região 21 - Sul	19,3	0,0
SC	Oeste	19,2	0,0
CE	16ª Região Camocim	19,0	0,0
SP	Norte do DRS III	19,0	0,0
ES	Norte	18,6	2,3
MT	Alto Tapajós	18,5	0,0

UF	Região de Saúde	Incidência de COVID-19 por 1 milhão de hab.	Mortalidade por COVID-19 por 1 milhão de hab.
PE	Caruaru	18,2	0,7
PA	Baixo Amazonas	18,1	1,3
PA	Tapajós	18,1	0,0
PE	Palmares	17,7	9,7
SP	Lins	17,7	5,9
SP	Vale do Paraíba/Região Serrana	17,6	1,6
PI	Cocais	17,4	5,0
BA	Serrinha	17,4	1,6
MG	Além Paraíba	17,4	0,0
RS	Região 16 - Alto Uruguai Gaúcho	17,2	0,0
GO	Sudoeste II	17,2	0,0
RS	Região 19 - Botucaraí	17,1	0,0
MG	Poços de Caldas	17,0	0,0
SC	Alto Vale do Rio do Peixe	17,0	0,0
PR	6ª RS União da Vitória	16,9	0,0
TO	Médio Norte Araguaia	16,6	0,0
SP	Vale do Jurumirim	16,5	3,3
MG	Betim	16,5	0,0
MG	Governador Valadares	16,3	4,6
MG	Ouro Preto	16,1	5,4
AM	Triângulo	16,0	8,0
MG	Araxá	15,9	0,0
PR	3ª RS Ponta Grossa	15,7	0,0
CE	13ª Região Tianguá	15,6	3,1
SP	Tupã	15,6	0,0
MG	Alfenas Machado	15,5	0,0
BA	Ibotirama	15,3	0,0
MG	Três Corações	15,0	0,0
RS	Região 18 - Araucárias	15,0	0,0
CE	9ª Região Russas	14,9	0,0
RN	5ª Região de Saúde - Santa Cruz	14,9	0,0
GO	Centro Sul	14,8	1,1
BA	Alagoinhas	14,8	0,0
SP	Mantiqueira	14,0	0,0
SC	Alto Uruguai Catarinense	13,9	0,0
SP	Rio Pardo	13,8	4,6
PR	19ª RS Jacarezinho	13,8	3,5
MG	Passos Piumhi	13,7	3,4
MG	São João Nepomuceno Bicas	13,7	0,0
MG	Pirapora	13,6	0,0
PI	Serra da Capivara	13,5	0,0
SP	Sul - Barretos	13,5	0,0
MA	Rosário	13,3	0,0
CE	6ª Região Itapipoca	13,3	0,0
SC	Planalto Norte	13,2	0,0
MG	Ubá	12,6	0,0
MG	São João del Rei	12,5	0,0
SP	Alta Sorocabana	12,1	7,3
MT	Noroeste Matogrossense	12,1	6,0
PE	Petrolina	11,9	0,0
PE	Arcoverde	11,8	4,7
SE	Nossa Senhora da Glória	11,6	0,0

UF	Região de Saúde	Incidência de COVID-19 por 1 milhão de hab.	Mortalidade por COVID-19 por 1 milhão de hab.
MG	São Lourenço	11,4	0,0
PA	Tocantins	11,3	1,4
SP	Jaú	11,2	0,0
GO	Entorno Norte	11,1	0,0
PE	Garanhuns	11,0	3,7
MG	Frutal Iturama	11,0	0,0
PA	Metropolitana II	10,9	0,0
TO	Ilha do Bananal	10,9	0,0
BA	Seabra	10,8	0,0
MG	Janaúba Monte Azul	10,8	0,0
PA	Metropolitana III	10,6	1,1
SP	Itapeva	10,6	0,0
MA	Itapecuru Mirim	10,4	0,0
MG	Ituiutaba	10,2	0,0
TO	Sudeste	10,1	0,0
SC	Alto Vale do Itajaí	10,1	0,0
MT	Médio Araguaia	10,1	0,0
RS	Região 24 - Campos de Cima da Serra	10,0	0,0
BA	Santa Maria da Vitória	9,9	0,0
MG	Santo Antônio do Amparo Campo Belo	9,7	0,0
RN	4ª Região de Saúde - Caicó	9,6	3,2
BA	Valença	9,6	0,0
SP	Três Colinas	9,4	2,3
PI	Vale do Sambito	9,4	0,0
BA	Juazeiro	9,4	0,0
MG	Bom Despacho	9,3	0,0
PA	Rio Caetés	9,2	0,0
MG	Sete Lagoas	8,9	0,0
PB	5ª Região	8,8	0,0
AC	Juruá e Tarauacá/Envira	8,5	0,0
PB	10ª Região	8,5	0,0
RS	Região 06 - Vale do Paranhana e Costa Serra	8,5	0,0
RS	Região 28 - Vinte e Oito	8,5	0,0
MG	Barbacena	8,4	0,0
PR	8ª RS Francisco Beltrão	8,4	0,0
SP	Circuito da Fé e Vale Histórico	8,2	0,0
RS	Região 02 - Entre Rios	8,1	0,0
MA	Timon	8,0	0,0
MG	São Sebastião do Paraíso	7,9	7,9
SP	Alta Mogiana	7,9	0,0
MG	Carangola	7,8	0,0
TO	Cantão	7,7	0,0
SP	Alta Paulista	7,4	7,4
MS	Corumbá	7,4	0,0
PB	16ª Região	7,3	1,8
MA	Viana	7,3	0,0
MG	Unaí	7,3	0,0
MG	João Monlevade	7,2	0,0
SP	Adamantina	7,2	0,0
PR	12ª RS Umuarama	7,2	0,0
CE	21ª Região Juazeiro do Norte	7,0	0,0
PB	7ª Região	6,7	0,0

UF	Região de Saúde	Incidência de COVID-19 por 1 milhão de hab.	Mortalidade por COVID-19 por 1 milhão de hab.
MA	Zé Doca	6,6	0,0
PA	Lago de Tucuruí	6,5	0,0
MA	Caxias	6,5	0,0
BA	Barreiras	6,5	0,0
AL	8ª Região de Saúde	6,4	0,0
MG	Conselheiro Lafaiete Congonhas	6,4	0,0
RO	Cone Sul	6,3	0,0
BA	Ribeira do Pombal	6,2	3,1
MG	Guaxupé	6,2	0,0
PI	Carnaubais	6,1	0,0
RS	Região 20 - Rota da Produção	6,1	0,0
MG	Manhuaçu	5,8	0,0
PA	Xingu	5,7	0,0
PB	9ª Região	5,6	0,0
PE	Ouricuri	5,6	0,0
MG	Almenara	5,5	0,0
MG	Leopoldina Cataguases	5,5	0,0
PE	Afogados da Ingazeira	5,3	5,3
SC	Meio Oeste	5,2	0,0
AM	Rio Madeira	5,0	5,0
GO	Rio Vermelho	5,0	0,0
SP	Lagos do DRS II	4,9	0,0
AL	6ª Região de Saúde	4,8	0,0
BA	Irecê	4,8	0,0
CE	19ª Região Brejo Santo	4,6	0,0
BA	Santo Antônio de Jesus	4,4	0,0
PR	5ª RS Guarapuava	4,4	0,0
RS	Região 13 - Diversidade	4,4	0,0
CE	12ª Região Acaraú	4,3	0,0
SC	Extremo Oeste	4,3	0,0
AL	5ª Região de Saúde	4,2	0,0
MA	São João dos Patos	4,1	0,0
BA	Itaberaba	4,0	4,0
SE	Itabaiana	4,0	0,0
SE	Lagarto	3,8	0,0
BA	Cruz das Almas	3,8	0,0
MA	Bacabal	3,7	0,0
PI	Planície Litorânea	3,6	3,6
PA	Araguaia	3,5	0,0
MA	Açailândia	3,4	0,0
BA	Senhor do Bonfim	3,4	0,0
MG	Vespasiano	3,0	0,0
SE	Nossa Senhora do Socorro	2,9	0,0
MA	Chapadinha	2,6	0,0
MA	Pinheiro	2,5	0,0
MA	Santa Inês	2,5	0,0
BA	Jacobina	2,5	0,0
MG	Montes Claros Bocaiúva	2,0	2,0

Legenda

1º quintil - muito baixa	2º quintil - baixa	3º quintil - média	4º quintil - alta	5º quintil - muito alta
--------------------------	--------------------	--------------------	-------------------	-------------------------

Vigitel Brasil 2019: principais resultados

Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS)*.

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como as doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas e diabetes, são a maior causa de morte em todo o mundo¹. No Brasil, em 2016, 74% dos óbitos em pessoas com idade entre 30 e 69 anos foram em decorrência das DCNT¹. Esse cenário poderia ser amplamente evitado, uma vez que essas doenças estão ligadas a fatores de risco comportamentais que são comuns entre si e passíveis de prevenção, principalmente, como o uso de tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo abusivo de bebidas alcoólicas¹. Nesse contexto, monitorá-las, bem como dos seus principais fatores de risco, fornece subsídios para a identificação de grupos de riscos, assim como o planejamento de políticas públicas de saúde para o enfrentamento desses agravos.

Assim, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis (CGDANT), iniciou em 2006, o *Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico*, o Vigitel². O Vigitel é realizado anualmente, coletando dados da população adulta (indivíduos com 18 anos ou mais de idade) nas 26 capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal, residentes em domicílios com, ao menos, uma linha fixa de telefone². O objetivo é monitorar os principais indicadores relacionados às DCNT no país.

Os dados obtidos pelo Vigitel são imprescindíveis para o monitoramento das metas previstas no *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis* (DCNT) no Brasil, 2011-2022³. Celebrando a conclusão da 14ª edição do Vigitel, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) lança o presente boletim atualizando as informações para o ano de 2019. Assim, o objetivo deste boletim foi apresentar os principais resultados do Vigitel Brasil 2019.

Métodos

Este boletim apresenta os dados do Vigitel Brasil 2019, inquérito telefônico realizado nas 26 capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal (DF) desde 2006.

O objetivo do Vigitel é dotar o Ministério da Saúde de informações de maneira rápida e ágil e fornecer base para a tomada de decisão no que tange às ações relacionadas à vigilância de doenças e agravos não transmissíveis.

O Vigitel baseia-se em amostras probabilísticas da população adulta (18 anos ou mais de idade) residente em domicílios com, pelo menos, uma linha de telefone fixo. Anualmente, estima-se um número amostral mínimo de duas mil entrevistas telefônicas para cada capital e o DF. As entrevistas telefônicas foram realizadas por empresa contratada, com questionário eletrônico utilizando CATI (*Computer-Assisted Telephone Interviewing*) e ocorreram entre os meses de janeiro e dezembro de 2019.

Após a coleta de dados, para que as estimativas obtidas possam ser representativas das capitais e do DF, o Vigitel faz uso de fatores de ponderação. Esse processo consiste em: corrigir a maior chance que pessoas residentes em domicílios com mais de uma linha de telefone tiveram de ser selecionadas para compor a amostra e, também, corrigir a menor chance que pessoas residentes em domicílios com mais de uma pessoa tiveram de ser selecionadas para a amostra.

Mais detalhes metodológicos sobre o Vigitel, como o questionário utilizado na coleta de dados, todos os indicadores monitorados pelo Sistema, a descrição completa do processo de amostragem, entre outros, podem ser acessados no endereço eletrônico: <https://bit.ly/3ephtxh>.

Neste boletim serão apresentados os principais resultados do Vigitel Brasil 2019, com enfoque especial para as doenças crônicas não transmissíveis e outros indicadores de destaque. Os dados do Vigitel são desagregados por sexo (feminino e masculino), faixa etária (18 - 24, 25 - 34, 35 - 44, 45 - 54, 55 - 64, 65 anos e mais) e nível de escolaridade (0 - 8, 9 - 11, 12 anos e mais de estudo), permitindo particularizar as estimativas dos indicadores para essas variáveis.

Foram calculadas as prevalências e os respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%) dos indicadores:

Morbidade referida (hipertensão arterial e *diabetes mellitus*): percentual de adultos que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial e diabetes; Excesso de peso e obesidade: percentual de adultos com $IMC \geq 25$ Kg/m² e $IMC \geq 30$ Kg/m², respectivamente; Consumo abusivo de álcool (definido em cinco ou mais doses para homens e quatro ou mais doses para mulheres, em uma única ocasião); Fumantes; Consumo alimentar: consumo recomendado de frutas e hortaliças (cinco ou mais vezes por dia, em cinco ou mais dias da semana); consumo de cinco ou mais grupos de alimentos não ou minimamente processados (ou seja, alimentos como alface, couve, brócolis, agrião ou espinafre; abóbora, cenoura, batata-doce ou quiabo/caruru; mamão, manga, melão amarelo ou pequi; tomate, pepino, abobrinha, berinjela, chuchu ou beterraba; laranja, banana, maçã ou abacaxi; feijão, ervilha, lentilha ou grão de bico; amendoim, castanha de caju ou castanha do Brasil/Pará) e consumo de cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados (ou seja, alimentos como refrigerante; suco de fruta em caixa, caixinha ou lata; refresco em pó; bebida achocolatada; iogurte com sabor; salgadinho de pacote (ou chips) ou biscoito/bolacha salgado; biscoito/bolacha doce, biscoito recheado ou bolinho de pacote; chocolate, sorvete, gelatina, flan ou outra sobremesa industrializada; salsicha, linguiça, mortadela ou presunto; pão de forma, de cachorro-quente ou de hambúrguer; maionese, *ketchup* ou mostarda; margarina; macarrão instantâneo, sopa de pacote, lasanha congelada ou outro prato pronto comprado congelado); Atividade física (ativos no lazer: prática do nível recomendado de atividade física no lazer equivalente a 150 minutos semanais de atividade física moderada ou 75 minutos semanais de atividade física vigorosa; inativos: não praticaram qualquer atividade física no lazer nos últimos três meses).

As estimativas dos indicadores selecionados para o ano de 2019 foram comparadas aos valores do início do monitoramento, sendo a variação temporal no período apresentada em percentual.

Os dados foram processados com uso do aplicativo *Stata*, versão 14.0, com uso do módulo *survey*, que considera os efeitos da amostra complexa.

Resultados

No ano de 2019, foram realizadas 52.443 entrevistas com adultos residentes nas capitais do País e no DF. A duração média das entrevistas foi de, aproximadamente, 12 minutos, variando entre 4 e 58 minutos.

A prevalência de *diabetes mellitus* passou de 5,5% em 2006 para 7,4% em 2019, um aumento de 34,5% no período (Tabela 1). Em 2019 as mulheres apresentaram prevalências mais elevadas em relação aos homens, 7,8% e 7,1% respectivamente. Ainda, a prevalência de diabetes aumenta com a idade: em adultos com 65 anos ou mais de idade foi de 23,0% em 2019 (Tabela 2).

Com relação a hipertensão arterial, em 2006 a prevalência era de 22,6%, passando para 24,5% em 2019 (Tabela 1). As mulheres apresentaram maior prevalência (27,3%, IC95%: 26,4-28,3) da doença quando comparada aos homens (21,2%, IC95%: 20,0-22,4). Os dados de 2019 mostram que a prevalência de hipertensão, assim como a de diabetes, também aumentou com a idade, chegando a acometer 59,3% dos adultos com 65 anos ou mais: 55,5% dos homens e 61,6% das mulheres (Tabela 2).

A prevalência de excesso de peso aumentou, considerando o período 2006-2019: passou de 42,6% em 2006 para 55,4% em 2019 (Tabela 1). Em 2019, o percentual de excesso de peso entre homens foi de 57,1% e entre mulheres, 53,9%. A prevalência de excesso de peso tende a aumentar com a idade: para os jovens de 18 a 24 anos, a prevalência foi de 30,1% e entre os adultos com 65 anos e mais, 59,8%; e a diminuir com a escolaridade: para as pessoas com até oito anos de escolaridade, a prevalência foi de 61,0% e entre aqueles com 12 anos ou mais, 52,2% (Tabela 2).

Já a prevalência de obesidade aumentou 72,0% desde o início do monitoramento, passando de 11,8% em 2006 para 20,3% em 2019 (Tabela 1). Em 2019, a prevalência de obesidade entre mulheres foi de 21,0% e entre homens 19,5%. A prevalência de obesidade também tende a

aumentar com a idade: para os jovens de 18 a 24 anos, foi de 8,7% e entre os adultos com 65 anos e mais, 20,9%; e a diminuir com a escolaridade: para as pessoas com até oito anos de escolaridade, a prevalência foi de 24,2% e entre aqueles com 12 anos ou mais, 17,2% (Tabela 2).

A proporção de adultos fumantes reduziu de 15,7% em 2006 para 9,8% em 2019, uma diminuição do hábito de fumar de 37,6% (Tabela 1). No ano de 2019, a prevalência de fumantes tendeu a ser menor nas faixas extremas de idade: entre adultos com 18 a 24 anos (7,9%) e adultos com 65 anos e mais (7,8%). A prevalência do hábito de fumar diminuiu com o aumento da escolaridade, sendo naqueles com 12 anos e mais de escolaridade de 6,7% (Tabela 2).

A prevalência do consumo abusivo de álcool, i.e., o consumo de 5 doses para homens e 4 doses para mulheres em uma única ocasião nos últimos 30 dias anteriores à data da pesquisa, em 2006 era de 15,7%, passando para 18,8% em 2019 (Tabela 1). No ano de 2019, o consumo foi maior entre as mulheres mais jovens (23,0% na faixa de 18 a 24 anos) e menor entre as mais velhas (2,1% em adultos com 65 anos ou mais); mulheres mais escolarizadas apresentam a maior prevalência: 18,0% para aquelas que possuem 12 anos ou mais de escolaridade e 5,6% para aquelas com até 8 anos de estudo (dados não apresentados em tabela).

No que tange aos indicadores de atividade física, a prevalência de adultos ativos no lazer, ou seja, que praticam mais de 150 minutos de atividade física moderada ou 75 minutos de atividade física vigorosa na semana, passou de 30,3% em 2009 para 39,0% em 2019 (Tabela 1). Em 2019, os homens foram mais ativos que as mulheres: a prática foi referida por 46,7% (IC95%: 45,2-48,3) dos homens e apenas 32,4% (IC95%: 31,3-33,5) das mulheres. A prática diminuiu com a idade: 49,4% na faixa de 18 a 24 anos e 24,4% nos adultos com 65 anos e mais; e aumenta com a escolaridade, passando de 25,8% nos indivíduos com até 8 anos de estudo para 50,0% para aqueles com 12 anos ou mais de estudo (Tabela 2).

No que diz respeito à prevalência de adultos inativos, ou seja, que não referiram ter praticado qualquer atividade física no tempo livre nos últimos três meses, em 2006 era de 15,9%, passando para 13,9% em 2019, uma redução no período (Tabela 1). Em 2019, o percentual de inativos aumentou com a idade, 12,9% na faixa de 18 a 24 anos e 31,8% nos adultos com 65 anos e mais; e diminuiu com a escolaridade, passando de 18,0%

nos indivíduos com até 8 anos de estudo para 11,7% para aqueles com 12 anos ou mais de estudo (Tabela 2).

Para os indicadores de consumo alimentar, o consumo recomendado de frutas e hortaliças (5 porções de frutas e hortaliças em pelo menos 5 dias na semana) passou de 20,0% em 2008 para 22,9% em 2019 (Tabela 1). No ano de 2019, o consumo foi maior entre mulheres (26,8%, IC95%: 25,7-27,8) que entre os homens, (18,4%, IC95%: 17,2-19,5). Ainda, o consumo aumentou com a idade: 19,0% na faixa de 18 a 24 anos e 26,6% nos adultos com 65 anos e mais; e com a escolaridade, passando de 19,0% nos indivíduos com até 8 anos de estudo para 29,5% para aqueles com 12 anos ou mais de estudo (Tabela 2).

No ano de 2019 foram coletados dados de dois novos indicadores, de acordo com recomendação do Guia Alimentar para a População Brasileira: consumo de alimentos não ou minimamente processados e consumo de alimentos ultraprocessados.

Em relação ao consumo de alimentos não ou minimamente processados, a prevalência de adultos que consumiram cinco ou mais grupos de alimentos dessa categoria no dia anterior à data da pesquisa foi de 29,8%, sendo maior entre as mulheres (32,3%, IC95%: 31,2-33,3) que entre os homens (26,9%, IC95%: 25,6-28,2). O consumo aumentou com a idade, 22,9% na faixa de 18 a 24 anos e 32,6% nos adultos com 65 anos e mais; e com a escolaridade, passando de 24,2% nos indivíduos com até 8 anos de estudo para 36,7% para aqueles com 12 anos ou mais de estudo (Tabela 2).

Já a prevalência de adultos que consumiram cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados no dia anterior à data da pesquisa foi de 18,2%, sendo maior entre os homens (21,8%, IC95%:20,5-23,2) que entre as mulheres (15,1%, IC95%:14,2-16,1). O consumo diminuiu com a idade, 29,3% na faixa de 18 a 24 anos e 8,0% nos adultos com 65 anos e mais (Tabela 2).

Discussão

Desde o início de seu monitoramento, o Vigitel apresenta variação percentual de aumento para os indicadores de diabetes, hipertensão, excesso de peso e obesidade. De forma geral, os comportamentos relacionados às DCNT expõem resultados favoráveis à saúde.

Para a publicação do ano de 2019, o Vigitel apresentou como novidades as estimativas de indicadores de

consumo alimentar (minimamente processados e ultraprocessados) atendendo às recomendações do *Guia Alimentar para a População Brasileira* de 2014.⁴

Os resultados apresentados para diabetes e hipertensão, particularmente, destacam-se frente à pandemia da COVID-19 no momento. Estudos⁵⁻⁸ realizados com pacientes da China, principalmente, e de outras localidades apontaram para maior risco de agravamento e morte por COVID-19 em pessoas que apresentam condições como diabetes, doenças cardiovasculares, entre elas a hipertensão, além da idade avançada.

É importante ressaltar que doenças como hipertensão e diabetes são bastante expressivas em termos de prevalência na população de maneira geral. A hipertensão, por exemplo, já acomete mais de 20% da população adulta (18 anos e mais) e esses valores são ainda maiores com o aumento da idade, presente em mais de 60% dos idosos com mais de 65 anos. A diabetes, por sua vez, apesar de ter menor prevalência quando comparada à hipertensão, traz outras comorbidades que impactam diretamente na saúde das pessoas e oneram os serviços de saúde.

O cenário extraordinário em que vivemos com a COVID-19 remete à importância de continuar enfrentando as condições supracitadas, com investimento contínuo em detecção precoce, tratamento e controle das DCNT, essenciais para a redução de seus agravos relacionados.

O excesso de peso já é uma realidade para mais de 50% da população adulta residente nas capitais brasileiras e DF, sendo que, entre esses, mais de 20% são obesos. Tanto o excesso de peso quanto a obesidade vêm aumentando em diversos países, o que pode ser explicado por mudanças comportamentais ocorridas em nossa sociedade nas últimas décadas, principalmente aquelas relacionadas à alimentação inadequada e ao sedentarismo.⁹ De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), entre 1975 e 2016, a prevalência de obesidade quase triplicou no mundo todo.¹⁰ No Brasil, de acordo com os dados apresentados neste boletim, o excesso de peso cresceu 30% e a obesidade 72%, considerando-se 14 anos de monitoramento. Esses dados reforçam a necessidade de medidas mais assertivas no enfrentamento dessas condições.

Na edição de 2019 do Vigitel, passaram a incorporar o rol de indicadores divulgados na publicação: percentual de adultos que consumiram cinco ou mais grupos de alimentos não ou minimamente processados e o percentual de adultos que consumiram cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados, ambos referentes ao dia anterior à data da entrevista. Tais inserções tiveram o objetivo de contornar limitações dos indicadores já utilizados no Vigitel, relacionadas às práticas habituais dos entrevistados, possivelmente influenciadas por seus valores e preferências dos mesmos. Ainda, outra questão considerada foi o escasso elenco de alimentos ultraprocessados monitorados, grupo que deve ser evitado conforme orientação do Guia Alimentar para a População Brasileira.

Em mais um ano de publicação, o Vigitel cumpre seu papel de atualizar as estimativas das doenças crônicas não transmissíveis e seus principais fatores de risco e proteção, consolidando-se como a principal fonte anual dessas informações no Brasil. Seus resultados fornecem base para o monitoramento de metas nacionais previstas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) 2011-2022, além de subsidiar gestores, em âmbito nacional e nas capitais do País, no planejamento e na avaliação de políticas públicas voltadas à promoção de saúde da população.

Referências

1. WHO. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva, 2018.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel. Brasil 2018: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
3. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
5. Fang L, Karakiulakis G, Roth M. Are patients with hypertension and diabetes mellitus at increased risk for COVID-19 infection? *The Lancet Respiratory Medicine*. 2020; 8:e-21.
6. Strabelli Tânia Mara Varejão, Uip David Everson. COVID-19 e o Coração. *Arq. Bras. Cardiol*. 2020; ahead print. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2020nahead/0066-782X-abc-20200209.pdf>
7. Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. *JAMA*. 2020; Mar 23: [Epub ahead of print].
8. Centers for Disease Control and Prevention. Preliminary Estimates of the Prevalence of Selected Underlying Health Conditions Among Patients with Coronavirus Disease 2019 - United States, February 12–March 28, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020; 69:382-386.
9. Popkin BM. The nutrition transition and obesity in the developing world. *J Nutr* 2001; 131(3): 871S-3S.
10. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.

Anexos

Tabela 1 Prevalências dos indicadores selecionados obtidas no início do monitoramento, no ano de 2019 e a variação percentual no período. Vigitel, 2019

indicadores	início	2019	Variação % no período
Diabetes	5,5	7,4	34,5%
Hipertensão arterial	22,6	24,5	8,4%
Excesso de peso	42,6	55,4	30,0%
Obesidade	11,8	20,3	72,0%
Fumantes	15,7	9,8	-37,6%
Consumo abusivo de álcool	15,6	18,8	20,5%
Ativos no lazer	30,3	39,0	28,7%
Inatividade física	15,9	13,9	-12,6%
Recomendado de frutas e hortaliças	20,0	22,9	14,5%

Fonte: Vigitel Brasil 2019.

*Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS): Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha, Eduardo Marques Macário, Danielle Keylla Alencar Cruz, Ellen de Cássia Dutra Pozzetti, Luiza Eunice Sá da Silva, Max Moura de Oliveira, Naiane de Brito Francischetto, Patrícia Pereira Vasconcelos de Oliveira, Rafael Moreira Claro, Sheila Rizzato Stopa, Thais Marqueline Caldeira, Valéria Cristina de Albuquerque Brito, Vera Lúcia Tierling, Vinícius Oliveira De Moura Pereira.

Tabela 2 Prevalências e IC95% dos indicadores selecionados segundo sexo, faixas de idade e níveis de escolaridade. Vigitel, 2019

Indicadores	Total% (IC95%)	Sexo		Faixas de idade						Níveis de escolaridade		
		Masculino	Feminino	18a24anos	25a34anos	35a44anos	45a54anos	55a64anos	65anosemais	0a8anos	9a11anos	12anosemais
Diabetes	7,4	7,1	7,8	0,7	1,9	3,6	7,4	17,3	23,0	14,8	5,4	3,5
	(7,0-7,9)	(6,4-7,8)	(7,3-8,3)	(0,4-1,1)	(1,1-2,6)	(2,8-4,4)	(6,4-8,5)	(15,7-18,8)	(21,7-24,3)	(13,6-15,9)	(4,9-5,9)	(3,0-3,9)
Hipertensão arterial	24,5	21,2	27,3	4,1	9,8	17,0	31,6	45,2	59,3	41,5	20,5	14,3
	(23,8-25,3)	(20,0-22,4)	(26,4-28,3)	(3,0-5,1)	(8,2-11,4)	(15,4-18,6)	(29,6-33,5)	(43,3-47,2)	(57,7-60,8)	(39,8-43,2)	(19,4-21,6)	(13,4-15,3)
Excesso de peso	55,4	57,1	53,9	30,1	53,1	61,0	63,7	63,1	59,8	61,0	53,8	52,2
	(54,4-56,3)	(55,6-58,7)	(52,7-55,0)	(27,7-32,4)	(50,6-55,6)	(58,9-63,0)	(61,7-65,7)	(61,1-65,0)	(58,3-61,3)	(59,2-62,8)	(52,3-55,3)	(50,6-53,9)
Obesidade	20,3	19,5	21,0	8,7	19,3	22,8	24,5	24,3	20,9	24,2	19,9	17,2
	(19,5-21,0)	(18,3-20,6)	(20,0-21,9)	(7,3-10,0)	(17,4-21,3)	(21,0-24,5)	(22,8-26,3)	(22,7-26,0)	(19,7-22,2)	(22,8-25,7)	(18,7-21,1)	(15,9-18,5)
Fumantes	9,8	12,3	7,7	7,9	9,2	9,7	10,9	13,6	7,8	13,8	9,5	6,7
	(9,2-10,5)	(11,2-13,5)	(7,1-8,4)	(6,2-9,7)	(7,7-10,8)	(8,3-11,1)	(9,4-12,3)	(12,0-15,2)	(6,8-8,8)	(12,4-15,2)	(8,5-10,5)	(5,9-7,6)
Consumo abusivo de álcool	18,8	25,3	13,3	25,8	26,3	20,9	15,8	11,2	4,1	12,4	20,0	23,1
	(18,0-19,6)	(24,0-26,7)	(12,4-14,2)	(23,4-28,3)	(24,1-28,5)	(19,2-22,6)	(14,3-17,2)	(10,0-12,4)	(3,5-4,7)	(11,1-13,7)	(18,7-21,3)	(21,6-24,6)
Ativos no lazer	39,0	46,7	32,4	49,4	48,5	36,8	34,6	31,5	24,4	25,8	39,5	50,0
	(38,0-39,9)	(45,2-48,3)	(31,3-33,5)	(46,8-52,0)	(46,0-51,0)	(34,9-38,8)	(32,7-36,6)	(29,7-33,3)	(23,1-25,6)	(24,1-27,4)	(38,0-41,0)	(48,3-51,6)
Inatividade física	13,9	13,8	14,0	12,9	10,8	10,9	10,4	10,4	31,8	18,0	12,7	11,7
	(13,3-14,5)	(12,8-14,9)	(13,2-14,7)	(11,2-14,5)	(9,3-12,3)	(9,4-12,3)	(9,1-11,7)	(9,1-11,7)	(30,3-33,2)	(16,8-19,3)	(11,7-13,7)	(10,7-12,7)
Recomendado de frutas e hortaliças	22,9	18,4	26,8	19,0	21,5	22,1	23,9	26,3	26,6	19,0	20,2	29,5
	(22,1-23,7)	(17,2-19,5)	(25,7-27,8)	(17,0-20,9)	(19,5-23,5)	(20,5-23,8)	(22,2-25,6)	(24,6-27,9)	(25,2-28,0)	(17,7-20,4)	(19,1-21,3)	(28,0-31,0)
Alimentos não ou minimamente processados	29,8	26,9	32,3	22,9	26,9	30,2	33,1	34,9	32,6	24,2	28,0	36,7
	(28,9-30,6)	(25,6-28,2)	(31,2-33,3)	(20,7-25,1)	(24,7-29,0)	(28,4-32,0)	(31,2-35,0)	(33,1-36,7)	(31,2-34,0)	(22,7-25,7)	(26,7-29,3)	(35,1-38,2)
Alimentos ultraprocessados	18,2	21,8	15,1	29,3	23,6	19,1	13,9	9,8	8,0	14,7	21,7	17,3
	(17,4-19,0)	(20,5-23,2)	(14,2-16,1)	(26,9-31,6)	(21,5-25,7)	(17,4-20,9)	(12,3-15,5)	(8,4-11,1)	(7,1-8,9)	(13,2-16,2)	(20,3-23,0)	(15,9-18,6)

Fonte: Vigitel Brasil 2019.



Violência no Brasil segundo raça/cor da pele: perfil socioeconômico dos óbitos em 2018

Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS).*

No mundo toda a violência atinge milhões de pessoas. As consequências da violência podem levar ao maior consumo de álcool e de drogas, à depressão, ao suicídio, à evasão escolar, ao desemprego e a recorrentes dificuldades de relacionamento. Além de agravar as disparidades sociais, principalmente quando países entram em situação de crise econômica.¹

Estudo global sobre homicídios, apresentou taxa de mortalidade em 2017, de 6,2 homicídios para 100 mil habitantes, mas entre as regiões variou muito. A maior mortalidade ocorreu nas Américas (17,2/100 mil), em seguida na África (13/100 mil). A maioria das vítimas foram homens, cerca de 81%, com maior risco de morte na faixa etária de 15 a 29 anos de idade.²

A cada ano cerca de 800 mil suicídios são cometidos no mundo. Em 2016, esta foi a segunda causa de morte de jovens de 15 a 29 anos. A taxa de mortalidade foi de 10,5 suicídios por 100 mil habitantes. Mesmo que 79% dos suicídios tenham ocorrido em países de baixa e média renda, o maior risco de morte foi entre países de alta renda (11,5/100 mil). Os meios mais utilizados foram ingestão de pesticidas, enforcamento e uso de armas de fogo.³

No Brasil, em 2018, o homicídio foi a principal causa de morte de jovens brasileiros de 15 a 29 anos (n= 29.250; 41,2%). Enquanto o suicídio foi a quarta causa de morte, na mesma faixa etária (n=3.396; 4,8%).⁴

Os óbitos ocasionados por estas causas violentas contribuem para a sobrecarga dos serviços de saúde, sistema judiciário e aparelhos sociais, revelando falhas existentes nos mecanismos de políticas públicas frente à intensificação desse processo.¹

Nesse sentido, a variável raça/cor em saúde tem o importante papel de contribuir na ampliação da compreensão da situação de saúde dos diferentes

grupos populacionais, além de subsidiar ações de planejamento baseadas em suas necessidades específicas.⁵ Sendo um dos determinantes fundamentais para compreender as violências, configura-se como importante marcador da profunda desigualdade social do país, bem como ajuda a evidenciar as condições de vida e proteção de diferentes grupos populacionais.

Sendo assim, o objetivo deste boletim é descrever o perfil sociodemográfico dos óbitos por homicídio e suicídio no Brasil, segundo raça/cor da pele em 2018.

Métodos

Estudo descritivo sobre o perfil socioeconômico dos óbitos por homicídio e suicídio no Brasil, segundo raça/cor da pele, no ano de 2018.

Os dados de óbitos, por local de residência, estão disponíveis no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), com base na Declaração de Óbito (DO). Considerou-se mortes por homicídio aquelas identificadas pelos códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – décima revisão (CID-10)⁶ e incluíram: agressão (X85-Y09), intervenção legal (Y35), eventos de intenção indeterminada com uso de arma de fogo (Y22 a Y24) e sequelas de agressão (Y87.1 e Y89.0). As mortes por suicídio incluíram: lesões autoprovocadas intencionalmente (X60 a X84), intoxicações exógenas cuja intenção é indeterminada (Y10-Y19) e sequelas de lesões autoprovocadas intencionalmente (Y87.0). Os termos homicídio e agressão foram usados como sinônimos, assim como, suicídio e lesão autoprovocada intencionalmente.

Para descrição do perfil de mortalidade de violência no ano de 2018, foram consideradas as seguintes variáveis: sexo (homens e mulheres); raça/cor da pele

(branca, negra¹, amarela e indígena), meio utilizado no homicídio (arma de fogo, outros meios) e meio utilizado no suicídio (enforcamento, intoxicação exógena, arma de fogo, outros), escolaridade (nenhuma, menor que 8 anos, maior que 8 anos), estado civil (solteiro, casado, viúvo, separado, união estável) e grandes regiões (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-Oeste). A classificação segundo faixa etária, difere no primeiro grupo, para suicídio de 5 a 14 anos e para homicídio foi de 0 a 14 anos. As demais faixas etárias são de 15 a 29 anos, 30 a 59 anos, 60 ou mais anos.

Resultados e discussões

No Brasil, em 2018 foram registrados 150.814 óbitos por causas externas. As agressões foram responsáveis por 59.358 óbitos (39,3%) e as lesões autoprovocadas por 13.327 óbitos (8,8%), totalizando 72.685 óbitos ou 48,2% das causas externas.⁴

A mortalidade por homicídio apresentou predomínio na raça/cor negra (75,6%), do sexo masculino, na faixa etária entre 15 e 59 anos, com menos de 8 anos de estudo. Mais de 70% eram solteiros e a arma de fogo foi o principal meio utilizado na agressão para todas as raças, exceto indígena (Tabela 1).

Dentre os negros, a maioria das vítimas de homicídios eram adolescentes e jovens (15 a 29 anos). Mais de 80% destes eram solteiros e o uso de arma de fogo prevaleceu com quase o mesmo percentual. Quanto à região, vale ressaltar que na região nordeste 48,9% da mortalidade foi na raça/cor da pele negra, mais que o dobro da proporção deste grupo na região sudeste (23%).

Observou-se que nos homicídios cuja vítima possuía raça/cor da pele branca, a faixa etária mais acometida foi entre 30 e 59 anos (46,8%), mais elevada que nas demais raças/cores. Mesmo assim, foi observada maior proporção entre solteiros (72,1%) e nas regiões sudeste e sul.

Dentre os indígenas, houve o predomínio de outros meios utilizados para homicídio (70%), diferente das demais. Em relação à região, mais da metade dos óbitos ocorreram na região norte (54,3%).

Apesar da baixa escolaridade ter sido comum a todos os grupos estudados dentre os homicídios, chamou a atenção que na raça/cor da pele negra esse percentual foi o mais elevado com 55,5%.

Foi possível observar que, entre as vítimas de homicídio, o perfil predominante foi de jovens, negros, do sexo masculino e com baixa escolaridade. Estudos realizados em cidades como Salvador, Feira de Santana e Porto Alegre, também nos estados de Sergipe e Alagoas, apresentaram resultados semelhantes, com predomínio de raça/cor negra, sexo masculino e idades mais precoces (15 a 29 anos).⁷⁻¹⁰

A população de raça/cor negra apresenta menor escolaridade, menor probabilidade de exercer atividade remunerada ou de possuir convênio médico quando comparadas à população de raça/cor branca. Isso indica um perfil de maior vulnerabilidade social desta população.¹¹

Estudo traz como conclusão de que a raça/cor da pele adquire valor preditivo na caracterização das vítimas de homicídios, e o crescimento dessas desigualdades mostra a eficiência parcial das políticas públicas brasileiras de controle da violência quando não se adequam políticas universais às especificidades que caracterizam a diversidade populacional.¹²

No que tange aos diferenciais de sexo nos padrões de vitimização por violência, o maior risco de morte por violência em homens decorre, principalmente, de atividades relacionadas ao crime e conflitos armados, enquanto as mulheres são mais frequentemente vítimas de violência doméstica.¹³ As diferenças entre os sexos podem também se justificar por aspectos socioculturais relativos aos papéis de gênero, que expõem homens a situações ou comportamentos de maior risco para violência.¹⁴

As limitações do estudo foram relacionadas às variáveis ignoradas. Para óbitos por homicídio com raça/cor da pele ignorada foram 1.365 óbitos (2,3%). Na variável de estado civil, os ignorados foram 8,9%. E a maior proporção de ignorados foi observada na variável escolaridade (20,7%), entre a população de raça/cor da pele indígena com 37,9%.

¹Segundo a classificação utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): raça/cor negra é obtida a partir da soma de raça/cor preta mais a parda.

Tabela 1 Perfil da mortalidade por homicídio, segundo raça/cor da pele e variáveis sociodemográficas. Brasil, 2018

	Raça/cor da pele %			
	branca	Negra	amarela	Indígena
Homicídio	21,5	75,6	0,2	0,4
Sexo				
Masculino	89,6	93,0	90,6	79,4
Feminino	10,4	6,9	9,4	19,8
Sem inf.	0,0	0,1	0,0	0,8
Faixa etária				
0 a 14	1,2	1,4	0,0	22,6
15 a 29	43,8	56,4	49,0	35,8
30 a 59	46,8	38,0	32,3	32,9
60 e+	7,4	3,0	9,4	5,8
Sem inf.	0,8	1,2	9,4	2,9
Região				
Norte	5,2	16,6	24,0	54,3
Nordeste	15,0	48,9	28,1	15,6
Sudeste	36,8	23,0	24,0	6,6
Sul	34,8	3,4	14,6	7,0
Centro-Oeste	8,2	8,1	9,4	16,5
escolaridade				
Nenhuma	2,0	4,3	5,2	18,1
< 8a estudo	43,7	55,5	35,4	29,6
> 8a estudo	34,3	21,1	26,0	14,4
Sem inf.	20,0	19,1	33,3	37,9
estado civil				
Solteiro	72,1	82,3	77,2	70,1
Casado	14,9	8,6	10,1	15,9
Viúvo	1,6	0,7	3,8	0,6
Separado	5,4	1,9	1,3	0,6
União estável	5,9	6,5	7,6	12,7
Meio utilizado				
Arma de fogo	69,2	76,6	68,8	29,6
Outros meios	30,8	23,4	31,3	70,4

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

A Tabela 2 apresenta o perfil socioeconômico dos óbitos por suicídio no ano de 2018, segundo raça/cor da pele e variáveis sociodemográficas. Não houve diferença nas proporções da mortalidade entre a população negra e branca, ambas com 48%, aproximadamente. Ainda sobre o perfil dos óbitos por suicídio foi predominante no sexo masculino, solteiro e o principal meio utilizado foi o enforcamento.

Entre os suicídios com raça/cor da pele negra, observou-se maior proporção na idade entre 30 e 59 anos, com baixa escolaridade (40,7%) ou nenhuma (6,9%), na região nordeste do país.

Observou-se ainda nessa população que o suicídio sofre forte carga das questões sociais, principalmente entre os jovens.¹⁵

Dentre os óbitos de suicídio com raça/cor da pele branca, a faixa etária mais acometida foi entre 30 e 59 anos (53,8%), semelhante aos óbitos na população de raça/cor negra, mas com maior escolaridade (45,3%) e maioria nas regiões sul e sudeste.

Os óbitos de suicídio com raça/cor da pele amarela apresentaram perfil semelhante aos de raça/cor da pele branca, com exceção da faixa etária, observou-se maior proporção nas vítimas fatais idosas com 60 anos ou mais de idade (42,9%).

Observou-se que entre a população raça/cor indígena a faixa etária entre 15 e 29 anos (60,3%) apresentou a maioria dos óbitos, diferente das demais que apresentaram maior proporção na faixa etária acima de 29 anos. A baixa escolaridade prevaleceu nessa população, 34,8% com menos de 8 anos de estudo e 18,4% sem nenhuma escolaridade. As regiões norte e centro-oeste concentraram as maiores proporções, 50,4% e 34%, respectivamente.

Estudos apontam múltiplos fatores inter-relacionados que ajudam a justificar estes achados, entre eles condições psiquiátricas prévias¹⁶, perda de espaço territorial e da cultura, a discriminação histórica, as precárias condições sociais, uso de drogas¹⁷, a violência sexual nas adolescentes¹⁸, presenciar o ato suicida na família¹⁹. Tais fatores podem influenciar a alta mortalidade por suicídio entre os indígenas no país.²⁰

Estudo sobre suicídio em adolescentes demonstrou que os negros e os indígenas foram os grupos mais suscetíveis, pois são aqueles que podem levar a vivenciar situações de alta vulnerabilidade, como a baixa escolaridade²⁰, o que gera desemprego, pobreza, insegurança alimentar e nutricional de moderada a grave, expondo esses adolescentes e suas famílias à fome e à miséria.²¹

Estudo do perfil da mortalidade por suicídio no Brasil entre 2000 e 2014²² e outro que faz análise da tendência de suicídio em Sergipe²³ obtiveram resultados semelhantes: homens jovens, entre 20 e 59 anos, solteiros, negros e que utilizaram o enforcamento como principal meio.

A alta incidência de suicídio entre os homens pode estar relacionada à maior dificuldade que eles têm em expressar os sentimentos, em lidar com adversidades como desemprego, empobrecimento e de não ser o principal provedor da renda familiar.²⁴ Além disso, os homens usam métodos de alto grau de letalidade como enforcamento, uso de arma de fogo e precipitação de locais elevados.²⁵

A limitação do estudo se refere à incompletude dos dados, para variável raça/cor da pele ignorada para suicídio foram 193 óbitos (1,4%). As variáveis de estado civil (7,7%) e escolaridade (21,5%) apresentaram as maiores proporções. Importante mencionar que em virtude do estigma e do preconceito social associados, o suicídio tem uma subnotificação que deve ser considerada.^{24, 26-28}

Tabela 2 Perfil da mortalidade por suicídio, segundo raça/cor da pele e variáveis socioeconômicas. Brasil, 2018

	raça/cor da pele %			
	branca	Negra	amarela	indígena
Suicídios	48,7	48,4	0,4	1,1
Sexo				
Masculino	76,2	80,1	77,6	73,8
Feminino	23,8	19,9	22,4	26,2
Faixa etária				
5 a 14	1,0	1,4	0,0	11,3
15 a 29	21,8	30,3	32,7	60,3
30 a 59	53,8	54,8	24,5	24,1
60 e+	23,3	13,2	42,9	3,5
Sem inf.	0,1	0,3	0,0	0,7
região				
Norte	1,9	12,4	8,2	50,4
Nordeste	7,5	40,7	14,3	3,5
Sudeste	44,1	30,2	59,2	4,3
Sul	39,8	5,5	12,2	7,8
Centro-Oeste	6,7	11,1	6,1	34,0
escolaridade				
Nenhuma	2,6	6,9	4,1	18,4
< 8a estudo	30,7	40,7	24,5	34,8
> 8a estudo	45,3	31,8	57,1	24,8
Sem inf.	21,4	20,7	14,3	22,0
estado civil				
Solteiro	47,6	62,3	44,4	77,0
Casado	32,8	22,0	28,9	5,7
Viúvo	4,6	3,2	17,8	1,6
Separado	10,4	5,6	2,2	0,8
União estável	4,6	6,9	6,7	14,8
Meio utilizado				
Enforcamento	64,4	69,8	57,1	87,2
Intoxicação	13,6	16,1	14,3	9,2
Arma de fogo	9,4	5,5	6,1	2,1
Outros meios	12,6	8,7	22,4	1,4

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Os resultados deste estudo apontam relevantes diferenciais na mortalidade por homicídio e suicídio no país, evidenciando maior vulnerabilidade social de determinados grupos populacionais. Tais diferenciais

devem ser levados em consideração na elaboração, planejamento e execução de ações e políticas públicas para seu enfrentamento, tendo no horizonte o objetivo de superar as disparidades sociais na área de saúde.

Referências bibliográficas

1. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório mundial sobre a prevenção da violência 2014. Acesso em 29 de abr 2020. Disponível em: <https://bit.ly/2Aq6Zn>.
2. UNITED NATIONS OFFICE on DRUGS and CRIMES (UNODC). Global study on homicide 2019. Acesso em 24 de abr 2020. Disponível em: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/global-study-on-homicide.html>
3. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Suicide: one person dies every 40 seconds (2019). Acesso em 29 abr 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/detail/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>.
4. BRASIL. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Informações de Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. [Acesso em 29 abr 2020]. Disponível em <<http://datasus.saude.gov.br>>
5. FERREIRAS, et al. Avaliação de completude da variável raça/cor nas notificações de violência, 2009 a 2017, Rio de Janeiro. Revista Saúde em Foco, v. 5, n. 1, p. 49-57, 2020.
6. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima revisão. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1993.
7. BARROS BW et al. Territórios de morte: visibilidade dos jovens residentes em Porto Alegre vítimas de homicídio nos anos de 2015, 2016 e 2017. Revista de Direito Da Cidade, v. 1,1 n. 4, p. 225-52, 2019.
8. JESUS SJA. Anos potenciais de vida perdidos por homicídio na Bahia, segundo a raça/cor da pele, 2001-2016: aspectos epidemiológicos e temporais. Feira de Santana. Dissertação [Mestrado em Modelagem em Ciências da Terra e do Ambiente]. Universidade Estadual de Feira de Santana; 2019.
9. BARRETO AF, SOUZA CNS. Análise dos anos potenciais de vida perdidos por homicídios em homens entre 1996 e 2016. Aracaju. Monografia [Graduação em Enfermagem] Universidade Tiradentes; 2019.
10. ALVES WA, CORREIA DS, BARBOSA LLB. Violência letal em Maceió-AL: estudo descritivo sobre homicídios, 2007-2012. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 23, n.4, p. 731- 40, 2014.
11. NASCIMENTO A. O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado. 3. ed. São Paulo: Perspectivas, 2016.
12. SOARES FILHO AM. Vitimização por homicídios segundo características de raça no Brasil. Rev. Saúde Pública, v. 45, n. 4, p. 745-755, 2011.
13. BOTT S et al. Violence against women in Latin America and the Caribbean: a comparative analysis of population-based data from 12 countries. Washington: Pan American Health Organization, 2012.
14. MASCARENHAS MDM et al. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinela de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) - Brasil, 2006. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 18, n. 1, p. 17-28, mar. 2009.
15. PALMA DCDA, SANTOS ESD, IGNOTTI E. Análise dos padrões espaciais e caracterização dos suicídios no Brasil entre 1990 e 2015. Cadernos de Saúde Pública, v. 36, e00092819, 2020.
16. ABRAHAM ZK, Leo Sher L. Adolescent suicide as a global public health issue. Int J Adolesc Med Health, v. 1, n.9, 2017.
17. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). Suicídio adolescente em povos indígenas. São Paulo: Arte Brasil; 2014.
18. BERZUINI VLP. Saúde reprodutiva em foco: conversando com universitárias da etnia Guarani-Kaiowá [dissertação] Campo Grande, MS: Universidade Católica Dom Bosco; 2008.
19. LAZZARINI TA et al. Suicide in Brazilian indigenous communities: clustering of cases in children and adolescents by household. Rev Saúde Pública, 52-56, 2018.
20. MACHADO DB, SANTOS DND. Suicide in Brazil, from 2000 to 2012. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 64, n. 1, p.45-54, 2015.

21. STACK S. Suicide: a 15-year review of the sociological literature part I: cultural and economic factors. *Suicide Life Threat Behav*, v.30, n. 2, p.145-62, 2000.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil e tendências da mortalidade por homicídios e suicídios no Brasil, 2000 a 2014. *Saúde Brasil 2015/2016: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo Aedes aegypti*, p. 157-82, 2016.
23. SANTOSAD, GUIMARÃES LML, CARVALHOYF et al. Spatial analysis and temporal trends of suicide mortality in Sergipe, Brazil, 2000-2015. *Trends Psychiatry Psychother*, v.40, n.4, p.269-76, 2018.
24. MENEGHEL, S.; VICTORA, C.; FARIA, N.; CARVALHO, A.; FALK, J. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Revista de Saúde Pública*, v. 38, p. 804-810, 2004.
25. VIDAL CEL, GONTIJO ECDM, LIMA LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad Saúde Pública*, v. 29, n. 1, p.175-87, 2013.
26. RIOS et al. Completude do sistema de informação sobre mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia. *J Bras Psiquiatr*, v.62, n.2,131-8,2013
27. RAHIMI R, ALI N, Noor SMD, Mahmood MS, Zainun KA. Suicide in the elderly in Malaysia. *Malaysian J Pathol*, v.37, n.3, p.259-63, 2015.
28. MACENTE, ZANDONADE LB. Estudo da série histórica de mortalidade por suicídio no Espírito Santo (de 1980 a 2006). *J Bras Psiquiatr*, v.60, n.3, p.151-57.

*Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS): Cíntia Honório Vasconcelos, Marli de Mesquita Silva Montenegro, Érika Carvalho de Aquino, Kauara Rodrigues Dias Ferreira, Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha, Eduardo Marques Macário.

Prevalência de fumantes no Brasil, 2006-2019

Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS)

Introdução

A COVID-19 é uma doença infecciosa causada por um novo tipo de coronavírus descoberto recentemente. Esse vírus, denominado SARS-CoV-2 era desconhecido antes do surto em Wuhan, na China, em dezembro de 2019. Posteriormente, em 11 de março de 2020, a doença foi caracterizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma pandemia. A COVID-19 já causou mais de 200.000 mortes em 213 países até abril de 2020.¹ No Brasil, foram confirmados, até o dia 26 de abril, 61.888 casos e 4.205 óbitos por COVID-19.²

Segundo informações da OMS, as pessoas idosas e aquelas que têm problemas médicos subjacentes, como pressão alta, problemas cardíacos e respiratórios, diabetes ou câncer, possuem maior risco de desenvolver os tipos graves da doença.³ Comportamentos modificáveis, como a inatividade física, uso abusivo de álcool, o consumo alimentar não saudável e o tabagismo, configuram-se como os principais fatores relacionados ao aumento do risco de morte por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como as cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas e cânceres.⁴

A prevalência dessas condições varia de acordo com sexo e faixa etária. Dentre esses comportamentos, destaca-se a dupla carga do tabagismo, uma vez que pode estar associado tanto na disseminação do vírus (manuseio e compartilhamento do cigarro, por exemplo), como no agravamento do estado de saúde dos indivíduos com doenças respiratórias relacionadas ao hábito de fumar.³

Assim, monitorar a distribuição da prevalência de tabagismo na população brasileira, pode contribuir no enfrentamento do cenário atual, principalmente ao identificar grupos mais vulneráveis. Diante disso, este boletim tem como objetivo descrever a prevalência de adultos fumantes, segundo sexo e faixas etárias nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, no período entre 2006 e 2019.

Métodos

Foram analisados dados disponíveis pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) no período entre 2006 e 2019.⁵

Desde 2006, o Vigitel é realizado com o objetivo de investigar a frequência e distribuição dos principais fatores de risco e proteção para as DCNT, principalmente a evolução desses ao longo dos anos no Brasil. São realizadas cerca de 54 mil entrevistas anuais com adultos (18 anos ou mais) residentes em domicílios com telefone fixo, nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal (DF).⁵ No período de 2006 a 2019, foram entrevistados 730.309 indivíduos.

Para o presente boletim, considerou-se o indicador de percentual de fumantes. Foi considerado como fumante o indivíduo que respondeu positivamente à questão “Atualmente, o(a) Sr.(a) fuma?”, independentemente do número de cigarros, da frequência e da duração do hábito de fumar.

Inicialmente, investigou-se a tendência temporal do indicador, por meio de modelos de regressão linear para verificar a variação (de aumento ou redução) da prevalência no período estudado. As análises foram estratificadas segundo sexo (masculino e feminino) e faixas etárias (18 a 24 anos, 25 a 34 anos, 35 a 44 anos, 55 a 64 anos e 65 anos e mais). Considerou-se significativa a variação correspondente a um coeficiente estatisticamente diferente de zero ($p \leq 0,05$). Em seguida, foram calculadas as prevalências de fumantes e respectivos intervalos de 95% de confiança, para fornecer as estimativas por sexo, segundo as 26 capitais e DF para o ano de 2019.

Os dados foram analisados com uso do aplicativo Stata, versão 14.0, considerando os fatores de ponderação empregados pelo Vigitel.

Resultados

No período entre 2006 e 2019, verificou-se tendência significativa de redução da prevalência de fumantes para a maioria dos estratos estudados. Entre os homens, observou-se redução significativa de 19,5% em 2006 para 12,3% em 2019, com redução média de 0,62 pontos percentuais [p.p.]. Observou-se redução em todas as faixas etárias estudadas, identificando maior

redução naquela de 45 a 54 anos de idade, de 27,5% em 2006 para 13,3% em 2019, com redução média de 1,04 p.p. Para as mulheres, observou-se redução significativa de 12,4% em 2006 para 7,7% em 2019, redução média de 0,46 p.p. Verificou-se redução para a maioria das faixas etárias, exceto para aquelas acima de 55 anos idade. Maior redução também foi verificada na faixa etária de 45 a 54 anos, de 18,8% em 2006 para 9,0% em 2018, com redução média de 0,87 p.p. (Tabela 1).

TABELA 1 Percentual da população adulta (≥ 18 anos) fumantes, nas capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal, segundo sexo e faixas etárias. Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), 2006-2019

Características		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Incremento médio	Valor de P
Sexo	Faixa etária																
Masculino	18 a 24 anos	15,2	18,7	15,0	13,8	12,8	11,2	12,3	10,3	9,1	9,7	9,4	10,7	8,8	9,9	-0,597	<0,001
	25 a 34 anos	17,4	19,8	17,5	19,5	18,3	18,1	15,8	16,2	15,6	13,3	12,4	13,1	12,7	12,6	-0,575	<0,001
	35 a 44 anos	22,6	19,8	19,4	16,8	16,7	16,0	15,5	14,3	12,4	14,3	14,5	17,8	13,7	13,0	-0,545	0,001
	45 a 54 anos	27,5	23,7	22,3	20,7	20,1	20,4	18,2	16,8	14,7	13,5	14,5	13,2	13,4	13,3	-1,045	<0,001
	55 a 64 anos	20,3	19,2	19,7	20,5	20,6	19,3	19,9	16,9	12,8	15,8	14,6	12,8	15,2	13,6	-0,617	<0,001
	65 anos e mais	13,1	12,3	13,8	12,2	10,3	14,0	11,1	10,1	10,4	10,1	10,6	9,6	7,2	11,2	-0,313	0,004
	Total	19,5	19,5	18,0	17,5	16,8	16,5	15,5	14,4	12,8	12,8	12,7	13,2	12,1	12,3	-0,622	<0,001
	Feminino	18 a 24 anos	9,1	8,5	7,7	7,7	8,8	6,3	4,4	3,5	6,4	4,1	5,0	5,9	4,2	5,5	-0,335
25 a 34 anos	10,8	9,6	10,3	10,0	10,3	8,6	8,0	8,1	8,5	7,9	7,1	6,2	6,2	5,9	-0,373	<0,001	
35 a 44 anos	15,4	15,2	14,1	13,1	13,7	12,3	10,6	8,7	8,0	7,1	6,2	6,9	5,5	7,1	-0,827	<0,001	
45 a 54 anos	18,8	19,9	17,6	17,4	16,2	17,2	14,3	13,7	12,0	12,0	11,1	9,7	9,3	9,0	-0,874	<0,001	
55 a 64 anos	11,5	13,4	15,2	13,9	13,6	13,3	11,6	11,3	12,2	10,6	12,8	10,7	10,2	13,6	-0,165	0,095	
65 anos e mais	7,2	5,5	6,5	6,0	6,7	5,8	5,4	4,9	6,5	6,9	6,0	5,8	5,4	5,7	-0,054	0,232	
Total	12,4	12,3	12,0	11,5	11,7	10,7	9,2	8,6	9,0	8,3	8,0	7,5	6,9	7,7	-0,460	<0,001	

Fonte: Vigitel/SVS

Considerando as estimativas segundo as capitais brasileiras no ano de 2019, a prevalência de fumantes foi de 9,8% e variou de 14,6% em Porto Alegre a 4,4% em Teresina. Entre os homens, a prevalência de fumantes foi de 12,3%, com as maiores prevalências

em Rio Branco (17,1%), no Distrito Federal (15,8%) e em São Paulo (15,6%). Entre as mulheres, a prevalência de fumantes foi de 7,7%, com as maiores prevalências em Porto Alegre (14,1%), São Paulo (11,7%) e Curitiba (11%) (Tabela 2).

TABELA 2 Percentual da população adulta (≥ 18 anos) fumantes, nas capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal, segundo sexo e faixas etárias. Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), 2006-2019

Capital	Masculino	IC95%	Feminino	IC95%	Total	IC95%
Aracaju	5,7	(3,7;8,7)	3,9	(2,5;5,9)	4,7	(3,5;6,3)
Belém	10,9	(6,9;16,8)	3,0	(1,9;4,8)	6,6	(4,6;9,5)
Belo Horizonte	12,0	(9,3;15,4)	8,2	(6,3;10,4)	9,9	(8,3;11,8)
Boa Vista	10,2	(6,8;15,1)	4,3	(2,7;6,8)	7,2	(5,2;9,7)
Campo Grande	14,2	(10,6;18,7)	6,9	(5,1;9,3)	10,3	(8,3;12,8)
Cuiabá	10,7	(7,9;14,4)	5,3	(3,5;7,9)	7,9	(6,2;10,0)
Curitiba	11,7	(9,0;15,1)	11,0	(8,8;13,8)	11,3	(9,5;13,4)
Florianópolis	14,1	(10,9;17,9)	7,7	(5,9;10,0)	10,7	(8,9;12,9)
Fortaleza	10,7	(7,6;15,0)	5,4	(3,9;7,4)	7,9	(6,1;10,0)
Goiânia	14,0	(10,8;18,0)	4,0	(2,8;5,6)	8,7	(7,0;10,7)
João Pessoa	10,0	(7,2;13,6)	4,2	(3,0;6,0)	6,8	(5,4;8,7)
Macapá	9,8	(6,0;15,5)	5,1	(2,4;10,3)	7,3	(4,9;10,9)
Maceió	5,9	(3,7;9,2)	5,1	(3,4;7,7)	5,5	(4,0;7,4)
Manaus	8,5	(5,5;12,8)	2,2	(1,3;3,7)	5,2	(3,7;7,4)
Natal	9,1	(6,7;12,4)	6,3	(4,3;9,2)	7,6	(5,9;9,6)
Palmas	10,4	(6,9;15,4)	3,8	(2,4;6,1)	7,0	(5,0;9,5)
Porto Alegre	15,2	(11,8;19,4)	14,1	(11,4;17,2)	14,6	(12,4;17,1)
Porto Velho	11,7	(7,9;16,9)	3,9	(2,8;5,6)	8,0	(5,8;10,8)
Recife	10,6	(7,9;14,0)	5,7	(4,2;7,6)	7,9	(6,4;9,7)
Rio Branco	17,1	(11,3;25,0)	7,2	(5,2;9,8)	11,9	(8,8;16,0)
Rio de Janeiro	12,5	(9,4;16,4)	8,1	(6,3;10,4)	10,1	(8,3;12,2)
Salvador	7,6	(5,0;11,4)	3,5	(2,3;5,2)	5,4	(3,9;7,2)
São Luís	7,4	(4,7;11,4)	2,7	(1,6;4,4)	4,8	(3,4;6,7)
São Paulo	15,6	(12,4;19,3)	11,7	(9,8;14,0)	13,5	(11,7;15,6)
Teresina	6,4	(4,4;9,1)	2,8	(1,7;4,8)	4,4	(3,3;5,9)
Vitória	10,0	(7,0;14,1)	5,4	(3,9;7,4)	7,5	(5,8;9,6)
Distrito Federal	15,8	(10,6;23,0)	8,6	(6,5;11,4)	12,0	(9,1;15,6)
Total de Capitais	12,3	(11,2;13,5)	7,7	(7,1;8,4)	9,8	(9,2;10,5)

Fonte: Vigitel/SVS

Discussão

Considerando os resultados do presente boletim, que analisou dados sobre a prevalência de fumantes nas capitais brasileiras no período de 2006 a 2019, foi possível identificar a tendência de redução desse fator de risco para a maioria dos estratos estudados. Maior magnitude de redução no período foi verificada entre os homens, ainda assim, esses apresentam as maiores prevalências do hábito de fumar.

Em geral, os homens fumam mais que as mulheres. Dados dos países que aplicaram o *Global Adults Tobacco Survey* também encontraram prevalências de tabagismo menores em mulheres.⁶ Outra questão importante é que em muitos países o hábito de fumar tem influência religiosa e cultural, sendo introduzido primeiro nos homens. O hábito era símbolo de virilidade e poder, forma como eram veiculadas as propagandas inclusive, geralmente estreladas por homens.⁷ Da mesma forma, mas muito tempo depois, o estímulo à prática se deu entre as mulheres, associando o fumar à independência

e até ao glamour, fato que explica a diferença existente entre homens e mulheres.⁸

O tabagismo é responsável por mais de 7,2 milhões de mortes por ano em todo o mundo, incluindo os efeitos da exposição ao fumo passivo⁹ e as evidências científicas já estabeleceram a relação entre tabagismo e a saúde respiratória, sugerindo que fumantes tem mais chances de desenvolver câncer de pulmão, estão mais susceptíveis ao desenvolvimento de doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC), além de observarem o aumento do risco de desenvolvimento de crises respiratórias, tanto em crianças quando em adultos expostos ao tabagismo passivo.^{10,11}

Ademais, frente à pandemia da COVID-19, o tabagismo também é um fator de risco para a progressão da doença, considerando diversos fatores, dentre eles: a manipulação do cigarro, aumentando a chance de transmissão do vírus da mão para a boca; a possibilidade de doença pulmonar ou capacidade pulmonar reduzida; e, ainda, a utilização de aparelhos para fumar, como o narguilé, que geralmente envolvem o compartilhamento de bicos e mangueiras, podendo facilitar a transmissão do COVID-19 em ambientes comunitários e sociais.³

Muitos estudos têm sugerido que o uso do tabaco pode aumentar o risco de sofrer sintomas graves devido a COVID-19. Condições provenientes do hábito de fumar podem ter implicações para os fumantes, uma vez que o vírus que causa a COVID-19 afeta principalmente o sistema respiratório, causando frequentemente danos leves a graves. Isso demonstra que essas condições preexistentes podem aumentar a vulnerabilidade desses indivíduos à doença.¹²

No entanto, como o COVID-19 é uma doença recentemente identificada, e, portanto, em estudo, a relação entre o uso do tabaco e a doença precisa de maiores evidências científicas para a identificação definitiva do seu impacto sobre a saúde.

A redução do tabagismo no país é fruto de ações de regulação, educação e prevenção, adotadas há anos e reconhecidas internacionalmente. Intervenções como o aumento da taxa e preços sobre os produtos do tabaco, proibição de fumo em lugares públicos, inclusão de advertências do hábito de fumar nas embalagens de produtos do tabaco e a proibição da propaganda,

patrocínio e da promoção do tabaco são exemplos de medidas que têm se mostrado eficientes nessa redução. No entanto, avanços futuros ainda são necessários, dada a inserção de novos produtos no mercado (como a popularização dos narguilés e dispositivos eletrônicos), a necessidade de adoção de embalagens padronizadas e a continuidade do enfrentamento ao cigarro ilegal. Essas ações são benéficas ao público em geral, mas também é especialmente relevante direcioná-las aos indivíduos das faixas com tendência estável, conforme citado anteriormente.

Em conclusão, há uma discrepância na distribuição de fumantes segundo as capitais brasileiras. Além disso, apesar da tendência de redução da prevalência do tabagismo para o total das capitais, mulheres acima de 55 anos apresentam tendência estável e este grupo (principalmente acima de 60 anos) constitui grupo de maior risco.

Referências

1. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) Pandemic. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak. Disponível em: [situationhttps://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019). Acesso em: 29 abr 2020.
2. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública. Situação epidemiológica da COVID-19 – Doença pelo coronavírus 2019. Bol Epidemiol 14 de 26 de abril de 2020 [internet]. Semana Epidemiológica 18 (26/04 a 02/05). Acesso em: 28 abr 2020. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/27/2020-04-27-18-05h-BEE14-Boletim-do-COE.pdf>
3. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) Pandemic. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/q-a-on-smoking-and-covid-19>. Acesso em 29 abr 2020
4. World Health Organization. Noncommunicable diseases. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Acesso em: 29 abr 2020.

5. **Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.**
6. **Giovino GA, Mirza SA, Samet JM, Gupta PC, Jarvis MJ, Bhalal N, et al. Tobacco use in 3 billion individuals from 16 countries: an analysis of nationally representative cross-sectional household surveys. Lancet 2012; 380:668-79.**
7. **Apelberg B, Agha M, Asma S, Donaldson E, Yeong CC, Vaithinathan R. Prevalence of tobacco use and factors influencing initiation and maintenance among women. In: Samet JM, Soon-Young Y, editors. Gender, women, and the tobacco epidemic. Geneva: WHO; 2010. p. 29-50.**
8. **Amos A, Haglund M. From social taboo to “torch of freedom”: the marketing of cigarettes to women. Tob Control 2000; 9(1): 3-8.**
9. **World Health Organization. Noncommunicable diseases. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Acesso em: 29 abr 2020.**
10. **JOHANNESSEN, A., BAKKE, P.S., HARDIE, J.A. and EAGAN, T.M.L. (2012), Association of exposure to environmental tobacco smoke in childhood with chronic obstructive pulmonary disease and respiratory symptoms in adults. Respirology, 17: 499-505. doi:10.1111/j.1440-1843.2012.02129.x**
11. **Jayes L, et al. SmokeHaz: Systematic Reviews and Meta-analyses of the Effects of Smoking on Respiratory Health, Chest, Volume 150, Issue 1, 2016, Pages 164-179**
12. **World Health Organization. Regional office for the Eastern Mediterranean. Tobacco and waterpipe use increases the risk of suffering from COVID-19. Disponível em: <http://www.emro.who.int/tfi/know-the-truth/tobacco-and-waterpipe-users-are-at-increased-risk-of-covid-19-infection.html>**

*Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS): Eduardo Marques Macário, Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha, Ellen de Cássia Dutra Pozzetti Gouvêa; Kauara Rodrigues Dias Ferreira, Luiza Eunice Sá da Silva, Max Moura de Oliveira; Paulo da Fonseca Valença Neto; Sheila Rizzato Stopa.

| SUMÁRIO |

Apresentação	1
SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA COVID-19	2
Mundo	2
Brasil	5
Casos de COVID-19	7
Óbitos por COVID-19	7
Macro-regiões e UF	8
SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)	24
SRAG Hospitalizado	24
ÓBITOS POR SRAG	28
ÓBITOS DE SRAG POR COVID-19	31
RESULTADOS DO VIGITEL COVID-19 - CICLO 2	32
Principais resultados do Ciclo 2	32
Práticas recomendadas para a prevenção	32
Isolamento social	33
Higienização de mãos e objetos de uso frequente	34
Práticas complementares de higiene	34
Meios de comunicação	35
Motivos para sair de casa	35
Sinais de Depressão	35
ANEXOS	37

Apresentação

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), divulga, semanalmente, um Boletim Epidemiológico Especial apresentando uma análise mais detalhada sobre o perfil de casos e óbitos da COVID-19 e hospitalizações e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) no Brasil por Macrorregiões e Unidade da Federação.

Essa edição do boletim apresenta a análise referente à Semana Epidemiológica 24 (07 a 13/06) de 2020, além de conteúdo adicional referente aos resultados do segundo ciclo de coleta da pesquisa VIGITEL COVID-19.

A divulgação dos dados epidemiológicos e da estrutura para enfrentamento da COVID-19 no Brasil ocorre diariamente por meio do site:

CORONAVIRUS // BRASIL

www.saude.gov.br/coronavirus

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA COVID-19

Mundo

Até o final da Semana Epidemiológica (SE) 24 de 2020, no dia 13 de junho, foram confirmados 7.626.279 casos de COVID-19 com 425.931 óbitos no mundo. Os Estados

Unidos foram o país com o maior número de casos (2.048.986), seguido por Brasil (850.514), Rússia (511.423), Índia (308.993) e Reino Unido (292.950) (Figura 1A).

Em relação aos óbitos, foram confirmados 425.931 no mundo até o dia 13 de junho. Os Estados Unidos foi o país com maior número absoluto de óbitos (114.669), seguido do Brasil (41.828), Reino Unido (41.481), Itália (34.223) e França (29.374) (Figura 1B).

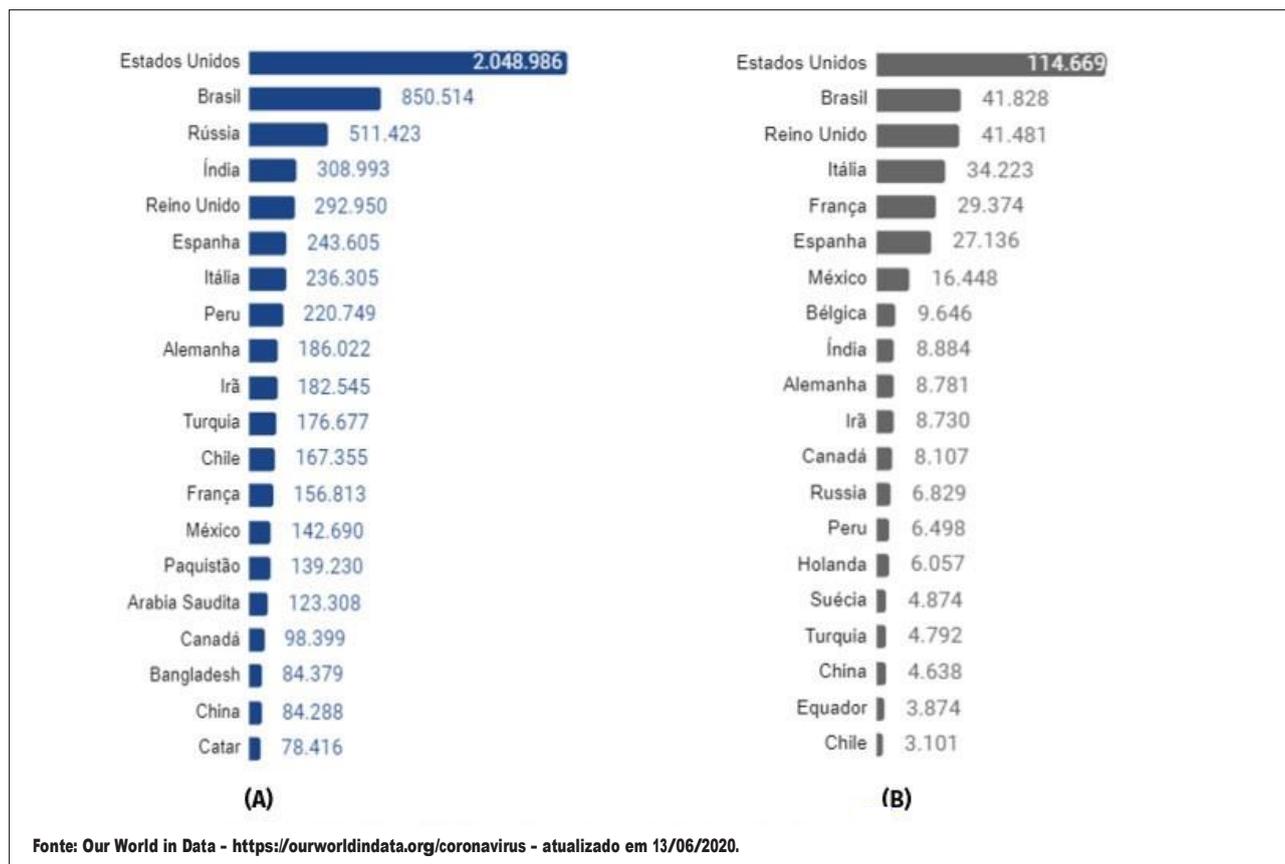
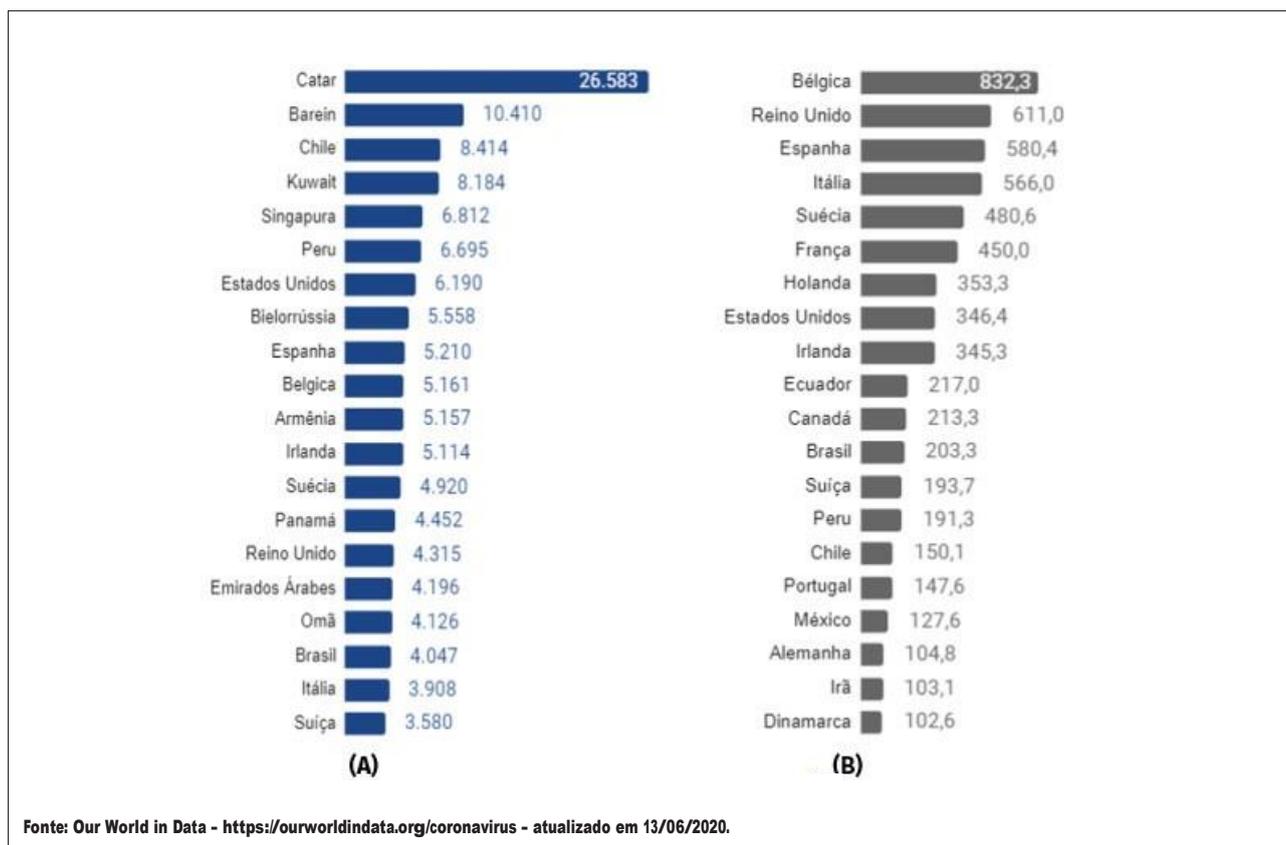


FIGURA 1 Distribuição dos casos de COVID-19 entre os 10 países com maior número de casos em 2020

O coeficiente de incidência no mundo até o dia 13/06/2020 era de 978,4 casos por 1 milhão de habitantes. Dentre os países com população acima de 1 milhão de habitantes, a maior incidência foi identificada no Catar (26.583 casos/1 milhão hab), seguido de Barein (10.410/1 milhão), Chile (8.414/1 milhão), Singapura (6.812/1 milhão) e Peru (6.695/1 milhão). Nesta classificação, o Brasil aparece na 18ª posição com um coeficiente de 4.047 casos/1 milhão hab. (Figura 2A)

Já em relação ao coeficiente de mortalidade (óbitos por 1 milhão de habitantes), o mundo apresentou até o dia 13/06 uma taxa de 54,6 óbitos/1 milhão. Dentre os países com população acima de 1 milhão de habitantes, a Bélgica apresentava o maior coeficiente (832,3/1 milhão), seguido pelo Reino Unido (611,0/1 milhão), Espanha (580,4/1 milhão), Itália (566,0/1 milhão) e Suécia (480,6/1 milhão). Nesta classificação, o Brasil aparece na 12ª posição com um coeficiente de 203,3 óbitos/1 milhão hab. (Figura 2B).



Fonte: Our World in Data - <https://ourworldindata.org/coronavirus> - atualizado em 13/06/2020.

FIGURA 2 Distribuição dos coeficientes de incidência (A) e mortalidade (B) (por 1 milhão de habitantes) de COVID-19 entre os 20 países com populações acima de 1 milhão de habitantes

Até o final da semana epidemiológica 24 (13/06), o Brasil era o segundo país com o maior número de recuperados (379.245 ou 10,2% do total mundial), ficando atrás dos

Estados Unidos (556.606 ou 15,1%) e na frente da Rússia (274.128 ou 7,8%) (Tabela 1).

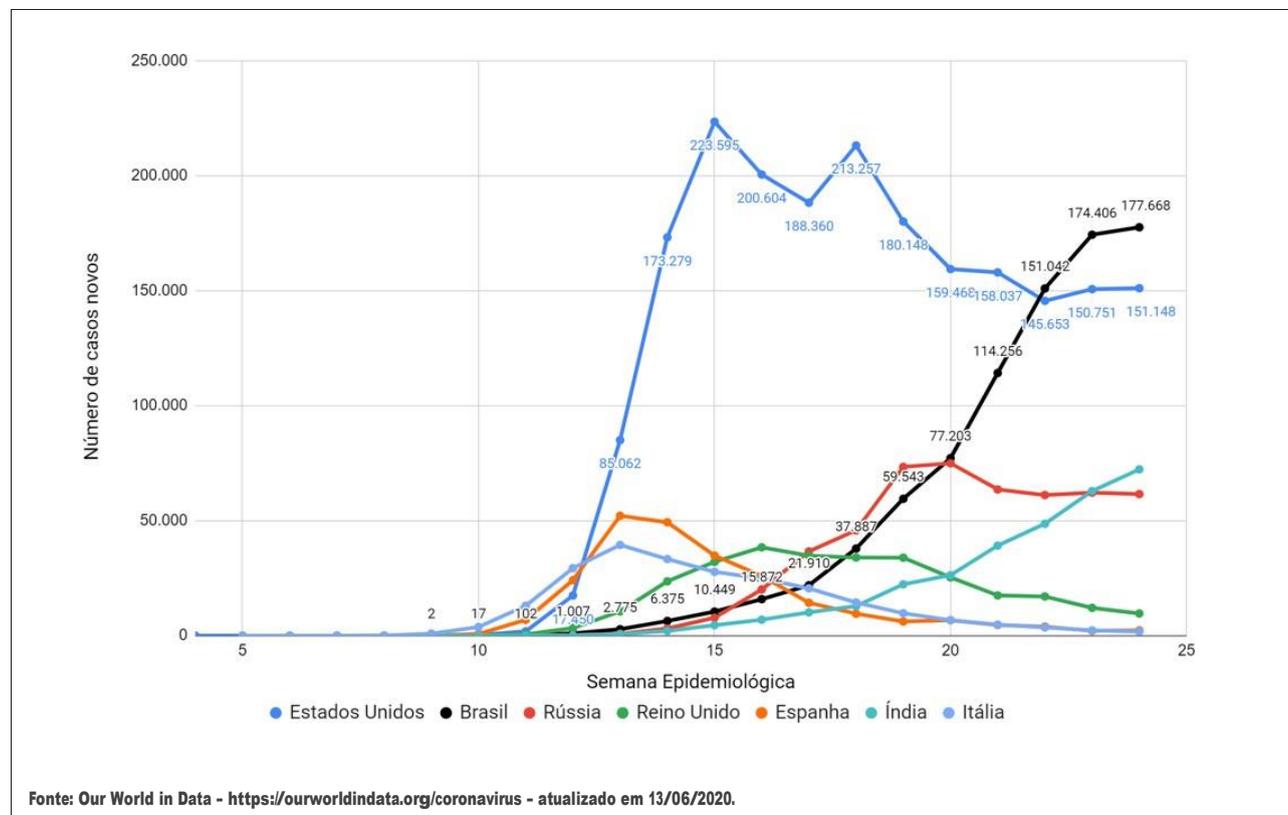
TABELA 1 Distribuição dos casos recuperados de COVID-19 entre os 10 países com o maior número de recuperados em 2020

PAÍS	RECUPERADOS	%
Estados Unidos	556.606	15,1
Brasil	379.245	10,2
Rússia	274.128	7,4
Itália	174.865	4,7
Alemanha	171.970	4,6
Índia	154.330	4,2
Espanha	150.376	4,1
Turquia	150.087	4,1
Irã	146.748	4,0
Chile	137.296	3,7
Mundo	3.698.304	100,0

Fonte: Johns Hopkins Coronavirus Resource Center - <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> - atualizado em 13/06/2020.

As Figuras 3 e 4 mostram a evolução do número de casos e óbitos novos por COVID-19 por semana epidemiológica nos sete países mais afetados pela doença. É importante considerar que cada país está em uma fase diferente da pandemia. Utilizando essa métrica, o Brasil foi o país que apresentou o maior número de casos e óbitos

novos ao final da semana epidemiológica 24, com uma tendência a desaceleração que deverá ser observada nas próximas semanas, seguido pelos Estados Unidos. Vale ressaltar que o Brasil teve uma diminuição no número de óbitos registrados nesta semana, quando comparada com a semana epidemiológica 23.



Fonte: Our World in Data - <https://ourworldindata.org/coronavirus> - atualizado em 13/06/2020.

FIGURA 3 Evolução do número de novos casos confirmados de COVID-19 por Semana Epidemiológica segundo 10 países com maior número de casos

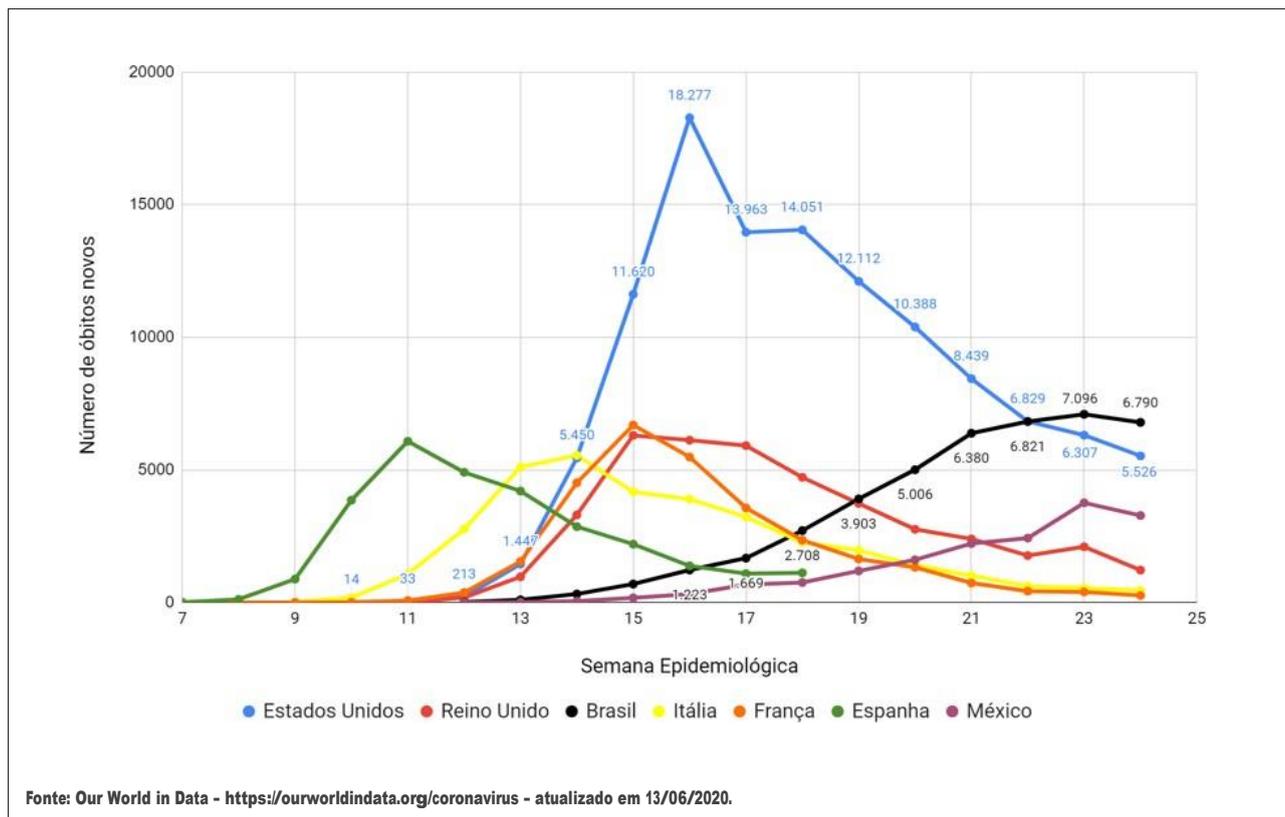


FIGURA 4 Evolução do número de novos óbitos confirmados de COVID-19 por Semana Epidemiológica segundo países com maior número de óbitos

Brasil

No decorrer da semana epidemiológica 24 (07 a 13/06) foram registrados 177.668 casos novos e 6.790 óbitos novos por COVID-19 no país. A região Nordeste registrou o maior número de casos novos na semana (64.635), seguido da região Sudeste (54.286) e Norte (35.173). Por UF, São Paulo registrou o maior número de casos novos (32.326), seguido do Rio de Janeiro (14.303) e Pará (15.334).

Já em relação aos novos registros de óbitos na semana 24, a região Sudeste foi a que apresentou o maior número de registros (2.778), seguido da região Nordeste (2.554) e norte (1.076). Por UF, São Paulo registrou o maior número de novos óbitos (1.523), seguido do Rio de Janeiro (953) e Ceará (864) (Tabela 2).

Até o dia 13 de junho de 2020, foram confirmados 850.514 casos de COVID-19 no Brasil. Deste total, 42.720 (5,0%) foram a óbito, 428.549 (50,3%) estavam em acompanhamento e 379.245 (44,5%) já haviam se recuperado da

doença. Para o país, a taxa de incidência foi de 404,7 casos por 100 mil habitantes, enquanto que a taxa de mortalidade foi de 20,3 óbitos/100 mil habitantes. (Tabela 2).

A região Norte apresenta até a SE 24 os maiores coeficientes de incidência (954,2/100 mil hab) e mortalidade (42,6/100 mil hab), sendo que o estado do Amapá apresenta a maior incidência (1.929,9/100 mil hab) e o estado do Amazonas a maior mortalidade (59,5/100 mil hab). Em seguida, a região Nordeste apresenta uma incidência de 526,7/100 mil hab e mortalidade de 23,9/100 mil hab, com o estado do Ceará apresentando a maior incidência (836,9/100 mil hab) e mortalidade (52,9/100 mil hab). A região Sudeste apresenta uma incidência de 337,5/100 mil hab e uma mortalidade de 22,2/100 mil hab, sendo que o estado do Espírito Santo apresenta a maior incidência (645,3/100 mil hab) e o Rio de Janeiro a maior mortalidade (44,0/100 mil hab). Os estados da região Sul e Sudeste apresentam baixas taxas de incidência e mortalidade, quando comparados com as demais regiões (tabela 2).

TABELA 2 Distribuição dos registros de casos e óbitos novos na SE 24 por COVID-19, totais e coeficientes de incidência e mortalidade (por 100 mil hab.) segundo região e Unidade da Federação (UF). Brasil, 2020

REGIÃO/UF	População TCU 2019	CASOS CONFIRMADOS			ÓBITOS CONFIRMADOS		
		NOVOS	TOTAL	INCIDÊNCIA	NOVOS	TOTAL	MORTALIDADE
NORTE	18.430.980	35.173	175.875	954,2	1.076	7.853	42,6
AC	881.935	2.009	9.534	1.081,0	55	256	29,0
AM	4.144.597	7.241	56.026	1.351,8	233	2.465	59,5
AP	845.731	3.549	16.322	1.929,9	50	319	37,7
PA	8.602.865	15.334	68.510	796,4	565	4.177	48,6
RO	1.777.225	4.010	11.710	658,9	81	309	17,4
RR	605.761	1.604	6.842	1.129,5	58	197	32,5
TO	1.572.866	1.426	6.931	440,7	34	130	8,3
NORDESTE	57.071.654	64.635	300.568	526,7	2.544	13.648	23,9
AL	3.337.357	6.069	20.887	625,9	141	723	21,7
BA	14.873.064	8.392	35.788	240,6	223	1.069	7,2
CE	9.132.078	12.854	76.429	836,9	864	4.829	52,9
MA	7.075.181	13.389	58.859	831,9	304	1.436	20,3
PB	4.018.127	7.667	27.454	683,3	156	623	15,5
PE	9.557.071	5.310	44.671	467,4	514	3.784	39,6
PI	3.273.227	2.720	9.825	300,2	111	335	10,2
RN	3.506.853	4.340	13.789	393,2	123	533	15,2
SE	2.298.696	3.894	12.866	559,7	108	316	13,7
SUDESTE	88.371.433	59.286	298.257	337,5	2.778	19.649	22,2
ES	4.018.650	6.982	25.932	645,3	216	1.022	25,4
MG	21.168.791	5.675	20.614	97,4	86	454	2,1
RJ	17.264.943	14.303	78.836	456,6	953	7.592	44,0
SP	45.919.049	32.326	172.875	376,5	1.523	10.581	23,0
SUL	29.975.984	7.229	37.156	124,0	168	849	2,8
PR	11.433.957	2.628	9.233	80,8	80	312	2,7
RS	11.377.239	2.590	14.627	128,6	61	344	3,0
SC	7.164.788	2.011	13.296	185,6	27	193	2,7
CENTRO-OESTE	16.297.074	11.345	38.658	237,2	224	721	4,4
DF	3.015.268	6.109	21.959	728,3	85	293	9,7
GO	7.018.354	2.271	7.940	113,1	36	208	3,0
MS	2.778.986	1.103	3.235	116,4	7	28	1,0
MT	3.484.466	1.862	5.524	158,5	96	192	5,5
BRASIL	210.147.125	177.668	850.514	404,7	6.790	42.720	20,3

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde. Dados atualizados em 13/06/2020 às 19h, sujeitos a revisões.

Casos de COVID-19

A semana epidemiológica 24 foi encerrada com um aumento de apenas 2% no número de casos novos (177.668) em relação à semana epidemiológica anterior (174.406) (Figura 5). A média diária de casos novos na semana 24 foi de 25.381, contra 24.915 na semana 23. Faz-se necessário acompanhar durante a semana se a tendência de estabilização no número de casos se mantém, ou se é um reflexo de uma possível redução no número de testes causados pelo feriado prolongado em algumas cidades brasileiras.

Óbitos por COVID-19

O dado mais expressivo foi a redução de 4% no número de novos registros de óbitos entre a semana epidemiológica 23 (7.096 óbitos) e a semana 24 (6.790 óbitos) (Figura 6). A média diária de novos registros de óbitos na semana 24 foi de 970, contra 1.014 na semana anterior. Também é necessário acompanhar a evolução do número de óbitos por covid-19 nas próximas semanas, para verificar se a tendência de redução se manterá de forma sustentada.

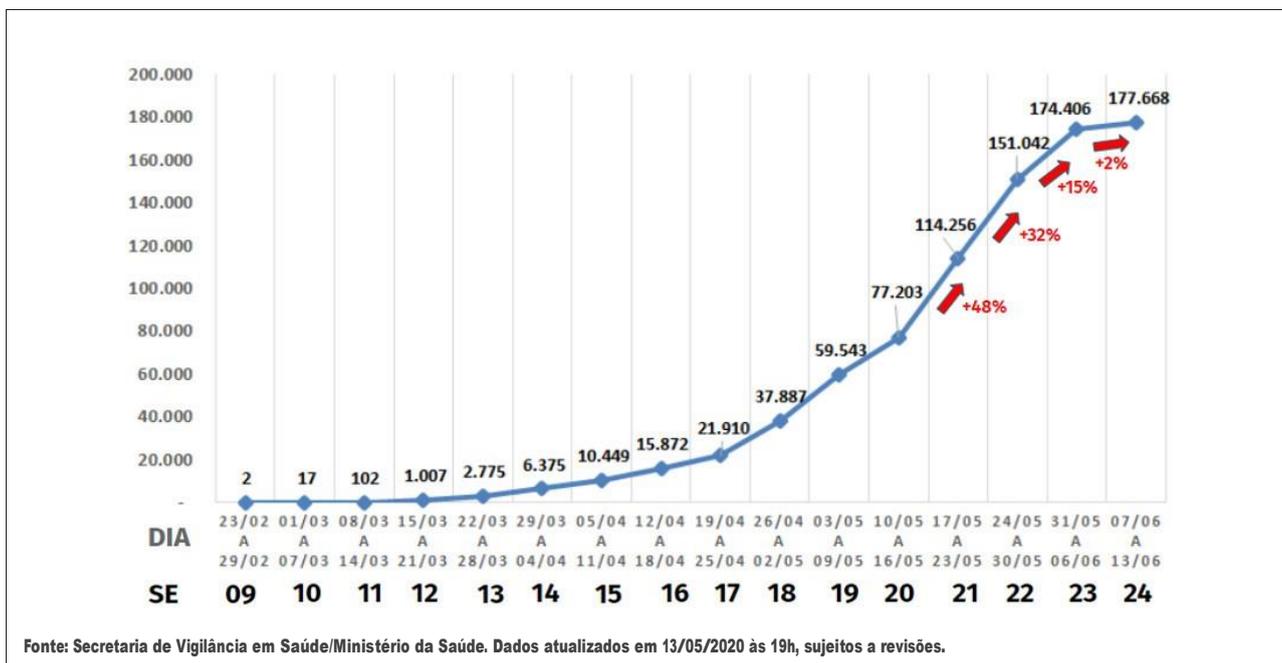


FIGURA 5 Distribuição dos casos novos de COVID-19 por semana epidemiológica de notificação. Brasil, 2020

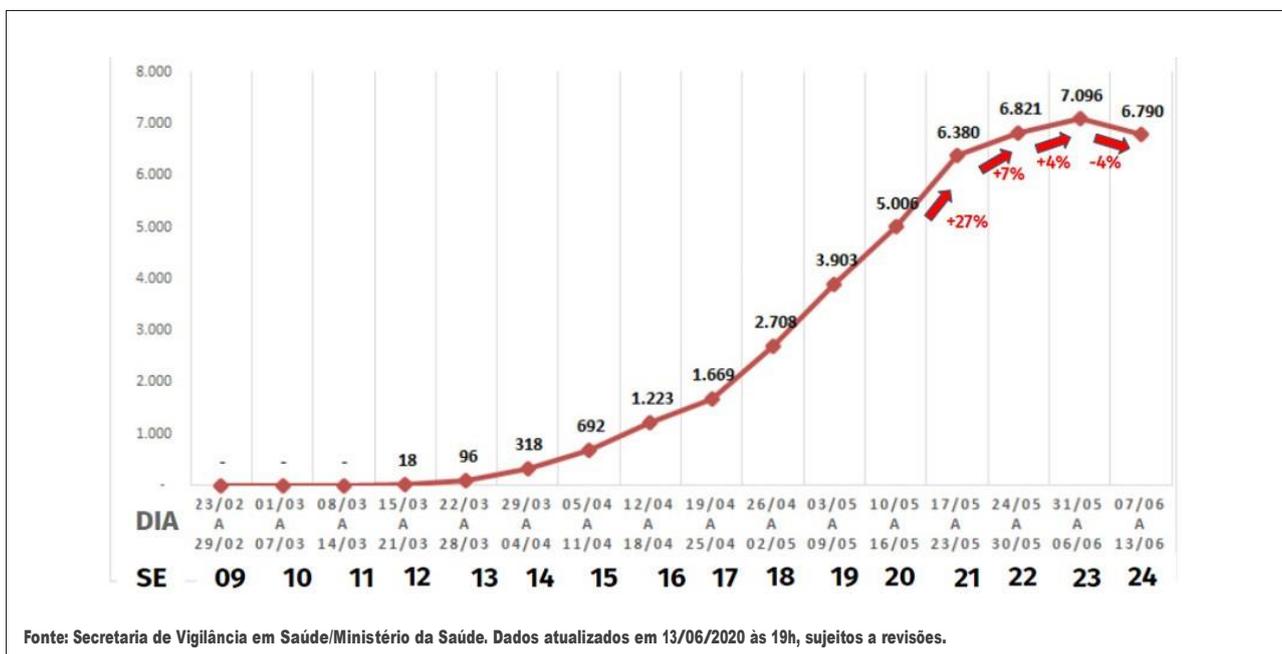


FIGURA 6 Distribuição dos óbitos novos de COVID-19 por semana epidemiológica de notificação. Brasil, 2020

Macro-regiões e UF

A Figura 7 mostra a evolução dos casos e óbitos novos de COVID-19 no Brasil por SE de notificação. Observa-se uma evolução crescente e exponencial dos casos e óbitos novos registrados semanalmente até a SE 22, com tendência a desaceleração e estabilização a partir da SE 23. Do Anexo 1 a 5 estão representados os dados para todas as UF de forma separada. As regiões Norte, Nordeste e Sudeste apresentaram um padrão semelhante à curva brasileira de crescimento com tendência à desaceleração nas últimas semanas. As demais regiões (Sul e Centro Oeste) encontram-se em uma fase anterior da epidemia, porém já mostrando incrementos importantes nas últimas

semanas. Dentre as 10 Unidades da Federação (UFs) com maior número total de casos registrados até o final da semana epidemiológica 24, São Paulo, Pará e Rio de Janeiro, apresentaram os maiores números de casos novos, respectivamente. Já em relação aos óbitos novos registrados na SE 24, São Paulo, Rio de Janeiro e Ceará apresentaram os maiores números respectivamente. Verifica-se que a maioria dos estados apresenta tendência de redução ou estabilização, embora seja muito prematuro afirmar que essa tendência permanecerá ao longo das próximas semanas, com exceção da Paraíba e Espírito Santo, que apresentam um comportamento crescente tanto nos casos quanto nos óbitos (Figura 8).

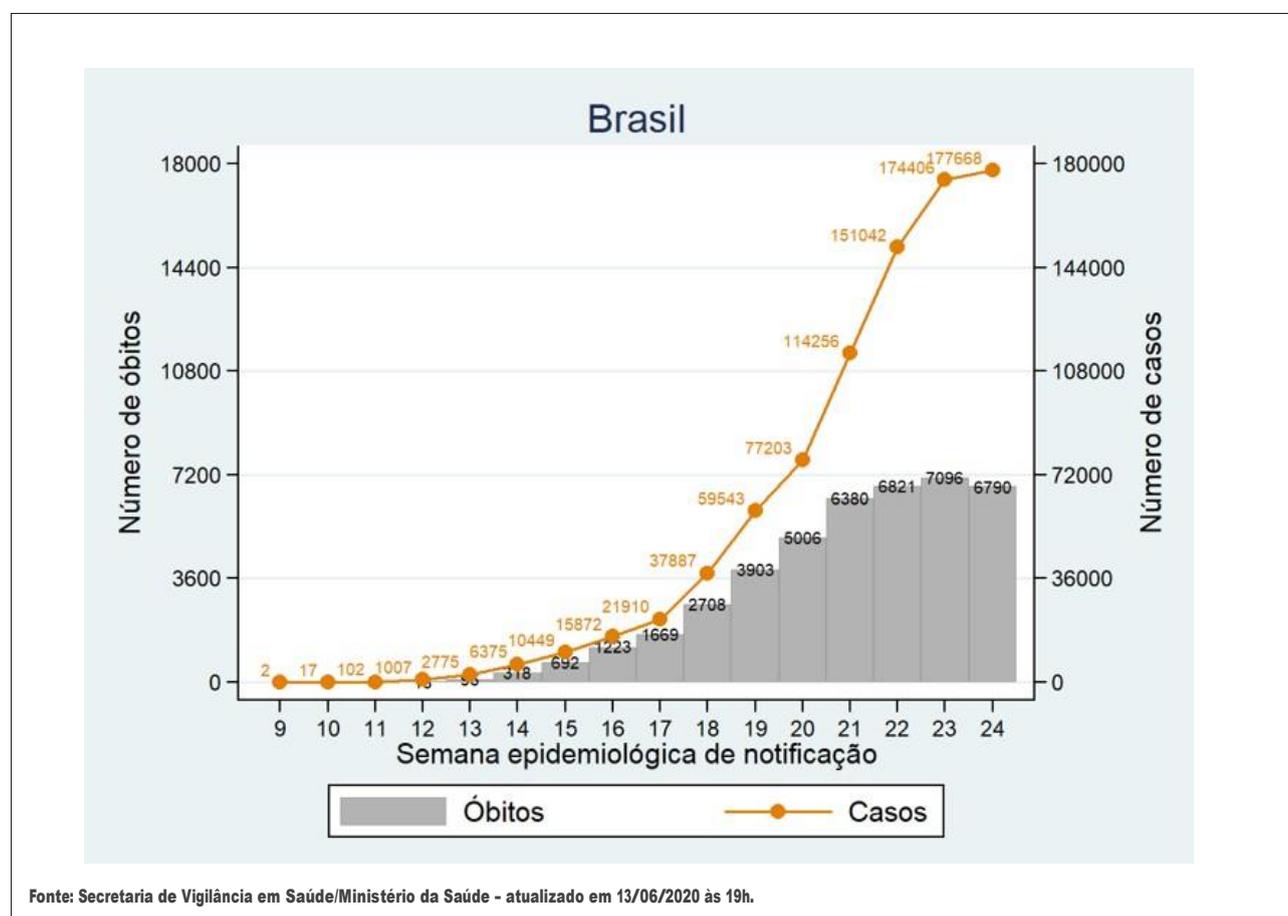


FIGURA 7 Evolução dos casos e óbitos novos de COVID-19 no Brasil por SE de notificação. Brasil, 2020

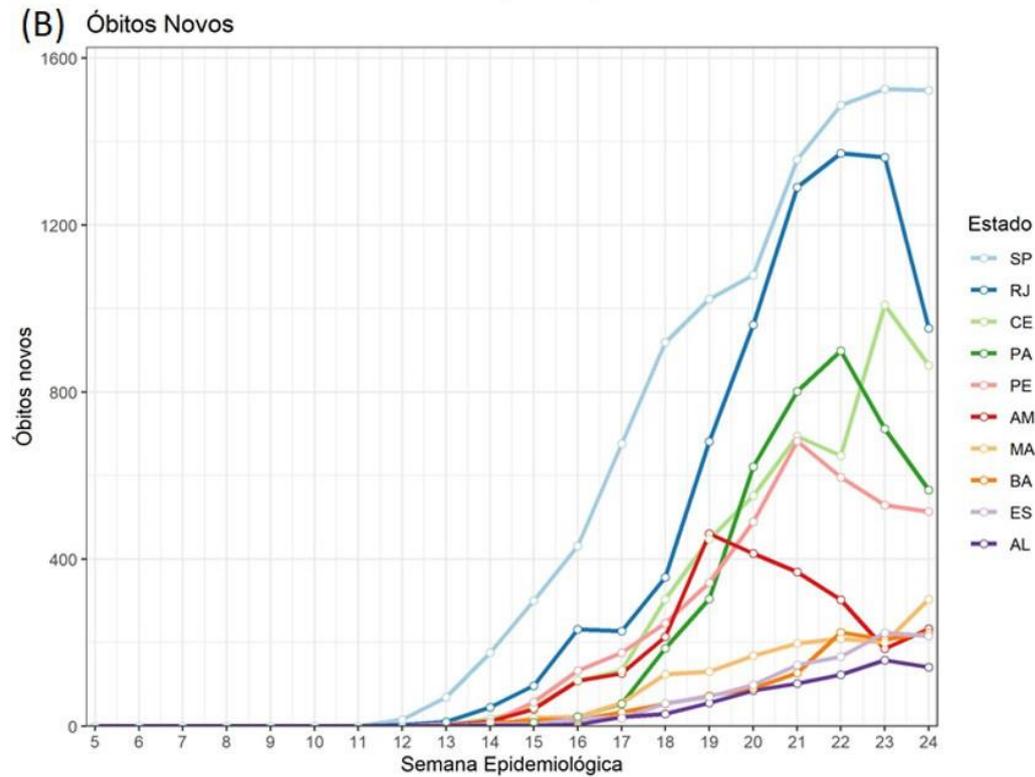
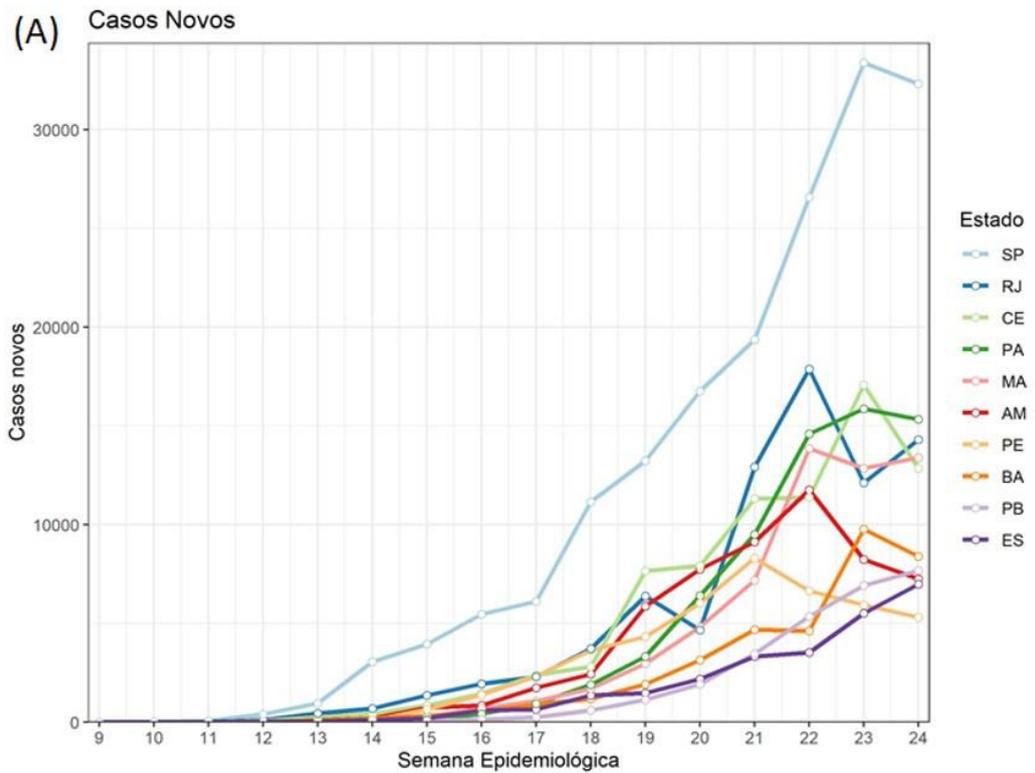
Nos estados da região Norte, o estado do Pará apresentou o maior número de casos novos na semana, seguido pelo o estado do Amazonas. Ambos os estados apresentaram uma diminuição no número de casos novos registrados em relação à semana epidemiológica 23, sendo que este último apresentou uma redução no número de casos novos por duas semanas consecutivas. Além desses, os estados do Tocantins e Roraima também apresentaram uma redução nos seu números de casos novos (Figura 9A). Em relação aos óbitos novos na semana, novamente, o estado do Pará obteve os maiores números incidentes em sete dias, porém, quando comparamos com as semanas anteriores houve uma redução nos óbitos novos a duas semanas consecutivas. O estado do Amazonas, que foi o segundo estado da região Norte em número de óbitos novos, estava a quatro semanas consecutivas tendo quedas nos seus números incidentes quando comparados às semanas anteriores, entretanto seus números voltaram a crescer na semana epidemiológica 24. Acre e Amapá tiveram uma redução discreta no número de óbitos novos registrados na semana (Figura 9B).

Na região Nordeste, o estado do Maranhão apresentou o maior número de casos novos na semana, seguido de Ceará, Bahia e Paraíba, respectivamente. Ceará, Maranhão e Pernambuco, tiveram uma redução no número de casos novos quando comparados a semana epidemiológica anterior. Para Pernambuco, essa redução se mantém há três semanas consecutivas (Figura 10A). Em relação aos óbitos novos por semana, o estado do Ceará, seguido de Pernambuco apresentaram os maiores valores na semana epidemiológica 24. Ceará, Alagoas e Pernambuco, apresentaram uma redução de seus óbitos novos quantos comparados aos da semana epidemiológica anterior, sendo que este último, novamente apresenta uma reduções nos números a três semanas consecutivas (Figura 10B).

Nos estados da região Sudeste, São Paulo e Rio de Janeiro apresentaram o primeiro e o segundo maior número de casos e óbitos novos na semana epidemiológica 24, respectivamente. Em relação ao números de casos novos, são Paulo apresentou uma diminuição nos seus números se comparados a semana epidemiológica 23. Já em relação aos óbitos, todos os estados desta macrorregião apresentaram uma redução em seus números se comparados a semana epidemiológica anterior (Figura 11A e 11B).

Dentre os estados da região Sul, Paraná apresentou os maiores números de casos e óbitos novos na semana epidemiológica 24, seguido do Rio Grande do Sul. Os estados de Santa Catarina e Rio Grande do sul, apresentaram uma queda no seus registros de casos e óbitos novos quando comparados a semana epidemiológica 23. Em relação aos casos, essa redução se mantém a duas semanas consecutivas no estado do Rio Grande do Sul, enquanto que, em relação aos óbitos, essa redução se mantém a duas semanas consecutivas para estado de Santa Catarina (Figura 12A e 12B)

Na região Centro-Oeste, Distrito Federal e Goiás apresentaram o primeiro e o segundo maior número de casos e novos na semana epidemiológica 24, respectivamente. O Distrito Federal apresentou uma queda no seus números em relação à semana epidemiológica 23. Em relação aos óbitos, Mato Grosso apresentou o maior número incidente na semana, seguido do Distrito Federal. O estado de Goiás apresentou uma redução nos seus nos óbitos novos registrados em relação a na semana epidemiológica 23 (Figura 13A e 13B).



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde - atualizado em 13/06/2020 às 19h.

FIGURA 8 Distribuição semanal dos casos (A) e óbitos (B) novos por COVID-19 a partir do 1º registro, respectivamente, entre os 10 estados com o maior número de casos registrados. Brasil, 2020

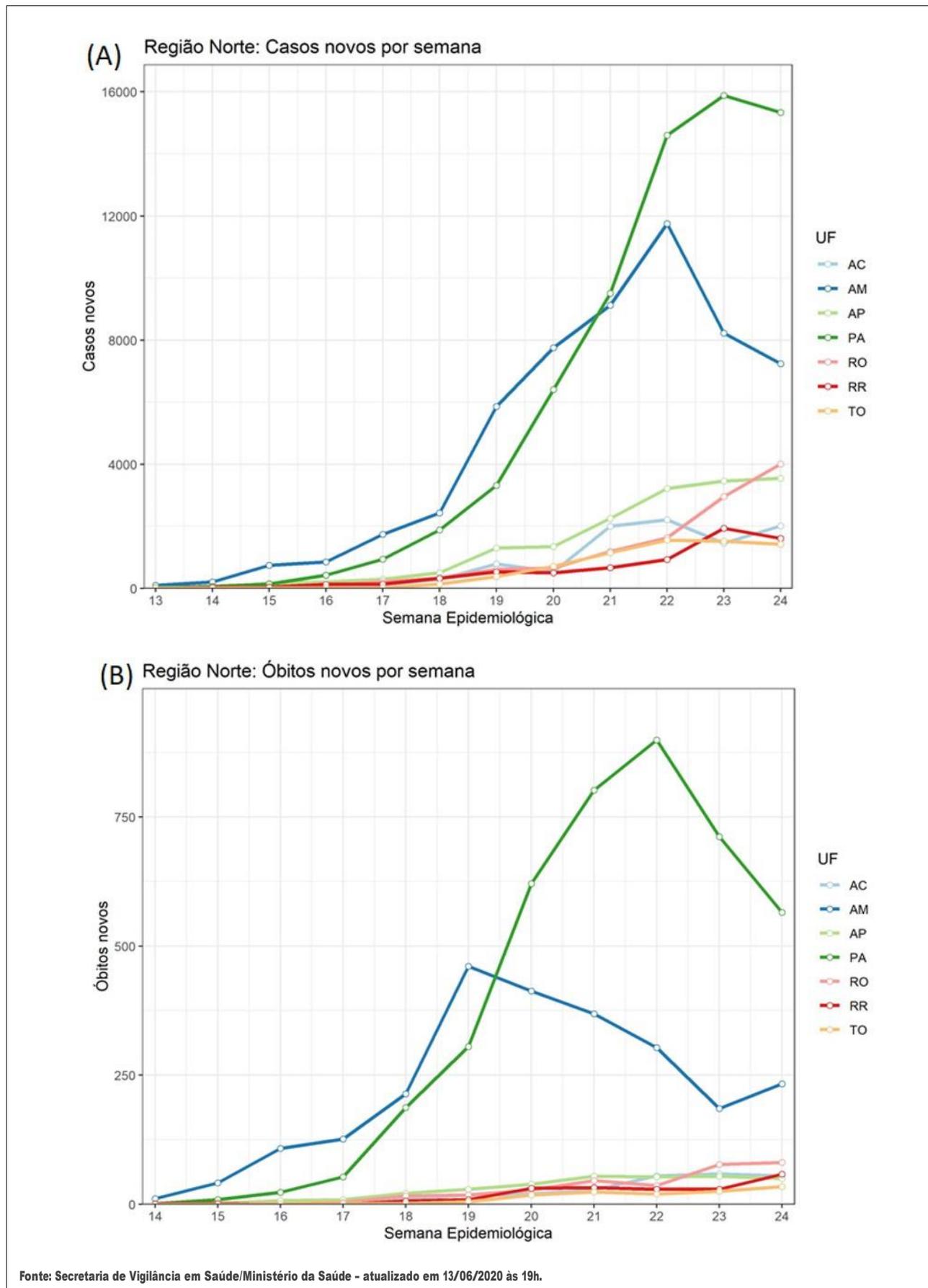


FIGURA 9 Distribuição semanal dos casos (A) e óbitos (B) novos por COVID-19 a partir do 1º registro, respectivamente, entre os estados da região Norte. Brasil, 2020

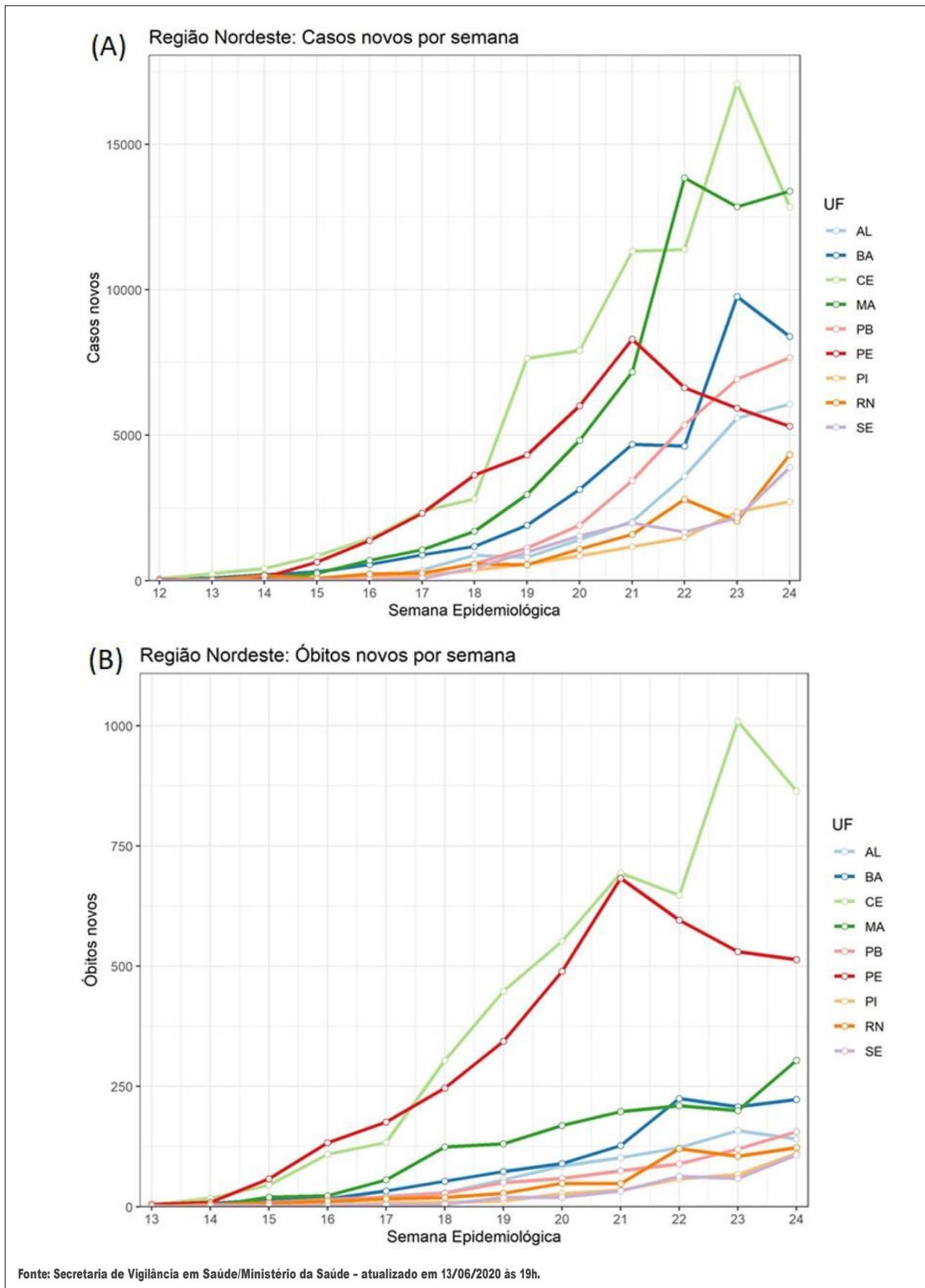


FIGURA 10 Distribuição semanal dos casos (A) e óbitos (B) novos por COVID-19 a partir do 1º registro, respectivamente, entre os estados da região Nordeste. Brasil, 2020

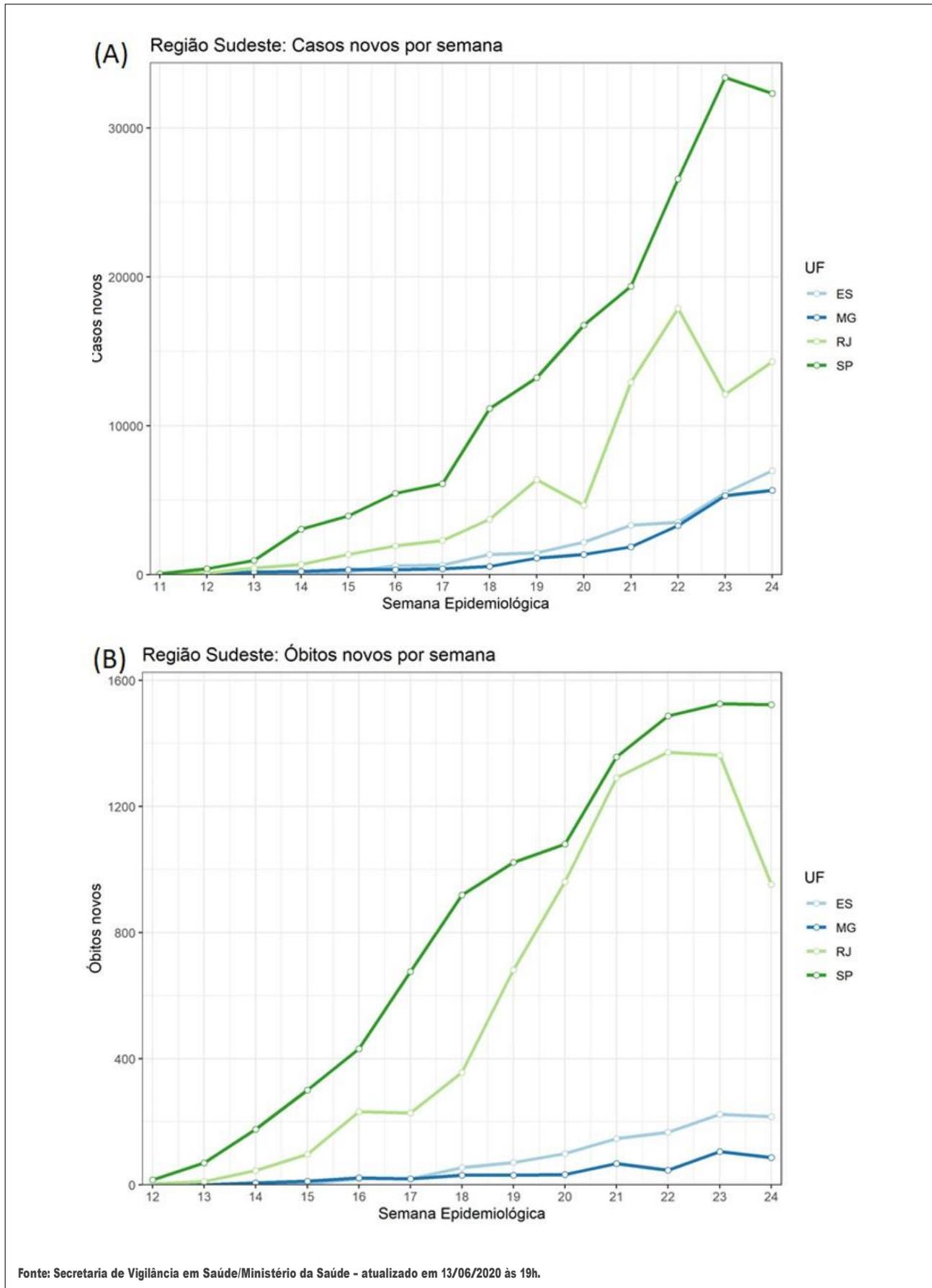


FIGURA 11 Distribuição semanal dos casos (A) e óbitos (B) novos por COVID-19 a partir do 1º registro, respectivamente, entre os estados da região Sudeste. Brasil, 2020

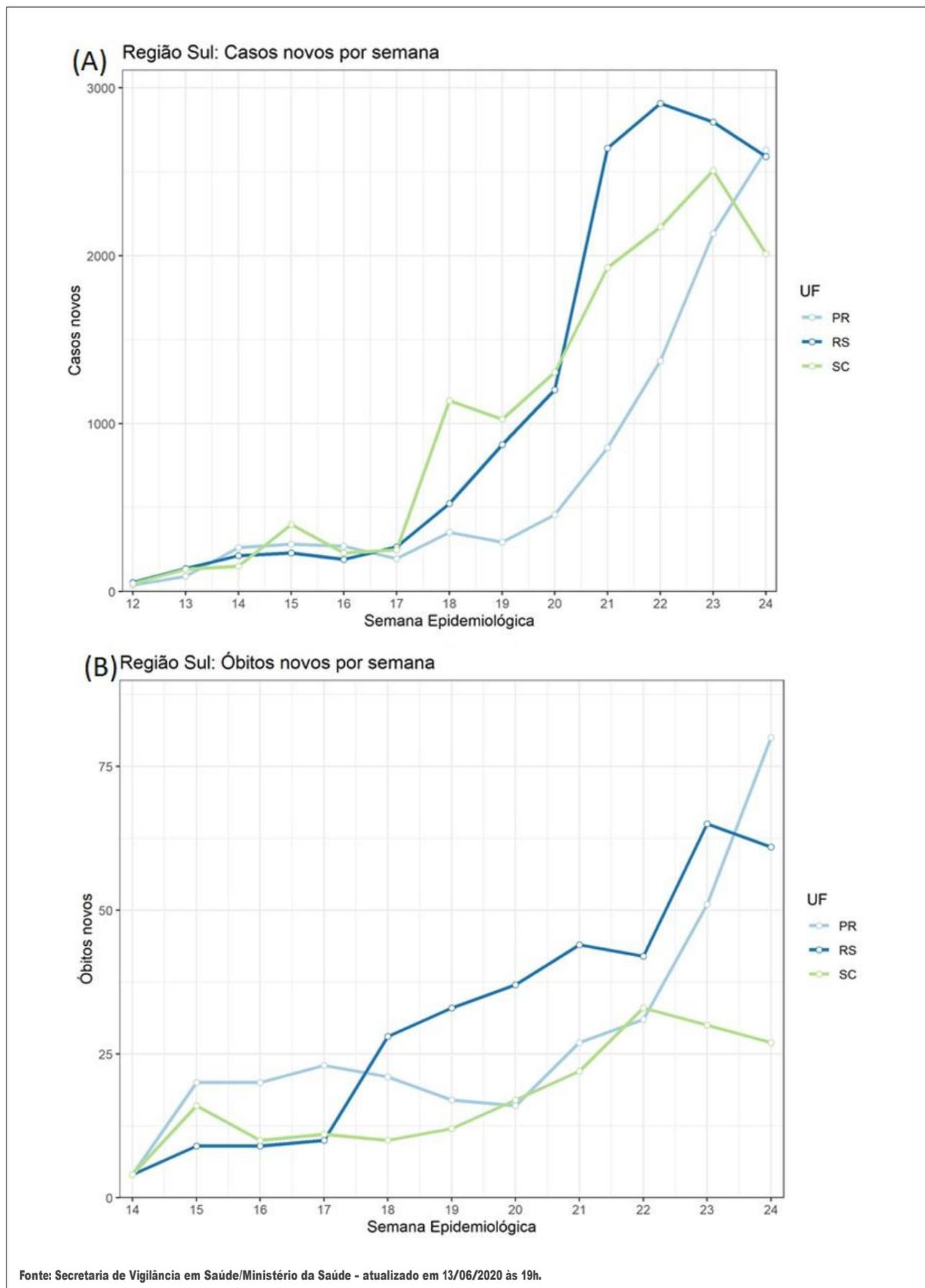


FIGURA 12 Distribuição semanal dos casos (A) e óbitos (B) novos por COVID-19 a partir do 1º registro, respectivamente, entre os estados da região Sul. Brasil, 2020

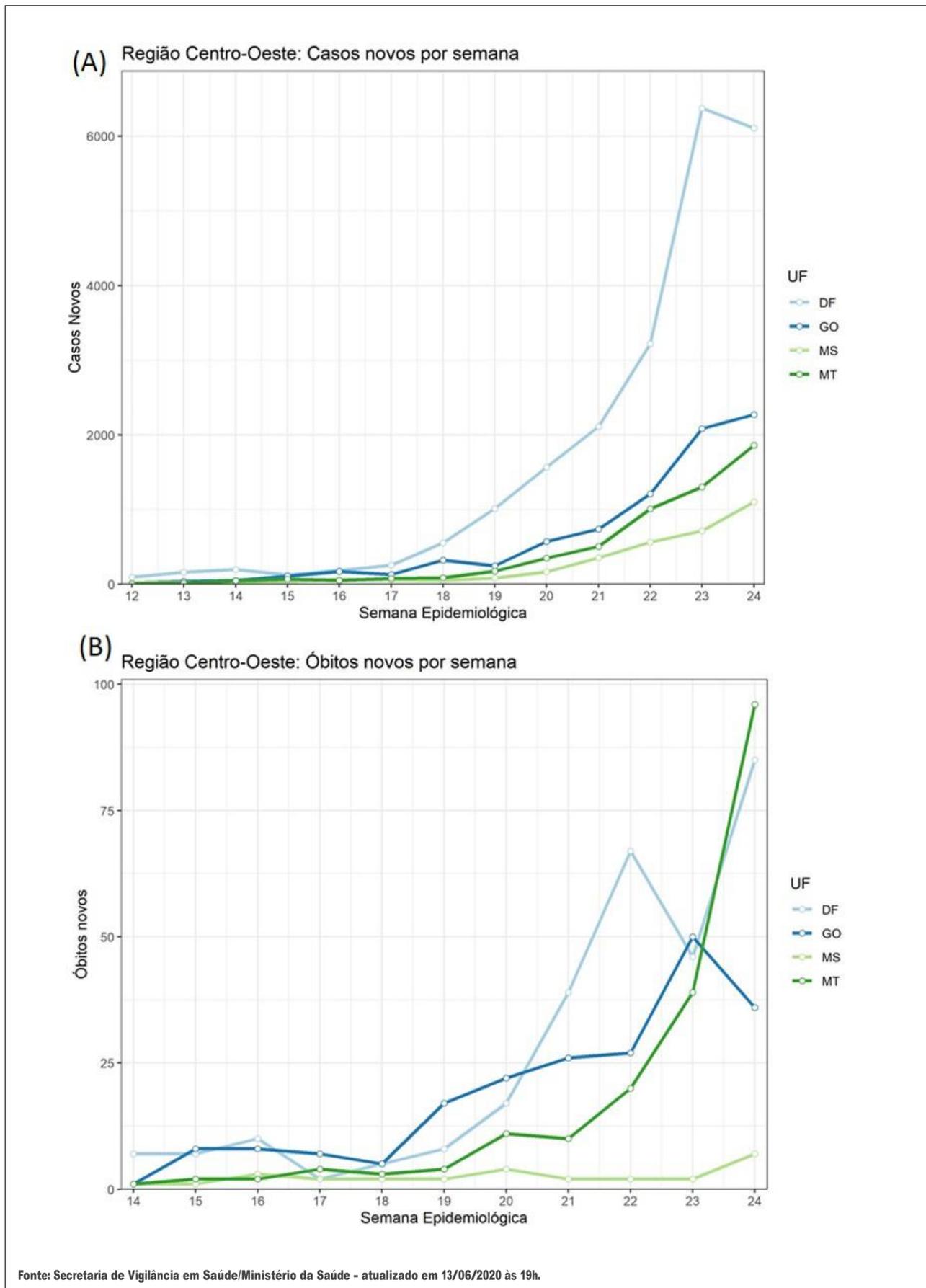


FIGURA 13 Distribuição semanal dos casos (A) e óbitos (B) novos por COVID-19 a partir do 1º registro, respectivamente, entre os estados da região Centro-Oeste. Brasil, 2020

A Figura 14 mostra a distribuição espacial dos casos confirmados de COVID-19 por município ao final das SE 23 e 24, respectivamente. Entre ambas as semanas, houve um aumento de 211 municípios que passaram a apresentar pelo menos um caso confirmado da doença. Até o final da SE 24, 4.590 municípios (ou 82,4% dos municípios brasileiros) apresentavam pelo menos um caso, com a maior parte dos municípios (3.226 ou 70,3% daqueles com casos) apresentando entre 2 e 100 casos, enquanto 128 municípios (2,8%) apresentaram mais de 1.000 casos confirmados (até o final da SE 23, este número era de 92 municípios). Todas as UFs apresentaram pelo menos um município com mais de 1.000 casos confirmados ao final da SE 24.

Por sua vez, a Figura 15 mostra a distribuição dos óbitos por COVID-19 ao final das SE 23 e 24. Entre as semanas, foi registrado um incremento de 244 municípios com pelo menos um óbito confirmado por COVID-19. Ao final da SE 24, houve um total de 2.165 municípios com óbitos confirmados pela doença, o que representa 38,9% do total de cidades brasileiras. Deste total, 849 (ou 39,2%

dos 2.165) municípios apresentaram apenas um óbito confirmado para COVID-19, enquanto 110 (5,1%) apresentaram mais que 50. Finalmente, 24 UFs apresentaram pelo menos um município com mais de 50 óbitos confirmados, incluindo todas as UFs que fazem parte das regiões Nordeste e Sudeste (Tocantins, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul não registraram 50 óbitos ou mais concentrados em algum de seus municípios).

Ao longo do tempo houve uma disseminação dos casos de COVID-19 das capitais para o interior. Na semana epidemiológica 16, 65% dos casos concentravam-se nas capitais e 35% nas demais cidades. A partir da semana epidemiológica 21 a maioria dos casos registrados já concentravam-se fora das capitais brasileiras. Ao final da semana epidemiológica 24, 59% dos casos registrados da doença no país eram oriundos de municípios do interior (Figura 16A e Anexo 6). Em relação aos óbitos, também houve um aumento na proporção de registros fora das capitais, chegando a um percentual de 48% ao final da semana epidemiológica 24 (Figura 16B e Anexo 7).

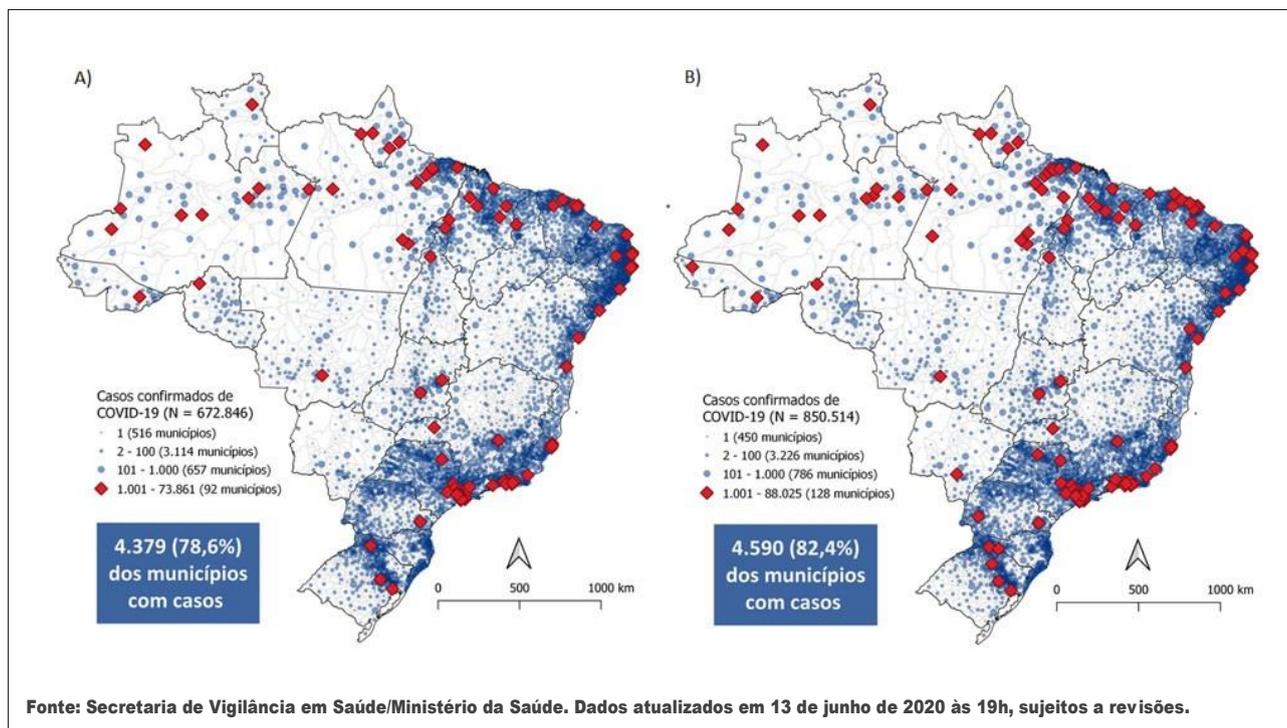


FIGURA 14 Distribuição espacial dos casos de COVID-19 por município ao final das semanas epidemiológicas 23 (A) e 24 (B). Brasil, 2020

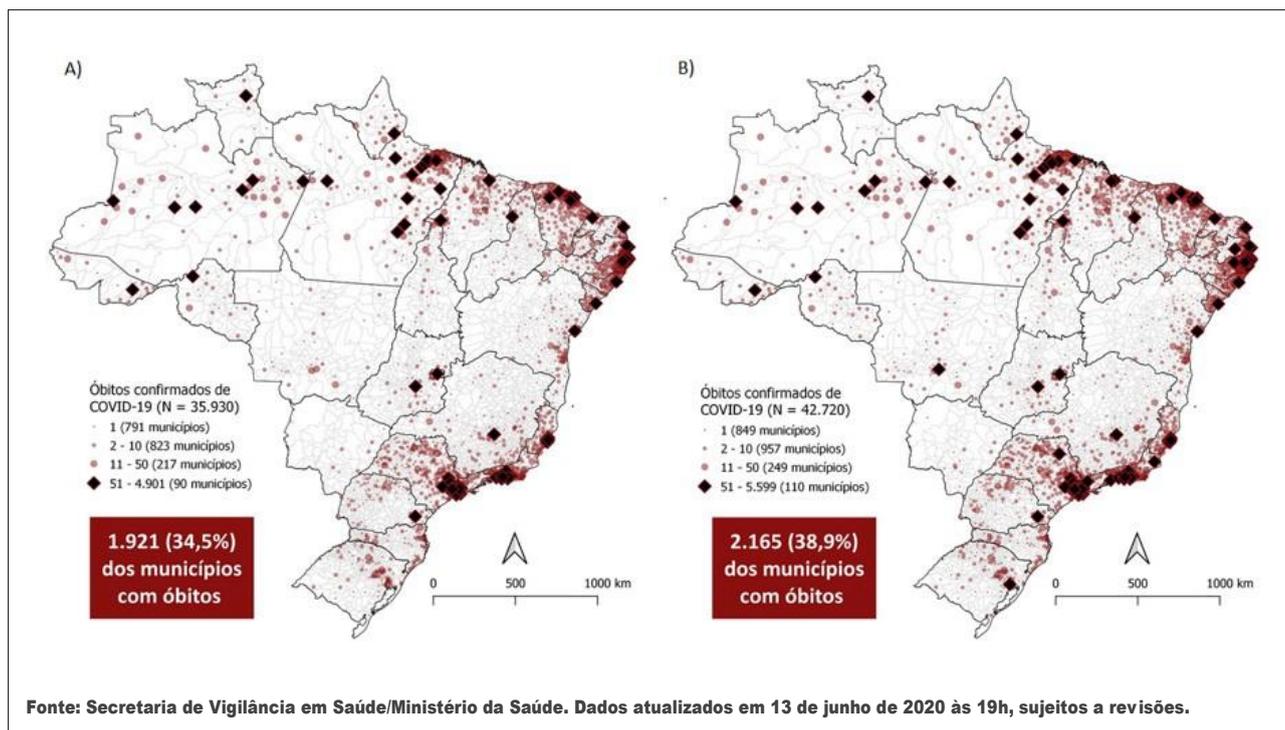


FIGURA 15 Distribuição espacial dos óbitos por COVID-19 por município ao final das semanas epidemiológicas 23 (A) e 24 (B). Brasil, 2020

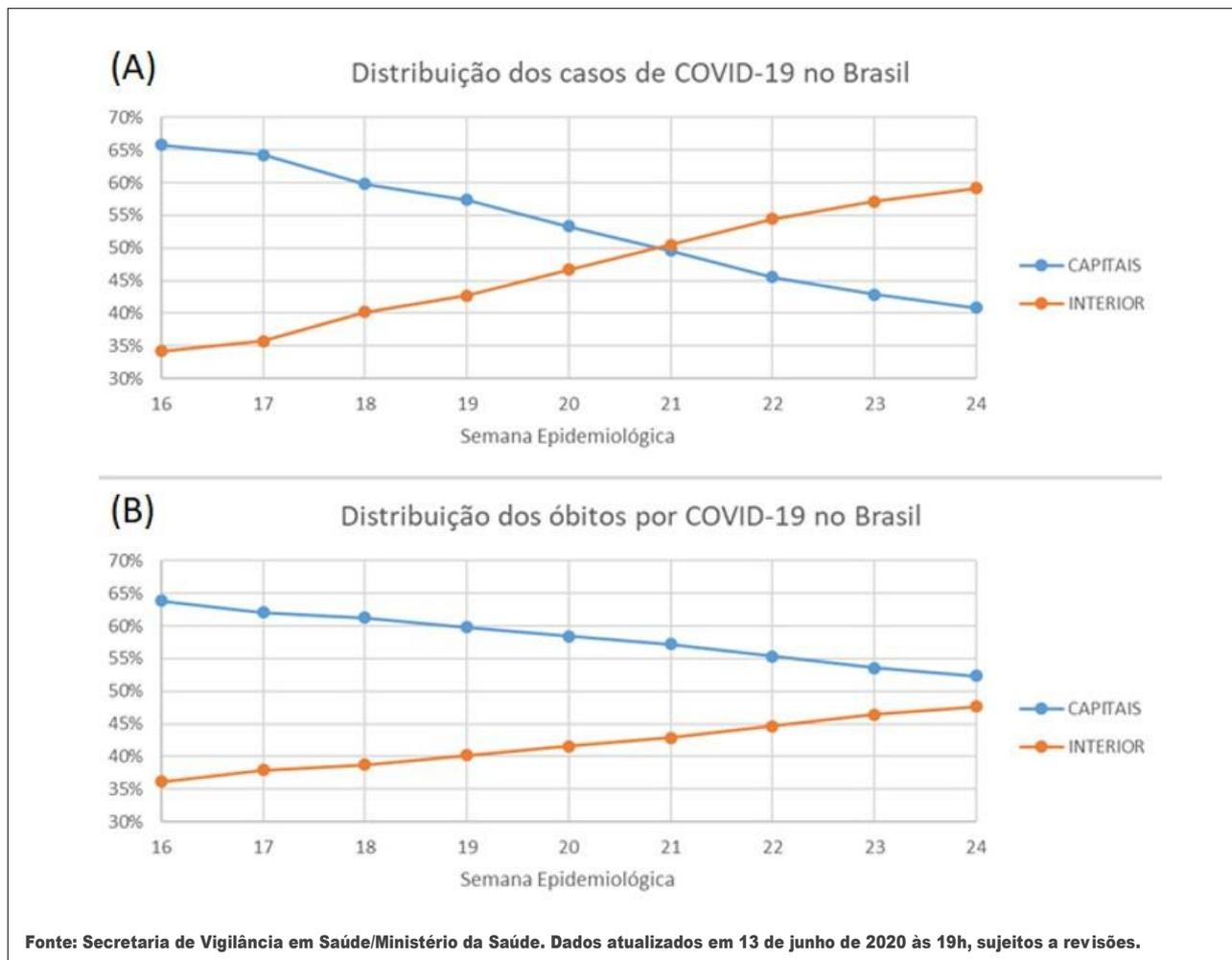


FIGURA 16 Distribuição de casos (A) e óbitos (B) por COVID-19 dentro e fora das capitais brasileiras, durante a semana epidemiológica 16 até a 24. Brasil, 2020

A Tabela 3 mostra o número de municípios que não possuem casos confirmados de COVID-19, de acordo com o porte populacional. Até o final da SE 24, todos os municípios com porte populacional acima de 100 mil habitantes apresentavam pelo menos um caso confirmado de COVID-19. Entre os municípios com 50 mil a 99 mil habitantes, apenas um não apresentava casos

confirmados de COVID-19 (Prudentópolis, PR). Entre os municípios com 25 mil a 49 mil habitantes, apenas 10 não apresentavam casos confirmados de COVID-19, sendo eles Ipixuna (AM); Iraquara e Santana (BA); Capelinha, Itamarandiba, Jaíba e São João da Ponte (MG); Astorga (PR); e Jaguarão e Três Coroas (RS).

TABELA 3 Número de municípios sem casos confirmados por COVID-19, de acordo com porte populacional, até o final da SE 24. Brasil, 2020

Porte populacional (habitantes)	Número de municípios	Total de habitantes	Número de casos		Incidência de caso de Covid-19 por milhão de hab.
			Sem casos de COVID-19	de COVID-19	
Até 25 mil	4.143	39.678.446	969	88.384	2.227,51
25 mil a 49 mil	754	25.815.341	10	82.305	3.188,22
50 mil a 99 mil	349	23.948.888	1	88.712	3.704,22
100 mil a 499 mil	276	54.191.880	-	197.439	3.643,33
500 mil a 999 mil	31	20.429.467	-	90.116	4.411,08
> 1 milhão	17	46.083.103	-	300.206	6.514,45
Brasil	5.570	210.147.125	980	847.162	4.031,28

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde. Dados atualizados em 13 de junho de 2020 às 19h, sujeitos a revisões.

Abaixo, apresentadas as distribuições espaciais de casos e óbitos por meio do método de Kernel, de acordo com as macrorregiões geográficas que compõem o país. Notoriamente, quando se compara as manchas geradas pelo acúmulo de casos na SE 19 (03 a 09/05) com a SE 24 (07 a 13/06), é possível identificar, em todas as UF, que os pontos de maior densidade se concentram nas capitais na SE 19 (Figura 17A), se espalham para os municípios do interior na SE 24 (Figura 17B). É válido pontuar que as manchas de densidade foram criadas através do método Kernel, considerando a equalização do histograma gerado.

No que diz respeito às manchas de calor que representam uma densidade de ocorrências e óbitos no Nordeste brasileiro, visualiza-se uma espacialidade que coincide sobremaneira com os territórios litorâneos, demonstrando o que poderia ser nomeado como faixa espacial de maior ocorrência e óbitos por COVID-19. Contudo, nota-se um processo de “interiorização” dos casos, tal como demonstrado quando se compara as manchas da SE 19 (Figura 18A) e 24 (Figura 18B), com na ocorrência de algumas manchas mais isoladas. A capital do Ceará, Fortaleza, representa, nesse sentido, o ponto mais quente do mapa de calor.

Da mesma forma, quando se observa através do método Kernel as manchas de calor formadas pelos fenômenos

de incidência e mortalidade no Sudeste brasileiro, os municípios de São Paulo e Rio de Janeiro constituem grandes focos de calor. São Paulo apresentou os maiores valores acumulados de casos e óbitos e as manchas alcançaram proporções que demonstram uma preocupação latente com a dissipação das ocorrências e da mortalidade por COVID-19, que foi constatado ao comparar as SE 19 (Figura 19A) com a SE 24 (Figura 19B). Percebe-se também certa coincidência dos registros de casos e dos óbitos no Sudeste.

O mapa de calor da Região Sul demonstra pontos quentes consideráveis em praticamente todo o território regional, no que toca às ocorrências de casos, o que se difere bastante da situação referente aos óbitos. Comparando-se as SE 19 (Figura 20A) com a SE 24 (Figura 20B), observa-se uma dissipação pelos municípios da serra gaúcha, oeste catarinense e norte paranaense.

Os dados observados na Figura 21A encontram expansão no mapa de calor construído do Centro-Oeste, que possui Brasília (DF) na SE 19 enquanto maior foco de calor, como demonstrado abaixo. Todavia, na SE 24 (Figura 21B) observa-se também uma ocorrência de alguns “hotspots” em vários municípios dos estados de Goiás, Mato Grosso do Sul e Mato Grosso, nesse sentido, demonstra um cenário particularmente preocupante. Talvez devi-

do à proximidade com a capital brasileira e aos fluxos populacionais diários existentes na região, as manchas apresentam um padrão de espreadimento que cobre con-

sideráveis porções do território e, no que diz respeito ao número de casos e mortes, a diferença se demonstra nitidamente menor na régua da legenda.

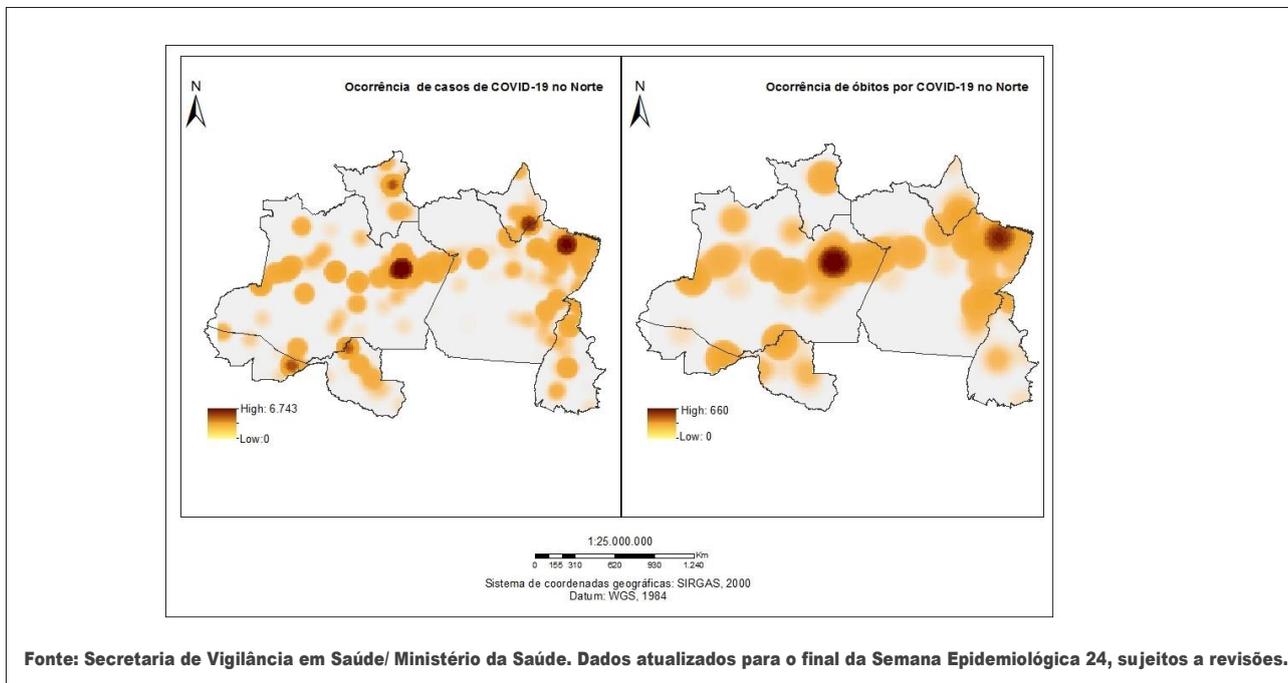


FIGURA 17A Ocorrência de casos e óbitos por COVID-19 na região Norte do Brasil na Semana Epidemiológica 19, observando-se a densidade por método Kernel

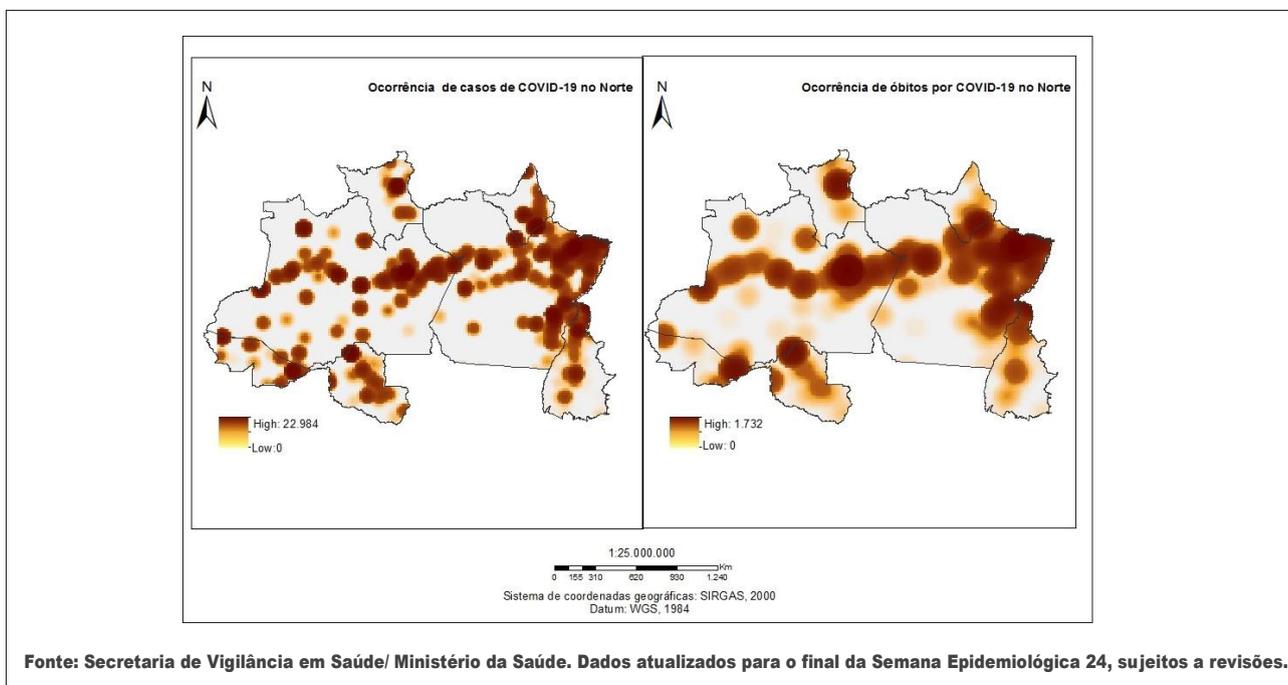


FIGURA 17B Ocorrência de casos e óbitos por COVID-19 na região Norte do Brasil Semana Epidemiológica 24 observando-se a densidade por método Kernel

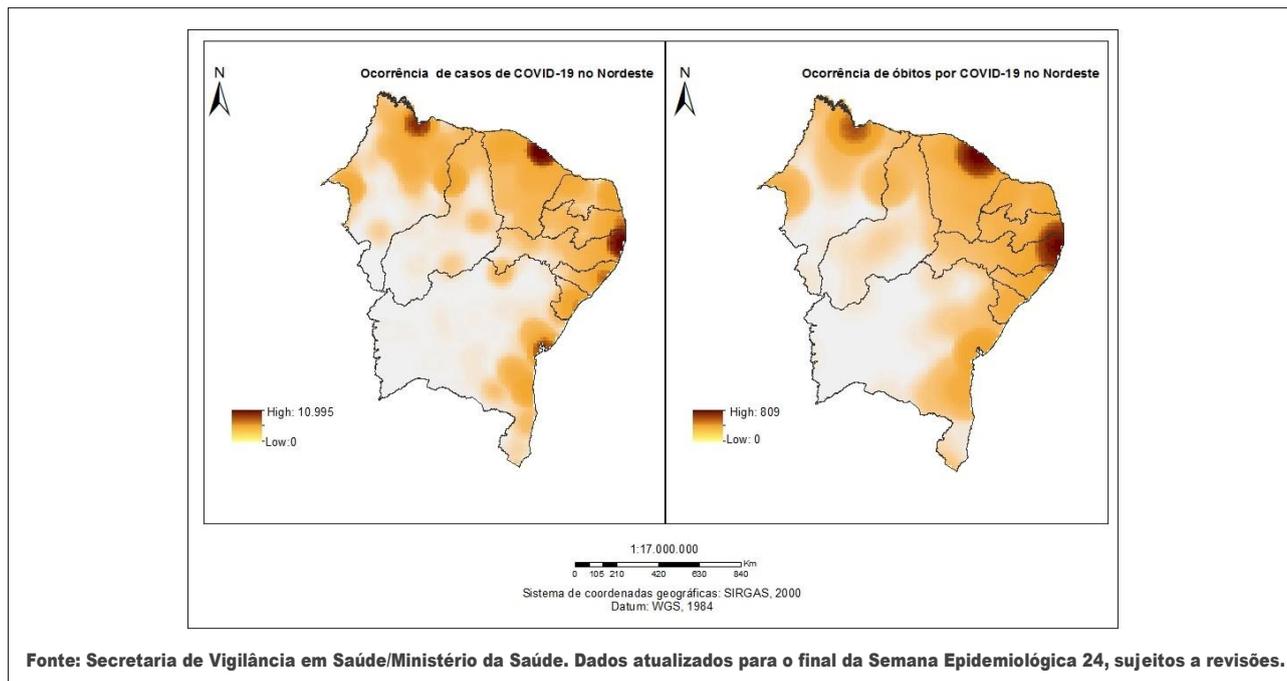


FIGURA 18A Ocorrência de casos e óbitos por COVID-19 na região Nordeste do Brasil na Semana Epidemiológica 19, observando-se a densidade por método Kernel

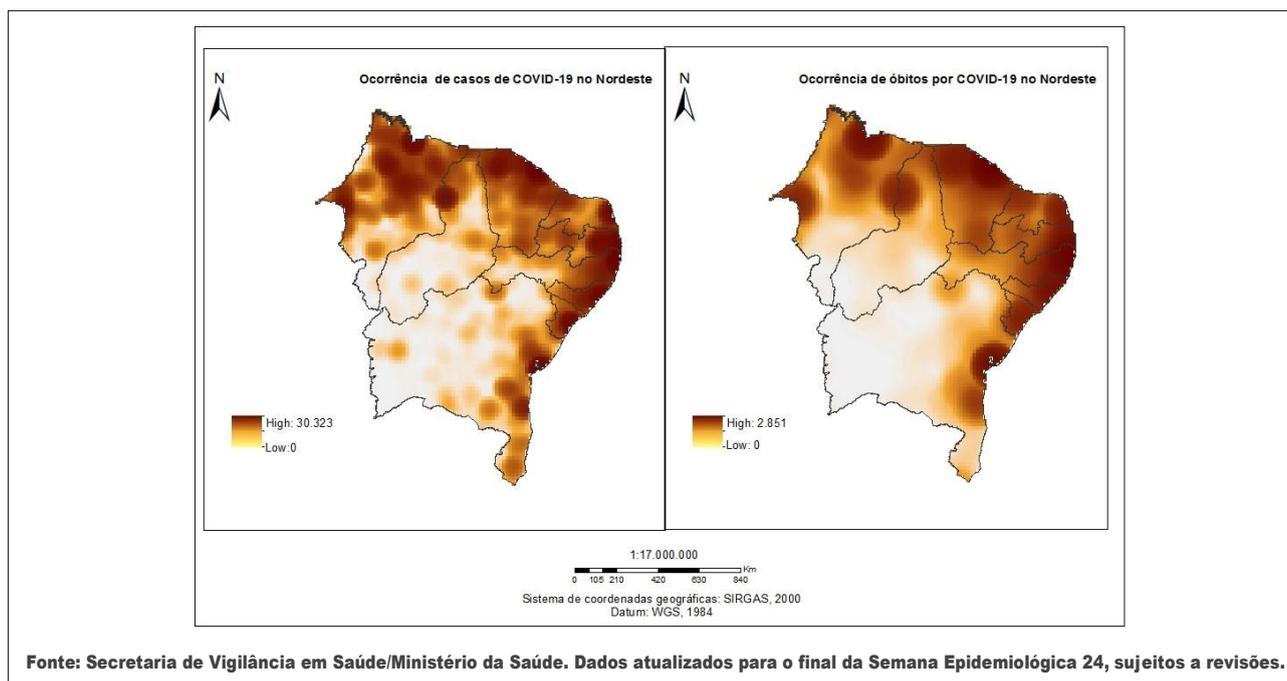


FIGURA 18B Ocorrência de casos e óbitos por COVID-19 na região Nordeste do Brasil na Semana Epidemiológica 24, observando-se a densidade por método Kernel

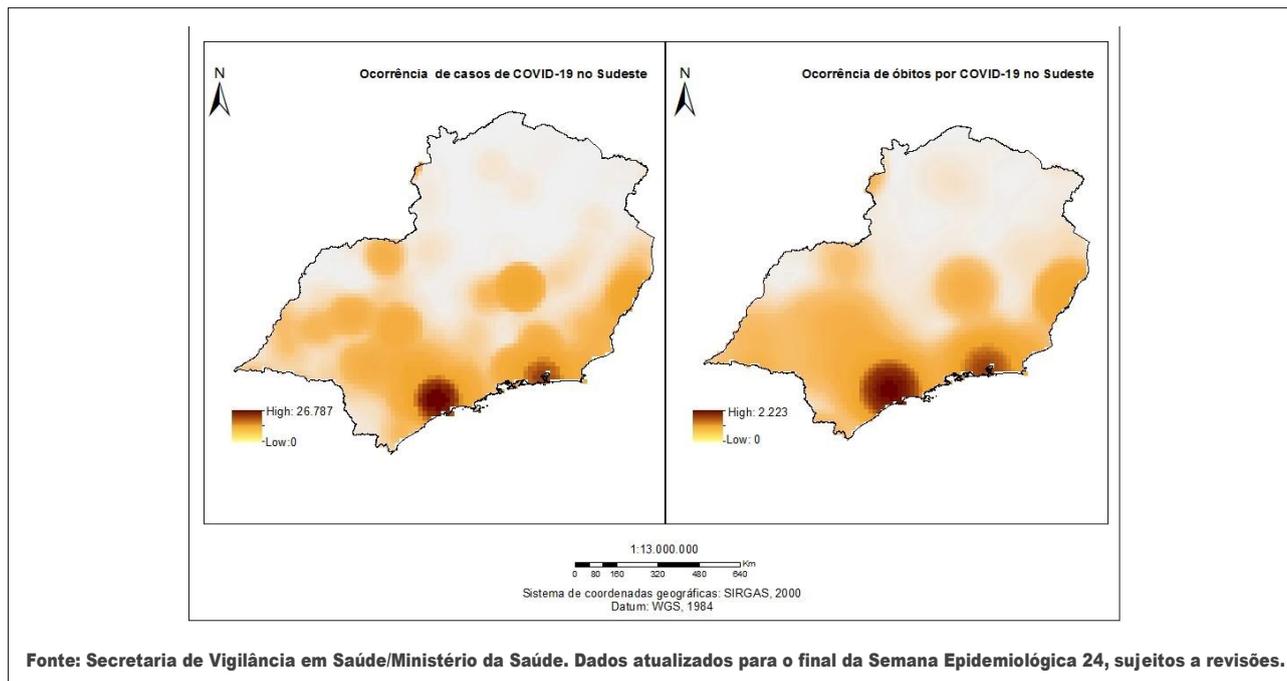


FIGURA 19A Ocorrência de casos e óbitos por COVID-19 na região Sudeste do Brasil na Semana Epidemiológica 19, observando-se a densidade por método Kernel

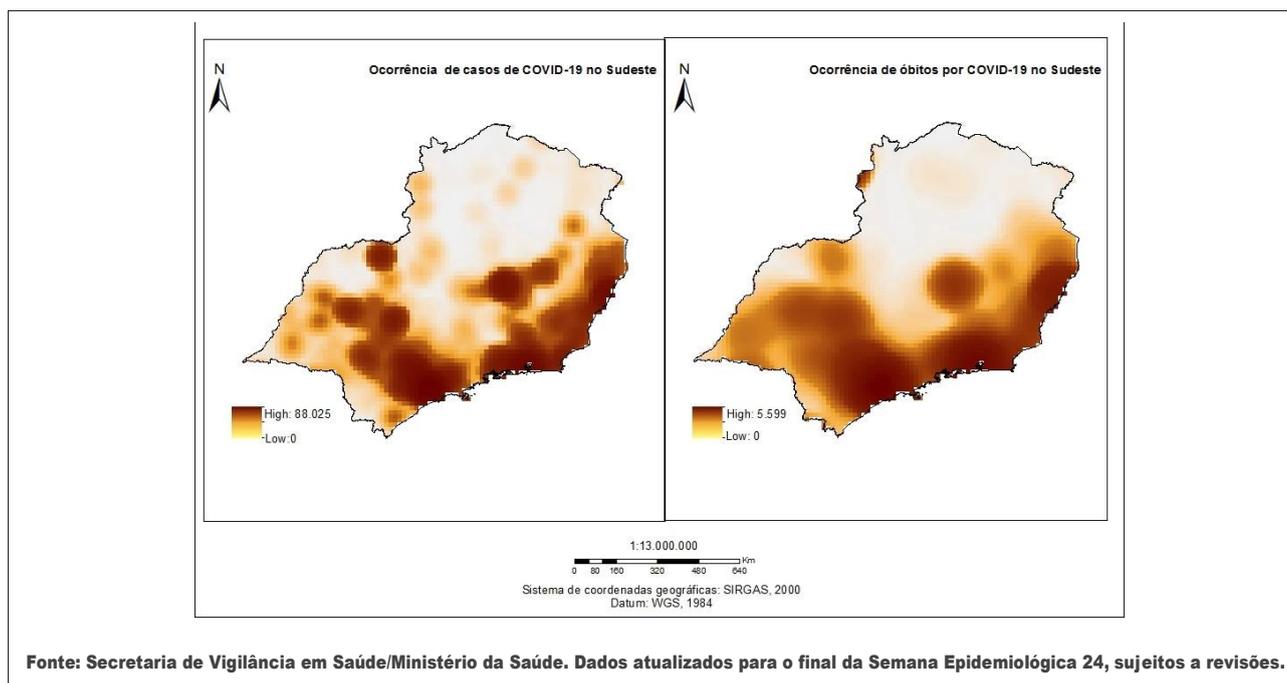


FIGURA 19B Ocorrência de casos e óbitos por COVID-19 na região Sudeste do Brasil na Semana Epidemiológica 24, observando-se a densidade por método Kernel

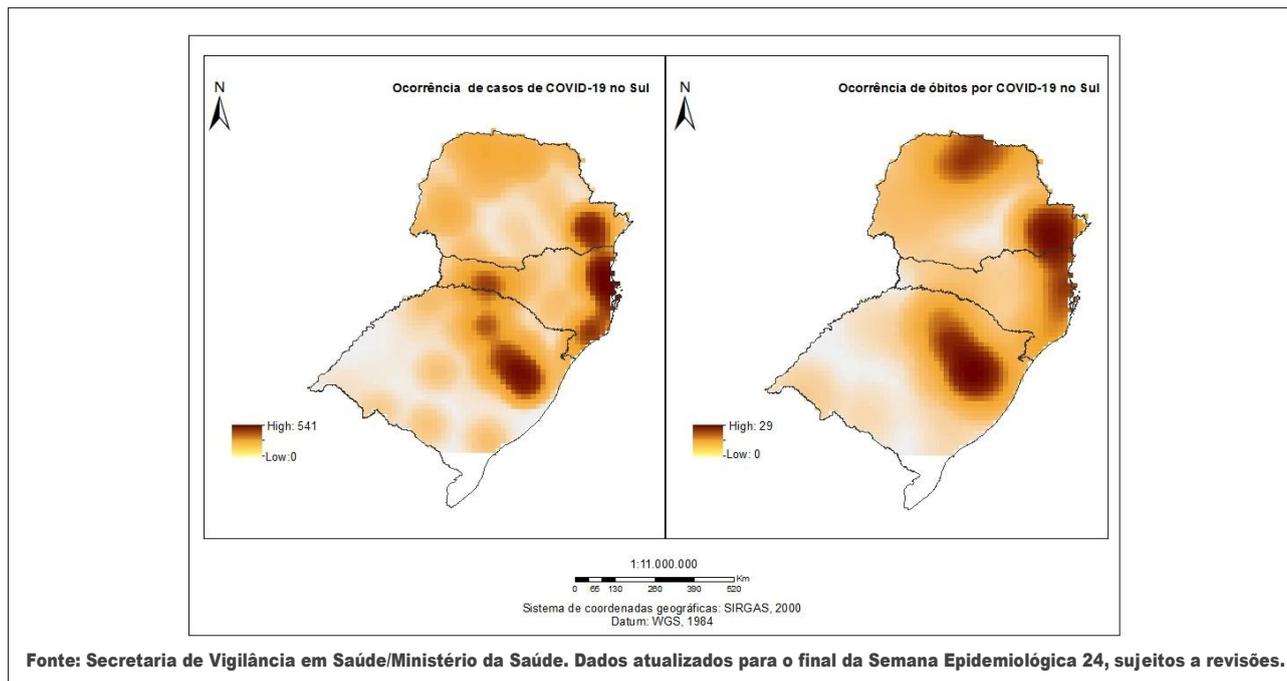


FIGURA 20A Ocorrência de casos e óbitos por COVID-19 na região Sul do Brasil na Semana Epidemiológica 19, observando-se a densidade por método Kernel

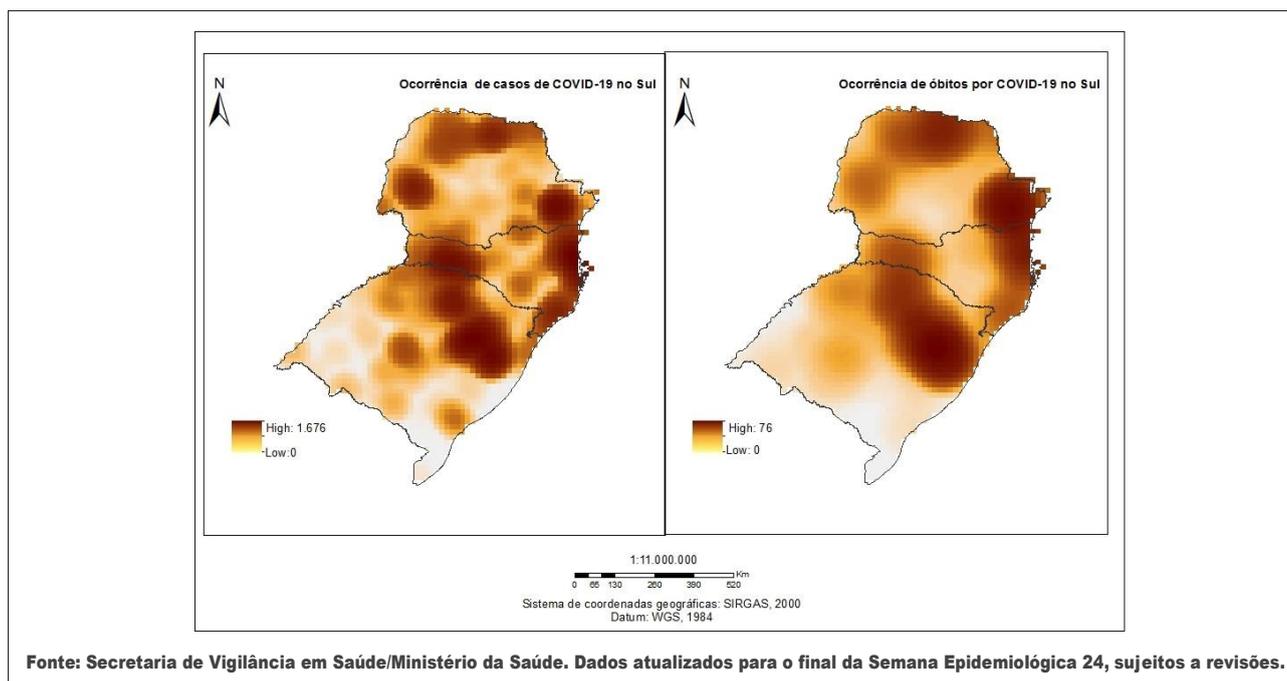


FIGURA 20B Ocorrência de casos e óbitos por COVID-19 na região Sul do Brasil na Semana Epidemiológica 24, observando-se a densidade por método Kernel

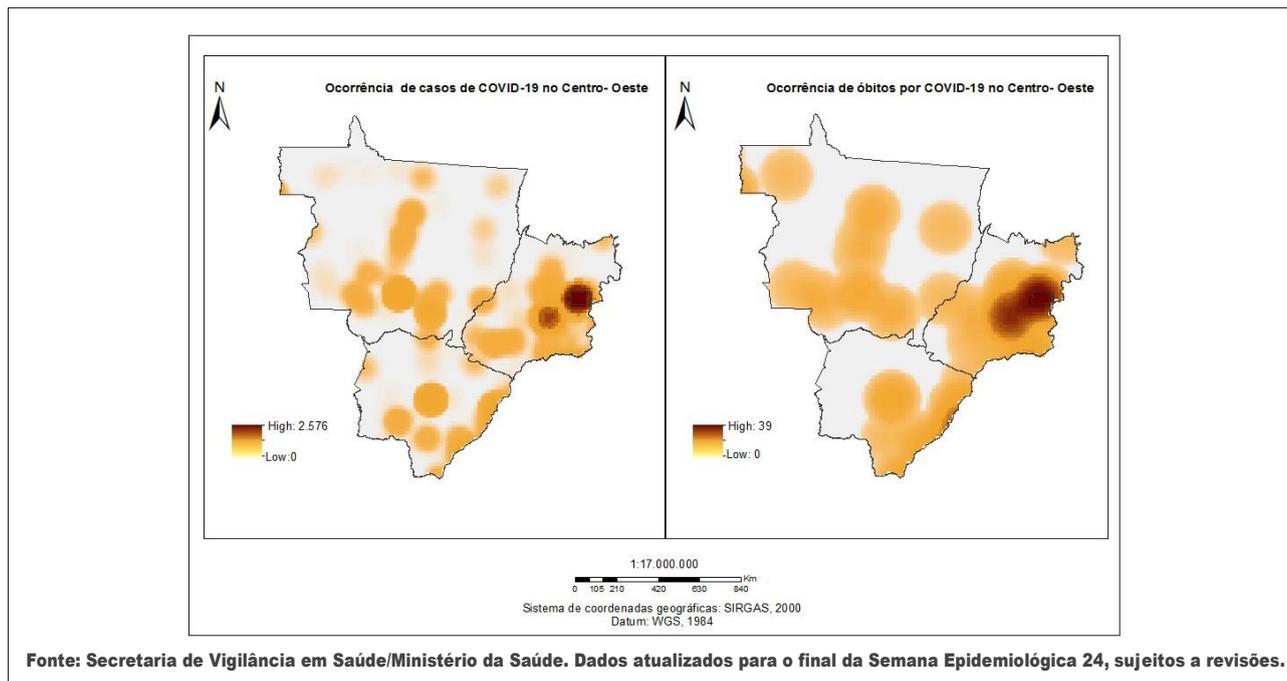


FIGURA 21A Ocorrência de casos e óbitos por COVID-19 na região Centro-Oeste do Brasil na Semana Epidemiológica 19, observando-se a densidade por método Kernel

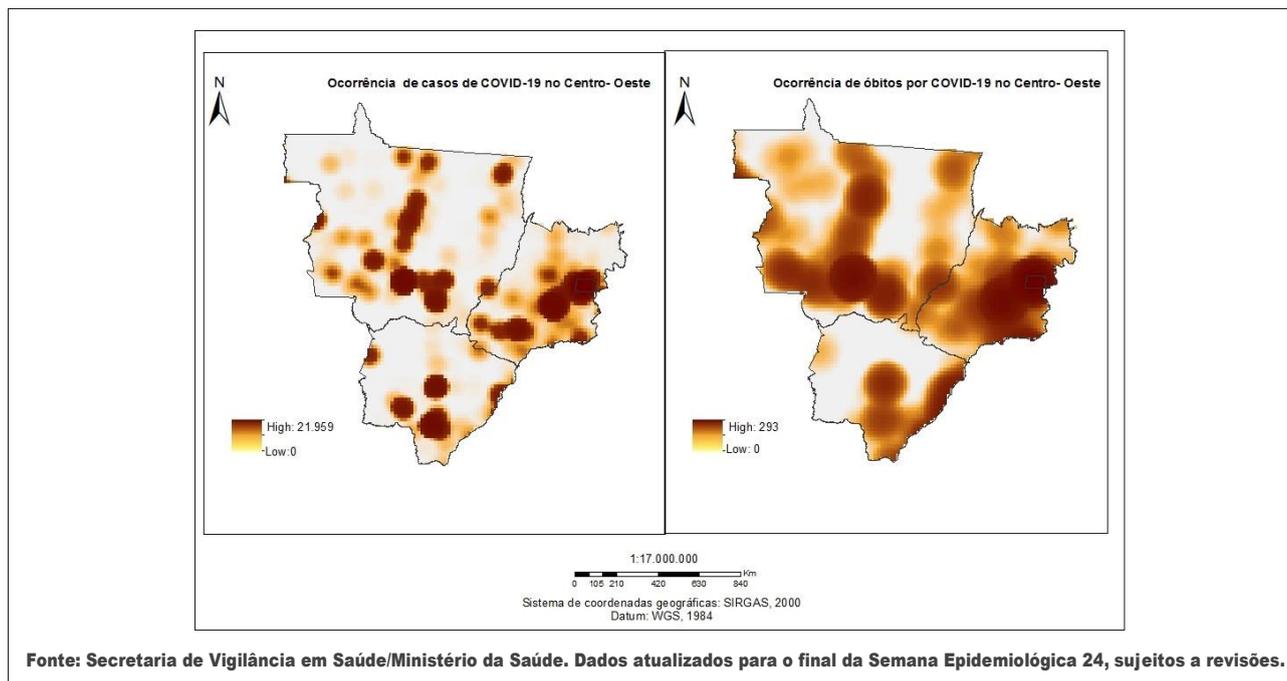


FIGURA 21B Ocorrência de casos e óbitos por COVID-19 na região Centro-Oeste do Brasil na Semana Epidemiológica 24, observando-se a densidade por método Kernel

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)

SRAG Hospitalizado

Foram notificados 262.578 casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizado até a SE 24 de 2020 no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) no Brasil. Com início de sintomas na SE 24 de 2020 (que se compreende entre 07 a 13 de junho), foram registradas 4.017 notificações de SRAG hospitalizado. É importante ressaltar que a redução do número de registros, a partir da SE 21, está possivelmente atrelada ao tempo de identificação do caso e a digitação da ficha no sistema de informação, o que tornam os dados preliminares sujeitos a alterações (Figura 22).

Dos casos de SRAG hospitalizados com início de sintomas entre a SE 01 e 24, 40,3% (105.869), foram

confirmados para COVID-19, 32,5% (85.441) por SRAG não especificado, 24,9% (65.472) estão com investigação em andamento, 0,8% (1.999) foram causados por Influenza, 0,8% (2.167) por outros vírus respiratórios e 0,3% (630) por outros agentes etiológicos. Dos 4.017 casos de SRAG com início de sintomas na SE 24, 11,9% (480) foram devido a COVID-19, 9,4% (376) classificadas como SRAG não especificado e 78,5% (3.153) ainda estão em investigação (Figura 23).

Dentre as Regiões do país, as com maior número de casos de SRAG notificados até a SE 24 foram a Sudeste seguida da Nordeste. Em relação às Unidades Federadas (UF), aquelas que apresentaram o maior número de casos de SRAG no mesmo período foram São Paulo (100.290), Rio de Janeiro (33.730) e Ceará (17.529) (Tabela 6). As mesmas UF se destacam para SRAG por COVID-19, apresentando, respectivamente, 41.825 (39,5%), 17.013 (16,1%) e 8.060 (7,6%) casos classificados pela doença (Tabela 4).

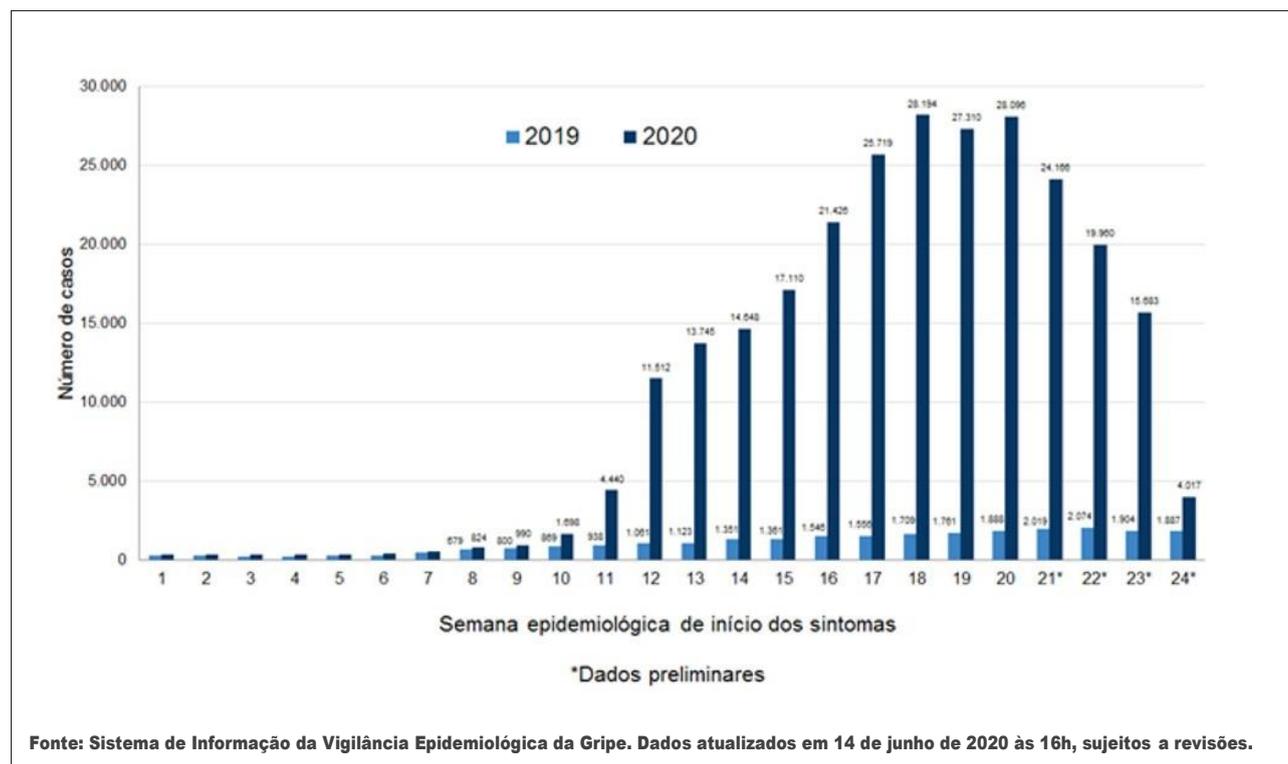


FIGURA 22 Casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave Hospitalizado em 2019 e 2020, segundo Semana Epidemiológica (SE) de início dos sintomas, até a SE 24. Brasil, 2020

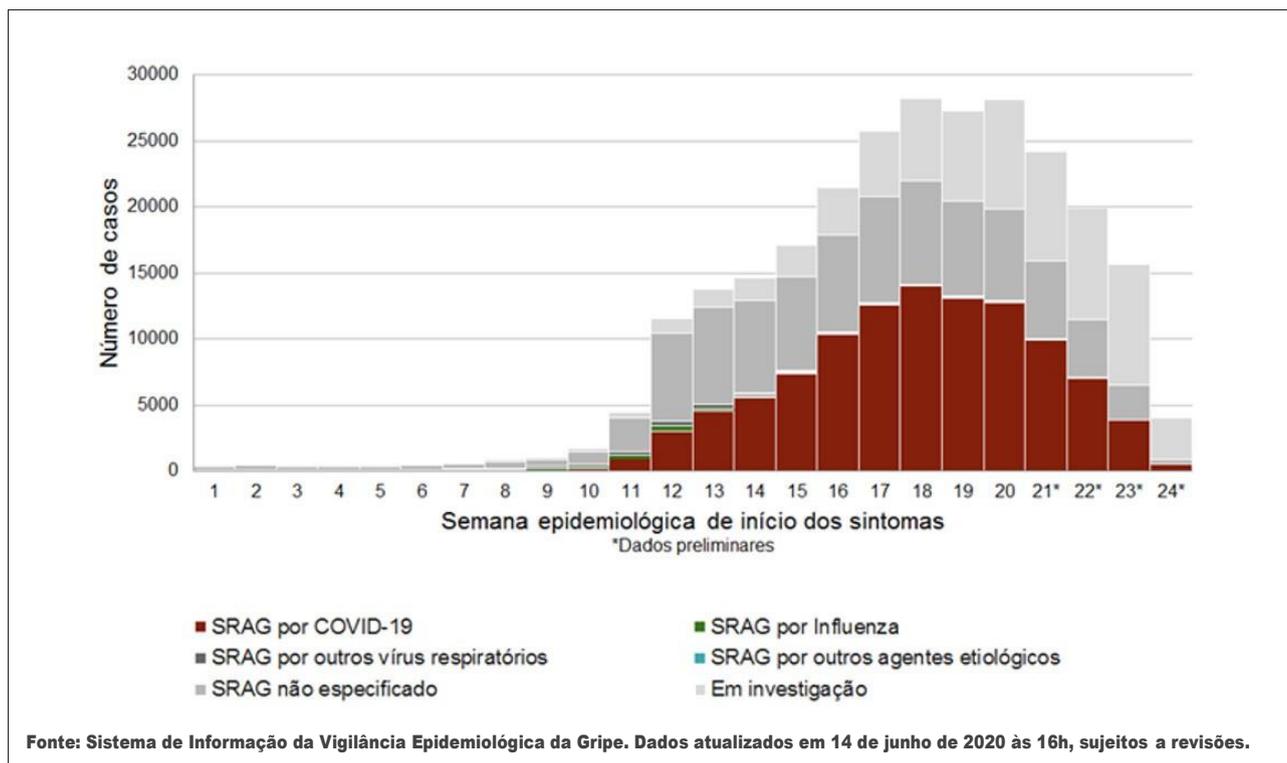


FIGURA 23 Casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave Hospitalizado, segundo classificação final do caso e semana epidemiológica de início dos sintomas, SE 1 a SE 24. Brasil, 2020

TABELA 4 Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) Hospitalizados segundo classificação final e Região /Unidade Federada de residência. Brasil, 2020 até SE 24

Região/UF de residência	Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)						Total
	COVID-19	Influenza	Outros vírus respiratórios	Outros agentes etiológicos	Não especificado	Em Investigação	
Região Norte	13.813	144	61	26	5.054	3.280	22.378
Rondônia	183	12	1	0	105	71	372
Acre	128	2	0	0	27	150	307
Amazonas	5.217	33	40	6	2.554	1.227	9.077
Roraima	207	3	7	0	66	3	286
Pará	7.577	69	8	20	1.889	1.538	11.101
Amapá	154	4	0	0	72	37	267
Tocantins	347	21	5	0	341	254	968
Região Nordeste	22.192	822	299	113	10.765	19.547	53.738
Maranhão	1.475	207	14	2	613	709	3.020
Piauí	1.131	54	126	6	727	970	3.014
Ceará	8.060	112	74	29	3.054	6.200	17.529
Rio Grande do Norte	957	25	6	5	387	808	2.188
Paraíba	1.368	11	10	12	999	1.069	3.469
Pernambuco	5.029	185	8	24	2.245	6.370	13.861
Alagoas	1.022	10	1	3	377	846	2.259
Sergipe	516	28	8	1	221	296	1.070
Bahia	2.634	190	52	31	2.142	2.279	7.328
Região Sudeste	61.892	701	686	317	50.603	37.282	151.481
Minas Gerais	2.067	109	44	32	9.597	3.489	15.338
Espírito Santo	987	35	35	18	657	391	2.123
Rio de Janeiro	17.013	68	60	30	5.469	11.090	33.730
São Paulo	41.825	489	547	237	34.880	22.312	100.290
Região Sul	4.755	146	565	131	13.863	4.315	23.775
Paraná	1.645	96	526	22	7.524	1.204	11.017
Santa Catarina	915	25	16	9	2.198	872	4.035
Rio Grande do Sul	2.195	25	23	100	4.141	2.239	8.723
Região Centro-Oeste	3.204	180	551	43	5.136	2.046	11.160
Mato Grosso do Sul	311	77	96	3	1.582	105	2.174
Mato Grosso	680	5	5	5	729	651	2.075
Goiás	784	59	206	16	1.507	753	3.325
Distrito Federal	1.429	39	244	19	1.318	537	3.586
Outros países	13	6	5	0	20	2	46
Total	105.869	1.999	2.167	630	85.441	66.472	262.578

Fonte: Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe. Dados atualizados em 14 de junho de 2020 às 16h, sujeitos a revisões.

Dentre os casos de SRAG, 144.304 (55%) são do sexo masculino e a faixa etária com o maior número de casos notificados é a de 60 a 69 anos de idade com 46.533 (17,7%) casos. Em relação aos casos de SRAG por

COVID-19, 690.940 (57,6%) são do sexo masculino e a faixa etária mais acometida se manteve como a de 60 a 69 anos de idade com 20.955 (19,8%) (Tabela 5).

A raça/cor branca é a mais frequente entre os casos de SRAG (84.122), seguida da parda (77.476), preta (12.345), amarela (2.239) e indígena (616). É importante ressaltar que 46.190 casos não possuem a informação registrada.

Para os casos de SRAG por COVID-19 a raça/cor mais prevalente é a parda (32.182), seguida da branca (29.243), preta (4.780), amarela (1.002) e indígena (286) (Tabela 6).

TABELA 5 Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) Hospitalizados segundo classificação final, faixa etária e sexo. Brasil, 2020 até SE 24

Faixa etária (em anos)	Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)						Total
	COVID-19	Influenza	Outros vírus respiratórios	Outros agentes etiológicos	Não especificado	Em Investigação	
<1	695	131	746	15	3.794	1.775	7.156
1 a 5	490	354	637	28	4.631	1.969	8.109
6 a 19	1.065	222	128	33	3.548	1.932	6.928
20 a 29	4.234	216	86	49	5.286	3.573	13.444
30 a 39	11.397	242	105	70	8.101	6.957	26.872
40 a 49	15.978	170	82	72	9.200	9.055	34.557
50 a 59	19.637	199	103	72	11.385	10.987	42.383
60 a 69	20.955	187	106	87	13.437	11.761	46.533
70 a 79	17.522	154	84	110	13.329	10.159	41.358
80 a 89	11.103	96	64	75	9.948	6.624	27.910
90 ou mais	2.793	28	26	19	2.782	1.680	7.328
Sexo							
Masculino	60.940	1.001	1.147	351	44.765	36.100	144.304
Feminino	44.899	996	1.020	279	40.651	30.332	118.177
Ignorado	30	2	0	0	25	40	97
Total geral	105.869	1.999	2.167	630	85.441	66.472	262.578

Fonte: Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe. Dados atualizados em 14 de junho de 2020 às 16h, sujeitos a revisões.

TABELA 6 Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) Hospitalizados segundo classificação final e raça/cor, 2020 até SE 24

Raça/cor	Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)						Total
	COVID-19	Influenza	Outros vírus respiratórios	Outros agentes etiológicos	Não especificado	Em Investigação	
Branca	29.243	685	812	338	34.633	18.411	84.122
Preta	4.780	80	66	25	4.119	3.275	12.345
Amarela	1.002	17	9	8	766	437	2.239
Parda	32.182	721	640	141	23.090	20.702	77.476
Indígena	286	4	8	2	201	115	616
Ignorado	17.995	293	374	50	10.649	10.229	39.590
Sem informação	20.381	199	258	66	11.983	13.303	46.190
Total	105.869	1.999	2.167	630	85.441	66.472	262.578

Fonte: Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe. Dados atualizados em 14 de junho de 2020 às 16h, sujeitos a revisões.

ÓBITOS POR SRAG

Do total de 64.247 óbitos por SRAG com início de sintomas entre a SE 01 e 24, 61,4% (39.417) foram confirmados para COVID-19, 31,4% (20.163) por SRAG não especificado, 6,3% (4.056) estão com investigação em andamento, 0,4% (257) por Influenza, 0,3% (161) por outros vírus respiratórios e 0,3% (193) por outros agentes etiológicos (Figura 24). Destaca-se que o baixo número de óbitos registrados com início de sintomas a partir da SE 21 pode estar relacionado ao tempo de evolução dos casos e a digitação da ficha no sistema de informação, o que tornam os dados preliminares, sujeitos a alterações.

Dentre as Regiões do país, as com maior número de óbitos SRAG registrados até a SE 24 foram a Sudeste seguida da Nordeste. Em relação às Unidades Federadas (UF), aquelas que apresentaram o maior número de óbitos por SRAG no mesmo período foram São Paulo (19.893), Rio de Janeiro (10.459) e Ceará (5.978). As mesmas UFs se destacam para óbitos de SRAG por COVID-19, apresentando, respectivamente, 10.943 (27,8%), 7.732 (19,6%) e 4.302 (10,9%) óbitos classificados pela doença (Tabela 7).

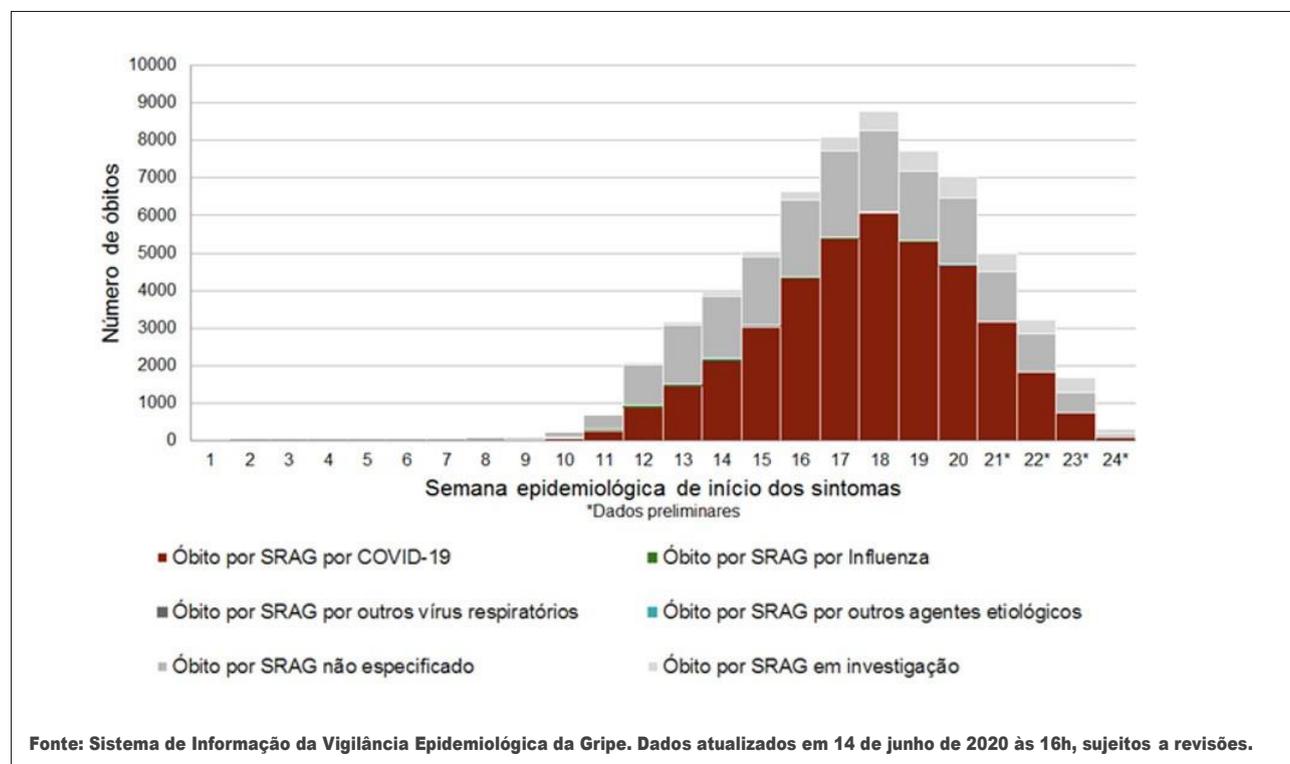


FIGURA 24 Casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave Hospitalizado, segundo classificação final do caso e semana epidemiológica de início dos sintomas, SE 1 a SE 24. Brasil, 2020

TABELA 7 Óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) segundo classificação final e Região / Unidade Federada de residência, Brasil, 2020 até SE 24

Região/UF de residência	Óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)						Total
	COVID-19	Influenza	Outros vírus respiratórios	Outros agentes etiológicos	Não especificado	Em Investigação	
Região Norte	7.013	22	11	19	2.369	128	9.562
Rondônia	68	3	0	0	17	2	90
Acre	126	1	0	0	8	0	135
Amazonas	2.333	6	7	3	1.343	60	3.752
Roraima	157	0	2	0	34	0	193
Pará	4.136	9	2	16	892	55	5.110
Amapá	84	1	0	0	25	6	116
Tocantins	109	2	0	0	50	5	166
Região Nordeste	11.101	100	36	33	3.251	1.368	15.889
Maranhão	1.029	13	0	0	204	32	1.278
Piauí	239	9	16	2	120	47	433
Ceará	4.302	16	5	11	1.126	518	5.978
Rio Grande do Norte	340	3	2	1	155	79	580
Paraíba	669	5	1	0	342	58	1.075
Pernambuco	2.821	31	1	4	550	454	3.861
Alagoas	537	3	0	2	153	42	737
Sergipe	114	4	0	0	47	19	184
Bahia	1.050	16	11	13	554	119	1.763
Região Sudeste	19.825	96	34	101	11.238	2.157	33.451
Minas Gerais	447	15	2	8	1.624	135	2.231
Espírito Santo	703	7	1	10	141	6	868
Rio de Janeiro	7.732	7	8	13	1.543	1.156	10.459
São Paulo	10.943	67	23	70	7.930	860	19.893
Região Sul	849	19	43	26	2.447	326	3.710
Paraná	311	13	41	7	1.230	11	1.613
Santa Catarina	185	1	2	0	386	36	610
Rio Grande do Sul	353	5	0	19	831	279	1.487
Região Centro-Oeste	622	20	37	14	853	77	1.623
Mato Grosso do Sul	32	8	7	1	184	1	233
Mato Grosso	89	0	2	0	83	25	199
Goiás	217	8	17	7	326	33	608
Distrito Federal		284	4	11	6	260	18
Outros países	7	0	0	0	5	0	12
Total	39.417	257	161	193	20.163	4.056	64.247

Fonte: Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe. Dados atualizados em 14 de junho de 2020 às 16h, sujeitos a revisões.

Dentre os óbitos por SRAG, 36.935 (57,5%) são do sexo masculino e a faixa etária com o maior número de óbitos notificados é a de 70 a 79 anos de idade, com 15.211 (23,7%) óbitos. Em relação aos óbitos de SRAG

por COVID-19, 23.180 são do sexo masculino e a faixa etária mais acometida é a de 70 a 79 anos, 9.551 (24,2%) (Tabela 8).

A raça/cor parda é a mais frequente dentre os óbitos de SRAG (21.379), seguida da branca (18.274), preta (3.096), amarela (669) e indígena (196). É importante ressaltar que 11.583 óbitos não possuem a informação

registrada. Para os óbitos de SRAG por COVID-19, o perfil de raça/cor se manteve, sendo a parda (13.862) a mais frequente, seguida da branca (9.349), preta (1.847), amarela (410) e indígena (145) (Tabela 9).

TABELA 8 Óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) segundo classificação final, faixa etária e sexo. Brasil, 2020 até SE 24

Faixa etária (em anos)	Óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)						Total
	COVID-19	Influenza	Outros vírus respiratórios	Outros agentes etiológicos	Não especificado	Em Investigação	
<1	102	5	21	3	248	38	417
1 a 5	52	16	21	0	154	27	270
6 a 19	149	13	4	7	242	35	450
20 a 29	488	11	4	10	477	73	1.063
30 a 39	1.619	19	7	13	925	163	2.746
40 a 49	3.248	30	13	19	1.491	306	5.107
50 a 59	5.919	47	21	26	2.713	567	9.293
60 a 69	9.258	31	19	34	4.179	873	14.394
70 a 79	9.551	49	23	41	4.613	934	15.211
80 a 89	7.045	25	22	32	3.874	776	11.774
90 ou mais	1.986	11	6	8	1.247	264	3.522
Sexo							
Masculino	23.180	127	83	119	11.181	2.245	36.935
Feminino	16.223	130	78	74	8.979	1.807	27.291
Ignorado	14	0	0	0	3	4	21
Total geral	39.417	257	161	193	20.163	4.056	64.247

Fonte: Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe. Dados atualizados em 14 de junho de 2020 às 16h, sujeitos a revisões.

TABELA 9 Óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) segundo classificação final e raça, 2020 até SE 24

Raça	Óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)						Total
	COVID-19	Influenza	Outros vírus respiratórios	Outros agentes etiológicos	Não especificado	Em Investigação	
Branca	9.349	97	48	84	7.460	1.236	18.274
Preta	1.847	10	8	8	1.008	215	3.096
Amarela	410	5	2	3	223	26	669
Parda	13.862	90	48	59	6.157	1.163	21.379
Indígena	145	1	1	1	41	7	196
Ignorado	6.047	30	29	15	2.324	605	9.050
Sem informação	7.757	24	25	23	2.950	804	11.583
Total	39.417	257	161	193	20.163	4.056	64.247

Fonte: Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe. Dados atualizados em 14 de junho de 2020 às 16h, sujeitos a revisões.

ÓBITOS DE SRAG POR COVID-19

As comorbidades ou fatores de risco mais frequentes dentre os óbitos de SRAG causados por COVID-19 notificados entre as SE 1 e 24 foram cardiopatia, seguida de diabetes, sendo que a maior parte desses casos que evoluíram ao óbito eram indivíduos com 60 ou mais anos de idade (Figura 25).

Dos 42.720 óbitos por COVID-19 informados pelas Secretarias Estaduais de Saúde até o final da SE 24 (13/06), 39.417 (92,3%) estavam registrados no Sistema de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) como óbitos de SRAG confirmados por COVID-19. Destes,

5.623 (14,3%) ocorreram nas últimas duas semanas (31/05 a 13/06) (Figura 26). É importante informar que a confirmação de óbitos de SRAG por COVID-19 pode apresentar um atraso no seu registro, ocasionado pelo tempo de processamento das amostras laboratoriais, bem como registro por parte das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, que pode levar até 14 dias (cinza). O Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde vem trabalhando para aprimorar o processo de registro e atualização das informações do SIVEP-Gripe, de modo a torná-lo cada vez mais oportuno na análise de casos hospitalizados e óbitos por SRAG com confirmação para COVID-19 no contexto da pandemia.

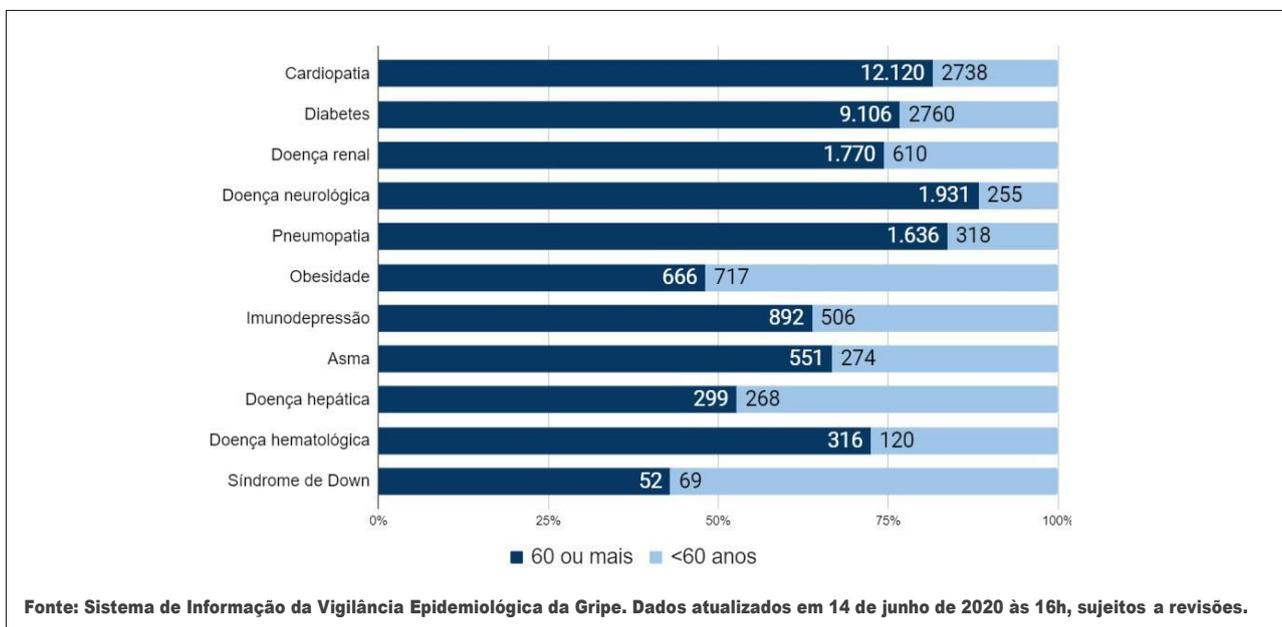


FIGURA 25 Comorbidades e fatores de risco dos óbitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19, 2020 até SE 24

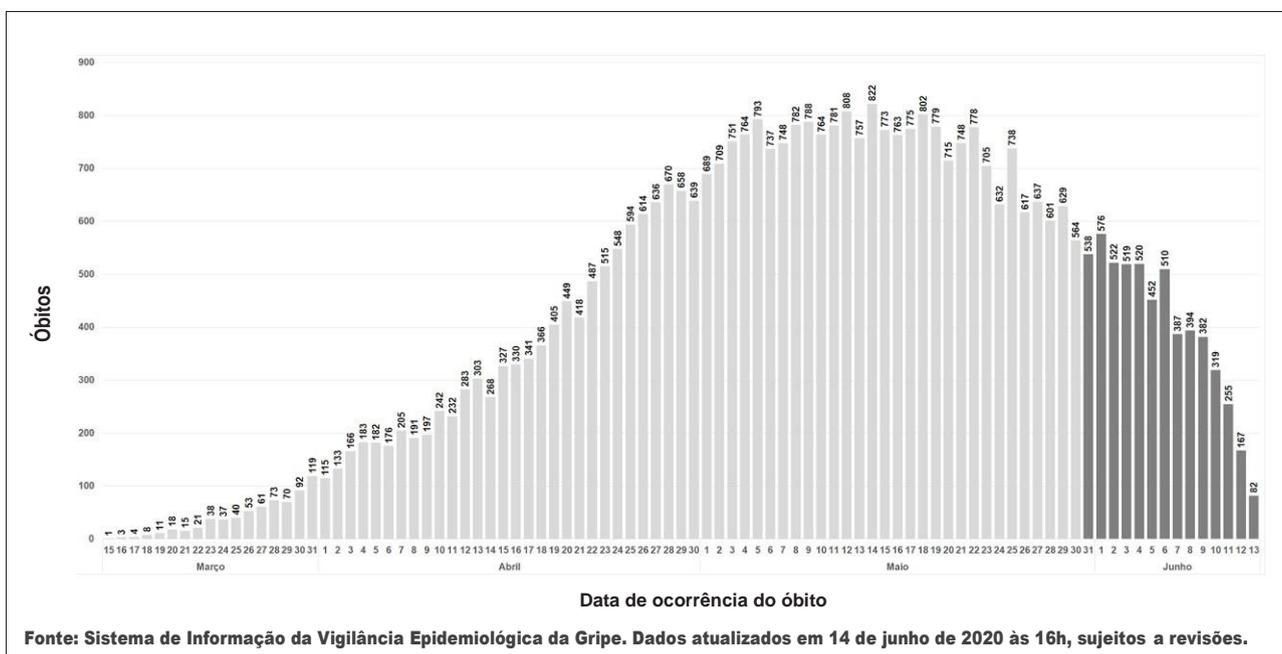


FIGURA 26 Óbitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19 segundo data de ocorrência. Brasil, 2020

RESULTADOS DO VIGITEL COVID-19 - CICLO 2

O Ministério da Saúde, no âmbito da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), conduz a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), realizada anualmente desde 2006. Frente à pandemia da COVID-19, a SVS buscou de forma ágil identificar e descrever os padrões de comportamentos de risco e proteção para a COVID-19, utilizando o Vigitel para coletar tais dados. A pesquisa foi realizada em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais e é representativa da população adulta das macrorregiões do país.

Um primeiro ciclo da pesquisa foi realizado entre 01 e 10 de abril deste ano, sendo realizadas 2.115 entrevistas. Seus dados foram publicados no Boletim Epidemiológico nº 11 – COE-COVID-19 (<https://bitlybr.com/4rzaYSv>). Foram abordadas, principalmente, questões relacionadas aos comportamentos adotados ou não pela população como forma de prevenção contra a doença, meios de comunicação utilizados para obtenção de informações, presença de sintomas, doenças crônicas, entre outros.

No segundo ciclo da pesquisa, objeto deste boletim, a coleta foi iniciada no dia 25 de abril, estendendo-se até o dia 05 de maio e foram entrevistadas 2.007 pessoas. Neste ciclo foram mantidas algumas temáticas de interesse (comportamentos adotados ou não pela população como forma de prevenção contra a doença, meios de comunicação utilizados para obtenção de informações, presença de sintomas, doenças crônicas) e, ainda, foram incluídas questões sobre problemas/ condições referidas e a necessidade de sair de casa e seus motivos.

A metodologia utilizada no Vigitel COVID-19 baseou-se em amostras probabilísticas da população adulta (18 anos ou mais de idade) com posse de, pelo menos, uma linha de telefone móvel (celular). Estabeleceu-se um tamanho amostral de, aproximadamente, 2 mil indivíduos, sendo 400 em cada macrorregião geográfica. Os números contatados foram obtidos por meio de discagem aleatória de dígitos (RDD), seguida por validação dos números sorteados. Todas as entrevistas foram efetuadas por empresa contratada pelo Ministério

da Saúde, com questionário eletrônico utilizando CATI (Computer-Assisted Telephone Interviewing).

O Vigitel COVID-19 fez uso de fatores de ponderação, de modo que os dados coletados pudessem representar as macrorregiões e o Brasil. Esse processo visa igualar a composição sociodemográfica estimada para a população de adultos com telefone móvel a partir da amostra Vigitel em cada região geográfica do país à composição sociodemográfica que se estima para a população adulta total da mesma região no período de realização do inquérito.

Foram calculadas as prevalências e os respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%) por sexo (feminino e masculino), faixa etária (18 - 34, 35 - 49, 50 anos e mais), anos de escolaridade (0 a 11, 12 anos ou mais), presença de DCNT (sim ou não) e região geográfica (Sul/Sudeste/Centro-Oeste e Norte/Nordeste). Os dados foram analisados com uso do aplicativo Stata, versão 14.0, por meio do módulo survey, que considera os efeitos da amostra complexa.

Principais resultados do Ciclo 2

Práticas recomendadas para a prevenção

Considerou-se como indivíduo com prevenção ideal para COVID-19 todos aqueles referindo, na quinzena anterior à entrevista, ter estado em isolamento social, ter mantido o distanciamento de pessoas com sintoma da doença, ter realizado higiene regular das mãos e de objetos de uso frequente, ter adotado práticas complementares de higiene (trocar roupas e sapatos ao chegar em casa e não compartilhar objetos de uso pessoal), ter evitado tocar olhos, nariz e boca após contato com superfícies e pessoas e ter adotado práticas recomendadas de etiqueta respiratória (cobrir boca e nariz ao tossir ou espirrar e utilizar lenço descartável para higiene nasal).

O percentual de indivíduos que referiu realizar o conjunto completo de práticas recomendadas para a prevenção da COVID-19 foi de 37,5% (IC95%: 34,7-40,3), sendo para mulheres de 40,9% (IC95%: 37,0-44,7) e para homens, 33,9% (IC95%: 29,9-37,9), sem diferença entre si (Figura 27). Também não houve diferença nos percentuais pelas demais variáveis de análise.

Tendo em vista que 37,5% da população adulta no Brasil referiu a realização simultânea das práticas citadas anteriormente, e considerando o cenário atual da pandemia, recomenda-se reforçar a orientação a população das medidas de proteção.

Isolamento social

Foi considerado como indivíduo em isolamento social aquele que referiu ter evitado sair de casa a menos que fosse necessário, ter evitado aglomerações de pessoas

ou lugares muito cheios e ter evitado contato próximo com outras pessoas, como cumprimentos ou abraços.

O percentual de adultos que referiu realizar isolamento social foi de 89,0% (IC95%: 87,2-90,9), sendo maior em mulheres, 91,6% (IC95%: 89,5-93,8) em relação aos homens 86,3% (IC95%: 83,2-89,4) (Figura 28). Não houve diferença nos percentuais pelas demais variáveis de análise.

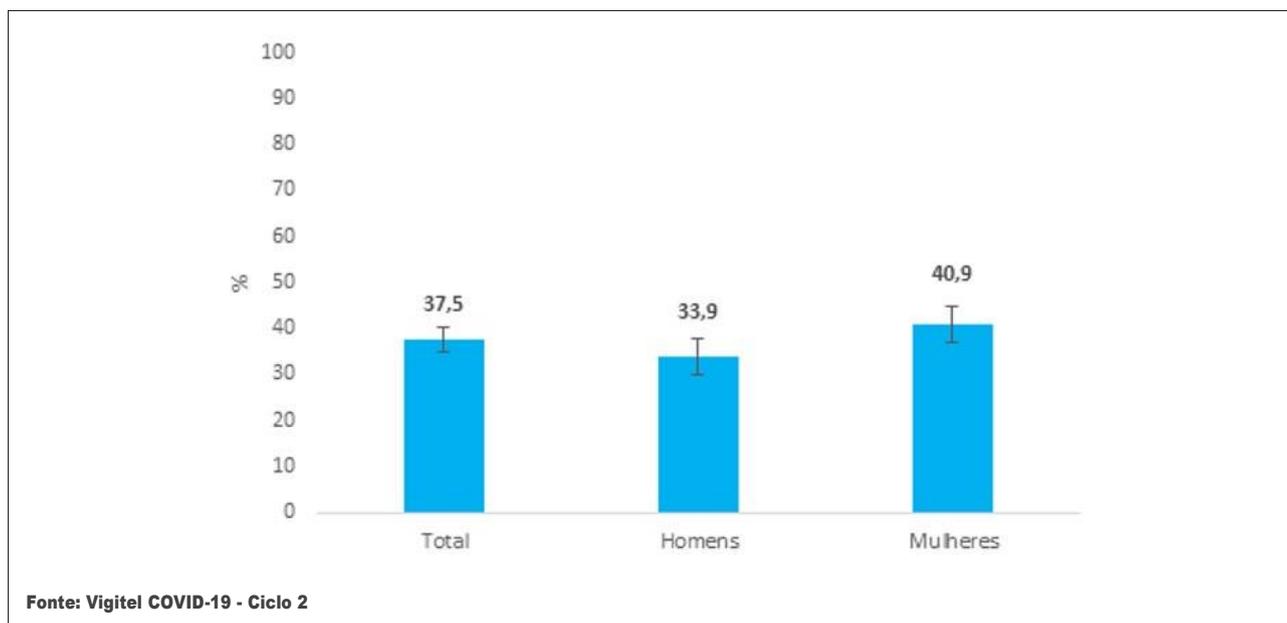


FIGURA 27 Percentual de adultos que referiu realizar prevenção ideal da COVID-19. Brasil, 2020

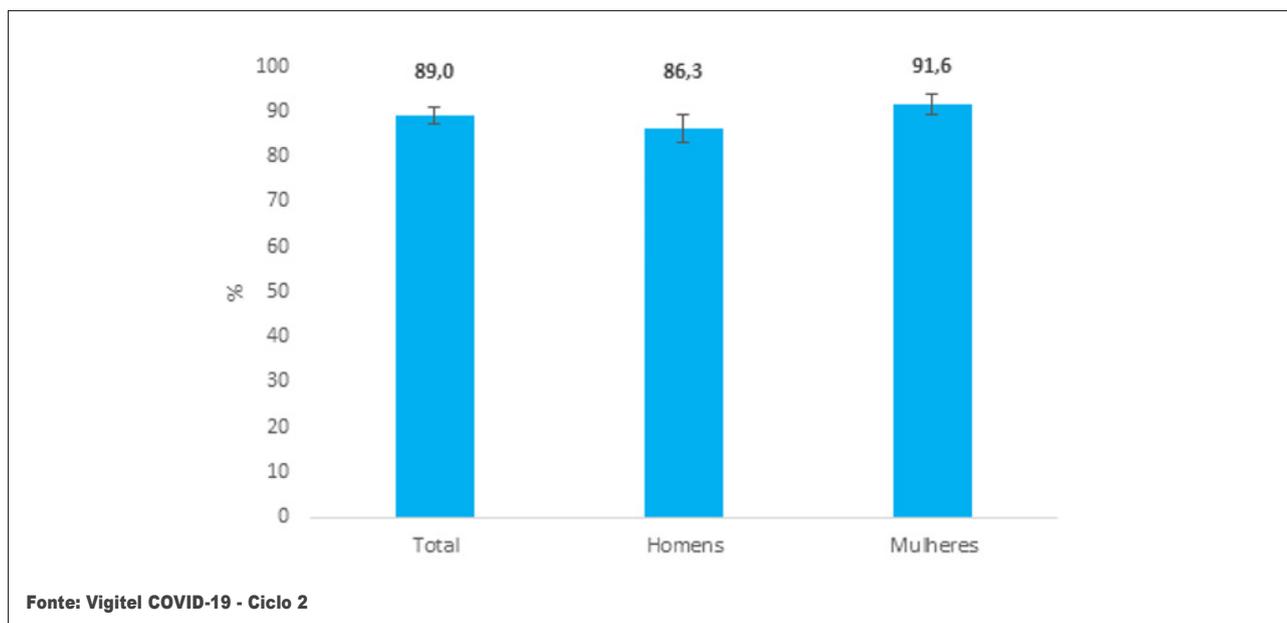


FIGURA 28 Percentual de adultos que referiu realizar isolamento social. Brasil, 2020

Higienização de mãos e objetos de uso frequente

O percentual de adultos que referiu higienizar as mãos frequentemente (seja com água e sabão ou com desinfetante à base de álcool) e superfícies/objetos tocados com frequência foi de 84,6% (IC95%: 82,3-86,8). O maior percentual foi observado entre as mulheres, 88,6% (IC95%: 86,0-91,2) quando comparadas aos homens, 80,2% (IC95%: 76,6-83,9) (Figura 29). As pessoas com 50 anos e mais também adotaram mais a prática quando comparadas às de 18 a 34 anos, 88,0% (IC95%: 84,47-91,3) e 78,6% (IC95%: 73,9-83,3) respectivamente.

Práticas complementares de higiene

O percentual de adultos que referiu realizar práticas complementares de higiene (trocar roupas e sapatos ao chegar em casa e não compartilhar objetos de uso pessoal como toalhas, garrafas, talheres, pratos e copos) foi de 66,5% (IC95%: 63,7-69,2), sendo esta prática adotada por 67,4% (IC95%: 63,4-71,5) dos homens e 65,6% (IC95%: 61,8-69,4) das mulheres, porém sem diferença entre si (Figura 30). Também não foram encontradas diferenças nos percentuais pelas demais variáveis de análise.

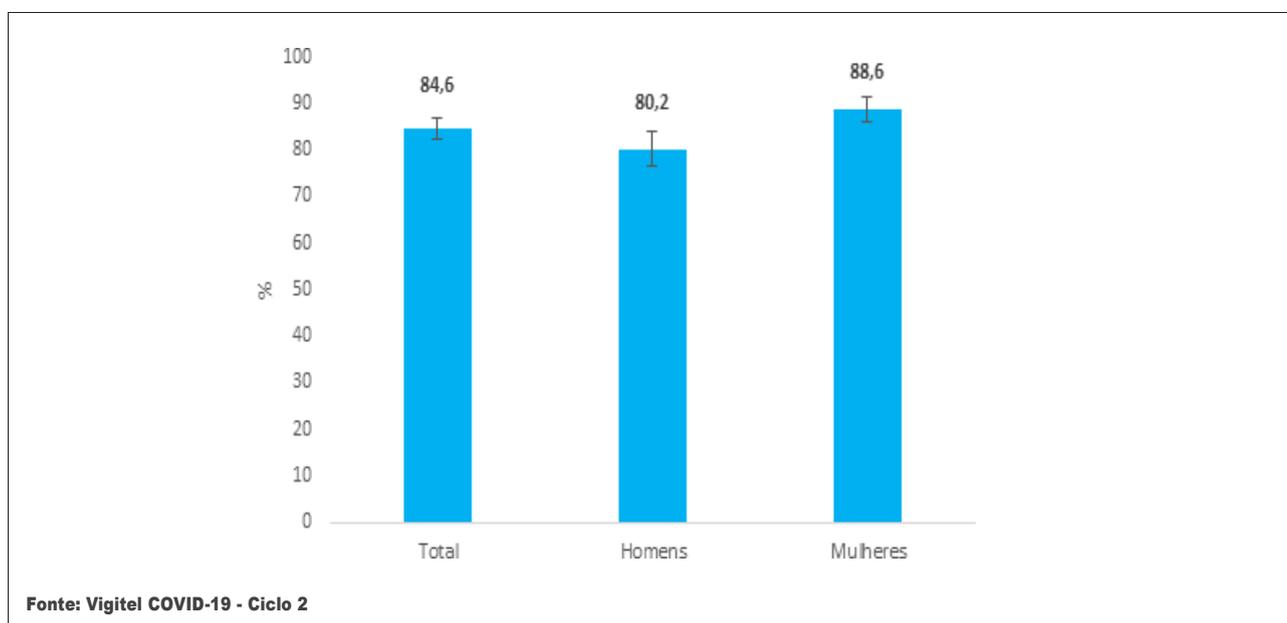


FIGURA 29 Percentual de adultos que referiu realizar higiene das mãos e superfícies/objetos frequentemente. Brasil, 2020

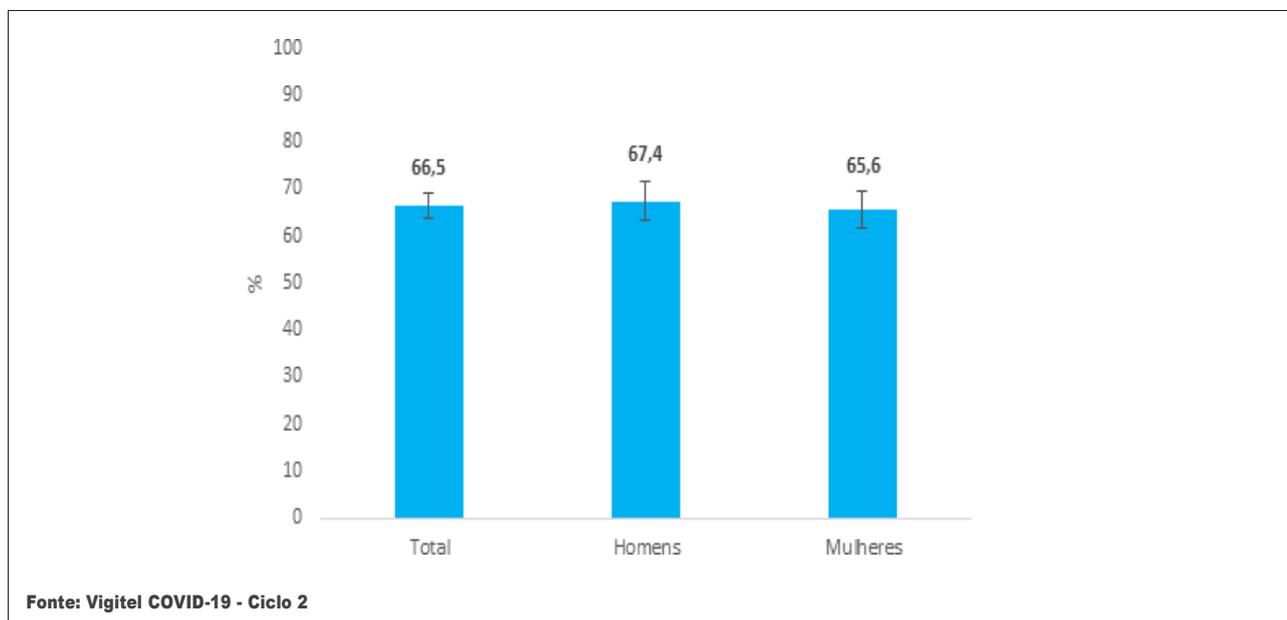


FIGURA 30 Percentual de adultos que referiu realizar práticas complementares de higiene. Brasil, 2020

Meios de comunicação

Além de práticas de prevenção, também merecem atenção o indicador referente à obtenção das informações. O objetivo era conhecer o percentual de indivíduos que buscou informações sobre a prevenção e o contágio pelo Coronavírus em canais oficiais do Ministério da Saúde. Este indicador foi calculado a partir de resposta afirmativa à questão “Nas últimas semanas o(a) Sr(a) buscou informações em canais oficiais do Ministério da Saúde (como o Portal da Saúde, Disk Saúde ou Redes Sociais do Ministério da Saúde) sobre a prevenção do contágio pelo Coronavírus?”.

O percentual de adultos que referiu utilizar os canais oficiais do Ministério da Saúde foi de 36,8% (IC95%: 34,0-39,6), sendo 39,7% (IC95%: 35,9-43,6) utilizados por mulheres e 33,7% (IC95%: 29,7-37,7) por homens, sem diferença entre si. Entre as macrorregiões, a região Norte/Nordeste apresentou maior percentual, 42,5% (IC95%: 38,3-46,7%) quando comparada a Sul/Sudeste/Centro-Oeste com 33,8% (IC95%: 30,2-37,4) (Figura 31).

Motivos para sair de casa

O percentual de adultos que referiu sair de casa ao menos uma vez na semana anterior à entrevista, independente do motivo foi de 87,1% (IC95%: 85,2-89,0), sendo maior para aqueles que referiram maior escolaridade (12 anos ou mais), 91,5% (IC95%: 89,3-93,7), quando comparados aos de menor escolaridade (até 11 anos), 84,0% (IC95%: 81,0-87,0).

Entre os adultos que referiram sair de casa, a maior parcela saiu para comprar alimentos, sendo 75,3% (IC95%: 72,8-77,8) e a menor para caminhar com animal de estimação, 5,6% (IC95%: 4,2-6,9) (Figura 32).

Sinais de Depressão

Quando perguntados sobre o incômodo com problemas ou situações nas duas últimas semanas, o mais citado foi a dificuldade em dormir ou dormir mais do que de costume, sendo referida por 41,7% (IC95%: 38,8-44,6) dos entrevistados, seguida da falta de apetite ou comer demais, pouco interesse em fazer as coisas, se sentir pra baixo ou deprimido e se sentir cansado ou com pouca energia (Figura 33).

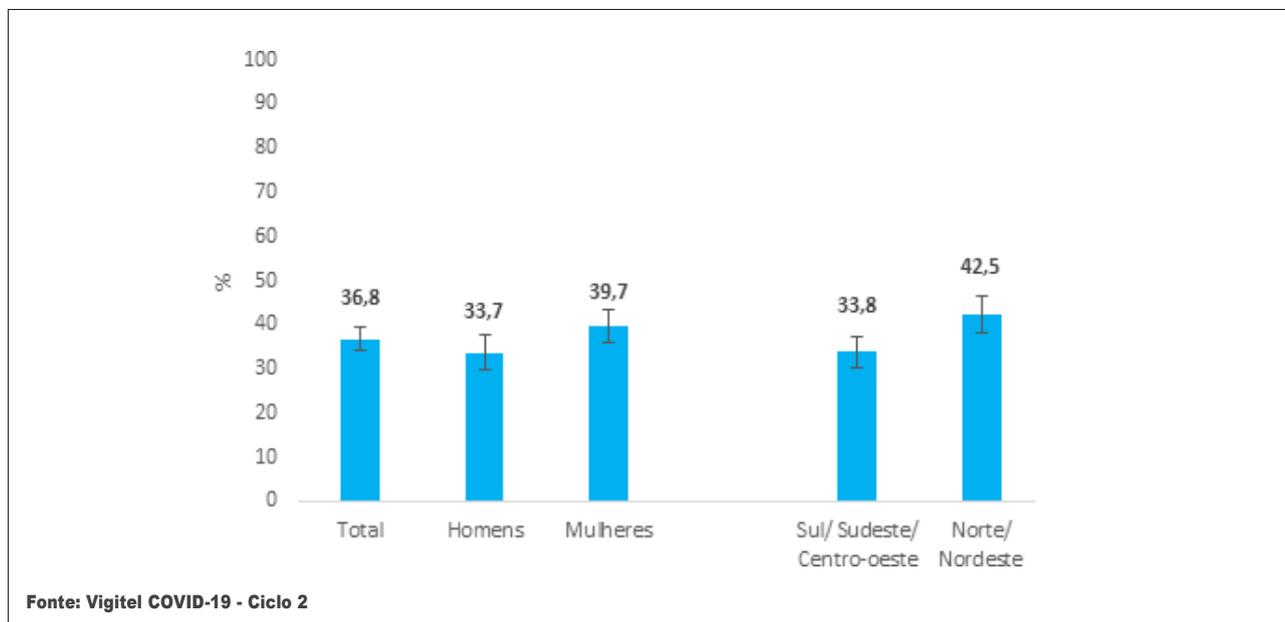


FIGURA 31 Percentual de adultos que referiu ter se informado sobre a prevenção e contágio pelo Coronavírus por meio de canais oficiais do Ministério da Saúde. Brasil, 2020

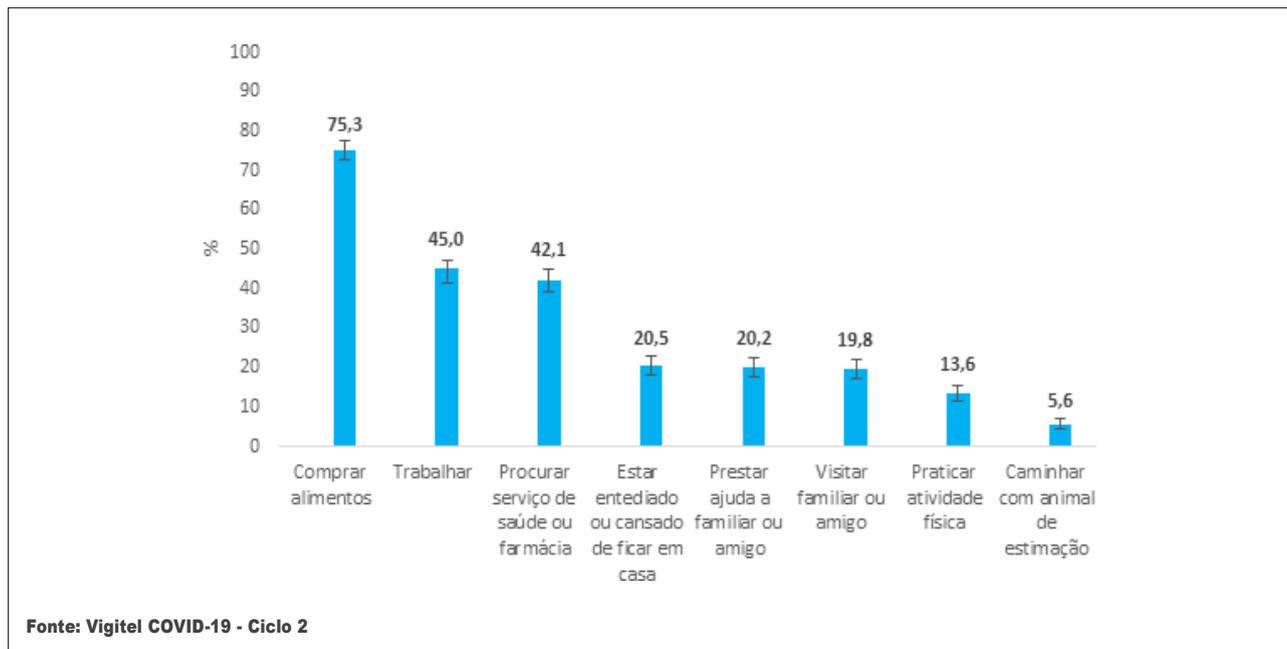


FIGURA 32 Percentual de adultos que referiu sair de casa. Brasil, 2020

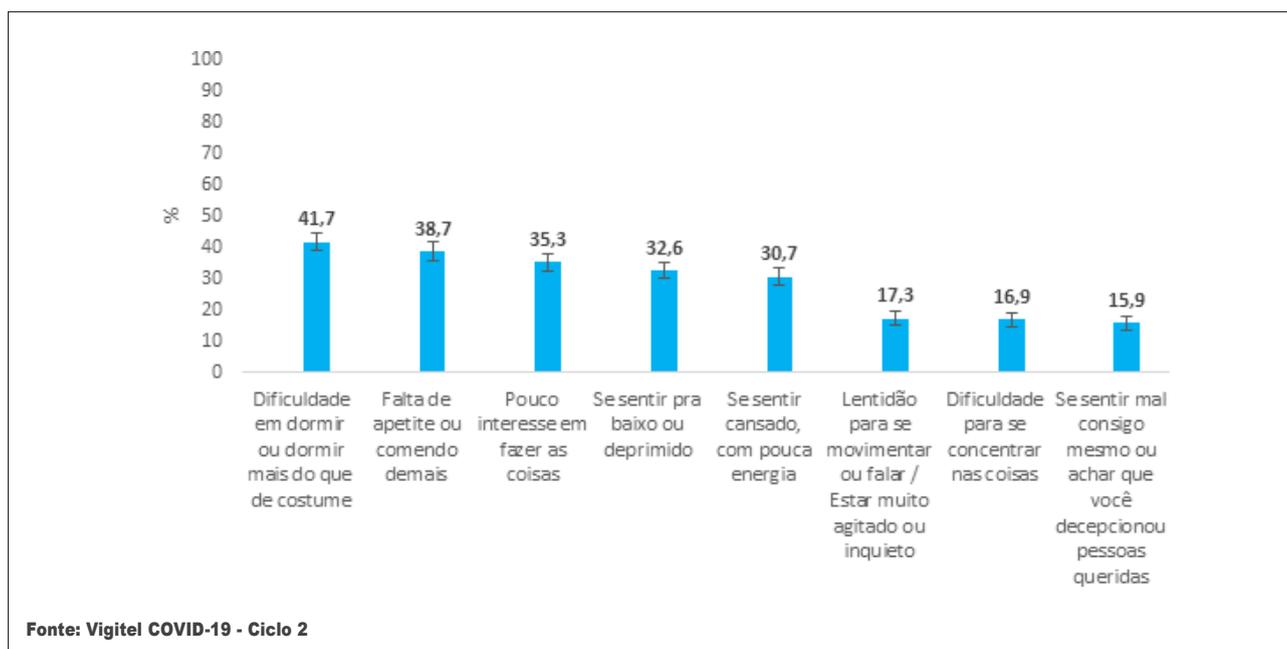


FIGURA 33 Percentual de adultos que referiram sinais de depressão. Brasil, 2020

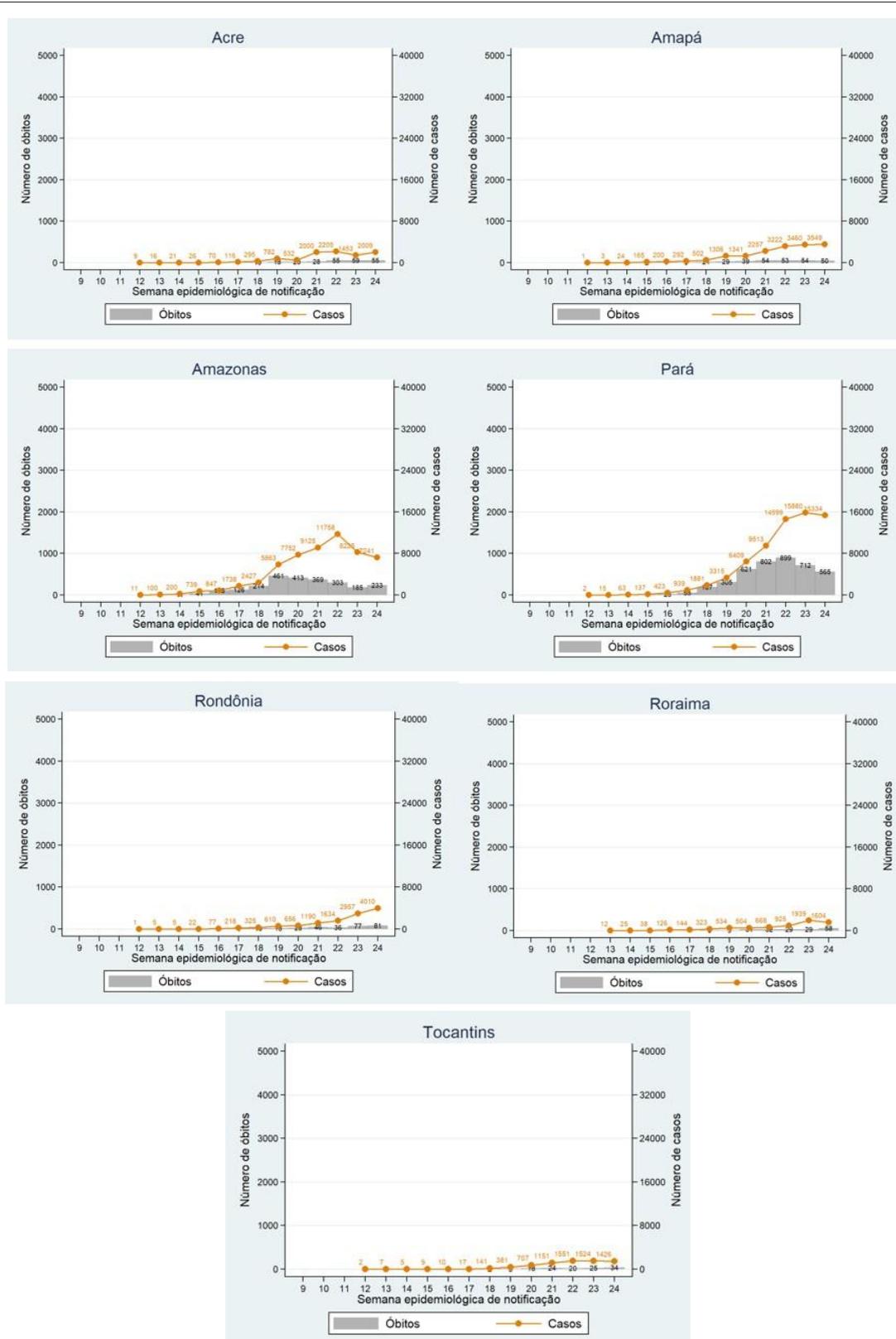
Considerando a não existência até o momento de tratamento específico e eficaz para a COVID-19, a prevenção se torna o principal meio para a proteção da sociedade e para a contenção da COVID-19.

O uso de pesquisas por telefone é um método já estabelecido para inquéritos epidemiológicos.

Assim, espera-se que as informações levantadas por meio do Vigitel COVID-19 possam contribuir com os gestores na identificação de medidas de prevenção e controle baseadas em evidências, proporcionando um planejamento mais eficaz nas ações de enfrentamento a pandemia.

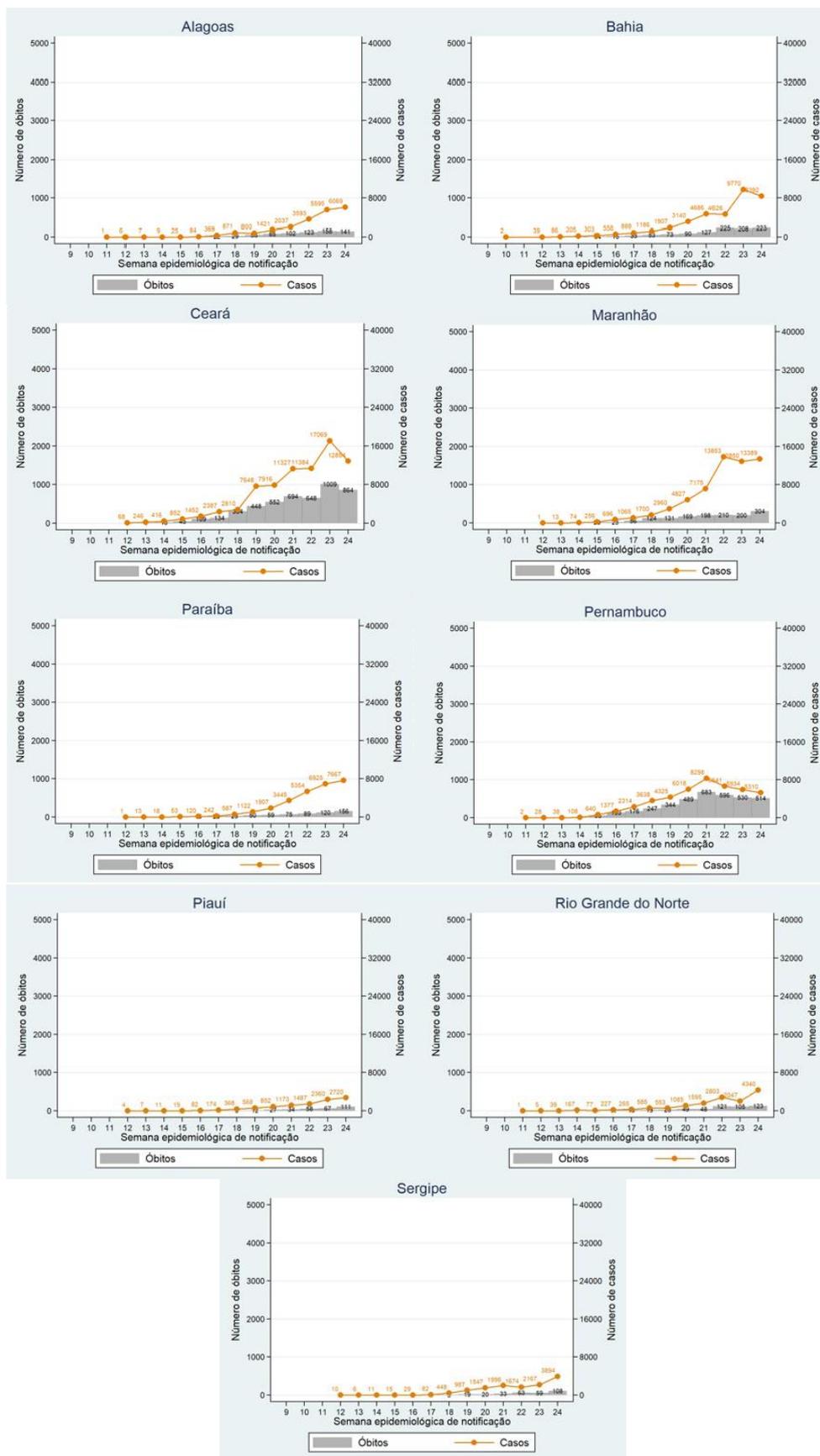
ANEXOS

ANEXO 1 Casos e óbitos novos por UF segundo semana epidemiológica de notificação. Região Norte, atualizados até a Semana Epidemiológica 24(13/06)

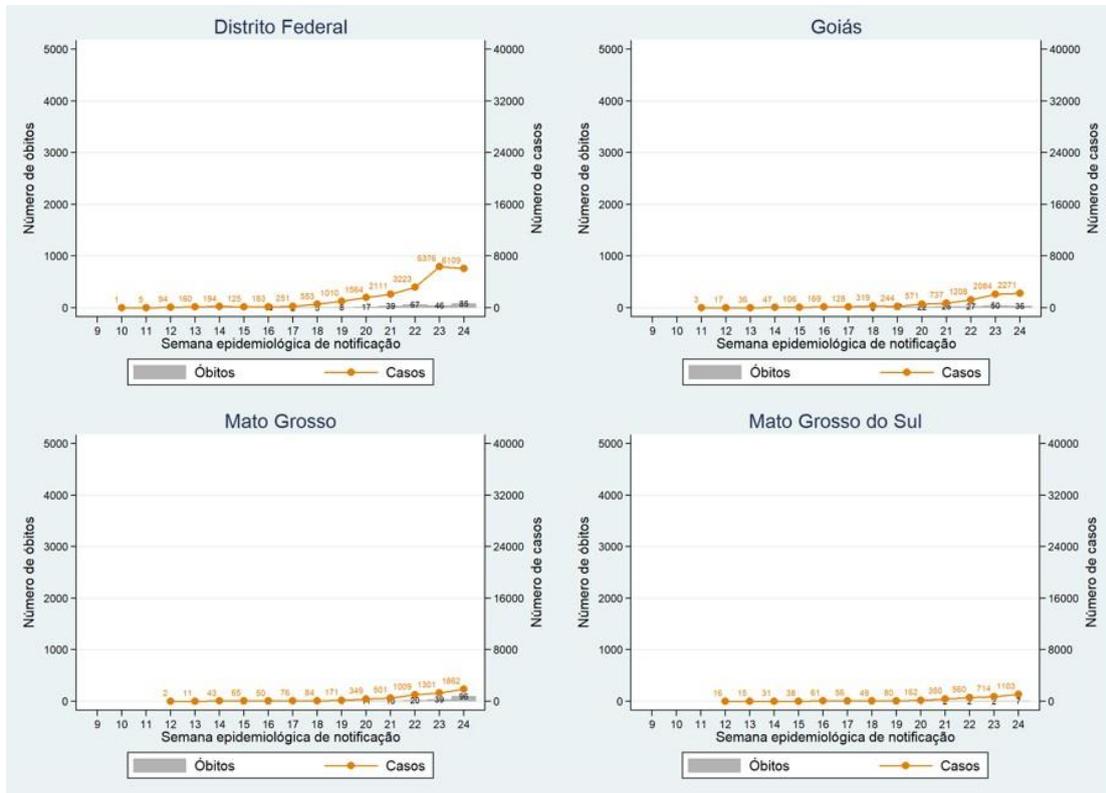


Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde - atualizado em 13/06/2020 às 19h.

ANEXO 2 Casos e óbitos novos por UF segundo semana epidemiológica de notificação. Região Nordeste, atualizados até a Semana Epidemiológica 24(13/06)

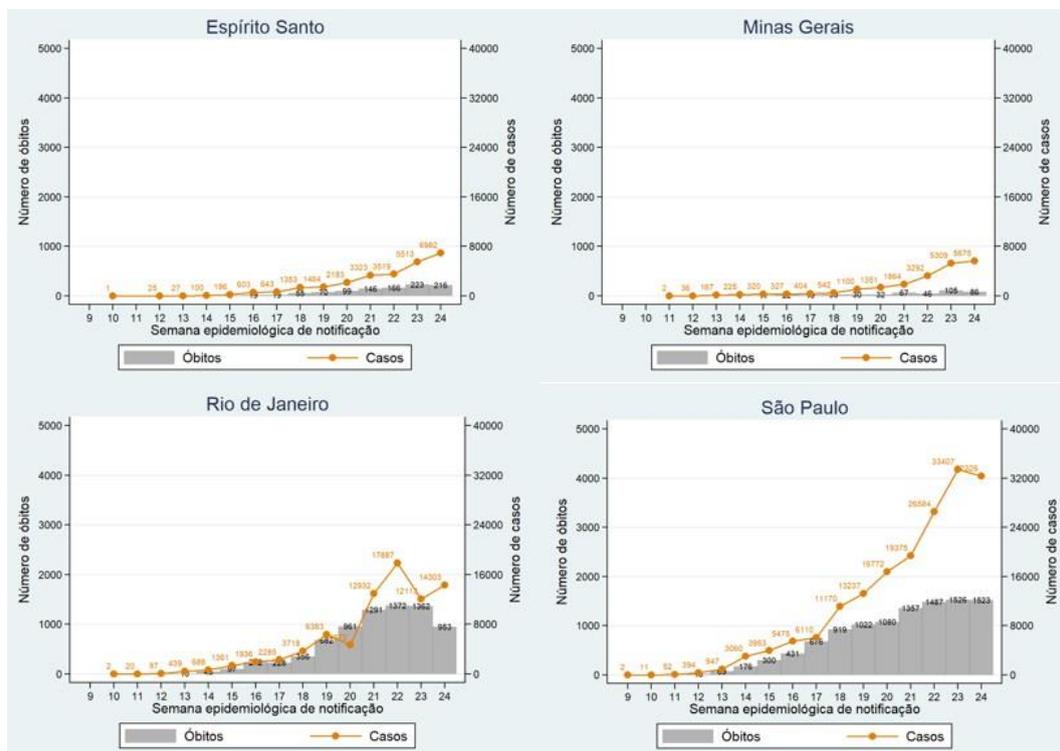


Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde - atualizado em 13/06/2020 às 19h.

ANEXO 3 Casos e óbitos novos por UF segundo semana epidemiológica de notificação. Região Centro Oeste, atualizados até a Semana Epidemiológica 24 (13/06)


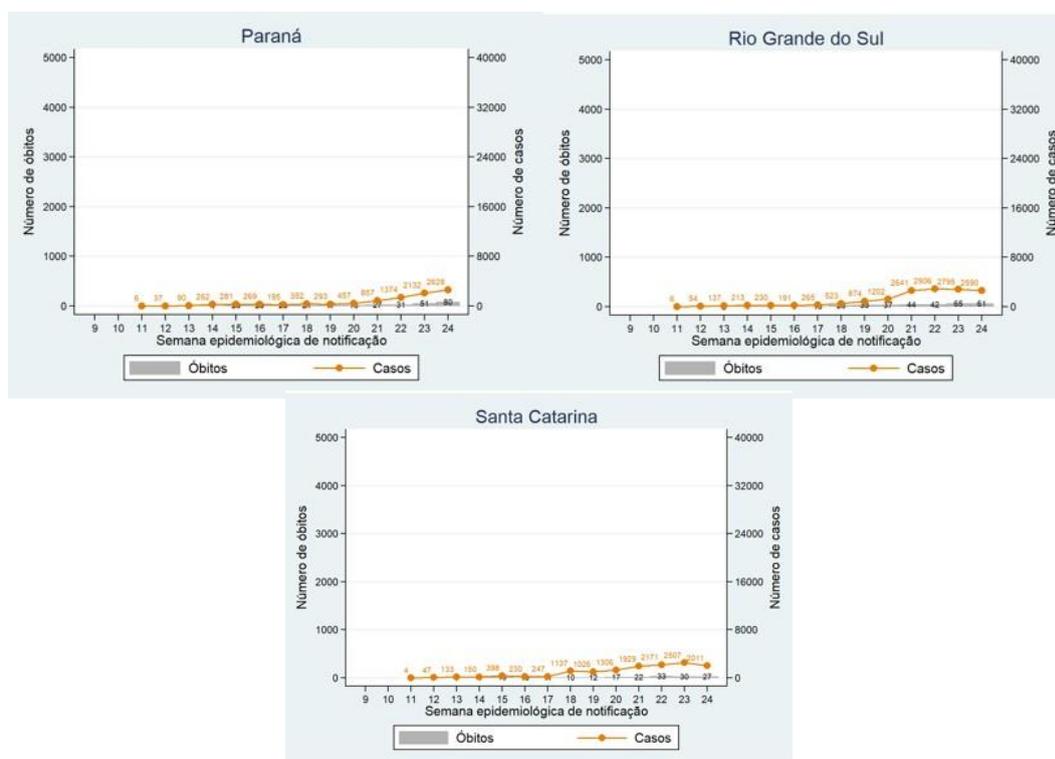
Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde - atualizado em 13/06/2020 às 19h.

ANEXO 4 Casos e óbitos novos por UF segundo semana epidemiológica de notificação. Região Sudeste, atualizados até a Semana Epidemiológica 24(13/06)



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde - atualizado em 13/06/2020 às 19h.

ANEXO 5 Casos e óbitos novos por UF segundo semana epidemiológica de notificação. Região Sudeste, atualizados até a Semana Epidemiológica 24(13/06)



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde - atualizado em 13/06/2020 às 19h.

ANEXO 6 Distribuição dos casos de COVID-19 entre as capitais e interior dos estados brasileiros, durante a semana epidemiológica 16 até a 24. Brasil, 2020

UNIDADE FEDERATIVA	SE16		SE17		SE18		SE19		SE20		SE21		SE22		SE23		SE24	
	CAP.	INT.																
ACRE	79%	21%	83%	17%	86%	14%	84%	16%	71%	29%	67%	33%	66%	34%	60%	40%	54%	46%
ALAGOAS	81%	19%	85%	15%	82%	18%	77%	23%	70%	30%	61%	39%	55%	45%	53%	47%	48%	52%
AMAPA	82%	18%	79%	21%	75%	25%	68%	32%	69%	31%	58%	42%	54%	46%	44%	56%	42%	58%
AMAZONAS	84%	16%	74%	26%	60%	40%	57%	43%	52%	48%	47%	53%	45%	55%	43%	57%	41%	59%
BAHIA	64%	36%	63%	37%	64%	36%	65%	35%	63%	37%	62%	38%	61%	39%	57%	43%	55%	45%
CEARA	84%	16%	84%	16%	77%	23%	69%	31%	64%	36%	56%	44%	50%	50%	43%	57%	40%	60%
DISTRITO FEDERAL	100%	0%	100%	0%	100%	0%	100%	0%	100%	0%	100%	0%	100%	0%	100%	0%	100%	0%
ESPIRITO SANTO	26%	74%	22%	78%	21%	79%	19%	81%	18%	82%	18%	82%	18%	82%	18%	82%	18%	82%
GOIAS	60%	40%	54%	46%	57%	43%	52%	48%	54%	46%	49%	51%	44%	56%	41%	59%	36%	64%
MARANHAO	83%	17%	79%	21%	74%	26%	59%	41%	48%	52%	38%	62%	27%	73%	22%	78%	20%	80%
MATO GROSSO	53%	47%	51%	49%	43%	57%	37%	63%	31%	69%	31%	69%	29%	71%	28%	72%	28%	72%
MATO GROSSO DO SUL	53%	47%	51%	49%	52%	48%	44%	56%	34%	66%	28%	72%	20%	80%	17%	83%	20%	80%
MINAS GERAIS	39%	61%	36%	64%	31%	69%	31%	69%	26%	74%	22%	78%	18%	82%	16%	84%	16%	84%
PARA	70%	30%	69%	31%	53%	47%	50%	50%	44%	56%	38%	62%	31%	69%	26%	74%	23%	77%
PARAIBA	72%	28%	64%	36%	59%	41%	52%	48%	38%	62%	33%	67%	30%	70%	30%	70%	28%	72%
PARANA	37%	63%	35%	65%	31%	69%	30%	70%	28%	72%	24%	76%	21%	79%	19%	81%	18%	82%
PERNAMBUCO	57%	43%	56%	44%	55%	45%	53%	47%	51%	49%	48%	52%	45%	55%	42%	58%	41%	59%
PIAUI	76%	24%	69%	31%	63%	37%	59%	41%	55%	45%	50%	50%	45%	55%	44%	56%	43%	57%
RIO DE JANEIRO	67%	33%	66%	34%	61%	39%	62%	38%	57%	43%	61%	39%	54%	46%	55%	45%	53%	47%
RIO GRANDE DO NORTE	46%	54%	47%	53%	49%	51%	45%	55%	43%	57%	41%	59%	39%	61%	38%	62%	38%	62%
RIO GRANDE DO SUL	44%	56%	38%	62%	28%	72%	20%	80%	16%	84%	9%	91%	8%	92%	9%	91%	9%	91%
RONDONIA	65%	35%	73%	27%	72%	28%	77%	23%	77%	23%	75%	25%	71%	29%	66%	34%	62%	38%
RORAIMA	91%	9%	89%	11%	86%	14%	81%	19%	78%	22%	76%	24%	76%	24%	76%	24%	76%	24%
SANTA CATARINA	23%	77%	21%	79%	14%	86%	11%	89%	10%	90%	9%	91%	7%	93%	7%	93%	7%	93%
SAO PAULO	68%	32%	65%	35%	63%	37%	60%	40%	58%	42%	56%	44%	55%	45%	53%	47%	51%	49%
SERGIPE	73%	27%	64%	36%	64%	36%	70%	30%	65%	35%	60%	40%	58%	42%	57%	43%	58%	42%
TOCANTINS	70%	30%	60%	40%	35%	65%	27%	73%	19%	81%	16%	84%	15%	85%	14%	86%	14%	86%
BRASIL	66%	34%	64%	36%	60%	40%	57%	43%	53%	47%	50%	50%	46%	54%	43%	57%	41%	59%

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde - atualizado em 13/06/2020 às 19h. CAP = capital; INT= interior; SE= Semana epidemiológica

ANEXO 7 Distribuição dos óbitos por COVID-19 entre as capitais e interior dos estados brasileiros, durante a semana epidemiológica 16 até a 24. Brasil, 2020

UNIDADE FEDERATIVA	SE16		SE17		SE18		SE19		SE20		SE21		SE22		SE23		SE24	
	CAP.	INT.																
ACRE	80%	20%	91%	9%	95%	5%	87%	13%	90%	10%	86%	14%	81%	19%	73%	27%	73%	27%
ALAGOAS	86%	14%	62%	38%	71%	29%	64%	36%	66%	34%	64%	36%	62%	38%	63%	37%	61%	39%
AMAPA	80%	20%	84%	16%	73%	28%	62%	38%	61%	39%	58%	42%	59%	41%	60%	40%	60%	40%
AMAZONAS	83%	17%	81%	19%	73%	27%	69%	31%	67%	33%	67%	33%	67%	33%	66%	34%	65%	35%
BAHIA	51%	49%	54%	46%	63%	37%	65%	35%	65%	35%	64%	36%	69%	31%	68%	32%	68%	32%
CEARA	80%	20%	84%	16%	81%	19%	76%	24%	72%	28%	68%	32%	66%	34%	62%	38%	59%	41%
DISTRITO FEDERAL	100%	0%	100%	0%	100%	0%	100%	0%	100%	0%	100%	0%	100%	0%	100%	0%	100%	0%
ESPIRITO SANTO	32%	68%	23%	77%	18%	82%	19%	81%	20%	80%	18%	82%	16%	84%	15%	85%	16%	84%
GOIAS	56%	44%	44%	56%	40%	60%	47%	53%	43%	57%	43%	57%	43%	57%	44%	56%	42%	58%
MARANHAO	86%	14%	81%	19%	79%	21%	76%	24%	72%	28%	66%	34%	56%	44%	48%	52%	43%	57%
MATO GROSSO	20%	80%	11%	89%	17%	83%	13%	88%	7%	93%	14%	86%	16%	84%	17%	83%	28%	72%
MATO GROSSO DO SUL	40%	60%	29%	71%	22%	78%	36%	64%	33%	67%	35%	65%	32%	68%	38%	62%	29%	71%
MINAS GERAIS	21%	79%	19%	81%	23%	77%	22%	78%	19%	81%	19%	81%	19%	81%	16%	84%	15%	85%
PARA	67%	33%	69%	31%	58%	42%	52%	48%	53%	47%	50%	50%	45%	55%	43%	57%	41%	59%
PARAIBA	65%	35%	61%	39%	49%	51%	44%	56%	39%	61%	35%	65%	36%	64%	36%	64%	35%	65%
PARANA	17%	83%	20%	80%	26%	74%	27%	73%	27%	73%	24%	76%	26%	74%	23%	77%	24%	76%
PERNAMBUCO	46%	54%	43%	57%	43%	57%	40%	60%	39%	61%	39%	61%	39%	61%	38%	62%	39%	61%
PIAUI	56%	44%	47%	53%	50%	50%	50%	50%	45%	55%	47%	53%	53%	47%	53%	47%	55%	45%
RIO DE JANEIRO	61%	39%	60%	40%	62%	38%	66%	34%	67%	33%	69%	31%	67%	33%	66%	34%	66%	34%
RIO GRANDE DO NORTE	21%	79%	23%	78%	20%	80%	22%	78%	26%	74%	27%	73%	33%	67%	34%	66%	34%	66%
RIO GRANDE DO SUL	38%	63%	32%	68%	24%	76%	18%	82%	16%	84%	15%	85%	16%	84%	16%	84%	15%	85%
RONDONIA	67%	33%	71%	29%	70%	30%	76%	24%	71%	29%	66%	34%	70%	30%	73%	27%	72%	28%
RORAIMA	67%	33%	67%	33%	89%	11%	94%	6%	84%	16%	81%	19%	82%	18%	83%	17%	80%	20%
SANTA CATARINA	10%	90%	10%	90%	10%	90%	9%	91%	7%	93%	5%	95%	5%	95%	5%	95%	5%	95%
SAO PAULO	69%	31%	66%	34%	64%	36%	62%	38%	60%	40%	58%	42%	56%	44%	54%	46%	53%	47%
SERGIPE	80%	20%	67%	33%	50%	50%	39%	61%	38%	62%	48%	52%	46%	54%	45%	55%	45%	55%
TOCANTINS	100%	0%	50%	50%	50%	50%	22%	78%	11%	89%	8%	92%	10%	90%	8%	92%	8%	92%
BRASIL	64%	36%	62%	38%	61%	39%	60%	40%	58%	42%	57%	43%	55%	45%	54%	46%	52%	48%

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde - atualizado em 13/06/2020 às 19h. CAP = capital; INT= interior; SE= Semana epidemiológica

Perfil de indivíduos com 60 anos ou mais de idade que referiram diabetes ou hipertensão nas capitais brasileiras: um grupo de risco à COVID-19

Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS)*

A pandemia do COVID-19 é a maior emergência pública mundial da atualidade, com enormes impactos na saúde física, mental e social dos indivíduos, no sistema de saúde e na economia das famílias e do país.

Trata-se de uma doença causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) com grande potencial de transmissibilidade¹, cujos casos mais graves evoluem principalmente para a Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRAG (17-29%), lesão cardíaca aguda (12%) e infecção secundária (10%)². Essas situações demandam suporte intensivo em leitos hospitalares, e por isso a grande preocupação dos governos e autoridades públicas consiste em justamente tentar suavizar a curva de ascendência para não colapsar os sistemas de saúde.

Idosos e pessoas com comorbidades, especialmente diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial (HA), se destacam como o grupo de maior risco³. Pesquisa realizada em 170 pacientes hospitalizados em Wuhan, China, revelou que 30% dos pacientes tinham HA e 12,1% DM. Em outro estudo, as comorbidades mais presentes, nos 32 não sobreviventes de um grupo de 52 pacientes em unidade de terapia intensiva foram doenças cerebrovasculares (22%) e DM (22%)⁴. Ainda na China, entre 1099 pacientes com COVID-19 confirmados, tinham HA (23,7%), DM (16,2%), doenças coronárias do coração (5,8%) e doença cerebrovascular (2,3%)⁵. Contudo, o impacto da infecção pelo novo coronavírus é avaliado como moderado para a população em geral e muito alto para idosos e indivíduos com fatores de risco definidos⁶.

Neste sentido, este Boletim tem como objetivo descrever a prevalência dos grupos de risco para as complicações do COVID-19, nas capitais brasileiras, com enfoque em pessoas com 60 anos ou mais de idade que referiram DM ou HA. O conhecimento desse perfil possibilitará o subsídio dos gestores no processo de decisão e planejamento de ações de prevenção e atenção mais efetivas.

Métodos

Neste boletim foram analisados dados provenientes da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), realizado nas 26 capitais dos Estados brasileiros e no Distrito Federal (DF) desde 2006⁷.

O Vigitel utiliza amostras probabilísticas da população adulta residente em domicílios que possuam ao menos uma linha de telefone fixo nas localidades supracitadas. Com o intuito de inferir as estimativas obtidas para o total da população residente nas capitais e DF, o Vigitel faz uso de fatores de ponderação. Mais detalhes metodológicos (amostragem, questionário, entre outros) sobre o Vigitel podem ser acessados no endereço eletrônico: <https://bit.ly/2NGOKYF>.

Nesta análise, foram selecionadas as pessoas com 60 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico médico prévio de DM ou HA, com base nos dados do Vigitel 2006 a 2019. Para fornecer as estimativas de DM e HA da população com 60 anos ou mais de idade residente nas capitais e DF para o ano de 2019, foram calculadas suas prevalências e respectivos intervalos de 95% de confiança.

Também foi realizada uma análise de tendência por meio de modelo de regressão linear, considerando os dados dos respondentes com 60 anos ou mais de 2006 a 2019. A análise foi estratificada em três faixas etárias (60 a 64 anos, 65 a 74 anos e 75 anos ou mais) e sexo (masculino e feminino). Considerou-se significativa a variação correspondente a um coeficiente estatisticamente diferente de zero ($p \leq 0,05$). Os dados foram processados com uso do aplicativo *Stata*, versão 14.0, com uso do módulo *survey*, que considera os efeitos da amostra complexa.

Resultados

Em relação ao conjunto das capitais, em 2019, a prevalência de HA foi de 55,4% (IC95% 54,0 - 56,9), enquanto a prevalência de DM foi de 21,8% (IC95% 20,6 - 23,0) (Tabela 1).

Dentre as cinco capitais que apresentaram as maiores prevalências de HA, duas se localizam na região nordeste (Maceió e Recife), uma na região norte (Palmas), uma na região centro-oeste (Cuiabá) e uma na região sudeste (Belo Horizonte). Entre as cinco capitais que apresentaram as menores prevalências de HA, duas se

localizam na região sul (Florianópolis e Curitiba), uma na região norte (Porto Velho), uma na região nordeste (João Pessoa) e uma na região sudeste (São Paulo) (Tabela 1).

Dentre as cinco capitais/distrito que apresentaram as maiores prevalências de DM, três se localizam na região nordeste (Fortaleza, São Luís e Maceió), uma na região centro-oeste (Cuiabá) e uma na região sudeste (São Paulo). Entre as cinco capitais que apresentaram as menores prevalências de DM, duas se localizam na região norte (Palmas e Rio Branco) uma na região centro-oeste (Distrito Federal), uma na região sul (Florianópolis) e uma na região sudeste (Vitória) (Tabela 1).

Tabela 1 Percentual da população adulta (≥ 60 anos) com hipertensão arterial e *diabetes mellitus*, nas capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal. Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), 2006-2019

Capital	Hipertensão arterial		Diabetes mellitus	
	%	iC95%	%	iC95%
Aracaju	56,4	(52,2;60,6)	21,0	(17,7;24,8)
Belém	54,1	(49,4;58,8)	21,9	(18,0;26,5)
Belo Horizonte	61,6	(58,0;65,0)	21,8	(18,9;25,0)
Boa Vista	57,9	(50,9;64,6)	22,8	(17,6;28,9)
Campo Grande	56,6	(52,9;60,3)	20,1	(17,4;23,0)
Cuiabá	59,1	(54,8;63,4)	23,1	(19,5;27,1)
Curitiba	49,5	(45,8;53,1)	20,7	(17,9;23,9)
Florianópolis	48,7	(45,2;52,2)	16,4	(14,1;19,0)
Fortaleza	54,1	(49,8;58,3)	25,0	(21,5;28,9)
Goiânia	58,2	(54,4;62,0)	19,4	(16,6;22,5)
João Pessoa	51,8	(47,7;55,9)	21,1	(18,0;24,6)
Macapá	54,5	(47,3;61,6)	19,7	(14,6;26,0)
Maceió	59,8	(55,1;64,2)	23,9	(20,3;28,0)
Manaus	54,6	(49,2;59,8)	22,8	(18,2;28,1)
Natal	55,8	(51,6;60,1)	20,6	(17,2;24,3)
Palmas	58,9	(53,1;64,5)	16,3	(12,4;21,1)
Porto Alegre	54,6	(51,1;58,1)	19,1	(16,5;21,9)
Porto Velho	51,5	(46,1;56,8)	19,7	(15,8;24,3)
Recife	58,5	(54,5;62,4)	22,4	(19,3;25,9)
Rio Branco	54,0	(48,3;59,7)	17,9	(14,2;22,3)
Rio de Janeiro	57,0	(53,3;60,6)	21,9	(18,9;25,2)
Salvador	55,8	(51,6;59,9)	22,9	(19,6;26,5)
São Luís	54,9	(50,2;59,5)	24,9	(21,1;29,3)
São Paulo	53,7	(49,5;57,9)	23,1	(19,8;26,8)
Teresina	55,2	(50,6;59,8)	18,7	(15,4;22,4)
Vitória	53,9	(50,3;57,5)	18,6	(16,0;21,5)
Distrito Federal	56,0	(50,9;60,9)	15,9	(12,3;20,2)
Total de capitais	55,4	(54,0;56,9)	21,8	(20,6;23,0)

Fonte: Vigitel, MS.

Em relação ao total de respondentes, observou-se tendência estável da prevalência de hipertensão arterial, no período de 2006 a 2019. Contudo, entre os homens, observou-se tendência crescente da prevalência de hipertensão arterial na faixa etária de 65 a 74 anos de idade. Nessa faixa, a prevalência observada, em 2006, foi de 53,5% e, em 2019, 55,9%,

com aumento médio de 0,44 pontos percentuais [p.p.] ao ano. Entre as mulheres, observou-se tendência decrescente da prevalência de hipertensão arterial, na faixa etária de 60 a 64 anos de idade. Nessa faixa, a prevalência observada em 2006 foi de 57,5% e, em 2019, 50,9%, com redução média de 0,33 p.p. ao ano (Tabela 2).

Tabela 2 Percentual da população adulta (≥ 60 anos) com hipertensão arterial, nas capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal, segundo estratificadores demográficos. Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), 2006-2019

Características	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	incremento médio	Valor de P	
Sexo																	
Faixa etária																	
Masculino	60 a 64 anos	42,9	53,4	48,9	45,7	53,2	49,8	50,9	51,9	54,4	45,7	51,3	48,2	49,4	46,7	0,04	0,879
	65 a 74 anos	53,5	49,3	53,4	57,0	53,4	51,9	49,5	52,6	52,7	57,9	59,3	57,9	56,9	55,9	0,44	0,030
	75 anos e mais	47,3	50,7	52,6	62,2	53,0	53,9	48,6	53,8	54,5	53,3	55,6	52,3	56,4	54,9	0,27	0,274
Feminino	60 a 64 anos	57,5	54,7	59,8	56,9	57,1	59,0	56,5	55,4	56,3	53,0	54,6	52,0	56,0	50,9	-0,41	0,007
	65 a 74 anos	63,0	62,5	65,5	67,1	64,7	63,7	65,0	65,6	63,9	62,8	67,8	63,7	62,0	60,0	-0,14	0,327
	75 anos e mais	60,5	62,9	69,5	65,1	63,3	65,2	66,3	64,1	65,4	60,7	67,8	65,0	65,7	63,7	0,08	0,656
Total	55,8	56,2	59,4	59,8	58,4	58,2	57,5	58,1	58,4	56,2	60,2	57,0	58,0	55,4	-0,03	0,779	

Fonte: Vigitel, MS.

Em relação ao total de respondentes, foi observada tendência crescente da prevalência de diabetes mellitus, no período de 2006 a 2019. A prevalência observada em 2006 foi de 18,2% e, em 2019, 21,8%, com aumento médio de 0,31 p.p. ao ano. Entre os homens, observou-se tendência crescente da prevalência de diabetes nas faixas etárias de 60 a 64 e 65 a 74 anos.

Na faixa de 60 a 64, a prevalência observada em 2006 foi de 12,6% e em 2019, 22,2%, com aumento médio de 0,51 p.p. ao ano. Na faixa de 65 a 74 a prevalência observada em 2006 foi de 17,6% e em 2019, 25,8%, com aumento médio de 0,59 p.p. ao ano. Entre as mulheres observou-se tendência estável no período em todas as faixas etárias (Tabela 3).

Tabela 3 Percentual da população adulta (≥ 60 anos) com diabetes, nas capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal, segundo estratificadores demográficos. Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), 2006-2019

Características	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	incremento médio	Valor de P	
Sexo																	
Faixa etária																	
Masculino	60 a 64 anos	12,6	16,4	17,1	19,1	22,6	14,7	23,3	21,8	22,9	19,3	24,4	21,9	18,3	22,2	0,51	0,023
	65 a 74 anos	17,6	18,5	22,7	20,7	21,0	20,8	23,3	18,5	27,5	26,2	25,6	22,9	25,9	25,8	0,59	0,002
	75 anos e mais	18,0	17,6	16,4	28,7	18,0	25,8	22,7	23,2	19,9	21,0	26,3	23,1	22,3	22,2	0,33	0,184
Feminino	60 a 64 anos	19,3	18,0	18,1	15,3	17,2	17,9	18,8	17,4	19,5	18,4	22,9	16,7	17,7	18,1	0,07	0,568
	65 a 74 anos	20,5	20,2	20,3	21,6	21,6	21,0	23,7	23,9	24,3	22,8	29,0	24,6	22,1	20,6	0,28	0,077
	75 anos e mais	18,4	18,2	23,8	22,3	25,2	20,3	21,8	22,3	24,2	19,7	26,6	22,8	22,3	24,0	0,27	0,094
Total	18,2	18,4	20,1	20,7	21,1	19,8	22,2	21,1	23,2	21,2	25,9	21,8	21,2	21,8	0,31	0,010	

Fonte: Vigitel, MS.

Discussão

Mais da metade dos indivíduos de 60 anos ou mais apresentaram HA no conjunto das capitais em 2019. Embora há diferenças entre as capitais, as estimativas de prevalência foram elevadas em todas elas, inclusive Florianópolis, que foi a capital com a menor prevalência observada, atingiu quase a metade da população (48,7%; IC95%: 45,2-52,2). Quanto ao DM, aproximadamente um a cada cinco idosos, no conjunto das capitais, referiram diagnóstico médico dessa doença em 2019, sendo que, em Fortaleza a estimativa chegou a um quarto dos idosos. As altas prevalências dessas doenças em indivíduos acima de 60 anos, os colocam em um maior risco adicional de apresentarem gravidade ou óbito por COVID-19.⁶

Dados nacionais, obtidos até 20 de abril de 2020, demonstraram que 72,0% dos óbitos confirmados por COVID-19 tinham mais de 60 anos de idade. Além disso, 70,0% deles apresentavam pelo menos um fator de risco, sendo que 38,1% dos idosos que vieram a óbito apresentavam DM e 53,4% apresentavam cardiopatia, das quais a HA está incluída neste rol de doenças.⁸

Quanto às regiões do país, até o momento o Sudeste vem apresentando o maior número de casos confirmados, sendo São Paulo o estado mais afetado, com 35,9% dos casos e 40,2% dos óbitos confirmados para COVID-19 (informação referente a 20/4/2020).⁸ Paralelamente, a cidade de São Paulo está entre as cinco capitais com a maior prevalência de DM entre os idosos (23,1%; IC95%: 19,8-26,8) em 2019, e apesar de suas taxas de hipertensão estarem entre as cinco menores entre as capitais, ainda se trata de uma prevalência alta (53,7%; IC95%: 49,5-57,9), com mais da metade da população apresentando HA no período analisado.

O estado do Rio de Janeiro é o segundo mais afetado, com 12,1% dos casos confirmados e 16,4% de óbitos⁸, e quanto à prevalência dos fatores de risco ao COVID-19 na cidade do Rio de Janeiro, 57,0% dos idosos relataram diagnóstico de HA e 21,9% de DM.

O terceiro estado brasileiro mais afetado pelo COVID-19 foi o Ceará, com 8,6% dos casos e 7,7% dos casos fatais, já a capital Fortaleza, em 2019 estava entre as cinco capitais com as maiores prevalências de DM no ano de 2019, apresentando um quarto dos idosos com a referida doença, além de uma prevalência de 54,1% de HA.

Medidas de prevenção como lavar as mãos frequentemente com água e sabonete ou usar desinfetante à base de álcool, evitar tocar nos olhos,

nariz e boca após contatos com superfícies ou pessoas, evitar sair de casa a menos que seja necessário, evitar aglomerações de pessoas ou lugares muito cheios, evitar contato próximo com outras pessoas (como em cumprimentos e abraços), evitar contato com pessoas doentes (com sintomas de gripe ou resfriado), trocar roupas e sapatos ao chegar em casa limpar e desinfetar objetos e superfícies tocados com frequência (como mesas e maçanetas), cobrir boca e nariz ao tossir ou espirrar, manter os ambientes ventilados, utilizar lenço descartável para higiene nasal, não compartilhar objetos de uso pessoal (toalhas, garrafas, talheres, pratos, copos) e uso de máscaras caseiras ou artesanais feitas de tecido em situações de saída de sua residência, estão sendo altamente recomendadas à população pelo Ministério da Saúde.¹⁰

Outras medidas, como bloqueios, toques de recolher, isolamento social maciço ou apenas de grupos vulneráveis e infectados também estão sendo adotadas em alguns países¹ na tentativa de proteger os maiores de 70 anos e evitar a sobrecarga de sistemas de saúde.⁹

Perante a este panorama o Ministério da Saúde buscou identificar e descrever os padrões de comportamentos de risco e proteção para a COVID-19 na população adulta das macrorregiões do país, numa parceria entre o Ministério da Saúde e a Universidade Federal de Minas Gerais, através da pesquisa Vigitel COVID-19, realizada entre os dias 1º e 10 de abril de 2020.¹¹ Dados preliminares da referida pesquisa apontam que aproximadamente 37,0% da população adulta no Brasil referiu a realização simultânea das práticas citadas anteriormente, sendo que as mulheres apresentaram maior adesão as práticas (39,9%) quando comparadas com os homens (33,3%).¹¹

No entanto, é necessária uma ação urgente para mitigar as consequências mentais e físicas para a saúde dos idosos, visto que o isolamento social entre este grupo é uma “séria preocupação de saúde pública” devido ao seu risco aumentado de problemas cardiovasculares, autoimunes, neurocognitivos e de saúde mental.

No Brasil, o Ministério da Saúde, vem buscando, com muita cautela, construir junto com os estados e especialistas, as orientações mais efetivas e robustas quanto ao isolamento social e a quarentena, de acordo com as realidades locais e evidência científica, além da publicação da Lei nº 13.979 de 6 de fevereiro de 2020 que dispõe sobre as medidas que poderão ser adotadas para enfrentamento da emergência de saúde pública no país.¹²

Uma limitação desse estudo é a utilização de faixas etárias diferentes daquelas construídas para ponderação do Vigitel, pois tal fato pode afetar a precisão das prevalências calculadas.

Considerações finais

A despeito do atual cenário, observa-se altas prevalências de hipertensão e diabetes na população idosa brasileira. Visto que essas comorbidades se configuram como fatores de risco importantes para o agravamento da infecção ao novo coronavírus, sugere-se o fortalecimento de ações de prevenção e controle adotadas pelo Ministério da Saúde, tais como: medidas de isolamento social, higienização das mãos, manter os ambientes bem ventilados, não compartilhar objetos pessoais, cobrir nariz e boca ao espirrar ou tossir e evitar aglomerações. Contudo, é importante desenvolver ações de proteção desses idosos, para minimizar os efeitos negativos desse isolamento.

Além disso, os planos de contingência e medidas de resposta ao novo coronavírus devem levar em consideração os municípios que apresentaram altas prevalências de HA e DM, visto que estes se apresentam como possíveis pontos críticos da pandemia em andamento.

Referências

1. Fang L, Karakiulakis G, Roth M. Are patients with hypertension and diabetes mellitus at increased risk for COVID-19 infection? *The Lancet*. Published online March 11, 2020 Disponível em: <https://bit.ly/3eSYCL2>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
3. Zhang JJ, Dong X, Cao YY, Yuan YD, Yang YB, Yan YQ, Akdis CA, Gao YD. Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China. *Allergy*. 2020;00:1–12. Disponível em: <https://bit.ly/3g4MGG6>.
4. Yang X, Yu Y, Xu J, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *Lancet Respir Med* 2020; published online Feb 24. Disponível em: <https://bit.ly/3ePX8RI>.
5. Guan W, Ni Z, Hu Y, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *The New England Journal of Medicine*. Publicado online em 28 Feb 2020. Disponível em: <https://bit.ly/2CVOmU4>.
6. ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control. Novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: increased transmission in the EU/EEA and the UK – sixth update – 12 March 2020. Stockholm: ECDC; 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3iidKne>. Acesso: 16 Abr 2020.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública. Situação epidemiológica da COVID-19 – Doença pelo coronavírus 2019. *Bol Epidemiol* 13 de 20 de abril de 2020 [internet]. *Semana Epidemiológica* 17(19-25/04). Disponível em: <https://bit.ly/3gfnHjc>. Acesso em: 22 abr 2020.
9. Armitage R, Nellums . COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *The Lancet Public Health*. Published online March 19, 2020 <https://bit.ly/2AfMRir>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Coronavírus Covid-19. Disponível em: <https://bit.ly/2ZqrhJl>. Acesso em: 22 abr 2020.

11. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública. Situação epidemiológica da COVID-19 – Doença pelo coronavírus 2019. Bol Epidemiol 11 de 17 de abril de 2020 [internet]. Semana Epidemiológica 16(12-18/04). Acesso em: 22 abr 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3eMwdpN>.
12. Brasil. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ed. 27, p. 1, 07 fev. 2020.

*Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS): Eduardo Marques Macário, Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha, Ellen de Cássia Dutra Pozzetti Gouvêa, Max Moura de Oliveira, Rayone Moreira Costa Veloso Souto, Roberta de Oliveira Santos, Sheila Rizzato Stopa, Vinicius Oliveira de Moura Pereira.

Obesidade: riscos de agravamento pela COVID-19

Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS)*

O novo Coronavírus (SARS-Cov-2) identificado como a causa de um surto de doença respiratória, em dezembro, na China, se espalhou pelo mundo, e foi considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como pandemia a Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19), em 11 de março de 2020.¹ Até o dia 26 de abril de 2020, segundo a OMS, a infecção por COVID-19 estava presente em 213 países, com 2.940.993 casos confirmados e 203.822 mortes no mundo.¹ O Brasil, nesta mesma data, apresentava 61.888 casos confirmados com 4.205 mortes. Dentre o total de óbitos investigados, 67,0% apresentava pelo menos um fator de risco, tais como cardiopatia, diabetes, doença renal, pneumopatia e obesidade.²

A OMS considera, entre outros, a obesidade como um fator de risco importante para adoecer gravemente pela COVID-19.¹ Em uma análise que incluiu pacientes com confirmação laboratorial para Covid-19, na cidade de Nova York, entre 1 de março e 2 de abril de 2020, as características mais importantes relacionadas aos riscos de hospitalização foram idade de 65 anos e mais e obesidade.³ Na China foi observado que entre os pacientes hospitalizados, indivíduos com obesidade apresentaram chance 42 vezes maior de desenvolver pneumonia grave em pacientes com COVID-19.⁴

Para enfrentar a complexidade e os desafios inerentes a esta pandemia, e mitigar o cenário atual, deve-se levar em consideração a exposição de grupos de indivíduos de maior risco de gravidade. O conhecimento sobre a prevalência de fatores de risco na população brasileira abre um caminho importante para o planejamento de ações mais efetivas e na tomada de decisão mais assertiva aos programas de saúde pública que se concentram na prevenção e redução das vulnerabilidades e adoção de comportamentos mais saudáveis⁵ para o enfrentamento da pandemia causada pela COVID-19.

Nessa lógica, este Boletim tem como objetivo descrever a prevalência de obesidade segundo sexo e faixas de idade, nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, no período entre 2006 e 2019.

Métodos

Foram analisados dados disponíveis pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) no período entre 2006 e 2019.⁶

O Vigitel é um inquérito telefônico de base populacional, realizado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, desde 2006. Um dos seus principais objetivos é investigar a frequência e distribuição dos principais fatores de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. Esse sistema entrevista anualmente uma amostra probabilística de adultos (18 anos ou mais) residentes em domicílios com telefone fixo, nas 26 capitais dos estados do país e no Distrito Federal (DF). São realizadas aproximadamente 54 mil entrevistas anuais, totalizando mais de 700 mil indivíduos entrevistados no período entre 2006 e 2019.⁶

Para o presente boletim, considerou-se o indicador de obesidade disponível no relatório do Vigitel.⁶ Os dados referidos sobre o peso e a altura dos entrevistados foram utilizados para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) considerando com obesidade o indivíduo que apresenta $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$.⁷ Inicialmente, investigou-se a tendência temporal do indicador, por meio de modelos de regressão linear para verificar a variação (de aumento ou redução) da prevalência no período estudado. As análises foram estratificadas segundo sexo (masculino e feminino) e duas faixas etárias (18 a 59 anos e 60 anos e mais). Considerou-se significativa a variação correspondente a um coeficiente estatisticamente diferente de zero ($p < 0,05$). Em seguida, foram calculadas as prevalências de obesidade e respectivos intervalos de 95% de confiança, para fornecer as estimativas por sexo, segundo as 26 capitais e DF para o ano de 2019.

Os dados foram analisados com uso do software Stata, versão 14.0, considerando os fatores de ponderação empregados pelo Vigitel.

Resultados

Observou-se tendência de aumento da prevalência de obesidade no período entre 2006 e 2019, para ambos os sexos e para as faixas de idade estudadas. Entre os homens, observou-se aumento significativo de 11,4% em 2006 para 19,5% em 2019, com aumento médio de 0,59 pontos percentuais [p.p.]. Maior incremento foi verificado

naqueles com 18 a 59 anos de idade, quando comparados aos de 60 anos e mais, com uma prevalência de 11,4% em 2006 para 19,3% em 2019, e aumento médio de 0,59 p.p. Para as mulheres, também foi observado aumento significativo, de 12,1% em 2006 para 21,0% em 2019, aumento médio de 0,66 p.p. Também com maior aumento na faixa de idade de 18 a 59 anos de idade, de 10,8% em 2006 para 20,3% em 2019, 0,70 p.p. (Tabela 1).

Tabela 1 Percentual da população adulta (≥ 18 anos) com obesidade ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$), nas capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal, segundo sexo e faixas etárias. Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), 2006-2019

Características		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	incremento médio	Valor de P	
Sexo	Faixa etária																	
	Masculino	18 a 59 anos	11,4	13,6	13,5	13,6	14,2	15,9	16,8	17,3	17,1	18,3	18,3	19,5	18,7	19,3	0,59	<0,001
		60 anos e mais	11,1	13,6	13,3	15,9	15,7	13,0	14,8	18,7	20,9	16,9	17,2	17,2	18,9	20,2	0,56	<0,001
Total		11,4	13,6	13,4	13,9	14,4	15,5	16,5	17,5	17,6	18,1	18,1	19,2	18,7	19,5	0,59	<0,001	
Feminino	18 a 59 anos	10,8	11,9	12,4	13,5	14,5	15,3	17,0	16,2	17,3	19,0	18,5	17,7	19,5	20,3	0,70	<0,001	
	60 anos e mais	19,5	19,5	21,4	20,8	21,3	22,2	23,7	23,6	22,3	22,4	24,5	23,1	25,7	23,6	0,37	<0,001	
	Total		12,1	13,1	13,9	14,7	15,6	16,5	18,2	17,5	18,2	19,7	19,6	18,7	20,7	21,0	0,66	<0,001

Fonte: Vigitel, 2020.

Entre os homens, em 2019 para o conjunto das capitais, a prevalência de obesidade foi de 19,5% e variou de 15,5% em Salvador a 24,6% em Boa Vista. Além de Boa Vista, Natal (24,3%) e Rio Branco (23,3%) foram as capitais com as maiores prevalências. Entre aqueles

na faixa etária de 18 a 59 anos, as cidades com as maiores prevalências foram Boa Vista (25,7%), Natal e Porto Alegre (23,8%) e Rio Branco (23,4%). E, naqueles com mais de 60 anos de idade, Fortaleza (27,5%), Natal (26,5%) e Campo Grande (25,7%).

Tabela 2 Percentual da população adulta (≥ 18 anos) com obesidade ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$), por sexo masculino, segundo capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal. Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), 2019

Capital	Masculino					
	18 a 59 anos	iC95%	60 anos e mais	iC95%	Total	iC95%
Aracaju	18,5	(14,5;23,3)	19,7	(14,3;26,4)	18,7	(15,1;22,9)
Belém	19,9	(15,6;25,0)	21,8	(15,0;30,6)	20,1	(16,3;24,6)
Belo Horizonte	20,9	(16,9;25,5)	20,1	(15,4;25,9)	20,7	(17,3;24,7)
Boa Vista	25,7	(18,4;34,6)	14,3	(8,8;22,2)	24,6	(17,9;32,8)
Campo Grande	22,4	(17,9;27,7)	25,7	(20,2;32,0)	23,0	(19,1;27,4)
Cuiabá	22,4	(18,1;27,3)	19,2	(14,3;25,5)	21,9	(18,2;26,2)
Curitiba	20,6	(16,3;25,5)	23,8	(19,1;29,3)	21,1	(17,4;25,3)
Florianópolis	19,3	(15,3;24,1)	16,5	(12,6;21,2)	18,8	(15,4;22,8)
Fortaleza	17,4	(13,7;21,9)	27,5	(20,6;35,6)	18,9	(15,4;22,9)
Goiânia	21,0	(16,9;25,8)	17,8	(13,1;23,8)	20,6	(17,0;24,7)
João Pessoa	18,0	(13,4;23,8)	22,2	(16,1;29,8)	18,6	(14,5;23,6)
Macapá	20,8	(15,3;27,5)	16,4	(9,8;26,3)	20,4	(15,4;26,5)

Continua

Conclusão

Capital	Masculino					
	18 a 59 anos	iC95%	60 anos e mais	iC95%	Total	iC95%
Maceió	17,5	(13,2;22,9)	17,3	(11,4;25,5)	17,5	(13,6;22,2)
Manaus	21,3	(16,6;26,8)	18,5	(13,0;25,7)	21,0	(16,7;26,0)
Natal	23,8	(18,6;29,9)	26,5	(20,0;34,3)	24,3	(19,8;29,4)
Palmas	16,2	(12,0;21,6)	20,2	(13,8;28,8)	16,6	(12,7;21,5)
Porto Alegre	23,8	(18,7;29,7)	21,1	(16,7;26,3)	23,2	(19,1;28,0)
Porto Velho	22,2	(17,1;28,2)	15,9	(10,3;23,9)	21,6	(16,9;27,1)
Recife	20,0	(15,9;24,7)	18,1	(12,8;25,0)	19,7	(16,1;23,8)
Rio Branco	23,4	(17,6;30,3)	22,7	(15,1;32,6)	23,3	(18,1;29,4)
Rio de Janeiro	20,8	(16,5;25,9)	17,0	(12,2;23,2)	20,1	(16,4;24,4)
Salvador	15,4	(11,6;20,1)	16,5	(11,1;23,8)	15,5	(12,1;19,7)
São Luís	20,0	(14,8;26,6)	6,7	(3,7;11,9)	18,8	(14,0;24,8)
São Paulo	17,7	(14,2;21,8)	22,3	(16,7;29,1)	18,5	(15,4;22,0)
Teresina	16,9	(13,3;21,3)	18,0	(12,8;24,8)	17,1	(13,8;20,9)
Vitória	16,7	(12,8;21,4)	12,6	(8,7;17,8)	16,0	(12,7;19,9)
Distrito Federal	18,6	(13,3;25,3)	18,7	(11,6;28,7)	18,6	(13,8;24,6)
Total de capitais	19,3	(18,0;20,7)	20,2	(18,2;22,4)	19,5	(18,3;20,7)

Fonte: Vigitel, 2020.

Em mulheres, a prevalência de obesidade, em 2019 para o conjunto das capitais, foi 21,0%, variando entre as capitais de 14,3%, em Palmas, a 25,7% em Manaus. As capitais que responderam pelas maiores prevalências, além de Manaus, foram Macapá (25,2%) e Recife (23,4%).

Entre aquelas na faixa etária de 18 a 59 anos, as cidades com as maiores prevalências foram Manaus (25,4%), Macapá (25,0%) e Recife (23,3%). E, naquelas com mais de 60 anos de idade, Palmas (28,3%), Manaus (27,5%) e Rio Branco (27,1%).

Tabela 3 Percentual da população adulta (≥ 18 anos) com obesidade ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$), por sexo feminino, segundo capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal. Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), 2019

Capital	Feminino					
	18 a 59 anos	iC95%	60 anos e mais	iC95%	Total	iC95%
Aracaju	21,5	(18,0;25,4)	25,1	(20,9;29,8)	22,1	(19,1;25,4)
Belém	17,8	(14,5;21,6)	24,3	(19,8;29,4)	19,1	(16,3;22,3)
Belo Horizonte	17,7	(14,5;21,3)	24,1	(20,4;28,2)	19,2	(16,7;22,1)
Boa Vista	16,9	(12,5;22,4)	25,4	(19,4;32,6)	17,9	(13,9;22,8)
Campo Grande	21,3	(17,5;25,6)	24,9	(21,4;28,8)	22,0	(18,9;25,5)
Cuiabá	22,4	(18,8;26,5)	25,7	(21,7;30,3)	23,0	(19,8;26,4)
Curitiba	17,3	(14,0;21,3)	20,0	(16,8;23,7)	17,9	(15,1;21,1)
Florianópolis	15,3	(12,1;19,1)	22,7	(19,3;26,6)	16,8	(14,2;19,9)
Fortaleza	20,7	(17,1;24,8)	21,6	(17,9;25,8)	20,9	(17,8;24,3)
Goiânia	17,4	(14,3;21,0)	23,9	(20,3;28,0)	18,6	(15,9;21,5)
João Pessoa	21,0	(17,2;25,3)	25,5	(21,6;29,9)	21,8	(18,6;25,4)
Macapá	25,0	(19,7;31,2)	26,5	(19,5;34,9)	25,2	(20,3;30,7)
Maceió	21,4	(17,6;25,7)	25,3	(21,1;30,0)	22,0	(18,8;25,6)
Manaus	25,4	(21,1;30,3)	27,5	(22,4;33,2)	25,7	(21,8;29,9)

Continua

Conclusão

Capital	Feminino					
	18 a 59 anos	iC95%	60 anos e mais	iC95%	Total	iC95%
Natal	19,8	(16,2;23,8)	26,7	(22,7;31,1)	21,0	(18,0;24,4)
Palmas	12,7	(9,8;16,3)	28,3	(21,7;36,1)	14,3	(11,5;17,6)
Porto Alegre	19,6	(15,8;24,0)	22,2	(18,7;26,1)	20,3	(17,4;23,6)
Porto Velho	16,9	(13,4;21,0)	26,8	(22,2;32,0)	18,0	(14,9;21,7)
Recife	23,3	(19,4;27,8)	23,6	(20,0;27,7)	23,4	(20,2;26,9)
Rio Branco	22,8	(18,4;28,0)	27,1	(22,3;32,6)	23,4	(19,3;27,9)
Rio de Janeiro	22,5	(18,6;26,9)	24,6	(21,0;28,5)	23,1	(20,0;26,4)
Salvador	19,3	(16,3;22,8)	24,1	(20,4;28,4)	20,3	(17,6;23,2)
São Luís	14,9	(11,9;18,6)	22,7	(18,3;27,8)	15,8	(13,1;19,1)
São Paulo	20,4	(17,2;23,9)	23,7	(19,8;28,1)	21,1	(18,5;24,0)
Teresina	17,1	(14,0;20,8)	22,7	(18,3;27,8)	18,0	(15,2;21,2)
Vitória	18,7	(15,3;22,5)	20,5	(17,0;24,4)	19,1	(16,3;22,2)
Distrito Federal	20,7	(16,5;25,8)	18,9	(14,6;24,1)	20,4	(16,8;24,6)
Total de capitais	20,3	(19,1;21,4)	23,6	(22,2;25,0)	21,0	(20,0;21,9)

Fonte: Vigitel, 2020.

Discussão

No período de 2006 a 2019, foi possível identificar a tendência de aumento de obesidade em ambos os sexos, tanto para os adultos mais jovens quanto para aqueles acima de 60 anos. Os maiores incrementos, em ambos os sexos, foram observados nas faixas de idade mais jovens (18 a 59 anos de idade). As capitais com maiores prevalências representam em torno de um obeso a cada quatro adultos, apontando que as altas prevalências dessa condição tanto em indivíduos com menos de 60 anos quanto naqueles acima, indicam risco adicional para a gravidade de COVID-19.

A obesidade é uma doença crônica que causa inflamação no organismo, o que dificulta a resposta imunológica,⁷ sendo, portanto, uma importante comorbidade associada à COVID-19. Ademais, a obesidade está associada à alta prevalência de outras doenças crônicas, incluindo diabetes e hipertensão arterial,⁸ que também são comorbidades associadas a maior gravidade da doença causada pelo coronavírus. Sendo assim, países onde grande parte da população tem excesso de peso (55,4%) e obesidade (20,3%), como o Brasil, têm mais chances de registrar um maior número de mortes.⁶

Dos óbitos registrados e investigados no Brasil até o dia 26 de abril, 4,6% apresentavam obesidade, sendo que destes, 55,8% eram de pessoas com idade inferior a 60 anos e 44,2% em idosos acima de 60 anos.²

Considerando que a prevalência de obesidade aumentou, principalmente nas faixas de idade mais jovens (entre 18 e 59 anos de idade), e que a maioria das mortes por Covid – 19 em indivíduos com obesidade, ocorreram naqueles com idade inferior a 60 anos, é crucial que o país intensifique ações de vigilância de fatores agravantes, como a obesidade, em indivíduos mais jovens e implemente novas ações e políticas. Neste contexto, os profissionais da saúde devem estar atentos, permitindo uma melhor identificação de grupos vulneráveis que exigem medidas de segurança mais rigorosas e admissão precoce devido ao aumento do risco de desenvolver complicações.⁹

Ademais, no contexto da alimentação adequada e saudável, destaca-se o Guia Alimentar para a População Brasileira para apoiar e incentivar as práticas alimentares saudáveis.¹⁰ Medidas fiscais, restrição de publicidade e propaganda de alimentos ultraprocessados e a implementação de um novo modelo de rotulagem nutricional no Brasil podem contribuir para o enfrentamento da obesidade na população.¹⁰

Uma limitação desse estudo é a utilização de faixas etárias diferentes daquelas construídas para ponderação do Vigitel, pois tal fato pode afetar a precisão das prevalências calculadas.

Considerações finais

A COVID-19 configura uma doença muito recente, demandando, portanto, constante revisão das evidências científicas para melhor compreendê-la, preveni-la e tratá-la. No entanto, a partir de experiências anteriores com condições semelhantes, - como a SARS, a MERS e o H1N1 -, sabe-se que, de maneira semelhante, a obesidade pode agravar as condições gerais de saúde. Ao mesmo tempo, fatores como a alimentação saudável e adequada tem papel relevante na proteção da saúde e é especialmente importante para o fortalecimento do sistema imunológico, que podem ser determinantes na evolução dos casos.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease (COVID-19) outbreak. Disponível em: <https://bit.ly/38f6m7m>. Acesso em: 27 mar 2020.
2. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública. Situação epidemiológica da COVID-19 – Doença pelo coronavírus 2019. Bol Epidemiol 14 de 26 de abril de 2020 [internet]. Semana Epidemiológica 18 (26/04 a 02/05). Acesso em: 28 abr 2020. Disponível em: <https://bit.ly/2ZqA1X4>.
3. Christopher M. Petrilli et al. Factors associated with hospitalization and critical illness among 4,103 patients with Covid-19 disease in New York City. medRxiv 2020.04.08.20057794; Disponível em: <https://bit.ly/2BU599m>.
4. Qingxian, Cai e Fengjuan, Chen e Fang, Luo e Xiaohui, Liu e Tao, Wang e Qikai, Wu e Qing, Ele e Zhaoqin, Wang e Yingxia, Liu e Jun, Chen e Lei, Liu e Lin, Xu, Obesidade e Gravidade COVID-19 em um hospital designado em Shenzhen, China (13/3/2020). Disponível em: <https://bit.ly/2BU54m4>.
5. Silva, Gulnar Azevedo e; Malta, Deborah Carvalho; Moura, Lenildo de; Rosa, Roger dos Santos. Vigilância das doenças crônicas não transmissíveis: prioridade da saúde pública no século XXI. Rio de Janeiro, RJ; CEPESC/IMS/UERJ; 2017. 298 p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
7. World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva; 2000. (World Health Organ Tech Rep Ser).
8. World Health Organization (WHO). Tackling NCDs: 'best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. 2017. Anexo 3, do Plano de Ação Global para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis 2013–2020. (tradução livre para Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable diseases 2013-2020). Disponível em: <https://bit.ly/2Bmz9La>. Acesso em: 06 abr 2020.
9. Watanabe, Mikiko et al. Obesity and SARS-CoV-2: a population to safeguard. Diabetes Metab Res Rev. 2020 Apr 21:e3325. doi: 10.1002/dmrr.3325. Disponível em: <https://bit.ly/38cE8do>. Acesso em: 28 abr 2020.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

*Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS): Eduardo Marques Macário, Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha, Ellen de Cássia Dutra Pozzetti Gouvêa, Kauara Rodrigues Dias Ferreira, Luiza Eunice Sá da Silva, Max Moura de Oliveira, Roberta de Oliveira Santos.

Análise das notificações e mortes por violência envolvendo crianças em 2018

Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS)*

A violência contra crianças é um fenômeno global, complexo e endêmico. Constitui-se como um grave problema de Saúde Pública, exigindo ações imediatas e efetivas para seu enfrentamento¹. Estima-se que mais da metade das crianças no mundo sejam vítimas de violência anualmente, representando aproximadamente 1 bilhão de crianças vítimas de abusos físicos, sexual emocionais e negligência todos os anos².

Reconhecendo a natureza difusa e injusta da violência contra crianças, 196 nações ratificaram, em 1989, a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, que declarou a vida sem violência como um direito fundamental das crianças³. Em 2015, a Organização das Nações Unidas (ONU) lançou uma nova Agenda para o Desenvolvimento Sustentável, incorporando, entre suas metas, o enfrentamento da violência contra as crianças⁴. Em 2016, a ONU criou a Parceria Global pelo fim da violência contra crianças e adolescentes (*Global Partnership to End Violence Against Children*) cujo objetivo é erradicar a violência contra crianças e adolescentes em todos os países, comunidades e famílias do mundo. Em 2017, a Parceria Global criou o Inspire, um pacote de medidas técnicas que descreve sete estratégias bem-sucedidas para reduzir a violência contra as crianças⁵. O Brasil passou a fazer parte da Parceria Global em 2018.

No Brasil, a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990, solidificou no panorama legal o dever do Estado de garantir, junto à família e à sociedade, os direitos fundamentais das crianças e adolescentes⁶, sendo obrigatória a notificação de violências contra essa população ao conselho tutelar. No âmbito da saúde, a vigilância das violências contra crianças é realizada por meio do componente contínuo do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan), sendo a notificação de violências compulsória para todos os serviços de saúde^{7,8}. A expressão máxima dessas violências se apresenta no óbito, cuja vigilância é realizada através do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)⁹.

Nesse sentido, este boletim objetiva descrever o perfil dos casos notificados e dos óbitos por violência contra crianças, no Brasil, em 2018. Esta análise poderá contribuir para a conscientização sobre o problema, e para a proposição e aprimoramento de políticas públicas para o seu enfrentamento, além de apoiar a prevenção da violência e a promoção de uma cultura de paz.

Métodos

Foi realizado um estudo descritivo do perfil epidemiológico dos homicídios e das violências contra crianças notificadas pelos serviços de saúde, em 2018, no Brasil. Este estudo delimita como crianças os indivíduos com idade entre zero e 9 anos, conforme a convenção elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e adotada pelo Ministério da Saúde¹⁰.

Os dados sobre óbitos utilizados neste estudo foram extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Os dados sobre notificações foram extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), a partir das fichas de notificação individual de violência interpessoal/autoprovocada. Os dados de notificações referentes ao ano de 2018 são preliminares e foram extraídos em junho de 2020. As bases de dados desse ano ainda passarão por limpeza e exclusão de duplicidade pelo Ministério da Saúde e, portanto, estarão sujeitas a alterações.

Foram considerados como casos de violência interpessoal aqueles cujos campos “lesão autoprovocada” e “relação com a pessoa atendida – própria pessoa” estavam preenchidos como “não”.

Resultados

Entre 2011 a 2018 (dado preliminar) o número de notificações de violência contra criança, no Brasil, mais do que triplicou, passando de 13.249 para 45.967.

Esse resultado não reflete a prevalência do fenômeno da violência na população brasileira, mas a ampliação da capacidade de captação e cobertura do sistema de Viva-Sinan (Figura 1). Nesse mesmo período, verificou-se um aumento substancial da cobertura do Viva/Sinan, no Brasil, de 2.114 municípios notificantes (38,0%), em 2011, para 4.381 municípios notificantes (78,7%), em 2018 (dado não apresentado nos resultados).

Dos casos de violência interpessoal contra crianças notificados no Viva/Sinan em 2018, a maior parte das vítimas eram do sexo feminino (54,4%, n=25.011) e negra (47,9% dos casos, n=22.023). A maioria dessas violências ocorreu nas residências (67,1%, n=30.825) e foi perpetrada pelo familiar (97,8%, n=44936). O tipo de violência mais comum foi a negligência/abandono (53,4% dos casos, n=24.538), seguida de violência sexual, 26,5% dos casos (n=12.178). (Tabela 1).

Entre 2011 e 2018 foram registrados 5.865 óbitos de crianças por homicídio no Brasil. Neste período foi observado um aumento de 6,6% no número destes óbitos. O pico, entretanto, ocorreu em 2013, ano em que ocorreram 357 óbitos de crianças por esta causa (Figura 2).

Em 2018, a taxa de mortalidade por homicídios foi maior entre meninos (10,7 óbitos/100 mil habitantes). O meio mais prevalente, registrado como causa básica de óbito, foi a arma de fogo (2,22 óbitos/100 mil habitantes), seguida por agressão por objeto contundente (1,23 óbitos/100 mil habitantes) e cortante, que são as armas brancas (1,13 óbitos/100 mil habitantes) (Tabela 2). O maior número de óbitos foi observado em Roraima (n=35), perfazendo uma taxa de mortalidade de 31,8 óbitos/100 mil habitantes (Figura 3).

Discussão

A violência contra crianças é uma grave violação de direitos que tende a se perpetuar entre as gerações, mantendo assim um ciclo de violência¹¹. Trata-se de um fenômeno altamente prevalente no Brasil e no mundo, afetado crianças de todas as classes sociais, sexos e raças. Essas violências podem ser definidas como: atos ou omissões dos pais, parentes, responsáveis, instituições e, em última instância, da sociedade em geral, que redundem em dano físico, emocional, sexual e moral às vítimas, seres em formação¹²⁻¹⁴.

O estudo apontou para uma maior frequência de violências notificadas contra crianças de 0 a 9 anos do sexo feminino e da raça/cor negra. A natureza de

violência mais frequente foi a negligência, seguida das violências sexuais e físicas, perpetradas quase na sua totalidade por familiar e na residência. Já o perfil de mortalidade revelou meninos como as principais vítimas, e a arma de fogo é o principal meio de agressão, seguido de objetos contundentes e cortantes. Roraima foi o estado com maior frequência e taxa de homicídio, o que indica que este estado possui o maior risco de crianças morrerem por agressão.

Segundo o Viva Inquérito, pesquisa realizada em serviço de urgência das capitais brasileiras em 2017, os atendimentos por violência intrafamiliar representaram 68,1% do total de atendimentos por agressões de crianças de 0 a 9 anos¹⁵, demonstrando a importância da violência familiar no conjunto de violências perpetradas contra crianças. Além disso, estima-se que, para cada caso identificado de violência contra a criança, outros vinte permanecem ocultos¹⁶.

Considerando que, em princípio, a família deve apresentar um ambiente de segurança e zelo para o desenvolvimento infantil, a elevada prevalência de violência familiar contra crianças se mostra particularmente grave, produzindo cenários de prática de crimes e violações de direitos que, frequentemente, permanecem ocultos, mantendo a criança desamparada¹⁷. Nesse sentido, a compressão do fenômeno da violência familiar, envolvendo o conhecimento sobre suas causas e consequências, é fundamental para orientar ações de enfrentamento.

A violência contra crianças é um problema complexo e multifacetado, com causas relacionadas ao indivíduo, relacionamento próximo, comunidade e níveis sociais, impactando comunidades, famílias, relacionamentos e a maneira como as crianças experimentam suas vidas diárias¹⁸. Um fator chave para sua perpetuação é a tolerância da violência pela sociedade, dentro de uma cultura de naturalização, que, somada à vergonha, o medo e a percepção de desamparo, resulta em baixos níveis de comunicação às autoridades.

As consequências da violência para criança são múltiplas e tendem a se propagar entre gerações. As experiências adversas na infância resultam em sequelas para a vida, constituindo importantes fatores de risco para transtornos psiquiátricos e suicídio, além do tabagismo, abuso de álcool e drogas e comportamentos sexuais de risco¹⁹. Além disso, as experiências de violência vivenciadas pelas crianças, principalmente em casa, podem ser aprendidas como comportamentos normais de resolução de conflitos, sendo naturalizados e adotados como modelo de comportamento, perpetuando o ciclo da violência²⁰.

A prevenção da violência contra crianças, portanto, contribui para a prevenção de uma gama muito mais ampla de distúrbios mentais e físicos, incluindo doenças não transmissíveis e a perpetuação da violência¹⁹. Desse modo, as ações e programas de enfrentamento devem ampliar seu escopo para além do cuidado integral as vítimas, geralmente organizado na lógica da natureza da violência, e disparado a partir da notificação do caso. Torna-se necessária a prevenção considerando os fatores de risco, as circunstâncias e o contexto para a compreensão e correto manejo do problema. A interação entre fatores de risco em diferentes níveis de determinação se faz tão importante quanto a influência de fatores dentro um mesmo nível de determinação¹⁸.

A prevenção da violência contra crianças envolve, portanto, a implementação de medidas para: criar ambientes familiares seguros, sustentáveis e acolhedores, e fornecer ajuda e apoio especializados para famílias em risco de violência; modificar ambientes inseguros através de mudanças físicas e atenção psicossocial; reduzir fatores de risco em espaços públicos (por exemplo, escolas, locais onde jovens pessoas se reúnem) para reduzir a ameaça de violência; abordar as desigualdades de gênero nos relacionamentos, em casa, na escola, no local de trabalho etc.; mudar as atitudes e práticas culturais que apoiam o uso de violência; garantir que estruturas legais proibam todas as formas de violência contra crianças e limitar o acesso dos jovens a produtos nocivos, como álcool e armas de fogo; garantir o acesso a serviços de qualidade para crianças afetadas por violência; eliminar as iniquidades culturais, sociais e econômicas que contribuem para a perpetuação da violência; e coordenar as ações dos múltiplos setores que têm papel a desempenhar prevenção e resposta à violência contra crianças²¹.

Assim, torna-se necessário fortalecer um modelo de cuidado ampliado à saúde, com inserção oportuna e qualificada das vítimas diretas e indiretas das violências na rede de atenção e proteção. Nesse sentido, reforça-se a necessidade de compreender a indissociabilidade da vigilância e da atenção em saúde, tendo a notificação de violência o papel de disparador do cuidado. Nesse aspecto, é importante reconhecer o papel estratégico e estruturador da atenção primária à saúde e do agente comunitário de saúde, que constitui o elo entre comunidade e serviço de saúde, dentro do território. Torna-se, ainda, fundamental sensibilizar e treinar as equipes de saúde para a captação de casos, muitas vezes disfarçados e velados, e manejo correto. Para além disso, torna-se essencial trabalhar o tema das violências nas comunidades, para promover a compreensão do problema pela sociedade, enfrentando o processo de naturalização da violência.

Por outro lado, é fundamental trabalhar a prevenção das violências a partir dos fatores de risco e das vulnerabilidades que a sustentam, compreendendo o papel estruturante da infância na interrupção do ciclo da violência e na construção da cultura de paz. Nesse contexto, iniciativas como a Nurse-Family Partnership²² e o programa Family Connections²³ – programas de visitas domiciliares focados no enfrentamento de vulnerabilidades e fatores de risco, se mostram estratégicas.

No Brasil, o programa Criança Feliz foi criado, em 2016, como um programa intersetorial objetivando a promoção do desenvolvimento integral de criança, considerando suas famílias e contextos sociais^{24,25}. Fundamentado em dois eixos, de visitas domiciliares e integração das políticas de atenção à primeira infância, com foco no território e no fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, o programa se caracteriza como uma importante resposta à necessidade de se fortalecer o desenvolvimento positivo da primeira infância.

Anexos

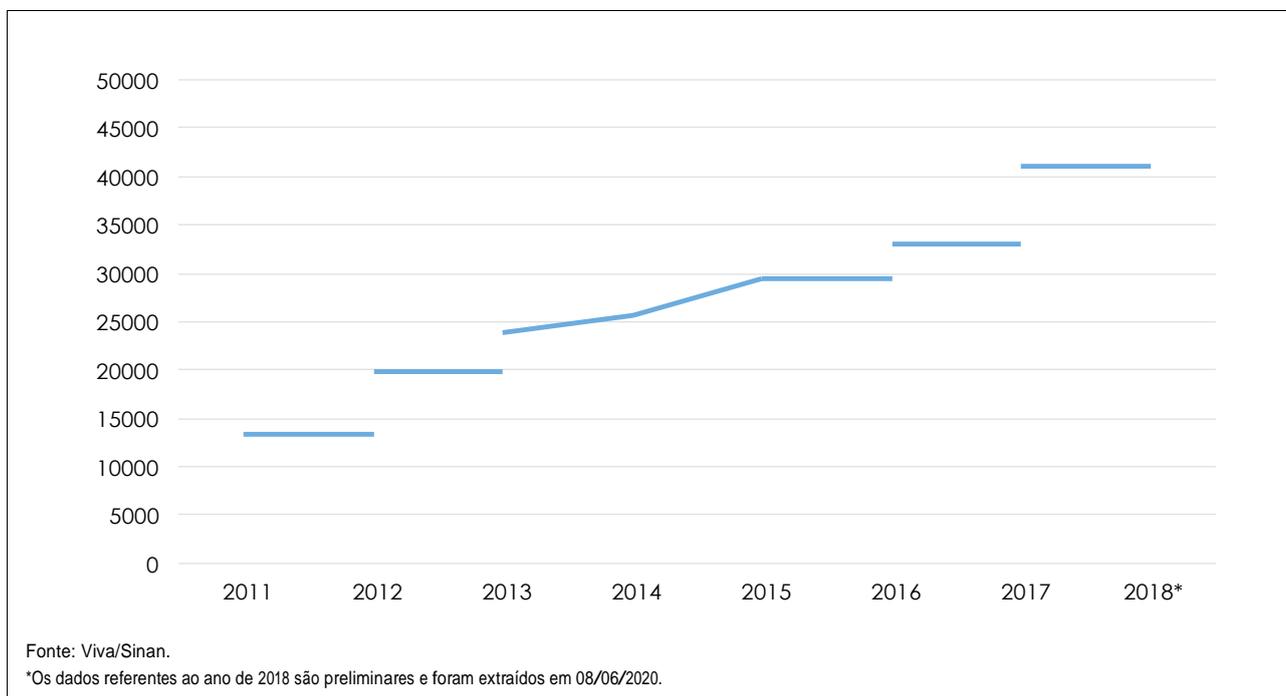


Figura 1 Número de notificações de violência interpessoal contra crianças registradas no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan) segundo ano de notificação, Brasil (2011 a 2018*)

Tabela 1 Número e percentual de notificações de violência interpessoal contra crianças registradas no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan) segundo características selecionadas, Brasil (2018*)

Características		Número de notificações	%
Sexo da vítima	Feminino	25011	54,4%
	Masculino	20927	45,5%
Raça/cor da vítima	Negro	22023	47,9%
	Branco	18600	40,5%
	Indígena	395	0,9%
	Amarelo	184	0,4%
Local de ocorrência da violência	Residência	30825	67,1%
	Outro	5226	11,4%
	Via pública	2417	5,3%
	Escola	1491	3,2%
	Comércio/serviços	1018	2,2%
	Outros locais	697	1,5%

Continua

Conclusão

	Características	Número de notificações	%
Tipo de violência	Negligência/abandono	24538	53,4%
	Sexual	12178	26,5%
	Física	11165	24,3%
	Psicológica	6405	13,9%
	Outro tipo de violência	1008	2,2%
	Tortura	590	1,3%
	Financeira/patrimonial	294	0,6%
	Trabalho Infantil	231	0,5%
	Intervenção legal	85	0,2%
	Tráfico de seres humanos	24	0,1%
Vínculo da vítima com provável agressor	Familiar	44936	97,8%
	Outros vínculos	5691	12,4%
	Conhecido	4944	10,8%
	Desconhecido	1505	3,3%

Fonte: Viva/Sinan.

*Os dados referentes ao ano de 2018 são preliminares e foram extraídos em 08/06/2020

**O número total neste caso não reflete o número total de notificações de violência sexual, tendo em vista que uma mesma notificação pode registrar mais de um tipo de violência e mais de um tipo de autor.

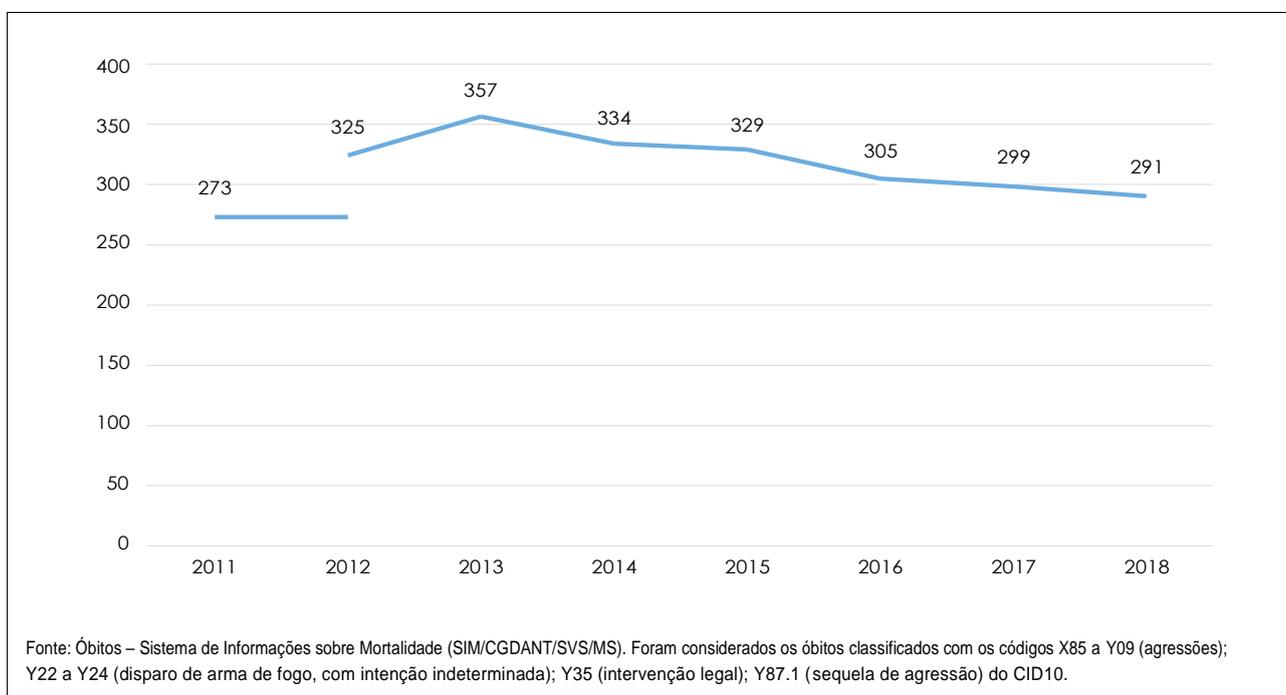


Figura 2 Óbitos de crianças por homicídio segundo ano de ocorrência do óbito, Brasil (2011-2018)

Tabela 2 Número de óbitos e taxa de mortalidade de crianças por homicídio segundo características selecionadas, Brasil (2018)

	Características	Número de óbitos	Taxa bruta de mortalidade (/100mil hab.)
Sexo da vítima	Feminino	130	9,07
	Masculino	161	10,73
Causa básica do óbito	Agressão com arma de fogo (X93-X95)	65	2,22
	Agressão com estrangulamento (X91)	23	0,78
	Agressão com força corporal (Y04)	11	0,38
	Agressão com fumaça, fogo e chamas (X97)	3	0,10
	Agressão com objeto contundente (Y00)	36	1,23
	Agressão com objeto cortante (X99)	33	1,13
	Agressão com outros meios (X85-X90, X92, X96, X98, Y01-Y03, Y05-Y08)	57	1,94
	Agressão por meios não especificados (Y09)	57	1,94
	Disparo por arma de fogo de intenção indeterminada (Y22-Y24)	5	0,17
	Intervenção legal e operações de guerra (Y35/Y36)	1	0,03
	Sequelas de Agressão (Y87.1)	0	0,00

Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), População residente - IBGE 2018. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos X85 a Y09 (agressões); Y22 a Y24 (disparo de arma de fogo, com intenção indeterminada); Y35 (intervenção legal); Y87.1 (sequela de agressão) do CID10.

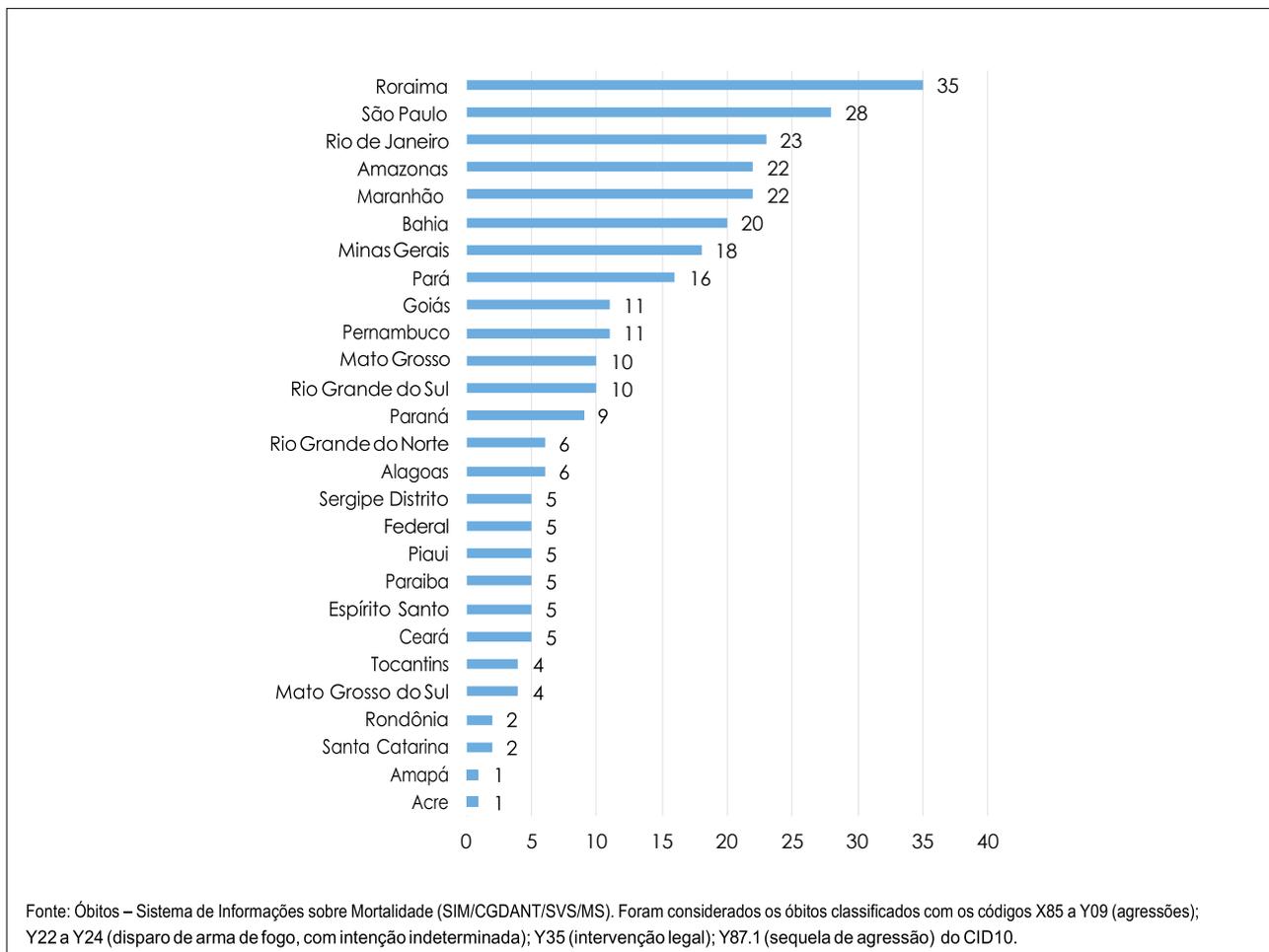


Figura 3 Óbitos de crianças por homicídio segundo Unidade Federada de residência da vítima, Brasil (2018)

Referências

1. Ferreira CLS, Côrtes MCJW, Gontijo ED. Promotion of children's rights and prevention of child abuse. *Cienc e Saude Coletiva*. 2019;24(11):3997–4008.
2. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Pediatrics*. 2016;137(3):e20154079.
3. UNICEF. Convention on the Rights of the Child. 1989. Disponível em: <https://bit.ly/2BQ1Wbm>. Acesso em 12 de junho de 2020.
4. UNITED NATIONS. Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development. 2016. Disponível em: encurtador.com.br/agR48. Acesso em 12 de junho de 2020.
5. WHO, CDC. Global Partnership to End Violence Against Children, et al. INSPIRE: seven strategies for ending violence against children. Geneva: WHO, 2017.
6. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional. 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2011 jan 26; Seção 1:37*.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2014 jun 9; Seção 1:67*.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade. Disponível em: <https://bit.ly/3iK7xAI>. Acesso em 12 de junho de 2020.
10. BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde, 2010.
11. Sanchez RN. O enfrentamento da violência no campo dos direitos de crianças e adolescentes. Pacto pela paz uma constatação possível São Paulo Fundação Petróp. 2003;39–46.
12. Assis SG De. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. *Cad Saude Publica*. 1994;10:S126–34.
13. Guerra VN de A. Violência física doméstica contra crianças e adolescentes e a imprensa: do silêncio à comunicação. São Paulo Pontifícia Univ Católica. 1996;
14. Deslandes SF. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cad Saude Publica*. 1994;10:S177–87.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva Inquérito 2017: Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência – Capitais e Municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
16. ABRAPIA - Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção a Infância e Adolescência. Maus tratos contra crianças e adolescentes: proteção e prevenção. 2. ed. Rio de Janeiro, 1997
17. WHO. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. 2006. Disponível em: <https://bit.ly/321oK2v>.
18. WHO, KRUG, Etienne G. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002. <https://bit.ly/2O6uOyv>

19. Marques ES, Moraes CL de, Hasselmann MH, Deslandes SF, Reichenheim ME. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cad Saude Publica*. 2020;36(4):e00074420.
20. MacKenzie MJ, Nicklas E, Brooks-Gunn J, Waldfogel J. Spanking and children's externalizing behavior across the first decade of life: Evidence for transactional processes. *J Youth Adolesc*. 2015;44(3):658–69.
21. WHO. Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multi-sectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children. WHO Press Geneva; 2016.
22. Olds DL. Preventing crime with prenatal and infancy support of parents: The nurse-family partnership. *Vict Offenders*. 2007;2(2):205–25.
23. DePanfilis D, Dubowitz H. Family connections: A program for preventing child neglect. *Child Maltreat*. 2005;10(2):108–23.
24. BRASIL. Decreto no 8.869, de 5 de outubro de 2016. Institui o Programa Criança Feliz.
25. BRASIL. Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017. *Bol Epidemiológico [Internet]*. 2018;49(27):1–17. Available from: <https://bit.ly/3iEqncx>

*Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS): Érika Carvalho de Aquino, Rayone Moreira Costa Veloso Souto, Rafael Bello Corassa.

Consumo abusivo de bebidas alcoólicas e mortalidade plenamente atribuível ao álcool no Brasil: evidências para enfrentamento

Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS)*

O consumo de álcool está presente na história de muitas culturas, atribuindo a produção de bebidas (cervejas, cachaças, vinhos, vodka, dentre outras) em- pregando essas bebidas em suas respectivas celebra- ções e festividades.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 44,5% da população mundial acima de 15 anos era consumidora de bebidas alcoólicas em 2016, o que corresponde a mais de 2,3 bilhões de pessoas (OMS, 2018). O volume e pa- drões de ingestão de bebidas alcoólicas, sexo, faixa etá- ria, status socioeconômico e tipo de bebida são alguns dos fatores que impactam no consumo das populações e nas consequências para a saúde.

O avanço no conhecimento sobre o impacto nocivo do uso do álcool para a saúde dos indivíduos e populações vem evidenciando a associação da substância com a mortalidade e a ocorrência de uma ampla variedade de doenças e agravos, como neoplasias, doenças cardiovasculares, do fígado, bem como violências, acidentes e algumas doenças transmissíveis (MONTEIRO, 2016; GARCIA et al., 2015). A OMS estima que, em 2016, o uso da substância foi responsável por 3 milhões de mortes (5,3%), o que significa, em média, que uma pessoa foi a óbito por causas atribuíveis ao álcool no mundo a cada 10 segundos (OMS, 2018).

O álcool também vem sendo descrito como fator de risco importante para doenças, agravos e mortes no Brasil (GARCIA et al., 2015). O Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico em 2019 (BRASIL, 2019), realizado nas capitais brasileiras apontou um crescimento de do consumo abusivo de 15,7% em 2006 para 18,8% em 2019 (BRASIL, 2020a) ressaltando a necessidade de monitoramento os fatores de risco para a formulação de políticas públicas específicas. Tais pesquisas não levam em consideração o aumento esporádico do consumo que pode ocorrer em contextos culturais, como por exemplo no período do carnaval (BRASIL, 2020b).

Em 2015, publicação Saúde Brasil trouxe um importante capítulo sobre a evolução da mortalidade por doenças e lesões plenamente atribuíveis ao álcool no Brasil, evidenciando a importância do álcool como causa de morte prematuras no Brasil, especialmente nos homens (BRASIL, 2015).

As iniciativas brasileiras para a redução de consumo de bebidas alcoólicas nos últimos anos estão expressas através de políticas e estratégias de restrição do acesso como o Estatuto do Índio¹, a imposição de idade mínima para acesso, estabelecida através das disposições do Estatuto da Criança e do Adolescente², a lei de restrições ao uso e à propagandas³, a Lei Seca⁴ e também as Políticas Nacionais sobre o Álcool⁵, sobre Drogas⁶ e a de Promoção da Saúde⁷. Todavia, o enfrentamento dos problemas relacionados ao consumo do álcool no país necessita que tais iniciativas sejam reconhecidas e reforçadas no que se refere à implementação das ações previstas.

Este boletim epidemiológico objetiva contribuir na compreensão do fenômeno do consumo abusivo de bebidas alcoólicas no Brasil e da mortalidade plenamente atribuível a este comportamento, com o intuito de oferecer subsídios para o desenvolvimento de ações governamentais efetivas para o seu enfrentamento.

Métodos

Trata-se de um estudo ecológico com base nas estimativas de consumo abusivo obtidas da Pesquisa Nacional de Saúde – PNS (2013), bem como nos óbitos por causas plenamente atribuíveis ao consumo

de bebidas alcoólicas registrados, no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

A definição de consumo abusivo adotada na PNS contemplou a ingestão de quatro ou mais doses de bebidas alcoólicas (para sexo feminino) e cinco ou mais doses (para sexo masculino), em uma mesma ocasião, dentro dos últimos 30 dias, a partir da resposta das seguintes perguntas: “Nos últimos 30 dias, o senhor chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?”, quando sexo masculino, e “Nos últimos 30 dias, a senhora chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?”, quando do sexo feminino. A definição de dose adotada pela pesquisa equivale a uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça, uísque ou qualquer outra bebida alcoólica destilada. Foi estimada frequência de consumo abusivo na população geral pelas 26 Unidades da Federação (UF) de residência e Distrito Federal. Para classificação dos óbitos com causa básica considerada plenamente atribuível ao consumo de bebidas alcoólicas, foram utilizados os códigos da 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) agrupados de acordo com os critérios da lista de (REHM et al, 2017). As informações sobre o número de óbitos plenamente atribuíveis ao uso do álcool foram obtidas através dos dados do Sistema de Informação de Mortalidade.

¹Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973. Estabelece em seu art.58, inciso III, que é crime “propiciar, por qualquer meio, a aquisição, o uso e a disseminação de bebidas alcoólicas, nos grupos tribais ou entre índios não integrados. Pena - detenção de seis meses a dois anos”.

²Lei nº 8.069, DE 13 de julho de 1990. Estabelece em seu art. 79 restrições para ilustrações, fotografias, legendas, crônicas ou anúncios de bebidas alcoólicas, entre outros produtos, em revistas e publicações destinadas ao público infanto-juvenil. Além disso, no art. 81 dispõe a proibição da venda de bebidas alcoólicas à criança ou ao adolescente. Por fim, no art. 243, estabelece como crime: “Vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar, ainda que gratuitamente, de qualquer forma, a criança ou o adolescente, bebida alcoólica ou, sem justa causa, outros produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica: Pena - detenção de 2 (dois) a 4 (quatro) anos, e multa, se o fato não constitui crime mais grave”.

³Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Estabelece a obrigatoriedade de inclusão de advertência nas propagandas de bebidas alcoólicas. Define que a propaganda comercial de bebidas alcoólicas nas emissoras de rádio e televisão somente será permitida no período entre as vinte e uma e as seis horas. Estabelece que os rótulos das embalagens de bebidas alcoólicas conterão advertência nos seguintes termos: “Evite o Consumo Excessivo de Álcool”; e prevê que na parte interna dos locais em que se vende bebida alcoólica, deverá ser afixado advertência escrita de forma legível e ostensiva de que é crime dirigir sob a influência de álcool, punível com detenção. Todavia, devido a presente legislação considerar bebidas alcoólicas apenas aquelas com teor alcoólico superior a treze graus Gay Lussac, as restrições estabelecidas nesta legislação não abarcam a grande maioria das cervejas.

⁴Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008. Estabelece a proibição, na faixa de domínio de rodovia federal ou em terrenos contíguos à faixa de domínio com acesso direto à rodovia, da venda varejista ou o oferecimento de bebidas alcoólicas para consumo no local, altera o Código de Trânsito Brasileiro (CTB), instituindo a alcoolemia zero e outras providências, e a Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, determinando que no interior dos locais em que se vende bebida alcoólica, deverá ser afixado advertência escrita de forma legível e ostensiva de que é crime dirigir sob a influência de álcool, punível com detenção.

⁵Lei nº 12.760, de 20 de dezembro de 2012. Altera o CTB, estabelecendo multa (dez vezes) e suspensão do direito de dirigir por 12 (doze) meses para o condutor que dirigir sob a influência de álcool por litro de sangue ou por litro de ar alveolar ou de qualquer outra substância psicoativa que determine dependência, e incluindo a concentração igual ou superior a 0,3 miligrama de álcool por litro de ar alveolar como crime de trânsito.

⁶Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007. Dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade. Dentre o conjunto de medidas elencadas na política encontram-se o incentivo à regulamentação, ao monitoramento e à fiscalização da propaganda e publicidade de bebidas alcoólicas; ampliação do acesso ao tratamento para usuários e dependentes de álcool aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS); intensificação da fiscalização quanto ao cumprimento dos dispositivos do ECA; incentivo à medidas de regulamentação para horário de funcionamento de estabelecimentos comerciais onde haja consumo de bebidas alcoólicas e de proibição de consumação mínima, promoção e degustação de bebidas alcoólicas.

⁷Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Estabelece diretrizes para o enfrentamento aos problemas relacionados ao uso de drogas lícitas e ilícitas. Deste modo, referência a Política Nacional sobre o Álcool de modo a buscar o equilíbrio entre as diversas diretrizes, que compõem de forma intersistêmica as duas Políticas, nas diversas esferas da federação.

⁸Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. (Anexo I). Estabelece entre os temas prioritários da PNPS o “enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas, que compreende promover, articular e mobilizar ações para redução do consumo abusivo de álcool e outras drogas, com a corresponsabilização e autonomia da população, incluindo ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais”.

Foram calculadas as taxas de mortalidade para os anos de 2013 e 2018 a partir dos óbitos de pessoas com idade igual ou superior a 18 anos. Para o cálculo das taxas foram utilizadas as estimativas populacionais de 18 anos ou mais das Unidades da Federação disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referentes aos anos de 2013 a 2018. A padronização foi realizada segundo método direto com base no ano de 2010 da estimativa populacional disponibilizada pelo IBGE (IBGE, 2018).

Foram realizadas análises de correlação entre a prevalência de consumo abusivo por UF e a taxa de mortalidade plenamente atribuível por UF, para o ano de 2013 e 2018. Foram realizadas análises de tendência temporal por meio de regressão linear, por UF para o ano de 2013 a 2018. As análises foram realizadas utilizando o programa Stata versão 14, bem como Excel.

Por se tratar de um trabalho misto, os dados referentes à mortalidade, por serem de origem secundária e de domínio público, estão dispensados de submissão e aprovação por Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

No que se refere aos dados da Pesquisa Nacional de Saúde, sua submissão foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sob parecer 328.159, de 26 de junho de 2013.

Resultados

No Brasil, dados da Pesquisa Nacional de Saúde (2013) destacam que 40,4% das pessoas relataram consumir bebidas alcoólicas, destas, 13,7% apresentaram consumo abusivo, sendo esse comportamento maior entre homens, adultos jovens (até 34 anos de idade), de cor preta ou parda e de maiores escolaridades.

Dentre as unidades da federação, as maiores prevalências de consumo abusivo foram observadas na Bahia (18,9%), Mato Grosso do Sul (18,4%) e Amapá (17,6%) e as menores no Paraná (10,6%), Paraíba (10,9%) e Rondônia (11,1%) (Tabela 1).

Quanto à mortalidade plenamente atribuível ao álcool, em 2013 o Brasil apresentou uma taxa de 12,3 mortes por 100 mil habitantes, passando para 10,6 mortes por 100 mil habitantes em 2018 (Tabela 1).

Em relação aos estados a maior taxa de mortalidade tanto em 2013, quanto em 2018 foi observada em Sergipe, 27,1 e 19,5 mortes por 100 mil habitantes, respectivamente. As outras UF com maiores taxas em 2013 foram Espírito Santo (20,6 mortes por 100 mil habitantes) e Alagoas (19,2 mortes por 100 mil habitantes) e em 2018, foram observadas maiores taxas em Alagoas (17,3 mortes por 100 mil habitantes) e Mato Grosso do Sul (16,3 mortes por 100 mil habitantes). Quanto às menores taxas, em 2013 foram observadas em Amapá (4,8 mortes por 100 mil habitantes), Roraima (5,2 mortes por 100 mil habitantes) e Rio de Janeiro (5,8 mortes por 100 mil habitantes), e em 2018, foram observadas as menores taxas em Rondônia (4,9 mortes por 100 mil habitantes), Pará (5,2 mortes por 100 mil habitantes) e Rio de Janeiro (5,6 mortes por 100 mil habitantes) (Tabela 1).

Ao observar as tendências das taxas de mortalidade, a maioria delas apresentaram estabilidade no período ($p > 0,05$), sem tendência de aumento ou redução. Um terço das UF apresentaram tendência significativa ($p < 0,05$) de queda, sendo as maiores reduções observadas no Espírito Santo ($\beta = -1,28$; $p = 0,004$), Ceará ($\beta = -1,17$; $p = 0,006$) e Paraná ($\beta = -0,85$; $p = 0,005$). (Tabela 1).

Com relação às regiões brasileiras, a Figura 1 apresenta o comportamento da taxa ajustada de mortalidade. Observa-se que o Centro-Oeste teve um comportamento de subidas e quedas na mortalidade, no entanto, avaliando o período todo (2013 a 2018), foi a única região que apresentou uma estabilidade ($p = 0,168$). A região com maior redução no período foi a região Sul, com uma redução média de 0,49 mortes a cada 100 mil habitantes por ano (Tabela 1).

Tabela 1 Proporção de indivíduos de 18 anos ou mais de idade que consomem abusivamente bebidas alcoólicas com indicação do intervalo de confiança de 95%, taxas de mortalidade plenamente atribuíveis ao uso de bebidas alcoólicas, segundo Unidades da Federação

uF	Consumo abusivo			Taxa de mortalidade		Tendência de mortalidade de 2013 a 2018	
	%	iC 95%		2013	2018	β	p
		inferior	Superior				
Norte	14,2	12,9	15,4	7,5	6,6	-0,19	0,027
Rondônia	11,1	9,2	13,1	6,0	4,9	-0,17	0,239
Acre	12,4	10,7	14,1	8,4	9,1	0,24	0,073
Amazonas	13,4	11,8	15,1	8,0	7,3	-0,16	0,364
Roraima	13,4	11,3	15,6	5,2	7,3	0,40	0,089
Pará	14,8	12,4	17,1	6,4	5,2	-0,23	0,035
Amapá	17,6	14,6	20,6	4,8	6,1	0,14	0,466
Tocantins	15,9	12,8	18,9	15,4	12,4	-0,61	0,142
Nordeste	15,6	14,8	16,4	15,9	13,5	-0,40	0,009
Maranhão	13	10,9	15,0	11,3	10	-0,34	0,039
Piauí	17	14,9	19,2	13,4	13,5	-0,02	0,966
Ceará	14,2	12,2	16,2	18,7	12,4	-1,17	0,006
Rio Grande do Norte	16,5	14,7	18,2	14,7	13,9	-0,07	0,714
Paraíba	10,9	9,3	12,5	15,3	12,2	-0,46	0,129
Pernambuco	15,1	13	17,2	18,3	15,9	-0,17	0,564
Alagoas	14,7	12,6	16,7	19,2	17,3	-0,18	0,549
Sergipe	15,1	13,1	17,1	27,1	19,5	-1,07	0,050
Bahia	18,9	16,8	20,9	13,4	12,5	-0,20	0,090
Sudeste	12,8	11,9	13,7	10,6	8,9	-0,34	<0,001
Minas Gerais	14	11,7	16,3	14,1	13,0	-0,22	0,001
Espírito Santo	11,5	9,3	13,7	20,6	13,6	-1,28	0,004
Rio de Janeiro	13,5	11,8	15,1	5,8	5,6	-0,07	0,408
São Paulo	12,1	10,9	13,4	10,0	7,8	-0,43	0,001
Sul	11,1	10,0	12,2	13,1	10,9	-0,49	0,013
Paraná	10,6	8,9	12,2	17,2	13,8	-0,85	0,005
Santa Catarina	11,4	8,4	14,3	10,0	7,8	-0,47	0,003
Rio Grande do Sul	11,4	9,8	13,0	10,9	10	-0,17	0,360
Centro Oeste	16,2	15	17,3	15,4	13,7	-0,26	0,168
Mato Grosso do Sul	18,4	16,1	20,6	18,7	16,3	-0,24	0,500
Mato Grosso	14	11,9	16,2	11,0	9,8	-0,30	0,144
Goiás	16,6	14,5	18,8	15,8	13,8	-0,37	0,001
Distrito Federal	15,5	13,6	17,4	16,2	15,4	0,01	0,980
Brasil	13,7	13,1	14,2	12,3	10,6	-0,33	<0,001

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013; Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2013 a 2018.

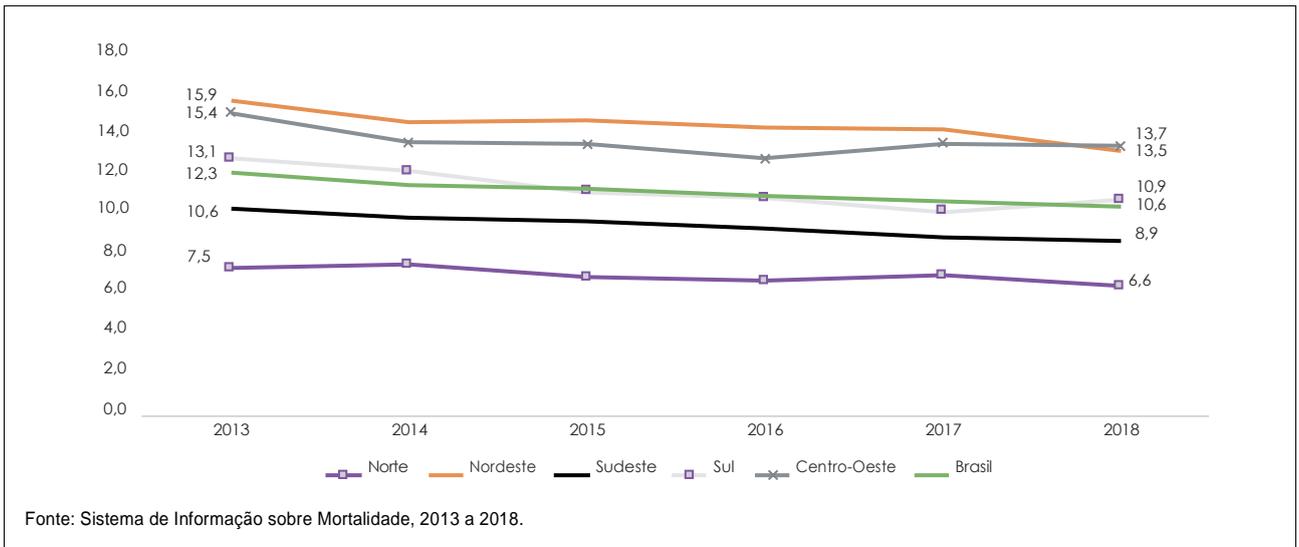


Figura 1 Tendência de mortalidade plenamente atribuível ao uso de álcool, segundo regiões brasileiras, 2013-2018

A Figura 2 apresenta as correlações entre a prevalência de consumo abusivo de bebida alcoólica e a taxa de mortalidade plenamente atribuível ao álcool, tanto em 2013 como em 2018. Apesar de observarmos correlações não significativas ($p > 0,05$) nos dois anos, nota-se uma

correlação mais forte dos dados em 2018 ($r = 0,34$ $p = 0,082$). Além disso, é possível notar que algumas unidades da federação apresentaram tanto uma alta prevalência de consumo abusivo quanto alta mortalidade, como é o caso do Mato Grosso do Sul, Pernambuco, Alagoas e Sergipe.

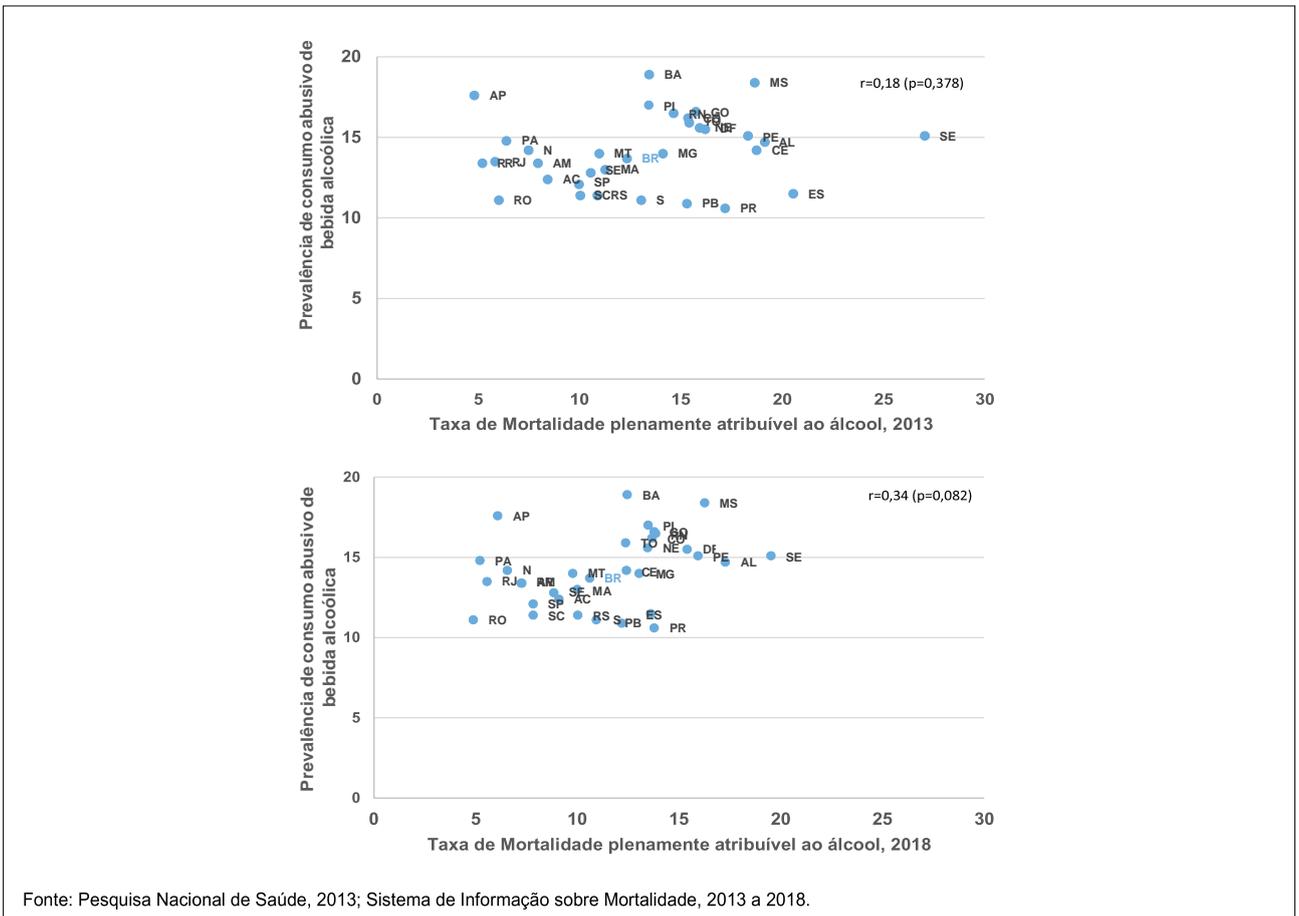


Figura 2 Correlação entre prevalência de consumo abusivo de bebida alcoólica e taxa de mortalidade plenamente atribuível ao álcool, segundo Unidades da Federação

Discussão

Em 2013, 40,4% dos adultos brasileiros relataram consumir bebidas alcoólicas sendo, 13,7% apresentando consumo abusivo. No período de 2013 a 2018, 106.600 mortes foram registradas no Brasil em indivíduos maiores de 18 anos, nas quais o consumo de álcool foi condição necessária para sua ocorrência. Este número equivale a cerca de 49 mortes que poderiam ser evitadas a cada dia, caso o consumo de bebidas alcoólicas não fosse um comportamento presente na vida destas pessoas.

Os achados relacionados à taxa de mortalidade atribuível ao álcool de 2013 a 2018 indicaram tendência de redução no período. É importante ressaltar que até o ano de 2018, havia uma tendência de estabilidade do indicador de consumo abusivo de bebidas alcoólicas nas capitais brasileiras (Brasil, 2019), no entanto, observando a tendência com dados mais atualizados para o ano de 2019, observou-se crescimento do consumo dessas bebidas entre os brasileiros adultos (Brasil, 2020). Esses resultados possivelmente indicam os reflexos da crise política e econômica que o Brasil vivencia desde 2015, enfraquecendo as políticas de enfrentamento aos principais fatores de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis no país. Além disso, esses resultados podem impactar expressamente na redução da taxa de mortalidade atribuída ao álcool.

As desigualdades territoriais no consumo abusivo e na mortalidade atribuível no Brasil se mostraram evidentes e com tendências específicas distintas. Destaca-se que as maiores prevalências de consumo abusivo foram nas regiões Centro-Oeste e Nordeste, coincidentemente com as maiores taxas de mortalidade no ano de 2018.

Estudo que analisou a mortalidade plenamente atribuível ao consumo de bebidas alcoólicas em Sergipe no período entre 1998 e 2010 demonstrou que o estado vem apresentando aumento progressivo neste coeficiente de mortalidade em todas regionais de saúde, em ambos os sexos, com predomínio de óbitos relacionados aos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e por doença alcoólica do fígado, e tendência crescente de óbitos domiciliares. (BOHLAND & GONÇALVES, 2015).

As características do local de ocorrência do óbito apontadas no estudo citado acrescentaram elementos ainda mais preocupantes ao cenário epidemiológico local

por sinalizarem uma possível dificuldade de acesso dos usuários à assistência necessária, que pode estar relacionada tanto aos estigmas e preconceitos inerentes ao comportamento do consumo abusivo de bebidas alcoólicas, quanto à organização da rede de atenção.

Estudo que analisou o perfil do consumo de bebidas alcoólicas e fatores associados em um município do nordeste brasileiro, relatou a ocorrência marcante do padrão de consumo pesado episódico de álcool em indivíduos rastreados como baixo risco para desordens relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas (FERREIRA et al.,2011).

Apesar da legislação destacar a proibição da venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos, a experimentação e início do consumo ocorre muitas vezes na adolescência, aumentando os riscos do estabelecimento do consumo na vida adulta (BRASIL, 2019b).

Embora o presente estudo não permita identificar as possíveis causas das diferenças tanto no consumo quanto nas taxas de mortalidade, alguns cenários podem ser identificados. O Brasil é um país de dimensão continental com diferenças socioculturais marcantes entre as macrorregiões brasileiras. As condições de vida e de acesso aos serviços de saúde para controle dos fatores de risco e para controle das doenças crônicas são determinadas, em grande parte, por questões sociais e econômicas (LEITE et al., 2015; MALTA et al.,2015).

Cabe salientar a importância de estudos mais aprofundados sobre a correlação destes dois fatores (consumo de bebidas alcoólicas e morte atribuível), com a realização de linkages que possibilitem a estimativa dos riscos de morte relacionados a determinados padrões de consumo. Principalmente, buscando um maior detalhamento do quadro epidemiológico desse problema no Brasil, o que possibilitará o planejamento de ações e estratégias de promoção à saúde de populações mais vulneráveis.

Os resultados deste boletim, devem, no entanto, ser interpretados no contexto das limitações inerentes a um estudo transversal clássico, a não abordagem das especificidades de grupos sociais mais vulneráveis como população indígena, população de rua, crianças e adolescentes, além das questões relacionadas à qualidade do preenchimento da declaração de óbito para as causas plenamente atribuíveis ao consumo de bebidas alcoólicas.

Todavia, destaca-se que as mortes relacionadas com o consumo de bebidas alcoólicas precisam ser visibilizadas como um importante problema de saúde pública, uma vez que se tratam de mortes evitáveis, além dos agravos decorrentes implicarem em sobrecarga nos serviços de saúde, aumento do gasto em saúde, desorganização familiar, entre outros impactos sociais.

Recomendações

Frente à complexidade de fatores que envolvem o uso abusivo de álcool, as iniciativas para solução desse problema são também diversas e exigem a atuação e o compromisso público, com divisão de responsabilidades e financiamento compartilhado de forma intersetorial.

As estratégias incluem a regulamentação do consumo de bebidas alcoólicas voltada para a restrição da disponibilidade através de estratégias econômicas, físicas e sociais (MONTEIRO, 2016), como políticas de taxação, de determinação de pontos, horários e quantidade de venda e/ou consumo, restrição de propagandas, entre outras. Tais medidas devem ser encorajadas pela experiência bem-sucedida do tabaco e apresentam como ponto crítico o fortalecimento dos mecanismos de fiscalização, liderança e conscientização.

Cabe destacar que o Brasil já possui legislação que restringe o acesso à bebidas alcoólicas para públicos considerados vulneráveis como crianças, adolescentes e indígenas, além da restrição do consumo por motoristas através da tolerância zero à alcoolemia estabelecido pelo Código de Trânsito. Tais medidas são de grande valia para prevenção da morbimortalidade relacionada ao consumo do álcool, todavia, as mesmas só alcançam seu efeito a partir da realização de fiscalização regular, orientada por informação qualificada.

Portanto, o setor saúde tem um papel estratégico no enfrentamento aos problemas relacionados ao consumo de álcool, por meio da realização das ações de vigilância e monitoramento do consumo pela população, advocacy para articulação intersetorial e estruturação da rede de atenção para atendimento aos usuários e dependentes de álcool, promovendo atividades de prevenção à experimentação precoce e oferecendo o tratamento e a assistência adequada para os transtornos e comorbidades desenvolvidas em decorrência do consumo de álcool.

Tal como apresentado neste boletim, as informações oriundas do Sistema de Informação de Mortalidade e dos inquéritos populacionais realizados pelo Ministério da Saúde se configuram como ferramentas para construção de evidências e subsídio ao desenvolvimento de ações.

Também são desafios encontrados pelos gestores o papel dos operadores econômicos na produção e na comercialização de bebidas alcoólicas, a oposição dos interesses comerciais e do *lobby* aos objetivos da saúde pública e a tradição de beber pesado em determinadas comunidades.

Referências

BOHLAND, A. K.; GONCALVES, A. R. Mortalidade atribuível ao consumo de bebidas alcoólicas. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 136-144, set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Prevalências de fatores de risco e protetores para doenças crônicas na população adulta brasileira em 2014. In: Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <https://cutt.ly/AoHUHLz>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel. Brasil 2018: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: <https://cutt.ly/ZoHlJOS>

BRASIL. Secretaria de Vigilância à Saúde. Ministério da Saúde. Consumo de bebidas alcoólicas entre escolares no Brasil: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015. Boletim epidemiológico, Brasília, v.50, n.32, Out, 2019b. Disponível em: <https://cutt.ly/roHlnEi>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel. Brasil 2019: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <https://cutt.ly/4oHIODu>

BRASIL. Secretaria de Vigilância à Saúde. Ministério da Saúde. Uso de álcool no Brasil: alerta para o período do carnaval. Boletim epidemiológico, Brasília, v.51, n.8, Fev, 2020b. Disponível em: <https://cutt.ly/AoHIGb7>

FERREIRA, L. N. et al. Perfil do consumo de bebidas alcoólicas e fatores associados em um município do Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 1473-1486, 2011.

GARCIA et al., 2015 Uso de álcool como causa necessária de morte no Brasil, 2010 a 2012. *Rev. Panam Salud Publica*. v.38,n. 4, p. 418-424. 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Projeção da população por sexo e idade: 2010-2060 revisão 2018*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, 2018.

LEITE, I.C. et al. Carga de doença no Brasil e suas regiões, 2008. *Cad. Saúde Pública*, v.31, n.7, p.1551-1564, 2015.

MALTA et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev. bras. Epidemiol.*, v.18, Suppl 2, p. 3-16, 2015.

MONTEIRO, Maristela G. Políticas públicas para a prevenção dos danos relacionados ao consumo de álcool. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 25, n. 1, p. 171-174, Mar. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Global Status Report on Alcohol And Health*. 2018. Disponível em: <https://cutt.ly/LoHOAKr>

REHM, J. et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update. *Addiction*. V. 112 n.6, p. 968–1001, 2017.

*Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS): Roberta de Oliveira Santos, Paulo da Fonseca Valença Neto, Mariana Alencar Sales, Paula Carvalho Freitas, Luiz Otávio Maciel Miranda, Luiza Eunice Silva, Valéria Brito, Eduardo Macário, Luciana Sardinha.

Panorama da mortalidade e internação de vítimas de lesões no trânsito nos estados brasileiros em 2018

Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis do Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS).*

As lesões decorrentes do trânsito constituem um grave problema de saúde pública no mundo. Segundo o *Relatório Global da Organização Mundial de Saúde sobre o Estado de Segurança Viária 2018*, anualmente são 1,35 milhões de óbitos, o que significa que, em média, morre uma pessoa a cada 24 segundos. Assim foi a principal causa de morte de crianças e jovens entre 5 e 29 anos de idade. Apesar do aumento dos óbitos, o risco de morte no trânsito permaneceu constante, com característica de ser três vezes maior nos países de baixa renda¹.

Nos países com população e economia semelhantes, as maiores taxas de mortalidade para lesões no trânsito foram na África do Sul (25,9/100 mil), Índia (22,6/100 mil), o Brasil apareceu em terceiro lugar (19,7/100 mil), depois China (18,2/100 mil) e Rússia (18/100 mil) para o ano de 2016. O custo para a maioria dos países foi de 3% do Produto Interno Bruto (PIB)¹.

Este boletim tem como objetivo descrever o panorama da mortalidade e da internação das vítimas de lesões no trânsito, nos estados do Brasil em 2018.

Métodos

Estudo descritivo sobre o panorama da internação e da mortalidade das lesões decorrentes do trânsito no Brasil, segundo Unidades da Federação, ano de 2018.

Os dados de óbitos foram do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e os de internação do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Ministério da Saúde, tabulados por meio do Tabnet (tabulador de domínio público), segundo ano da morte e de internação, e Unidade da Federação (UF) de residência, ocorridos no ano de 2018. Para este estudo, foram considerados óbitos e internações por lesões no

trânsito segundo a *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – décima revisão* (CID-10), sob os seguintes códigos: V01 a V89, e segundo condição da vítima: pedestre (V01 a V09), ciclista (V10 a V19), motociclista e ocupante de triciclo (V20 a V39), ocupantes de automóveis, caminhonetes, veículo de transporte pesado (VTP) e ônibus (V40 a V79) e condição da vítima não especificada (V87 a V89).

As taxas de mortalidade e de internação por 100 mil habitantes, foram ajustadas por faixa etária, considerando como padrão a população do Brasil segundo o censo de 2010. Os dados populacionais foram obtidos por meio da projeção da população das UF por sexo e idade: 2000 a 2030, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio do Tabnet.

Os dados foram analisados com o auxílio dos programas R e Microsoft Excel. Todas as bases de dados utilizadas são de acesso público.

Resultados

No ano de 2018, a maior parte das vítimas no trânsito foram os motociclistas com quase 60% dos internados e 35,2% dos óbitos. Já entre os pedestres e ciclistas, a distribuição proporcional foi muito semelhante na mortalidade e na internação. Porém, para ocupantes dos automóveis e demais veículos, houve uma proporção importante na mortalidade, enquanto na internação foi inferior a 10%. Em relação à raça/cor da pele nas vítimas, a mortalidade de negros foi quase 40% maior que entre os brancos. Já nas internações, esta diferença foi ainda maior, acima de 60%. Nas regiões geográficas, a distribuição proporcional foi semelhante para mortalidade e internação, com a região sudeste em primeiro lugar, conforme são apresentados na Tabela 1.

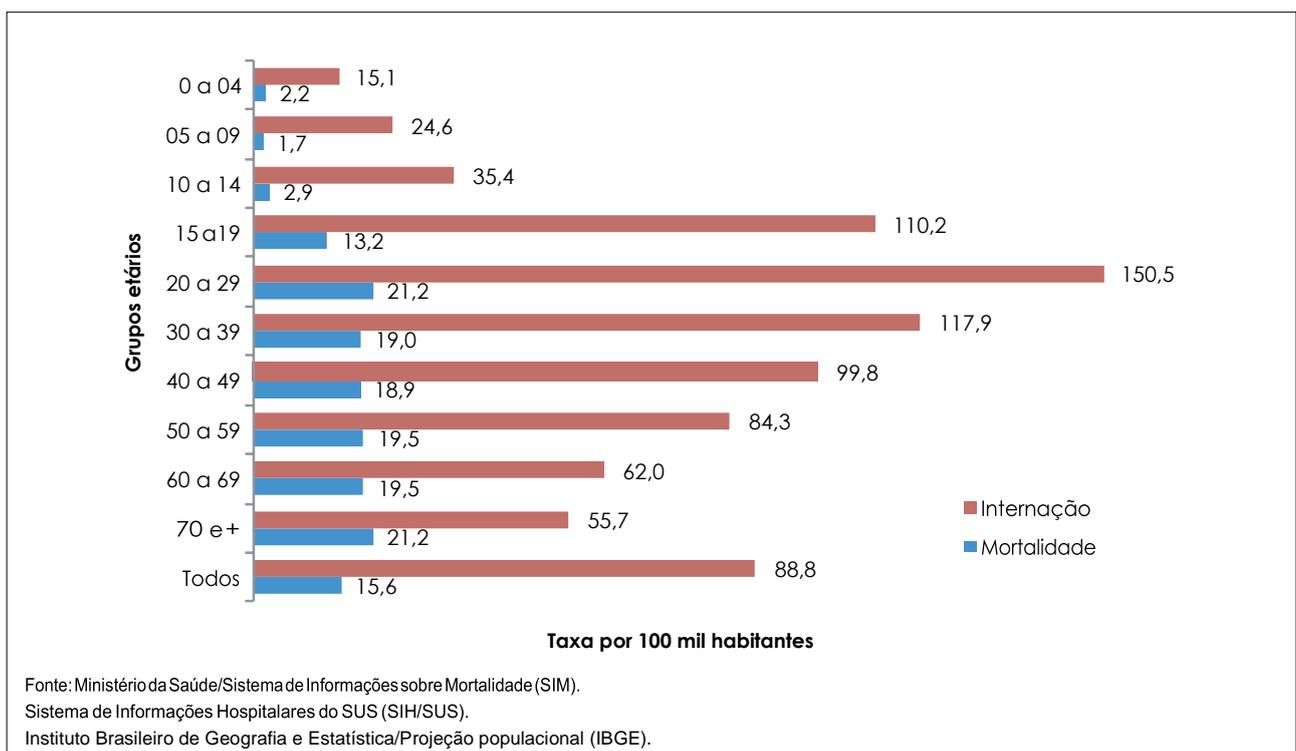
Tabela 1 Comparativo entre mortalidade e internação por lesão no trânsito, segundo raça/cor da pele, condição da vítima e região geográfica. Brasil, 2018

	Mortalidade		internação	
	Número	%	Número	%
lesões de trânsito	32.655		185.167	
Pedestre	6.018	18,4	32.786	17,7
Ciclista	1.363	4,2	12.231	6,6
Motociclista	11.479	35,2	108.982	58,9
Ocupante dos veículos	8.513	26,1	13.823	7,5
Outros	5.282	16,2	17.345	9,4
raça/cor da pele				
Branca	13.468	41,2	53.142	28,7
Negros	18.493	56,6	87.278	47,1
Amarela	70	0,2	5.140	2,8
Indígena	80	0,2	295	0,2
Ignorado	544	1,7	39.312	21,2
região geográfica				
Norte	2.927	9,0	16.965	9,2
Nordeste	9.966	30,5	52.933	28,6
Sudeste	10.693	32,7	74.801	40,4
Sul	5.588	17,1	21.371	11,5
Centro-Oeste	3.481	10,7	19.097	10,3

Fonte: Ministério da Saúde/Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Em 2018, os grupos etários com maior risco de mortalidade foram os de 20 a 29 anos e de 70 anos e mais, ambos com 21,2 óbitos por 100 mil habitantes.

O maior risco para internação foi no grupo etário de 20 a 29 anos, com 150,5 internações por 100 mil habitantes (Figura 1).

**Figura 1** Taxa de mortalidade e de internação por lesões de trânsito, segundo grupos etários. Brasil, 2018

O Brasil apresentou taxa de mortalidade por lesões de trânsito de 14,8 óbitos por 100 mil habitantes. Em 17 UFs foram registradas taxas superiores à nacional, sendo as menores taxas no Amapá, São Paulo e Rio

de Janeiro, e as maiores no Tocantins, Piauí e Mato Grosso, com risco de morte acima de 28 óbitos/100 mil habitantes, conforme apresentada na Figura 2.

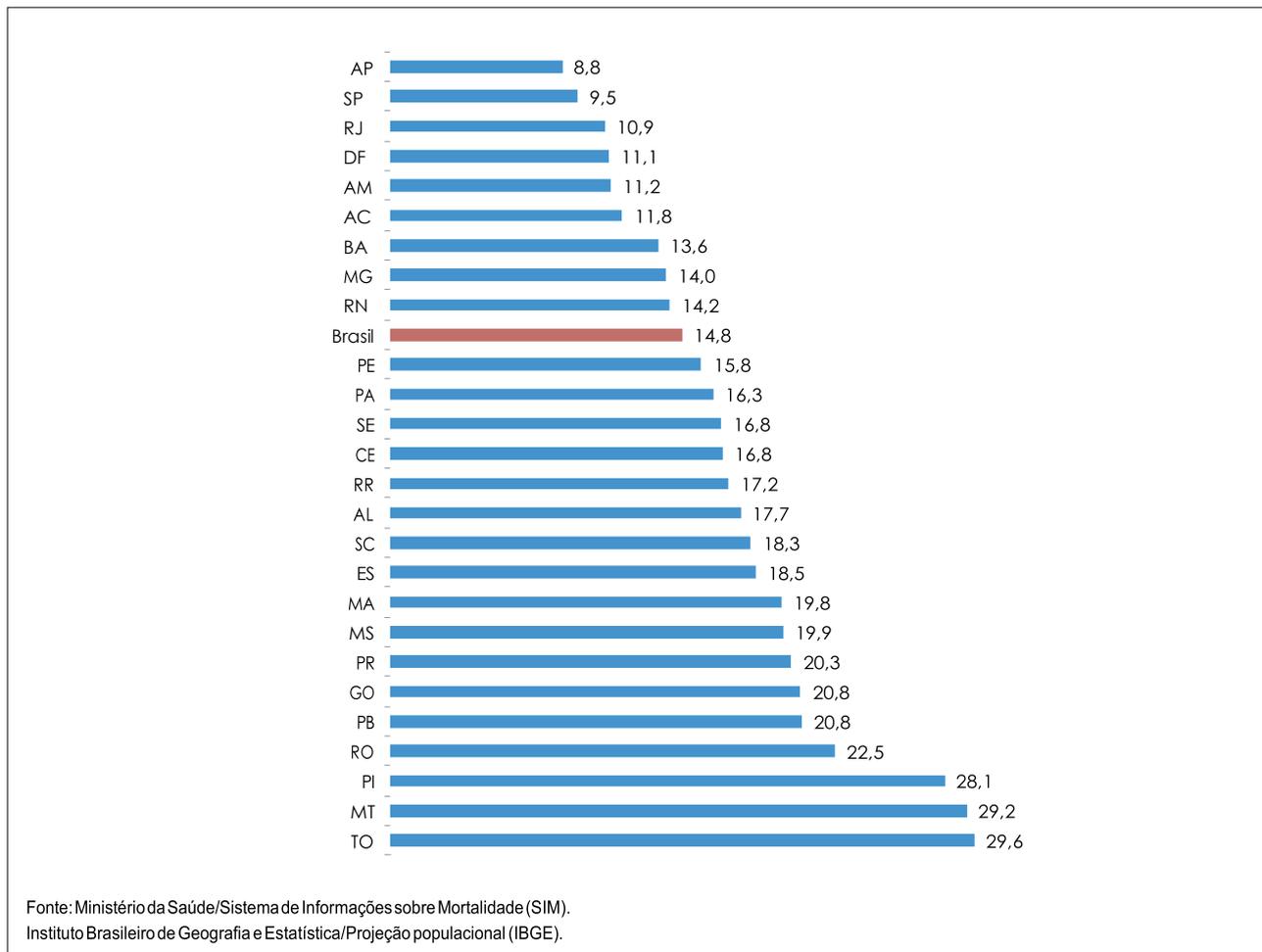


Figura 2 Taxa de mortalidade por lesão de trânsito, segundo unidades da federação. Brasil, 2018

Entre as vítimas no trânsito em 2018, o Brasil apresentou taxa de mortalidade de pedestre de 2,5 óbitos por 100 mil habitantes, a menor foi registrada no Rio Grande Norte (1,3/100 mil) e as maiores taxas foram no Amazonas e no Rio de Janeiro (3,8 e 3,7/100 mil), em 17 UFs as

taxas foram superiores à taxa nacional (dez delas eram das regiões norte e nordeste). Já a mortalidade entre os ciclistas foi de 0,6 óbitos por 100 mil habitantes, o Amazonas apresentou a menor taxa (0,2/100 mil) e Rondônia a maior (1,6 por 100 mil) (Figura 3).

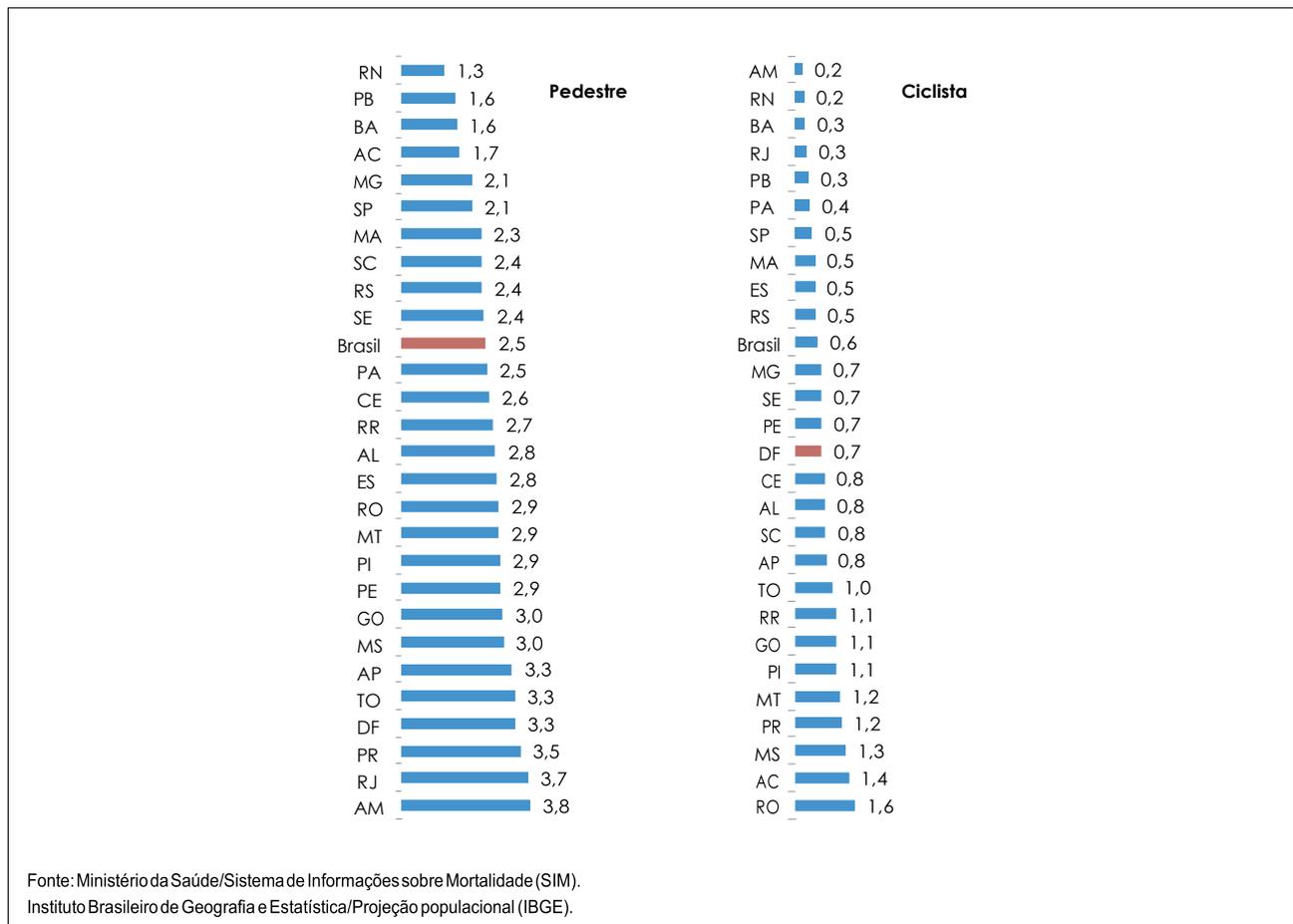


Figura 3 Taxa de mortalidade de pedestre e ciclista, segundo unidades da federação. Brasil, 2018

Os motociclistas foram as principais vítimas de trânsito no país, com taxa de 5,9 óbitos por 100 mil habitantes, sendo que o Distrito Federal e Rio de Janeiro tiveram as menores taxas, em contrapartida, Piauí e Tocantins registraram as maiores taxas (acima de 13/100 mil). Para

os ocupantes de veículos, o risco de morte foi inferior aos motociclistas (3,9/100 mil), as menores taxas de mortalidade ocorreram no Acre e Amazonas (acima de 1/100 mil), e as mais elevadas foram em Mato Grosso e Santa Catarina (7,9/100 mil e 8,5/100 mil), conforme Figura 4.

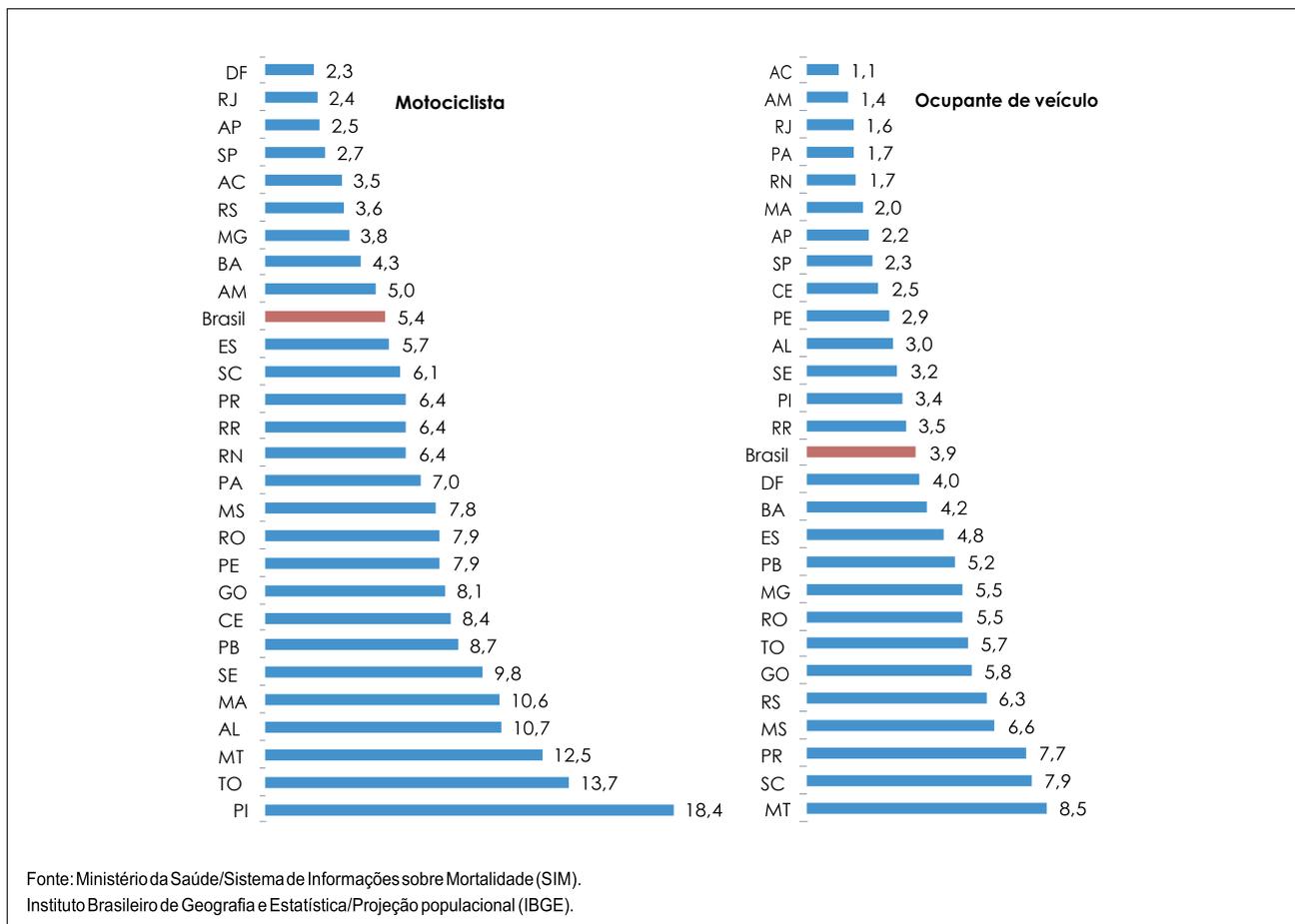


Figura 4 Taxa de mortalidade de motociclista e ocupante de veículo, segundo unidades da federação. Brasil, 2018

Internações

O Brasil apresentou em 2018, taxas de internação por lesões no trânsito de 88,1/100 mil habitantes, dentre as UFs, a menor foi no Rio Grande do Sul (32,1/100 mil) e a maior em Roraima (466,1/100 mil), muito superior a se-

gunda maior que foi no Piauí (212,3/100 mil), conforme Figura 5. Esta diferença tão grande entre estes estados pode estar relacionada ao aumento da população em RR, que de 2013 a 2019 recebeu a maior parte dos refugiados venezuelanos, como foi estudado pela Fundação Getúlio Vargas (FGV)².

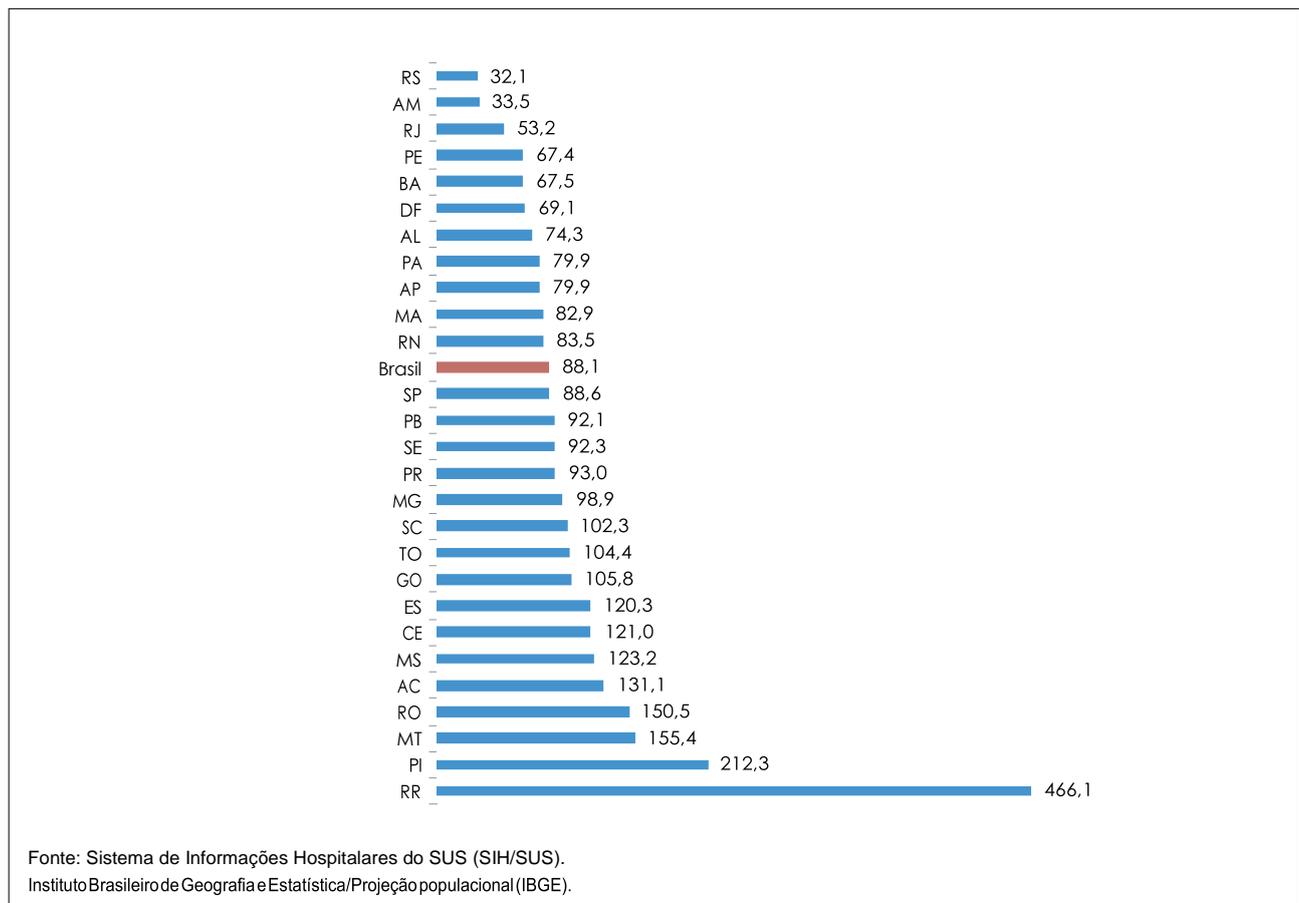


Figura 5 Taxa de internação de lesões de trânsito, segundo unidades da federação. Brasil, 2018

Com relação às taxas de internação de pedestres, no Brasil foram 15,2/100 mil habitantes, sendo que a menor taxa foi em Amazonas (0,5/100 mil) e a maior seguiu sendo Roraima (335/100 mil), bem superior à segunda maior que foi no Espírito Santo (48,7/100

mil). Entre os motociclistas, a taxa nacional foi de 51,6/100 mil habitantes, a menor foi no Rio Grande do Sul (14,4/100 mil) e a maior taxa foi no Piauí (174,7/100 mil), seguido por Roraima (110,2/100 mil). (Figura 6).

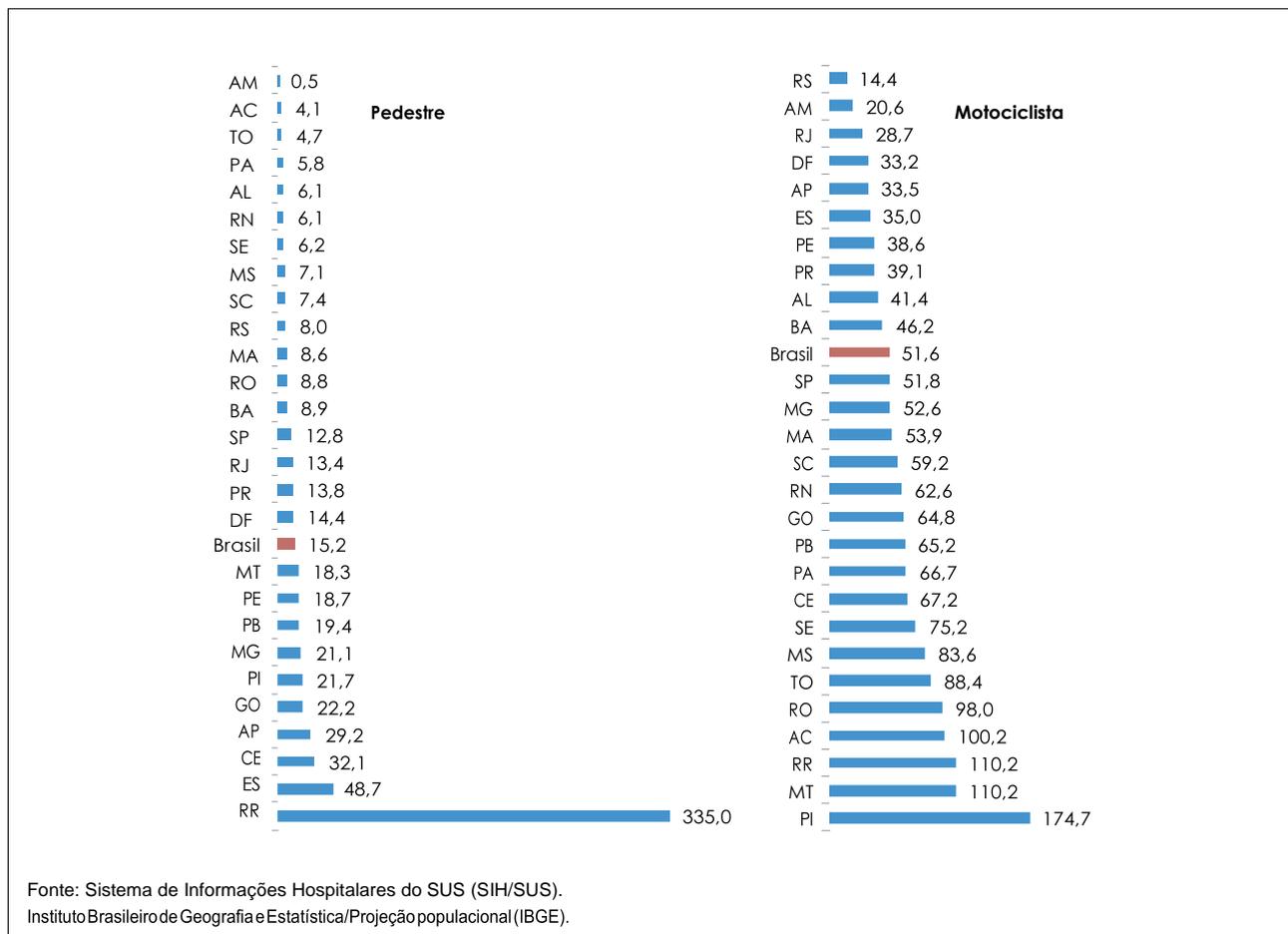


Figura 6 Taxa de internação de pedestres e motociclistas, segundo unidades da federação. Brasil, 2018

Entre os ocupantes de veículos, a taxa de internação no Brasil foi de 6,0/100 mil habitantes, entre as UFs. O Amazonas teve a menor taxa (0,2/100 mil) e as maiores taxas foram em Santa Catarina (10,7/100 mil) seguido pelo Distrito Federal (10,5/100 mil). As taxas

de internações de ciclistas no Brasil foi de 5,9 por 100 mil habitantes, entre as UFs, mais uma vez o Amazonas teve a menor taxa, e as maiores foram em Mato Grosso do Sul (10,9/100 mil) seguida por Santa Catarina (10,6/100 mil), conforme a Figura 7.

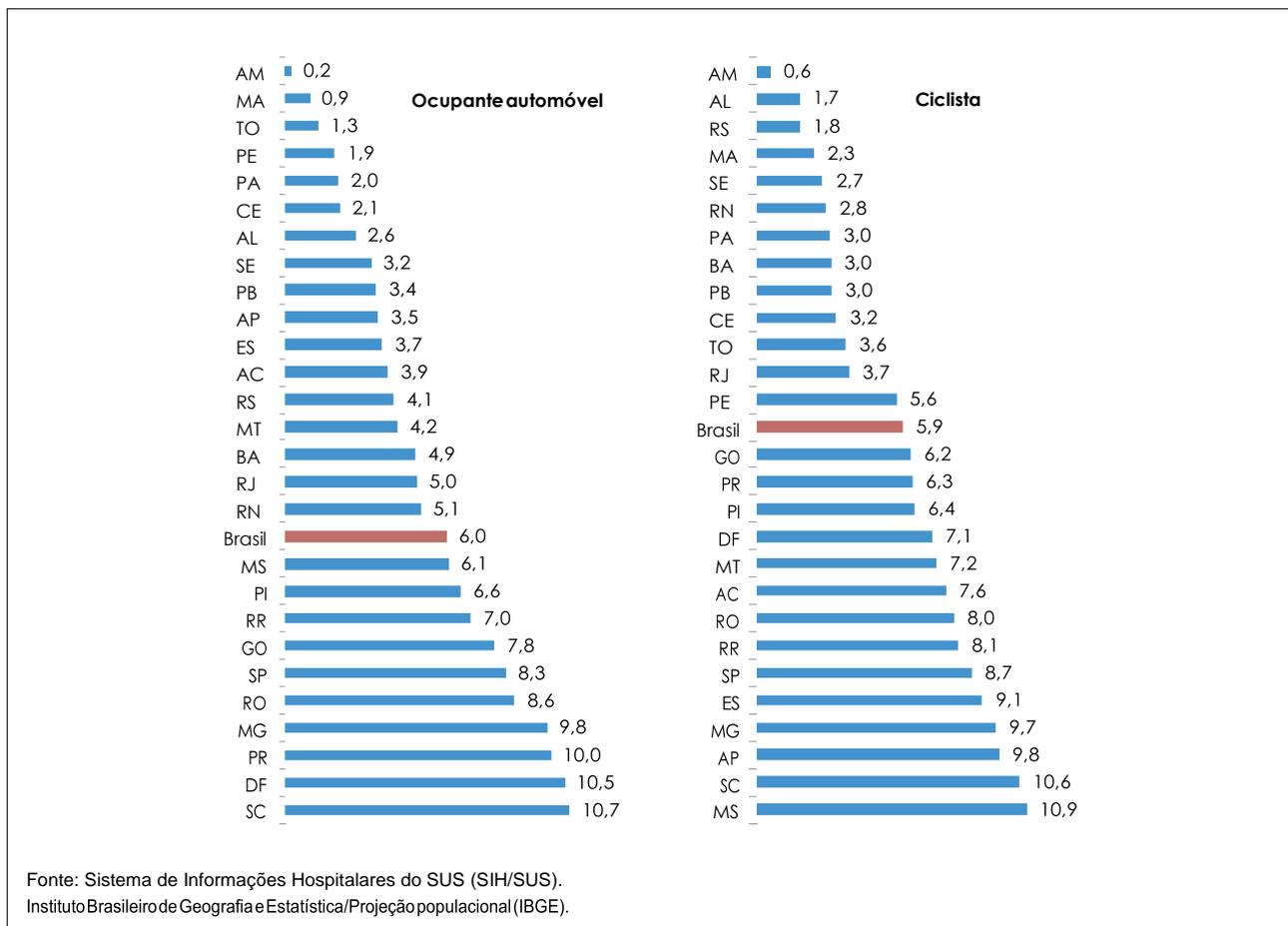


Figura 7 Taxa de internação de ocupante de veículos e ciclista, segundo unidades da federação. Brasil, 2018

O estudo apresenta algumas limitações, uma delas se refere à cobertura das internações, somente são computadas aquelas ocorridas na rede hospitalar do SUS e conveniados. Segundo a Agência Nacional de Saúde (ANS), em 2018 registravam mais de 47 milhões de beneficiários da saúde suplementar, formando 22,6% do total da população brasileira.³ Ainda sobre os dados de internação, a variável de raça cor da pele teve 21,2% de ignoradas.

Outra limitação se refere à condição das vítimas não especificadas (NE) para as lesões no trânsito, tanto para mortalidade quanto para internação. Assim na

mortalidade foram 14,7% de NE no Brasil, a maior na região Norte (21,4%). Dentre os estados, 12 apresentaram percentual de NE acima do nacional. O Acre foi o maior (33%) e Alagoas o menor (1,2%), revertendo um quadro que por vários anos registrou o maior percentual dentre os estados. Vale ressaltar que o Amapá não registrou óbito NE. Já em relação aos internados, as vítimas NE foram 7,5%, o maior percentual foi na região Sul (17,4%). Os estados com maior proporção de vítimas NE internadas foram Amazonas (31,2%), Maranhão (20,8%), Alagoas (28,1%) e Paraná (24,1%), conforme a Figura 8.

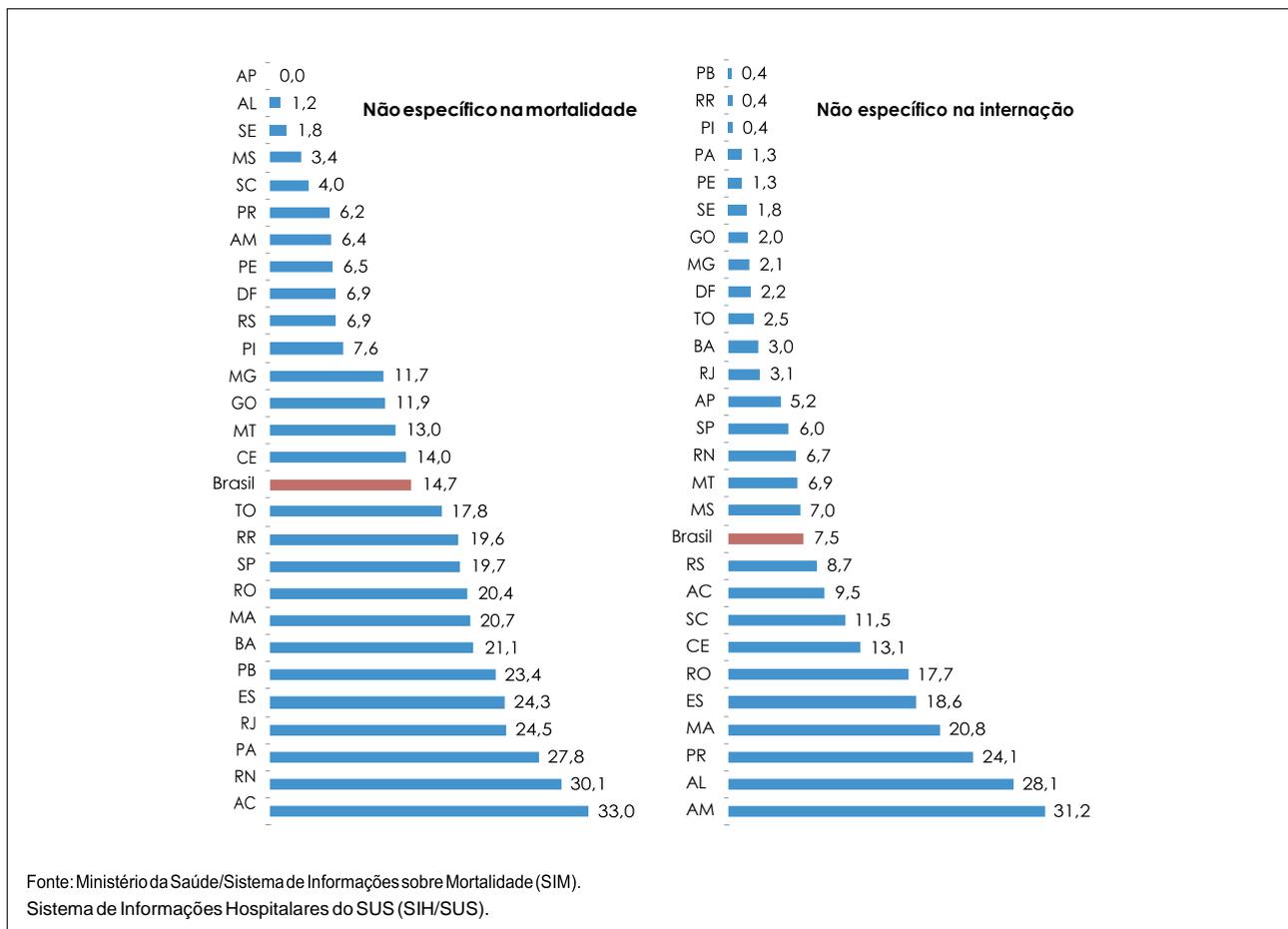


Figura 8 Percentual de mortes e internações, segundo condição da vítima não especificada. Brasil, 2018

Discussão e conclusão

Os resultados deste estudo podem orientar intervenções para reduzir as diferenças entre as unidades da federação e as condições de vítimas de lesões no trânsito. Assim, o estudo identificou que os motociclistas foram as principais vítimas no trânsito, tanto nas internações quanto na mortalidade. Os jovens (20 a 29 anos) e os idosos (acima de 70 anos) foram os grupos com maior risco de morte. Na internação, o maior risco foi também entre os jovens.

Entre os estados, destaque para mortalidade alta de motociclistas no Piauí, e a alta taxa de internação por lesões no trânsito em Roraima, especialmente entre os mais vulneráveis, os pedestres, possivelmente refletindo os refugiados da Venezuela. Os ciclistas estão presentes no fenômeno recente nas grandes cidades, como entregadores profissionais de refeição, tornando-se vítimas com risco elevado de lesões e mortes no trânsito.⁴

Importante promover melhorias urbanas, através de investimentos, priorizando a segurança dos usuários mais vulneráveis.⁵ Também investir no serviço de atenção móvel pré-hospitalar de urgência para que sejam capazes de atender as vítimas de trânsito em locais estratégicos, otimizando este atendimento, o que resulta em redução de lesões graves e de mortes.⁶

Estimular e expandir iniciativas como o Programa Vida no Trânsito (PVT), que tem como foco a intervenção sobre os fatores de risco locais para lesões de trânsito. O PVT está implantado 55 municípios, em 2020 com uma população estimada em aproximadamente 52 milhões de habitantes. Iniciativas como esta devem ser ampliadas para que possam contemplar todos os municípios do Brasil. Assim todas as medidas educativas em conjunto com medidas de prevenção e de mobilidade segura e sustentável, e que envolvam a todos na sociedade que possam gerar mudanças consistentes neste panorama. Tornando-se mais fácil o alcance da meta 3.6 dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), que visa a redução de 50% do número de mortes por lesões no trânsito até 2030.⁷

A Declaração de Estocolmo⁸, documento oficial aprovado ao final da Terceira Conferência Global de Alto Nível sobre Segurança Viária, realizada em Estocolmo, Suécia, de 19 a 20 de fevereiro de 2020, propõe que os países continuem com seus esforços de reduzir em 50% o número de mortes e feridos no trânsito na próxima década (2021 a 2030) a ser ratificada por meio de Resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas.

Assim, o Brasil tem muitos desafios para o enfrentamento deste grave problema de saúde pública. Sendo necessárias ações integradas, intersetoriais e multidisciplinares com poder para intervir sobre os determinantes sociais das lesões devido ao trânsito e com possibilidade de reduzir os principais fatores de risco que atingem a todas essas vítimas.

Referências

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) Global status report on road safety 2018. Geneva 2018.
2. FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS (FGV): A economia de Roraima e o fluxo venezuelano [recurso eletrônico]: evidências e subsídios para políticas públicas / Fundação Getúlio Vargas, Diretoria de Análise de Políticas Públicas. - Rio de Janeiro: FGV DAPP, 2020. 1 recurso online (146 p.)
3. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Disponível em: <https://cutt.ly/GaDcaFB>. Acesso: 20 jun. 2020.
4. 'BIKEBOYS' rodam 12 horas por dia e 7 dias por semana para ganhar R\$ 936. Época negócios, Estadão Conteúdo, 15 set. 2019. Disponível em: <https://cutt.ly/LaDk2ie>. Acesso: 17 mai. 2020.
5. PINTO LW, RIBEIRO AP, BAHIA CA, FREITAS MG. Atendimento de urgência e emergência a pedestres lesionados no trânsito brasileiro. Ciênc. saúde coletiva, v.21, n.12, p. 3673-82, 2016.
6. MARTINES RT, ARAUJO WG, RODRIGUES CL, ARMOND JE. Incidence of pedestrian traffic injury in São Paulo, Brazil, in 2016. Acta ortop. bras, v.26, n.2, p.112-16, 2018.
7. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. Objetivo 3 – Boa Saúde e Bem-Estar. Disponível em: <https://cutt.ly/jaDl1sP>. Acesso: 15 jul. 2020.
8. DECLARAÇÃO DE ESTOCOLMO. 3rd Global Ministerial Conference on Road Safety. Stockholm, 19-20 February 2020. Disponível em: <https://cutt.ly/EaDxdFN>. Acesso: 15 jul. 2020.

*Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS): Marli de Mesquita Silva Montenegro, Cíntia Honório Vasconcelos, Érika Carvalho de Aquino, Luiz Otávio Maciel Miranda, Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha, Eduardo Marques Macário.

Previsão da morbimortalidade de lesões no trânsito envolvendo motociclistas no Brasil até 2022

Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis do Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS).*

As lesões de trânsito causaram 1,35 milhão de mortes no mundo em 2016. A taxa nas Américas foi de 15,6 por 100 mil habitantes, próxima à taxa global (18,2 por 100 mil). O risco de morte por lesões de trânsito foi mais elevado em países de baixa renda, assim a Europa apresentou taxa de 9,3 por 100 mil habitantes enquanto na África foi 26,6 por 100 mil habitantes em 2016.¹

Segundo o Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), a taxa de mortalidade das lesões de trânsito no Brasil chegou a 21,8 por 100 mil habitantes em 2017. O País apresentou uma das maiores taxas de mortalidade envolvendo motociclistas (7,3 por 100 mil habitantes) nas Américas. Bem como, está entre as maiores taxas de anos de vida vividos com incapacidade (YLD) para motociclistas (49,9 por 100 mil habitantes) da região. A taxa global foi 33,5 por 100 mil habitantes.²

Uma sequência de fatores influenciou o aumento da mortalidade de motociclistas no Brasil e em outras regiões do mundo como nas Américas:³ rápida urbanização, incentivos fiscais para a produção de motocicletas e consequente aumento da frota, além da intensificação do uso de motocicletas para mobilidade urbana.⁴⁻⁶

A importância de estudar os acidentes envolvendo motociclistas se justifica pelo maior risco quando comparado a outros meios de transporte, pelo predomínio expressivo de adultos jovens envolvidos e pela classe socioeconômica vulnerável na qual se concentra a maioria das vítimas destes acidentes, além dos danos sociais gerados para as famílias destas vítimas e para o Estado.⁷⁻⁹

Tendo em vista a relevância do tema, este boletim tem como objetivo analisar a tendência da morbimortalidade de motociclistas no Brasil e sua previsão até 2022.

Método

Trata-se de um estudo ecológico, de séries temporais, sobre as taxas de mortalidade e de morbidade hospitalar de motociclistas no Brasil e Unidades da Federação (UF), no período de 2010 a 2019, com previsão destas taxas até 2022.

Os dados sobre óbitos foram extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o qual possui como fonte de dados a declaração de óbito (DO). Os dados referentes às internações pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) foram extraídos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), cuja fonte de dados é a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). A informação referente ao custo das internações (valor médio e total) considerou o valor da internação por local de residência e ano de atendimento. Para a análise de séries temporais foi considerado o período de 2010 a 2019 (dado preliminar).

Neste estudo foram considerados todos os óbitos e as internações de motociclistas e ocupantes de triciclo motorizado, segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – décima revisão (CID-10), sob os códigos de V20 a V39 e para condição da vítima não especificada V87 a V89. Motociclista é toda pessoa que viaja sobre uma motocicleta, side-car ou em um reboque fixado a este veículo.

As taxas de mortalidade e de internação por 100 mil habitantes, foram ajustadas por faixa etária, considerando como padrão a população do Brasil segundo o Censo de 2010. Os dados populacionais foram obtidos por meio da projeção da população das UF por sexo e idade: 2000 a 2030, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revisão 2018, por meio do Tabnet.

Os dados referentes ao tamanho da frota de motocicletas, automóveis e total de veículos foram obtidos no endereço eletrônico do Departamento Nacional de Trânsito (Denatran)^a ligado ao Ministério da Infraestrutura (MINFRA).

As tendências das taxas de mortalidade e de internação foram analisadas por meio de modelo de regressão linear simples. A taxa foi a variável dependente (y) e o ano do óbito a variável independente (x).

Os dados foram analisados com o auxílio do programa Microsoft Excel. Todas as bases de dados utilizadas são de acesso público.

Resultados

No ano de 2019, as principais vítimas no trânsito no Brasil foram os motociclistas, com 10.533 óbitos (35,2%) e 104.195 internações (59,7%), estas com um custo aproximado de 165,8 milhões de reais ao Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar dos números elevados houve redução do risco de morte em 2013 (6,0 por 100 mil habitantes), redução de 31% em relação ao ano anterior (8,7 por 100 mil habitantes). Se manteve estável até 2017 e voltou a apresentar redução até 2019 (5,0 por 100 mil habitantes), apresentando taxa semelhante até 2022 (4,9 por 100 mil habitantes), conforme mostrado na figura 1.

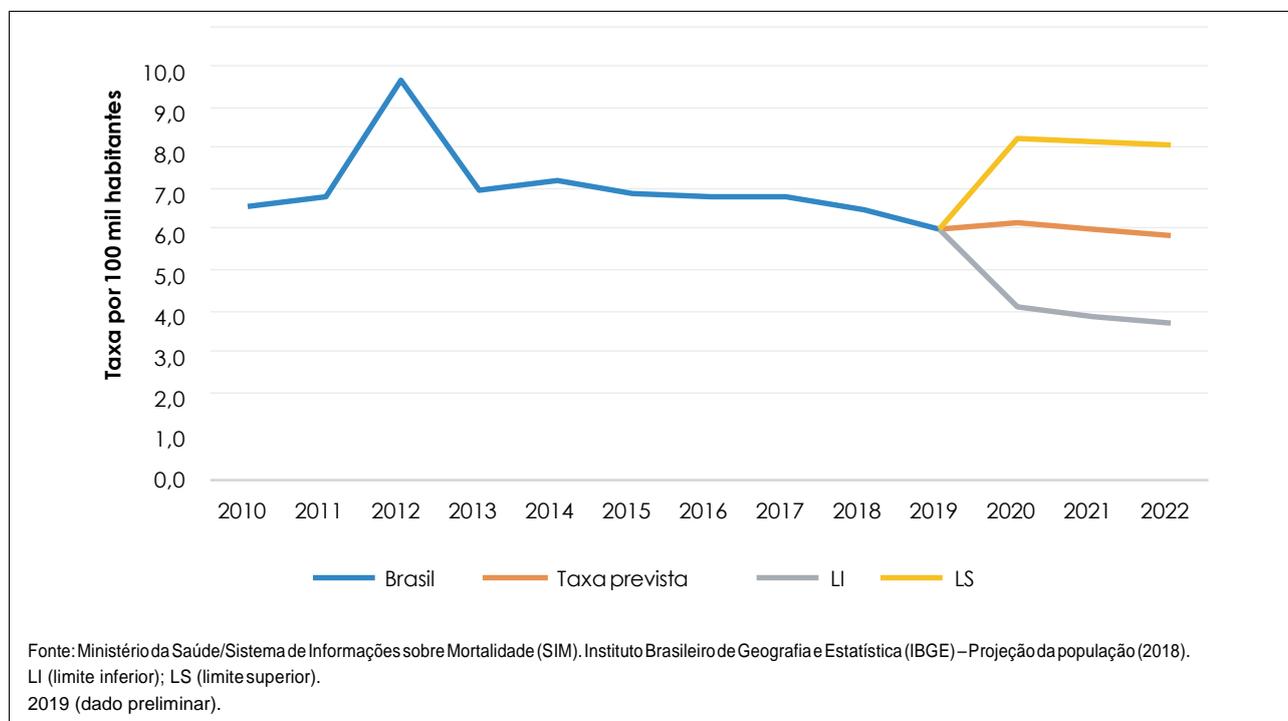


Figura 1 Taxa de mortalidade de motociclistas, Brasil, 2010 a 2019 e previsão para 2020 a 2022

Dentre os estados, 16 apresentaram taxas de mortalidade acima da taxa nacional em 2019, Piauí com 17 por 100 mil habitantes; e Tocantins com 13,5; Mato Grosso com 10,8 por 100 mil habitantes – sendo as UF com as maiores taxas. Por outro lado, as menores taxas foram registradas nos estados do Rio de Janeiro com 1,6; Amapá e Distrito Federal, ambos com o mesmo risco de morte 2,4; e São Paulo com uma taxa de 2,9 por 100 mil habitantes.

Segundo a previsão para 2022, a ordem das UF com as maiores taxas não se altera, mas apresentam previsão de elevação Piauí com 17,2; Tocantins com 14,7; e Mato Grosso com 11,9 por 100 mil habitantes.

Entre as menores taxas, Rio de Janeiro, 1,7; Distrito Federal, 1,8; e São Paulo com 2,4 por 100 mil habitantes se mantêm na mesma ordem, observando previsão de redução nos dois últimos.

^aDisponível em: <www.denatran.gov.br>

A grande diferença foi no estado do Amapá que apresentou previsão de aumento de 93,9% em 2022. As UF que apresentaram previsão de redução das taxas em 2022 comparado à

2019 foram: Roraima, Sergipe, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Espírito Santo, São Paulo, Santa Catarina, Paraná, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal (Tabela 1).

Tabela 1 Taxas de mortalidade de motociclistas, segundo Unidades da Federação. Brasil, 2010 e 2019, previsão para 2022

uF	2010	2019*	Previsão		
			2022	LI	LS
Brasil	5,6	5,0	4,9	2,7	7,1
Rondônia	8,6	8,9	9,9	5,2	14,6
Acre	1,8	3,8	4,5	0,9	8,0
Amazonas	2,7	4,4	5,1	4,0	6,2
Roraima	14,0	6,9	4,4	-1,5	10,4
Pará	5,4	5,7	6,8	5,6	8,0
Amapá	0,7	2,4	4,6	1,5	7,7
Tocantins	11,1	13,5	14,7	10,4	19,0
Maranhão	6,9	8,6	9,1	4,7	13,5
Piauí	16,2	17,0	17,2	12,5	21,8
Ceará	8,2	7,2	7,6	6,1	9,0
Rio Grande do Norte	8,2	5,5	5,2	3,9	6,6
Paraíba	5,8	8,4	9,2	6,1	12,3
Pernambuco	7,1	5,0	4,8	0,9	8,8
Alagoas	4,2	8,3	10,7	2,9	18,4
Sergipe	12,8	9,6	7,7	2,0	13,4
Bahia	3,7	4,9	5,2	3,8	6,5
Minas Gerais	3,8	3,4	3,5	2,7	4,2
Espírito Santo	8,6	5,0	4,3	2,2	6,4
Rio de Janeiro	3,5	1,6	1,7	1,1	2,4
São Paulo	4,0	2,9	2,4	1,9	2,9
Paraná	7,3	6,4	5,2	4,2	6,3
Santa Catarina	8,7	6,6	5,5	4,3	6,8
Rio Grande do Sul	3,6	3,3	3,3	2,5	4,0
Mato Grosso do Sul	10,3	9,3	7,0	4,8	9,2
Mato Grosso	12,3	10,8	11,9	10,7	13,1
Goiás	8,2	7,3	8,0	6,9	9,0
Distrito Federal	4,3	2,4	1,8	1,0	2,5

Fonte: Ministério da Saúde/Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Projeção da população (2018).

LI (limite inferior); LS (limite superior).

*2019 (dado preliminar).

Em relação à taxa de internação de motociclistas, a previsão no Brasil é de aumento. A variação observada entre 2019 e 2018 foi de 7% e a previsão para 2022 em relação a 2019 esse percentual se aproxima de 11% com taxa de 61,1 por 100 mil habitantes, observado na Figura 2.

Ao observar os dados da Tabela 2, 17 estados apresentaram taxas de internação acima da taxa do país em 2019, mantendo a mesma ordem em relação às UF com as maiores taxas de mortalidade com

exceção do Mato Grosso do Sul que passou a ocupar a segunda colocação. Piauí permaneceu com a maior taxa de internação com 190,5 por 100 mil habitantes. As menores taxas foram registradas nos estados do Rio Grande do Sul com 16,9; Amazonas com 21,5; e Amapá com 30,2 por 100 mil habitantes.

Segundo a previsão para 2022, apenas dois estados apresentaram redução das taxas de internação Goiás e Paraíba, -16,6% e -20,1%, respectivamente.

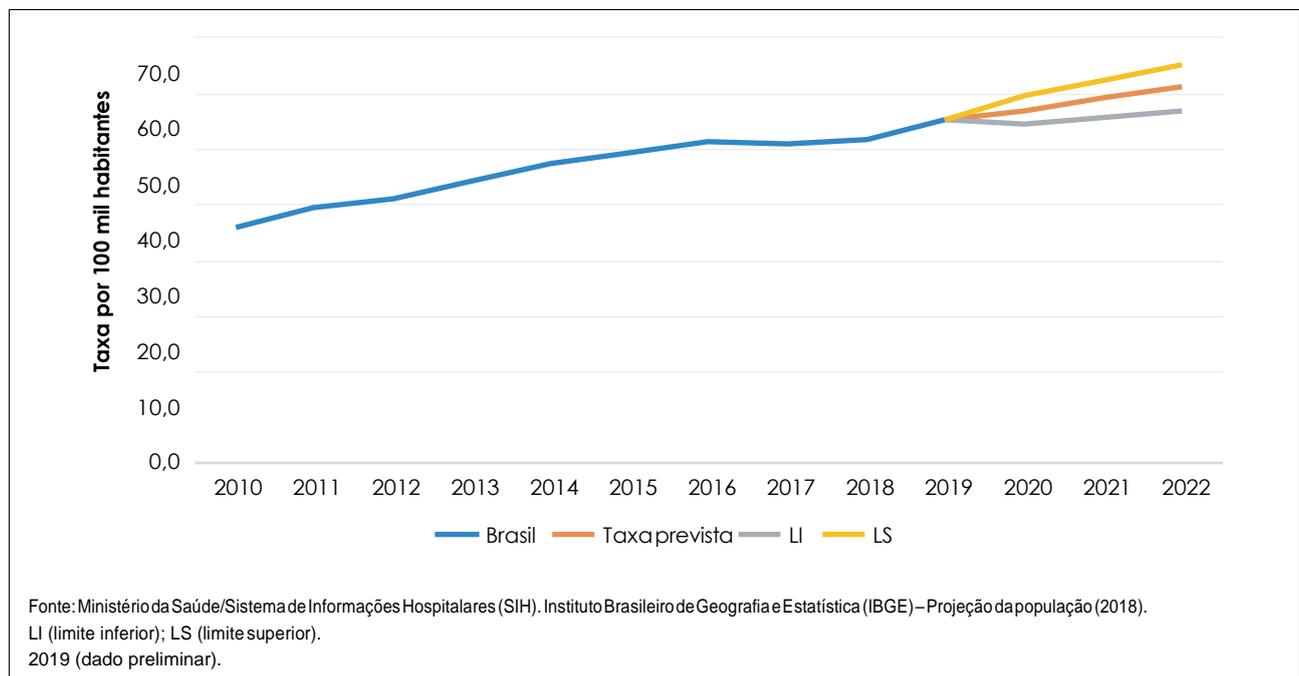


Figura 2 Taxa de internação de motociclistas. Brasil 2010 a 2019, previsão de 2020 a 2022

Tabela 2 Taxas de internação de motociclistas, segundo unidades da federação. Brasil, 2010 e 2019, previsão para 2022

uF	2010	2019	Previsão		
			2022	li	ls
Brasil	35,8	55,2	61,1	57,1	65,2
Rondônia	75,1	75,1	88,5	57,4	119,6
Acre	72,4	57,9	84,5	54,3	114,7
Amazonas	7,5	21,5	28,5	19,7	37,2
Roraima	148,7	67,0	114,5	-10,2	239,1
Pará	34,9	67,0	79,2	67,5	91,0
Amapá	35,3	30,2	36,0	21,9	50,1
Tocantins	4,6	118,1	171,6	131,4	211,7
Maranhão	15,9	55,4	68,9	55,7	82,1
Piauí	94,6	190,5	246,4	204,9	287,9
Ceará	46,5	70,4	75,0	57,0	93,1
Rio Grande do Norte	63,9	88,5	91,4	64,5	118,3
Paraíba	103,6	88,5	70,7	46,1	95,3
Pernambuco	19,7	37,9	42,3	26,9	57,6
Alagoas	15,2	33,3	47,0	35,9	58,1
Sergipe	13,6	82,6	105,1	76,9	133,2
Bahia	24,0	47,9	55,5	48,9	62,1
Minas Gerais	36,3	56,8	63,1	54,4	71,8
Espírito Santo	13,9	34,9	41,4	26,7	56,0
Rio de Janeiro	18,3	33,5	36,8	31,8	41,8
São Paulo	42,5	55,4	56,6	53,3	59,9
Paraná	26,8	39,2	42,9	37,3	48,4
Santa Catarina	34,9	57,6	67,3	55,0	79,6
Rio Grandedo Sul	13,6	16,9	19,1	15,8	22,4
Mato Grosso do Sul	43,1	125,9	140,6	81,6	199,5
Mato Grosso	76,9	112,3	144,9	119,8	170,0
Goiás	80,1	74,3	61,9	49,6	74,3
Distrito Federal	28,6	31,0	37,0	21,0	53,1

Fonte: Ministério da Saúde/Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Projeção da população (2018).

LI (limite inferior); LS (limite superior).

A Figura 3 apresenta o gasto com internações hospitalares de motociclistas no Brasil em milhões de reais de 2010 a 2019. Observa-se tendência crescente

com aumento de 89% nesse período. O valor médio por internação de motociclistas no Brasil foi de R\$ 1.442,4 reais em 2019.

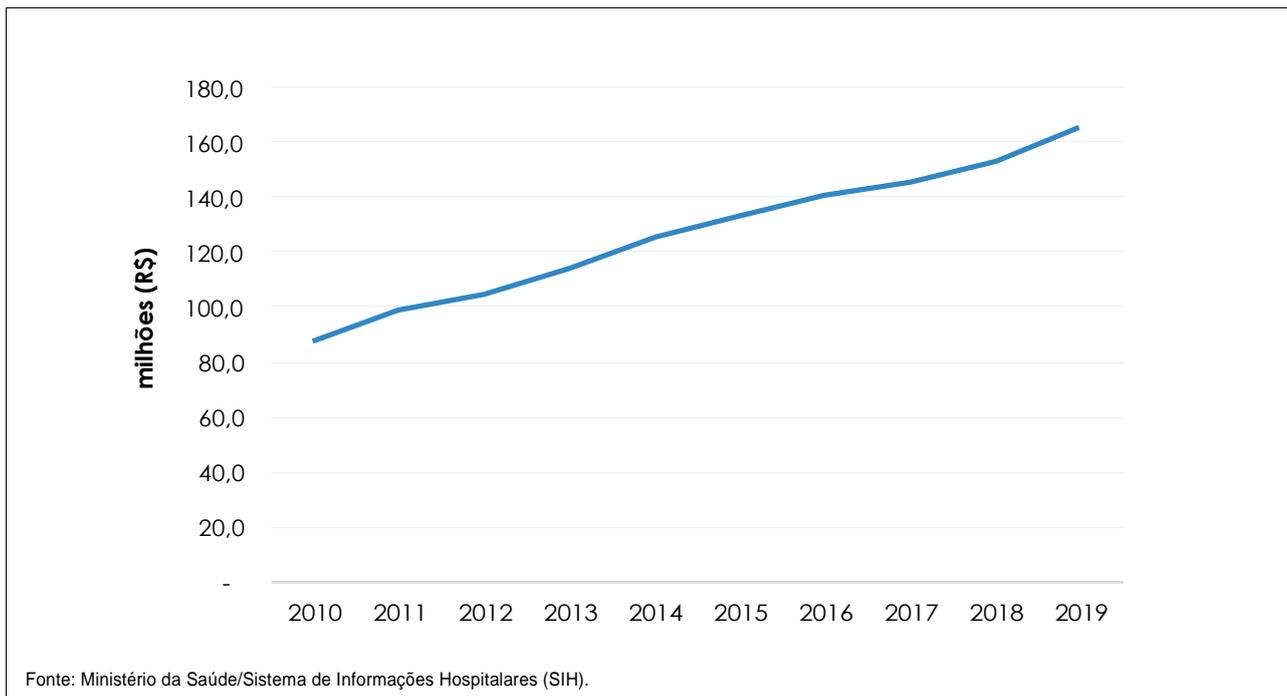


Figura 3 Gasto total (em milhões de reais) com internações de motociclistas, Brasil, 2010 a 2019

A Tabela 3 compara a frota de motocicletas com a frota de automóveis e a frota total de veículos entre 2010 e 2019 no Brasil. Observa-se que nesse período ocorreu aumento mais acentuado na frota de motocicletas 68,4%, enquanto as demais aumentaram 52,3%. Em 2019 o percentual de motos equivalia a 26,5% da frota total, em 2010 era 24%.

Tabela 3 Frota de veículos total, motocicletas e automóveis. Brasil, 2010 e 2019

Frota	2010	2019	Var%
Motocicletas	16.500.436	27.783.014	68,4
Automóveis	37.188.341	56.652.190	52,3
Total	68.817.974	104.784.375	52,3

Fonte: Ministérios das Cidades – Departamento Nacional de Trânsito (Denatran).

Discussão e conclusão

Os motociclistas foram responsáveis pela maioria dos óbitos e internações decorrentes de lesões de trânsito no ano de 2019 com previsão de estabilidade e aumento das taxas de mortalidade e internação para 2022. Entre os estados, destaque para as maiores taxas no Piauí.

O risco de morte de motociclistas foi diretamente proporcional ao aumento da frota de motocicletas. A motocicleta tornou-se um instrumento de trabalho e de mobilidade nas cidades, o que expõe cada vez mais o usuário desse meio de transporte ao risco de acidentes.¹⁰

Pesquisa realizada no Distrito Federal demonstrou a vulnerabilidade em que se encontra grande parte dos usuários de motocicleta: baixa renda e escolaridade; utilização da motocicleta como meio de trabalho e transporte muito econômico; e uso de motocicletas de baixa cilindrada. No geral, os veículos de baixa cilindrada são mais perigosos por não possuírem equipamentos de segurança de fábrica.¹¹

Deve-se considerar a necessidade de investimentos para promover melhorias urbanas, priorizando a segurança dos usuários mais vulneráveis no trânsito como os motociclistas.¹²⁻¹³ Associado à presença de um serviço de atenção móvel pré-hospitalar de urgência, aptas para a atenção às vítimas de trânsito em locais estratégicos, podendo otimizar o atendimento a essas vítimas, de forma a reduzir as lesões graves e as mortes.¹⁴ O uso adequado do capacete também reduz mortes e lesões graves, sendo importante intensificar medidas educativas e fiscalização ostensiva.¹⁵⁻¹⁶

Assim faz-se necessário priorizar medidas educativas, concomitante às medidas de prevenção e de mobilidade segura e sustentável. Nesse sentido, iniciativas como o Programa Vida no Trânsito devem ser estimuladas e expandidas, em caráter universal, a todos os municípios brasileiros, para que o Brasil se aproxime do alcance da meta dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), que visa reduzir em 50% o número de mortes por lesões no trânsito, de 2010 a 2020.¹⁷

Os resultados deste estudo demonstram a complexidade do problema. Esforços isolados não são suficientes para seu enfrentamento, que necessita de ações coordenadas entre diferentes instâncias dos entes federativos e articuladas com organizações governamentais, setor privado, representações de vítimas de trânsito, bem como a sociedade civil.

As limitações deste estudo se refere à cobertura das internações, que foram consideradas somente aquelas registradas no SIH/SUS, ou seja, financiadas pelo SUS. Ainda assim, os dados sobre as internações são importantes, pois a maioria das vítimas de lesões de trânsito são atendidas pelo SUS. Outra limitação se refere ao dado de causa básica de óbito e de internação não classificada como acidente envolvendo motociclistas, como por exemplo atropelamento, ou ainda como queda.

Referências

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on road safety 2018. Genebra: World Health Organization, 2018.
2. GLOBAL HEALTH DATA EXCHANGE. GBD results tools. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation, 2017. Disponível em: <https://urlless.in/KOTXt> Acesso em: 23 jul. 2020.
3. RODRIGUES, Eugênia M.S et al. Trends in fatal motorcycle injuries in the Americas, 1998- 2010. International Journal of Injury Control and Safety Promotion, Londres, v.21, n.2, p. 170-80, maio 2013.
4. MORAIS NETO, Otaliba Libanio et al. Regional disparities in road traffic injuries and their determinants in Brazil, 2013. International Journal for Equity in Health, Londres, v.15, p. 142, nov. 2016.
5. THE WORLD BANK. Global Road Safety Facility; UNIVERSITY OF WASHINGTON. Institute for Health Metrics and Evaluation. Transport for health: the global burden of disease from motorized road transport. Seattle: IHME; Washington: The World Bank, 2014. Disponível em: <https://urlless.in/gGIJc> Acesso em: 27 set. 2019.
6. ALMEIDA, Rosa Lívia Freitas de et al. Via, homem e veículo: fatores de risco associados à gravidade dos acidentes de trânsito. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.47, n.4, p. 718-31, ago. 2013.
7. MORAES EL, MASSAROLLO BMCK. Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores. Acta Paulista, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 131-135, 2009.
8. SILVA PHNV. Violência e morte no trânsito: associações ignoradas na prevenção dos acidentes com motociclistas. Recife: UFPE, 2013.
9. VASCONCELLOS EA. O custo social da motocicleta no Brasil. Revista dos Transportes Públicos, São Paulo, v. 30-31, p. 127-142, 2008. Disponível em: <<http://bit.ly/2rkY7D9>>. (Acesso em: 28 jul. 2020).
10. OLIVEIRA, Nelson Luiz Batista de; SOUSA, Regina Marcia Cardoso de. Fatores associados ao óbito de motociclistas nas ocorrências de trânsito. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1379-86, dez. 2012.
11. CORGOZINHO, MM; MONTAGNER, MA. Vulnerabilidade humana no contexto do trânsito motociclístico. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.26, n.2, p. 545-55, abr./jun. 2017.
12. PINTO, Liana Wernersbach et al. Atendimento de urgência e emergência a pedestres lesionados no trânsito brasileiro. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.21, n.12, p. 3673-3682, dez. 2016.
13. SOUSA Carlos Augusto Moreira de; BAHIA Camila Alves; CONSTANTINO Patrícia. Análise dos fatores associados aos acidentes de trânsito envolvendo ciclistas atendidos nas capitais brasileiras. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.21, n.12, p. 3683-3690, dez. 2016.
14. MARTINES Rodrigo Tadashi et al. Incidence of pedestrian traffic injury in São Paulo, Brazil, in 2016. Acta Ortopédica Brasileira, São Paulo, v.26, n.2, p.112-16, mar. / abr. 2018.

15. SOUTO RMCV, CORASSA RB, LIMA CM, MALTA DC. Uso de capacete e gravidade de lesões em motociclistas vítimas de acidentes de trânsito nas capitais brasileiras: uma análise do Viva Inquérito 2017. Rev. Bras. Epidemiol., v.23 (Suppl 1) jul. 2020.
16. MASCARENHAS MDM, SOUTO RMCV, MALTA DC, SILVA MMA, LIMA CM, MONTENEGRO MMS. Características de motociclistas envolvidos em acidentes de transporte atendidos em serviços públicos de urgência e emergência. Ciênc Saúde Coletiva, v.21, n.12, p.3661-71, 2016.
17. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. Objetivo 3 – Boa Saúde e Bem-Estar. Disponível em: <https://cutt.ly/jaDI1sP>. Acesso: 15 jul. 2020.

*Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS): Cíntia Honório Vasconcelos, Érika Carvalho de Aquino, Marli de Mesquita Silva Montenegro, Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha, Eduardo Marques Macário.

Mortalidade por suicídio na população indígena no Brasil, 2015 a 2018

Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis do Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS); Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (CGMAD/DAPES/SAPS); Coordenação de Gestão da Atenção à Saúde indígena do Departamento de Atenção à Saúde Indígena (COGASI/DASI/SESAI).*

Sumário

- 1 Mortalidade por suicídio na população indígena no Brasil, 2015 a 2018
- 8 Informe semanal sarampo – Brasil, semanas epidemiológicas 1 a 35, 2020

O suicídio configura um importante problema de saúde pública global. Com aproximadamente 800 mil mortes por ano, o suicídio está entre as 20 maiores causas de mortes em todo o mundo, representando a terceira maior causa de mortes em jovens de 15 a 19 anos de idade¹.

O suicídio constitui um fenômeno complexo e envolve múltiplas esferas da vida, relacionando-se com fatores que vão desde os de natureza sociológica, econômica, política, cultural, passando pelos psicológicos e psicopatológicos, até os genéticos e biológicos. Ademais, ao se considerar o fenômeno em contextos indígenas, estamos também lidando com outras definições de vida, de morte, de organização social e política, além de relações de parentesco diferenciadas e cosmologias e sistemas de crença específicos.

Os indígenas estão entre as populações mais atingidas pelo suicídio, apresentando as maiores taxas de mortalidade por essa causa em diversos países, como Canadá, Ilhas no Pacífico Sul, Micronésia, Papua-Nova Guiné, Austrália, entre outros².

Tendo em vista a necessidade de cuidar integralmente da saúde da população indígena, foi instituída a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, pela Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002, complementada posteriormente pelas portarias GM/MS nº 70, de 20 de janeiro de 2004 e MS/GM nº 2.759, de 25 de outubro de 2007, que instituíram a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas³. Essa política definiu a priorização de ações para situações especiais que caracterizam risco iminente para essas populações, entre elas “o acompanhamento, monitoramento e desenvolvimento de ações que venham coibir agravos de violência (suicídios, agressões e homicídios, alcoolismo) em decorrência da precariedade das condições de vida e da expropriação e intrusão das terras indígenas”³.

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
SRTVN Quadra 701, Via W5 – Lote D,
Edifício PO700, 7º andar
CEP: 70.719-040 – Brasília/DF
E-mail: svs@saude.gov.br
Site: www.saude.gov.br/svs

Versão 1
9 de setembro de 2020

³Atualizada por meio da Portaria de Consolidação Nº 2, de 28/09/2017, Anexo XIV, que aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Origem: PRT MS/GM 254/2002).

A Política de Saúde Mental, por sua vez, compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país com o objetivo de organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em Saúde Mental. As estratégias relacionadas à atenção psicossocial para populações indígenas e tradicionais foram construídas de modo gradativo, intersetorial, reforçando-se a importância do diálogo com grupos indígenas e tradicionais, a contextualização sociocultural de cada comunidade indígena e a compreensão dos condicionantes e determinantes sociais relacionados aos problemas enfrentados.

Com a criação da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, por meio da Portaria MS/GM nº 3.088/2011^b, que estabeleceu, entre seus objetivos específicos, a promoção de cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis, entre os quais, populações indígenas, reconheceu-se a importância da temática da saúde mental para esses povos no Brasil. Assim, as ações desenvolvidas em diálogo com diferentes instituições e setores no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, têm buscado a promoção de uma política de saúde que não se limite à dimensão individual e à perspectiva biomédica, mas que considere diferentes aspectos relacionados às condições da vida em sociedade de diferentes populações.

Assim, considerando a importância do suicídio como problema de saúde pública que afeta de forma desigual a população indígena, e considerando que, para obter um panorama abrangente da temática, sua incidência nas populações indígenas, e para poder avaliar a amplitude desse fenômeno, deve-se examinar as variações das mortes autoprovocadas no tempo e espaço, este estudo objetivou analisar o perfil dos óbitos por suicídio na população indígena no período de 2015 a 2018.

Métodos

Foi realizada uma análise descritiva da mortalidade por suicídio na população indígena do Brasil, no período de 2015 a 2018. Os dados sobre mortalidade foram obtidos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Os suicídios foram definidos como óbitos de indivíduos a partir de 5 anos de idade cuja causa básica, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), fora registrada com Lesão autoprovocada intencionalmente (códigos X60 a X84), ou Sequelas de lesões autoprovocadas intencionalmente (código X87.0).

O perfil dos óbitos por suicídio contemplou os dados de raça/cor (indígena/não indígena), segundo as variáveis sexo, escolaridade, estado civil, local de ocorrência e meio de agressão. Foram, então, calculadas as taxas médias de mortalidade por suicídio entre indígenas no período de 2015 a 2018, padronizadas por idade pelo método direto, segundo sexo e região de residência. Para a estimativa da população de indígenas foram utilizadas as frações de população indígena em relação à população brasileira, por sexo e faixa etária, de acordo com o Censo Demográfico 2010, multiplicadas pelas projeções populacionais do Ministério da Saúde para os anos estudados. Em seguida foi avaliada a evolução das taxas de mortalidade por suicídio entre indígenas no período de 2010 a 2018.

Resultados

No período de 2015 a 2018 foram registrados 47.873 óbitos por suicídio (CID-10: X60-X84 e Y87.0), dos quais 49,8% eram brancos, 46,7% eram negros (pretos e pardos), 0,4% eram amarelos e 1,1% eram indígenas – 2% das declarações de óbito não apresentavam informação sobre raça/cor. Indígenas que foram a óbito por suicídio apresentaram

^bAtualizada por meio da Portaria de Consolidação Nº 3, de 28/09/17, Anexo V, que trata da instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Anexo V (Origem: Portaria MS/GM 3088/2011)

menor escolaridade que não indígenas, de modo que 16,5% desses indígenas eram analfabetos, comparados a uma 4,4% dos não indígenas (Tabela 1). O principal meio utilizado foi o enforcamento, representado 89,4% dos óbitos de indígenas e 68,9% dos óbitos de não indígenas. Não indígenas apresentaram proporções mais elevadas de suicídios por intoxicação e arma de fogo, em comparação aos indígenas.

Apesar do reduzido número de óbitos em comparação às populações branca e negra, a população indígena apresentou o maior risco de morte por suicídio, com uma taxa de 17,5 óbitos por 100 mil habitantes (Figura 1). Esse risco foi 2,9 vezes superior ao observado para brancos, e 3,1 vezes superior ao observado para negros.

Entre indígenas, as maiores taxas de mortalidade foram observadas nas regiões Centro-Oeste (35,6 mortes por 100 mil hab.), seguida pelas regiões Norte e Sul (Tabela 1). Verificou-se, também, um maior risco de mortes entre adolescentes e adultos jovens, nas faixas de 15 a 19 (41,1 mortes por 100 mil hab.) e 20 a 29 anos (37,5 mortes por 100 mil hab.) de idade (Tabela 2), que concentraram 62% do total de óbitos por suicídio nesse grupo racial.

Analisando a evolução da mortalidade de indígenas por suicídio, observou-se um acentuado aumento das taxas entre 2010 e 2018, variando de 12,2 para 18,4 óbitos por 100 mil hab., um aumento de 50,9% (Figura 2). Esse aumento foi substancialmente maior que o observado para a população geral, onde as taxas variaram, no mesmo período, de 5,2 para 6,3 óbitos por 100 mil habitantes, um crescimento de 20,0%.

Discussão

Os resultados encontrados reforçam estudos anteriores, que apontam que o risco de morte por suicídio na população indígena é duas a três vezes maior que na população em geral^{4,5,6}. A magnitude do impacto deste agravo sobre as condições de vida das comunidades indígenas se expressa não apenas pela sua elevada incidência, mas por atingir principalmente jovens de 15 a 29 anos, diminuindo a expectativa de vida e representando uma alta carga de anos de vida perdidos (YLL), além de prejuízos socioeconômicos a comunidades inteiras.

A passagem para a vida adulta tem se apresentado como um período crítico para jovens indígenas, especialmente relacionado às transformações socioculturais decorrentes do contato com a sociedade não indígena. As mudanças nas relações de parentesco, incluindo-se as relações de casamento e intergeracionais, podem resultar em experiências de sofrimento mental relacionados aos intentos suicidas^{4,6}.

Em relação ao aumento substancial da taxa de mortalidade entre 2010 e 2018, os resultados acompanham uma tendência geral de aumento do suicídio de jovens no Brasil⁷, porém são necessários mais estudos aprofundados para compreensão dos fatores relacionados à elevação dessas taxas.

Nesse aspecto, deve-se observar que a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Ministério da Saúde) lançou, em setembro de 2016, a Agenda Estratégica de Ações de Prevenção do Suicídio em Populações Indígenas que incluiu, entre outras ações, a qualificação das informações sobre óbitos por suicídio e tentativas. Com isso, o investimento em vigilância do óbito pode ter contribuído para que o incremento da taxa de mortalidade por suicídio entre indígenas.

A literatura científica identifica múltiplos fatores de risco para o suicídio entre indígenas, entre eles o consumo abusivo de álcool e drogas, as mudanças socioculturais decorrentes do contato com a sociedade não-indígena, com abandono das tradições e fragilização cultural, a fragilização de laços familiares e comunitários, a falta de acesso a educação e trabalho, o confinamento territorial entre outros^{8,9}. Assim, cabe investigar em que medida as vulnerabilidades sociais provocadas pelos processos históricos que impactaram as comunidades indígenas influenciam nos fenômenos relacionados aos intentos suicidas^{8,10}.

Nesse sentido, deve-se considerar que o fenômeno do suicídio é mediado por diferentes concepções de sofrer e morrer próprias de cada povo indígena, que tem seus modelos explicativos tradicionais sobre a ocorrência desses óbitos e devem ser levados em consideração na formulação de qualquer estratégia de prevenção desse agravo, que devem ser pensadas de modo intersetorial, incluindo-se a rede de atenção psicossocial e a participação social das comunidades indígenas.

Referências

1. WHO. Suicide. WHO, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2Fgzj8l>, acesso em 02 de setembro de 2020.
2. Oliveira CS, Lotufo Neto F. Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. Rev. psiquiatr. clín. 2003; 30(1): 4-10.
3. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. Disponível em: <https://bit.ly/3m5hrye>, acesso em 31 de janeiro de 2020.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. Boletim Epidemiológico. 2017a; 48(30). Disponível em: <https://bit.ly/3lXZMJ7>, acesso em 02 de setembro de 2020.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Agenda estratégica de ações de prevenção do suicídio em populações indígenas 2017-2018. Brasília, 2017b. Disponível em: <https://bit.ly/33axltm>, acesso em 01 de setembro de 2020.
6. Souza MLP, Orellana JDY. Suicide among the indigenous people in Brazil: a hidden public health issue. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2012; 34(4): 489-90.
7. Cicogna JIR, Hillesheim D, Hallal ALLC. Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil: tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2015. J. bras. psiquiatr. 2019; 68(1): 1-7.
8. Souza MLP (Org.). Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
9. Souza RSB, Oliveira JC, Alvares-Teodoro J, Teodoro MLM. Suicídio e povos indígenas brasileiros: revisão sistemática. Revista Panamericana de Salud Pública. 2010; 44: e58
10. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias de Prevenção do Suicídio em Povos Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2R8q7pC>.

Anexos

Tabela 1 Perfil dos óbitos por suicídio, segundo raça/cor. Brasil, 2015 a 2018

	Não indígena		Indígena		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sexo						
Masculino	36.515	78,8	398	73,7	37.678	78,7
Feminino	9.834	21,2	142	26,3	10.179	21,3
Total	4	0,0	-	-	14	0,0
estado civil						
Solteiro	23.320	50,3	364	67,4	24.033	50,2
Casado	12.349	26,6	44	8,1	12.564	26,2
Viúvo	1.721	3,7	5	0,9	1.757	3,7
Separado judicialmente	3.387	7,3	1	0,2	3.428	7,2
Outro	2.491	5,4	68	12,6	2.596	5,4
Ignorado	3.085	6,7	58	10,7	3.493	7,3
escolaridade						
Nenhuma	2.056	4,4	89	16,5	2.194	4,6
1 a 7 anos	17.755	38,3	200	37,0	18.300	38,2
8 a 11 anos	11.913	25,7	103	19,1	12.137	25,4
12 anos e mais	4.555	9,8	11	2,0	4.627	9,7
Ignorado	10.074	21,7	137	25,4	10.613	22,2
local de ocorrência						
Hospital	6.686	14,4	23	4,3	6.855	14,3
Outros estabelecimentos	769	1,7	2	0,4	782	1,6
Domicílio	28.661	61,8	297	55,0	29.532	61,7
Via pública	2.787	6,0	9	1,7	2.875	6,0
Outros	7.340	15,8	180	33,3	7.678	16,0
Ignorado	110	0,2	29	5,4	149	0,3
Meio de autoagressão						
Intoxicação exógena	5.189	11,2	36	6,7	5.353	11,2
Enforcamento	31.936	68,9	483	89,4	33.089	69,2
Afogamento	498	1,1	-	-	509	1,1
Arma de fogo	3.742	8,1	11	2,0	3.801	7,9
Outros	4.956	10,7	10	1,9	5.087	10,6
Total	46.353	96,8	540	1,1	47.871	100,0

Fonte: Ministério da Saúde/Sistema de Informações sobre Mortalidade.

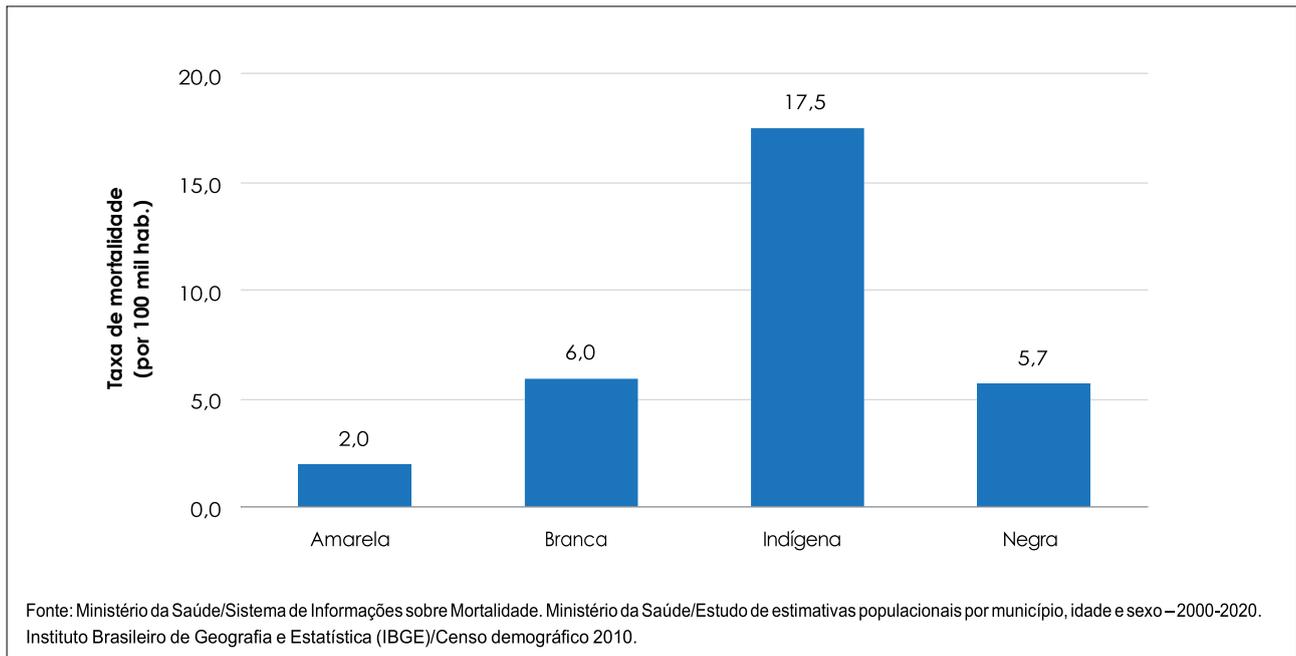


Figura 1 Taxas de mortalidade por suicídio, segundo raça/cor. Brasil, 2015 a 2018

Tabela 2 Taxas de mortalidade de indígenas por suicídio, segundo sexo, faixa etária e região de residência. Brasil, 2015 a 2018

	Feminino	Masculino	Total
Região			
Norte	14,0	33,7	24,1
Nordeste	1,5	6,3	3,8
Sudeste	2,6	5,5	4,1
Sul	4,2	15,0	9,7
Centro-Oeste	14,7	56,4	35,6
Faixa etária			
5-9 anos	0,5	1,5	1,0
10-14 anos	20,8	18,9	19,8
15-19 anos	29,7	69,2	49,8
20-29 anos	12,2	48,2	30,7
30-39 anos	4,7	26,7	15,9
40-49 anos	2,4	13,4	7,9
50-59 anos	2,2	5,4	3,7
60-69 anos	2,9	9,0	5,7
70 anos e mais	3,7	10,1	6,6
Total	9,0	25,9	17,5

Fonte: Ministério da Saúde/Sistema de Informações sobre Mortalidade. Ministério da Saúde/Estudo de estimativas populacionais por município, idade e sexo – 2000-2020. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)/Censo demográfico 2010.

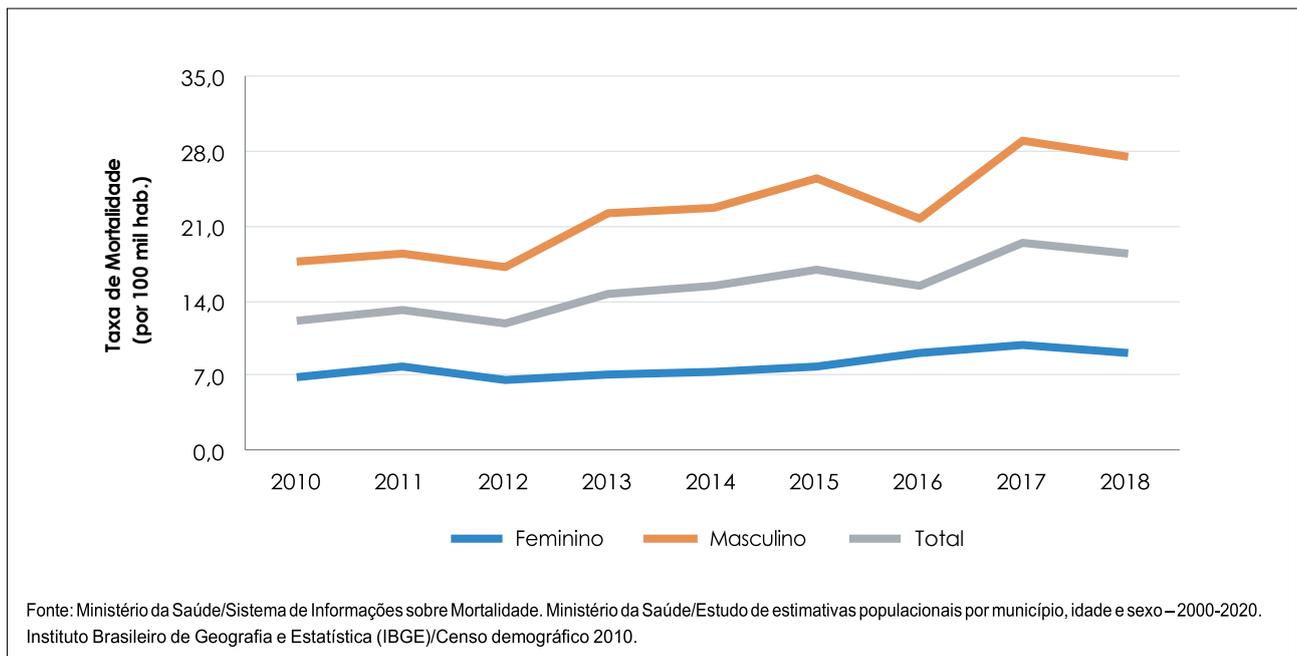


Figura 2 Evolução das taxas de mortalidade de indígenas por suicídio, segundo sexo. Brasil, 2010 a 2018

*Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS): Camila Alves Bahia, Leandra Lofego Rodrigues, Rafael Bello Corassa. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD/DAPES/SAPS): Daniela Palma Araújo, Ivana Gomes Almeida, Sidlei Queiroga de Araujo. Coordenação de Gestão da Atenção à Saúde indígena (COGASI/DASI/SESAI): Fernando Pessoa de Albuquerque.

Tentativas e suicídios na população idosa do Brasil

Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis do Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS); Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (COSAPI/DAPES/SAPS); Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (CGMAD/DAPES/SAPS).*

Sumário

- 1 Tentativas e suicídios na população idosa do Brasil
- 9 Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P), temporalmente associada à COVID-19
- 14 Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas transmitidas pelo *Aedes Aegypti* (dengue, chikungunya e zika), semanas epidemiológicas 1 a 36, 2020
- 21 Vigilância epidemiológica do sarampo no Brasil – 2020 semanas epidemiológicas 1 a 36

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
SRTVN Quadra 701, Via W5 – Lote D,
Edifício PO700, 7º andar
CEP: 70.719-040 – Brasília/DF
E-mail: svs@saude.gov.br
Site: www.saude.gov.br/svs

Versão 1
16 de setembro de 2020

Segundo a Organização Mundial da Saúde, cerca de 800 mil pessoas morrem por ano devido ao suicídio (OMS, 2018). Em quase todas as regiões do mundo, as taxas de suicídio são mais elevadas entre as pessoas com 70 anos ou mais.¹

O suicídio é um fenômeno complexo, influenciado por fatores psicológicos, biológicos, sociais e culturais, tendo como principais situações de risco a discriminação, o sentimento de solidão, abuso, violência, relações conflituosas, perdas financeiras, dores crônicas, consumo nocivo de álcool, transtornos mentais e tentativas prévias.¹ Dentre os fatores de risco elencados, destaca-se a tentativa prévia, em especial quando se trata de pessoas idosas, pois, neste grupo, há uma relação próxima entre tentativa e suicídio consumado. Enquanto para população brasileira de outras faixas etárias os dados evidenciam que há muito mais tentativas do que óbitos por suicídio, na população idosa as duas medidas se equivalem.²

Embora o suicídio tenha causas múltiplas, a literatura aponta forte correlação com transtornos mentais. Das pessoas idosas que cometeram suicídios, entre 71% e 95% apresentavam algum transtorno mental.² Por sua vez, o processo de adoecimento mental neste grupo etário está associado a problemas de saúde física, ao isolamento e a falta de suporte social.² Neste sentido, o presente boletim tem como objetivo apresentar dados sobre lesões autoprovocadas e suicídios envolvendo a população idosa, ocorridos no Brasil.

Método

Foi realizado estudo descritivo das lesões autoprovocadas notificadas e dos suicídios ocorridos no Brasil envolvendo pessoas idosas (60 anos e mais), entre os anos de 2011 a 2018 e 2010 a 2018, respectivamente.

As notificações de lesão autoprovocada foram extraídas do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva contínuo), registradas na “Ficha individual de notificação de violência interpessoal/autoprovocada” do

Sistema de Agravos de Notificação (Sinan). Para obter os dados foram selecionadas as notificações com registro igual a “Sim” para a variável “lesão autoprovocada” e “autor da agressão” igual a “própria pessoa”. Foram calculadas proporções destas notificações segundo ano de ocorrência, UF de ocorrência, sexo, raça/cor, meio utilizado para o ato local de ocorrência do mesmo.

Já os óbitos por suicídio, foram extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), sendo selecionados aqueles registrados com os seguintes códigos da Classificação estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª edição (CID X): lesões autoprovocadas intencionalmente (X60-X84) e seqüela de lesões autoprovocadas intencionalmente (Y87.0). Foram calculadas taxas de mortalidade bruta segundo faixa etária e as proporções dos suicídios segundo ano de ocorrência, UF de ocorrência, sexo, raça/cor, local de ocorrência e meio utilizado dentre os óbitos ocorridos dentro do domicílio. A população utilizada foi a estimativa populacional por município, idade e sexo de 2000 a 2020, realizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde e disponível no site do DATASUS (SVS/MS).

Resultados

Entre 2011 e 2018 foram registradas 293.203 lesões autoprovocadas no país, das quais 11.438 (3,9%) envolviam indivíduos com mais de 60 anos. Nesse grupo, as lesões notificadas apresentaram as taxas de 3,8% das notificações em 2011 e 3,3% em 2018 (Tabela 1).

No último ano do período observado, as unidades federadas (UF) que apresentaram maiores percentuais de notificação foram São Paulo (24,6%) e Minas Gerais (16,2%), Sergipe, Roraima e Pará foram responsáveis por 0,2% das notificações, cada (Tabela 3).

Em 2018, mais da metade das lesões autoprovocadas registradas em idosos envolviam o sexo feminino (51,4%). Indivíduos brancos compuseram 58,7% das notificações, negros 31,2%, 0,7% amarelos e 0,4% indígenas.

O envenenamento e o enforcamento foram os meios mais utilizados (49,8% e 14,5% respectivamente). O local em que a lesão autoprovocada ocorreu foi em mais de 85% dos casos notificados a residência do indivíduo, e a repetição do evento foi registrado em 28,3% dos casos observados (Tabela 4). Já entre os suicídios consumados, no grupo de indivíduos com mais de 60 anos observou-se uma taxa de mortalidade (óbitos/100 mil habitantes) que variou de 6,8 em 2010 a 8,1 em 2018 (Tabela 2).

Em comparação com as demais faixas etárias, fica evidente que as taxas de mortalidade por suicídios são maiores para o grupo de 60 anos e mais, a exemplo, em 2015 encontra-se a diferença maior, sendo que 7,8% dos óbitos por suicídio foram em idosos, 7,2% em adultos (Tabela 2) e 2,6% em adolescentes. Dentre os idosos observados em todo o período de estudo, a faixa etária de 70 a 79 anos, apresentou a maior taxa – 8,5 óbitos/100mil hab. (dados não apresentados).

As mortes entre idosos em 2018 apresentou maior taxa nos estados de Rio Grande do Sul (19,4 óbitos/100mil hab.) e Piauí (16,9 óbitos/100mil hab.) e a menor taxa no Amazonas (3,4 óbitos/100mil hab.) – Tabela 3. Cerca de 80% dos suicídios acometeram homens, mais de 60% indivíduos brancos, e mais da metade destes óbitos foram cometidos na residência do indivíduo. Dentre os óbitos ocorridos na residência, 79,2% envolveu enforcamento, estrangulação ou sufocação (X70) – Tabela 5.

Discussão

Os dados sociodemográficos evidenciam a constante de que os homens se suicidam mais, ou seja, são efetivos no ato (79,2%), e que o domicílio é o local de ocorrência que predomina (68,9%). Este fato deve-se à dificuldade ou restrição de mobilidade e isolamento social, e sobretudo, às fragilidades das relações familiares dos idosos.³ O segundo lugar de predominância, com 14,6%, são os estabelecimentos de saúde, como hospitais, onde os idosos encontram-se em tratamento devido às

doenças crônicas e às debilitações físicas.⁴ O meio mais utilizado tanto para homens quanto para mulheres⁵ é o item que engloba enforcamento, estrangulação e sufocação com 79,2%.

No Brasil, as tentativas de suicídio por idosos, caracterizadas pelas lesões autoprovocadas notificadas variaram ao longo do tempo. Flutuações como essas são relacionadas com o acesso das vítimas aos serviços de saúde bem como a qualidade e a abrangência geográfica das notificações. O crescente aumento do registro de tentativas de suicídio entre idosos, observado no Brasil nos anos mais recentes, pode dever-se ao fato da ampliação da cobertura da Vigilância de Violência no Brasil.^{6,7,8}

As tentativas de suicídio costumam ser repetidas e constituem um dos principais preditores do suicídio, sendo que mais de 10% atingem a morte após uma ou várias ocorrências.⁹

A depressão foi um dos fatores de risco mais relevantes associados ao suicídio em quase todos os estudos. A poderosa associação entre suicídio e depressão exige que maior atenção deve ser dada ao diagnóstico desse transtorno mental, principalmente na atenção primária, e às intervenções destinadas a tratá-lo, como medidas importantes para prevenir o suicídio.¹⁰

Considerando esta série histórica, verificou-se a ocorrência de 28,3% de recidivas de tentativas de suicídio. A identificação de tais indivíduos, em alto risco, e o provimento de cuidados e acompanhamento devem ser componentes essenciais de quaisquer estratégias abrangentes de prevenção do suicídio.

Mulheres e homens variam em relação a tentativa de suicídio e a consumação do ato. Homens morrem mais, enquanto a tentativa é mais frequente em mulheres. Tal situação, pode ser devido ao sofrimento psíquico demonstrado ao final da vida pelas mulheres. Esse sofrimento se avoluma mais quando passam a ter limitações próprias do envelhecimento, sofrem violência patrimonial e se tornam dependentes social e fisicamente, atingindo fortemente o sentimento de dignidade.¹¹

Mundialmente, o envenenamento, o enforcamento e as armas de fogo estão entre os métodos de suicídio mais comuns, embora a escolha do método varie, frequentemente, de acordo com o grupo populacional. Os achados neste estudo, corroboram os dados encontrados na literatura, sendo o envenenamento e

o enforcamento os meios mais utilizados na tentativa de suicídio nesta série histórica. Entre os idosos, segundo Selegim et al,¹² o perfil de tentativa de suicídio por envenenamento é diferente. As mulheres idosas que tentaram o suicídio o fizeram mais frequentemente utilizando medicamentos, ao passo que os homens utilizaram mais frequentemente os agrotóxicos.

Nesse sentido, evidencia-se que os suicídios são evitáveis sendo necessário desenvolver ações de prevenção abrangentes e integradas com diferentes setores da sociedade. O escopo dessas ações deve englobar desde cuidados com a saúde mental até o enfrentamento do preconceito contra o idoso, tendo em vista que as diversas formas de discriminação social contra esse grupo etário tendem a desvalorizá-los/as e a negar sua função social. *“Esse comportamento estimula neles a depressão, o isolamento e, em muitos, o desejo de morte”*.¹³

Referências

1. World Health Organization. Prevención del suicidio: Un imperativo global. 2014.
2. Minayo MC de S, Cavalcante FG. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. Rev Saude Publica. 2010;44(4):750–7.
3. Minayo MC de S, Teixeira SM de O, Martins JC de O. Tédio enquanto circunstância potencializadora de tentativas de suicídio na velhice. Estud Psicol. 2016;21(1):36–45.
4. Cavalcante FG, De Minayo MCS. Qualitative study on suicide attempts and ideations with 60 elderly in Brazil. Cienc. e Saude Coletiva. 2015;20(6):1655–66.
5. Minayo MC de S, Cavalcante FG. Estudo compreensivo sobre suicídio de mulheres idosas de sete cidades brasileiras. Cad Saude Publica. 2013;29(12):2405–15.
6. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2472 - Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Públicos e Privados em todo o território nacional. Diário Of da União. 2010;
7. Ministério da Saúde. Portaria Nº 104 - Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Públicos e Privados em todo o território nacional. Diário Of da União. 2011.

8. Ministério da Saúde. Portaria No 204 – Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Públicos e Privados em todo o território nacional. Diário Of da União. 2016;32:30961.
9. Meneghel SN, Moura R, Hesler LZ, Gutierrez DMD. Suicide attempts by elderly women – from a gender perspective. Cienc e Saude Coletiva. 2015;20(6):1721–30.
10. Pires MC da C, Silva T de PS da, Passos MP dos, Sougey EB, Bastos Filho OC. Risk factors of suicide attempts by poisoning: review. Trends Psychiatry Psychother. 2014;36(2):63–74.
11. Silva RM da, Sousa GS de, Vieira LJE de S, Caldas JMP, Minayo MC de S. Ideação e tentativa de suicídio de mulheres idosas no nordeste do Brasil. Rev Bras Enferm. 2018;71 2(suppl 2):755–62.
12. Carolina A, Bellasalma M, Aidar T, Mathias DF. Characterization of Suicide Attempts Among the Elderly. 2012;17(2):277–83.
13. Brasília. Manual de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa [Internet]. 2013. Available from: <https://cutt.ly/XfYfujp>.

Tabela 1 Distribuição das lesões autoprovocadas segundo faixa etária e ano de ocorrência Brasil, 2011 a 2018

Idade	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Crianças (0-9)	9	0,1	7	0,0	12	0,1	23	0,1	273	0,8	420	1,1	1.346	2,0	929	1,1	3.019	1,0
Adolescentes (10-19)	2.513	23,2	3.602	23,1	4.503	24,1	5.171	22,9	7.126	22,0	9.047	23,6	19.080	28,1	25.896	29,8	76.938	26,2
Adultos (20-59)	7.914	73,0	11.320	72,6	13.372	71,7	16.418	72,6	23.502	72,6	27.224	70,9	44.739	66,0	57.225	65,8	201.714	68,8
Idosos (60 e +)	409	3,8	661	4,2	764	4,1	995	4,4	1.452	4,5	1.617	4,2	2.648	3,9	2.892	3,3	11.438	3,9
em branco	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0	26	0,1	65	0,2	0	0,0	1	0,0	94	0,0
Total	10.845	-	15.590	-	18.651	-	22.609	-	32.379	-	38.373	-	67.813	-	86.943	-	293.203	-

Fonte: Sinan.

Tabela 2 Distribuição do nº e taxa de mortalidade por suicídio segundo faixa etária e ano de ocorrência. Brasil, 2010 a 2018

Faixa etária	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	n	tx	n	tx	n	tx	n	tx	n	tx	n	tx	n	tx	n	tx	n	tx
Crianças (0-9)	3	0,0	5	0,0	3	0,0	3	0,0	4	0,0	3	0,0	6	0,0	8	0,0	4	0,0
Adolescentes (10-19)	707	2,0	733	2,1	792	2,3	785	2,3	814	2,4	855	2,6	897	2,7	1048	3,3	1049	3,3
Adultos (20-59)	7291	6,7	7580	6,9	7830	7,0	8035	7,1	8135	7,1	8360	7,2	8510	7,3	9213	7,8	9373	7,8
Idosos (60 e +)	1428	6,8	1504	7,0	1672	7,5	1690	7,3	1679	7,0	1946	7,8	1997	7,7	2212	8,2	2281	8,1
Total	9.454	4,8	9.856	5,0	10.328	5,2	10.538	5,3	10.660	5,3	11.187	5,5	11.438	5,6	12.507	6,0	12.741	6,1

Fonte: Sinan.

Tabela 3 Distribuição das lesões autoprovocadas e óbitos envolvendo idosos por UF de ocorrência. Brasil, 2018

UF	Notificações		Óbitos	
	n	%	n	taxa
Rondonia	12	0,4	15	9,9
Acre	3	0,1	3	4,6
Amazonas	11	0,4	10	3,4
Roraima	6	0,2	2	5,2
Para	7	0,2	35	4,8
Amapa	1	0,0	3	5,6
Tocantins	28	1,0	19	12,0
Maranhao	11	0,4	56	8,1
Piaui	23	0,8	67	16,9
Ceara	62	2,1	117	10,4
Rio Grande do Norte	35	1,2	35	7,9
Paraiba	33	1,1	44	8,4
Pernambuco	105	3,6	65	5,5
Alagoas	26	0,9	20	5,6
Sergipe	5	0,2	23	9,4
Bahia	71	2,5	117	6,3
Minas Gerais	468	16,2	254	8,0
Espirito Santo	67	2,3	29	5,4
Rio de Janeiro	167	5,8	139	5,0
Sao Paulo	712	24,6	352	5,2
Parana	266	9,2	165	10,0
Santa Catarina	225	7,8	155	15,3
Rio Grande do Sul	383	13,2	385	19,4
Mato Grosso do Sul	50	1,7	26	7,7
Mato Grosso	17	0,6	35	9,5
Goias	57	2,0	83	10,2
Distrito Federal	39	1,3	27	8,7
Total	2.282	100,0	2.281	8,1

Fonte: Sinan e SIM.

*2 casos notificados com UF em branco.

Tabela 4 Distribuição das lesões autoprovocadas envolvendo idosos segundo características sociodemográficas e do evento. Brasil, 2018

	Notificações	
	n	%
Sexo		
Feminino	1.487	51,4
Masculino	1.405	48,6
Raça		
Branca	1.697	58,7
Preta/parda	902	31,2
Amarela	21	0,7
Indígena	12	0,4
Ign/Branco	260	9,0
Meio utilizado		
Envenenamento	1.440	49,8
Enforcamento	420	14,5
Arma de fogo	63	2,2
Substância/objeto quente	63	2,2
Força corporal/espancamento	57	2,0
Objeto perfuro-cortante	32	1,1
Local de Ocorrência		
Residência/habitação coletiva	2.478	85,7
Escola	1	0,0
Local de prática esportiva	0	0,0
Bar ou similar	3	0,1
Via pública	110	3,8
Comércio/serviços	19	0,7
Indústrias/construção	1	0,0
Outros	85	2,9
Ignorado	194	6,7
Ocorreu outras vezes	819	28,3

Fonte: Sinan.

Tabela 5 Distribuição dos óbitos por suicídio segundo características sociodemográficas e do evento. Brasil, 2018

	Óbitos	
	n	%
Sexo		
Feminino	475	20,8
Masculino	1.806	79,2
Raca Cor		
Branca	1.456	63,8
Preta/parda	768	33,7
Amarela	19	0,8
Indígena	4	0,2
Ign/Branco	34	1,5
Local de Ocorrência		
Domicílio	1.572	68,9
Hospital / outros estabelecimentos de saúde	333	14,6
Via Pública	97	4,3
Outros	275	12,1
Aldeia Indígena	0	0,0
Ignorado	4	0,2
Meio utilizado dentre os óbitos ocorridos no domicílio		
Enforcamento, estrangulação e sufocação (X70)	1.245	79,2
Disparo por arma de fogo (X72-X74)	164	10,4
Precipitação de lugar elevado (X80)	46	2,9
Intoxicação (X60-X69)	36	2,3
Objeto perfuro cortante (X78)	30	1,9

Fonte: SIM.

*Coordenação-Geral Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS): Camila Alves Bahia, Leandra Lofego Rodrigues, Rafael Bello Corassa, Patrícia Pereira Vasconcelos de Oliveira, Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha, Eduardo Marques Macário. Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa (COSAPI/DAPES/SAPS): Natalia Vargas Patrocínio de Campos, Keyla Antunes Kikushi Câmara. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD/DAPES/SAPS): Sílvia Luis Rodrigues de Almeida, Mauro Piolo Rehbein. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAPS): Sidlei Queiroga de Araujo

Comparativo da mortalidade por doenças do aparelho digestivo no Brasil 2010-2018

Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis do Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS).*

As doenças digestivas têm um grande impacto na saúde e bem-estar da população¹, elas incluem uma grande variedade de doenças que afetam o trato alimentar e orofaríngeo, fígado e sistema biliar, e pâncreas². Essas desordens têm diversas causas, incluindo anomalias congênitas, infecções tanto crônicas quanto agudas, cânceres, hábitos de vida, efeitos adversos de drogas e toxinas e em muitos casos causas não conhecidas².

O impacto dessas doenças varia desde o inconveniente de uma doença diarreica transitória que causa falta na escola ou no trabalho, até doenças crônicas e debilitantes que exigem cuidados contínuos ou, com muita frequência a condições mais agravantes como o câncer de pâncreas, que são geralmente fatais². As desordens do trato gastrointestinal além de causarem um grande desconforto, causam também um maior tempo de internação, custos relacionados³, visitas frequentes ao médico, hospitalizações e mortes⁴.

A nível mundial, alguns países vêm dimensionando a magnitude da mortalidade por doenças do aparelho digestivo^{1,2,5}. Paralelamente, estudos do *Global Burden of Disease* (GBD) apresentam estimativas mundiais, nacionais e subnacionais para o desfecho⁶.

Estudos sobre a carga das doenças digestivas são muito úteis para a saúde pública, pois norteiam tomadas de decisão, estabelecimento de prioridades e alocação de recursos. Assim, o objetivo desse boletim é apresentar a mortalidade por doenças do aparelho digestivo, realizando um comparativo de 2010 e 2018.

Métodos

O comportamento da mortalidade por doenças do aparelho digestivo no período de 2010 a 2018 foi analisado a partir dos dados oficiais de óbitos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde e das estimativas da população residente da projeção da população das Unidades da Federação 2000-2030 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística disponibilizados no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (<https://cutt.ly/CfsJURy>).

Os códigos da Classificação Internacional de Doenças considerados para as doenças digestivas estão descritos no Quadro 1. Detalhes adicionais, estão disponíveis em Everhart² e Rehm et al⁷.

As taxas foram ajustadas por idade pelo método direto, considerando a população recenseada do Brasil em 2010 como padrão. Para o cálculo destas taxas por doenças do trato gastrointestinal, considerou-se como numerador o número de óbitos no período e como denominador a população para o mesmo período de análise. No estudo utilizou-se a variável sexo e na análise das taxas de mortalidade por estado, utilizou-se a população de cada estado em 2018, com o mesmo método de cálculo.

A distribuição relativa das causas de morte por doenças gastrointestinais foi analisada em 2010 e 2018, segundo sexo. A análise da tendência das taxas de mortalidade geral e segundo sexo no período de 2010 a 2018 foi efetuada através de regressão linear simples utilizando o *software* Stata versão 14, considerando $p < 0,05$.

Quadro 1 Códigos da Classificação Internacional de Doenças, CID10

doenças digestivas	Cid 10
Infecções gastrointestinais	A00-A09
Hepatites Virais	B15, B16, B17.0, B18.0, B18.1, B17.1, B18.2, B17.2, B17.8, B18.8, B18.9, B19
Cânceres digestivos	C15, C16.0, C16.1-C16.9, C17-C21, C22.0-C22.7, C22.9, C23-C25, C26.0, C26.8, C26.9, C45.1, C48.0-C48.8, C77.2, C78.4-C78.8
Disordens funcionais	I84, K20, K21, K22.1, K22.2, K25-K28, K30, K31.0, K58, K59.0-K59.9, K91.0, K91.1, K91.8
Doenças intestinais inflamatórias	K35-K38, K40-K43, K45, K46, K50, K51
Doença Diverticular do Intestino	K57
Doenças digestivas plenamente atribuíveis ao álcool	K29.2, K70, K85.2; K86.0
Doença do fígado	K71-K76
Colelitíase	K80
Pancreatites	K85, K86.1-K86.9, K86.1
outras doenças digestivas	A18.3, A21.3, A22.2, A51.1, A54.6, A56.3, A60.1, A74.8, A95, B25.1, B25.2, B26.3, B27, B46.2, B57.3, B58.1, B65-B83, B94.2, D00.1, D00.2, D01, D12, D13, D19.1, D20, D37.1-D37.9, D48.3, D48.4, D50.1, D51.0, D66, D67, D68.0-D68.4, D80.2, E16.3-E16.9, E73, E74.3, E80, E83.0, E83.1, E84.1, E88.0, F50.5, F98.1, I81, I82.0, I85, I86.4, I88.0, I98.2, K22.0, K22.3-K22.9, K23, K29.0, K29.1, K29.3-k29.9, K31.1-K31.9, K44, K52, K55, K56, K60-K63, K65-K67, K81-K83, K86.2-K86.9, K87, K90, K91.2-K91.5, K91.9, K92, K93, O21, O22.4, O26.6, P53, P54.0-P54.3, P57, P59, P75-P78, P92.0, P92.1, Q39-Q45, R10.0, R10.1, R10.3, R10.4, R11-R15, R16.0, R16.2, R17-R19, R93.2, R93.3, R93.5, R94.5, S36.1-S36.9, T18.1-T18.9, T28.1, T28.2, T28.6, T28.7, T47, T62.0, T85.5, T86.4, Y53, Y60.7, Y84.5, Z11.0, Z11.6, Z12.0, Z12.1, Z20.0, Z20.5, Z22.0, Z22.1, Z22.5, Z23.0, Z23.1, Z24.3, Z24.6, Z27.0, Z43.1-Z43.4, Z46.5, Z52.6, Z80.0, Z83.7, Z85.0, Z87.1, Z90.3, Z90.4, Z93.1-Z94.4, Z98.0

Fonte: Everhart (2008) e Rehm et al (2017).

Resultados

Em 2018 ocorreram 156.480 mortes por doenças digestivas no Brasil, o que equivale a 11,9% de todas as mortes ocorridas no ano. Os mais afetados foram homens (57,7%), raça/cor da pele branca (52,9%) seguida de parda (37,7%) e mais da metade das mortes (55,0%) ocorrendo prematuramente, ou seja, antes dos 70 anos de idade.

Na comparação entre 2010 e 2018, observa-se aumento na proporção de óbitos de pretos e pardos, enquanto houve redução na proporção de óbitos de brancos.

Quanto às taxas de mortalidade por doenças digestivas foi de 61,4 óbitos por 100 mil habitantes em 2018. Além disso, observa-se tanto em 2010 quanto em 2018 que a taxa de mortalidade entre crianças menores de 4 anos foi maior que aquelas observadas nas faixas etárias de 5 a 39 anos, apresentando 17,7/100.000 crianças, sendo que a partir dos 5 anos a taxa de mortalidade aumentou com a idade.

Reduções nas taxas de mortalidade foram observadas no ano de 2010 e 2018, por sexo, idade e geral, exceto para as faixas etárias de 5 a 9 anos e de 15 a 19 anos, nas quais as taxas foram as mesmas nos dois períodos (Tabela 1).

Tabela 1 Número de óbitos e taxa de mortalidade de doenças digestivas, segundo sexo, faixa etária e raça/cor da pele. Brasil, 2010 e 2018

Características demográficas	Nº de mortes				Taxa padronizada ^a	
	2010	%	2018	%	2010	2018
Sexo						
Masculino	76.729	59,3%	90.445	57,7%	79,2	72,2
Feminino	52.495	40,6%	66.215	42,2%	53,1	51,0
Informação ignorada	163	0,1%	180	0,1%	-	-
Faixa etária (em anos)						
0 a 4	2.940	2,3%	2.516	1,6%	18,6	17,7
5 a 9	173	0,1%	156	0,1%	1,0	1,0
10 a 14	215	0,2%	162	0,1%	1,2	1,0
15 a 19	349	0,3%	345	0,2%	2,0	2,0
20 a 29	1.796	1,4%	1.529	1,0%	5,1	4,5
30 a 39	5.531	4,3%	5.004	3,2%	18,3	14,5
40 a 49	14.087	10,9%	12.908	8,3%	56,2	45,8
50 a 59	23.759	18,4%	26.603	17,0%	128,8	115,9
60 a 69	26.979	20,9%	36.874	23,6%	245,9	240,0
70 a 79	28.384	22,0%	35.990	23,0%	476,8	456,6
80 e mais	24.685	19,1%	34.318	21,9%	921,8	905,6
Informação ignorada	163	0,1%	75	0,0%	-	-
raça/cor						
Branca	71.283	55,2%	82.760	52,9%	-	-
Preta	9.203	7,1%	11.839	7,6%	-	-
Amarela	883	0,7%	1.074	0,7%	-	-
Parda	39.060	30,3%	55.804	35,7%	-	-
Indígena	378	0,3%	510	0,3%	-	-
Informação ignorada	8.254	6,4%	4.493	2,9%	-	-
Total	129.061	100%	156.480	100%	65,9	61,4

^aTaxa padronizada por 100 mil habitantes.

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Ao avaliar o período de 2010 a 2018 observa-se uma redução da mortalidade nas taxas gerais e por sexo, sendo maior entre os homens que apresentaram uma redução média de 0,84 ao ano (IC=-0,99; -0,70).

As taxas do sexo feminino apresentaram uma redução média de 0,25 ao ano (IC=-0,32; -0,19) e as taxas gerais tiveram uma redução média de 0,55 ao ano (IC=-0,62; -0,47) (Figura 1).

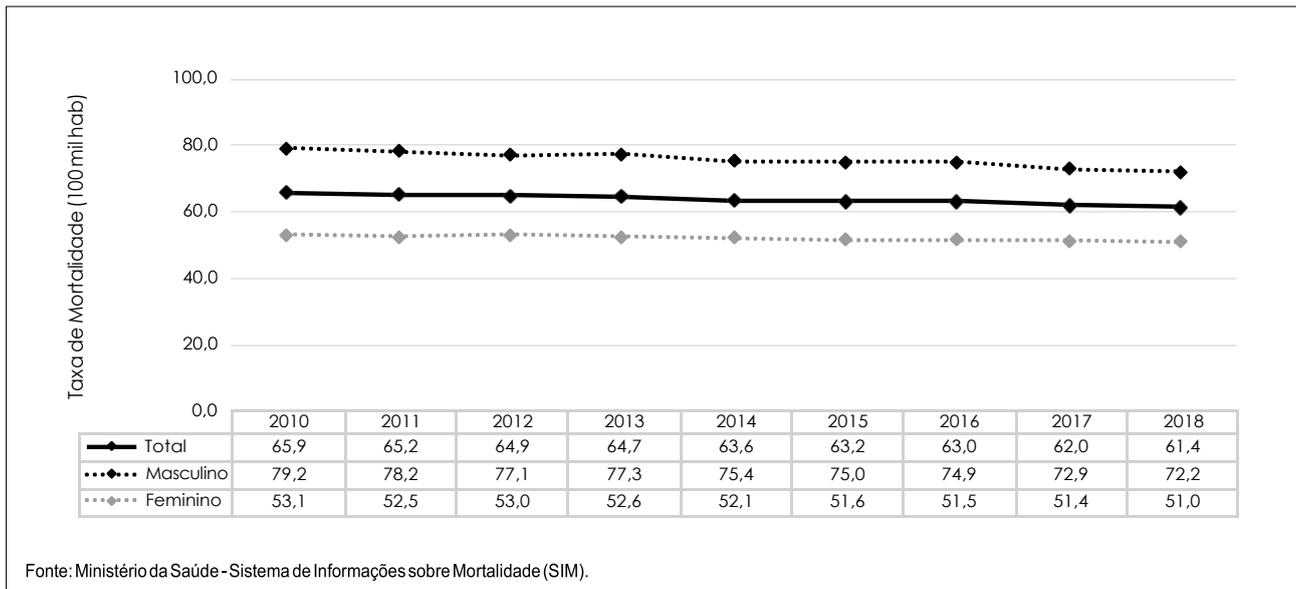


Figura 1 Taxa de mortalidade, ajustada pela idade, por doenças do aparelho digestivo, segundo sexo. Brasil, 2010 a 2018

Os cânceres digestivos foram a principal causa de óbito gastrointestinal em ambos os sexos, com crescimento dessa doença em 2018, quando comparada a 2010. Além disso, é possível observar que a contribuição de óbitos por cânceres digestivos é maior no sexo feminino, contabilizando mais de 50% das mortes por doenças digestivas em 2018. A segunda causa de óbito para ambos os sexos foi *outras doenças digestivas*, seguida de *doenças do fígado*, sendo esta última maior entre homens. Ressalta-se que 10,6% dos óbitos por doenças digestivas nos homens em 2018 foram devido a doenças digestivas plenamente atribuíveis ao álcool, sendo a quarta causa de morte, enquanto em mulheres essa causa foi responsável por 1,9% (Figura 2).

Ao analisar as taxas de mortalidade dos estados brasileiros, observa-se que a mortalidade geral variou de 53,2 óbitos por 100 mil habitantes no Pará e Distrito

Federal a 79,3/100 mil em Roraima. As menores taxas observadas foram em estados da região Norte (Pará, Rondônia e Tocantins) e Nordeste (Maranhão e Bahia), além do Distrito Federal e as maiores taxas foram observadas também na região Norte, com Roraima e Acre apresentando taxas entre 68,0 e 79,3/100 mil.

Em relação às taxas de mortalidade por sexo, houve variação de 67,2 óbitos por 100 mil homens no Tocantins a 92,9/100 mil homens no Acre, assim, observaram-se entre os homens maiores taxas no Acre e Roraima, enquanto entre as mulheres, as maiores taxas foram observadas em Roraima (72,0 óbitos por 100 mil mulheres).

Por outro lado, ambos os sexos apresentaram menores taxas no Maranhão, Bahia e Distrito Federal, e entre os homens, as menores taxas foram observadas também em Rondônia, Pará e Tocantins (Figura 3).

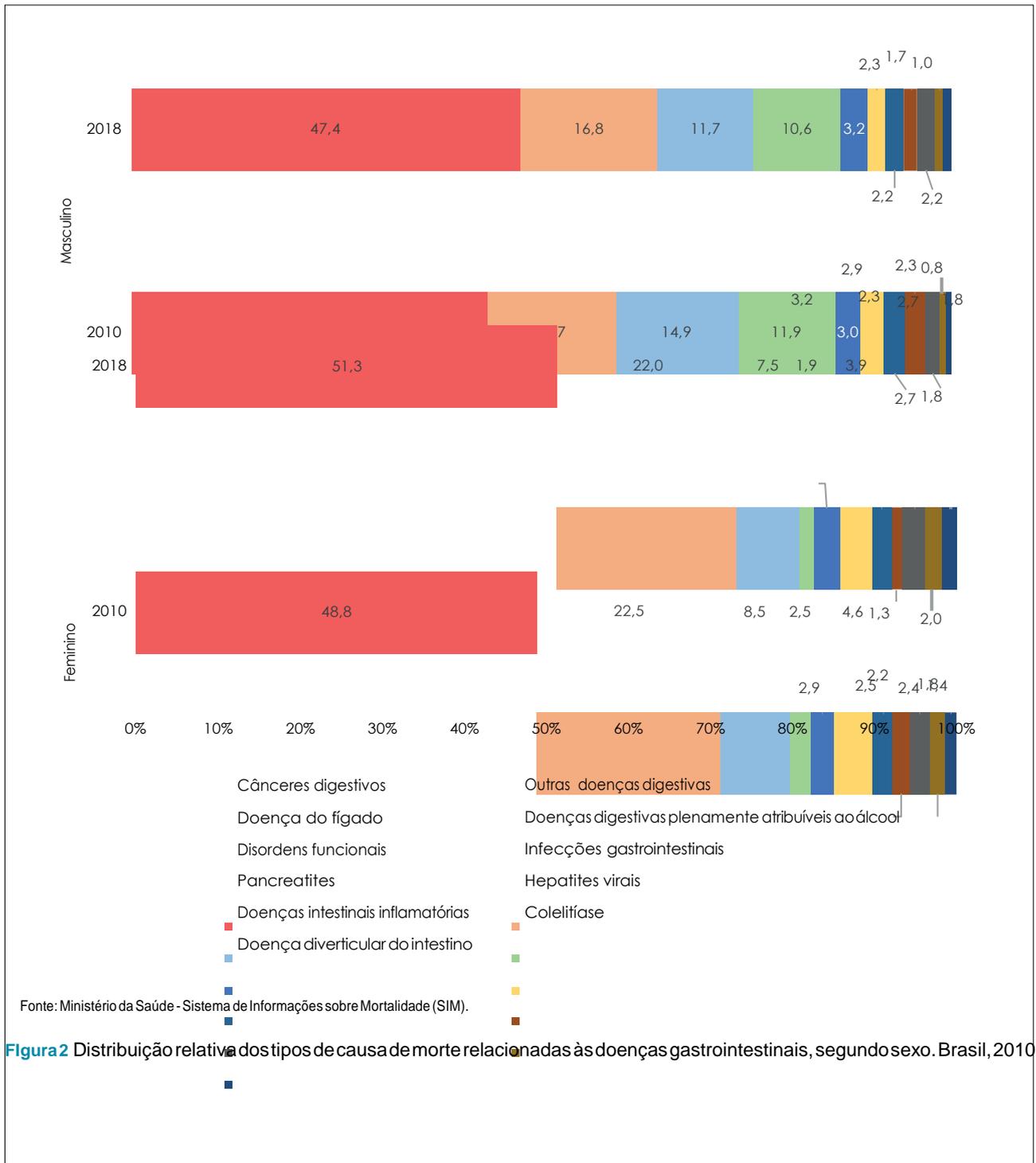


Figura 2 Distribuição relativa dos tipos de causa de morte relacionadas às doenças gastrointestinais, segundo sexo. Brasil, 2010 e 2018

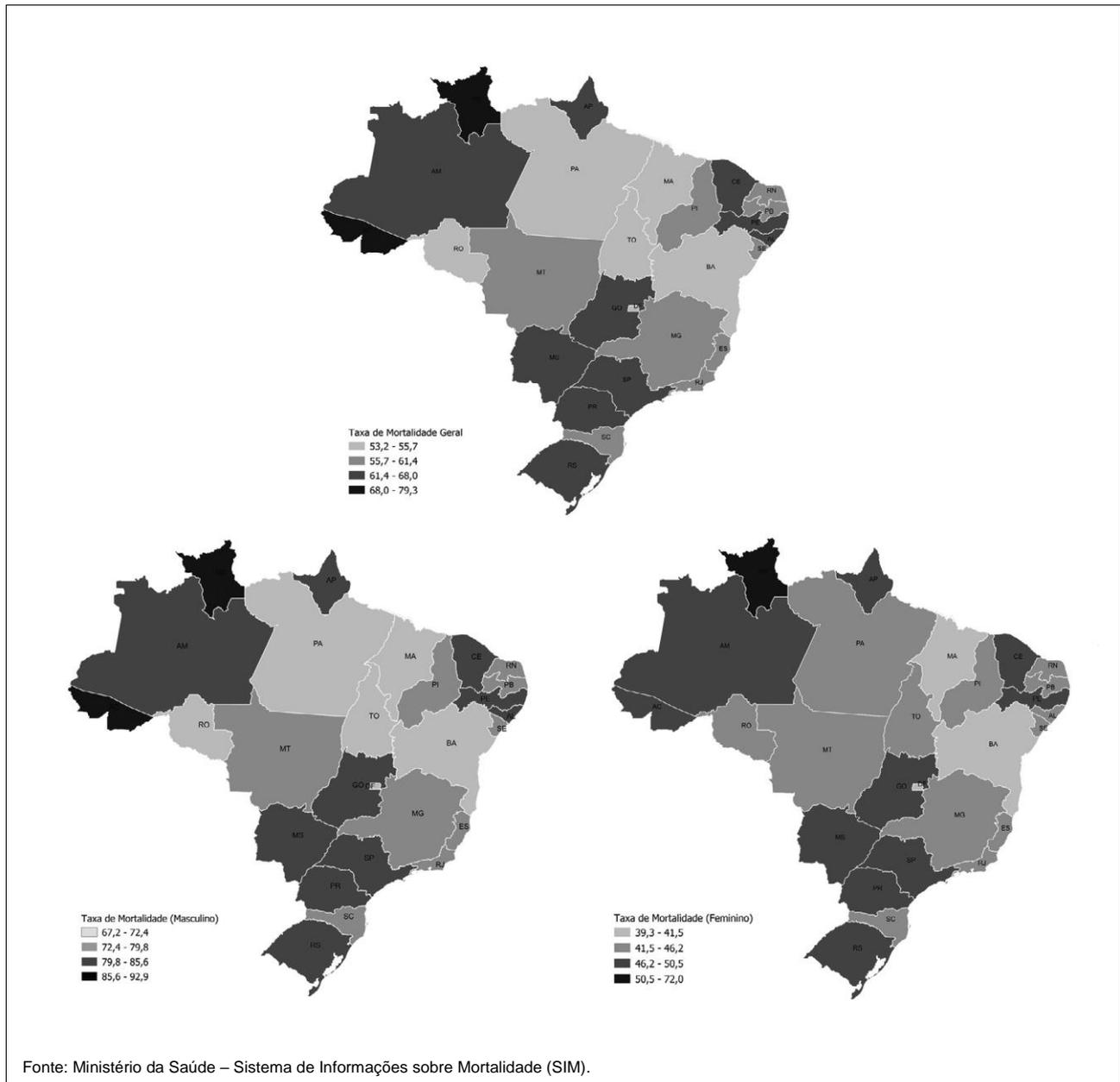


Figura 3 Taxa de mortalidade, por idade, de doenças do aparelho digestivo segundo unidades da federação e sexo. Brasil, 2018

Discussão

Os dados apresentados trouxeram um panorama da mortalidade por doenças do aparelho digestivo no Brasil entre 2010 e 2018, mostrando uma redução da taxa de morte no período analisado em ambos os sexos, com maior velocidade de queda no sexo masculino. Em 2018, as doenças do aparelho digestivo foram responsáveis por 156.480 óbitos, o que representa 11,9% de todas as mortes ocorridas no período.

Dados do *Global Burden of Disease (GBD)* indicam que 4,2% de todas as mortes no mundo e 5,5% no Brasil foram atribuídas às doenças do aparelho digestivo em 2017⁶. Estimativa menor que a encontrada nesse boletim, no entanto, ressalta-se que os códigos de doenças utilizados pelo GBD apresentam uma gama menor em relação à utilizada pelo presente estudo.

Em relação ao número de mortes, nos Estados Unidos em 2004 foram registradas 236.167 mortes, apresentando uma taxa de 80,4 mortes a cada 100.000 habitantes², dados superiores aos encontrados no Brasil para o ano de 2018.

Dentre as especificidades encontradas no presente boletim, destaca-se o aumento da taxa de morte com a idade, o que dentre as possíveis razões, pode ser apontado o fato do envelhecimento afetar todas as funções do sistema gastrointestinal: motilidade, secreção de hormônios e enzimas, digestão e absorção, além do que o trato gastrointestinal tem um papel essencial na absorção e metabolismo de medicamentos⁸. No entanto, chama-se a atenção para a mortalidade prematura, ou seja, aquela ocorrida antes dos 70 anos, que foram mais da metade das mortes, e que deveriam ser evitadas.

Os cânceres digestivos foram a principal causa de morte gastrointestinal em ambos os sexos no Brasil, onde verificou-se um aumento da contribuição desses em 2018, quando comparado a 2010. Ressalta-se que o câncer é o principal problema de saúde pública no mundo⁹ e no Brasil é a segunda causa de morte prematura¹⁰. Globalmente, observa-se uma transição dos principais tipos de câncer, com declínio daqueles associados a infecções e ao aumento daqueles relacionados a atitudes associadas à urbanização, tais como sedentarismo e alimentação inadequada¹¹. Um exemplo do impacto dos hábitos de vida nos cânceres digestivos estão os fatores de risco relacionados ao câncer de cólon e reto e estômago, dentre os quais estão a obesidade, inatividade física, tabagismo, alto consumo de carne processada, alimentação pobre em frutas e fibras e consumo excessivo de álcool⁹.

Quanto ao sexo, além de maiores taxas gerais no sexo masculino, os homens apresentaram maiores taxas de morte de doenças digestivas plenamente atribuíveis ao álcool, o que vai ao encontro do maior consumo de álcool relatado por homens no Brasil e no mundo^{12,13}. Vale ressaltar que esse consumo se inicia precocemente, pois entre os adolescentes brasileiros, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar no ano de 2015 demonstrou que 56,1% dos meninos já haviam experimentado bebida alcoólica, sendo que desses, 64% tiveram a experimentação entre 12 e 14 anos¹⁴.

No geral, os homens têm maior consumo de álcool que as mulheres, sendo um padrão historicamente sustentado por uma maior aceitação do consumo dessa substância, levando a uma maior carga de doenças por esse fator de risco^{15,16}.

As diferenças entre as unidades federativas do Brasil chamam atenção para regiões que necessitam de uma maior atenção, como alguns estados da região

Norte (Roraima e Acre) que apresentaram altas taxas para doenças do aparelho digestivo. Diante da grande extensão territorial brasileira, as ações devem levar em consideração as especificidades regionais, a fim de se obter melhores resultados no quesito de ações de políticas públicas.

Dentre as iniciativas, ações e programas disponíveis no âmbito do Sistema Único de Saúde para o atenção integral a essas condições, ressalta-se inicialmente o papel da Atenção Primária à Saúde¹⁷ no acompanhamento longitudinal e na coordenação do cuidado, seja na identificação, orientação e controle quanto aos fatores de risco, seja no rastreamento e encaminhamento dentro da Rede de Atenção à Saúde, como por exemplo, no uso nocivo de álcool e o suporte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio dos Centro de Apoio Psicossocial – CAPS A/D¹⁸.

Com relação à alimentação saudável, é importante destacar que o Ministério da Saúde disponibiliza o Guia Alimentar para a População Brasileira, que tem como objetivo ofertar informações e orientações sobre alimentação saudável, promovendo a segurança alimentar e educação nutricional para a população¹⁹.

No âmbito da Promoção da Saúde, destaca-se o Programa Academia da Saúde, instituído pelo Ministério da Saúde em 2011, que por meio da atividade física busca complementar o cuidado integral e fortalecer as ações de promoção da saúde em articulação com outros programas e ações de saúde como a Estratégia Saúde da Família e a Vigilância em Saúde²⁰.

Evidencia-se, portanto, a necessidade da articulação e integração da vigilância de doenças crônicas a fim de subsidiar as ações e serviços de saúde na perspectiva da atenção integral, por meio da Rede de Atenção à Saúde e seus diversos pontos de atenção, na busca pela redução da mortalidade pelas doenças do aparelho digestivo.

As limitações deste estudo referem-se à informação incorreta/incompleta sobre a causa básica de morte em algumas declarações de óbito por doenças do aparelho digestivo, do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Estudo de França et al²¹ demonstraram que a classificação de mal definidas para definidas, a partir da proporção de definidas, sofre modificações, neste caso específico a taxa de mortalidade sem correção foi alterada em 9,8% para a taxa corrigida por doenças do aparelho digestivo.

Considerações finais

Os resultados desse boletim chamam atenção da necessidade de ações voltadas para redução da mortalidade por doenças do sistema digestivo, ao alto impacto dessas doenças na mortalidade brasileira, principalmente nas mortes prematuras, que devem ser evitadas. Outro destaque é a necessidade de estímulo às mudanças de estilos de vida da população que podem gerar um grande impacto na redução da mortalidade por doenças digestivas, com aumento da prática de atividade física e melhora na qualidade da alimentação com aumento no consumo de frutas, verduras e legumes, além do estímulo à redução do consumo de bebidas alcoólicas.

Referências

1. Pinho I, Santos JV, Dinis-Ribeiro M, Freitas A. Burden of digestive diseases in Portugal: trends in hospitalizations between 2000 and 2010. *Eur J Gast Hep* 2015; 27(3): 279-289.
2. Everhart JE, editor. The burden of digestive diseases in the United States. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Washington, DC: US Government Printing Office, 2008; NIH Publication Nº. 09-6443.
3. Mythen MG. Postoperative gastrointestinal tract dysfunction. *Anesth Analg.* 2005; 100(1): 196-204.
4. Russo MW, Wei JT, Thiny MT, Gangarosa LM, Brown A, Ringel Y et al. Digestive and liver diseases statistics, 2004. *Gastroenterology* 2004; 126: 1448-1453.
5. Roberts SE, Samuel DG, Williams JG, et al. Survey of Digestive Health across Europe. Part one: The burden of gastrointestinal diseases and the organisation and delivery of gastroenterology services across Europe. Report for United European Gastroenterology. August 2014.
6. IHME – Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2015. [Acesso em: 13 Abr 2020]. Disponível em: encurtador.com.br/mzEPY.
7. Rehm J, Gmel Sr GE, Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease – an update. *Addiction* 2017; 112: 968-1001.
8. Dumic I, Nordin T, Jecmenica M, Llosevic MS, Milosavljevic T, Milovanovic T. Gastrointestinal tract disorders in older age. *Canadian J Gast Hep* 2019.
9. INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019.
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis. In: *Vigilância em saúde no Brasil 2003 | 2019: da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais*. Bol Epidemiol [internet]. 2019a; 50(n. esp.): 99-101. Disponível em: encurtador.com.br/wGVX7.
11. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2018; 68: 394-424.
12. WHO – World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [acesso em 12 Abril, 2020]. Disponível em: encurtador.com.br/ekqJ7.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise e Vigilância das Doenças não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise e Vigilância das Doenças não Transmissíveis – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.*
14. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Consumo de bebidas alcoólicas entre escolares no Brasil: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015. Bol Epidemiol [internet] 2019b; 50(32): 16-20. Disponível em: encurtador.com.br/eLY48.

15. Wilsnack RW, Wilsnack SC, Kristjanson AF, Vogeltanz Holm ND, Gmel G. Gender and alcohol consumption: patterns from the multinational GENACIS project. *Addiction* 2009; 104(9):1487-500.
16. Tedor MF, Quinn LM, Wilsnack SC, Wilsnack RW, Greenfield TK. The gender difference in the association between early onset of drinking and problem drinking between the US and Japan. *Deviant Behav* 2018;39(12):1578-99.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.
19. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.
21. França E, Teixeira R, Ishitani L, Duncan BB, Cortez-Escalante JJ, Morais Neto OL, Szwarcwald CL. Causas mal definidas de óbito no Brasil: método de redistribuição baseado na investigação do óbito. *Rev Saude Publica*. 2014; 48(4): 671-681.

*Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis do Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS): Roberta de Oliveira Santos, Danilo Campos da Luz e Silva, Marli de Mesquita Silva, Erika, Carvalho de Aquino, Cintia Honório Vascelos, Eduardo Marques Macário, Luciana Vasconcelos Sardinha.

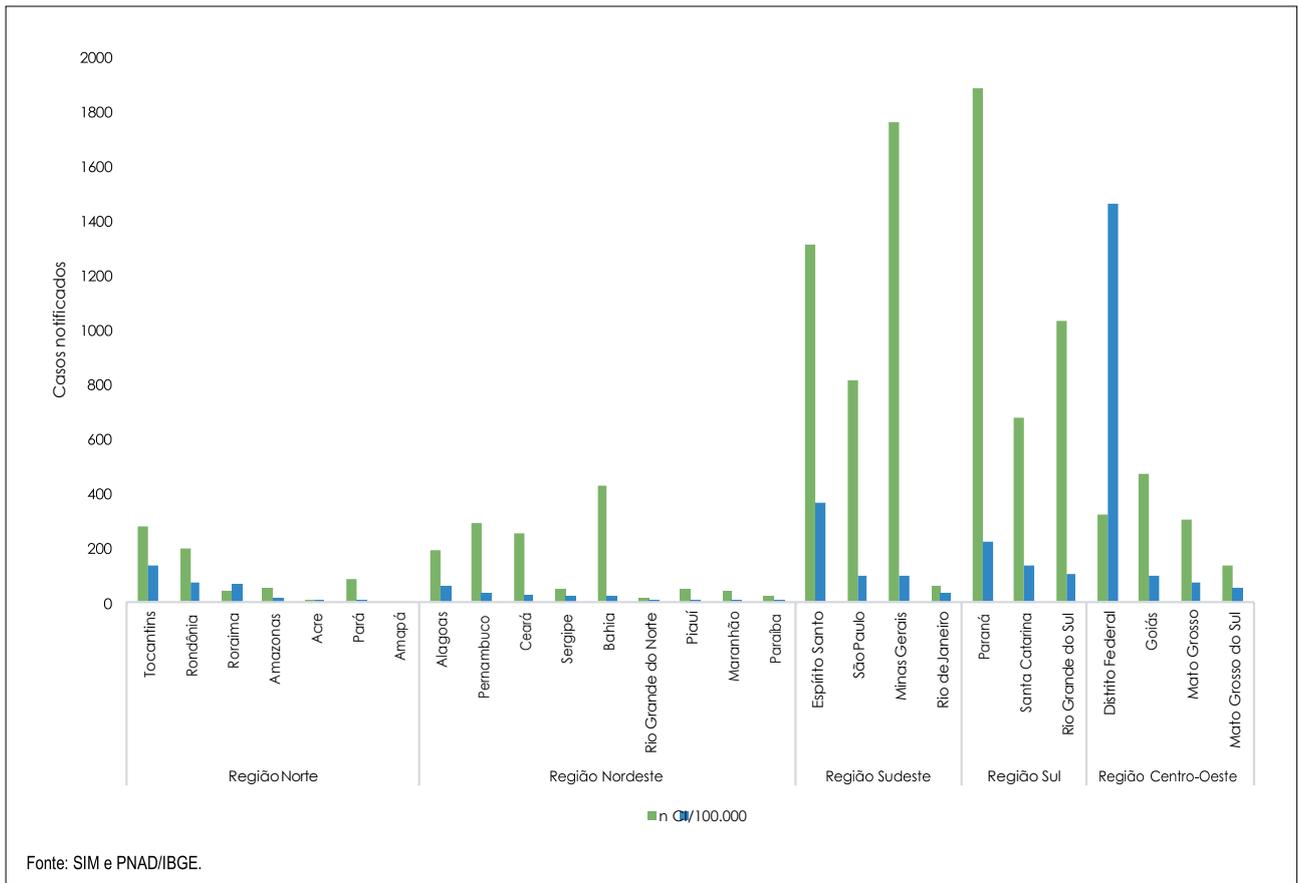


Figura 4 Distribuição das intoxicações exógenas por agrotóxico relacionadas ao trabalho entre os trabalhadores agropecuários, por unidade federativa e regiões. Brasil, 2010 a 2019

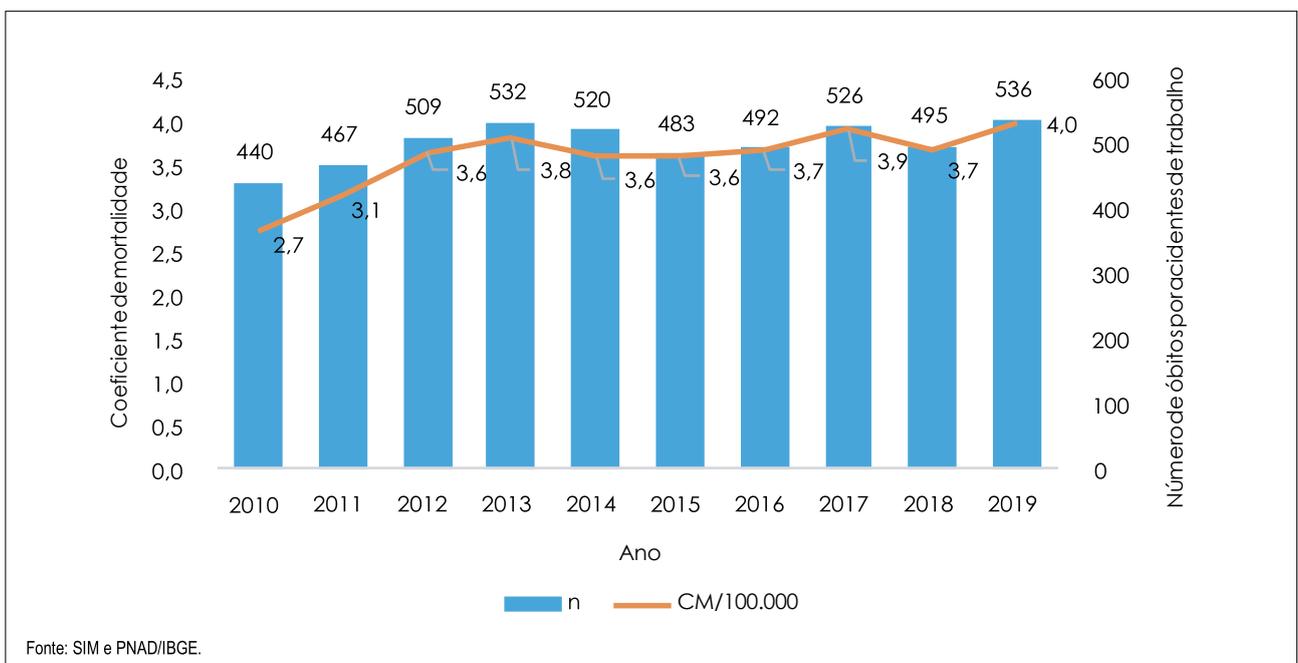


Figura 5 Número de óbitos e coeficiente de mortalidade (x 100.000 trabalhadores da agropecuária) por acidente de trabalho entre trabalhadores agropecuários, por ano. Brasil, 2010 a 2019

Tabela 3 Distribuição dos óbitos por acidente de trabalho entre trabalhadores agropecuários, segundo características sociodemográficas. Brasil, 2010 a 2019

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	4.808	96,2
Feminino	191	3,8
Ignorado	1	0,0
raça/cor		
Branca	2.054	41,1
Preta	364	7,3
Amarelo	18	0,4
Parda	2.466	49,3
Indígena	36	0,7
Ignorado	62	1,2
Faixa-etária		
>14	4	0,1
15 e 19	136	2,7
20 a 29	774	15,5
30 a 39	1.062	21,2
40 a 49	1.141	22,8
50 a 59	1.071	21,4
60 e mais	812	16,2
escolaridade		
Nenhuma	510	10,2
01 a 03 anos	1.276	25,5
04 a 07 anos	1.500	30,0
08 a 11 anos	751	15,0
12 e mais	57	1,1
Não informado	186	3,7
Ignorado	720	14,4
Total geral	5.000	100,0

Fonte: SIM.

Tabela 4 Distribuição das causas dos óbitos por acidentes de trabalho entre trabalhadores agropecuários, segundo sexo. Brasil, 2010 a 2019

Causas do acidente de trabalho fatal	Sexo masculino		Sexo feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Exposição a forças mecânicas inanimadas (W20 - W49)	822	17,1	12	6,3	834	16,7
Outros acidentes de transporte terrestre (V80 - V89)	708	14,7	28	14,7	736	14,7
Quedas (W00 - W19)	509	10,6	15	7,9	524	10,5
Exposição à corrente elétrica, à radiação e às temperaturas e pressões extremas do ambiente (W85 - W99)	496	10,3	28	14,7	524	10,5
Motociclista traumatizado em um acidente de transporte (V20 - V29)	333	6,9	15	7,9	348	7,0
Afogamento e submersão acidentais (W65 - W74)	255	5,3	6	3,1	261	5,2
Pedestre traumatizado em um acidente de transporte (V01 - V09)	178	3,7	18	9,4	196	3,9
Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte (V40 - V49)	182	3,8	10	5,2	192	3,8
Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte (V60 - V69)	179	3,7	10	5,2	190	3,8
Outras causas	1.147	23,9	49	25,7	1.195	23,9
Total	4.809	100,0	191	100,0	5.000	100,0

Fonte: SIM.

*Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador do Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública (CGSAT/DSASTE/SVS): Daniela Buosi Rohlf, Flávia Nogueira e Ferreira de Souza, Isabella de Oliveira Campos Miquelin, Jaqueline Martins, Karla Freire Baêta, Luiz Belino Ferreira Sales, Marcus Vinicius Quito, Nathalie Alves Agripino, Rafael Burallie Renan Duarte dos Santos Saraiva.

Pesquisa Nacional de Saúde 2019 – informações sobre domicílios e acesso e utilização dos serviços de saúde: principais resultados

Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis do Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS).*

Contextualização

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) é o maior inquérito de saúde brasileiro, que subsidia o monitoramento e a (re)formulação de políticas de saúde e ações e programas existentes do Sistema Único de Saúde. É realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde. A primeira edição ocorreu em 2013 e a segunda, em 2019. A PNS 2019 teve como objetivo dotar o país de informações sobre os determinantes, condicionantes e necessidades de saúde da população brasileira.^{1,2}

Com amostra prevista de 108.525 domicílios particulares, entre agosto de 2019 e março de 2020, 94.114 domicílios tiveram entrevistas realizadas. O questionário continha três partes, orientadas para (i) o domicílio, (ii) todos os moradores do domicílio, com enfoque na coleta de informações socioeconômicas e de saúde, e (iii) o morador selecionado (idade ≥15 anos), sobre o qual investigou-se estilos de vida, doenças crônicas, violências, entre outros temas, e aferiu-se medidas antropométricas (em uma subamostra).^{1,2}

Pela sua complexidade e abrangência de dados, a divulgação ocorrerá em volumes temáticos. No volume 1, divulgado em 04 de setembro de 2020, foram abordadas informações sobre o domicílio, visitas domiciliares de equipe de saúde da família e agentes de endemias, cobertura de planos de saúde e acesso e utilização dos serviços de saúde. Este volume, dá continuidade à investigação da temática de uso de serviços de saúde, iniciada nos Suplementos Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 1998, totalizando mais de 20 anos de monitoramento.^{1,2}

O objetivo deste boletim é apresentar os resultados dos principais indicadores do volume 1 da Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Resultados

Informações do domicílio e visitas domiciliares de equipe de saúde da família e agentes de endemias

Em 2019, a PNS estimou uma densidade domiciliar de 2,9 pessoas por domicílio, variando de 2,7 no Sul a 3,3 no Norte. Dos domicílios particulares, 96,7% referiram presença de água canalizada, 66,0% banheiro exclusivo e esgotamento sanitário e 91,4% coleta de lixo por serviço de limpeza. Quanto à presença de animais, dos 39,4 milhões de domicílios com presença de algum cachorro ou gato, 72,0% (28,4 milhões) tiveram todos esses animais vacinados contra raiva. Para esses indicadores foram observadas diferenças segundo regiões (Tabela 1).

Em 2019, 60,0% dos domicílios estavam cadastrados em unidade de saúde da família e, dentre os domicílios que estavam cadastrados há um ano ou mais da data da entrevista, foi verificado que, 38,4% receberam visita mensal de agente comunitário de saúde ou de membro da equipe de saúde da família, o equivalente a 15,4 milhões de unidades domiciliares. Quanto aos agentes de combate de endemias, 64,6% dos domicílios receberam ao menos uma visita no último ano. Estes indicadores apresentaram diferenças segundo regiões de residência (Tabela 1).

Tabela 1 Prevalência (%) dos indicadores selecionados sobre informações do domicílio e visitas domiciliares de equipe de saúde da família e agentes de endemias, segundo região de residência e Brasil. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019

Indicadores	Prevalência (%)					
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-oeste	Brasil
Densidade de moradores por domicílio	3,3	3,0	2,8	2,7	2,9	2,9
Água canalizada em pelo menos um cômodo	91,2	91,1	99,5	99,4	99,2	96,7
Existência de banheiro de uso exclusivo e esgotamento sanitário	20,8	42,9	88,7	68,0	55,0	66,0
Coleta de lixo por serviço de limpeza	80,4	82,6	97,1	95,1	92,7	91,4
Todos os cachorros e gatos foram vacinados contra raiva	64,1	67,3	80,6	59,9	76,8	72,0
Domicílios cadastrados em unidade de saúde da família	60,0	71,2	51,9	64,8	58,6	60,0
Domicílios cadastrados há um ano ou mais em unidade de saúde da família que receberam mensalmente visita de agente comunitário de saúde ou membro da equipe de saúde da família	38,7	42,6	33,4	37,7	46,8	38,4
Domicílios cadastrados há um ano ou mais em unidade de saúde da família que nunca receberam visita de agente comunitário de saúde ou membro da equipe de saúde da família	19,1	16,4	30,0	28,6	17,7	23,8
Domicílios que receberam pelo menos uma visita de agente de combate de endemias	59,9	72,4	63,4	53,5	71,9	64,6

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde.

Cobertura de plano de saúde

Em 2019, 59,7 milhões de pessoas tinham algum plano de saúde (médico ou odontológico), correspondendo a 28,5% da população. Dentre as pessoas que pos-

suem plano de saúde, 77,4% avaliaram como bom ou muito bom os respectivos planos de saúde (médico ou odontológico). Esses indicadores apresentaram diferenças segundo regiões de residência (Tabela 2).

Tabela 2 Prevalência (%) dos indicadores selecionados do Módulo I (Cobertura de Plano de Saúde), segundo região de residência e Brasil. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019

Indicadores	Prevalência (%)					
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-oeste	Brasil
Pessoas que tinham algum plano de saúde, médico ou odontológico	14,7	16,6	37,5	32,8	28,9	28,5
Pessoas que avaliaram o plano de saúde médico principal, ou único, como "bom ou muito bom"	76,0	72,0	77,7	80,4	79,9	77,4

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde.

Utilização de serviços de saúde

A PNS 2019 estimou que 8,1% da população (16,9 milhões de pessoas), deixaram de realizar atividades habituais por motivo de saúde nas duas últimas semanas anteriores à data da pesquisa. As Regiões Nordeste e Sudeste registraram as maiores proporções (8,7% e 8,0%, respectivamente) e as Regiões Sul e Centro-Oeste, as menores (ambas com 7,4%) (Tabela 3).

Em 2019, 76,5% das pessoas residentes no Brasil, quando precisavam de atendimento de saúde, costumavam procurar o mesmo lugar, médico ou serviço de saúde. Desses, 46,8% indicaram a Unidade Básica de Saúde (UBS) como estabelecimento que costumavam procurar mais frequentemente quando precisavam de atendimento de saúde.

Quanto à consulta nos últimos 12 meses anteriores à data de referência da pesquisa, 76,2% (o equivalente a 159,6 milhões de pessoas) haviam consultado um médico e 49,4% referiram ter consultado dentista, ambos com diferenças segundo regiões de residência (Tabela 3).

Sobre a procura por atendimento, 18,6% (mais de 39 milhões) das pessoas no Brasil procuraram algum atendimento de saúde nas duas últimas semanas anteriores à data de referência da pesquisa, sendo por região: Norte (13,7%), Nordeste (16,6%), Centro-Oeste

(16,7%), Sul (19,8%) e Sudeste (20,9%) (Tabela 3). Desses, 86,1% conseguiram atendimento e 73,6% afirmaram tê-lo conseguido na primeira vez em que procuraram.

Das pessoas que conseguiram atendimento de saúde (exceto o serviço de marcação de consulta), 60,9% tiveram algum medicamento receitado e dessas, 85,0% conseguiram obter todos os medicamentos prescritos. A população residente nas Regiões Norte e Nordeste apresentou percentuais abaixo da média nacional (80,6% e 83,5%, respectivamente).

Dentre as pessoas que tiveram medicamento receitado no último atendimento de saúde, 30,5% (ou 6,2 milhões de pessoas) conseguiram obter, pelo menos um desses, no serviço público de saúde, com diferenças segundo regiões: Centro-Oeste (24,9%), Nordeste (28,9%), Sudeste (30,1%), Norte (31,6%) e Sul (36,2%).

A PNS 2019 apontou que 13,7 milhões de pessoas ficaram internadas em hospitais por 24 horas ou mais nos doze meses anteriores à data da entrevista, isto é, 6,6% da população residente no país. Destas, praticamente dois terços (64,9% o que equivale a 8,9 milhões) tiveram este atendimento por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). As Regiões Nordeste e Norte registraram as maiores proporções, 77,8% e 76,2%, respectivamente, enquanto Sudeste teve a menor (56,4%).

Tabela 3 Prevalência (%) dos indicadores selecionados do Módulo J (Utilização de serviço de saúde), segundo região de residência e Brasil. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019

Indicadores	Prevalência (%)					
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-oeste	Brasil
Pessoas que deixaram de realizar atividades habituais por motivo de saúde	8,0	8,7	8,0	7,4	7,4	8,1
Pessoas que consultaram médico nos últimos doze meses	68,0	71,9	80,6	77,7	73,7	76,2
Pessoas que consultaram dentista nos últimos doze meses	40,8	43,3	53,0	55,8	49,0	49,4
Pessoas que procuraram atendimento de saúde	13,7	16,6	20,9	19,8	16,7	18,6
Pessoas que obtiveram todos os medicamentos receitados no último atendimento de saúde	80,6	83,5	85,7	87,0	86,1	85,0
Pessoas que obtiveram, no serviço público de saúde, pelo menos um dos medicamentos receitados no último atendimento de saúde	31,6	28,9	30,1	36,2	24,9	30,5
Pessoas que ficaram internadas em hospitais por 24 horas ou mais e a última internação foi pelo SUS	76,2	77,8	56,4	63,9	62,2	64,6
Pessoas que utilizaram alguma prática integrativa e complementar	5,7	4,4	4,4	5,4	3,6	4,6

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde.

Por fim, a PNS 2019 mostrou que 4,6% da população residente utilizou alguma prática integrativa e complementar (acupuntura, homeopatia, uso de plantas medicinais e fitoterapia, entre outros), com diferenças segundo as regiões de residência.

Considerações finais

Foram apresentados os principais resultados do volume 1 da Pesquisa Nacional de Saúde 2019, segundo Grandes Regiões e Brasil, referentes aos domicílios particulares permanentes brasileiros.

Diferenças segundo sexo, faixa de idade, escolaridade e rendimento, Unidades da Federação, além da consulta sobre os intervalos de confiança podem ser acessados em <https://bit.ly/2G07Qsx>.

Ainda no segundo semestre de 2020 e no primeiro semestre de 2021, serão lançados outros volumes temáticos com dados da PNS 2019, referentes à estilos de vida e doenças crônicas não transmissíveis, medidas antropométricas, acidentes, violências, ciclos de vida (saúde da mulher, da criança, do homem, do idoso), dentre outros.

Espera-se que a PNS possa instrumentalizar os gestores em saúde no planejamento das ações e políticas públicas, de maneira a garantir maior efetividades destas, em consonância com os princípios do SUS.

Referências

1. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM, Gouvea ECDP, Vieira MLFP, Freitas MPS. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. *Epidemiol Serv Saúde* [préprint]. 2020 [citado 2020 set 11]:[24 p.]. Disponível em: <https://bit.ly/3669NhB>.
2. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa nacional de saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.

*Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis do Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS): Sheila Rizzato Stopa, Max Moura de Oliveira, Ellen de Cassia Dutra Pozzetti Gouvea, Valéria Cristina de Albuquerque Brito, Vera Lúcia Tierling, Vinícius Oliveira de Moura Pereira, Luiza Eunice Sá da Silva, Jessica do Patrocínio Fernandes, Patrícia Pereira Vasconcelos de Oliveira, Eduardo Marques Macário, Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha.

Mortalidade por câncer de mama no Brasil: 2010-2018

Coordenação Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde (CGDANT/DASNT/SVS)*.

Sumário

- 1 Mortalidade por câncer de mama no Brasil: 2010-2018
- 8 Síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (SIM-P), temporalmente associada à covid-19
- 13 Informe semanal sarampo – Brasil, semanas epidemiológicas 1 a 42, 2020

O câncer é uma das principais causas de morte em todo o mundo.

Atualmente, dentre as doenças crônicas não transmissíveis, as mortes por câncer são o segundo grupo de doenças com maior carga de mortalidade. Em países de alta renda tem sido notado um comportamento de aumento, sendo observado um número de mortes que ultrapassa as mortes por doenças cardiovasculares¹.

Entre mulheres, o câncer de mama é retratado como o mais incidente no mundo, sendo representado por 24,2% do total de casos no ano de 2018, com aproximadamente 2,1 milhão de casos novos. Além disso, encontra-se como a quinta causa de morte por câncer em geral e a primeira causa de morte por câncer entre mulheres¹.

Homens também estão sujeitos ao câncer de mama, porém apresentam menos de 1% do total de casos da doença no mundo.

No Brasil, assim como no mundo, o número de mortes por câncer de mama entre mulheres², infelizmente segue a mesma tendência global, sendo o mais incidente em todas as cinco regiões do país. Estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) indicam aproximadamente 66.280 novos casos para o ano de 2020.

Inúmeros fatores já são descritos na literatura como predisponentes ao risco do desenvolvimento da doença, como a idade, características reprodutivas a exemplo de menarca precoce, menopausa tardia, dentre outras, fatores genéticos/hereditários, fatores comportamentais/hábitos de vida, como a ingestão de bebidas alcoólicas, obesidade e sedentarismo, além de exposições frequentes a radiações ionizantes, dentre outros^{3,4}.

Com o intuito de melhorar o prognóstico e melhor o tratamento, são recomendadas estratégias de detecção precoce de câncer em fase inicial, que consistem em ações de diagnóstico e rastreamento, seja em indivíduos sintomáticos ou assintomáticos. Países com baixo nível de desenvolvimento apresentam diagnósticos em estágios avançados, o que favorece ao aumento da morbidade relacionada, redução do prognóstico, e em muitos casos contribui para o aumento da mortalidade⁵.

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
SRTVN Quadra 701, Via W5 – Lote D,
Edifício PO700, 7º andar
CEP: 70.719-040 – Brasília/DF
E-mail: svs@saude.gov.br
Site: www.saude.gov.br/svs

Versão 1
6 de novembro de 2020

O Ministério da Saúde preconiza, por meio das *Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil*⁵, ações de diagnóstico precoce, como estratégias de conscientização e identificação de sinais e sintomas; e bem como ações de rastreamento através do autoexame, exame clínico das mamas, mamografia, dentre outros.

Vale ressaltar que a mamografia de rastreamento – exame de rotina em mulheres sem sinais e sintomas de câncer de mama – é recomendada apenas na faixa etária de 50 a 69 anos, a cada dois anos. Fora dessa faixa etária e dessa periodicidade, os riscos aumentam e existe maior incerteza sobre benefícios.

Dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico de 2019⁶ indicam que aproximadamente 76,9% das mulheres do conjunto das capitais brasileiras com idade entre 50 a 69 anos realizaram mamografia nos últimos dois anos.

A meta preconizada pelo Brasil através do de acordo com o *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT (2011-2022)*⁷, do Ministério da Saúde, é de aumento de mamografia em mulheres de 50-69 anos de idade nos últimos dois anos. Diante disso, o percentual de mulheres que autodeclararam ter realizado mamografia nos últimos dois anos passou de 73,4% em 2010, para 76,9% em 2019.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), pelo menos 70% da população-alvo deve ser coberta por exames de mamografia⁸.

A prevenção e o controle de determinados tipos de câncer, a exemplo do câncer de mama, têm sido evidenciados por meio da redução aos fatores de risco modificáveis, detecção precoce bem como tratamento adequado e oportuno^{4,9}.

Este boletim epidemiológico objetiva contribuir na compreensão do fenômeno da mortalidade por câncer de mama entre mulheres no Brasil, com o intuito de oferecer subsídios para o desenvolvimento de ações governamentais efetivas para o seu enfrentamento.

Métodos

Trata-se de um estudo ecológico com base nos óbitos por câncer de mama entre mulheres com idade >30 anos registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), a partir do código C50 da 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10).

Os óbitos foram selecionados a partir da causa básica, por local de residência e classificados por faixa etária (30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos e >70 anos), raça/cor da pele (branca, preta, amarela, parda, indígena e ignorada) e anos de escolaridade (<8 anos, > 8 anos de estudo) para Brasil no período de 2010 a 2018.

As informações dos óbitos foram extraídas de arquivos do SIM disponíveis no portal eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), do Ministério da Saúde, e posteriormente tabuladas com auxílio do programa TabWin e exportadas para o Microsoft Excel para a criação do banco dos dados.

Calcularam-se as taxas de mortalidade brutas por 100 mil habitantes e padronizadas por idade para o Brasil e macro regiões (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste) para o período de 2010 a 2018. Como denominador, foi utilizado o tamanho da população feminina obtida das projeções populacionais (2010-2030) estimadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foi utilizado o método direto para a padronização das taxas, utilizando a população referente ao ano de 2010.

Para o cálculo da taxa de mortalidade por câncer de mama entre mulheres por raça/cor da pele foi utilizado o censo populacional do ano de 2010, repetindo o denominador para o ano de 2018, visto que não há projeções populacionais atualizadas para esse grupo.

Para a análise da série temporal das taxas de mortalidade – ajustadas por câncer de mama entre mulheres de 2010 a 2018 –, foi utilizada a regressão de *joinpoint*, com o intuito de detectar a tendência, além de verificar a possível existência de pontos de inflexão¹⁰.

Os dados foram apresentados por meio das estimativas da variação percentual anual (*Average Annual Percentage - APC*) e seus respectivos intervalos de confiança (IC95%). As análises foram realizadas no software estatístico Joinpoint (r) (versão 4.8.0.1), disponibilizado gratuitamente pelo *National Cancer Institute, USA (Statistical Methodology and Applications Branch, Surveillance Research Program, National Cancer Institute)*.

Para todas as análises foram consideradas um nível de significância de 5%. Por se tratar de estudo proveniente de dados secundários, que não necessitam de identificação dos respectivos sujeitos, o presente estudo foi isento de aprovação em Comitê de Ética, respeitando 156 a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012.

Resultados

No Brasil, entre 2010 e 2018, ocorreram 133.050 mortes por câncer de mama entre mulheres com idade superior a 30 anos.

Nos anos de 2010 e 2018, foram evidenciadas respectivamente 12.600 e 17.436 mortes por câncer de mama entre mulheres, sendo maior percentual observado na faixa de idade < 70 anos, seguida da faixa de 50 a 59 anos, entre mulheres brancas, com escolaridade menor que 8 anos.

A taxa bruta de mortalidade por câncer de mama entre mulheres de 30 anos ou mais passou de 26,0 em 2010, para 29,8 por 100 mil hab. No Brasil, vale ressaltar que observa-se aumento progressivo das taxas de mortalidade por câncer de mama a partir dos 50 anos de idade.

Quando avaliadas as taxas brutas de mortalidade por câncer de mama por macro regiões no Brasil em 2010 e 2018, foram evidenciadas menores taxas na Região Norte (12,5/100 mil – 19,2/100 mil); e maiores taxas na Região Sul (30,5/100 mil – 33,9/100 mil).

No período de 2010 a 2018, foram observadas tendências significativas de aumento das taxas de mortalidade ajustadas por câncer de mama entre mulheres com idade >30 anos no Brasil e em quase todas as regiões, exceto na Região Sul, a qual apresentou estabilidade no período (Figura 1).

A variação percentual anual (APC) para o Brasil no período foi de 1,0 (IC95%: 0,7 a 1,2). A Região Norte apresentou a maior variação percentual anual no período (APC = 4,9), seguida da região Nordeste (APC= 1,9) e Centro-Oeste (APC= 1,8) (Tabela 2).

Discussão

Entre 2010 a 2018 observou-se um aumento significativo das taxas de mortalidade ajustada por câncer de mama entre mulheres no Brasil. O comportamento da distribuição da mortalidade, segundo as faixas etárias nesse estudo, revelou o aumento substancial das taxas de mortalidade a partir da faixa etária de 50 a 59 anos.

As regiões Norte e Nordeste apresentam o maior incremento na mortalidade entre as regiões do país. No entanto, do ponto de vista da magnitude, destacam-se altas taxas de mortalidade nas regiões Sul e Sudeste, dentre as quais concentram o maior contingente populacional.

O ritmo apresentado pela tendência crescente do câncer de mama entre mulheres na maioria das regiões do país requer ações efetivas que visem a redução da morbimortalidade, a ampliação de ações de cuidado, hábitos de vida saudáveis, bem como ações de detecção e rastreamento oportuno, levando em consideração as diferentes realidades socioeconômicas das regiões brasileiras.

O Brasil vem avançado na implementação de políticas públicas que auxiliam na redução da morbimortalidade da doença, seja com a efetivação de potencial rastreamento para população-alvo (50 a 69 anos), por meio tratamento adequado e oportuno, seja na qualidade do acompanhamento e monitoramento do processo, bem como por meio de ações para a redução de comportamentos nocivos à saúde, como alimentação adequada, prática de atividades físicas, redução do consumo de álcool, dentre outros^{5,11}. Mulheres com perfil obesogênico¹², além de apresentar maior risco para o desenvolvimento de câncer de mama, podem apresentar maiores complicações para o tratamento.

Estudo que avaliou a relação entre a prática de atividade física e câncer de mama¹³ apontou que aproximadamente 12% dos óbitos por câncer de mama ocorridos no ano de 2015 no Brasil poderiam ter sido evitados, caso houvesse prática regular de atividade física de pelo menos 30 minutos diários, como recomendado pela OMS.

Cabe destacar que no Brasil, as análises da situação de saúde devem levar em consideração as diferenças regionais, as quais revelam assimetrias socioeconômicas. Dirimir esforços para a redução dessa desigualdade favorece não somente a melhoria do acesso ao diagnóstico, mas também a melhores estratégias de informação para a prevenção, diagnóstico precoce, bem com o tratamento do câncer de mama.

A redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil envolve não apenas o acesso aos critérios de rastreamento, nem tão somente a estruturação da rede assistencial para rápida e oportuna investigação diagnóstica e acesso ao tratamento de qualidade, mas, sobretudo, o controle de fatores de risco modificáveis que contribuem para a morbidade.

O Ministério da Saúde vem avançando nas ações de reorientação da vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, atualmente enveredando esforços para a extensão e ampliação de metas nacionais que visam auxiliar no enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no país.

Recomendações

Frente à complexidade de fatores que envolvem a mortalidade por câncer de mama entre mulheres, torna-se iminente a atuação e o compromisso público, com divisão de responsabilidades, principalmente no tocante a contribuição para hábitos de vida adequados que possuem potencial de modificação.

A mamografia de rastreamento é recomendada na faixa etária de 50 a 69 anos, a cada dois anos. Fora dessa faixa etária e dessa periodicidade, os riscos aumentam e existe maior incerteza sobre benefícios.

A adoção de um estilo de vida adequado contribui para a redução do risco de câncer de mama entre mulheres. Por isso, torna-se essencial a recomendação de uma alimentação adequada e saudável, além do incentivo a prática regular de atividades físicas.

Referências

1. Dagenais GR, Leong DP, Rangarajan S, et al. Variations in common diseases, hospital admissions, and deaths in middle-aged adults in 21 countries from five continents (PURE): a prospective cohort study. *Lancet*. 2020; 395:785-794. Disponível em: <https://bit.ly/388YIOu>
2. Instituto Nacional De Câncer (Brasil). Estimativa 2020. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/325IG4v>
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Tipos de câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2TSH4FC>
4. World Health Organization. Breast cancer: prevention and control. Disponível em: <https://bit.ly/3kX7RNq>
5. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes Da Silva. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/3mQqseu>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019*. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3kVkurQ>
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <https://bit.ly/2I3HSFm>

8. World Health Organization. Early detection. Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Module 3. Geneva: World Health Organization; 2007. Disponível em: <https://bit.ly/3eoolvh>
9. Britt, K.L., Cuzick, J. & Phillips, K. Key steps for effective breast cancer prevention. *Nat Rev Cancer*. 2020; 20:417–436. Disponível em: <https://bit.ly/32b73Nn>
10. Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. *Statistics in Medicine*. 2000;19(3):335-351.
11. International Agency for Research On Cancer. Breast cancer screening volume 15. Lyon, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/386jRbv>
12. Lee K, Kruper L, Dieli-Conwright CM, Mortimer JE. The Impact of Obesity on Breast Cancer Diagnosis and Treatment. *Curr Oncol Rep*. 2019; 21(5):41. Disponível em: <https://bit.ly/2JB8U7P>
13. Silva DAS, Tremblay MS, Souza MFM, et al. Mortality and years of life lost due to breast cancer attributable to physical inactivity in the Brazilian female population (1990–2015). *Scientific Reports*. 2018; 8:11141. Disponível em: <https://go.nature.com/361bV8U>

Anexos

Tabela 1 Distribuição dos óbitos por câncer de mama entre mulheres no Brasil, segundo variáveis sociodemográficas e taxa de bruta de mortalidade por câncer de mama, Brasil, 2010 e 2018

Variáveis	n (%)				Taxa bruta (100.000 hab)	
	2010	%	2018	%	2010	2018
Faixa etária						
30 a 39	826	6,6%	1149	6,6%	5,5	6,7
40 a 49	2203	17,5%	2641	15,1%	17,3	18,5
50 a 59	3203	25,4%	3972	22,8%	33,4	33,4
60 a 69	2654	21,1%	3925	22,5%	45,0	47,7
>70 anos	3714	29,5%	5749	33,0%	73,6	84,2
Raça/cor						
Branca	7827	62,1%	10139	58,1%	-	-
Preta	888	7,0%	1365	7,8%	-	-
Amarela	69	0,5%	106	0,6%	-	-
Parda	3097	24,6%	5314	30,5%	-	-
Indígena	5	0,0%	23	0,1%	-	-
Ignorada	714	5,7%	489	2,8%	-	-
escolaridade						
< 8 anos	5976	47,4%	8210	47,1%	-	-
> 8 anos	3478	27,6%	6518	37,4%	-	-
Ignorada/sem informação	3146	25,0%	2708	15,5%	-	-
TOTal	12600	-	17436	-	26,0	29,8

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

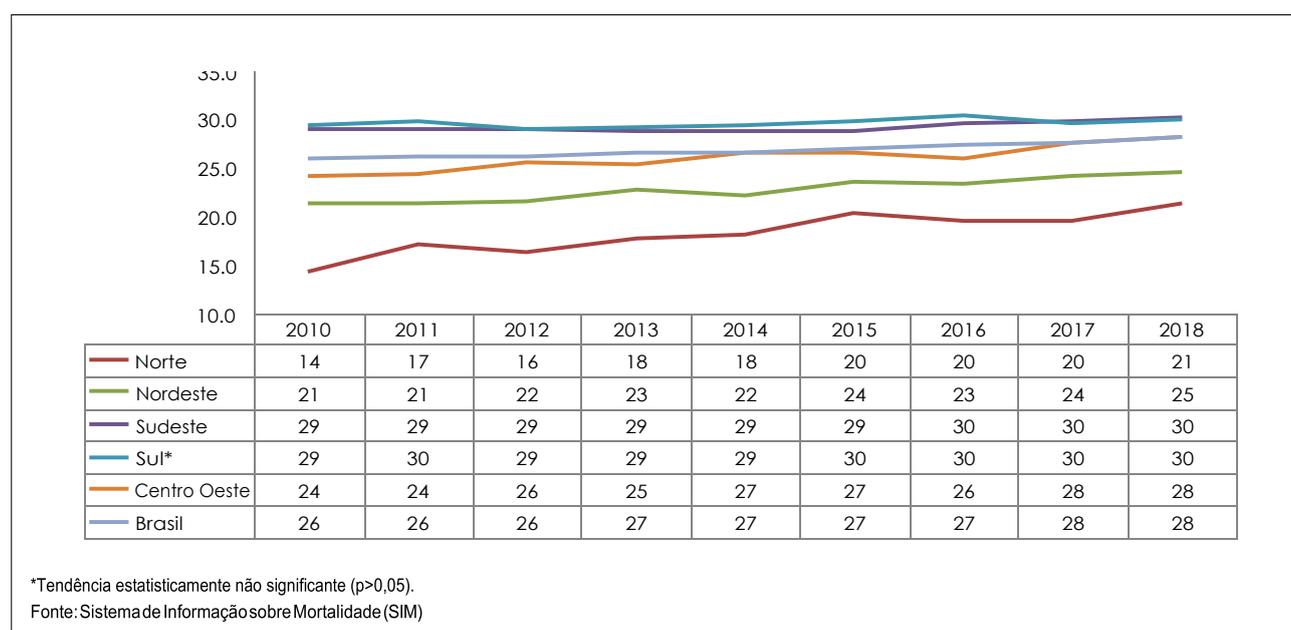


Figura 1 Tendência das taxas de mortalidade (por 100.000 hab) por câncer de mama entre mulheres acima de 30 anos no Brasil, 2010 a 2018

Tabela 2 Variação anual percentual (APC) da tendência de mortalidade por câncer de mama entre mulheres no Brasil e grandes regiões, 2010-2018

Variável	2010-2018			
	aPC	IC lower	ICupper	p value
Brasil	1,0	0,7	1,2	0,000
Norte	4,2	2,6	5,8	0,000
Nordeste	1,9	1,3	2,4	0,000
Sudeste	0,5	0,1	0,9	0,000
Sul	0,3	-0,1	0,7	0,100*
Centro Oeste	1,8	1,2	2,4	0,000

*Tendência estatisticamente não significante ($p>0,05$).

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

*Coordenação Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS): Paulo da Fonseca Valença Neto, Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha.

Violência interpessoal contra pessoas com deficiência/transtorno no Brasil

Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis do Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS); Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência do Departamento de Atenção Especializada e Temática (CGSPD/DAET/SAES/MS).*

Sumário

1 Violência interpessoal contra pessoas com deficiência/transtorno no Brasil

A violência, definida como o uso intencional de força física, real ou em ameaça, contra si próprio, outro indivíduo, grupo ou comunidade, podendo resultar em lesão, dano psicológico e morte,¹ atualmente, é considerada um problema de saúde pública, resultando em diversos impactos que afetam tanto o indivíduo quanto a população.²

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.³

Estudos têm demonstrado haver uma forte correlação entre violência e deficiência. De um lado, a violência figura como um dos principais fatores que contribuem para a ocorrência de deficiência. Por outro lado, pessoas com deficiência estão mais expostas a sofrer violência do que seus pares sem deficiência.

Além disso, fatores como o tipo de deficiência, gênero, raça/cor e idade, podem potencializar o risco de violência contra a pessoa com deficiência.^{4,5} A violência contra pessoas com deficiência, portanto, se apresenta como um problema multifatorial, que afeta diretamente a vida e o desenvolvimento dessas pessoas.

Tendo em vista a necessidade de cuidar integralmente da saúde das pessoas com deficiência, foi instituída a *Política Nacional de Saúde da Pessoa com deficiência* pela Portaria GM/MS nº 1.060, de 5 de junho de 2002,⁶ complementada posteriormente pelas Portarias GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012 (atual Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo VI)⁷ e MS/GM nº 835, de 25 de abril de 2012 (atual Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, TÍTULO VIII, Capítulo IV),⁸ que instituíram a *Rede de Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS*.

O presente boletim tem como objetivo apresentar dados sobre violência contra as pessoas com deficiência, notificadas no Sistema Único de Saúde, e analisar os mesmos para maior compreensão desse fenômeno a fim de

embasar ações de combate e prevenção às violências em todo o Brasil, em especial, pessoas com deficiências.

Métodos

Foi realizado estudo descritivo das notificações de violência interpessoal contra pessoas com deficiência registradas no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan), no ano de 2018.

Violências interpessoais e autoprovocadas constituem agravos de notificação compulsória por todos os serviços de saúde públicos e privados do Brasil. Casos de violência sexual e tentativas de suicídio são, ainda, de notificação imediata, devendo ser informados à autoridade sanitária em até 24 horas após o atendimento. Considera-se objeto de notificação:

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.⁹

No caso das pessoas com deficiência, o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei 13.146/2020) assegura ainda que, além da notificação compulsória por meio do SINAN, os casos suspeitos ou confirmados de violência sejam comunicados à autoridade policial e ao Ministério Público, além dos Conselhos dos Direitos da Pessoa com Deficiência.¹⁰

Foram definidas como casos de violência interpessoal todas as notificações de violência registradas, excluídas aquelas cujos campos 54 “A lesão foi autoprovocada?” ou 61 “Vínculo/Grau de parentesco com a pessoa atendida – Própria pessoa” foram preenchidos com “Sim”. Foram calculadas as prevalências de deficiências/transtornos entre as vítimas de violências interpessoais notificadas, segundo sexo e faixa etária da vítima, e

analisados os tipos de deficiência/transtornos apresentados. Foram analisados os perfis das violências interpessoais contra pessoas com deficiências/transtornos notificados ao Viva/Sinan, segundo repetição, meio de agressão, natureza da violência e provável agressor.

Resultados

No ano de 2018, foram registradas 350.354 notificações de violência interpessoal/autoprovocada. Desse total, 40.653 (11,6%) foram notificações de violência contra pessoas com deficiência, das quais 15.586 (38,3%) foram violências interpessoais.

Entre homens e mulheres, observaram-se diferenciais na proporção de pessoas com deficiência vítimas de violência interpessoal em relação à idade, com maiores proporções de indivíduos com deficiências/transtornos nos estratos etários mais velhos. Entre mulheres, a maior proporção de pessoas com deficiências/transtornos foi observada na faixa de 60 anos e mais (14,9%), enquanto, entre homens, a maior proporção foi observada na faixa de 50 a 59 anos (16,1%) (Figura 1). Pessoas com deficiência tiveram maior número de notificações segundo caráter de repetição, quando comparadas às pessoas sem deficiência (Figura 2).

Ao se analisar os tipos de deficiências/transtornos apresentados, observou-se em todos os grupos etários, exceto idosos, predomínio de transtornos mentais e de comportamento (50,9%), seguidos pelas deficiências intelectuais (22,2%) e físicas (18,6%). Entre idosos, as deficiências físicas foram as mais frequentes (37,5%), seguidas dos transtornos mentais (33,8%). Idosos apresentaram a maior proporção de casos de deficiência física, seguidos das crianças (20,0%) (Tabela 1).

Entre pessoas com deficiência vítimas de violência interpessoal, verificou-se predomínio de violências físicas na faixa de 10 a 59 anos de idade, seguidas, entre adolescentes, pelas violências sexuais (29,3%), e entre pessoas adultas, pelas violências psicológicas. Entre crianças e idosos, verificou-se o predomínio das negligências, seguidas de violências físicas.

Entre idosos, as violências psicológicas consistiram na terceira natureza mais frequente (29,8%), enquanto, entre crianças, as violências sexuais se destacaram como a terceira natureza mais frequente (22,4%) (Figura 3).

Entre crianças com deficiência/transtorno, os familiares foram os principais agressores, representando sete em cada dez agressores notificados. Entre adolescentes, familiares da vítima representaram aproximadamente metade dos agressores notificados, seguidos por amigos/conhecidos das vítimas (20,1%) e desconhecidos (11,2%). Entre pessoas adultas, os parceiros íntimos foram os principais agressores, representando aproximadamente um terço dos agressores notificados, seguidos pelos familiares das vítimas. Já entre idosos, familiares representaram cerca de metade dos agressores notificados, seguidos pelos parceiros íntimos (11,6%), amigos (11,6%) e cuidadores (6,3%) (Figura 4).

Ao se analisar a relação entre os tipos de deficiência/transtorno apresentados e as naturezas das violências sofridas, observou-se predomínio de violências físicas entre indivíduos com todos os tipos de deficiências/transtornos, variando de 33,8% entre pessoas com deficiências intelectuais a 40,9% entre as pessoas com de transtornos mentais e de comportamento. Entre indivíduos com deficiências físicas, cerca de um quarto das naturezas de violência registradas (26,4%) corresponderam a negligências, e outro quarto (26,0%) correspondeu a violências psicológicas, com violências sexuais representando 6,1% do total. Entre pessoas com deficiências intelectuais, aproximadamente um quarto das naturezas de violências registradas (24,3%) corresponderam a violências psicológicas, e um quinto (21,4%) a violências sexuais. Entre pessoas com transtornos mentais e de comportamento, um quarto das naturezas de violências registradas (25,1%) corresponderam a violências psicológicas, e 16,4% a violências sexuais (Tabela 2).

Discussão

A violência é um importante tema transversal aos estudos sobre a pessoa com deficiência. Dentre as notificações de violência interpessoal registradas no ano de 2018, 15.586 (6,0%) foram contra pessoas com deficiência. Esse dado reforça a vulnerabilidade dessa população, pautada em processos de exclusão social, segregação, preconceito e estigmatização dos indivíduos que estão caracterizados por diferenças biológicas ou psicológicas, que são tomadas como desvios da normalidade e expressão de menor valia social.¹¹

As análises dos dados evidenciam predomínio das notificações de violência contra pessoas com transtornos mentais, seguidos pelas deficiências intelectuais e físicas. Esse dado corrobora com a hipótese de que problemas de saúde mental podem ser fator de risco para se tornar vítima de violência.¹²

O predomínio das negligências, seguidas de violências físicas entre crianças e idosos, corrobora com relatos da literatura que apresentam as situações de violência mais frequentes foram de negligência, abandono e violência física.¹³ Além disso, o predomínio de agressões perpetradas por familiares das vítimas, especialmente nos casos de violência contra crianças, corrobora afirmações de Brino¹⁴ que diz 66% dos agressores já tem algum tipo de relação com a vítima (como vizinhos, familiares, tutores, etc), além de apontar para ocorrência de violência doméstica contra a pessoa com deficiência, fato que muitas vezes fica silenciado, contribuindo para invisibilidade do problema.

O maior número de notificações de violência sexual entre crianças e adolescentes vai ao encontro de achados anteriores. As estatísticas demonstram que crianças e adolescentes com deficiência intelectual sofrem abuso sexual até 50% mais vezes que seus correspondentes não-deficientes.¹⁵ A literatura aponta que essas crianças são entre 4 a 10 vezes mais vulneráveis ao abuso físico.¹⁵ Vítimas com deficiência costumam apresentar déficits na percepção e compreensão das situações de abuso, o que pode contribuir para que agressões graves sejam constantes ou “justificadas, levando as vítimas a aceitarem esta condição como se fosse normal”.¹⁶

Os dados do presente boletim corroboram os achados relativos a anos anteriores (2011 a 2017) e apontam para a necessidade de intensificação das ações de vigilância da violência contra as pessoas com deficiência de forma a subsidiar ações e políticas públicas de enfrentamento a esse tipo de violência.¹⁷

Por fim, ressalta-se que a notificação de violência contra pessoas com deficiência se apresenta como um importante instrumento para dar visibilidade a um grave problema de saúde que acomete essa população, a fim de garantir o cuidado integral às pessoas com deficiência em situação de violência. Nesse sentido, ao notificarem os agravos de violência contra a pessoa com deficiência, os serviços de saúde públicos e privados contribuem para que o poder público tenha dados atualizados desta condição e possa elaborar e implementar políticas no combate e prevenção da violência e suas consequências.

Referências

1. World Health Organization. Preventing violence and reducing its impact: How development agencies can help. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <https://cutt.ly/LgDcUYb>, acesso em 03 nov. 2020.
2. Bozzo ACB, Matos GC, Berald LP, Souza MD. Violência doméstica contra a mulher: caracterização dos casos notificados em um município do interior paulista. Rev. enferm. UERJ. 2017;25: e11173. Disponível em: <https://cutt.ly/OgDcS2d>, acesso em 03 nov. 2020.
3. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008: Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. 4ª edição. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2010. Disponível em: <https://cutt.ly/9gDcJVs>, acesso em 03 nov. 2020.
4. World Health Organization. World report on disability 2011. Geneva: WHO, 2011. Disponível em: <https://cutt.ly/ggDcCoD>, acesso em 03 nov. 2020.
5. United Nations. Disability and Development Report: Realizing the Sustainable Development Goals by, for and with persons with disabilities 2018. New York: United Nations, 2019.
6. Brasil. Portaria nº 1060, de 5 de junho de 2002 - Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
7. Brasil. Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo VI) - Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017
8. Brasil. Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, TÍTULO VIII, Capítulo IV) - Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017
9. Brasil. VIVA: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.
10. Brasil. Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: <https://cutt.ly/9gDcBKW>, acesso em 23 out. 2020.
11. Wanderer A, Pedroza RLS. A violência como tema transversal aos estudos sobre a deficiência: interconexões necessárias. Estud. pesqui. psicol. 2015; 15(1):178-195.
12. Fleitlich B, Goodman R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. BMJ 2001; 323(7313):599-600.
13. Almeida HJL. Vulnerabilidade de mulheres com deficiência que sofrem violência. [Monografia] Brasília: Universidade de Brasília; 2011, 55p. Disponível em <https://cutt.ly/6gDc09A>, acesso em 22 out. 2020
14. Brino RF, Williams LCA. Capacitação do educador acerca do abuso sexual infantil. Interação em Psicologia 2003; 7(2): 1-10.
15. Sobsey D, Randall W, Parilla R. Gender differences in abused children with and without disabilities. Child Abuse e Neglect 1997; 21(8): 707-720.
16. Dodge KA. Social cognition and children's aggressive behavior. Child Development 1980; 51(1): 162-170.
17. Mello NF et al. Violence against disabled persons: Brazilian's Health Service's Notifications, 2011 to 2017. European Journal of Public Health 2020; 30(Suppl. 5): ckaa166.1184.

Anexos

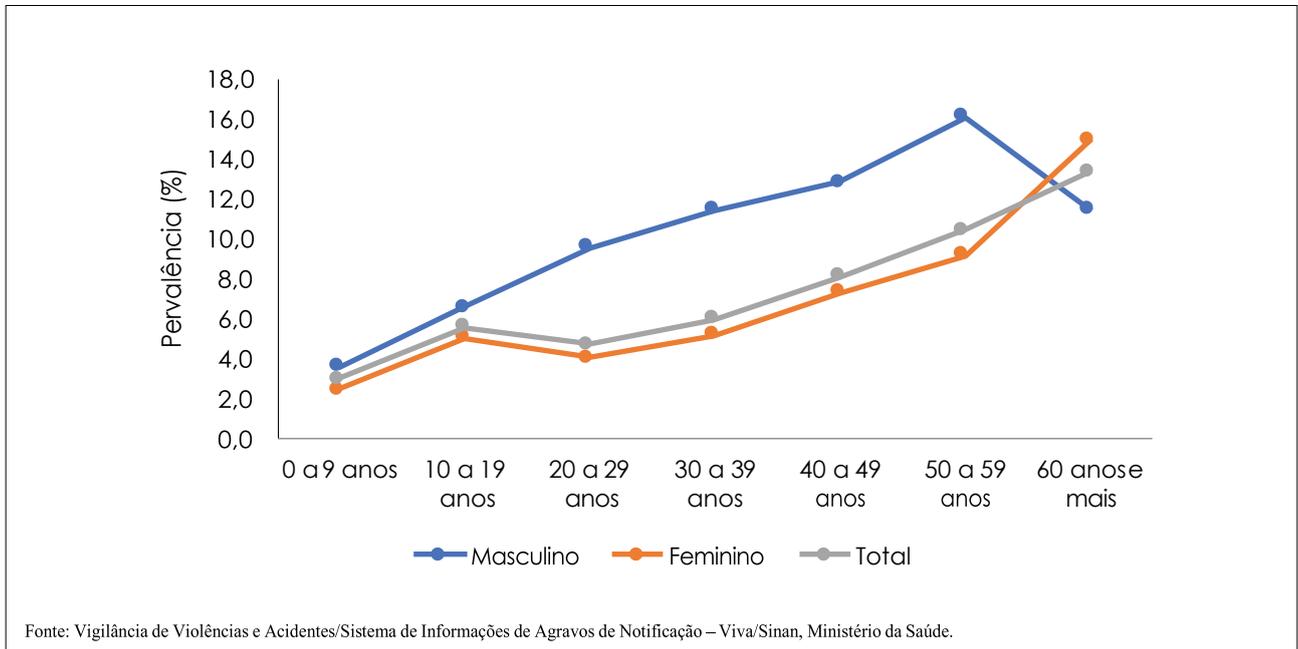


Figura 1 Proporção de pessoas com deficiência/transtorno entre as notificações de violência interpessoal registradas no Viva Sinan, segundo sexo e faixa etária da vítima. Brasil, 2018

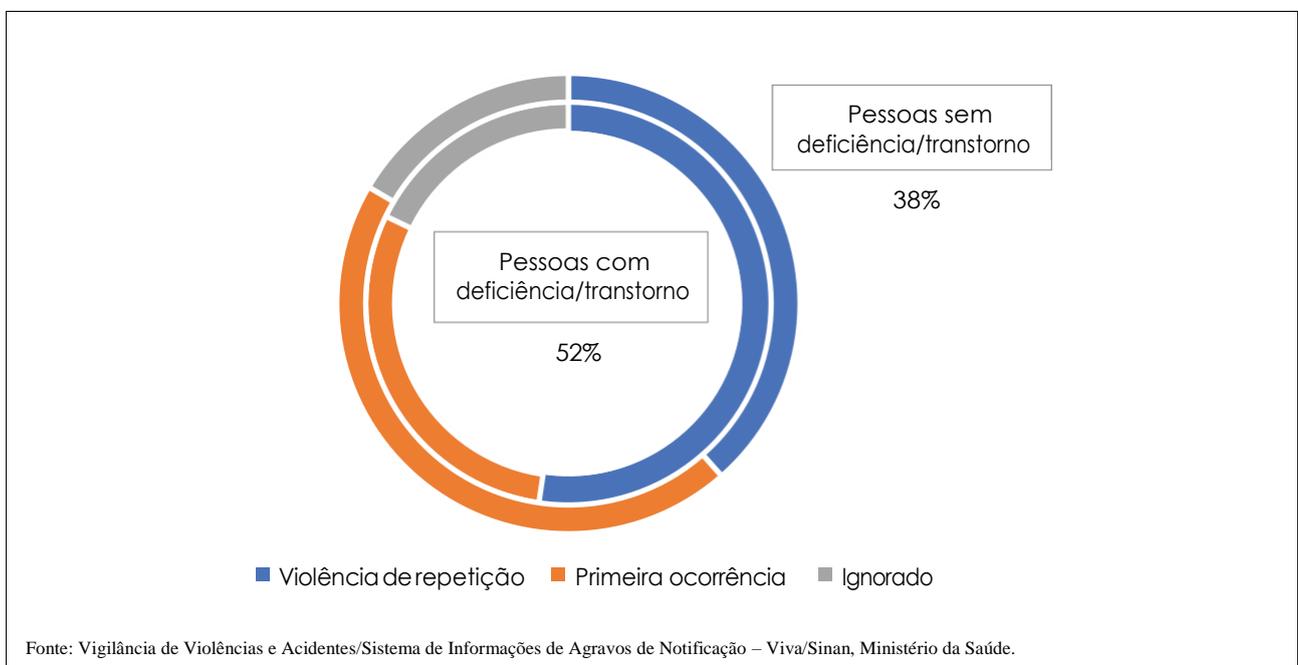
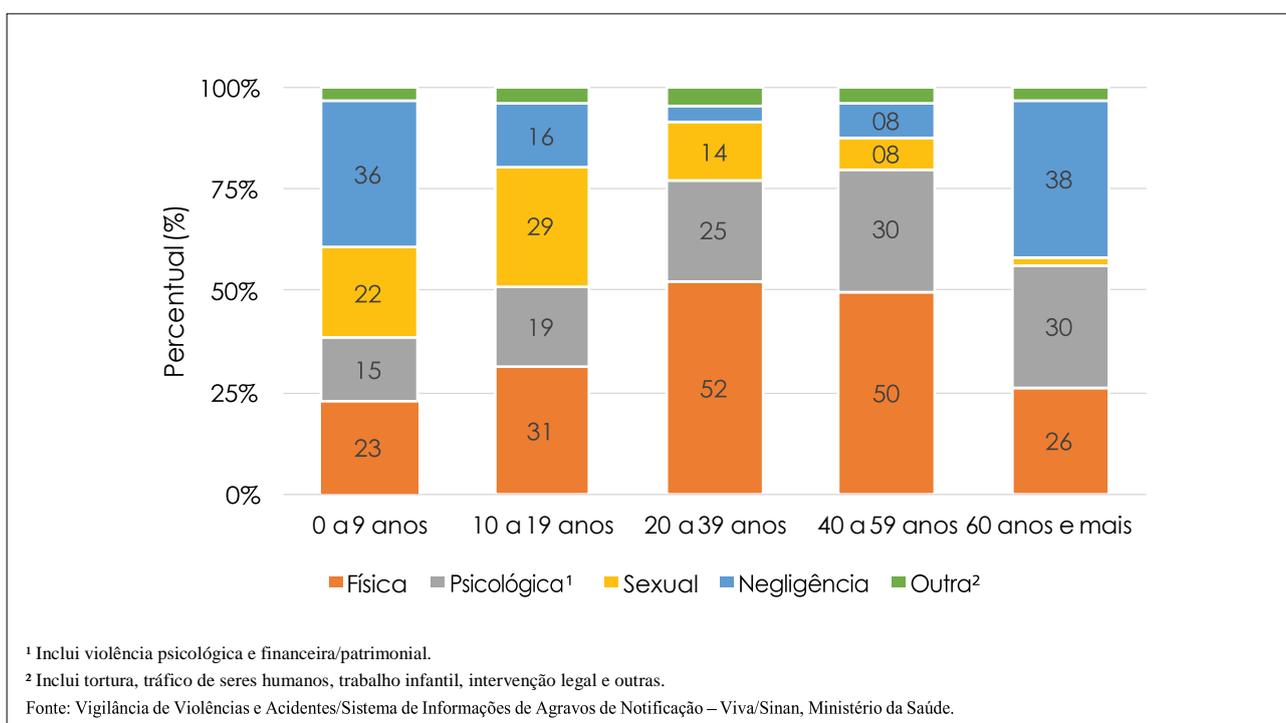


Figura 2 Distribuição das notificações de violência interpessoal registradas no Viva/Sinan segundo caráter de repetição e presença de deficiência/transtorno. Brasil, 2018

Tabela 1 Distribuição das deficiências/transtornos entre pessoas com deficiência vítimas de violência interpessoal notificada, segundo faixa etária da vítima. Brasil, 2018.

	0 a 9 anos	10 a 19 anos	20 a 39 anos	40 a 59 anos	60 anos e mais	Total
Deficiência/transtorno	2,9	5,5	5,3	8,8	13,4	6,0
Deficiência física	20,0	8,8	14,4	19,6	37,5	18,6
Deficiência intelectual	28,1	27,6	22,9	17,8	15,9	22,2
Deficiência auditiva	2,8	3,3	4,6	4,3	11,9	5,3
Deficiência visual	4,2	2,7	4,6	5,8	15,2	6,2
Transtorno mental/comportamento	38,3	58,1	56,0	54,8	33,8	50,9
Outras deficiências/transtornos	23,8	14,1	11,8	12,8	14,6	14,1

Fonte: Vigilância de Violências e Acidentes/Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Viva/Sinan, Ministério da Saúde.

**Figura 3** Distribuição das naturezas de violências perpetradas contra pessoas com deficiência com notificação de violência interpessoal, segundo faixa etária da vítima. Brasil, 2018

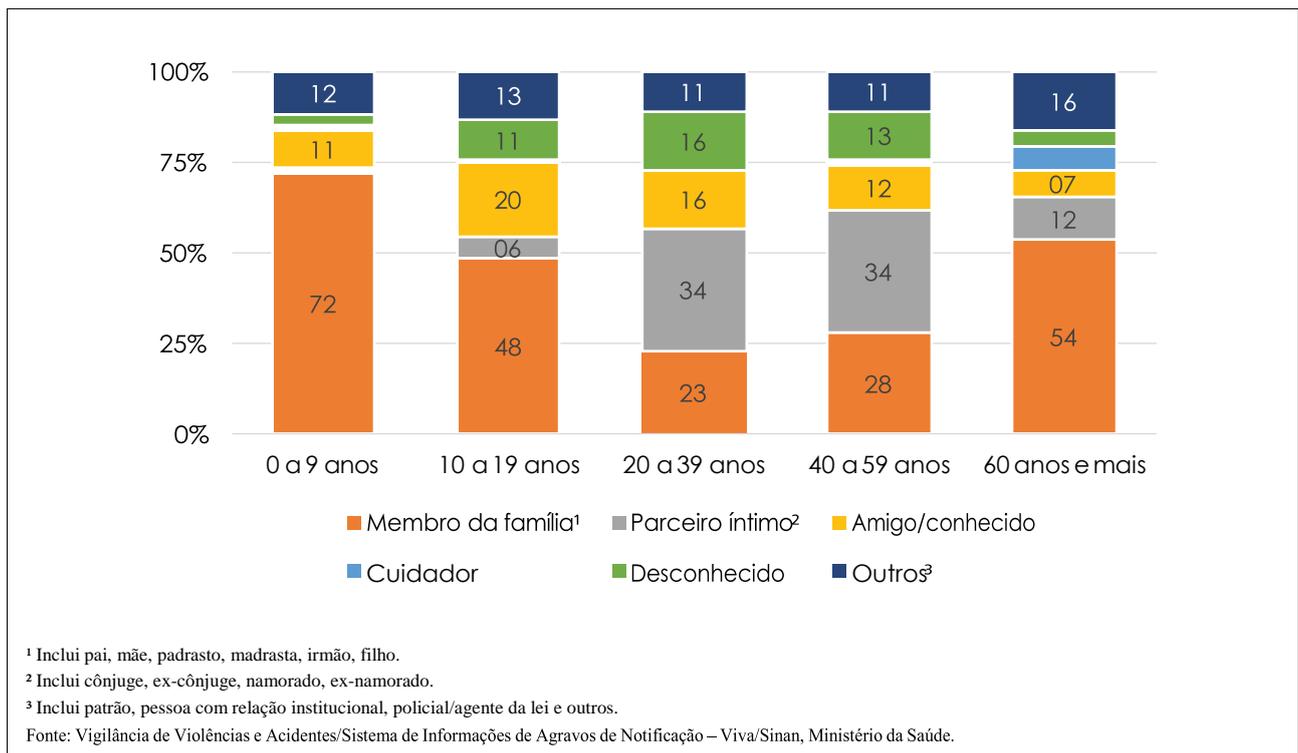


Figura 4 Distribuição dos prováveis agressores de pessoas com deficiência com notificação de violência interpessoal, segundo faixa etária da vítima. Brasil, 2018

Tabela 2 Distribuição percentual das naturezas de violências perpetradas contra pessoas com deficiência, segundo tipo de deficiência/transtorno. Brasil, 2018

Natureza da violência	Def. física		Def. intelectual		Trans. mental/ comportamento		Outra def. transtorno ¹	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Física	1.602	37,8	1.783	33,7	4.728	40,9	2037	37,8
Psicológica ²	1.100	26,0	1.287	24,3	2.894	25,1	1339	24,8
Sexual	257	6,1	1.132	21,4	1.899	16,4	705	13,1
Negligência	1.119	26,4	862	16,3	1.542	13,3	1100	20,4
Outra ³	159	3,8	223	4,2	489	4,2	215	4,0

¹ Inclui deficiências auditivas, visuais e outras deficiências/transtornos.

² Inclui violências psicológicas e financeiras/patrimoniais.

³ Inclui tortura, tráfico de seres humanos, trabalho infantil, intervenção legal e outras

Fonte: Vigilância de Violências e Acidentes/Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Viva/Sinan, Ministério da Saúde.

*Coordenação Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS): Rafael Bello Corassa, Leandra Lofego Rodrigues. Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência do Departamento de Atenção Especializada e Temática (CGSPD/DAET/SAES/MS): Cícero Kaique Pereira Silva, Flávia da Silva Tavares, Diogo do Vale de Aguiar.

Panorama de saúde da população idosa

Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis do Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS).*

A longevidade e uma maior expectativa de vida dependem, dentre outros fatores, do estilo de vida (obesidade, sedentarismo, tabagismo, estresse), do ambiente (condições de moradia, urbanização), da herança genética (doenças relacionadas) e organização dos serviços de saúde (acesso e atendimento qualificado)¹. Populações mais envelhecidas apresentam maior carga de doenças crônicas e de incapacidades e a velhice é uma fase da vida que apresenta características específicas de apresentação, instalação e desfecho dos agravos em saúde. É fundamental identificar condicionantes e determinantes do processo saúde/doença, especialmente relacionados à preservação da capacidade funcional².

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que de 2015 para 2050, a população idosa no mundo passará de 12% para 22%, onde uma em cada 5 pessoas terá 60 anos ou mais, totalizando 2 bilhões de pessoas³. Ressalta-se ainda o aumento do ritmo de envelhecimento em todo o mundo. Enquanto países de maior desenvolvimento como a França tiveram cerca de 150 anos para uma transição de 10% para 20% na proporção da população com mais de 60 anos, em países em desenvolvimento como o Brasil, esse mesmo processo tende a ocorrer em pouco mais de 20 anos⁴. Em 2020, a população de pessoas idosas no Brasil, de acordo com a Projeção de População do IBGE⁵, corresponde a 14,26% da população brasileira, cerca de 30 milhões de pessoas, e projeta-se que, em 2050, as pessoas acima de 60 anos corresponderão a 28,45% da população brasileira.

Nessa perspectiva, torna-se um desafio global a promoção do Envelhecimento Saudável, definida pela OMS como o “processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada”⁶. Este desafio encontra-se integrado aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas (ONU), que dentre os 17 objetivos e 169 metas, inclui vários que têm impacto direto na saúde dos idosos, tais como: redução da mortalidade prematura por DCNT, redução das desigualdades, transporte seguro e acessível⁷.

Nesse contexto, torna-se relevante descrever e estudar os fatores de risco e proteção e as principais doenças relacionadas ao processo de envelhecimento, considerando que diversos elementos ou condições de saúde, em especial as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), influenciam diretamente na saúde dessa população, no sentido de contribuir para o aprimoramento das políticas e programas de saúde, na perspectiva da promoção do envelhecimento saudável.

Assim, o objetivo deste boletim é descrever o panorama da saúde da população idosa brasileira a partir de indicadores de morbidade referida, fatores de risco e de proteção nas capitais e Distrito Federal no ano de 2019, por meio de inquérito populacional.

Métodos

Este boletim apresenta dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) de 2019, realizado nas 26 capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal (DF), desde 2006. O Vigitel tem como objetivo monitorar os principais indicadores relacionados às DCNT no país, fornecendo dados que o Ministério da Saúde emprega na formulação de ações de vigilância, no âmbito das DCNT⁸.

O Vigitel é realizado anualmente, coletando dados de amostras probabilísticas da população adulta (indivíduos com 18 anos ou mais de idade) nas 26 capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal, residentes em domicílios com, ao menos, uma linha fixa de telefone. Anualmente, estima-se um número amostral mínimo de duas mil entrevistas telefônicas para cada capital e o DF. As entrevistas telefônicas foram realizadas por empresa contratada, com questionário eletrônico utilizando CATI (*Computer-Assisted Telephone Interviewing*) e ocorreram entre os meses de janeiro e dezembro de 2019⁸.

As estimativas do Vigitel são ponderadas para que representem o conjunto da população adulta de

cada localidade estudada. Inicialmente, o peso atribuído a cada indivíduo entrevistado visa corrigir a probabilidade de seleção dos entrevistados (devido a diferentes números de adultos e de linhas telefônicas entre os domicílios). O peso final atribuído a cada indivíduo entrevistado pelo Vigitel, denominado pós-estratificação, objetivou igualar a composição sociodemográfica, segundo as variáveis: sexo (feminino e masculino), faixa etária (18-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 e 65 e mais anos de idade) e nível de instrução (sem instrução ou fundamental incompleto, fundamental completo ou médio incompleto, médio completo ou superior incompleto e superior completo) estimadas para a população de adultos com telefone fixo a partir da amostra Vigitel em cada localidade à composição sociodemográfica que se estima para a população adulta total da mesma cidade, a partir de projeções baseadas nos dados dos Censos Demográficos (2000 e 2010).

O questionário do Vigitel 2019 coletou informações demográficas e socioeconômicas; de hábito alimentar e prática de atividade física; peso e altura autorreferidos; consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas; autoavaliação do estado de saúde; hipertensão e diabetes autorreferidas; exames de detecção precoce de câncer em mulheres; posse de plano de saúde; situações no trânsito; dentre outros.

Para o presente boletim sobre a saúde da população idosa, foram considerados os indivíduos com 60 anos ou mais de idade entrevistados pelo Vigitel 2019 (n=23.327). Foram estimadas as prevalências e seus intervalos de 95% de confiança (IC95%) para os seguintes indicadores selecionados:

- percentual de adultos que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial;
- percentual de adultos que referem diagnóstico médico de diabetes;
- percentual de adultos com excesso de peso (IMC \geq 25 kg/m²);
- percentual de adultos com obesidade (IMC \geq 30 kg/m²);
- percentual de adultos que consomem frutas e hortaliças conforme recomendado (cinco porções ao dia em, pelo menos, cinco dias na semana);
- percentual de adultos que consomem feijão em cinco ou mais dias da semana;
- percentual de adultos que consumiram cinco ou mais grupos de alimentos não ou minimamente processados protetores para doenças crônicas no dia anterior à entrevista;
- percentual de adultos fisicamente inativos e

percentual de adultos que consumiram bebidas alcoólicas de forma abusiva (cinco ou mais doses para homens ou quatro ou mais doses para mulheres, em uma única ocasião, nos últimos 30 dias anteriores à data da pesquisa. Uma dose de bebida alcoólica corresponde a uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça, *whisky* ou qualquer outra bebida alcoólica destilada).

Os dados foram analisados, ainda, segundo sexo (masculino e feminino), faixa etária (60 a 64, 65 a 74 e 75 anos e mais) e nível de escolaridade (0 a 8, 9 a 11, e 12 anos e mais de estudo). As análises foram processadas com uso do aplicativo *Stata*, versão 14.0, com uso do módulo *survey*, que considera os efeitos da amostra complexa.

Resultados

No ano de 2019, mais da metade (61,5 %) da população com 60 anos ou mais no conjunto das capitais brasileiras referiu excesso de peso, sem diferenças significativas entre homens (61,6%; IC95% 59,0-64,1) e mulheres (61,4%; IC95% 59,8-62,9). Em relação às faixas de idade estudadas, a prevalência de excesso de peso foi menor nos indivíduos de 75 anos e mais (55,7%; IC95%:53,4-58,0) em relação aos de 60 a 64 anos (64,2%; IC95%:61,5-66,8). Não houve diferença segundo o nível de escolaridade. Dentre os que referiram excesso de peso, 22,3% estavam obesos (IC95% 21,1-23,5), sem diferenças significativas entre homens e mulheres e por faixa de idade. A prevalência de obesidade foi menor entre os indivíduos com 12 anos ou mais de escolaridade quando comparados aos demais (tabelas 1, 2 e 3).

No que se refere ao consumo alimentar, a prevalência do consumo recomendado de frutas e hortaliças foi de 26,9%, sendo maior entre as mulheres (30,1%; IC95%:28,6-31,6) em relação aos homens (21,9%; IC95%:19,9-24,0). O consumo de feijão foi de 60,2% (IC95%:58,9-61,5), sendo maior entre os homens (68,4%; IC95%:66,2-70,5) quando comparados as mulheres (55,0%; IC95%:53,4-56,6). Ainda, esse consumo foi menor entre os idosos de 75 anos ou mais de idade (56,3%; IC95%:54,1-58,6) e maior entre aqueles com até 8 anos de estudo (66,0%; IC95%:64,2-67,7). A referência ao consumo de cinco ou mais grupos de alimentos não processados ou minimamente processados, no dia anterior à entrevista, foi de 33,7% (IC95% 32,4-35,0), sendo 34,8% (IC95% 33,3-36,4) em mulheres e 31,8% homens (IC95% 29,5-34,2), sem diferença significativa pelas faixas de idade. O consumo foi maior entre os

indivíduos com 12 anos ou mais de estudo (53,3%; IC95%:50,5-56,1) quando comparados aos demais grupos (26,2%, IC95%:24,5-28,0 para aqueles com até 8 anos de estudo e 38,9%, IC95%:36,5-41,3 para aqueles com 9 a 11 anos de estudo). Não houve diferenças entre as faixas de idade, mas sim pelo grau de escolaridade, sendo maior entre aqueles com 12 anos ou mais de estudo em comparação aos demais. (tabelas 1, 2 e 3).

No que se refere a atividade física, 26,6% (IC95%:25,4-27,8) dos idosos referiram a prática (no tempo livre) sendo maior entre homens (31,7%; IC95%:29,5-34,1) do que entre as mulheres (23,3%; IC95%:22,0-24,6). A prática tendeu a diminuir com a idade e a aumentar com o nível de escolaridade. Também foi avaliado o percentual de idosos que referiram ser inativos (13,9%; IC95%:13,3-14,5), sem diferença significativa por sexo. De maneira inversa ao que ocorreu no indicador anterior, a prevalência de inativos aumentou com a idade e diminuiu com o nível de escolaridade (tabelas 1, 2 e 3).

A prevalência do consumo abusivo de álcool foi de 6,0% (IC95%:5,4-6,7), sendo maior em homens (9,9%;

IC95%:8,6-11,4) do que em mulheres (3,6%; IC95%:3,0-4,3). A prevalência, ainda, foi maior entre os idosos de 60 a 64 anos (9,2%; IC95%:7,9-10,8) e entre aqueles que referiram 9 a 11 anos de estudo (9,0%; IC95%:7,4-10,8) (tabelas 1, 2 e 3).

A prevalência de diagnóstico médico autorreferido de hipertensão arterial foi referida por 55,5% (IC95%:54,0-56,9) dos idosos, sendo maior entre as mulheres (57,6%; IC95%:55,9-59,2) em relação aos homens (52,1%; IC95%:49,5-54,7). A prevalência aumentou com a idade, sendo maior nos idosos com 75 anos ou mais (60,7%; IC95%:58,5-62,9) quando comparada ao grupo de 60 a 64 anos de idade (49,2%; IC95%:46,5-51,9) e diminuiu com o nível de escolaridade, sendo menor entre os mais escolarizados (44,0%; IC95%:41,3-46,8) em relação aos demais. Já a prevalência de diabetes, diagnosticada por médico, foi referida por 21,8% (IC95%:20,6-23,0) dos idosos, mas sem diferença significativa por sexo. Também não foram encontradas diferenças entre as faixas de idade analisadas. Assim como para a hipertensão, a prevalência de diabetes diminuiu com o nível de escolaridade, sendo de 13,6% (IC95%:11,7-15,7) para aqueles com 12 anos ou mais de estudo (tabelas 1, 2 e 3).

Tabela 1 Prevalências (%) dos fatores de risco e proteção e das doenças crônicas segundo sexo, com intervalo de 95% de confiança (IC95%) – Vigitel, 2019

indicadores	Total		Feminino		Masculino	
	%	iC95%	%	iC95%	%	iC95%
Fatores de risco e proteção						
Excesso de peso	61,5	60,1-62,8	61,4	59,8-62,9	61,6	59,0-64,1
Obesidade	22,3	21,1-23,5	23,6	22,2-25,0	20,2	18,2-22,4
FH recomendado	26,9	25,7-28,1	30,1	28,6-31,6	21,9	19,9-24,0
Feijão	60,2	58,9-61,5	55,0	53,4-56,6	68,4	66,2-70,5
Cinco ou mais grupos de alimentos não ou minimamente processados	33,7	32,4-35,0	34,8	33,3-36,4	31,8	29,5-34,2
AF no tempo livre	26,6	25,4-27,8	23,3	22,0-24,6	31,7	29,5-34,1
Inativos	13,9	13,3-14,5	14,0	13,3-14,7	13,9	12,8-14,9
Consumo abusivo de álcool	6,0	5,4-6,7	3,6	3,0-4,3	9,9	8,6-11,4
DCNT						
Hipertensão arterial	55,5	54,0-56,9	57,6	55,9-59,2	52,1	49,5-54,7
<i>Diabetes mellitus</i>	21,8	20,6-23,0	20,6	19,3-21,9	23,6	21,5-25,9

FH: frutas e hortaliças.

AF: atividade física.

Fonte: Vigitel 2019.

Tabela 2 Prevalências (%) dos fatores de risco e proteção e das doenças crônicas segundo faixa etária, com intervalo de 95% de confiança (IC95%) – Vigitel, 2019

indicadores	60 a 64 anos		65 a 74 anos		75 anos e mais	
	%	iC95%	%	iC95%	%	iC95%
Fatores de risco e proteção						
Excesso de peso	64,2	61,5-66,8	62,5	60,4-64,5	55,7	53,4-58,0
Obesidade	24,5	22,3-26,9	21,4	19,7-23,1	20,3	18,5-22,3
FH recomendado	27,4	25,2-29,8	27,0	25,2-28,9	26,0	24,0-28,1
Feijão	62,6	60,1-65,0	60,3	58,3-62,3	56,3	54,1-58,6
Cinco ou mais grupos de alimentos não ou minimamente processados	35,4	32,9-38,0	32,9	31,0-34,8	32,2	30,2-34,3
AF no tempo livre	30,2	27,9-32,6	27,8	26,1-29,6	19,1	17,5-20,9
Inativos	18,0	16,0-20,1	24,2	22,5-26,1	43,3	41,0-45,6
Consumo abusivo de álcool	9,2	7,9-10,8	5,1	4,3-6,1	2,5	1,9-3,3
DCNT						
Hipertensão arterial	49,2	46,5-51,9	58,3	56,2-60,4	60,7	58,5-62,9
Diabetes mellitus	19,7	17,6-22,1	22,7	21,0-24,5	23,4	21,5-25,5

FH: frutas e hortaliças.

AF: atividade física.

Fonte: Vigitel 2019.

Tabela 3 Prevalências (%) dos fatores de risco e proteção e das doenças crônicas segundo nível de escolaridade, com intervalo de 95% de confiança (IC95%) – Vigitel, 2019

indicadores	0 a 8 anos		9 a 11 anos		12 anos ou mais	
	%	iC95%	%	iC95%	%	iC95%
Fatores de risco e proteção						
Excesso de peso	62,0	60,0-63,9	61,2	58,8-63,6	60,0	57,2-62,7
Obesidade	23,9	22,2-25,7	22,5	20,5-24,7	16,3	14,5-19,4
FH recomendado	21,9	20,3-23,5	28,3	26,1-30,5	42,9	40,1-45,7
Feijão	66,0	64,2-67,7	57,0	54,6-59,4	44,0	41,3-46,8
Cinco ou mais grupos de alimentos não ou minimamente processados	26,2	24,5-28,0	38,9	36,5-41,3	53,3	50,5-56,1
AF no tempo livre	21,3	19,7-22,9	30,0	27,8-32,3	40,9	38,2-43,6
Inativos	29,6	27,9-31,4	23,4	21,5-25,5	19,8	17,7-22,2
Consumo abusivo de álcool	4,2	3,5-5,0	9,0	7,4-10,8	8,9	7,5-10,5
DCNT						
Hipertensão arterial	59,5	57,5-61,5	53,2	50,7-55,7	44,0	41,3-46,8
Diabetes Mellitus	24,7	23,1-26,5	20,0	18,0-22,1	13,6	11,7-15,7

FH: frutas e hortaliças

AF: atividade física

Fonte: Vigitel 2019.

Discussão

Por meio das análises realizadas neste boletim foi possível descrever o panorama da saúde da população idosa das capitais brasileiras e do Distrito Federal, no ano de 2019. Mais de 60% dos idosos estavam com excesso de peso, sendo que, mais de um quinto apresentava obesidade. As proporções de idosos que referiram o consumo de alimentos relacionados à proteção da saúde, como frutas e hortaliças e alimentos não ou minimamente processados, e a prática de atividade física no tempo livre foram referidos por menos de 30% dessa população. As prevalências das morbidades referidas foram altas, com mais da metade desta população idosa, residente em capitais, referindo diagnóstico médico de hipertensão arterial e mais de 20% com diabetes.

Na análise dos indicadores por sexo, observou-se diferenças significativas com maiores frequências em mulheres para o consumo recomendado de frutas e hortaliças, enquanto os homens apresentaram maior frequência para atividade física no tempo livre, consumo de feijão e consumo abusivo de álcool. As diferenças entre homens e mulheres nos comportamentos de saúde estão de acordo com estudo que verificou que a prática de atividade física, adoção de dieta saudável, nunca ter fumado e não consumir de forma excessiva bebida alcoólica, tiveram uma maior contribuição para o controle da hipertensão nas mulheres do que nos homens, sendo o consumo moderado do álcool o que mais contribuiu nos dois sexos, principalmente em mulheres⁹. Outro estudo semelhante identificou que a presença de três ou quatro fatores de estilo de vida não saudáveis foi associada a maiores chances de multimorbidade entre os homens idosos¹⁰.

No que se refere aos indicadores por faixa de idade, observa-se que os indicadores de fatores de risco e proteção, apresentaram queda com o avançar da idade na maior parte das variáveis, mais notadamente quanto ao excesso de peso, realização de atividade física no tempo livre e no consumo abusivo de álcool. Já as frequências de inativos e de morbidade aumentaram com a idade. Esses achados estão em consonância com outros estudos sobre a população idosa no Brasil que descrevem a associação entre idades mais avançadas e aumento da vulnerabilidade dos idosos, no que se refere a atividades básicas da vida diária¹¹, incapacidade para trabalho¹, multimorbidade¹³, maiores

prevalências de diabetes com e sem diagnóstico¹⁴ e fragilidade¹⁵. Cabe assinalar que, há importantes diferenças biopsicossociais entre os sexos e, que no que se refere aos cuidados em saúde, as mulheres buscam mais frequentemente os serviços de saúde e têm mais oportunidades de diagnóstico precoce para várias doenças, ainda em estágios assintomáticos¹⁶.

Na análise por escolaridade, os indicadores demonstram uma evidente associação entre escolarização e aumento das frequências relativas aos fatores de proteção, mais notadamente quanto à alimentação saudável (com exceção do consumo de feijão) e realização de atividade física. Do mesmo modo, com relação à morbidade referida, há uma diminuição das frequências tanto da hipertensão quanto da diabetes com o aumento da escolaridade. A escolaridade, como *proxy* do nível socioeconômico, tem sido relacionada a diferenças no acesso a práticas saudáveis e no acesso a ações e serviços de saúde¹⁷. Os resultados do Vigitel corroboram com os encontrados no Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), conduzido em amostra nacional representativa da população com 50 anos ou mais e que demonstrou desigualdades sociais nos temas pesquisados, evidenciando uma pior situação nos idosos com menor renda e menor nível de escolaridade.¹⁸

Contudo, no presente estudo, a prevalência de excesso de peso é similar entre as faixas e escolaridade e o consumo nocivo de álcool é inversamente relacionado ao aumento da escolaridade. A homogeneidade nas prevalências de excesso de peso entre diferentes níveis de escolaridade tem sido evidenciada em estudos internacionais, especialmente, em países em desenvolvimento.¹⁹ No Brasil, estudo que avaliou a prevalência do excesso de peso e da obesidade no Vigitel em 2006 e 2016,²⁰ também identificou similaridade na distribuição de excesso de peso e obesidade. Estudos sobre a associação entre escolaridade e uso nocivo do álcool entre idosos têm obtido resultados divergentes, há estudos que não encontraram relação direta²¹, estudos que mostram maior prevalência entre idosos com menor escolaridade²² e outros que também identificaram maior prevalência de uso nocivo de álcool entre os idosos de maior escolaridade²³. As discrepâncias nos resultados de diferentes estudos estão relacionadas a diferenças metodológicas e aos desafios específicos de pesquisa sobre uso de drogas nessa faixa etária²⁴.

Salienta-se como limitação do presente estudo que a amostra do Vigitel não foi construída de modo a representar, especificamente, as faixas de idade utilizadas no presente boletim. Além disso, os dados do Vigitel são coletados apenas em população residente em domicílios particulares com posse de telefone fixo. Entretanto, fatores de ponderação são utilizados, no momento da análise, para que essa população possa representar o total de residentes adultos (com e sem telefone fixo) das capitais e do Distrito Federal.

Considerações finais

Os resultados desse boletim mostram a importância da identificação de fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento e controle das DCNT em idosos e também como estes comportamentos diferem entre os sexos, provavelmente influenciados por características relacionadas ao gênero e que são construídos ao longo da vida, demonstrando a necessidade destas questões serem levadas em consideração na elaboração e implementação de políticas públicas relacionadas à população idosa. Evidencia-se a necessidade de ações voltadas ao desafio da promoção do envelhecimento saudável para a população brasileira, a fim de que metas como as dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável possam ser alcançadas. Desse modo, no âmbito do setor saúde é importante compreender e fortalecer a necessidade de políticas e programas voltados à promoção da saúde e ao cuidado integral com a população idosa, considerando as especificidades de recortes sociodemográficos.

O processo incapacitante corresponde à evolução de uma condição crônica que envolve fatores de risco – demográficos, sociais, psicológicos, ambientais, estilo de vida, comportamentos e características biológicas dos indivíduos²⁵. Vários elementos clínicos, biológicos, sociais e culturais atuam, isolada ou sinergicamente, para a determinação da perda da funcionalidade. O declínio funcional da pessoa idosa é previsível, evitável e pode ser adiado. A atenção à saúde da pessoa idosa por meio da avaliação da capacidade funcional, tem demonstrado ser mais significativa nas intervenções terapêuticas do que apenas a presença ou ausência de doenças.

Para atender a esses princípios do cuidado integral com a saúde da população idosa, foi lançada, em 2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que aponta como finalidade primordial “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios

e diretrizes do SUS”²⁶. E para favorecer a singularização da atenção à saúde dos idosos, o Ministério da Saúde disponibiliza a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, que tem por objetivo qualificar o cuidado ofertado às pessoas idosas no SUS e que tem se configurado como uma importante ferramenta no manejo da saúde dessa população, a ser usada tanto pelas equipes de saúde, quanto pelos idosos por seus familiares e cuidadores.²⁶

Referências

1. Oliveira TRPR, Mattioli CDP, Barcelos BJ, Horta NC, Lacerda TTB. Promoção da saúde e intersetorialidade na rede de atenção ao idoso. *Geriatr Gerontol Aging* [Internet]. 2017 [acesso em 16 jul. 2017];11(4):182-8. Disponível em: <https://cutt.ly/sg7mBWW>
2. Brasil. Ministério da Saúde. (2014). Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS. Proposta de modelo de atenção integral. In XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais e Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://cutt.ly/Hg7Q2CE>
3. World Health Organization. *Global strategy and action plan on ageing and health*. Geneva: World Health Organization; 2017. [Internet]. 2017 [acesso em 16 set 2020]. Disponível em: <https://cutt.ly/pg7nVHh>
4. Organização Pan-Americana de Saúde. Folha informativa - Envelhecimento e saúde. [Internet]. 2018 [acesso em 16 set 2020]. Disponível em: <https://cutt.ly/4g7n8IP>
5. Brasil. IBGE. Projeção de População e Indicadores Implícitos, Revisão 2018. Tabela 7365- Proporção de pessoas, por grupo de idade. [Internet]. [acesso em 09 dez 2020]. Disponível em: <https://cutt.ly/uhTYhr8>.
6. World Health Organization. *Global strategy and action plan on ageing and health*. Geneva: World Health Organization; 2017. [Internet]. 2017 [acesso em 16 set 2020]. Disponível em: <https://cutt.ly/pg7nVHh>
7. World Health Organization. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [acesso em 15 set. 2020]. Disponível em: <https://cutt.ly/5g7mbSe>
8. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://cutt.ly/fg7WtcA>

9. Firmo, Josélia Oliveira Araújo et al. Comportamentos em saúde e o controle da hipertensão arterial: resultados do ELSI-BRASIL. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.35, n.7, e 00091018, 2019. Disponível em: <https://cutt.ly/sg7WmK5>
10. de Almeida, M.G.N., Nascimento-Souza, M.A., Lima-Costa, M.F. et al. Lifestyle factors and multimorbidity among older adults (ELSI-Brazil). *Eur J Ageing*, 2020. Disponível em: <https://cutt.ly/7g7WOpR>
11. Giacomini, Karla Cristina et al. Care and functional disabilities in daily activities – ELSI-Brazil. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 52, supl. 2, 9 s, 2018. Disponível em: <https://cutt.ly/Kg7WBEm>
12. Castro CMS, Lima-Costa MF, César CC, Neves JAB, Andrade FB, Souza Junior PRB, Sampaio RF. Life course and work ability among older adults: ELSI-Brazil. *Rev Saude Publica*. 2018 Oct 25; 52. Suppl 2(Suppl 2). Disponível em: <https://cutt.ly/Fg7EJam>
13. Nunes BP, Batista SRR, Andrade FB, Souza Junior PRB, Lima-Costa MF, Facchini LA. Multimorbidity: The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil). *Rev Saude Publica*. 2018 Oct 25; 52 Suppl 2 (Suppl 2). Disponível em: <https://cutt.ly/Lg7RwVx>
14. Dos Santos ESM, Máximo RO, de Andrade FB, de Oliveira C, Lima-Costa MF, Alexandre TDS. Differences in the prevalence of prediabetes, undiagnosed diabetes and diagnosed diabetes and associated factors in cohorts of Brazilian and English older adults. *Public Health Nutr*. 2020 Sep 25:1-8. Disponível em: <https://cutt.ly/7g7RZoV>
15. Andrade JM, Duarte YAO, Alves LC, Andrade FCD, Souza Junior PRB, Lima-Costa MF, Andrade FB. Frailty profile in Brazilian older adults: ELSI-Brazil. *Rev Saude Publica*. 2018 Oct 25;52 Suppl 2 (Suppl 2). Disponível em: <https://cutt.ly/Ag7R6XF>
16. Levorato Cleice Daiana, Mello Luane Marques de, Silva Anderson Soares da, Nunes Altacílio Aparecido. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciênc. Saúde coletiva* [Internet]. 2014 Abr [citado 2020 Dez 10]; 19(4): 1263-1274. Disponível em: <https://cutt.ly/1h1lIkQ>
17. Flor LS, Campos MR, Flor LS, Campos MR. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2017 Mar [cited 2020 Aug 27]; 20(1):16–29. Available from: <https://cutt.ly/ag7TlHL>
18. Lima-Costa, M. F. (2019). Aging and public health: the Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil). *Revista De Saúde Pública*, 52(Suppl 2), 2 s. <https://cutt.ly/Mg7TW1O>
19. Barry M. Popkin, Relationship between shifts in food system dynamics and acceleration of the global nutrition transition, *Nutrition Reviews*, Volume 75, Issue 2, February 2017, Pages 73–82, <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuw064>
20. Júnior, C. S. D., & Verona, A. P. (2019). Excesso de peso, obesidade e educação no Brasil. *Saúde (Santa Maria)*, 45(2). Disponível em: <https://cutt.ly/0h1J6P>
21. Luis Margarita Antonia Villar, Garcia Marcus Vinícius de Lima, Barbosa Sara Pinto, Lima Deivson Wendell da Costa. O uso de álcool entre idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2018 Feb [cited 2020 Dec 10]; 31(1): 46-53. Available from: <https://cutt.ly/fhYNjtY>
22. Guimarães Mariana Silva Freitas, Tavares Darlene Mara dos Santos. Prevalência e fatores associados ao abuso e provável dependência de álcool entre idosos. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2019 [cited 2020 Dec 10]; 28: e 20180078. Disponível em: <https://cutt.ly/dhYNRs0>
23. Noronha, B. P., Nascimento-Souza, M. A., Lima-Costa, M. F., & Peixoto, S. V. (2019). Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre idosos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde (2013). *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 4171-4180. Disponível em: <https://cutt.ly/FhIXEyp>
24. Han, B. H., & Moore, A. A. (2018). Prevention and Screening of Unhealthy Substance Use by Older Adults. *Clinics in geriatric medicine*, 34(1), 117. Available from: <https://cutt.ly/khIX9td>

25. Brasil. Ministério de Saúde. Portaria n. 2528/GM, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Brasília; 2006 [citado 2020 out. 16]. Disponível em: <https://cutt.ly/wg7TFIv>
26. Brasil. Ministério de Saúde. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. [Internet]. Brasília; 2017. [citado 2020 out. 16]. Disponível em: <https://cutt.ly/5g7TZ6M>

*Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis (DASNT/SVS/MS): Valéria Cristina de Albuquerque Brito, Danilo Campos da Luz e Silva, Sheila Rizzato Stopá, Ellen de Cássia Dutra Pozzetti Gouvêa, Luiza Eunice Sá da Silva, Max Moura de Oliveira, Vera Lúcia Tierling, Vinícius Oliveira de Moura Pereira, Eduardo Marques Macário, Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha.