

SAÚDE PÚBLICA EM FORTALEZA

ESTUDOS TEMÁTICOS E SETORIAIS



Prefeitura de Fortaleza
Instituto de Planejamento de Fortaleza



FCPC
FUNDAÇÃO CEARENSE DE PESQUISA E CULTURA



FORTALEZA2040

Fortaleza, Ceará
Julho de 2015

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
INSTITUTO DE PLANEJAMENTO DE FORTALEZA - IPLANFOR
FUNDAÇÃO CEARENSE DE PESQUISA E CULTURA -FCPC

PROJETO:

**PLANO DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL - FORTALEZA
2040**

Autores do Estudo:

Manoel Dias da Fonsêca Neto
Cícera Borges Machado
Lindélia Sobreira Coriolano

ANEXO II - SAÚDE PÚBLICA EM FORTALEZA

Copyright @ 2015 – Manoel Dias da Fonsêca Neto/Cícera Borges Machado/ Lindélia Sobreira Coriolano

Este documento pode ser livremente comentado, reproduzido, total ou parcialmente, pelo Instituto de Planejamento de Fortaleza/Iplanfor.

Projeto gráfico:

**Capa: Escultura “Iracema Guardiã” de Zenon Barreto
Praia de Iracema – Fortaleza/CE**

Foto: Manoel Fonsêca

Apoio técnico: Jeane Leandro Dias

Revisão ortográfica: Luiz Carlos Aires Barreira Nanan

Ficha Catalográfica

Agradecimentos

Ao Prof. Marcelo Gurgel, nosso mestre em Saúde Pública e Epidemiologia, que gentilmente se dispôs a fazer a apresentação deste documento.

A Augediva Jucá Pordeus, Clara Nântua Evangelista, Miren Uribe, Pedro Antônio de Castro Albuquerque e Ediânia de Castro Albuquerque, pela colaboração nas pesquisas nos sistemas de informações epidemiológicas da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará.

Lista de Gráficos

- Gráfico 1 – Pirâmide populacional. Ceará, Fortaleza e região metropolitana, 1991, 2000, 2010.....
- Gráfico 2 – Taxa de mortalidade pelas principais causas. Fortaleza, 1980 a 2013
- Gráfico 3 - Taxa de mortalidade pelas principais causas (Capítulos CID 10). Fortaleza, 1997 a 2013
- Gráfico 4 – Taxa de mortalidade pelas principais causas (Capítulos CID 10). Região Metropolitana de Fortaleza, 1997 a 2013
- Gráfico 5 – Número de óbitos e taxas de mortalidade (por 1.000 habitantes) por sexo. Fortaleza, 1997 a 20012
- Gráfico 6 – Mortalidade proporcional (%), por faixa etária e ano. Fortaleza, 1999, 2006, 2013
- Gráfico 7 – Mortalidade proporcional (%), segundo sexo e faixa etária. Fortaleza, 2013
- Gráfico 8 – Mortalidade proporcional (%), por faixa etária. Fortaleza e Região metropolitana, 2013
- Gráfico 9 – Mortalidade proporcional (%), segundo faixa etária. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2013
- Gráfico 10 – Mortalidade proporcional (%), segundo faixa etária. Brasil e regiões, 2013
- Gráfico 11 - Mortalidade proporcional (%), segundo faixa etária. Brasil, região Nordeste e UFs, 2013
- Gráfico 12 - Taxa de mortalidade por causas externas. Ceará, Fortaleza e Região Metropolitana, 1997 a 2013
- Gráfico 13 - Taxa de mortalidade pelas principais causas externas. Fortaleza, 1997 a 2013
- Gráfico 14 - Mortalidade proporcional (%) por causas externas, segundo sexo e faixa etária. Fortaleza, 2013
- Gráfico 15 - Mortalidade proporcional (%) por causas externas, segundo faixa etária. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2013
- Gráfico 16 - Taxa padronizada de mortalidade por homicídio (por 100.000 habitantes). Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2006/2009/2012
- Gráfico 17 - Taxa de mortalidade por acidentes de transporte. Fortaleza, 2001/2007/2013
- Gráfico 18 - Taxa padronizada de mortalidade por acidentes de trânsito. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2006/2009/2012
- Gráfico 19 - Taxa padronizada de mortalidade de pedestre. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2006/2009/2012
- Gráfico 20 - Taxa padronizada de mortalidade de motociclista. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte,
- Gráfico 21 - Taxa de motorização (por 1.000 habitantes). Fortaleza, 2006 a 2013
- Gráfico 22 - Taxa de motorização (motocicletas/1.000 habitantes). Fortaleza e demais municípios do Ceará, 2006 a 2013
- Gráfico 23 - Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório. Fortaleza, Região Metropolitana de Fortaleza, Ceará, 1997 a 2013
- Gráfico 24 - Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório. Fortaleza, 2001/2007/2013 2006/2009/2012
- Gráfico 25 - Mortalidade proporcional (%) por doenças do aparelho circulatório, segundo sexo e faixa etária. Fortaleza, 2013
- Gráfico 26 - Mortalidade proporcional (%) por doenças do aparelho circulatório, segundo faixa etária. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2013
- Gráfico 27 - Taxa padronizada de mortalidade por acidente vascular cerebral. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2006/2009/2012
- Gráfico 28 - Taxa padronizada de mortalidade por doenças isquêmicas do coração. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2006/2009/2012
- Gráfico 29 - Taxa de mortalidade por câncer. Ceará, Fortaleza e Região Metropolitana, 1997 a 2013
- Gráfico 30 - Taxa de mortalidade por câncer em ambos os sexos. Fortaleza, 2001/2007/2013
- Gráfico 31 - Taxa de mortalidade por câncer no sexo masculino. Fortaleza, 2001/2007/2013
- Gráfico 32 - Taxa de mortalidade por câncer no sexo feminino. Fortaleza, 2001/2007/2013
- Gráfico 33 - Mortalidade proporcional (%) por câncer, segundo sexo e faixa etária. Fortaleza, 2013
- Gráfico 34 - Mortalidade proporcional (%) por câncer, segundo faixa etária. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2013
- Gráfico 35 - Taxa padronizada de mortalidade por câncer de mama. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2006/2009/2012
- Gráfico 36 - Taxa padronizada de mortalidade (por 100.000 habitantes) por câncer de próstata. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2006/2009/2012
- Gráfico 37 - Taxa padronizada de mortalidade (por 100.000 habitantes) por câncer de traqueia, brônquios e pulmões. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2006/2009/2012
- Gráfico 38 - Taxa de mortalidade por doenças do aparelho respiratório. Ceará, Fortaleza e Região Metropolitana, 1997 a 2013
- Gráfico 39 - Taxa de mortalidade por doenças do aparelho respiratório. Fortaleza, 2001/2007/2013
- Gráfico 40 - Mortalidade proporcional (%) por doenças do aparelho respiratório, segundo sexo e faixa etária. Fortaleza, 2013
- Gráfico 41 - Mortalidade proporcional (%) segundo faixa etária por doenças do aparelho respiratório. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2013
- Gráfico 42 - Taxa padronizada de mortalidade (por 100.000 habitantes) por pneumonia. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2006/2009/2012
- Gráfico 43 - Taxa padronizada de mortalidade (por 100.000 habitantes) por doença pulmonar obstrutiva crônica.

Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2006/2009/2012

Gráfico 44 - Taxa de mortalidade por algumas doenças infecciosas e parasitárias. Ceará, Fortaleza e Região Metropolitana, 1997 a 2013

Gráfico 45 - Taxa de mortalidade por algumas doenças infecciosas e parasitárias. Fortaleza, 2001/2007/2013

Gráfico 46 - Mortalidade proporcional (%) por algumas doenças infecciosas e parasitárias, segundo sexo e faixa etária. Fortaleza, 2013

Gráfico 47 - Mortalidade proporcional (%) por algumas doenças infecciosas e parasitárias, segundo faixa etária. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2013

Gráfico 48 - Taxa padronizada de mortalidade (por 100.000 habitantes) por aids. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2006/2009/2012

Gráfico 49 - Taxa padronizada de mortalidade (por 100.000 habitantes) por tuberculose. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2006/2009/2012

Gráfico 50 - Taxa de mortalidade por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Fortaleza, Região Metropolitana de Fortaleza, Ceará, 1997 a 2013

Gráfico 51 - Taxa de mortalidade por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Fortaleza, 2001/2007/2013

Gráfico 52 - Mortalidade proporcional (%) por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, segundo sexo e faixa etária. Fortaleza, 2013

Gráfico 53 - Taxa padronizada de mortalidade (por 100.000 habitantes) por diabetes mellitus. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2006/2009/2012

Gráfico 54 - Taxa padronizada de mortalidade (por 100.000 habitantes) por diabetes. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2006/2009/2012

Gráfico 55 - Número de óbitos hospitalares e domiciliares. Fortaleza, 1997 a 2013

Gráfico 56 - Número e proporção de óbitos por local de ocorrência. Fortaleza, 2013

Gráfico 57 - Número e proporção de óbitos por local de ocorrência. Belo Horizonte, 2013

Gráfico 58 - Número e proporção de óbitos por local de ocorrência. Recife, 2013

Gráfico 59 - Razão de mortalidade materna (por 100 mil nascidos vivos) no Ceará e Fortaleza. 2008 a 2013.

Gráfico 60 - Taxa de mortalidade infantil (TMI). Ceará, Fortaleza e região metropolitana, 1997 a 2013

Gráfico 61 - Taxa de mortalidade infantil (TMI). Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 1997 a 2013

Gráfico 62 - Taxa de mortalidade infantil (TMI) e seus componentes (neonatal e pós-neonatal). Ceará, 1997 a 2013

Gráfico 63 - Taxa de mortalidade infantil (TMI) e seus componentes (neonatal e pós-neonatal). Fortaleza, 1997 a 2013

Gráfico 64 - Taxa de mortalidade infantil (TMI) e seus componentes (neonatal e pós-neonatal). Região metropolitana, 1997 a 2013

Gráfico 65 - Mortalidade infantil (%) segundo seus componentes (neonatal precoce, neonatal tardia e pós-neonatal). Fortaleza, 1997 a 2013

Gráfico 66 - Mortalidade infantil (%) na primeira semana de vida (neonatal precoce) segundo a duração da gestação. Fortaleza, 1997 a 2013

Gráfico 67 - Mortalidade infantil (%) na primeira semana de vida (neonatal precoce) segundo peso ao nascer. Fortaleza, 1997 a 2013

Gráfico 68 - Principais causas de mortes infantis (%). Ceará, 2013

Gráfico 69 - Principais causas de mortes infantis (%). Fortaleza, 2013

Gráfico 70 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) fumantes, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. Vigitel, 2013

Gráfico 71 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) com excesso de peso (Índice de Massa Corporal ≥ 25 kg/m²), por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. Vigitel, 2013

Gráfico 72 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) com obesidade (Índice de Massa Corporal ≥ 30 kg/m²), por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. Vigitel, 2013

Gráfico 73 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que costumam consumir carnes com excesso de gordura, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. Vigitel, 2013

Gráfico 74 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consideram seu consumo de sal alto ou muito alto, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. Vigitel, 2013

Gráfico 75 - Percentual de indivíduos que, nos últimos 30 dias, consumiram quatro ou mais doses (mulher) ou cinco ou mais doses (homem) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião no conjunto da população adulta (≥ 18 anos) das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. Vigitel, 2013

Gráfico 76 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. Vigitel, 2013

Gráfico 77 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram diagnóstico médico de diabetes, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. Vigitel, 2013

Gráfico 78 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem cinco ou mais porções diárias de frutas e hortaliças, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. Vigitel, 2013

Gráfico 79 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem feijão em cinco ou mais dias da semana, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. Vigitel, 2013

Gráfico 80 - Percentual de homens (≥ 18 anos) que praticam atividades físicas no tempo livre equivalentes a pelo menos

150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. Vigitel, 2013

Gráfico 81 - Percentual de mulheres (50 a 69 anos de idade) que realizaram mamografia em algum momento de suas vidas e nos últimos dois anos

Gráfico 82 - Percentual de mulheres (25 a 64 anos de idade) que realizaram exame de citologia oncótica para câncer de colo do útero em algum momento de suas vidas e nos últimos três anos, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. Vigitel, 2013

Gráfico 83 - Número de caso e taxa de incidência de dengue. Fortaleza, 2004 a 2014

Gráfico 84 - Número de caso e taxa de incidência de tuberculose. Fortaleza, 2004 a 2014

Gráfico 85 - Número de casos e coeficiente de detecção de hanseníase. Fortaleza, 2004 a 2014

Gráfico 86 - Número de caso e taxa de incidência de sífilis congênita. Fortaleza, 2004 a 2014

Gráfico 87 - Número de caso e taxa de detecção de aids. Fortaleza, 2004 a 2014

Gráfico 88 - Número de caso e taxa de incidência de leishmaniose visceral. Fortaleza, 2004 a 2014

Gráfico 89 - Número de casos de hepatites A B e C. Fortaleza, 2004 a 2014

Lista de Tabelas

- Tabela 1- Principais indicadores demográficos e socioeconômicos. Fortaleza, região Metropolitana, Ceará, 1991/2000/2010
- Tabela 2 – Principais indicadores demográficos e socioeconômicos. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 1991/2000/2010
- Tabela 3 – Número e proporção de óbitos por causas (Capítulos CID 10). Fortaleza, Região Metropolitana, Ceará, 2006 e 2013
- Tabela 4 – Mortalidade proporcional segundo as principais causas (Capítulos CID 10). Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2013
- Tabela 5 – Mortalidade proporcional (%), por faixa etária. Municípios da Região Metropolitana de Fortaleza, 2013
- Tabela 6 - Número de óbitos por causas externas. Fortaleza, 1997, 2001, 2005, 2009 e 2013
- Tabela 7 - Distribuição proporcional (%) de óbitos por homicídio e suicídio, segundo ciclo de vida e características do evento. Fortaleza, 2013
- Tabela 8 - Distribuição proporcional (%) da mortalidade por homicídio e suicídio, segundo o ciclo de vida e características do evento. Região metropolitana, 2013
- Tabela 9 - Número (Nº), proporção (%) e taxa de mortalidade por acidentes de trânsito (por 100 mil habitantes), segundo sexo, faixa etária e tipo de vítima. Fortaleza, 2013
- Tabela 10 - Número (Nº), proporção (%) e taxa de mortalidade por acidentes de trânsito (por 100 mil habitantes), segundo sexo, faixa etária e tipo de vítima. Região Metropolitana, 2013
- Tabela 11 - Número de óbitos por doenças do aparelho circulatório. Fortaleza, 1997, 2001, 2005, 2009 e 2013
- Tabela 12 - Número e proporção de óbitos por doenças do aparelho circulatório, por faixa etária, sexo masculino. Fortaleza, 2013
- Tabela 13 - Número e proporção de óbitos por doenças do aparelho circulatório, por faixa etária, sexo feminino. Fortaleza, 2013
- Tabela 14 - Número e proporção de óbitos por doenças do aparelho circulatório por faixa etária, ambos os sexos. Fortaleza, 2013
- Tabela 15 - Número de óbitos por câncer. Fortaleza, 1997, 2001, 2005, 2009 e 2013
- Tabela 16 - Número e proporção de óbitos por câncer, por faixa etária, sexo masculino. Fortaleza, 2013
- Tabela 17 - Número e proporção de óbitos por câncer, por faixa etária, sexo feminino. Fortaleza, 2013
- Tabela 18 - Número e proporção de óbitos por câncer, por faixa etária, ambos os sexos. Fortaleza, 2013
- Tabela 19 Número de óbitos por doenças do aparelho respiratório. Fortaleza, 1997, 2001, 2005, 2009 e 2013
- Tabela 20 - Número e proporção de óbitos por doenças do aparelho respiratório, por faixa etária, sexo masculino. Fortaleza, 2013
- Tabela 21 Número e proporção de óbitos por doenças do aparelho respiratório, por faixa etária, sexo feminino. Fortaleza, 2013
- Tabela 22 Número e proporção de óbitos por doenças do aparelho respiratório por faixa etária, ambos os sexos. Fortaleza, 2013
- Tabela 23 - Número de óbitos por algumas doenças infecciosas e intestinais. Fortaleza, 1997, 2001, 2005, 2009 e 2013
- Tabela 24 - Número e proporção de óbitos por algumas doenças infecciosas e parasitárias, por faixa etária, sexo masculino. Fortaleza, 2013
- Tabela 25 - Número e proporção de óbitos por algumas doenças infecciosas e parasitárias, por faixa etária, sexo feminino. Fortaleza, 2013
- Tabela 26 - Número e proporção de óbitos por algumas doenças infecciosas e parasitárias por faixa etária, ambos os sexos. Fortaleza, 2013
- Tabela 27 - Número de óbitos por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Fortaleza, 1997, 2001, 2005, 2009 e 2013
- Tabela 28 - Número e Taxa de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) e taxa de APVPP (padronizada), 2012
- Tabela 29 - Anos potenciais de vida perdidos em Fortaleza, Região Metropolitana de Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, ambos os sexos, segundo as causas (Capítulos CID 10), 2012
- Tabela 30- Número e proporção dos óbitos maternos obstétricos, segundo principais variáveis. Fortaleza, 2013
- Tabela 31 - Número de nascidos vivos e de óbitos de menores de um ano, neonatais e pós-neonatais. Fortaleza, 1997 a 2013
- Tabela 32 - Número de óbitos (<1ano) e taxa de mortalidade infantil (por 1.000 NV) segundo as principais causas. Ceará, 1997/2001/2005/2009/ 2013
- Tabela 33 - Número de óbitos (<1ano) e taxa de mortalidade infantil (por 1.000 NV) segundo as principais causas. Fortaleza, 1997/2001/2005/2009/ 2013
- Tabela 34 – Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas na população adulta residente em Fortaleza, 2006 a 2013
- Tabela 35 - Número de casos de doenças/agravs de notificação compulsória. Fortaleza, 2004 a 2014
- Tabela 36 - Número de casos e taxa de incidência (por 100.000 habitantes) de doenças/agravs de notificação compulsória, sexo masculino, por faixa etária. Fortaleza, 2014

Tabela 37 - Número de casos e taxa de incidência (por 100.000 habitantes) de doenças/agravos de notificação compulsória, sexo feminino, por faixa etária. Fortaleza, 2014

Lista de Siglas

Aids – Síndrome da imunodeficiência adquirida
APVP – Anos Potenciais de Vida Perdidos
CID-9 – Classificação Internacional de Doenças, 9ª revisão
CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª revisão, também conhecida como Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão
Coprom – Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde
Datusus – Departamento de Informática do SUS/M
DIP – Doenças Infecciosas e Parasitárias
DO – Declaração de Óbito
DPT – Vacina tríplice bacteriana (contra difteria, coqueluche e tétano)
DST – Doenças sexualmente transmissíveis
FHD – Febre Hemorrágica da Dengue
HiB – Vacina contra *Haemophilus influenzae* tipo B
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana HSH
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC – Índice de Massa Corporal
INCA – Instituto Nacional do Câncer/MS
Lacen – Laboratório de Saúde Pública
LDNC – Lista de Doenças de Notificação Compulsória
LTA – Leishmaniose Tegumentar Americana
LV – Leishmaniose Visceral
MS – Ministério da Saúde
Nuias – Núcleo de Informação e Análise em Saúde
Nuvep – Núcleo de Vigilância Epidemiológica
OMS – Organização Mundial de Saúde
Opas – Organização Pan-Americana da Saúde
PNI – Programa Nacional de Imunizações
RMM – Razão de Mortalidade Materna
PSF – Programa de Saúde da Família
RCBP – Registro de Câncer de Base Populacional
Vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade
Sinan – Sistema de Informações de Agravos de Notificação
Sinasc – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SI-PNI – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização
SRC – Síndrome da rubéola congênita
SUS – Sistema Único de Saúde
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde/MS
TMI – Taxa de Mortalidade Infantil

Sumário

Apresentação-----	7
1. Introdução-----	8
2. Aspectos demográficos e socioeconômicos-----	
3. Mortalidade-----	12
3.1. Mortalidade por causas, sexo e faixa etária-----	12
3.2. Mortalidade pelas principais causas-----	23
3.2.1. Mortalidade por causas externas-----	23
3.2.2. Mortalidade por doenças do aparelho circulatório-----	34
3.2.3. Mortalidade por neoplasias-----	41
3.2.4. Mortalidade por doenças do aparelho respiratório-----	50
3.2.5. Mortalidade por algumas doenças infecciosas e parasitárias-----	54
3.2.6. Mortalidade por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas-----	57
3.3. Óbitos por local de ocorrência-----	60
3.4. Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) -----	63
3.5. Mortalidade materna-----	65
3.6. Mortalidade infantil-----	68
4. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis-----	80
5. Incidência de doenças transmissíveis-----	90
6. Síntese da situação de saúde de Fortaleza-----	100
7. Fortaleza, Cidade Saudável e Fraterna-----	103
7.1. Somos, todos, elos da paz	
7.2. Mãe Fortaleza	
7.3. A praça é do povo e do idoso	
8. Declaração de amor à vida e de não-violência!	
9. Reflexão final - Felicidade Interna Bruta (FIB)	
Referências -----	
Glossário-----	

Apresentação

Foi com indizível satisfação que me deparei com a proposta do livro “Fortaleza, Cidade Saudável e Fraterna: situação de saúde e perspectivas”.

O que de imediato se colhe deste livro, ora apresentado, do ponto de vista técnico, é a abundância de informações que são robustecidas por análises precisas, escudadas em bibliografia de suporte. O cotejamento geográfico, considerando as outras capitais em comparação, coloca os resultados alencarinóis em condição pouco confortável, anunciando a inferioridade de nossas cifras na maior parte dos indicadores anunciados.

Por outro lado, as comparações dos achados locais, sob o prisma do tempo, consagram uma evolução positiva dos indicadores da saúde de Fortaleza, desvelando um estado de transição epidemiológica que, entretanto, torna-se preocupante diante do avanço cruel das violências em nosso cenário, e no mesmo compasso em que algumas doenças infecciosas teimam em subsistir, até como epidemias refratárias às intervenções recomendadas e aplicadas para debelá-las, bem como da mortalidade materna sempre à espreita. Ademais, deplora-se a nefasta atuação da “indesejada das gentes”, fulminando jovens mulheres que cumprem o sublime gesto de gerarem vidas em seus ventres, e produzindo a orfandade em muitos lares.

Aliás, nem tudo é funesto diante dos números exibidos, porquanto neles verificam-se a salutar marcha da redução da mortalidade infantil, a retração da mortalidade por algumas causas evitáveis, o incremento da expectativa de vida ao nascer e a substancial diminuição da mortalidade por causas mal definidas.

Além dos tradicionais indicadores de saúde, construídos com base na mortalidade, houve por parte dos elaboradores o interesse em mensurar o impacto das enfermidades no contexto do potencial de vida perdida, em apresentar a incidência de doenças transmissíveis e de trazer à baila o tema dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis. Quase que à guisa de conclusões, os resultados principais do estudo foram reunidos em uma “Síntese da situação de saúde de Fortaleza”, o que facilitará a vida de muitos leitores, especialmente dos que fazem a mídia local.

Por sua excelência, esta publicação ombreia-se ao “Atlas de Desenvolvimento Sustentável e Saúde no Brasil”, elaborado pela Representação da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), com o objetivo de descrever a magnitude e a evolução de importantes indicadores das dimensões econômica, social e ambiental e oferecer subsídios para o debate sobre as desigualdades no Brasil ao longo das últimas duas décadas, considerando o ponto de vista da saúde.

Vale proclamar que a presente obra me trouxe, de pronto, alento por ver o quanto melhoraram a cobertura e a qualidade das informações em saúde no Ceará, principalmente às atinentes ao Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), que passou a dispor de um amplo banco de dados, boa parte dele de livre acesso ao público, e de um arsenal de informes sobejamente rico, para análises epidemiológicas e útil à orientação para as intervenções em saúde mais apropriadas.

A informatização do SIM oferece aos epidemiologistas e gestores da saúde um abundante manancial a ser explorado por aqueles que se interessam pela construção de indicadores que permitem diagnosticar e analisar a situação de saúde, comparando os seus resultados, temporal e geograficamente.

Claro está que a operacionalização do SIM aprimorou as possibilidades de exibição de resultados, mas as suas análises dependem do preparo daqueles que manejam esse banco de dados, no sentido de se saber interpretar o que os números revelam, convertidos esses em informações para as ações em Saúde Pública.

São exatamente os predicados técnicos dos autores deste livro, os sanitaristas Manoel Dias da

Fonseca Neto, Cícera Borges Machado e Lindélia Sobreira Coriolano, que convalidam a excelência do trabalho aqui enfeitado. São todos eles técnicos da maior expressão dos quadros da SESA, com larga experiência na labuta da pasta da saúde, vinculados ao campo da epidemiologia, há mais de três décadas, e com os quais mantenho singular relacionamento, pessoal e profissional.

Sobre os autores peço a devida vênia por não revelar seus dados curriculares, optando por apenas dizer que os conheço há mais de sete lustros, tendo compartilhado com eles muitos momentos engrandecedores, sobretudo para mim, posto que posso ostentar em meu currículo os títulos de tê-los tidos como alunos quando eles davam os seus primeiros passos na carreira da Saúde Pública. Afinal, para qualquer mestre, nada é mais exultante do que ver seus antigos discípulos prosperarem e até superarem aquele que os iniciou.

Ao fim e por oportuno, aponte-se a sensibilidade dos autores que, escapando da frieza dos valores numéricos, brutos e relativos, expostos em gráficos e em tabelas, entranharam, em uma obra eminentemente técnica, textos, de caráter reflexivo, que falam de uma “Fortaleza, Cidade Saudável e Fraternal”, seguida de uma “Declaração de amor à vida e de não-violência!”, para encerrar com uma “Reflexão final” focada nos indicadores da “Felicidade Interna Bruta (FIB)”.

Marcelo Gurgel Carlos da Silva

Professor titular de Saúde Pública da UECE

1. Introdução

Este livro tem por objetivo apresentar um diagnóstico da situação de saúde de Fortaleza e sugerir propostas para a superação dos mais candentes problemas indicados por esta análise.

Teve como motivação inicial o convite feito pelo Instituto de Planejamento de Fortaleza aos autores, para participar de uma força-tarefa que pensaria Fortaleza para o ano 2040, a partir de vários cenários. Iniciamos abordando alguns determinantes socioeconômicos e demográficos que interferem no processo saúde-doença e, em seguida, os principais indicadores epidemiológicos de mortalidade, pelos principais grupos de causa. Aprofundamos os aspectos relacionados com a mortalidade materna e infantil, alguns fatores de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis e a incidência das principais doenças infecciosas transmissíveis.

Este quadro aponta para uma transição demográfica, caracterizada pelo envelhecimento progressivo da população e pelo aumento da esperança de vida ao nascer, e uma acumulação epidemiológica, em que predominam as chamadas doenças da modernidade, as crônicas não transmissíveis e a violência urbana, e persistem as doenças do atraso e negligenciadas, como as infecciosas transmissíveis, e a mortalidade materna, que transita entre a modernidade, pelo intervencionismo tecnológico exagerado, e o atraso, pelo significado simbólico de morrer de parto, mais comum em épocas antigas.

Por sugestão do grupo condutor deste processo, contextualizamos também o perfil de saúde da região metropolitana e comparamos com duas capitais brasileiras. Escolhemos, no Nordeste, a cidade de Recife, pela contiguidade, alguns laços geográficos e culturais e tamanho populacional aproximado de Fortaleza, e outra da região Sudeste, Belo Horizonte, pelo contingente populacional semelhante.

A Base de Dados utilizada foi a partir dos Censos do IBGE, para os denominadores populacionais, no cálculo de indicadores e os principais sistemas de informação epidemiológica do Ministério da Saúde, centralizados pelo Datasus/MS, o Sistema de Informação de Mortalidade – SIM, o Sistema de Nascidos Vivos – Sinasc, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan, além do Vigitel, instrumento de pesquisa anual por telefone do Ministério da Saúde, sobre fatores de risco e proteção para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT, realizado nas capitais, com a população acima de 18 anos.

A partir da Síntese da Análise da situação de saúde de Fortaleza, os autores ousaram apontar algumas estratégias e ações para que nosso município venha a ser uma cidade acolhedora e de paz, consubstanciada na proposta "Fortaleza, Cidade Saudável e Fraterna". A ousadia está alicerçada na experiência de vida dos autores, em sua longa militância no SUS, e no desafio de nunca perder a capacidade de sonhar. Como diz Mário Quintana:

Das Utopias
Se as coisas são inatingíveis...ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A presença distante das estrelas!

Manoel Fossêca

2. Aspectos demográficos e socioeconômicos

Um conjunto de indicadores demográficos e socioeconômicos foi selecionado para a análise da situação de saúde de Fortaleza. Em linhas gerais, expressam o contingente demográfico e sua distribuição relativa, o ritmo de envelhecimento e aspectos educacionais e de renda relevantes para estudos das condições de vida e de saúde da população.

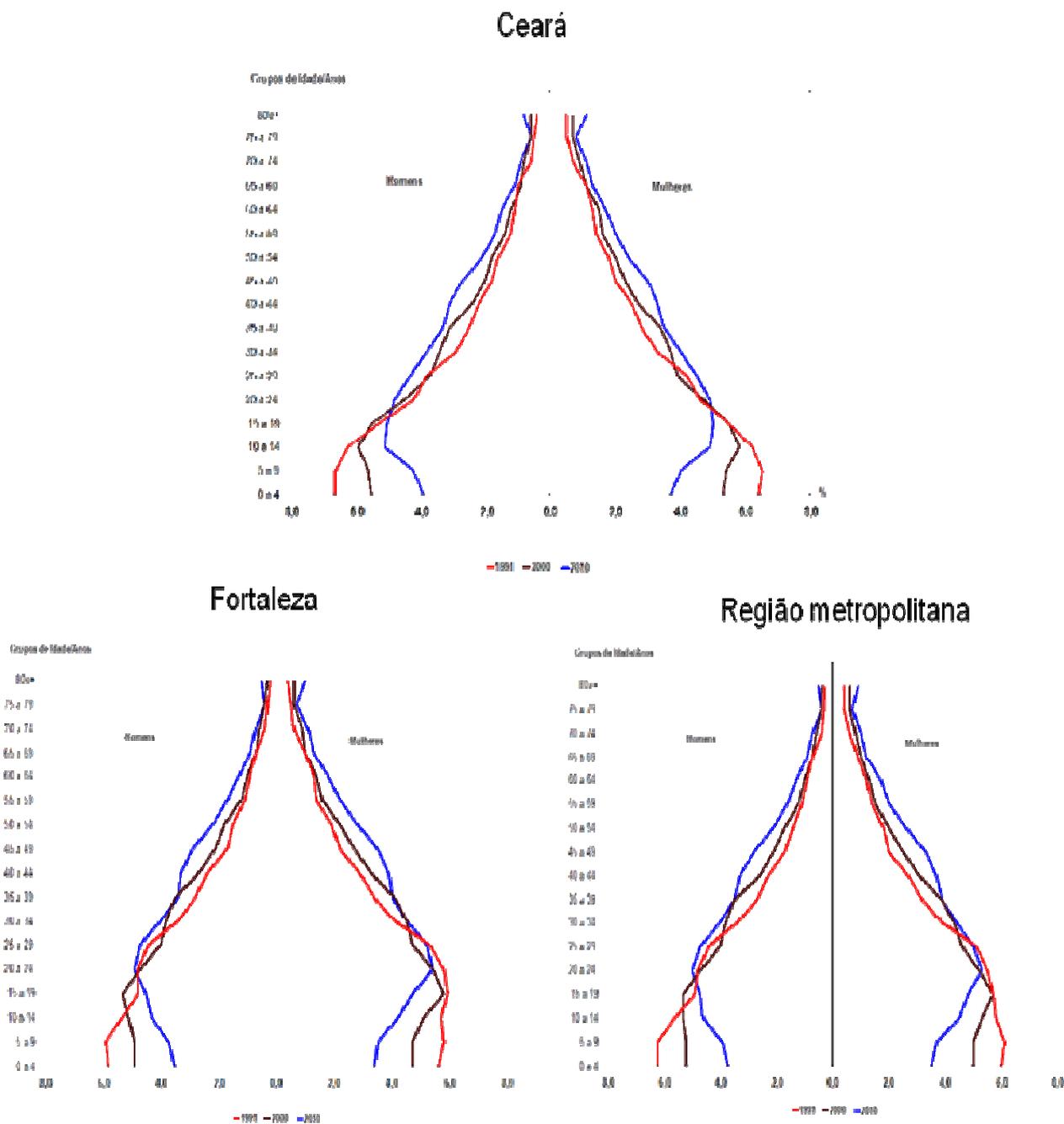
Os dados demográficos tiveram como fonte o IBGE, divulgados pelo Departamento de Informática do SUS – Datasus/ Ministério da Saúde – MS. Assim, foram utilizados os dados dos Censos de 1991, 2000 e 2010 e as estimativas populacionais nos anos intercensitários. Para o cálculo da taxa de natalidade, além da base demográfica do IBGE, o número de nascidos vivos foi obtido do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc/Datasus/MS.

Inicia-se a descrição desses indicadores com a comparação das estruturas etárias do Ceará, Fortaleza e Região Metropolitana, que compreende os municípios: Aquiraz, Cascavel, Caucaia, Chorozinho, Eusébio, Fortaleza, Guaiuba, Horizonte, Itaitinga, Maracanaú, Maranguape, Pacatuba, Pacajus, Pindoretama e São Gonçalo do Amarante.

A estrutura etária da população cearense vem modificando-se progressivamente. Tomando-se por base os Censos de 1991, 2000 e 2010, observa-se um estreitamento da base da pirâmide populacional, devido à redução das taxas de fertilidade e mortalidade infantil, uma relativa expansão da população economicamente ativa e um crescimento sustentado da população acima de 60 anos e, em particular, das mulheres com 80 anos e mais. O alargamento do topo da pirâmide populacional expressa, portanto, o aumento da expectativa de vida, com destaque para as mulheres (Gráfico 1).

Esta tendência é observada com muita semelhança em Fortaleza e região metropolitana, sendo mais acentuado o estreitamento da base da pirâmide populacional em Fortaleza, refletindo a redução maior das taxas de natalidade e mortalidade infantil, uma inflexão da curva na faixa de 20 a 29 anos, certamente influenciada por mortes devidas à violência nos jovens e um alargamento da curva, já a partir dos 40 anos, o que expressa uma esperança de vida maior na capital cearense. O topo da pirâmide demonstra que as mulheres estão vivendo mais que os homens, aumentando o contingente das longevas com mais de 80 anos.

Gráfico 1 – Pirâmide populacional. Ceará, Fortaleza e região metropolitana, 1991, 2000, 2010



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE

Os resultados dos demais indicadores demográficos e socioeconômicos destacados e que podem influenciar como determinantes sociais do estado de saúde da população cearense, foram (Tabela 1):

- grau de urbanização crescente, com taxas de 65,4% (1991), 71,5% (2000) e 75,1% em 2010. Em 2012, a taxa foi de 75,8%, ficando abaixo, na região Nordeste, apenas dos estados de Pernambuco (80,9%) e Rio Grande do Norte (78,4%);¹
- a proporção de idosos aumentou, reflexo do ritmo de envelhecimento da população, passando de 7,76% (1991) para 8,9% (2000) e 10,8% (2010);
- o índice de envelhecimento, o número de pessoas de 60 e mais anos de idade, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, evoluiu significativamente, nos Censos de 1991, 2000

e 2010, de 19,9% para 26,4% e 41,6%, na mesma ordem. Em 2012, o Ceará registrou índice de envelhecimento igual a Pernambuco e menor do que Paraíba (47,4%) e Rio Grande do Norte (43,6%) considerando-se a região Nordeste;¹

- a taxa de fecundidade no Ceará, número médio de filhos que uma mulher teria ao longo de seu período reprodutivo, diminuiu nas três décadas, saindo de 3,57, no ano de 1991, para 2,55 filhos no ano 2000 e 1,84 em 2010. Para o país, as taxas foram de 2,73 (1991), 2,29 (2000) e 1,82 (2010). Taxas inferiores a 2,1 são sugestivas de fecundidade insuficiente para assegurar a reposição populacional.²
- a natalidade decresceu, registrando-se 28,2 nascimentos por mil habitantes em 1991, 21,8 em 2000 e 16,4 em 2010. O decréscimo da taxa pode estar associado a vários fatores, tais como: urbanização crescente, redução da mortalidade infantil, melhoria do nível educacional, ampliação do uso de métodos contraceptivos, maior participação da mulher na força de trabalho e estabilidade de emprego.²
- a esperança de vida ao nascer, número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido, cresceu com destaque para as mulheres, como consequência da sobremortalidade masculina nos jovens. Em 1991 a esperança de vida foi de 64 anos, passando para 69,4 em 2000 e 72,4 em 2010. Em 2012, a esperança de vida passou a 72,9 para a população geral e de 69,0 e 76,9 para o sexo masculino e feminino, na mesma ordem, representando, portanto, 7,9 anos a mais de vida para as mulheres. Na região Nordeste, o Ceará teve a segunda maior esperança de vida em 2012, abaixo apenas do Rio Grande do Norte (74,7);¹
- a taxa de analfabetismo, percentual de pessoas com 15 e mais anos de idade que não sabem ler e escrever pelo menos um bilhete simples, diminuiu de 30,9% no período de 1991 a 2000, saindo de 36,09% em 1991 para 24,95% no ano 2000. De 2000 para 2010, a redução foi de 27,1%, passando de 24,95% para 18,19%. Em 2012, o Ceará registrou uma taxa de analfabetismo de 16,25%, a terceira menor do Nordeste, região do país com as maiores taxas, se posicionando acima do Rio Grande do Norte (16,04%) e da Bahia (15,86%);¹
- a proporção de pessoas com baixa renda, ou população com renda domiciliar mensal per capita de até meio salário mínimo, era de 86,5% em 1991, baixando para 73,3% em 2000 e 56,2% em 2010. Em 2012, o Nordeste foi à região com população de mais baixa renda e o Ceará (48,86%) ficou em situação menos favorável do que Rio Grande do Norte (41,23%), Pernambuco (44,82%), Sergipe (45,2%) e Paraíba (46,42%);¹
- a proporção de crianças em situação domiciliar de baixa renda indica pequeno decréscimo no período, passando de 91,0% em 1991 para 83,9% em 2000 e 72,8% em 2010. Em 2012, o Ceará, com 68,82% das crianças em situação domiciliar de baixa renda, situa-se no grupo dos estados com as maiores taxas, incluindo o Maranhão (78,55%), Alagoas (74,34%) e Piauí (71,54%).¹

Estes indicadores apontam para uma transição demográfica, caracterizada pela redução da natalidade e fertilidade e da taxa de mortalidade infantil, tendência de redução do crescimento populacional, urbanização significativa, redução lenta da proporção de pessoas com baixa renda, estabilização da população economicamente ativa e envelhecimento populacional progressivo, com aumento da esperança de vida, com destaque para as mulheres. Esta transição demográfica vai refletir, certamente, numa transição epidemiológica, com predomínio dos agravos do envelhecimento e pelo aumento das mortes por violência, ou uma acumulação epidemiológica, pela persistência de algumas doenças infecciosas, doenças do atraso, tais como tuberculose, sífilis, leishmaniose, as transmissíveis por vetores, como também aids e mortes maternas.

Este quadro de transição demográfica e acumulação epidemiológica está presente, com maior força, em Fortaleza e, em menor escala, na região metropolitana, refletido nos seguintes indicadores (Tabela 1):

- aumento da proporção de idosos, de 6,3% (1991) para 9,3% (2010);
- índice de envelhecimento crescente, de 18,7% (1991) para 42,9% (2010);
- redução da taxa de fecundidade de 1,8 (2000) para 1,5 (2010) filhos por mulher em idade fértil;
- redução de taxa de natalidade de 18,3 (2000) para 15,0 (2010) nascimentos por 1.000 habitantes;
- aumento da esperança de vida ao nascer de 65,95 (1991) para 74,63 (2010) anos;
- redução da taxa de analfabetismo em menores de 15 anos de 15,8% (1991) para 6,8% (2010);
- redução da proporção de pessoas com baixa renda de 68,7% (1991) para 35,25% (2010);
- redução de crianças em situação domiciliar de baixa renda de 76,6% (1991) para 52,2% (2010).

Os municípios da Região Metropolitana acompanham, em parte, estas tendências, mas com menor força.

Na Tabela 2 comparam-se alguns indicadores sociais entre as capitais Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, constatando-se que Fortaleza e Recife guardam semelhanças quanto aos indicadores sociais, com exceção do envelhecimento da população que, nas três décadas, foi maior em Recife. Belo Horizonte, com população semelhante a Fortaleza, apresenta melhores indicadores demográficos e sociais, destacando-se as condições de renda mais favoráveis.

Tabela 1- Principais indicadores demográficos e socioeconômicos. Fortaleza, região Metropolitana, Ceará, 1991/2000/2010

Indicador	Ceará			Fortaleza			Região Metropolitana		
	1991	2000	2010	1991	2000	2010	1991	2000	2010
População em área urbana (%)	65,4	71,5	75,1	100	100	100	95,4	96,0	96,1
Proporção de idosos	7,7	8,9	10,8	6,4	7,5	9,7	6,3	7,3	9,3
Índice de envelhecimento (%)	19,9	26,4	41,6	18,7	25,4	42,9	17,5	23,4	38,7
Taxa de fecundidade total (%)	3,57	2,55	1,82	...	1,8	1,5	...	1,8	1,6
Taxa de natalidade (%o hab.)	28,2	21,8	16,4	...	18,3	15	...	17,9	15
Esperança de vida ao nascer	61,3	71,3	79,3	65,9	69,6	74,6
Taxa de analfabetismo >15 anos (%)	36,1	24,9	18,2	15,8	10,2	6,8	20,0	13,2	9,2
Proporção de pessoas com baixa renda (%)	86,5	73,7	56,2	68,7	52,5	35,3	75,7	60,7	42,8
Proporção de crianças em situação domiciliar de baixa renda (%)	91,0	83,9	72,8	76,6	66,0	52,2	82,2	73,3	59,9

Fonte: Ministério da Saúde/Datasus

Tabela 2 – Principais indicadores demográficos e socioeconômicos. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 1991/2000/2010

Indicador	Fortaleza			Recife			Belo Horizonte		
	1991	2000	2010	1991	2000	2010	1991	2000	2010
População total	1.768.637	2.141.402	2.452.185	1.298.229	1.422.905	1.537.704	2.020.161	2.238.526	2.375.151
Proporção de idosos	6,4	7,5	9,7	8,0	9,4	11,8	7,3	9,1	12,6
Índice de envelhecimento (%)	18,7	25,4	42,9	25,8	35,9	56,4	24,2	37,6	66,6
Taxa de natalidade (‰ hab.)	...	18,3	15,0	...	17,9	14,2	...	17,3	13,1
Esperança de vida ao nascer (1)	65,95	69,63	74,41	65,57	68,62	74,50	68,64	72,03	76,37
Taxa de analfabetismo >15 anos (%)	15,8	10,2	6,8	13,7	9,5	6,9	6,7	4,3	2,8
Proporção de pessoas com baixa renda (%)	68,66	52,47	35,26	62,73	48,5	35,42	46,18	27,52	16,13
Proporção de crianças em situação domiciliar de baixa renda (%)	76,58	66,01	52,2	72,28	63,47	53,72	59,1	42,85	29,43

Fonte: Ministério da Saúde/Datasus; (1) Pnud

Nota: (...) dado numérico não disponível

3. Mortalidade

O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) é a fonte de dados para os estudos sobre mortalidade no Brasil, com melhoria crescente da sua qualidade, permitindo a elaboração de indicadores de saúde de grande relevância, para as análises de situação de saúde da população. No Ceará, com a redução das causas mal definidas de 40%, em 1990, para 5,2% a partir de 2006, o SIM deu um salto de qualidade, permitindo análises da mortalidade com mais consistência e fidedignidade. Portanto, para estudo de tendências da mortalidade pode-se observar séries históricas a partir de 1980. No entanto, para estudo das causas de morte, procurou-se comparar informações de 2006 em diante, tendo em vista a melhor qualidade já referida anteriormente. O ano de 2013 foi o último ano com banco de dados do SIM divulgado pelo Datasus, até o momento (julho de 2015) e analisado no presente estudo. Para o cálculo dos indicadores, utilizou-se a base de dados do IBGE/Datasus.

Procurou-se analisar a mortalidade pelas principais causas em Fortaleza, por sexo e faixa etária, comparando-se com Ceará, região metropolitana de Fortaleza e com as capitais Recife e Belo Horizonte. Para as comparações das taxas de mortalidade entre as capitais, utilizou-se a população do Brasil, Censo 2010, como padrão, calculada pelo método direto.³ Como o IBGE ainda não disponibilizou estimativas populacionais de 2013, por faixa etária e sexo, os estudos envolvendo essas variáveis foram realizados até 2012. Descreveu-se ainda a distribuição dos óbitos por local de ocorrência e possível associação com o acesso à assistência de saúde. Para uma avaliação do peso da mortalidade em jovens, foi feito um breve estudo sobre o indicador APVP (anos potenciais de vida perdidos), calculado pelo método de Romeder e McWhinnie (1977),⁴ tendo como limite superior a esperança de vida do Ceará, de 70 anos de idade e limite inferior de 1 ano de idade. Pela importância para a saúde pública, itens especiais foram dedicados à abordagem da situação da mortalidade materna e infantil.

3.1. Mortalidade por causa, faixa etária e sexo

Em 2013, foram registrados 51.498 óbitos no Ceará, com destaque para as Doenças do aparelho circulatório – DAC (26,5%), Causas externas (17,5%) e Neoplasias (15,1%), como as principais causas de morte, por ordem decrescente. Salienta-se a mudança do perfil de mortalidade, a partir de 2010, quando as causas externas ultrapassaram as neoplasias, ficando como segunda causa de morte no Ceará. As doenças do aparelho respiratório (10,4%) vêm em quarto lugar, seguidas pelas Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (5,6%), Doenças do aparelho digestivo (4,3%) e Algumas doenças infecciosas e parasitárias (3,9%), conforme Tabela 3; Gráficos 2 e 3, que trazem a situação de todas as causas (Capítulos CID 10) do Ceará, Fortaleza e Região Metropolitana.

A preponderância da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, como as doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças pulmonares crônicas e diabetes mellitus, entre as principais, está relacionada ao envelhecimento da população, que atingiu a esperança de vida, em 2012, de 72,9 anos. Esse padrão de mortalidade está em alinhamento ao observado em quase todo o mundo. No Brasil, em 2012, a primeira causa de morte foi por doenças do aparelho circulatório, com 30% dos óbitos, a segunda, as neoplasias e a terceira, as causas externas.⁵

Em Fortaleza e Região Metropolitana verifica-se semelhança apenas no posicionamento das neoplasias (3ª causa) e doenças do aparelho respiratório (4ª causa), visualizando-se na Tabela 3; Gráficos 2, 3 e 4:

Em 2013, as causas externas, relacionadas com homicídios, acidentes e suicídios, ultrapassaram o câncer e foram a segunda causa de morte no Ceará. No entanto, em Fortaleza e na Região

Metropolitana, os homicídios, acidentes e suicídios ultrapassaram, as doenças do aparelho circulatório (AVC, infarto e outras). Consta-se que, no último ano da série histórica, a taxa de mortalidade por causas externas, de 129,5/100 mil habitantes, superou a taxa por doenças do aparelho circulatório, de 121,4/100 mil habitantes. No Brasil, comparando-se o período de 2000-2005 ao de 2006-2012, constatou-se, entre os homens, leve queda da taxa de mortalidade por homicídio e crescimento da taxa de suicídio. Entre as mulheres, houve aumento em ambas as taxas.⁵

Observa-se uma tendência de redução dos óbitos por doenças do aparelho circulatório entre 2006 e 2013, tanto em Fortaleza, como na Região Metropolitana. A redução da mortalidade por doenças do aparelho circulatório vem ocorrendo no Brasil nas últimas décadas. O declínio da mortalidade por estas doenças nos países industrializados teve início a partir do final da década de 1950 e, no Brasil, essa queda começa a ser observada nos últimos anos da década de 1970, não podendo ser explicada apenas pelo acesso aos procedimentos de alta tecnologia, nem tampouco pelo melhor controle dos fatores de risco cardiovasculares, mas poderia estar relacionada com melhorias nas condições socioeconômicas da população.⁶

Os cânceres foram a terceira causa de morte em 2013, tanto em Fortaleza, como na região metropolitana, com 16,5% e 15,6%, dos óbitos, respectivamente, com pequeno decréscimo de 2006 para 2013, embora a tendência seja de crescimento (Gráficos 2, 3 e 4). As projeções internacionais de incidência e mortalidade por câncer têm declinado para a maioria dos tipos (pulmão, colo-retal, mama e próstata) nos países desenvolvidos e tendem a aumentar em vários países em desenvolvimento e subdesenvolvidos, podendo ser explicado pela adoção de estilos de vida não saudáveis, como fumo, sedentarismo e alimentação inadequada, somados à maior exposição a fatores ambientais e individuais de risco, crescimento e envelhecimento populacional.⁷ No estudo realizado sobre a tendência da mortalidade por câncer nas capitais e no interior do Brasil, entre 1980 e 2006, o comportamento da mortalidade por câncer foi estável nas capitais e ascendente nos demais municípios.⁷

As doenças do aparelho respiratório mantiveram-se como quarta causa de morte, com comportamento ascendente, relacionado com a tendência ao envelhecimento da população, considerando-se que as pneumonias, principal doença do aparelho respiratório, preponderam em idosos. São considerados fatores de risco para as pneumonias adquiridas na comunidade: envelhecimento, tabagismo/doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC, insuficiência cardíaca, colonização da orofaringe, micro e macro aspiração, alcoolismo/cirrose hepática, deficiência nutricional, imunossupressão e fatores ambientais.⁸

A mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias – DIP comporta-se com uma tendência de redução histórica e estabilização dos óbitos, fruto da melhoria das condições de vida, da interiorização e ampliação da Atenção Básica, através da estratégia Saúde da Família e consequente controle de doenças imunopreveníveis (difteria, tétano, sarampo, coqueluche, pólio, entre as principais) e da tuberculose, aids, diarreia e outras infecciosas e parasitárias. No entanto, essas doenças persistem como a quinta causa de morte e a segunda causa de internação em Fortaleza e na região metropolitana. Na série histórica analisada, constata-se que, a partir de 1999, a taxa de mortalidade por DIP se mantém, em média com 26 óbitos por 100 mil habitantes em Fortaleza e menor na Região Metropolitana, taxa de 23,4 óbitos por 100 mil habitantes, embora essas taxas sejam mais elevadas em moradores de bairros com condições socioeconômicas menos favoráveis. Em estudo realizado em Salvador, durante a década de noventa, verificou-se um decréscimo na mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, que não se distribuíram uniformemente no espaço urbano de Salvador, configurando grandes contrastes sociais intra-urbanos, pois as doenças transmissíveis guardam estreita relação com as condições sociais e econômicas de indivíduos e populações.⁹

Verifica-se que, na sexta posição de causas de óbito, há um revezamento entre as “doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas”, com as “doenças do aparelho digestivo”. As primeiras estão mais ligadas ao diabetes, à obesidade, distúrbios metabólicos relacionados com hábitos alimentares e sedentarismo, enquanto as segundas estão mais ligadas às doenças do fígado e pâncreas, dependentes da ingestão de bebida alcoólica, uso abusivo de fumo e reações adversas à exposição excessiva a produtos químicos e medicamentos hepatotóxicos. No Brasil, em 2012, o diabetes foi a terceira causa de morte entre as mulheres acima de 60 anos, tornando-se mais expressivo na região Nordeste, ao acometer já a faixa etária de 40 a 59 anos de idade, como terceira causa de morte em mulheres e na faixa de 60 anos e mais, a segunda causa no sexo feminino e a terceira do sexo masculino.¹⁰

A força e carga de doenças de Fortaleza certamente influenciam a região metropolitana, que apresenta um perfil epidemiológico muito semelhante, inclusive com a inversão da primeira causa de doenças do aparelho circulatório para as mortes por violência.

Tabela 3 – Número e proporção de óbitos por causas (Capítulos CID 10). Fortaleza, Região Metropolitana, Ceará, 2006 e 2013

Causa (Capítulos CID 10)	Ceará				Fortaleza				Região Metropolitana			
	2006		2013		2006		2013		2006		2013	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
I.	2.128	5,2	2.012	3,9	714	5,8	660	4,3	966	5,8	885	4,1
II.	6.173	15,1	7.747	15,0	2.109	17,1	2.513	16,4	2.654	15,9	3.383	15,6
III.	242	0,6	258	0,5	57	0,5	40	0,3	80	0,5	64	0,3
IV.	2.227	5,5	2.893	5,6	514	4,2	574	3,8	745	4,5	891	4,1
V.	755	1,9	1.067	2,1	137	1,1	372	2,4	218	1,3	526	2,4
VI.	713	1,7	1.144	2,2	309	2,5	413	2,7	373	2,2	522	2,4
VII.	2	0	1	0,0	-	-	-	-	1	0	1	0,0
VIII.	10	0	9	0,0	3	0	5	0,0	5	0	6	0,0
IX.	12.181	29,9	13.693	26,5	3.175	25,7	3.124	20,4	4.407	26,5	4.706	21,7
X.	3.919	9,6	5.369	10,4	1.267	10,3	1.618	10,6	1.688	10,1	2.249	10,4
XI.	1.850	4,5	2.230	4,3	629	5,1	665	4,4	802	4,8	908	4,2
XII.	126	0,3	185	0,4	41	0,3	62	0,4	55	0,3	80	0,4
XIII.	122	0,3	201	0,4	34	0,3	77	0,5	47	0,3	95	0,4
XIV.	527	1,3	958	1,9	174	1,4	295	1,9	214	1,3	387	1,8
XV.	94	0,2	95	0,2	16	0,1	25	0,2	32	0,2	35	0,2
XVI.	1.397	3,4	1.098	2,1	392	3,2	263	1,7	544	3,3	392	1,8
XVII.	532	1,3	407	0,8	175	1,4	114	0,7	241	1,4	166	0,8
XVIII.	2.527	6,2	3.190	6,2	906	7,3	1.126	7,4	1.140	6,8	1.566	7,2
XX.	5.268	12,9	9.081	17,6	1.689	13,7	3.335	21,8	2.434	14,6	4.794	22,1
Total	40.793	100	51.638	100	12.341	100	15.281	100	16.646	100	21.656	100

Fonte: MS/Datasus – Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

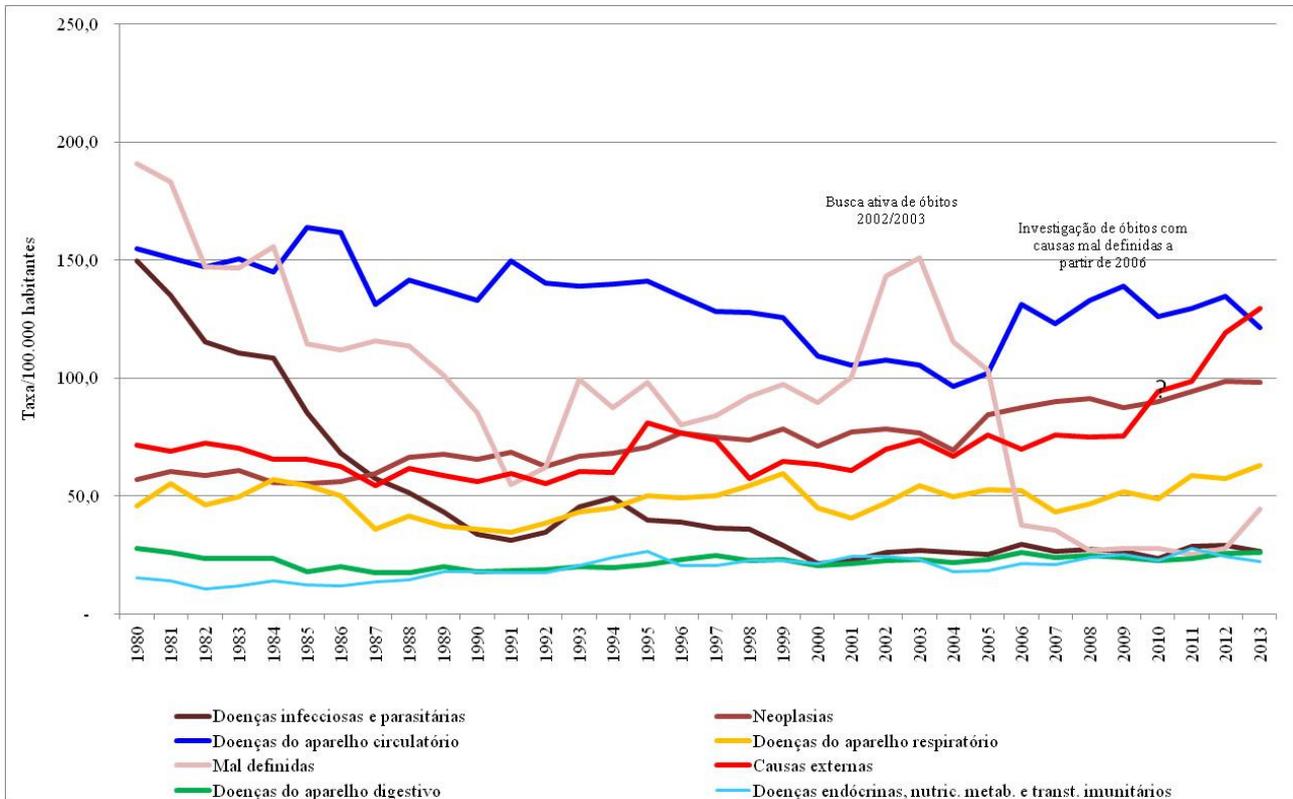
Legenda (Causas – Capítulos CID 10):

I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	XI. Doenças do aparelho digestivo
II. Neoplasias (tumores)	XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo
III. Doenças sangue, órgãos hematopoiéticos, transtornos imunitários	XIII. Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	XIV. Doenças do aparelho geniturinário
V. Transtornos mentais e comportamentais	XV. Gravidez, parto e puerpério
VI. Doenças do sistema nervoso	XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal
VII. Doenças dos olhos e anexos	XVII. Malformações congênitas, deform., anom. cromossômicas
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	XVIII. Causas mal definidas
IX. Doenças do aparelho circulatório	XX. Causas externas
X. Doenças do aparelho respiratório	

O Gráfico 2, já referido anteriormente, apresenta uma série histórica das principais causas de morte em Fortaleza de 1980 a 2013. Destaca-se a mortalidade por causas mal definidas como a principal em 1980, decrescendo posteriormente, concomitantemente à implantação do SUS e a municipalização da saúde. O pico observado novamente em 2002 e 2003 foi decorrente de uma busca ativa de óbitos realizada em cemitérios de Fortaleza, com detecção de óbitos não informados ao sistema, com causas mal definidas, provavelmente sem assistência médica, melhorando a quantidade da informação, mas sem ainda melhorar a qualidade. No início da década de 1980 a mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias também se destaca por ser a segunda entre as causas definidas, pela elevada incidência e gravidade das doenças imunopreveníveis. A partir de 2006, as mal definidas passaram a ser investigadas com a recuperação da causa do óbito,

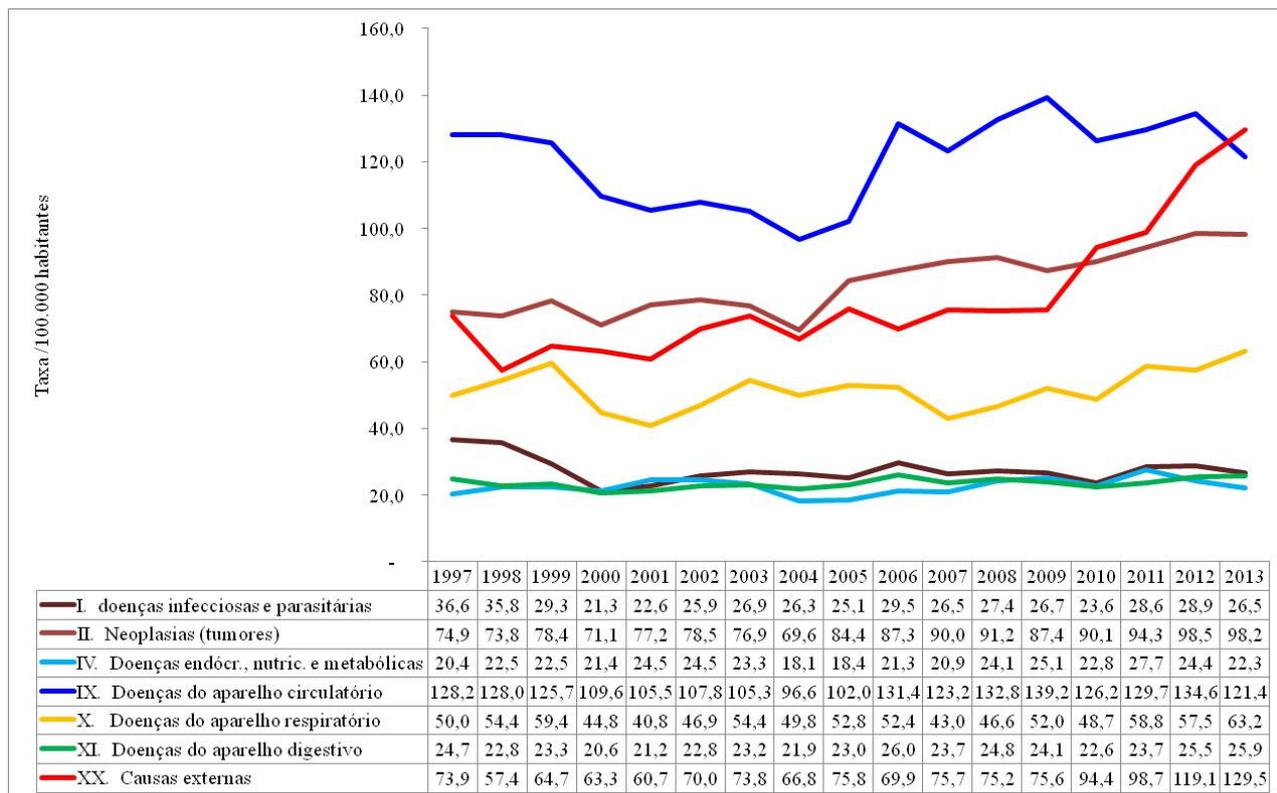
possibilitando um melhor conhecimento do perfil de mortalidade por causas, mostrado nos Gráficos 3 e 4.

Gráfico 2 – Taxa de mortalidade pelas principais causas. Fortaleza, 1980 a 2013



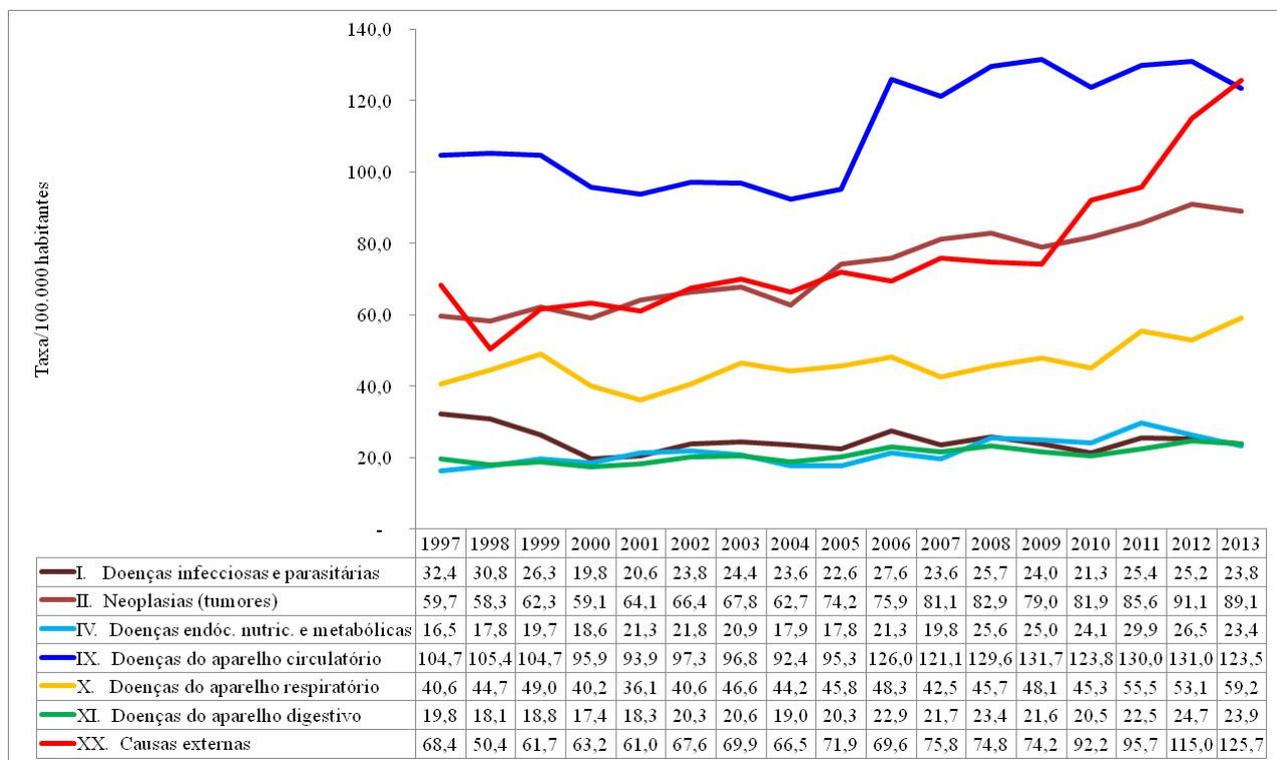
Fonte: MS/Datasus – Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM
 Nota: CID 9 até 1995; CID 10 a partir de 1996.

Gráfico 3 - Taxa de mortalidade pelas principais causas (Capítulos CID 10). Fortaleza, 1997 a 2013



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Gráfico 4 – Taxa de mortalidade pelas principais causas (Capítulos CID 10). Região Metropolitana de Fortaleza, 1997 a 2013



Fonte: MS/Datasus – Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Comparando-se as quatro principais causas de morte, em 2013, nas capitais Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, as seguintes diferenças são observadas (Tabela 4):

- as causas externas, relacionadas com mortes violentas e acidentes, ficaram em primeiro lugar em Fortaleza, em quarto lugar em Recife e em terceiro em Belo Horizonte, o que sugere que Fortaleza chegou num limite intolerável de violência.
- a primeira causa em Recife e Belo Horizonte, as doenças do aparelho circulatório, é compatível com estatísticas de mortalidade do Brasil e do mundo.
- as neoplasias, em segundo lugar em Recife e Belo Horizonte, também estão compatíveis com o envelhecimento da população.
- as doenças do aparelho respiratório, em quarto lugar em Fortaleza e Belo Horizonte, estão em terceiro lugar em Recife, superando as mortes violentas, o que sugere políticas pacificadoras mais eficazes nesta capital.

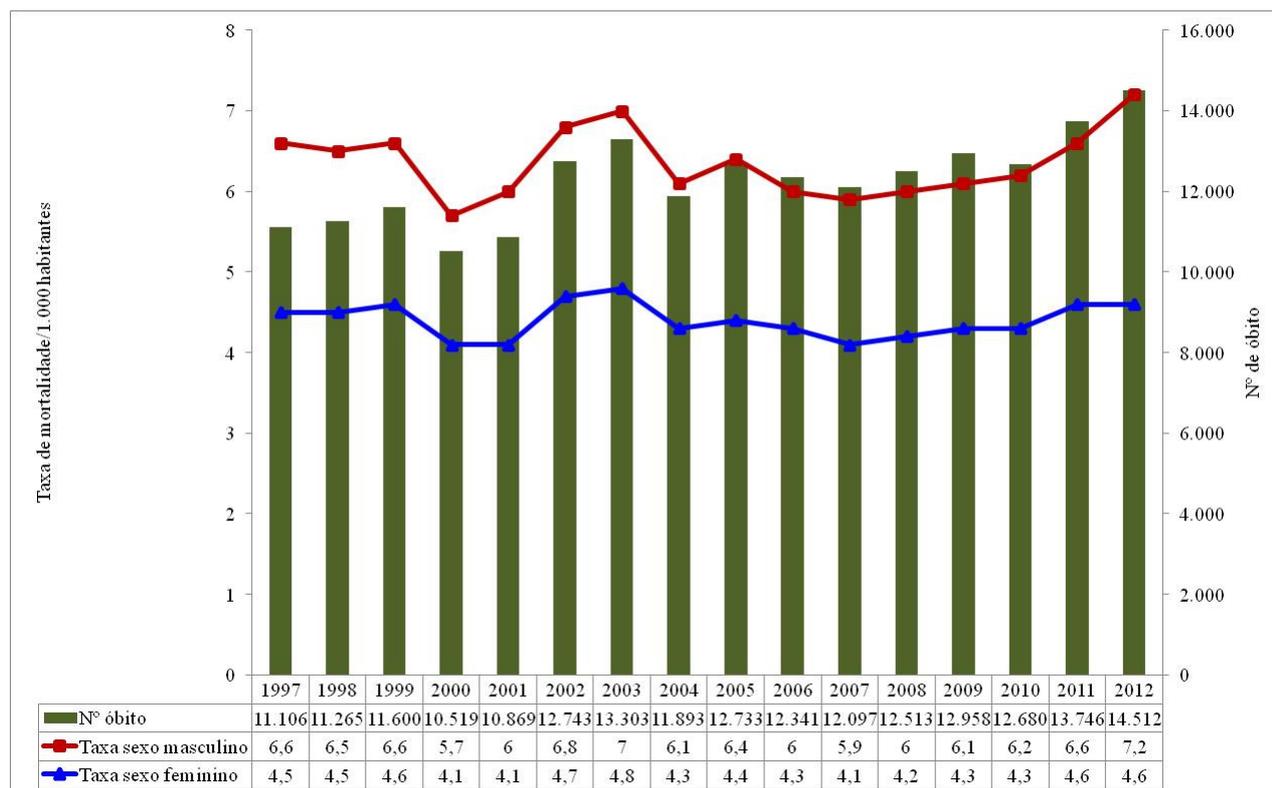
Tabela 4 – Mortalidade proporcional segundo as principais causas (Capítulos CID 10). Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2013

Fortaleza			Recife			Belo Horizonte		
Posição	Causa	%	Posição	Causa	%	Posição	Causa	%
1ª	Causas externas	21,8	1ª	Doenças do aparelho circulatório	27,5	1ª	Doenças do aparelho circulatório	24,1
2ª	Doenças do aparelho circulatório	20,4	2ª	Neoplasias	16,9	2ª	Neoplasias	20,7
3ª	Neoplasias	16,4	3ª	Doenças do aparelho respiratório	15,7	3ª	Causas externas	12,0
4ª	Doenças do aparelho respiratório	10,6	4ª	Causas externas	11,5	4ª	Doenças do aparelho respiratório	10,7

Fonte: MS/Datasus – Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

O Gráfico 5 traz informações sobre o número absoluto de óbitos e as taxas de mortalidade por sexo em Fortaleza, no período de 1997 a 2012. O número de óbitos em Fortaleza é crescente, com aumento de 30,7% de 1997 a 2012, passando de 11.106 óbitos para 14.512, respectivamente. Chama a atenção a sobremortalidade masculina, em todo o período de 16 anos, que sinaliza para a elevada mortalidade dos homens jovens, melhor detalhada nas análises da mortalidade por causas, sexo e faixa etária, apresentadas a seguir.

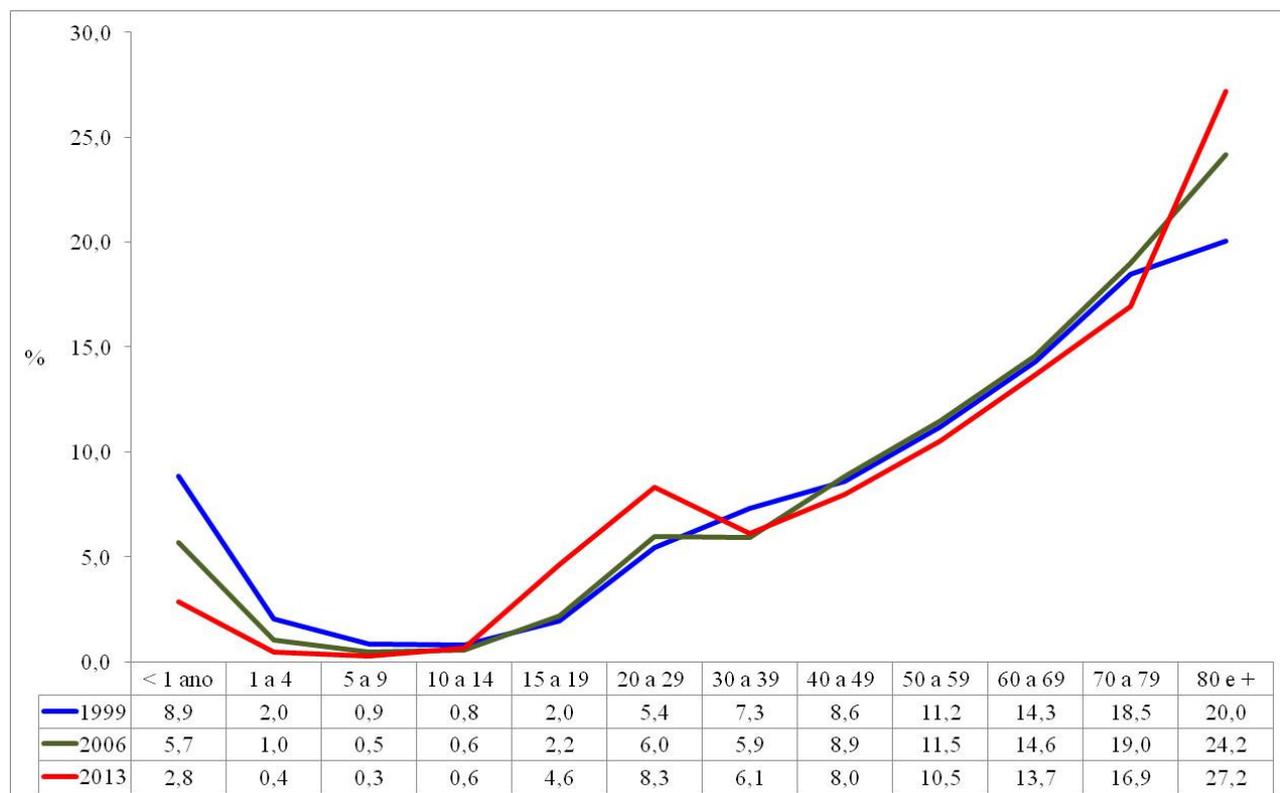
Gráfico 5 – Número de óbitos e taxas de mortalidade (por 1.000 habitantes) por sexo. Fortaleza, 1997 a 2012



Fonte: MS/Datasus – Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Na distribuição dos óbitos de residentes em Fortaleza, por faixa etária, a curva de mortalidade proporcional indica uma mudança significativa nos últimos 15 anos (Gráfico 6). Em 1999 esta curva apresentava um percentual de 8,9% de óbitos em menores de 1 ano de idade, 7,4% de óbitos de jovens de 15 a 29 anos, 52,8% de pessoas com 60 e mais anos. Em 2013 a proporção de óbitos em menores de 1 ano representou apenas 2,8%, redução de 68,5%, expressando a queda da mortalidade infantil. A mortalidade entre jovens de 15 a 29 anos subiu para 13%, acréscimo, portanto, de 75,7% de 1999 a 2013, provavelmente devido às mortes violentas. O contingente de pessoas que morreram com 60 anos e mais passou para 57,8%, aumento de 9,5%, com destaque para o incremento dos que superaram a barreira de 80 anos (27,2%), expressando o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional. No ano de 2012, para as regiões do Brasil, a região Norte apresentou a maior proporção de óbitos de menores de um ano (7,2%), como também na faixa de 20 a 29 anos (8,1%) e a menor proporção na faixa de 80 e mais (19,8% das mortes). A região Sul, com a situação mais favorável entre as regiões, exibiu uma proporção de óbitos nas faixas de menores de um ano de 2,3% e de 8,1% na faixa de 20 a 39, uma proporção de óbitos na faixa de 80 anos de 26,6%. Na região Nordeste, Ceará, Bahia e Sergipe apresentaram, em 2012, 13% dos óbitos na faixa de 20 a 29 anos, sendo superados por Maranhão e Alagoas com 15% e 14%, respectivamente.⁵

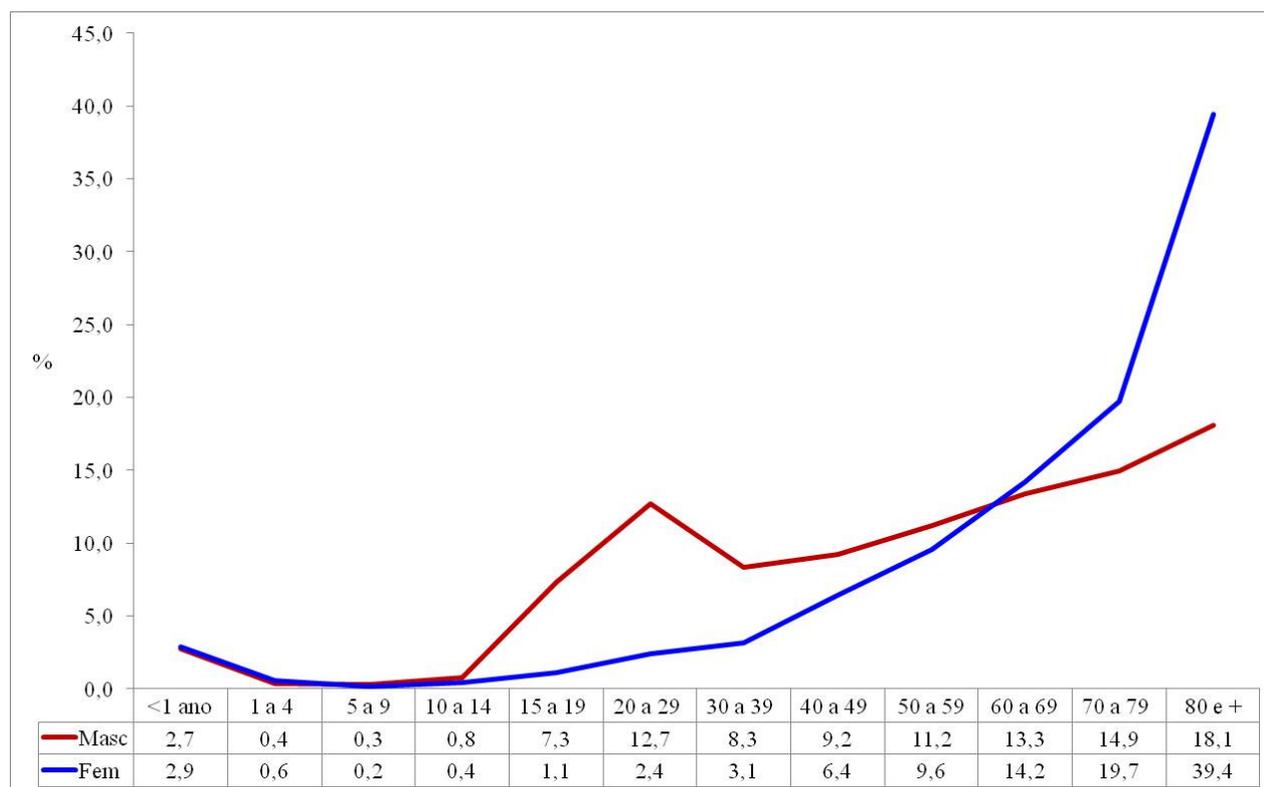
Gráfico 6 – Mortalidade proporcional (%), por faixa etária e ano. Fortaleza, 1999, 2006, 2013



Fonte: MS/Datasus – Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Na análise da curva de mortalidade proporcional, quanto ao sexo, no ano de 2013 (Gráfico 7), observa-se que, até 9 anos, não há diferença significativa de percentuais entre os sexos. A partir de 10 anos até 39 anos há uma diferença brutal entre os sexos, afetando desproporcionalmente jovens do sexo masculino, com 29,15% de óbitos, enquanto o percentual entre mulheres jovens foi de 7,1%, devido à sobremortalidade masculina nesta faixa etária. Certamente esta disparidade está relacionada com a sobretaxa de óbitos de jovens do sexo masculino por causas externas (principalmente por homicídios e acidentes de trânsito e até por suicídio). A partir dos 60 anos, a proporção de óbitos foi maior no sexo feminino, que compreende 11% dos óbitos de 2012, enquanto para o sexo masculino apenas 8% dos óbitos corresponderam a essa faixa de idade.

Gráfico 7 – Mortalidade proporcional (%), segundo sexo e faixa etária. Fortaleza, 2013

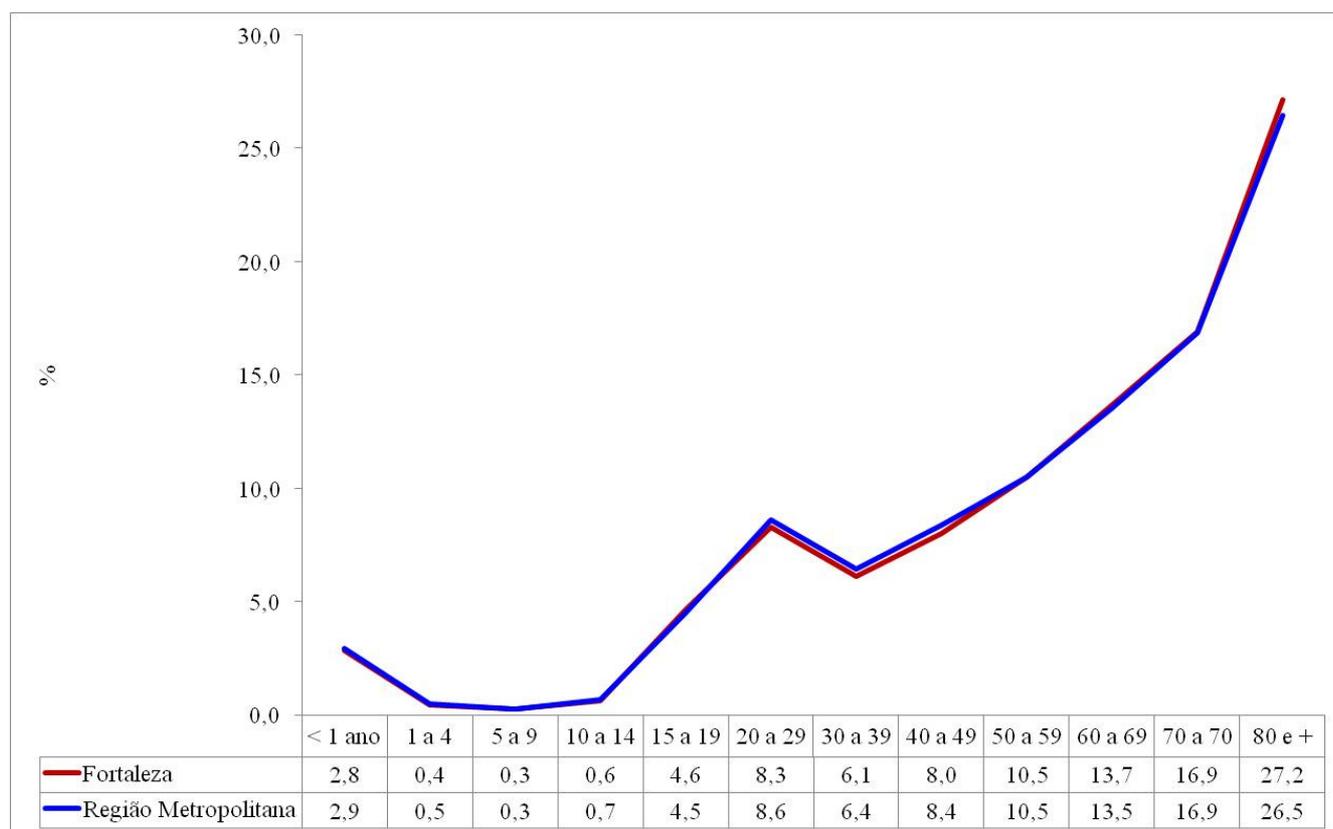


Fonte: MS/Datasus – Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Há uma coincidência plena da curva de mortalidade proporcional, por faixa etária, entre a Região Metropolitana e Fortaleza (Gráfico 8). Observa-se, no entanto, que na Região Metropolitana outros municípios apresentaram proporção de óbitos mais elevados, na faixa de 15 a 29 anos, do que o município de Fortaleza (13,0%), em ordem decrescente: Eusébio (17,7%), Horizonte (16,8%), Itaitinga (16,6%), Aquiraz (16,0%), Maracanaú (15,7%), Chorozinho (14,6%), Guaiúba (14,0%) e Pacatuba (13,7%). Caucaia apresentou proporção igual à Fortaleza (13%), conforme dados da Tabela 5.

Esta situação revela um quadro de violência devastador, configurando-se como uma “epidemia”, pois a violência não é natural, mas resultado do desequilíbrio das nossas relações sociais, econômicas e políticas, o mais cruel dos produtos que acabamos gerando, em nome do crescimento econômico, da transformação de tudo em mercadoria, da civilização ocidental que se mundializa sob a égide do capitalismo global.¹¹

Gráfico 8 – Mortalidade proporcional (%), por faixa etária. Fortaleza e Região Metropolitana, 2013



Fonte: MS/Datasus – Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Tabela 5 – Mortalidade proporcional (%), por faixa etária. Municípios da Região Metropolitana de Fortaleza, 2013

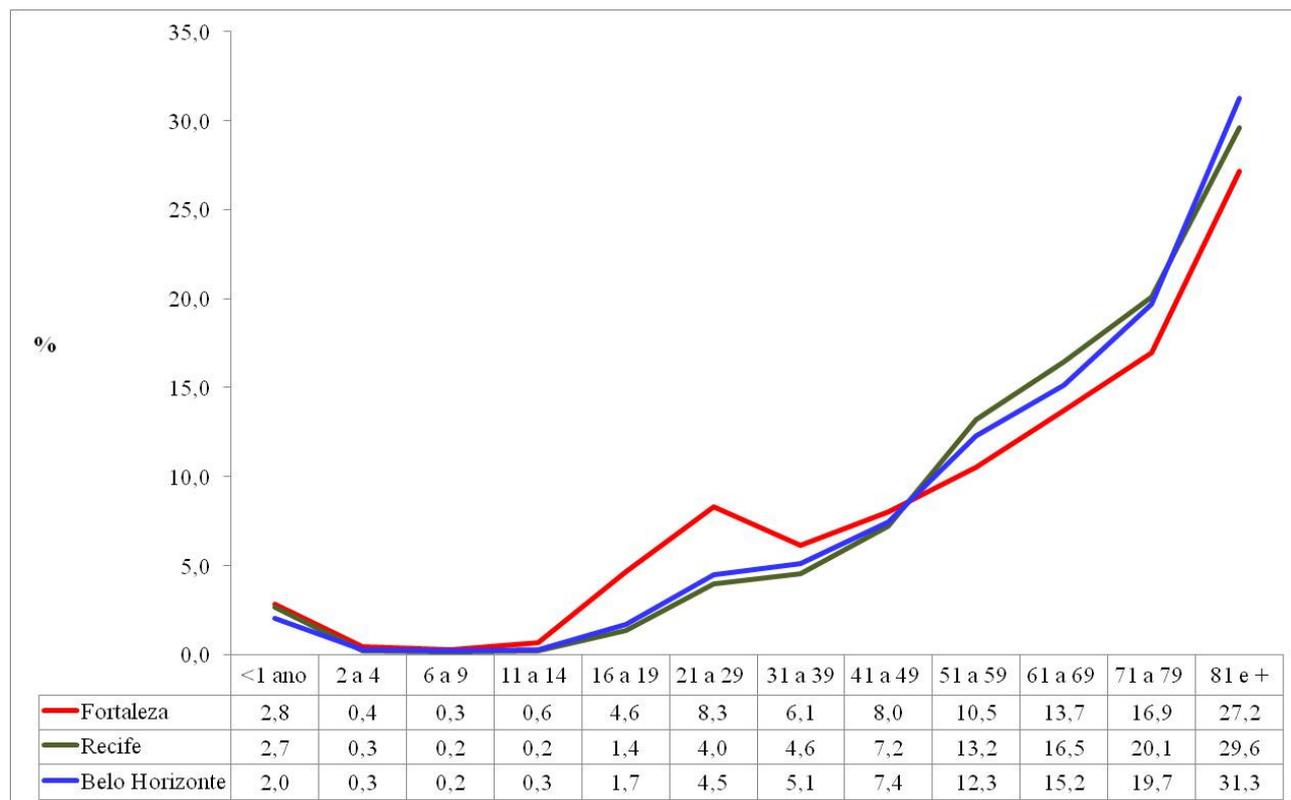
Município	< 1 ano	1-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 e +
Aquiraz	1,1	0,7	-	0,9	5,5	10,6	6,4	10,8	10,1	14,0	16,1	23,9
Cascavel	2,7	0,7	-	0,5	2,4	6,1	6,3	7,6	8,8	11,7	16,3	36,8
Caucaia	4,2	0,5	0,2	0,4	3,6	9,9	7,8	9,9	10,8	14,6	17,3	20,8
Chorozinho	2,7	1,8	-	2,7	7,3	7,3	5,5	10,0	9,1	10,9	16,4	26,4
Eusébio	4,2	0,7	-	1,4	6,2	12,5	7,3	9,7	15,6	8,3	18,7	15,6
Fortaleza	2,8	0,4	0,3	0,6	4,6	8,3	6,1	8,0	10,5	13,7	16,9	27,2
Guaiúba	2,6	-	0,9	-	3,5	10,5	12,3	9,6	7,0	10,5	12,3	30,7
Horizonte	2,7	0,7	-	2,3	6,7	10,0	8,0	7,4	8,0	11,4	17,1	25,4
Itaitinga	0,9	-	0,9	0,9	6,0	10,6	10,1	8,3	9,6	13,8	17,4	21,6
Maracanaú	3,4	0,7	0,5	0,6	4,7	11,0	7,1	8,9	11,8	13,3	14,3	23,7
Maranguape	2,4	0,2	0,3	0,7	2,9	7,0	5,7	7,7	9,1	13,8	19,4	30,8
Pacajus	2,6	-	-	0,3	2,3	8,2	4,2	11,4	8,5	10,1	17,6	34,6
Pacatuba	4,0	-	0,4	1,8	5,8	7,6	7,9	8,6	15,5	11,2	16,5	20,5
Pindoretama	1,7	-	-	0,8	3,4	5,1	6,8	6,8	6,8	21,2	22,9	24,6
São Gonçalo Amarante	4,6	1,9	-	1,2	2,7	8,1	8,1	10,0	8,1	12,7	15,1	27,4
Região Metropolitana	2,9	0,5	0,3	0,7	4,5	8,6	6,4	8,4	10,5	13,5	16,9	26,5

Fonte: MS/Datasus – Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Comparou-se ainda a mortalidade proporcional, por faixa etária, entre as capitais Fortaleza, Recife e Belo Horizonte (Gráfico 9), do Brasil e regiões (Gráfico 10) e dos estados da região Nordeste, no ano de 2013 (Gráfico 11).

No Gráfico 9, observa-se, na faixa de 10 a 39 anos, uma proporção bem maior de óbitos em Fortaleza do que nas duas capitais, o que certamente influencia na redução da proporção dos idosos com mais de 60 anos. Nesta faixa, Recife e Belo Horizonte se assemelham, com leve vantagem para a última capital nas idades mais avançadas.

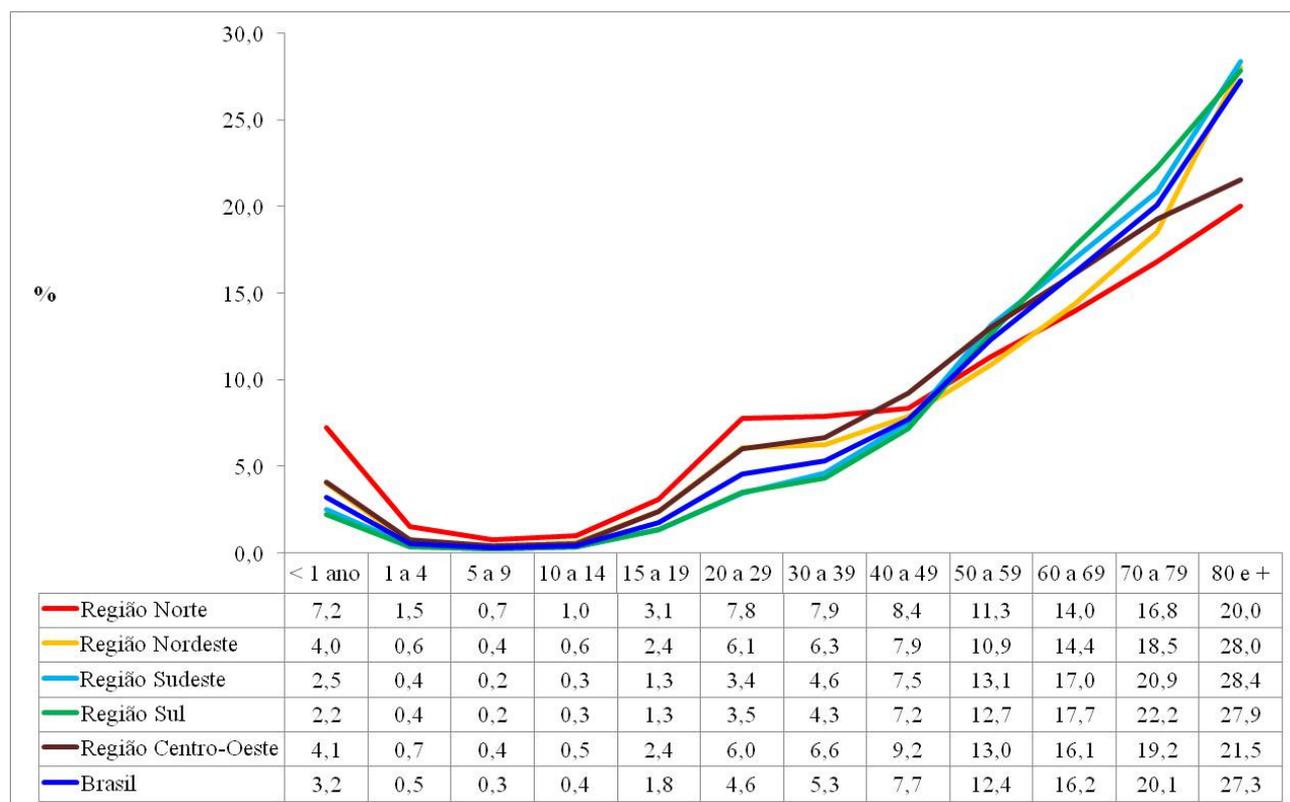
Gráfico 9 – Mortalidade proporcional (%), segundo faixa etária. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2013



Fonte: MS/Datasus – Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Comparando-se as regiões do país (Gráfico 10), as regiões Sul e Sudeste apresentaram curva de mortalidade proporcional semelhante, com menores proporções de óbitos em jovens e maior proporção de idosos. A região Norte apresentou a pior curva de mortalidade proporcional, com percentuais altos de mortes infantis, de adolescentes e jovens adultos e redução proporcional de pessoas com 60 e mais anos. A região Nordeste se assemelha à Centro-Oeste, superando-a na maior sobrevida de pessoas idosas.

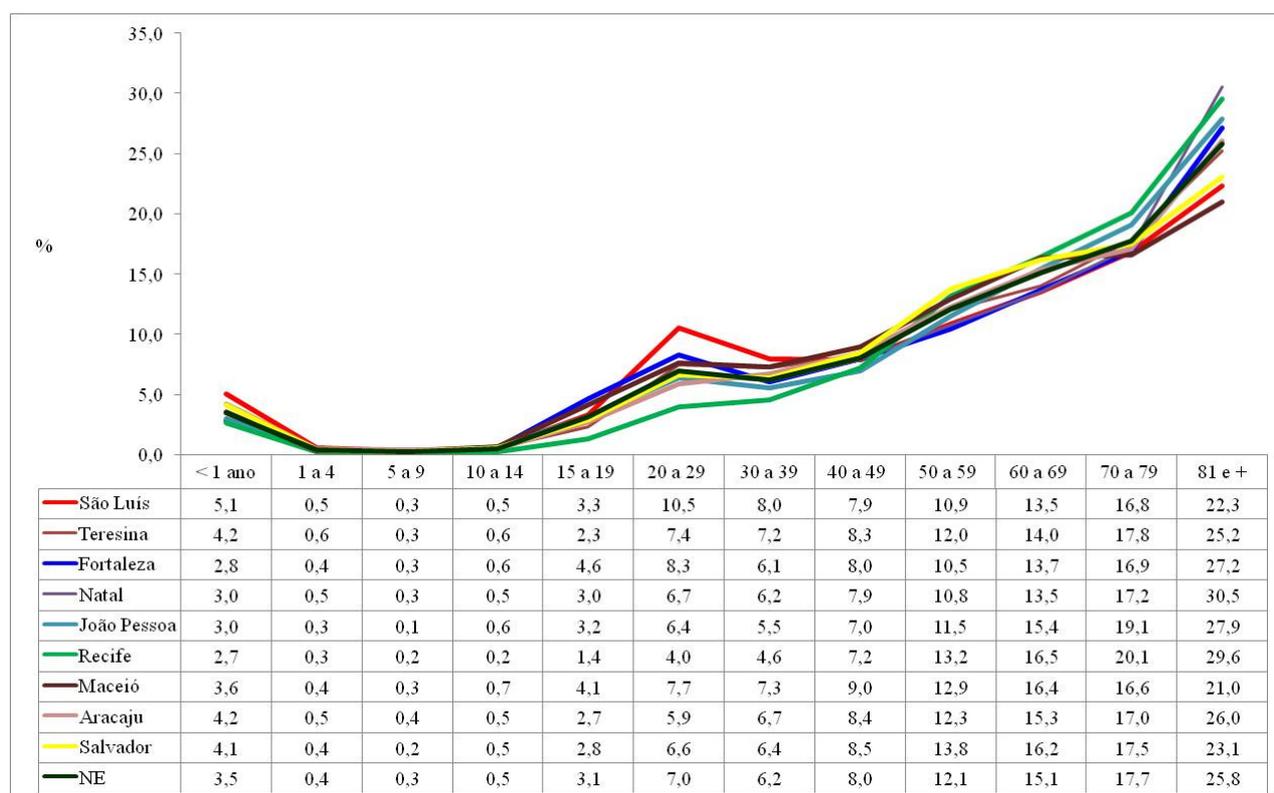
Gráfico 10 - Mortalidade proporcional (%), segundo faixa etária. Brasil e regiões, 2013



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Confrontando a mortalidade proporcional, por faixa etária, entre as capitais do Nordeste (Gráfico 11), observa-se que São Luis do Maranhão está na pior situação em relação à mortalidade infantil, aos óbitos de jovens e ao percentual de pessoas que alcançaram a idade acima de 60 anos. Fortaleza está em segundo lugar em mortes de jovens e em quarto lugar em relação aos que alcançam maior longevidade, perdendo para Natal, Recife e João Pessoa. Recife apresenta as menores proporções de mortes infantis e de jovens de 15 a 39 anos.

Gráfico 11 Mortalidade proporcional (%), segundo faixa etária. Brasil, região Nordeste e UFs, 2013



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

3.2. Mortalidade pelas principais causas

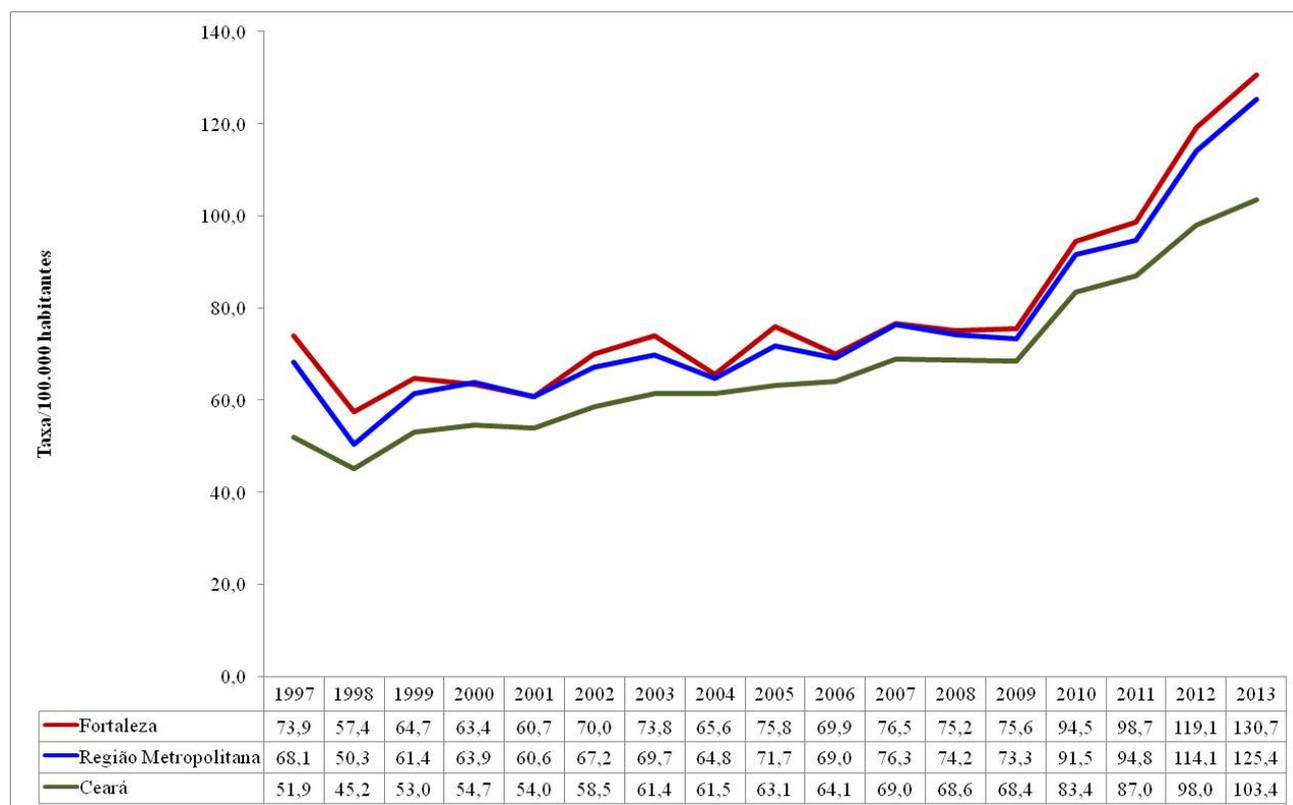
Em 2013, as principais causas de morte em Fortaleza foram, por ordem decrescente, (Capítulos CID 10): Causas externas, Doenças do aparelho circulatório, Neoplasias, Doenças do aparelho respiratório, Algumas doenças infecciosas e parasitárias, Doenças do aparelho digestivo e Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, já referidas anteriormente.

3.2.1 Mortalidade por causas externas

As causas externas, primeira causa de óbito em Fortaleza, vêm crescendo, com destaque a partir de 2010, quando alcança, na capital cearense, a taxa de 94,4 óbitos/100 mil habitantes, ultrapassando a barreira de três dígitos em 2012 (119,1/100 mil habitantes) e 2013 (130,7/100 mil habitantes). O comportamento crescente da mortalidade por causas externas é também observado no Ceará e Região Metropolitana, embora com taxas de mortalidade menores durante todo o período analisado (Gráfico 12).

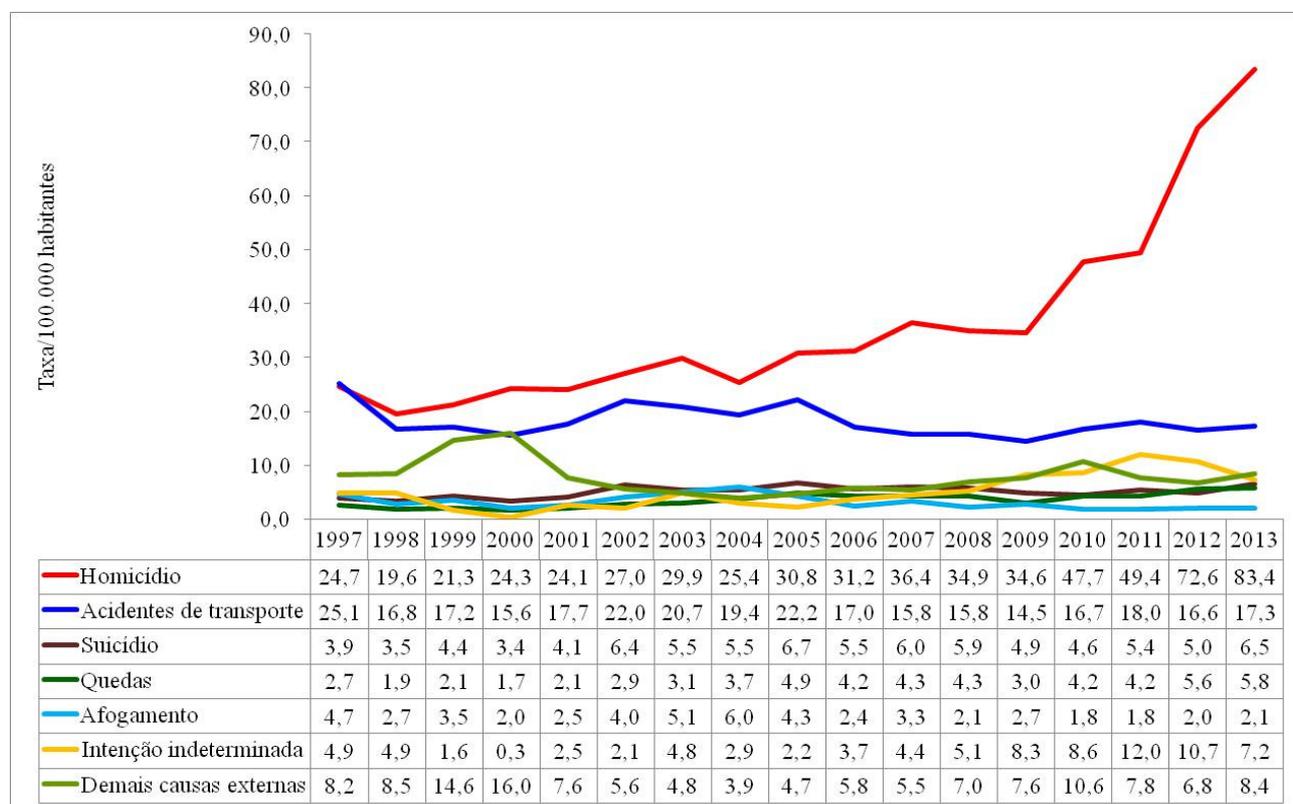
As mortes por causas externas se distribuem, por ordem decrescente, em: homicídio, acidentes de trânsito, suicídio, quedas e afogamento, considerando as principais. Os homicídios se destacaram com tendência crescente, passando de 24,7 óbitos/100.000 habitantes em 1997 para 83,4 óbitos por 100.000 habitantes em 2013. As demais causas estabilizaram-se nos últimos anos. Os acidentes de trânsito ficaram como a segunda causa, com 17,3 óbitos/100.000 habitantes, numa razão de quase cinco óbitos por homicídio para um óbito por acidente de trânsito (Gráfico 13). Em 2012, considerando a taxa padronizada de mortalidade (26,4 óbitos /100.000 habitantes), o Ceará ocupou a 11ª posição em morte por acidentes de trânsito no Brasil, ficando abaixo de Rondônia (36,6), Piauí (34,1), Mato grosso (32,7), Tocantins (32,0), Roraima (31,8), Paraná (29,5), Goiás (29,0), Mato Grosso do Sul (28,6), Sergipe (27,4) e Espírito Santo (27,3).⁵

Gráfico 12 - Taxa de mortalidade por causas externas. Ceará, Fortaleza e Região Metropolitana, 1997 a 2013



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Gráfico 13 - Taxa de mortalidade pelas principais causas externas. Fortaleza, 1997 a 2013



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Comparando-se a mortalidade por causas externas, no período de 1997 a 2013 (Tabela 6), constata-se, em primeiro lugar, um aumento de 97,5% de mortes por causas externas em Fortaleza, entre o ano de 1997 (1.488 óbitos) e o ano de 2013 (3.335 óbitos), o que significa uma média de nove (9) mortes por dia, neste último ano, em Fortaleza. Em segundo lugar, observa-se a inversão da causa principal de morte violenta, que em 1997 era por acidente de trânsito (506 óbitos por acidente, para 497 por homicídio), enquanto em 2013 o homicídio quintuplicou em relação ao acidente de trânsito (com 435 óbitos por acidente, para 2.129 homicídios), o que expressa uma média de cinco a seis homicídios por dia. A redução de mortes no trânsito certamente está relacionada com a legislação mais rigorosa, a fiscalização mais presente, à maior eficiência do sistema Samu e a uma discreta melhoria na engenharia de trânsito. Enquanto o aumento significativo dos homicídios provavelmente está relacionado à ausência da educação para a paz nas escolas, à falta de alternativas atrativas de convivência saudável e inclusão social da juventude, ao aumento significativo do tráfico clandestino de drogas e de armas, ao apelo desenfreado ao consumismo e à prática insuficiente da inteligência policial no combate aos grandes traficantes de drogas e de armas.

Embora a vítima maior do acidente de trânsito, em Fortaleza, seja o pedestre, há uma tendência clara de aumento de acidentes dos motociclistas, o que expressa, em ambas as situações, uma educação para o trânsito deficitária e uma relativa imprudência dos usuários de moto e condutores de outros veículos. Os acidentes de moto sobrecarregam os hospitais que atendem urgência em trauma e causam sofrimento prolongado das vítimas. Observa-se, também, em Fortaleza, um aumento de 162,4% da frota de moto de 2008 (82.722 motos) para 2013 (229.154 motos), facilitado pelo acesso maior ao crédito e uma melhoria do poder aquisitivo dos trabalhadores (Gráficos 21 e 22). Para o país, a tendência de acidentes de transporte é crescente, sobressaindo entre os motociclistas e a redução entre os pedestres.⁵

Observa-se ainda um aumento gradativo e lento dos óbitos por suicídios, passando de 79 em 1997 para 165 em 2013, em particular de jovens do sexo masculino, o que pode expressar uma certa desesperança ou incapacidade de lidar com frustrações. Observa-se, informalmente, o surgimento de comunidades de mídia digital discutindo intensamente e mesmo fazendo apologia do suicídio. Este fenômeno exige um aprofundamento na comunidade escolar e da saúde mental.

O aumento de mortes causadas por quedas, de 54 óbitos em 1997 para 147 em 2013, de ocorrência maior em pessoas idosas, exige mudanças em projetos de engenharia residencial, bem como a acessibilidade em via pública, particularmente de calçadas.

Tabela 6 - Número de óbitos por causas externas. Fortaleza, 1997, 2001, 2005, 2009 e 2013

Causas externas (acidentes e violência)	1997	2001	2005	2009	2013
Homicídio	497	527	731	866	2.129
Acidentes de trânsito	506	384	519	360	435
Pedestre	270	174	255	170	168
Motociclista	44	62	89	59	129
Suicídio	79	90	160	123	165
Quedas	54	46	117	75	147
Demais causas externas	352	279	274	467	459
Total	1.488	1.326	1.801	1.891	3.335

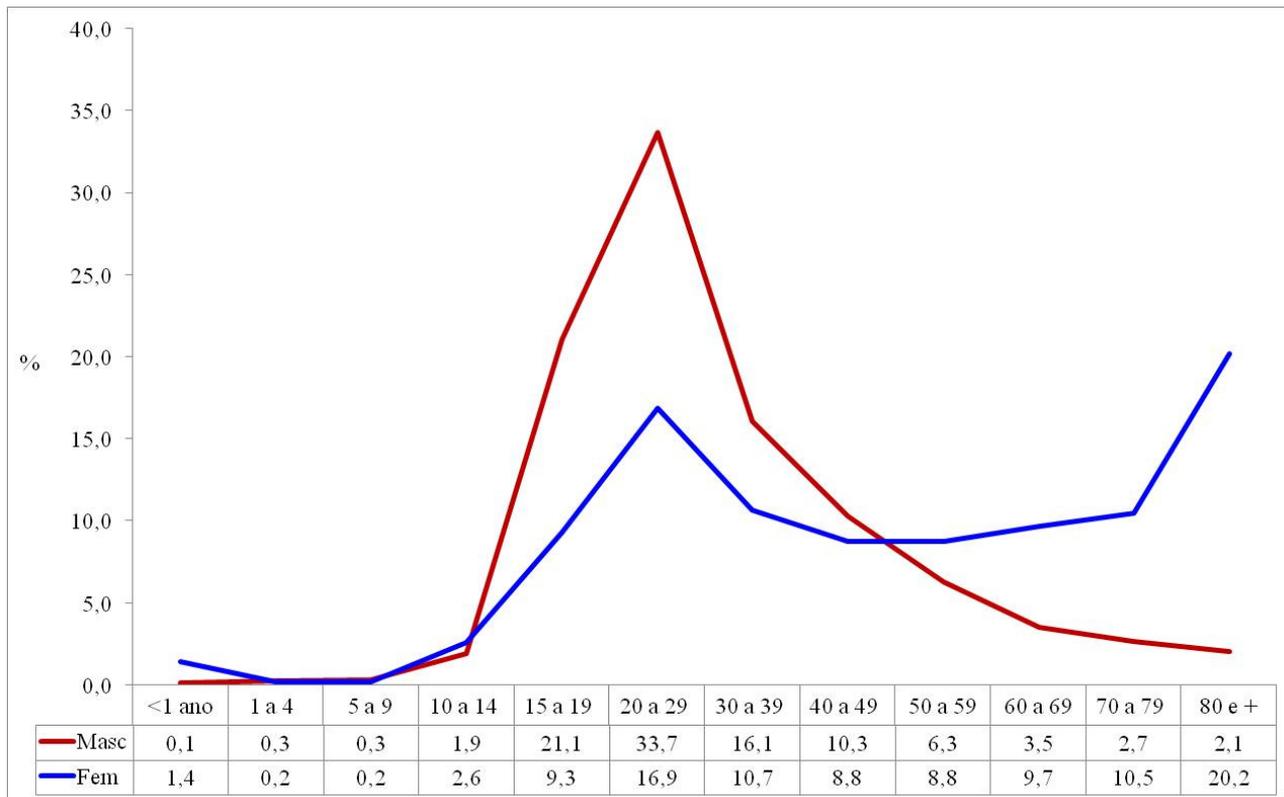
Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM

Na distribuição da mortalidade por causas externas em 2013, por sexo e faixa etária, percebe-se que ocorreram óbitos em todas as faixas de idade, com predominância na faixa de 15 a 49 anos, em

ambos os sexos, correspondendo a 81,2% no sexo masculino e 45,7% no sexo feminino. Neste grupo de agravos, constatou-se um pico também na faixa de 80 anos e mais, provavelmente por queda, acrescido ao fato da maior longevidade da mulher (Gráfico 14).

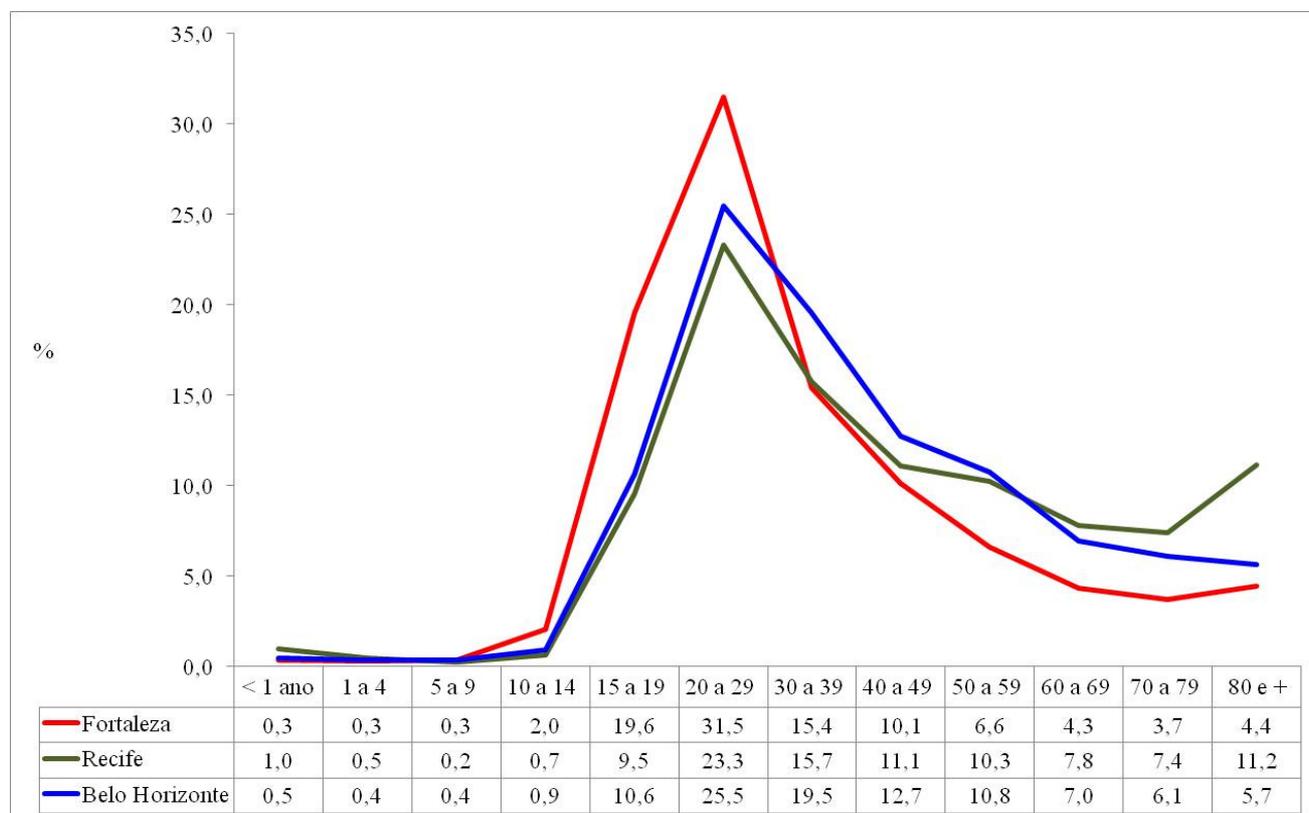
Este perfil é semelhante em Recife e Belo Horizonte, ou seja, preponderância de mortes violentas na faixa de 15 a 49 anos de idade, embora com maior destaque para Fortaleza (76,6%), seguida de Belo Horizonte (68,3%) e Recife (59,2%), conforme Gráfico 15.

Gráfico 14 - Mortalidade proporcional (%) por causas externas, segundo sexo e faixa etária. Fortaleza, 2013



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Gráfico 15 - Mortalidade proporcional (%) por causas externas, segundo faixa etária. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2013



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Em 2013, as principais causas externas de óbito em Fortaleza foram, em primeiro lugar, os homicídios (2.109 assassinatos), os acidentes de trânsito (435 eventos fatais) e os suicídios, com 165 ocorrências.

Dos 2.109 homicídios ocorridos em Fortaleza, no ano de 2013, o que corresponde a uma média de cinco a seis assassinatos por dia, observamos as seguintes características (Tabelas 7 e 8):

- em torno de 94% das mortes (1.985) ocorreram em pessoas do sexo masculino;
- destas 1.985 mortes, 30% (633) eram adolescentes de 10 a 19 anos e 68% (1.343) na faixa de adultos jovens de 20 a 49 anos;
- das 124 mulheres assassinadas, a maior concentração (71,8%) foi na faixa de adultas jovens de 20 a 49 anos (89), seguidas de adolescentes (28), na faixa de 10 a 19 anos (22,6%);
- a arma de fogo, em 89,1% dos casos, foi o principal instrumento usado nestes assassinatos (1.879 ocorrências), sendo as maiores vítimas (1.254 assassinatos) os homens jovens de 20 a 49 anos (66,7%) e os adolescentes do mesmo sexo (599 assassinatos) de 10 a 19 anos (31,9%).

Das 120 pessoas assassinadas em Fortaleza, no ano de 2013, por objetos cortantes ou penetrantes (faca, punhal), 110 eram do sexo masculino (92%) e destes 67,4% estavam na faixa etária de 20 a 49 anos de idade.

Quanto ao suicídio, ocorreram 165 no ano de 2013. Em torno de 69,7% foram ocasionados por enforcamento (115). A maioria dos suicidas (78,2%) foi do sexo masculino (129). A faixa etária de maior proporção (126 suicídios) foi entre 20 e 59 anos (76,4%).

Na Região Metropolitana, ocorreram 2.936 óbitos por homicídios, no ano de 2013, o que corresponde a uma média de oito assassinatos por dia, com distribuição semelhante aos homicídios ocorridos em Fortaleza, por ciclo de vida e características do evento (Tabela 8).

Tabela 7 - Distribuição proporcional (%) de óbitos por homicídio e suicídio, segundo ciclo de vida e características do evento. Fortaleza, 2013

Característica	Criança (0 a 9 anos)		Adolescente (10 a 19 anos)		Adulto (20 a 59 anos)		Idoso (60 anos e mais)	
	Homicídio	Suicídio	Homicídio	Suicídio	Homicídio	Suicídio	Homicídio	Suicídio
Número de óbitos	4	-	633	18	1.434	126	38	21
Sexo								
Masculino	3	-	605	13	1.345	102	32	14
Feminino	1	-	28	5	89	24	6	7
Meio usado								
Arma de fogo	2	-	599	-	1.254	4	24	1
Objeto contundente	-	-	3	1	19	-	1	-
Objeto cortante ou penetrante	-	-	27	-	109	1	10	-
Enforcamento, estrangulamento, sufocação	1	-	1	12	12	89	1	14
Não especificado	-	-	-	1	5	7	-	-
Demais meios	1	-	3	4	35	25	2	6

Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

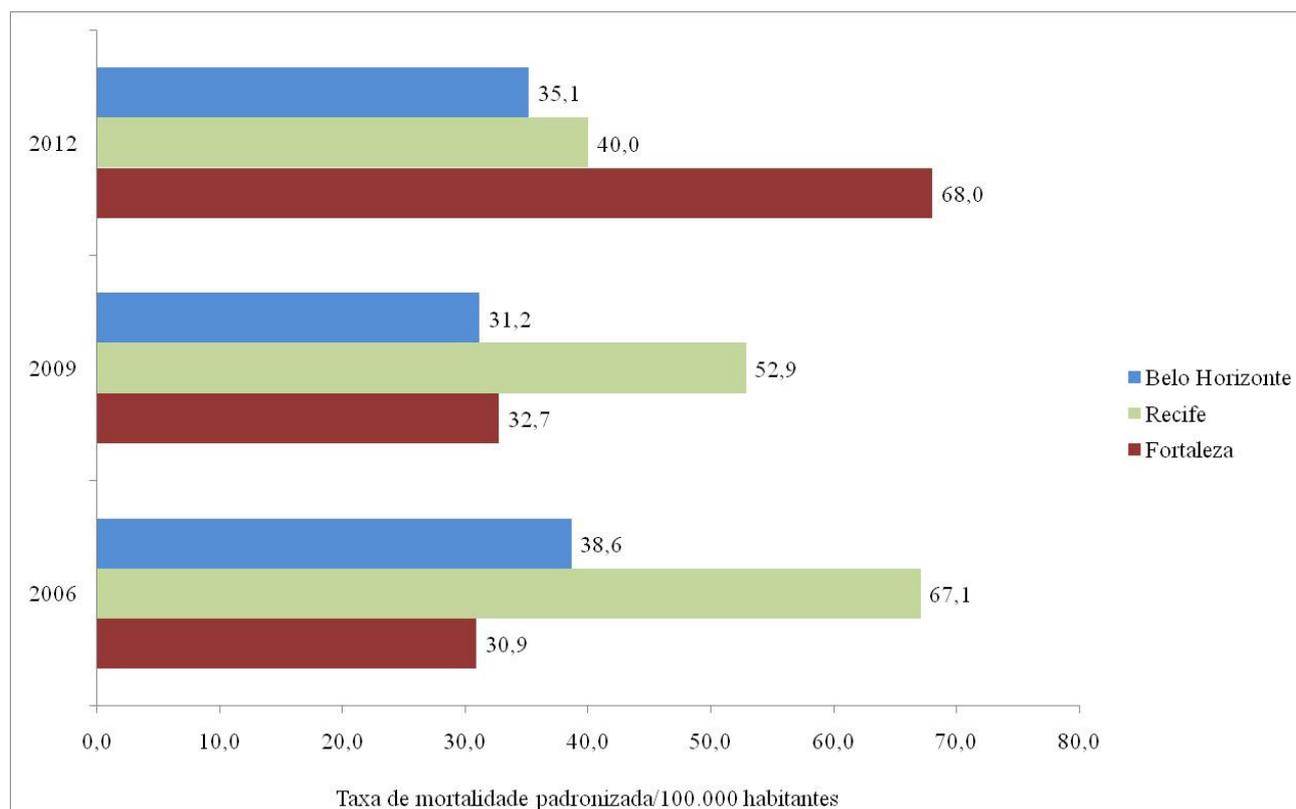
Tabela 8 - Distribuição proporcional (%) da mortalidade por homicídio e suicídio, segundo o ciclo de vida e características do evento. Região metropolitana, 2013

Característica	Criança (0 a 9 anos)		Adolescente (10 a 19 anos)		Adulto (20 a 59 anos)		Idoso (60 anos e mais)	
	Homicídio	Suicídio	Homicídio	Suicídio	Homicídio	Suicídio	Homicídio	Suicídio
Número de óbitos	6	-	834	27	2.038	187	58	29
Sexo								
Masculino	5	-	796	18	1.919	154	50	21
Feminino	1	-	38	9	122	33	8	8
Meio usado								
Arma de fogo	3	-	784	-	1.782	5	36	2
Objeto contundente	-	-	3	1	26	-	1	-
Objeto cortante ou penetrante	-	-	38	-	163	2	11	-
Enforcamento, estrangulamento, sufocação	1	-	1	18	16	137	1	18
Não especificado	-	-	-	2	7	8	2	1
Demais meios	2	-	8	6	44	35	7	8

Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Na comparação das três capitais, quanto à taxa padronizada da mortalidade, nos anos de 2006, 2009 e 2012, por homicídio, verifica-se a maior gravidade da situação em Fortaleza, com aumento de 120% desses óbitos de 2006 para 2012. Recife apresentou tendência decrescente, com redução de 40% dos óbitos por homicídio no período, enquanto Belo Horizonte praticamente manteve a taxa, com menor risco de óbito em 2012, entre as três capitais (Gráfico 16).

Gráfico 16 - Taxa padronizada de mortalidade por homicídio (por 100.000 habitantes). Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2006/2009/2012



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM
Nota: taxa padronizada pela população do Brasil, Censo 2010.

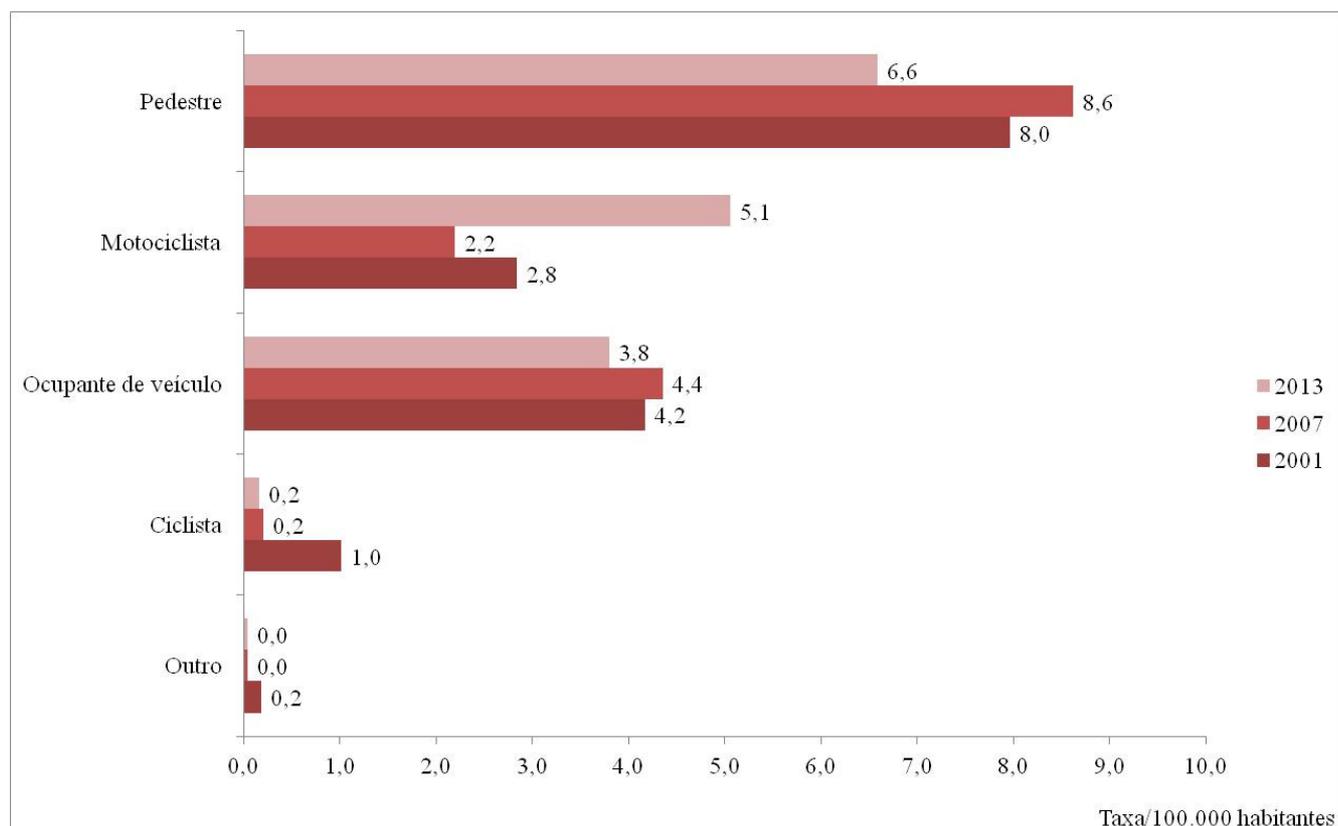
Os acidentes de trânsito (AT) têm sido encarados como um problema de saúde pública, não somente pelo número de vítimas lesionadas e fatais, mas por representarem um significativo impacto nos custos do Sistema Único de Saúde.

As principais vítimas de acidentes de trânsito, em Fortaleza, foram, por ordem decrescente, pedestre, motociclista e ocupante de veículo. Embora a taxa de mortalidade por pedestre tenha sido maior nos três anos analisados (2001, 2007 e 2013), a tendência foi decrescente, enquanto o aumento das mortes de motociclistas cresceu 82% de 2007 para 2013, passando de 2,8 óbitos/100.000 habitantes para 5,1 óbitos/100.000 habitantes (Gráfico 17).

O aumento dos acidentes de trânsito envolvendo motociclistas vem sendo observado desde o fim do século passado, quando houve incremento no uso da motocicleta, por ser um veículo de fácil circulação, rápida mobilidade e baixo custo. A motocicleta passou a ser o veículo mais utilizado pelos jovens brasileiros, principalmente os do sexo masculino, seja como transporte para deslocamento ao trabalho, como lazer, esporte ou mesmo como instrumento de trabalho, como no caso dos “*motoboy*s” e dos mototaxistas. Esses estão em processo de regulamentação da atividade ocupacional em várias cidades.^{12,13}

No Ceará o aumento do uso da motocicleta chama a atenção de autoridades e técnicos dos vários setores envolvidos com a segurança do trânsito e também da sociedade. Muitas são as sugestões apontadas para a solução do problema dos acidentes de trânsito envolvendo motociclistas. Destacam-se a necessidade de melhoria da qualidade e manutenção preventiva do veículo, condições de vias, utilização dos equipamentos de proteção individual e comportamento seguro do usuário.¹³

Gráfico 17 - Taxa de mortalidade por acidentes de transporte. Fortaleza, 2001/2007/2013



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Nota: dados de 2013 sujeitos a revisão

Em Fortaleza (Tabela 9), no ano de 2013, morreram 435 pessoas por acidente de trânsito, sendo 83,7% do sexo masculino (364 óbitos), com taxa de 31,1 óbitos/100.000 habitantes, quase seis vezes maior do que no sexo feminino (5,3/100.000 habitantes). A faixa etária de 20 a 39 anos foi a mais acometida com 161 (37%) óbitos, seguida da faixa de 40 a 59 anos, com 136 (31,3%) óbitos. A faixa de maior risco, no entanto, foi de 60 e mais, com 99 óbitos (40,8 óbitos/100.000 habitantes). A primeira causa de óbito por acidentes de trânsito foi o atropelamento de pedestres com 168 (38,6%) vítimas. Logo seguido por motociclistas com 129 (29,7%), vindo os ocupantes de veículo em terceiro lugar com 97 (22,3%) óbitos. Nos últimos 12 anos, observa-se uma diminuição da taxa de óbitos de pedestres, de 8,0/100.000 habitantes em 2001 para 6,6 em 2013, de ocupantes de veículos (de 4,2 para 3,8/100.000 habitantes) e dos ciclistas (de 1,0 para 0,2/100.000 habitantes). No entanto, em relação aos motociclistas, a taxa de acidentes fatais praticamente dobrou, passando de 2,8 para 5,1/100.000 habitantes (Gráfico 17).

Em relação aos acidentes de trânsito fatais (435) ocorridos em Fortaleza, no ano de 2013, resumimos as seguintes características:

- os homens foram os mais afetados (364), com aproximadamente 83,7% dos óbitos;
- a maior proporção dos óbitos masculinos (265 mortes) ocorreu na faixa de 20 a 59 anos (72,8%), enquanto no sexo feminino a faixa de maior ocorrência (38%) foi entre as mais idosas, com 60 anos ou mais;
- os pedestres (168), os mais vitimados, foram na maioria (78,6%) do sexo masculino;
- quanto à faixa etária dos pedestres afetados, a maior proporção (36,9%) foi entre os de 60 ou mais anos;
- dos 129 acidentes fatais entre motociclistas, 118 (91,5%) eram pessoas do sexo masculino.
- destes acidentes fatais de moto em homens, 66,7% ocorreram na faixa de 20 a 49 anos de idade.

- os acidentes com condutores de veículos foram em menor proporção, provavelmente pelo maior rigor da legislação e fiscalização, quanto à obrigatoriedade do uso de cinto de segurança, mas poderiam ter maior redução se houvesse maior rigor no controle do consumo de bebida alcoólica ao dirigir.

Na Região Metropolitana, ocorreram 766 acidentes de trânsito no ano de 2013, com distribuição semelhante aos eventos de residentes em Fortaleza (Tabela 10).

Tabela 9 - Número (N°), proporção (%) e taxa de mortalidade por acidentes de trânsito (por 100 mil habitantes), segundo sexo, faixa etária e tipo de vítima. Fortaleza, 2013

Característica	Total			Masculino (M)			Feminino (F)			Razão das taxas (M/F)
	N°	%	Taxa	N°	%	Taxa	N°	%	Taxa	
Faixa etária	435	100	17,4	364	100	31,1	71	100	5,3	5,8
0 a 9	3	0,7	0,9	3	0,8	1,67	-	-	-	-
10 a 19	36	8,3	8,2	24	6,6	10,96	12	16,9	5,4	2,0
20 a 39	161	37,0	17,8	147	40,4	34,50	14	19,7	2,9	11,8
40 a 59	136	31,3	24,3	118	32,4	47,02	18	25,4	5,8	8,1
60 e mais	99	22,8	40,8	72	19,8	75,60	27	38,0	18,3	4,1
Ign	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tipo de vítima	435	100	17,4	364	100	31,1	71	100	5,3	5,8
Pedestre (V01-V09)	129	29,7	5,2	118	32,4	10,1	11	15,5	0,8	12,2
Motociclista (V20-V29)	97	22,3	3,9	81	22,3	6,9	16	22,5	1,2	5,8
Ocupante de veículo (V40-V79)	168	38,6	6,7	132	36,3	11,3	36	50,7	2,7	4,2
Ciclista (V10-V19)	4	0,9	0,2	4	1,1	0,3	-	-	-	-
Outros veículos (V30-V39, V80-V86)	1	0,2	0,0	1	0,3	0,1	-	-	-	-
Não especificado (V87-V89)	36	8,3	1,4	28	7,7	2,4	8	11,27	0,6	4,0

Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Tabela 10 - Número (N°), proporção (%) e taxa de mortalidade por acidentes de trânsito (por 100 mil habitantes), segundo sexo, faixa etária e tipo de vítima. Região Metropolitana, 2013

Característica	Total			Masculino (M)			Feminino (F)			Razão das taxas (M/F)
	N°	%	Taxa	N°	%	Taxa	N°	%	Taxa	
Faixa etária	766	100	20,7	651	100	36,9	115	100	5,9	6,2
0 a 9	5	0,7	0,9	4	0,6	1,4	1	0,9	0,4	3,8
10 a 19	67	8,7	12,2	49	7,5	14,2	18	15,7	5,2	2,7
20 a 39	317	41,4	57,8	288	44,2	45,3	29	25,2	4,2	10,8
40 a 59	223	29,1	40,7	193	29,6	53,1	30	26,1	7,0	7,6
60 e +	154	20,1	28,1	117	18,0	83,0	37	32,2	18,4	4,5
Ign	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tipo de vítima	766	100	20,7	651	100	36,9	115	100	5,9	6,2
Pedestre (V01-V09)	258	33,7	7,0	235	36,1	13,3	23	20,0	1,2	11,2
Motociclista (V20-V29)	157	20,5	4,2	134	20,6	7,6	23	20,0	1,2	6,4
Ocupante de veículo (V40-V79)	277	36,2	7,5	222	34,1	12,6	55	47,8	2,8	4,4
Ciclista (V10-V19)	6	0,8	0,2	6	0,9	0,3	-	-	-	-
Outros veículos (V30-V39, V80-V86)	3	0,4	0,1	2	-	-	1	0,9	0,1	-
Não especificado (V87-V89)	65	8,5	1,8	52	8,0	2,9	13	11,3	0,7	4,4

Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

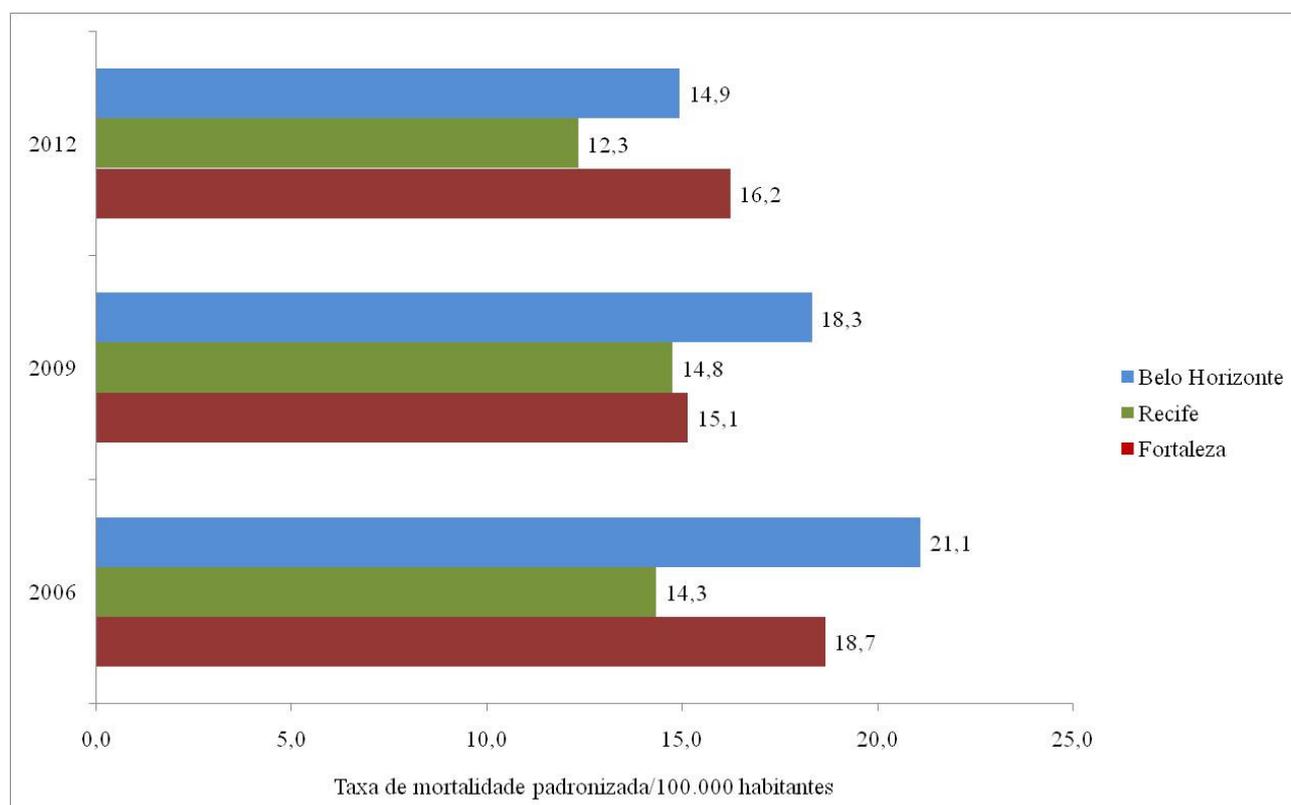
Na comparação das três capitais quanto à taxa padronizada da mortalidade, nos anos de 2006, 2009 e 2012, por acidentes de trânsito, verifica-se uma clara tendência de redução da mortalidade por essas causas em Belo Horizonte, discreta redução, com oscilação em Recife e Fortaleza, com maior

risco de morte por acidentes de trânsito nesta última, em 2012, e a menor taxa, entre as três, em Recife (Gráfico 18).

A redução da mortalidade de pedestre ocorreu nas três capitais. Fortaleza, no entanto, ficou com a maior taxa, no último ano analisado e Recife com a menor taxa, com redução de 47,14% entre 2006 e 2012 (Gráfico 19).

Na análise da mortalidade de motociclistas, chama a atenção o aumento das taxas nas três capitais, no período, com maior gravidade em Fortaleza e Recife (Gráfico 20). Em Fortaleza houve aumento da frota de veículos de 2006 para 2013, com destaque para o aumento de 162,4% do número de motos, passando de 3,4 para 9,0 motocicletas/1.000 habitantes. O aumento de todos os veículos foi de 71,0%, passando de 20,8/1.000 habitantes para 35,6 (Gráfico 21). O aumento da frota de motos foi maior nos municípios do interior do Ceará, chegando a 194,6%, de 2006 para 2013 nos sete anos analisados (Gráfico 22). Mesmo em descenso, as maiores taxas de mortalidade por acidente de trânsito ocorreram em Belo Horizonte, com exceção de 2012, que foi superada por Fortaleza, e as menores, em Recife.

Gráfico 18 - Taxa padronizada de mortalidade por acidentes de trânsito. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2006/2009/2012

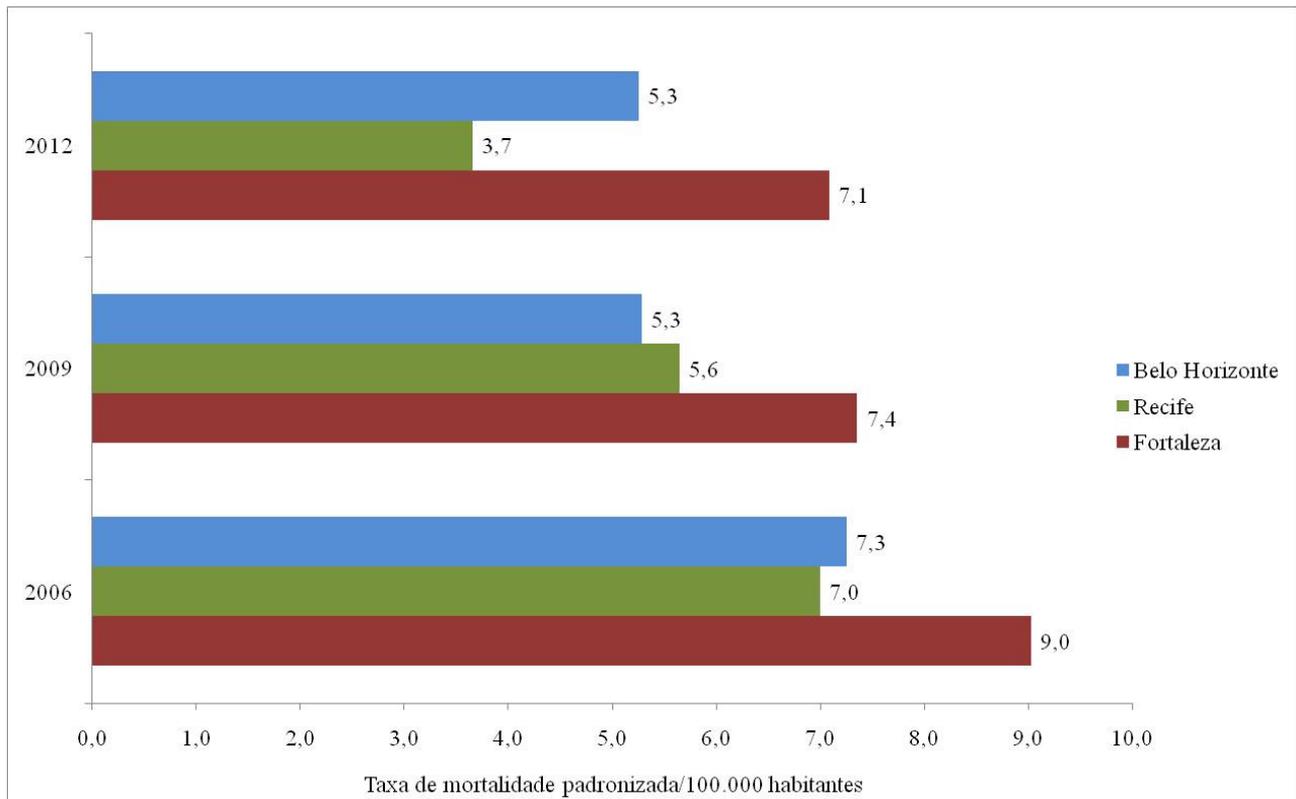


Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM
Nota: taxa padronizada pela população do Brasil, Censo 2010.

Quanto à morte de pedestres (Gráfico 19), Fortaleza apresenta as piores taxas e Recife as menores, também em descenso.

Em relação à morte de motociclistas, as três capitais apresentam tendência de crescimento (Gráfico 20), em menor escala na cidade de Belo Horizonte e o maior crescimento em Recife, com incremento de 207%, se compararmos 2006 e 2012. Em Fortaleza o crescimento da taxa de mortalidade foi de 36,66%, no mesmo período

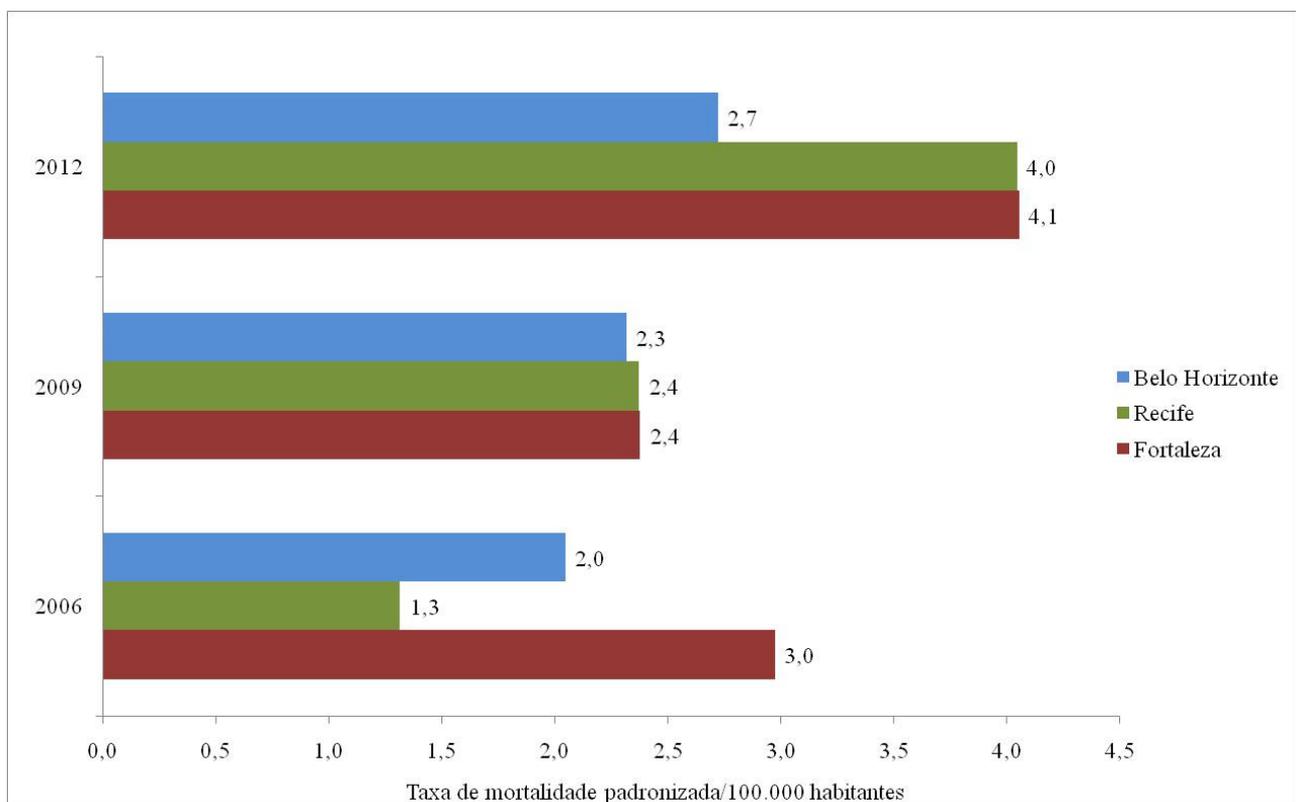
Gráfico 19 - Taxa padronizada de mortalidade de pedestre. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2006/2009/2012



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Nota: taxa padronizada pela população do Brasil, Censo 2010.

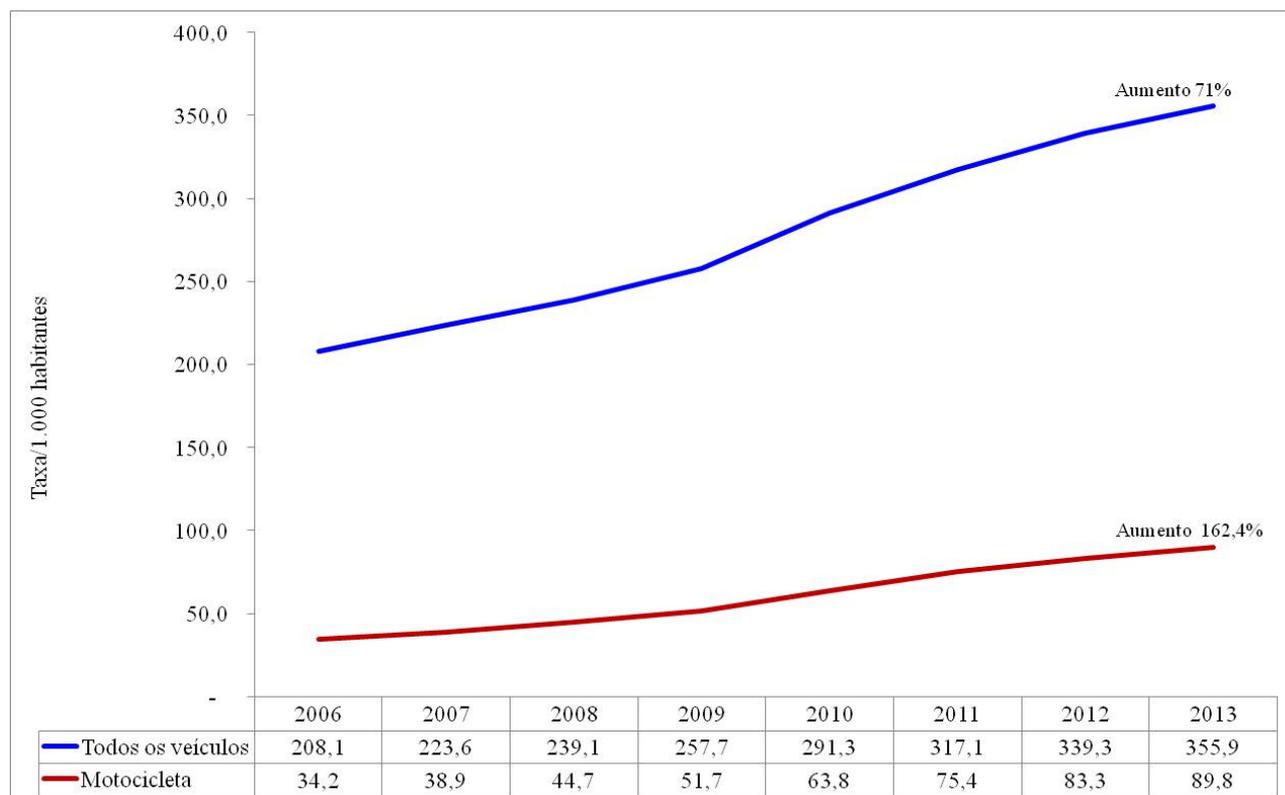
Gráfico 20 - Taxa padronizada de mortalidade de motociclista. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2006/2009/2012



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade

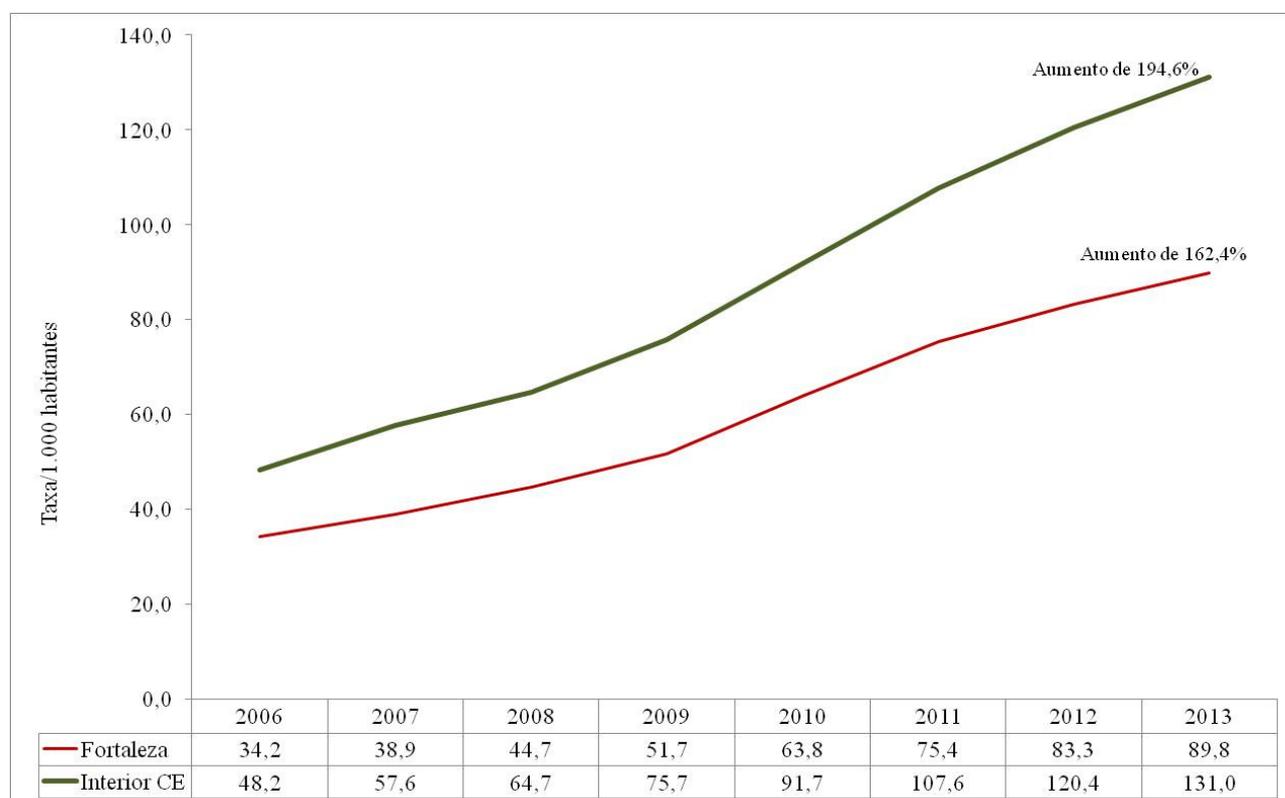
Nota: taxa padronizada pela população do Brasil, Censo 2010.

Gráfico 21 - Taxa de motorização (por 1.000 habitantes). Fortaleza, 2006 a 2013



Fonte: Ministério das Cidades/Departamento Nacional de Trânsito – Denatran, Sistema Nacional de Registro de Veículos/Renavan, Renaest - Registro Nacional de Estatísticas e Acidentes de Trânsito.

Gráfico 22 - Taxa de motorização (motocicletas/1.000 habitantes). Fortaleza e demais municípios do Ceará, 2006 a 2013



Fonte: Ministério das Cidades/Departamento Nacional de Trânsito – Denatran, Sistema Nacional de Registro de Veículos/Renavan, Renaest - Registro Nacional de Estatísticas e Acidentes de Trânsito.

3.2.2 Mortalidade por doenças do aparelho circulatório

As principais causas ou agrupamentos de doenças do aparelho circulatório (DAC) são as cerebrovasculares, doença isquêmica do coração e doença hipertensiva (Tabela 11).

De 1997 a 2013, observa-se certa estabilização dos óbitos por doenças cerebrovasculares (acidente vascular cerebral-AVC e outras), com 1.121 óbitos em 1997 e 1.026 em 2013, com redução da taxa de mortalidade, o que pode refletir uma maior agilidade e melhoria da atenção, maior acesso aos anti-hipertensivos nas Unidades Básicas de Saúde e nas Farmácias Populares, inclusive disponibilizadas em algumas farmácias da rede privada e, principalmente, a melhoria das condições de vida da população.

O número de óbitos por doenças isquêmicas do coração (infarto, outras), passou de 682 em 1997 para 800 em 2013. No entanto, houve redução do risco de morrer por estas causas, embora venham ocorrendo óbitos em pessoas abaixo de 60 anos, considerados evitáveis. As mortes por doenças isquêmicas do coração são uma expressão de hábitos alimentares não saudáveis, do sedentarismo e da carga de estresse da vida agitada das grandes metrópoles.

O aumento observado dos óbitos por hipertensão não corresponde à realidade, pois não é uma causa comum de óbito e sim fator de risco para AVC e infarto. Constata-se que os óbitos por hipertensão arterial, em sua maioria, correspondem a óbitos domiciliares, sem assistência médica, que ficariam registrados como óbitos com causas mal definidas, mas na investigação havia história de hipertensão arterial. Não obstante, a hipertensão arterial é considerada diagnóstico incompleto, necessitando maior atenção por parte dos gestores e das equipes de saúde, principalmente do médico, para a recuperação da verdadeira causa básica do óbito.

A tendência maior, pelo envelhecimento progressivo da população e o aumento continuado da esperança de vida, é que as doenças cardiovasculares retornem, com o tempo, ao primeiro lugar como causa básica de óbito, pois as causas externas, atualmente em primeiro, chegaram ao limite insuportável, o que levará a sociedade a propor políticas específicas de pacificação. As políticas de promoção da saúde para o envelhecimento saudável deverão, portanto, tomar força.

Tabela 11 - Número de óbitos por doenças do aparelho circulatório. Fortaleza, 1997, 2001, 2005, 2009 e 2013

Causa (Doenças do aparelho circulatório)	1997	2001	2005	2009	2013
Doenças cerebrovasculares	1.121	991	1.046	1.237	1.066
Doenças isquêmicas do coração	682	559	587	767	800
Doença hipertensiva	103	119	187	538	481
Demais causas do aparelho circulatório	677	635	603	947	777
Total	2.583	2.304	2.423	3.489	3.124

Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

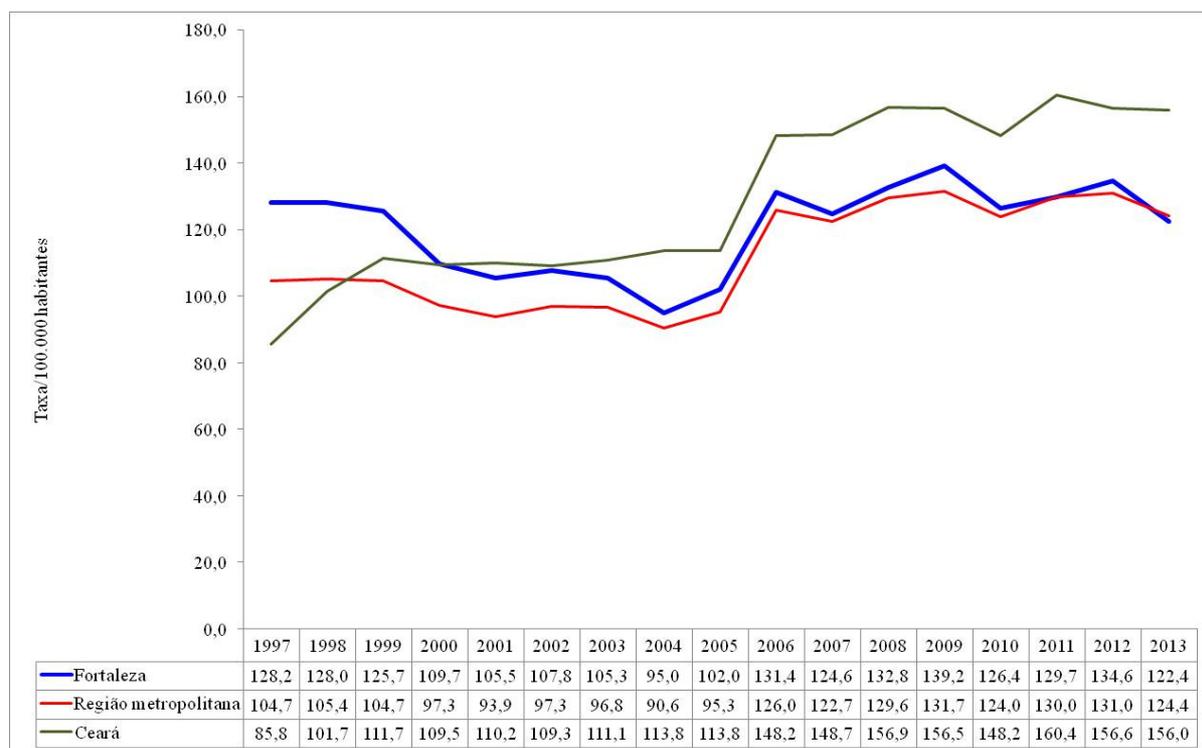
Os esforços empreendidos para melhoria da atenção à saúde e a expansão do acesso, com a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família em todo o estado, implantação de unidades de referência para atendimento a pacientes com acidente vascular cerebral (AVC) e outros

investimentos assumidos, baseados na Política de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde, bem como a implantação do Plano Estadual de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, possivelmente contribuíram, em parte, para essa tendência de estabilização da mortalidade por doenças do aparelho circulatório, influenciada, prioritariamente pela melhoria das condições socioeconômicas da população e seu maior acesso à informação.

A vigilância dos fatores de risco e de proteção para as doenças crônicas não transmissíveis - Vigitel, realizada anualmente, desde 2006, pelo Ministério da Saúde, mediante inquérito telefônico, em todas as capitais, reforça a estratégia de acompanhamento e direcionamento de políticas nesta área.

Na comparação das taxas de mortalidade por DAC (Gráfico 23) em Fortaleza, Região Metropolitana e Ceará, constata-se estabilização das taxas nos últimos anos, com maior mortalidade no Ceará, pela influência dos municípios do interior, que têm mais difícil acesso aos serviços de saúde e condições de vida mais adversas. Salienta-se que o aumento da mortalidade por doenças do aparelho circulatório, observado em 2006, foi decorrente do resgate de causas de óbitos daqueles inicialmente registrados como de causas mal definidas. Essas causas recuperadas de morte predominavam na faixa etária de idosos e nos óbitos de ocorrência no domicílio

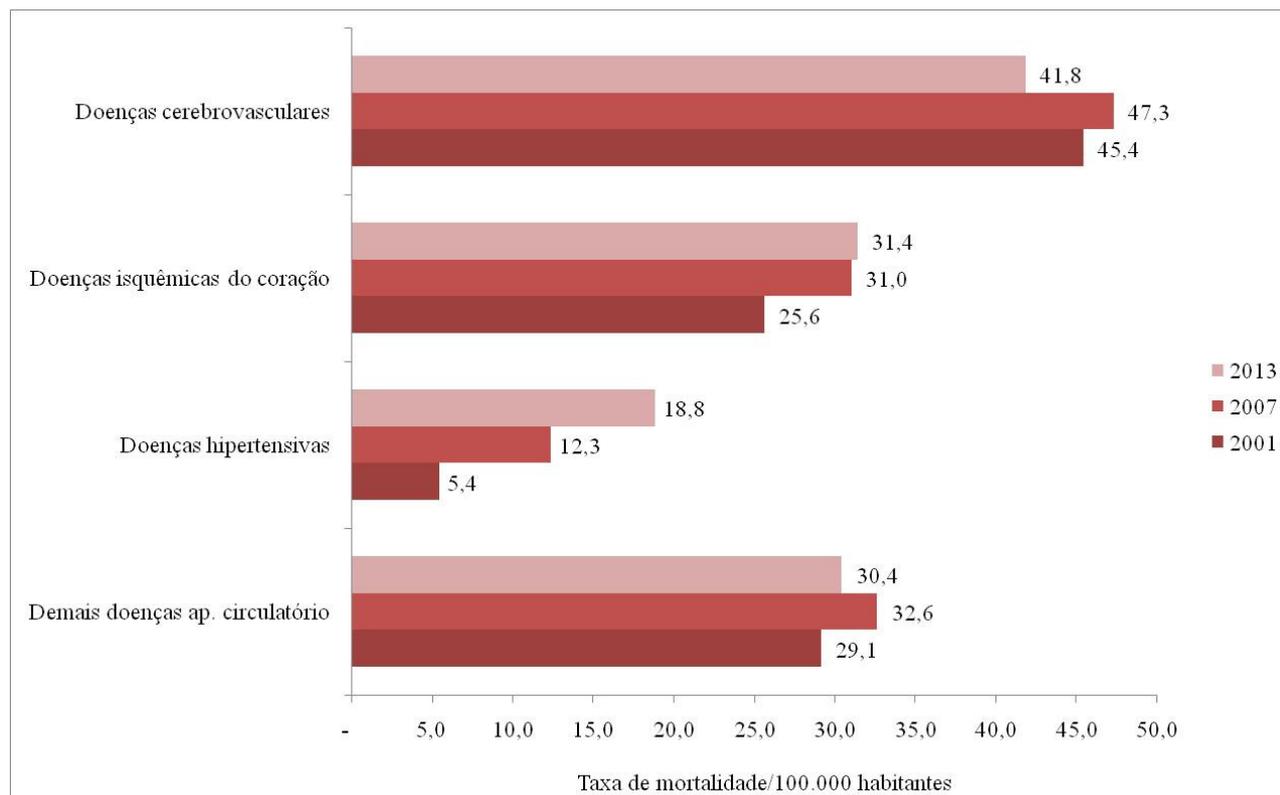
Gráfico 23 - Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório. Fortaleza, Região Metropolitana de Fortaleza, Ceará, 1997 a 2013



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Quanto ao comportamento das causas específicas de DAC (Gráfico 24), observa-se que as doenças cerebrovasculares, em especial o AVC, são a principal causa de morte por doenças do aparelho circulatório nos anos de 2001, 2007 e 2013, mas com tendência de redução. As doenças isquêmicas do coração, com destaque para o infarto, vêm em segundo, com tendência de crescimento e a hipertensão, em terceiro, em franca ascensão, o que é questionável, pois normalmente a hipertensão é mais um fator de risco do que uma causa básica do óbito.

Gráfico 24 - Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório. Fortaleza, 2001/2007/2013



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

A partir de 40 anos há uma dissociação entre os sexos, quanto à mortalidade proporcional por doenças do aparelho circulatório (Gráfico 25), sendo maior nos homens do que nas mulheres, até a idade de 70 anos. Após esta idade há um platô para os homens e um aumento significativo nas mulheres, provavelmente por que estas vivem mais.

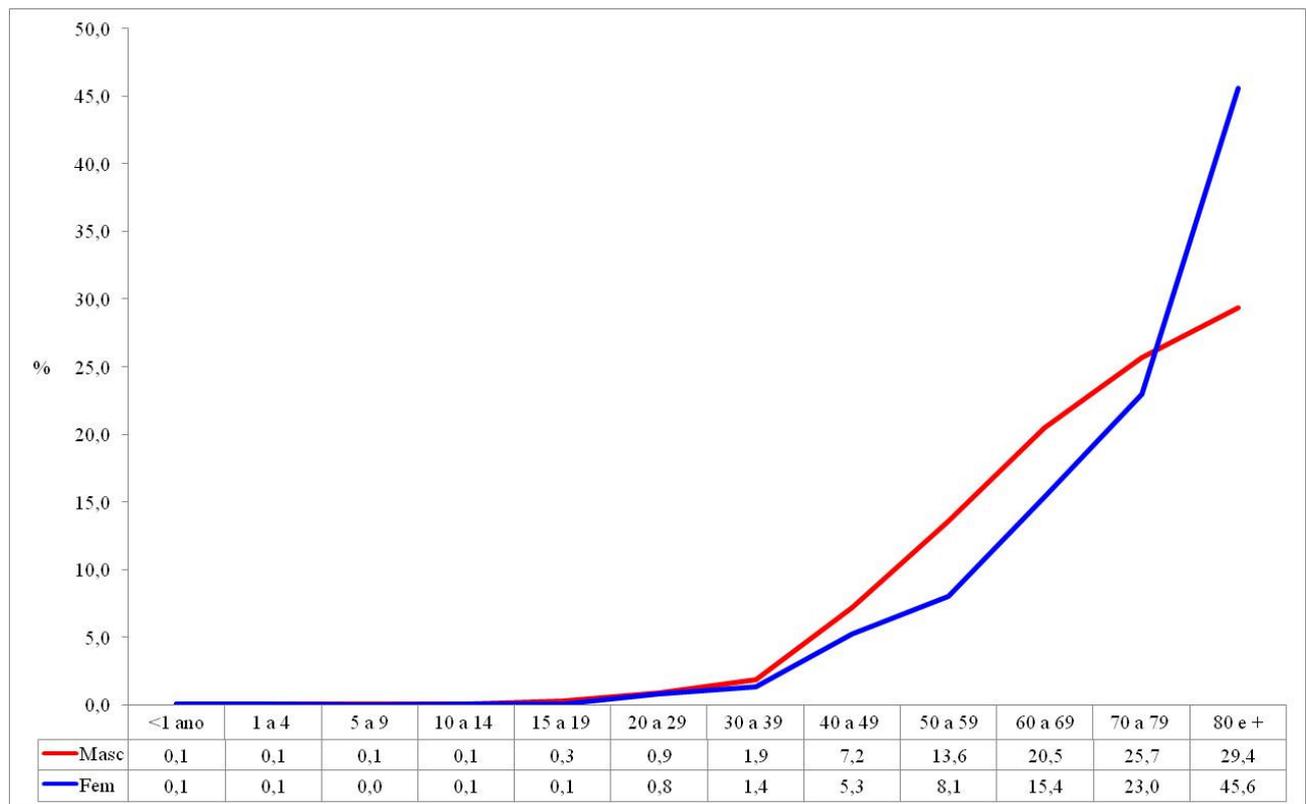
Há uma relativa semelhança das curvas de mortalidade proporcional por doenças do aparelho circulatório nas três capitais analisadas (Gráfico 26). No entanto observa-se um percentual mais elevado de mortes mais precoces, a partir de 40 até 69 anos, em Recife (38,6%), do que Belo Horizonte (34,9%) e Fortaleza (33,3%). Estes dois últimos apresentam um percentual maior entre os longevos.

No sexo masculino, o infarto (Tabela 12) mata mais (25,2%) nas faixas de idade mais precoces de 20 a 59 anos, enquanto o AVC (20,3%) e hipertensão (19,1%) têm menores percentuais nesta mesma faixa de idade, mas a maior proporção dos óbitos por doenças do aparelho circulatório, no sexo masculino, ocorreu na faixa de 60 anos e mais de idade.

No sexo feminino (Tabela 13) o AVC causa, proporcionalmente, mais óbitos do que hipertensão e infarto, em faixa etária de 20 a 59 anos, que seriam óbitos evitáveis, mas há um predomínio significativamente maior do que no sexo masculino, na faixa etária superior de 60 e mais anos, o que sugere que um percentual maior de mulheres se cuida mais.

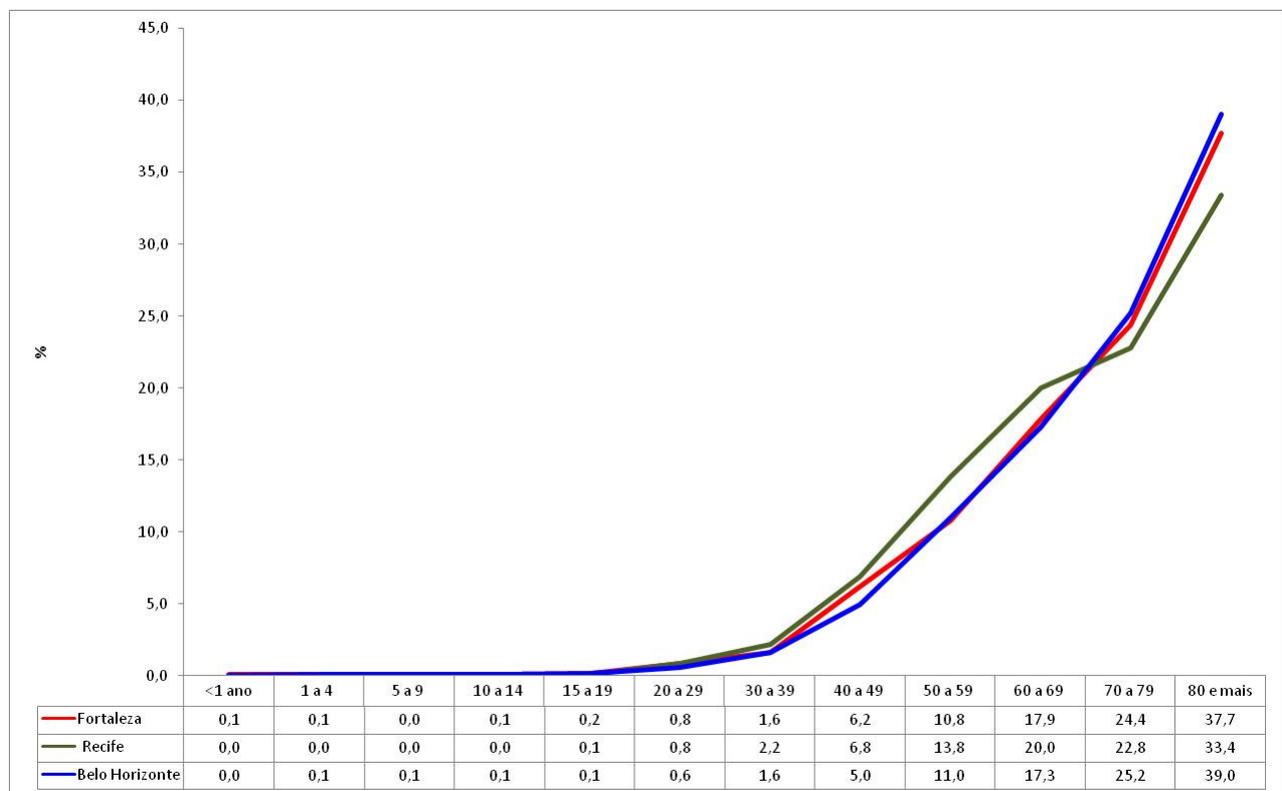
Em ambos os sexos (Tabela 14) há o predomínio do risco na faixa de 60 e mais anos, em torno de 80%, mas chama a atenção os 20% de óbitos evitáveis, na faixa de 20 a 59 anos.

Gráfico 25 - Mortalidade proporcional (%) por doenças do aparelho circulatório, segundo sexo e faixa etária. Fortaleza, 2013



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Gráfico 26 - Mortalidade proporcional (%) por doenças do aparelho circulatório, segundo faixa etária. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2013



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Tabela 12 - Número e proporção de óbitos por doenças do aparelho circulatório, por faixa etária, sexo masculino. Fortaleza, 2013

Causa (CID 10- Cap. IX)	< 1		1 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 49		50 a 59		60 e +		Ign		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Doenças cerebrovasculares	-	-	1	0,2	-	-	-	-	43	8,8	56	11,5	386	79,3	1	0,2	487
Doenças isquêmicas do coração	-	-	-	-	-	-	-	-	42	9,9	65	15,3	318	74,8	-	-	425
Doenças hipertensivas	-	-	-	-	-	-	-	-	11	5,4	28	13,7	166	81,0	-	-	205
Demais causas do aparelho circulatório	2	0,5	1	0,2	1	0,2	6	1,5	56	13,7	59	14,4	284	69,3	1	0,2	410
Total	2	0,1	2	0,1	1	0,1	6	0,4	152	10,0	208	13,6	1.154	75,6	2	0,1	1.527

Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Tabela 13 - Número e proporção de óbitos por doenças do aparelho circulatório, por faixa etária, sexo feminino. Fortaleza, 2013

Causa (CID 10 – Cap. IX)	< 1		1 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 49		50 a 59		60 e +		Ign		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Doenças cerebrovasculares	-	-	1	0,2	-	-	1	0,2	55	9,5	40	6,9	482	83,2	-	-	579
Doenças isquêmicas do coração	-	-	-	-	-	-	1	0,3	15	4,0	30	8,0	328	87,7	-	-	374
Doenças hipertensivas	-	-	-	-	-	-	-	-	12	4,4	28	10,2	235	85,5	-	-	275
Demais causas do aparelho circulatório	1	0,3	-	-	-	-	-	-	37	10,1	31	8,4	298	81,2	-	-	367
Total	1	0,1	1	0,1	-	-	2	0,1	119	7,5	129	8,1	1.343	84,2	-	-	1.595

Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Tabela 14 - Número e proporção de óbitos por doenças do aparelho circulatório por faixa etária, ambos os sexos. Fortaleza, 2013

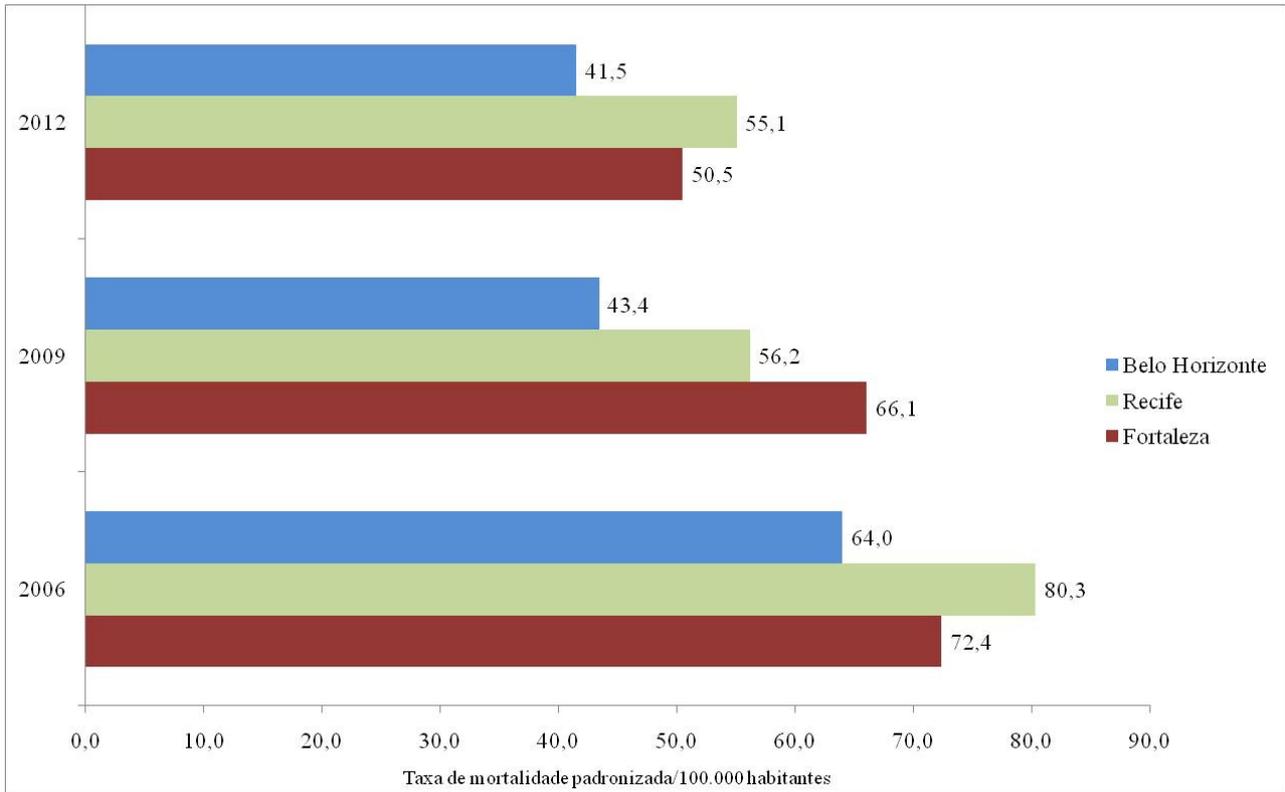
Causa (CID 10- Cap. IX)	< 1		1 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 49		50 a 59		60 e +		Ign		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Doenças cerebrovasculares	-	-	2	0,2	-	-	1	0,1	98	9,2	96	9,0	868	81,4	1	0,1	1.066
Doenças isquêmicas do coração	-	-	-	-	-	-	1	0,1	57	7,1	95	11,9	646	80,9	-	-	799
Doenças hipertensivas	-	-	-	-	-	-	-	-	23	4,8	56	11,7	401	83,5	-	-	480
Demais causas do aparelho circulatório	3	0,4	1	0,1	1	0,1	6	0,8	93	12,0	90	11,6	582	74,9	1	0,1	777
Total	3	0,1	3	0,1	1	0,0	8	0,3	271	8,7	337	10,8	2.497	80,0	2	0,1	3.122

Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Em comparação com Recife e Belo Horizonte (Gráfico 27 e 28), quanto às taxas padronizadas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, entre 2006 e 2012, observa-se:

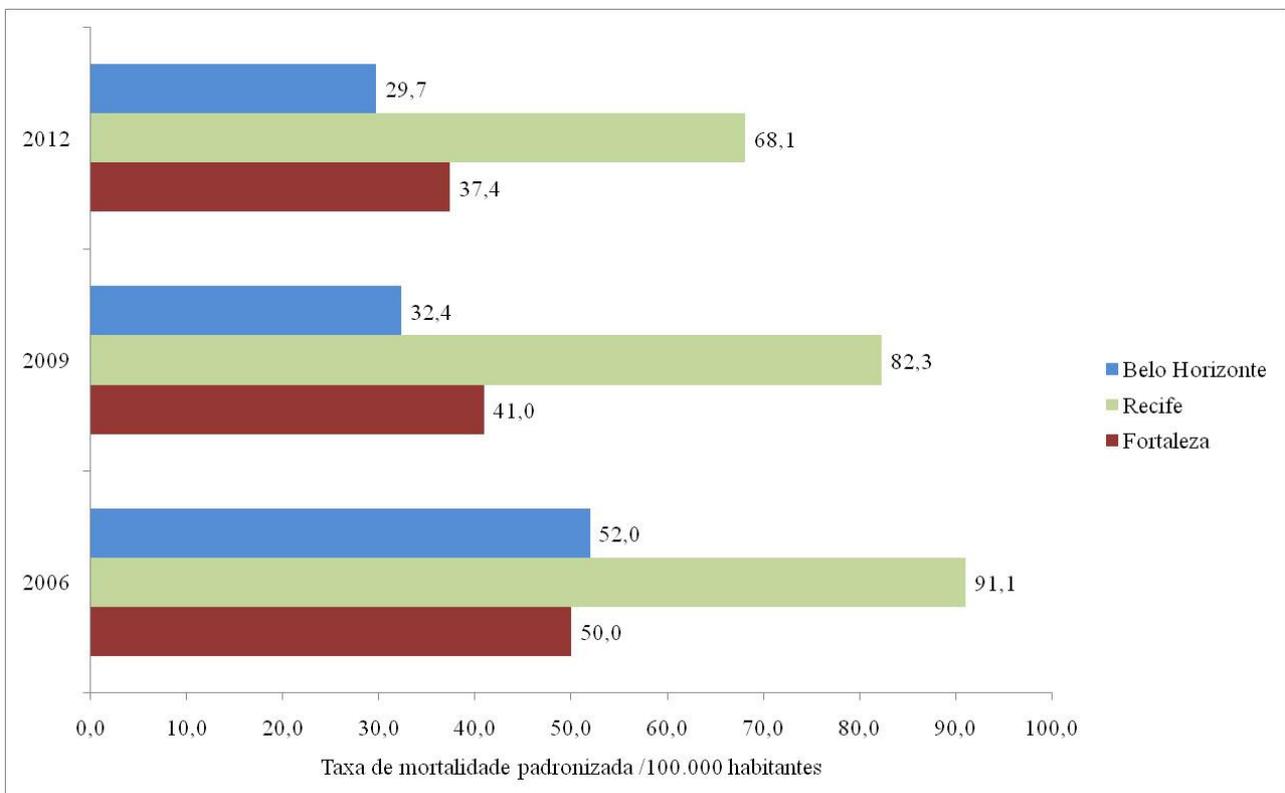
- Belo Horizonte apresentou as menores taxas de AVC e a tendência de redução de 35,15% no período;
- Recife teve as maiores taxas de AVC no período, embora com uma redução de 31,38%;
- Fortaleza, numa posição intermediária, vem também apresentando tendência de redução, chegando a 30,24% no mesmo período.
- Quanto às doenças isquêmicas do coração, Recife destaca-se com taxas muito altas e com redução menor de 25,24%. Fortaleza e Belo Horizonte apresentam situação semelhante, embora esta última tenha tido a menor taxa em 2012.

Gráfico 27 - Taxa padronizada de mortalidade por acidente vascular cerebral. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2006/2009/2012



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM
 Nota: taxa padronizada pela população do Brasil, Censo 2010.

Gráfico 28 - Taxa padronizada de mortalidade por doenças isquêmicas do coração. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2006/2009/2012



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM
 Nota: taxa padronizada pela população do Brasil, Censo 2010.

3.2.3. - Mortalidade por neoplasias

Na Tabela 15, são apresentados os números absolutos de câncer em Fortaleza, segundo as principais localizações anatômicas, com crescimento anual do número de óbitos. Observa-se uma tendência de crescimento sustentado das taxas de mortalidade por câncer, tanto no Ceará, como na região Metropolitana, mas com maior destaque para Fortaleza. Em 2013, Fortaleza quase alcança os três dígitos em sua taxa de mortalidade por câncer, chegando a 98,5\100.000 habitantes (Gráfico 29).

O câncer de traqueia, brônquios e pulmão foi a primeira causa de morte por câncer em Fortaleza, em 2013, e vem apresentando uma tendência de crescimento consistente no período estudado, de 1997 a 2013 (Gráfico 30). No sexo feminino a mortalidade aumentou 108,8% no período, enquanto no sexo masculino o aumento foi de 14,4% (Gráficos 31 e 32). O fumo é o principal fator de risco.

O câncer de mama, a primeira causa de morte por câncer entre as mulheres, em Fortaleza, está em ascensão, com crescimento de 63,7% de 2001 para 2013 (Gráfico 32). Os principais fatores de risco estão ligados à idade, aspectos endócrinos e genéticos. Outros fatores incluem a exposição a radiações ionizantes em idade inferior a 40 anos, a ingestão regular de bebida alcoólica, mesmo que em quantidade moderada (30g/dia), obesidade, principalmente quando o aumento de peso se dá após a menopausa e sedentarismo. A prática de atividade física e o aleitamento materno exclusivo são considerados fatores protetores.¹⁴ Quanto mais cedo o diagnóstico, mais chances de sobrevivência com qualidade. A incorporação tecnológica de exames de predisposição genética, dentro de um protocolo de risco, se afirmará, em breve, como uma exigência.

O câncer de cólon, reto e ânus, começa a despontar como uma causa importante de neoplasia, com comportamento crescente da mortalidade no período em ambos os sexos, com maior taxa de crescimento no período de 2001 a 2013 no sexo masculino (Gráficos 30, 31 e 32). Os fatores de risco são dieta rica em carne vermelha gordurosa, álcool, fumo e tabagismo, presença de formações intra-intestinais (pólipos) e idade avançada.

O câncer de estômago, a quarta causa de morte, se mantém estável, com discreto aumento no sexo feminino em 2013 (Gráfico 32). São fatores de risco os nitritos (conservantes encontrados em alimentos industrializados), tabagismo e ingestão de bebidas alcoólicas. Algumas doenças pré-existentes podem ter forte associação com esse tipo de tumor, como anemia perniciosa, lesões precancerosas e infecções pela bactéria *Helicobacter pylori*.

O câncer de próstata, a segunda causa de morte por câncer no homem, apresentou queda de 5% da mortalidade em Fortaleza de 2001 a 2013 (Gráfico 30). No Brasil, o câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens (1º é o de pele não-melanoma). O aumento observado nas taxas de incidência no Brasil pode ser parcialmente justificado pela evolução dos métodos diagnósticos, pela melhoria na qualidade dos sistemas de informação do país e pelo aumento na expectativa de vida.¹⁴

O câncer de pâncreas apresentou posição de destaque, com aumento anual no número absoluto de óbitos. O fumo é um grande fator de risco, mas também o diabetes adquirido (tipo II), álcool, pancreatite crônica e exposição continuada a produtos químicos e agrotóxicos.

No sexo feminino, a mortalidade por câncer de colo de útero cresceu 34% de 2001 para 2013, representando a quarta causa de morte por câncer do sexo feminino em Fortaleza (Gráfico 32).

Em 2014, foram estimados para Fortaleza cerca de 5.550 casos novos de câncer, sendo 670 de pele não melanoma. Para o sexo feminino estimou-se 2.520 casos novos, sendo 390 de pele não melanoma, 850 de mama e 280 de colo do útero, entre os mais frequentes. Para o sexo masculino foram estimados 2.520 casos novos de câncer, sendo 390 de pele não melanoma e 640 de próstata.

Considerando-se ambos os sexos, estimaram-se 350 casos novos de câncer de brônquios/traqueia/pulmões e 280 de estômago em 2014, citando os mais prevalentes (estimativas válidas para 2015).¹⁴

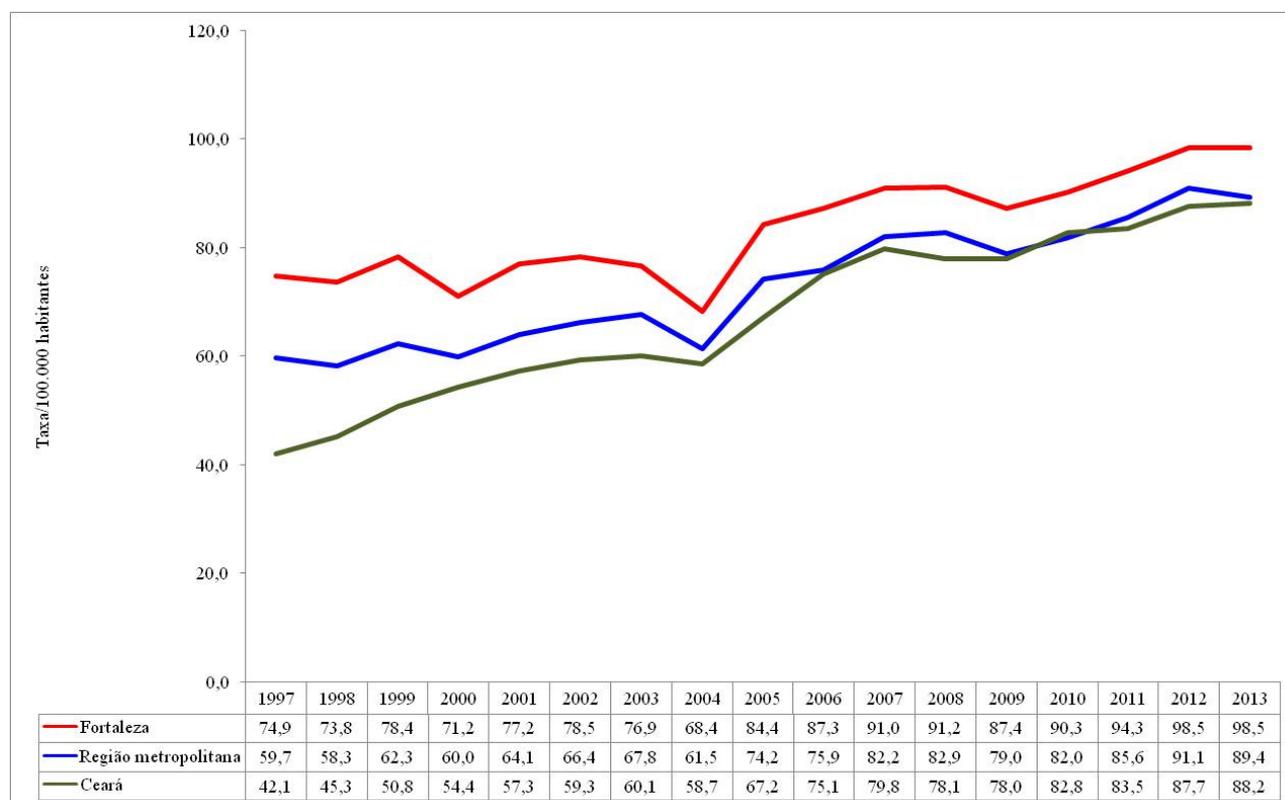
O MS/Inca destaca a inclusão das ações de controle de câncer entre os 16 Objetivos Estratégicos do Ministério da Saúde para o período 2011 – 2015, enfatizando as ações de redução da prevalência do tabagismo e de ampliação de acesso, diagnóstico e tratamento em tempo oportuno dos cânceres de mama e do colo do útero, assim como a publicação da nova Política Nacional de Prevenção e Controle de Câncer na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (PNPCC-RAS).¹⁴

Tabela 15 - Número de óbitos por câncer. Fortaleza, 1997, 2001, 2005, 2009 e 2013

Causa (câncer)	1997	2001	2005	2009	2013
Traqueia, brônquios e pulmões	180	193	256	315	345
Mama feminina	105	119	146	192	227
Cólon, reto e ânus	57	72	107	138	198
Estômago	161	145	174	173	183
Próstata	107	124	113	123	137
Pâncreas	47	53	66	90	124
Demais localizações anatômicas	852	979	1.142	1.155	1.299
Total de neoplasias	1.509	1.685	2.004	2.186	2.513

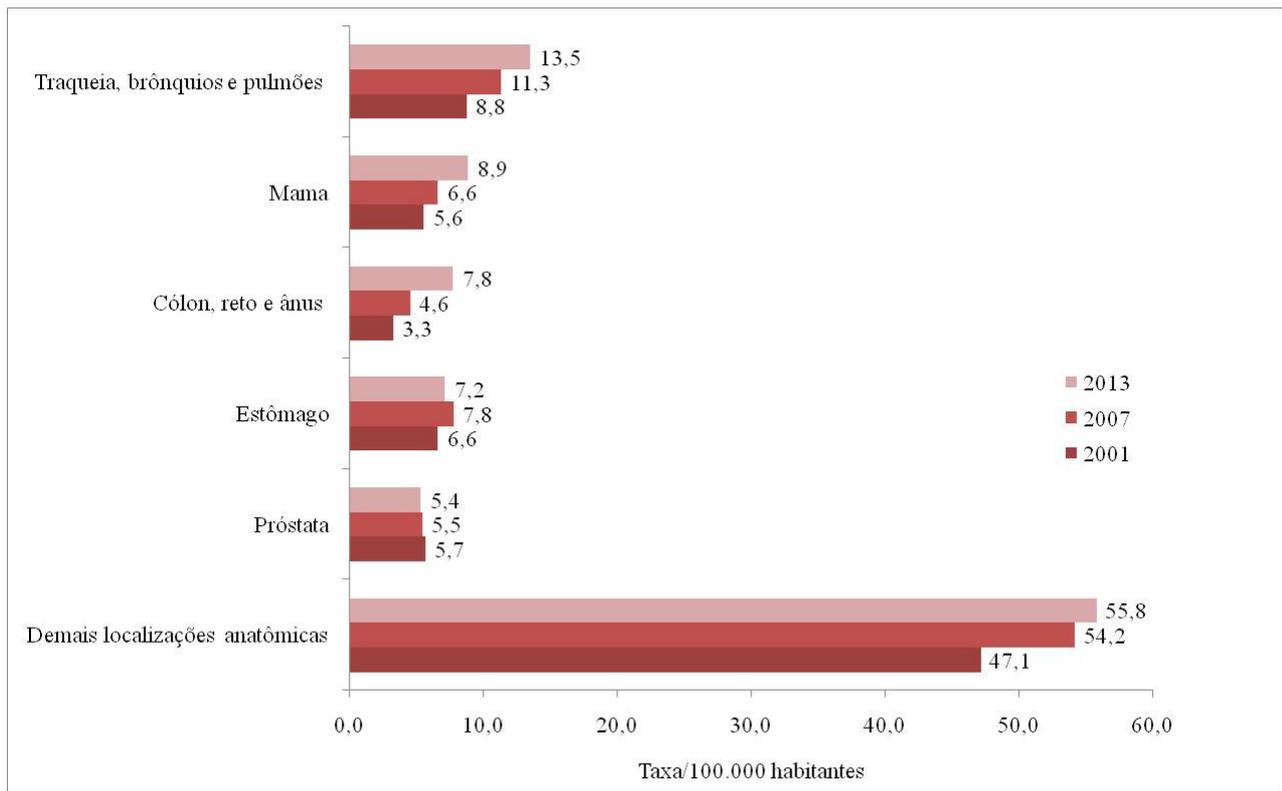
Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Gráfico 29 - Taxa de mortalidade por câncer. Ceará, Fortaleza e Região Metropolitana, 1997 a 2013



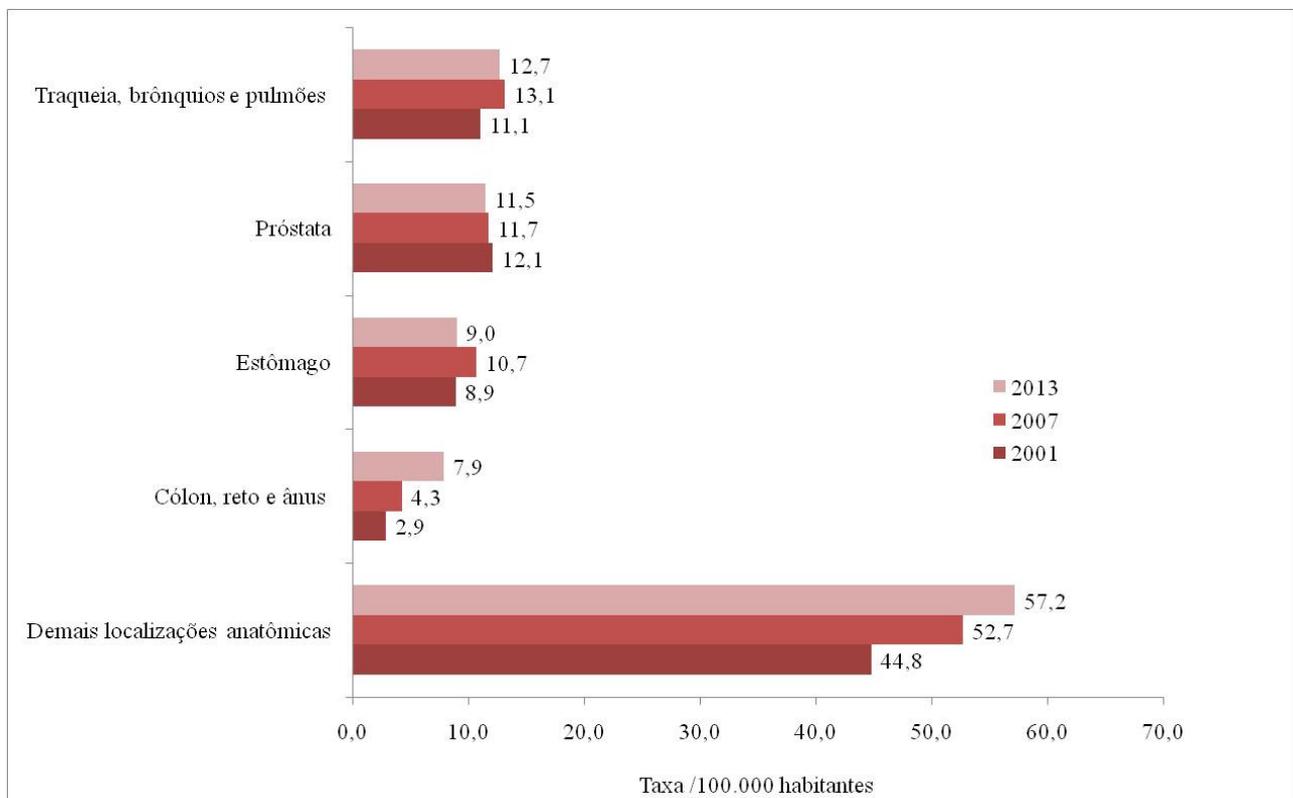
Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Gráfico 30 - Taxa de mortalidade por câncer em ambos os sexos. Fortaleza, 2001/2007/2013



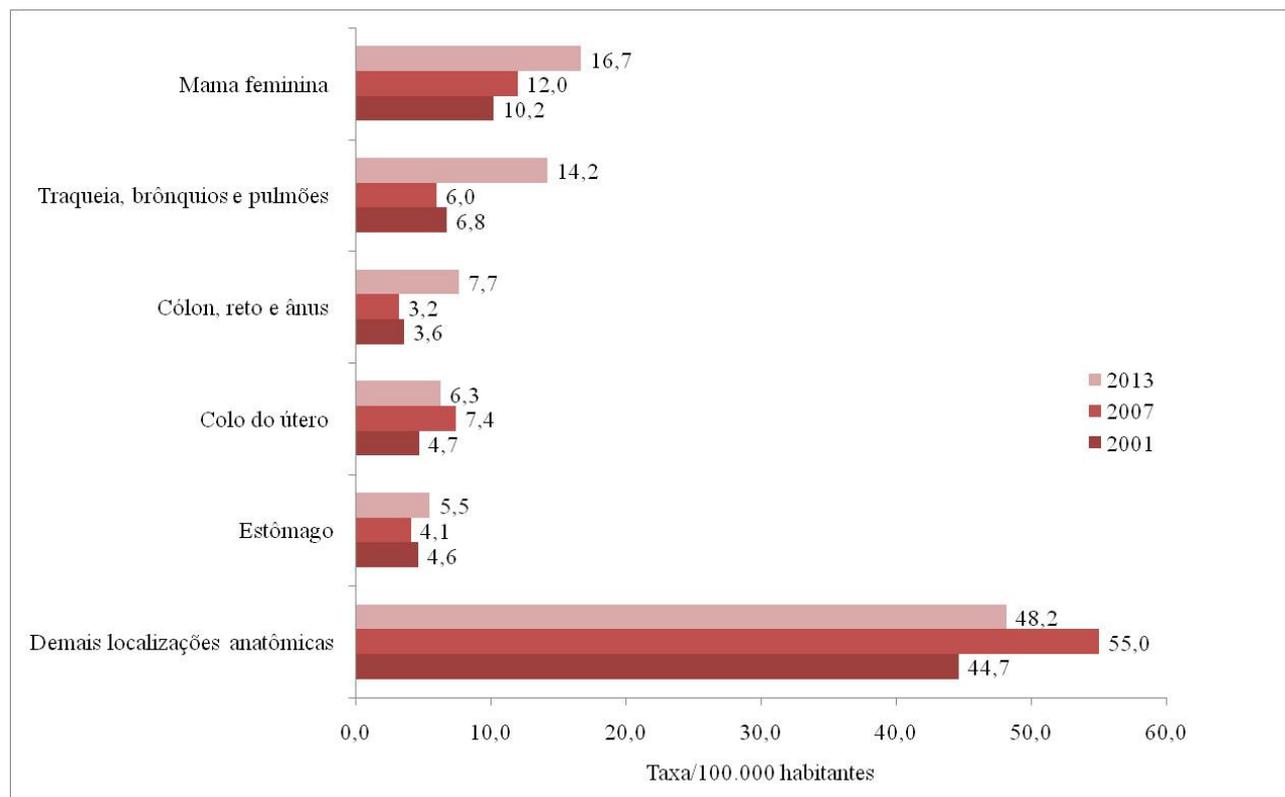
Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Gráfico 31 - Taxa de mortalidade por câncer no sexo masculino. Fortaleza, 2001/2007/2013



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Gráfico 32 - Taxa de mortalidade por câncer no sexo feminino. Fortaleza, 2001/2007/2013

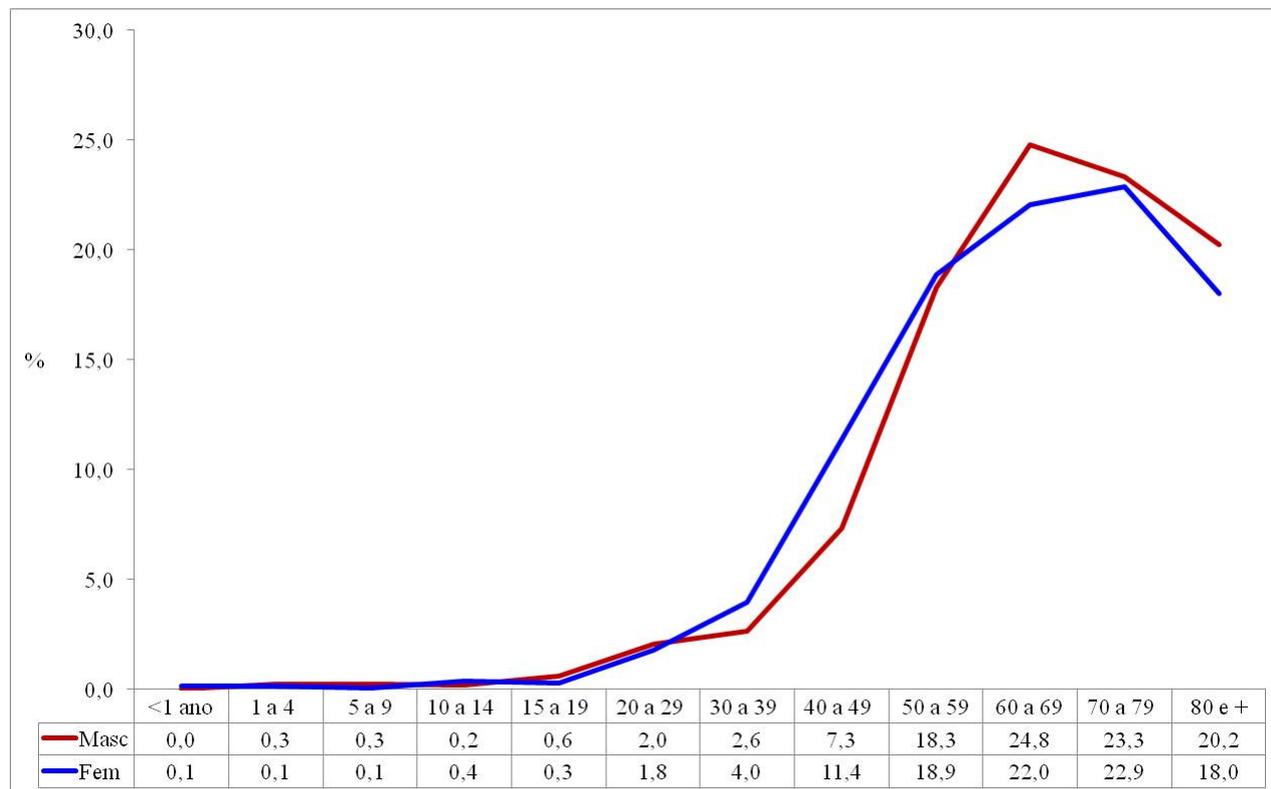


Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Em relação ao sexo e faixa etária, no ano de 2013 (Gráfico 33), observa-se que há uma semelhança em termos de proporção de óbitos por câncer, entre os dois sexos, até 29 anos, um aumento da proporção no sexo feminino entre 30 e 59 anos e, a partir de 60 anos, os homens morrem mais de câncer do que as mulheres.

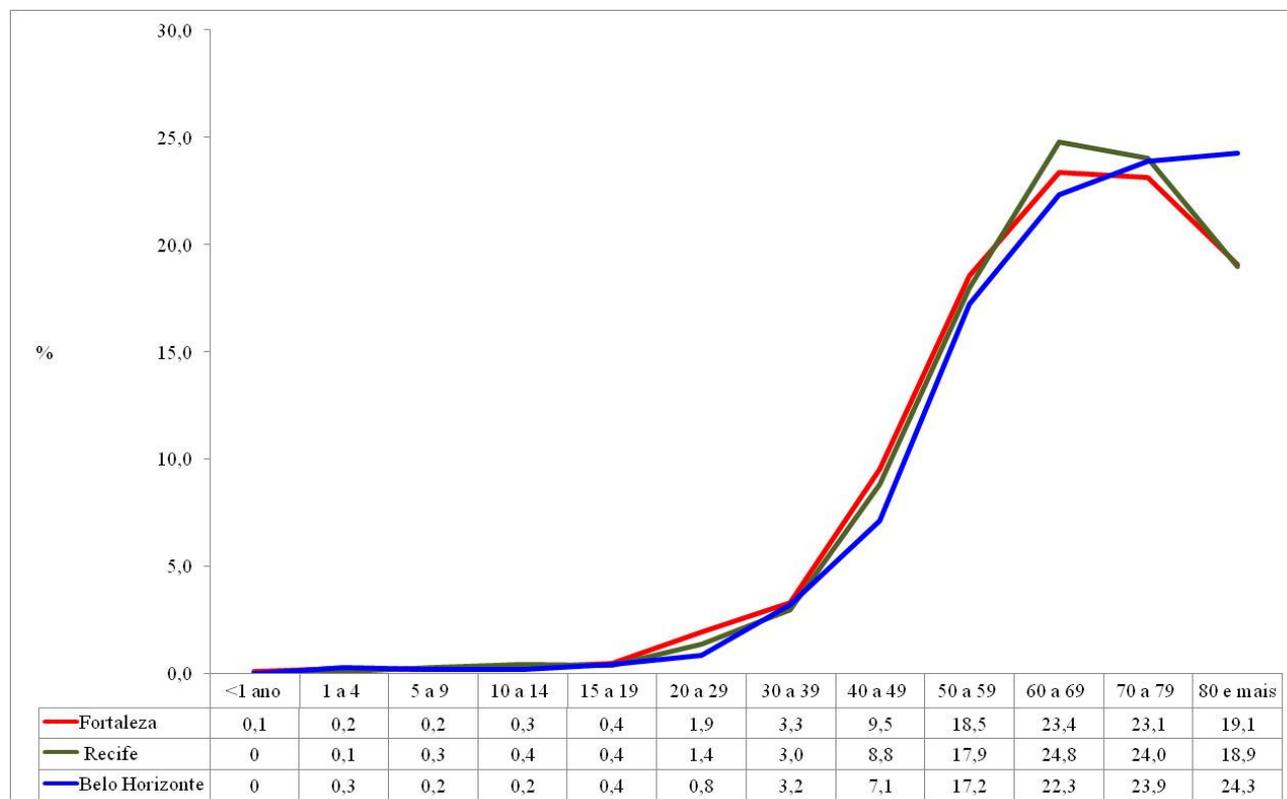
Comparando-se Recife, Fortaleza e Belo Horizonte, em 2013 (Gráfico 34), observa-se leve suavização da curva de mortalidade proporcional por câncer em Belo Horizonte, entre 20 e 60 anos, e um percentual maior de óbitos, a partir de 70 anos, nesta mesma cidade, provavelmente por maior proporção de longevos nesta faixa etária, do que nas outras duas capitais.

Gráfico 33 - Mortalidade proporcional (%) por câncer, segundo sexo e faixa etária. Fortaleza, 2013



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Gráfico 34 - Mortalidade proporcional (%) por câncer, segundo faixa etária. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2013



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Nas Tabelas 16, 17 e 18, estão distribuídos os óbitos por câncer de residentes, em Fortaleza, em 2013, por faixa etária e sexo. Destacam-se em ambos os sexos os cânceres, por ordem decrescente: 1) traqueia, brônquios e pulmões; 2) cólon, reto e ânus e 3) estômago.

O câncer de traqueia, brônquios e pulmões continua como a primeira causa de morte em ambos os sexos, com 345 óbitos em 2013, sendo 193 (56,9%) do sexo feminino e 152 (44,1%) do sexo masculino, a primeira causa de óbito neste sexo. Sua ocorrência se inicia a partir da faixa de 20 a 49 anos e cerca de 28% incide na faixa de menor 60 anos de idade.

O câncer de cólon, reto e ânus, o segundo em ambos os sexos, com 198 óbitos, sendo 104 (52,5%) no sexo feminino e 94 (47,5%) no sexo masculino. Embora predominando no sexo feminino, a diferença foi menor entre os sexos do que o câncer de traqueia, brônquios e pulmões, com proporção menor de óbitos abaixo de 60 anos, média de 28,8%.

O câncer de estômago, com 183 óbitos, o terceiro mais frequente na população, predominou no sexo masculino, com 108 óbitos (59%) e 75 (41%) no feminino. Na distribuição por faixa etária, destaca-se a ocorrência de 33 (30,6%) óbitos abaixo de 60 anos, no sexo masculino.

O câncer de mama, a primeira causa de morte por câncer entre as mulheres, em Fortaleza, vitimou 227 mulheres, sendo 54,2% abaixo de 60 anos. Destas, 68 (30%) estavam na faixa etária reprodutiva de 20 a 49 anos, 55 (24,2%) na faixa de 50 a 59 anos e 104 (45,8%) nas mulheres de 60 e mais anos.

O câncer de próstata, a segunda causa de morte por câncer no homem, predominou na faixa de 60 e mais anos de idade (93,8%).

Tabela 16 - Número e proporção de óbitos por câncer, por faixa etária, sexo masculino. Fortaleza, 2013

Causa (CID 10- Cap. IX)	< 1		1 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 49		50 a 59		60 e +		Ign		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Traqueia, brônquios e pulmões	-	-	-	-	-	-	-	-	7	4,6	35	23,0	110	72,4	-	-	152
Próstata	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,7	8	5,8	128	93,4	-	-	137
Estômago	-	-	-	-	-	-	-	-	16	14,8	17	15,7	75	69,4	-	-	108
Colón, reto e ânus	-	-	-	-	-	-	-	-	13	13,8	15	16,0	66	70,2	-	-	94
Demais localizações anatômicas	-	-	3	0,4	3	0,4	9	1,3	103	15,1	140	20,5	424	62,1	1	0,1	683
Total	-	-	3	0,3	3	0,3	9	0,8	140	11,9	215	18,3	803	68,4	1	0,1	1.174

Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Tabela 17 - Número e proporção de óbitos por câncer, por faixa etária, sexo feminino. Fortaleza, 2013

Causa (CID 10 – Cap. IX)	< 1		1 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 49		50 a 59		60 e +		Ign		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Mama feminina	-	-	-	-	-	-	-	-	68	30,0	55	24,2	104	45,8	-	-	227
Traqueia, brônquios e pulmões	-	-	-	-	-	-	-	-	15	7,8	46	23,8	132	68,4	-	-	193
Cólon, reto e ânus	-	-	-	-	-	-	-	-	13	12,5	16	15,4	75	72,1	-	-	104
Colo do útero	-	-	-	-	-	-	-	-	20	23,3	27	31,4	39	45,3	-	-	86
Estômago	-	-	-	-	-	-	-	-	9	12,0	6	8,0	60	80,0	-	-	75
Demais localizações anatômicas	2	0,3	2	0,3	1	0,2	9	1,4	105	16,1	101	15,4	434	66,4	-	-	654
Total	2	0,1	2	0,1	1	0,1	9	0,7	230	17,2	251	18,7	844	63,0	-	-	1.339

Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Tabela 18 - Número e proporção de óbitos por câncer, por faixa etária, ambos os sexos. Fortaleza, 2013

Causas (CID 10 – Cap. IX)	< 1		1 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 49		50 a 59		60 e +		Ign		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Traqueia, brônquios e pulmões	-	-	-	-	-	-	-	-	22	6,4	81	23,5	242	70,1	-	-	345
Colon, reto e ânus	-	-	-	-	-	-	-	-	26	13,1	31	15,7	141	71,2	-	-	198
Estômago	-	-	-	-	-	-	-	-	25	13,7	23	12,6	135	73,8	-	-	183
Demais localizações anatômicas	2	0,3	5	0,4	4	0,3	18	1,3	228	16,0	268	18,8	897	63,0	1	0,1	1.423
Total	2	0,1	5	0,2	4	0,2	18	0,7	370	14,7	466	18,5	1647	65,5	1	0,0	2.149

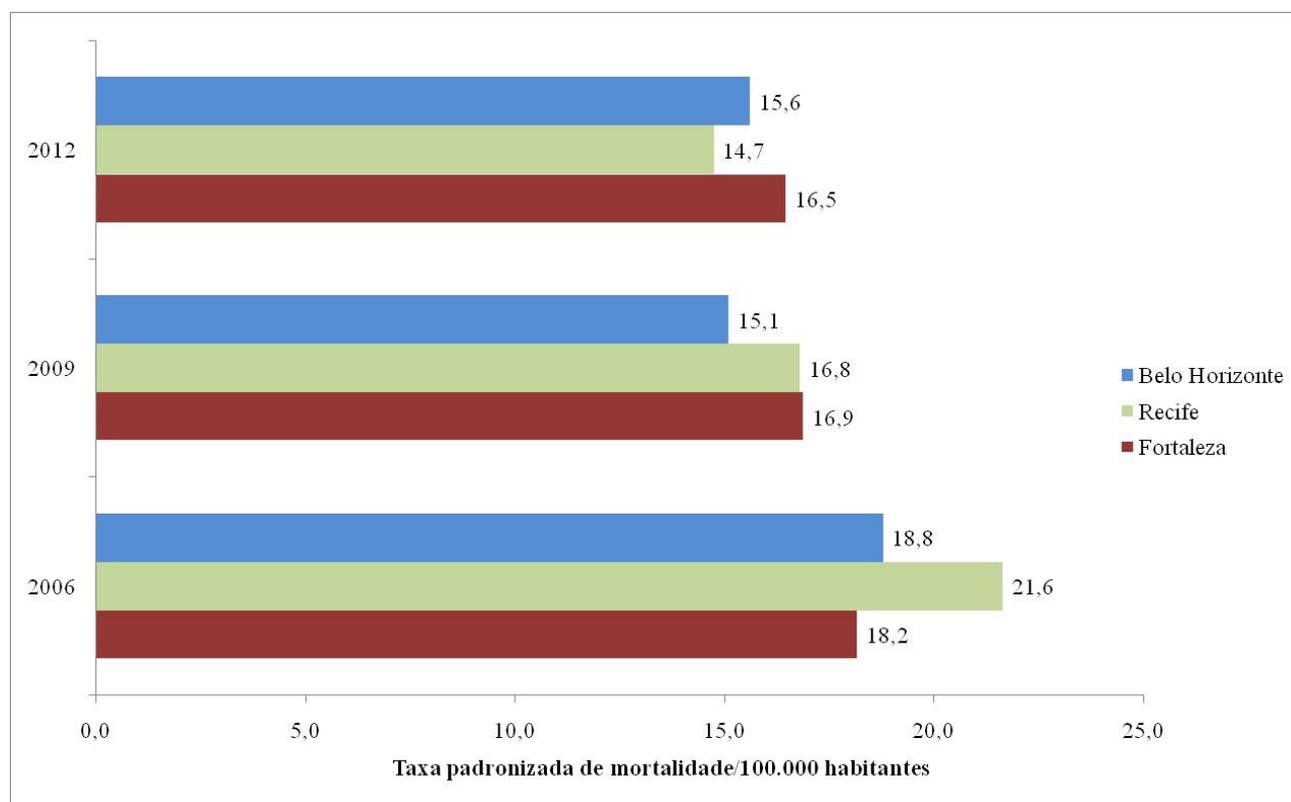
Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

A taxa padronizada de mortalidade por câncer de mama (Gráfico 35), comparando Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, durante o período de 2006 a 2012, indica certa estabilização em Fortaleza, em torno de 17 óbitos/100.000 habitantes, uma redução de 20% em Belo Horizonte e uma queda maior em Recife (46,9%), que apresentou a menor taxa em 2012 (14,7 óbitos/100.000 habitantes).

Quanto ao câncer de próstata (Gráfico 36), no mesmo período, nas três capitais, observa-se uma redução maior da taxa (18,8%) em Fortaleza e estabilização em Belo Horizonte e Recife, embora nesta última cidade as taxas sejam as maiores entre as três capitais.

Em relação aos cânceres de traquéia, brônquios e pulmões (Gráfico 37), Fortaleza apresentou a menor taxa de mortalidade (8,0 /100.000habitantes) em 2012 e redução de 27.27%, entre 2009 e 2012. Em segundo lugar vem Belo Horizonte, com taxa de 10,5/100.000 habitantes em 2012 e, por último, Recife, com as taxas mais altas no período, embora que apresente uma redução um pouco maior (28%) do que Fortaleza

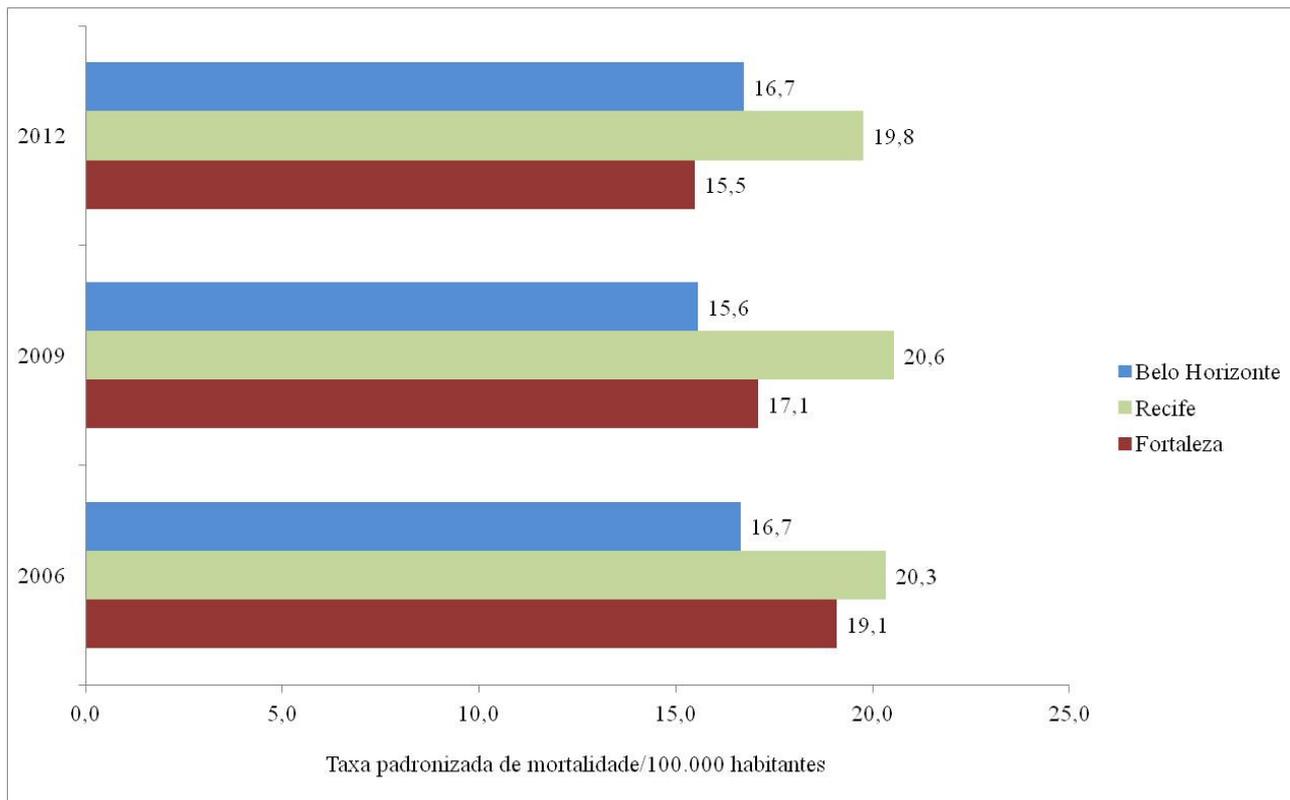
Gráfico 35 - Taxa padronizada de mortalidade por câncer de mama. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2006/2009/2012



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Nota: taxa padronizada pela população do Brasil, Censo 2010.

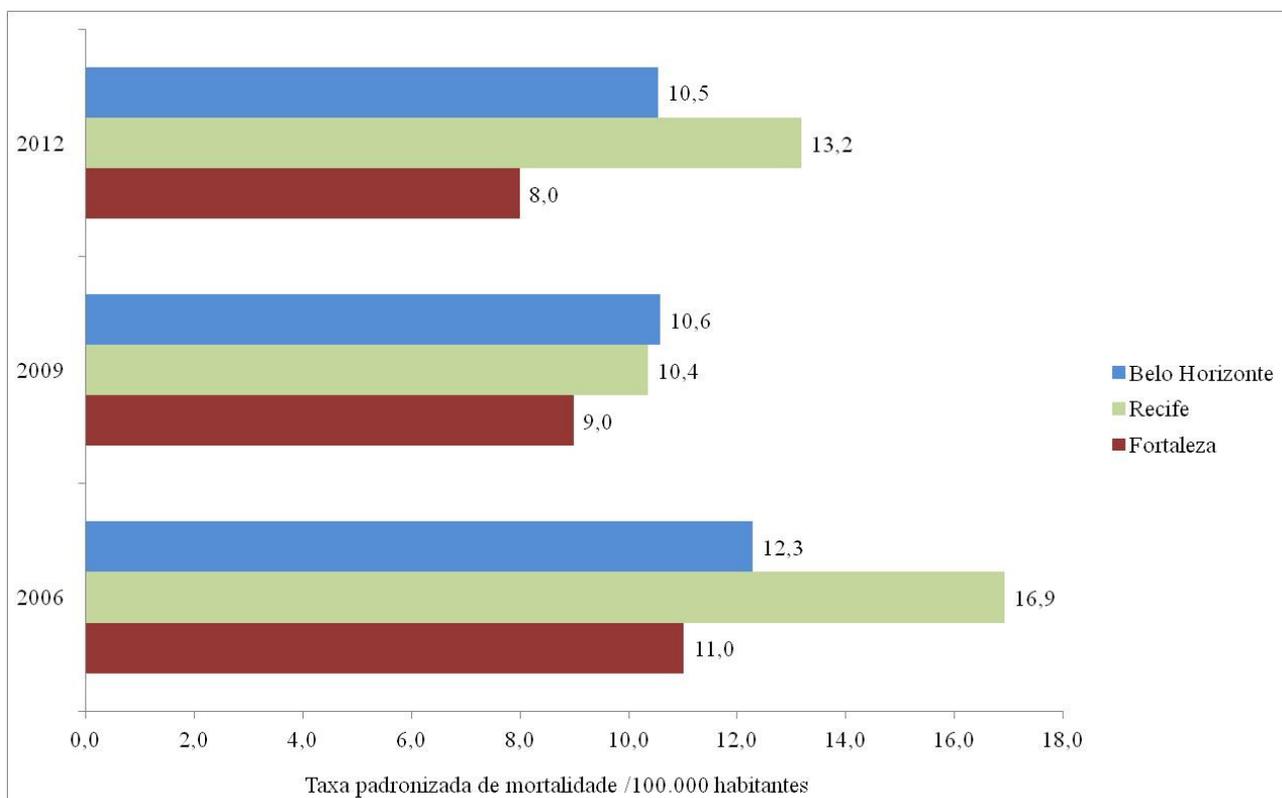
Gráfico 36 - Taxa padronizada de mortalidade (por 100.000 habitantes) por câncer de próstata. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2006/2009/2012



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Nota: taxa padronizada pela população do Brasil, Censo 2010.

Gráfico 37 - Taxa padronizada de mortalidade (por 100.000 habitantes) por câncer de traqueia, brônquios e pulmões. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2006/2009/2012



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Nota: taxa padronizada pela população do Brasil, Censo 2010.

3.1.4. Mortalidade por doenças do aparelho respiratório

As pneumonias e a doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC (Tabela 19) predominaram neste grupo de doenças, com 55,7% e 17,4% dos óbitos, respectivamente, no ano de 2013. Entre 1997 e 2013, houve um aumento de 360,4% no número de casos de pneumonia. O envelhecimento da população, aliada à co-morbidade observada nos idosos, contribuem para essa tendência. Os benefícios da vacinação contra influenza entre idosos e portadores de condições crônicas têm sido evidenciados em vários estudos, mas a adesão à vacina tem se mostrado ainda insatisfatória em muitos países, inclusive no Brasil.¹⁵

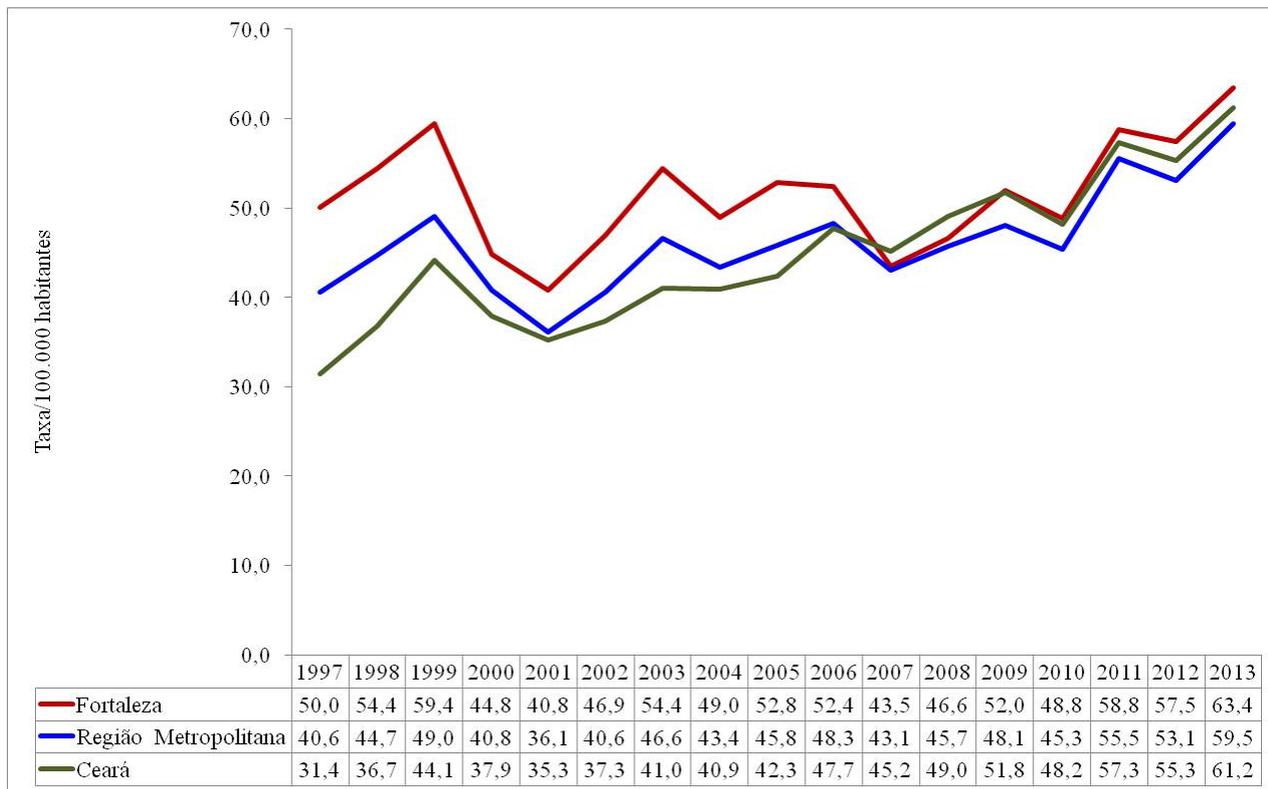
Em relação à taxa de mortalidade, que mede o risco de morrer por uma doença, observa-se que a taxa, por esse grupo de causas, é crescente em Fortaleza, Região Metropolitana e Ceará de 1997 a 2013 (Gráfico 38). A pneumonia tem sido a primeira causa de morte entre as doenças do aparelho respiratório, com aumento de 305,7% da taxa de mortalidade, entre 2001 e 2013, partindo de 8,7 óbitos/100.000 habitantes em 2001, para 35,3 óbitos/100.000 habitantes em 2013. A DPOC, com taxa de mortalidade mais baixa, também vem crescendo, com aumento de 65,7% no mesmo período. A mortalidade pelas demais doenças do aparelho respiratório decresceram (Gráfico 39).

Tabela 19 Número de óbitos por doenças do aparelho respiratório. Fortaleza, 1997, 2001, 2005, 2009 e 2013

Causa (Doenças do aparelho respiratório)	1997	2001	2005	2009	2013
Pneumonia	250	189	315	583	901
Doença pulmonar obstrutiva crônica	131	146	187	241	282
Asma	55	45	26	34	41
Demais doenças do aparelho respiratório	572	511	726	442	394
Total de doenças do aparelho respiratório	1.008	891	1.254	1.300	1.618

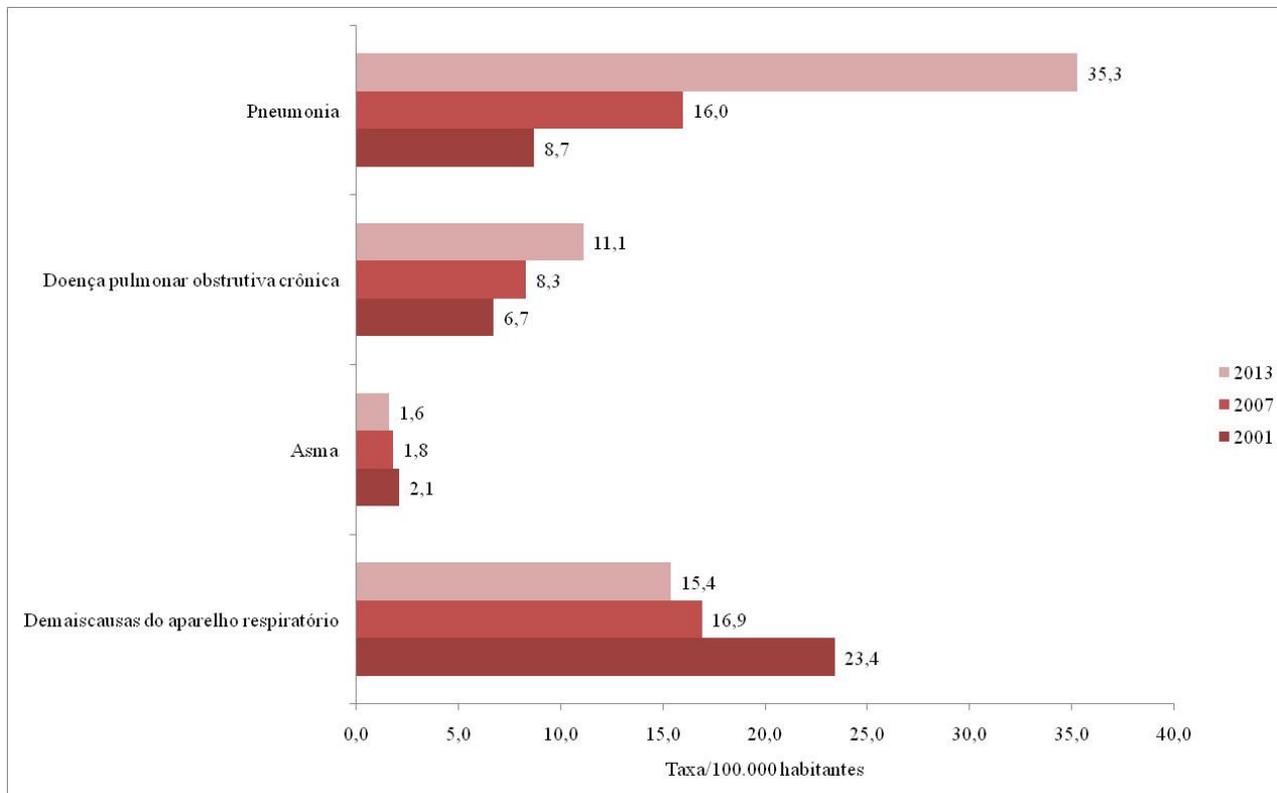
Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Gráfico 38 - Taxa de mortalidade por doenças do aparelho respiratório. Ceará, Fortaleza e Região Metropolitana, 1997 a 2013



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Gráfico 39 - Taxa de mortalidade por doenças do aparelho respiratório. Fortaleza, 2001/2007/2013



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

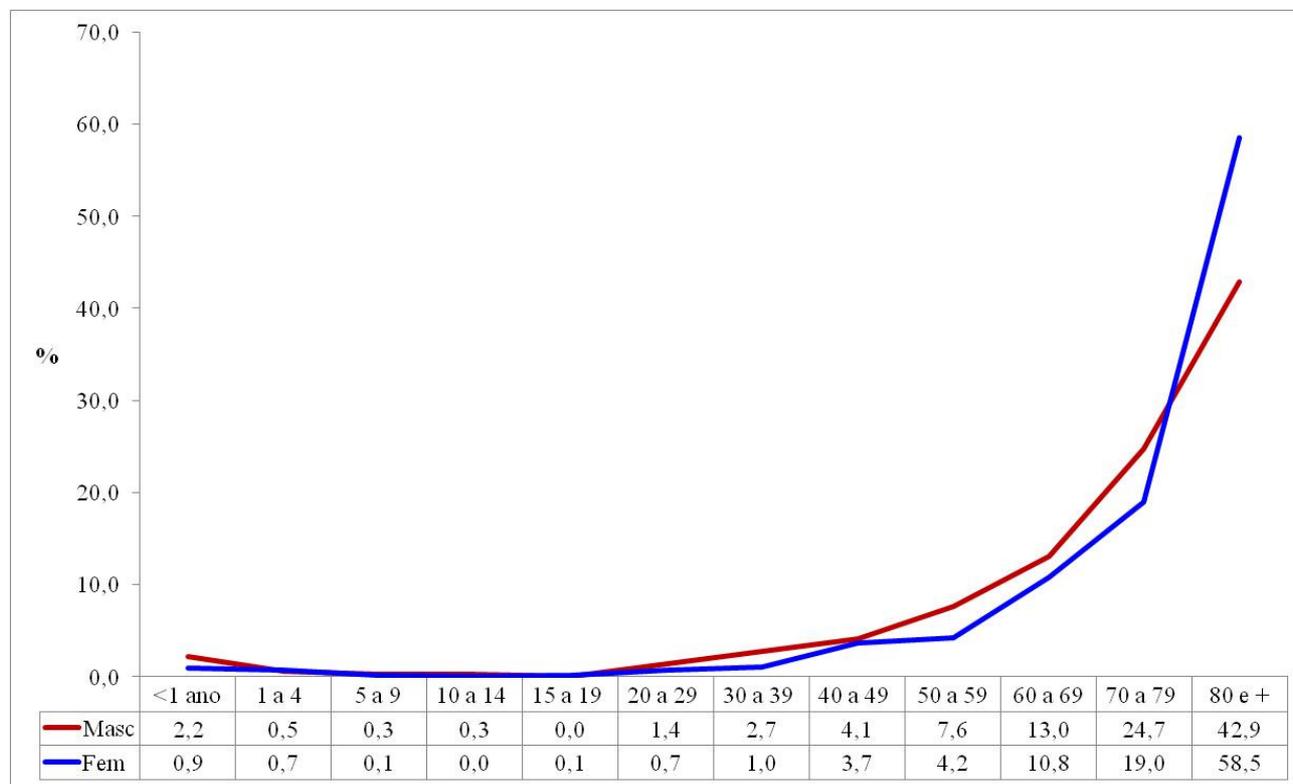
A mortalidade por doenças do aparelho respiratório, segundo sexo e faixa etária, é apresentada nos Gráficos 40 e 41 e nas Tabelas 20, 21 e 22. A curva de mortalidade proporcional, por faixa etária, das doenças do aparelho respiratório (Gráfico 40) mostra crescimento proporcional dos óbitos com o aumento da idade. No sexo feminino, a proporção dos que morreram por essas causas, foi maior a partir dos 80 anos, pela maior longevidade desse gênero.

Na comparação entre as três capitais, Fortaleza, Recife e Belo Horizonte (Gráfico 41), há praticamente uma superposição das curvas de mortalidade proporcional, observando-se um crescimento mais consistente dos óbitos a partir dos 60 anos.

Dos 901 óbitos por pneumonia, 487 (54,1%) foram no sexo feminino e 414 (45,9%) no sexo masculino. Embora tenha vitimado pessoas em todas as faixas etárias, mais de 80% tinham mais de 60 anos (Tabelas 16, 17 e 18).

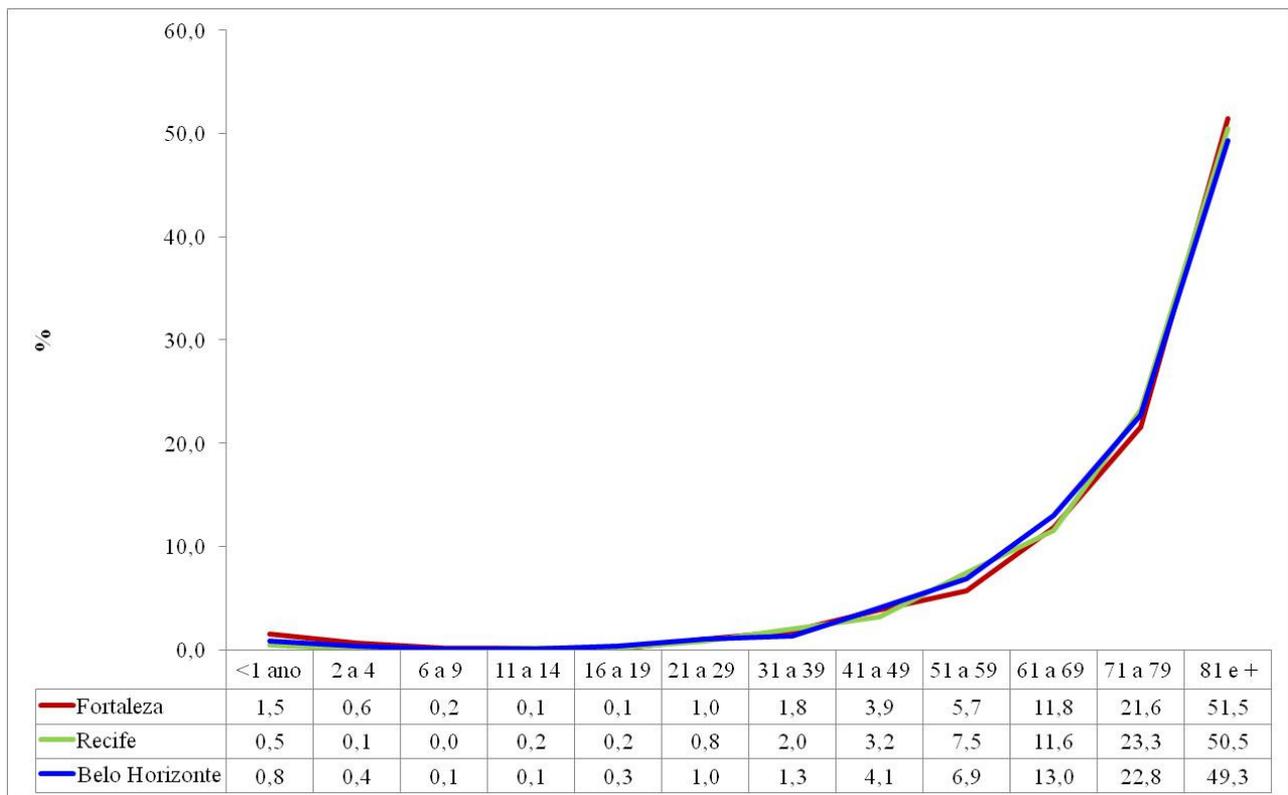
Ocorreram 282 óbitos por DPOC, sendo 161 (57,1%) do sexo feminino e 121 (42,9%) do sexo masculino, concentrando-se, em ambos os sexos, acima dos 60 anos (mais de 90%).

Gráfico 40 - Mortalidade proporcional (%) por doenças do aparelho respiratório, segundo sexo e faixa etária. Fortaleza, 2013



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Gráfico 41 - Mortalidade proporcional (%) segundo faixa etária por doenças do aparelho respiratório. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2013



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Tabela 20 - Número e proporção de óbitos por doenças do aparelho respiratório, por faixa etária, sexo masculino. Fortaleza, 2013

Causa (CID 10 – Cap. IX)	< 1		1 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 49		50 a 59		60 e +		Ign		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Pneumonia	9	2,2	3	0,7	1	0,2	1	0,2	33	8,0	32	7,7	334	80,7	1	0,2	414
Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)	1	0,8	1	0,8	-	-	-	-	2	1,7	4	3,3	113	93,4	-	-	121
Asma	-	-	-	-	1	12,5	-	-	2	25,0	1	12,5	4	50,0	-	-	8
Demais causas do aparelho respiratório	6	3,1	-	-	-	-	1	0,5	23	11,9	19	9,8	143	73,7	2	1,0	194
Total	16	2,2	4	0,5	2	0,3	2	0,3	60	8,1	56	7,6	594	80,6	3	0,4	737

Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Tabela 21 Número e proporção de óbitos por doenças do aparelho respiratório, por faixa etária, sexo feminino. Fortaleza, 2013

Causa (CID 10 – Cap. IX)	< 1		1 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 49		50 a 59		60 e +		Ign		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Pneumonia	7	1,4	5	1,0	1	0,2	-	-	19	3,9	23	4,7	431	88,5	1	0,2	487
Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)	-	-	1	0,6	-	-	-	-	4	2,5	8	5,0	148	91,9	-	-	161
Asma	-	-	-	-	-	-	-	-	6	18,2	2	6,1	25	75,8	-	-	33
Demais causas do aparelho respiratório	1	0,5	-	-	-	-	1	0,5	19	9,5	4	2,0	175	87,5	-	-	200
Total	8	0,9	6	0,7	1	0,1	1	0,1	48	5,4	37	4,2	779	88,4	1	0,1	881

Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Tabela 22 Número e proporção de óbitos por doenças do aparelho respiratório por faixa etária, ambos os sexos. Fortaleza, 2013

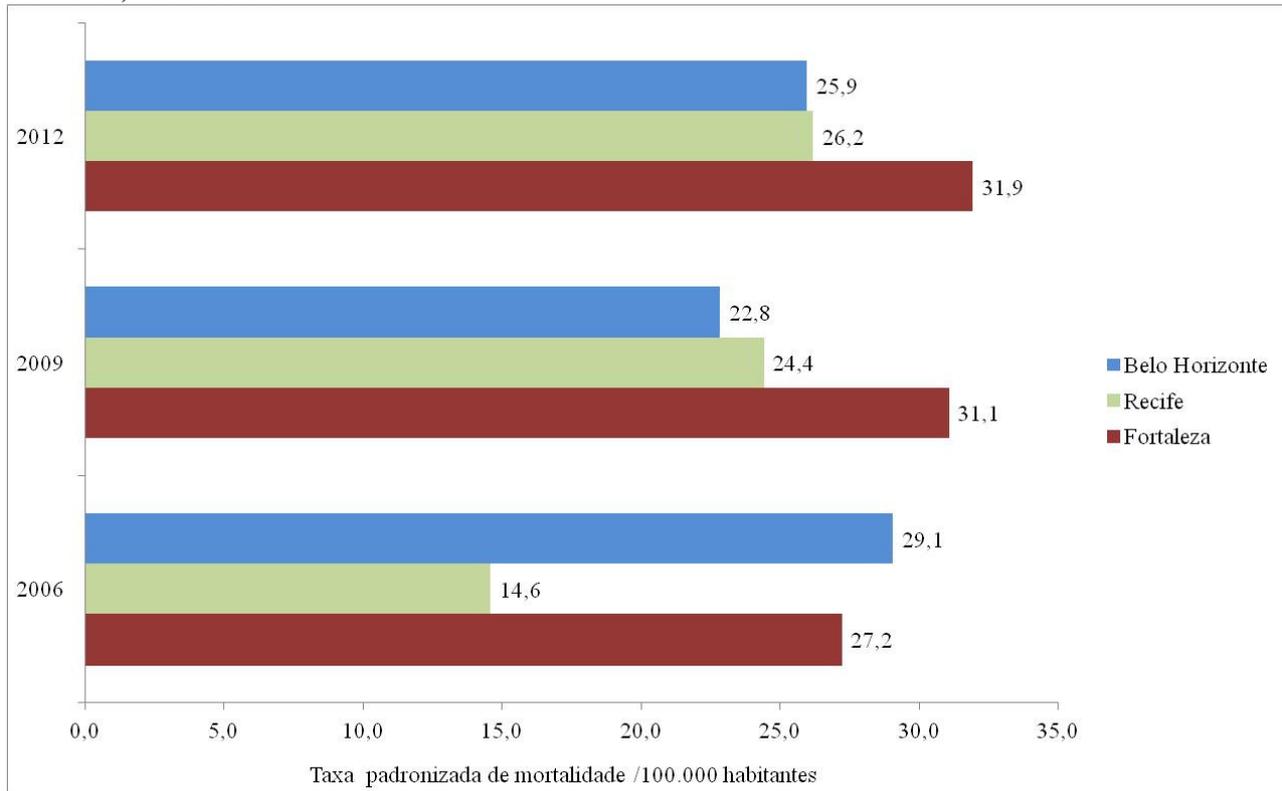
Causa (CID 10 – Cap. IX)	< 1		1 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 49		50 a 59		60 e +		Ign		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Pneumonia	16	1,8	8	0,9	2	0,2	1	0,1	52	5,8	55	6,1	765	84,9	2	0,2	901
Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)	1	0,4	2	0,7	-	-	-	-	6	2,1	12	4,3	261	92,6	-	-	282
Asma	-	-	-	-	1	2,4	-	-	8	19,5	3	7,3	29	70,7	-	-	41
Demais causas do aparelho respiratório	7	1,8	-	-	-	-	2	0,5	42	10,7	23	5,8	318	80,7	2	0,5	394
Total	24	1,5	10	0,6	3	0,2	3	0,2	108	6,7	93	5,7	1.373	84,9	4	0,2	1.618

Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

A taxa padronizada de mortalidade por pneumonia, comparando-se Fortaleza, Recife e Belo Horizonte (Gráfico 42), revela que Fortaleza concentra as maiores taxas, com leve tendência de crescimento, provavelmente pela menor adesão às campanhas de vacinação de idosos nesta capital, Recife apresenta as menores taxas, mas em crescimento, superando Belo Horizonte, em 2012, que mostra uma tendência de redução.

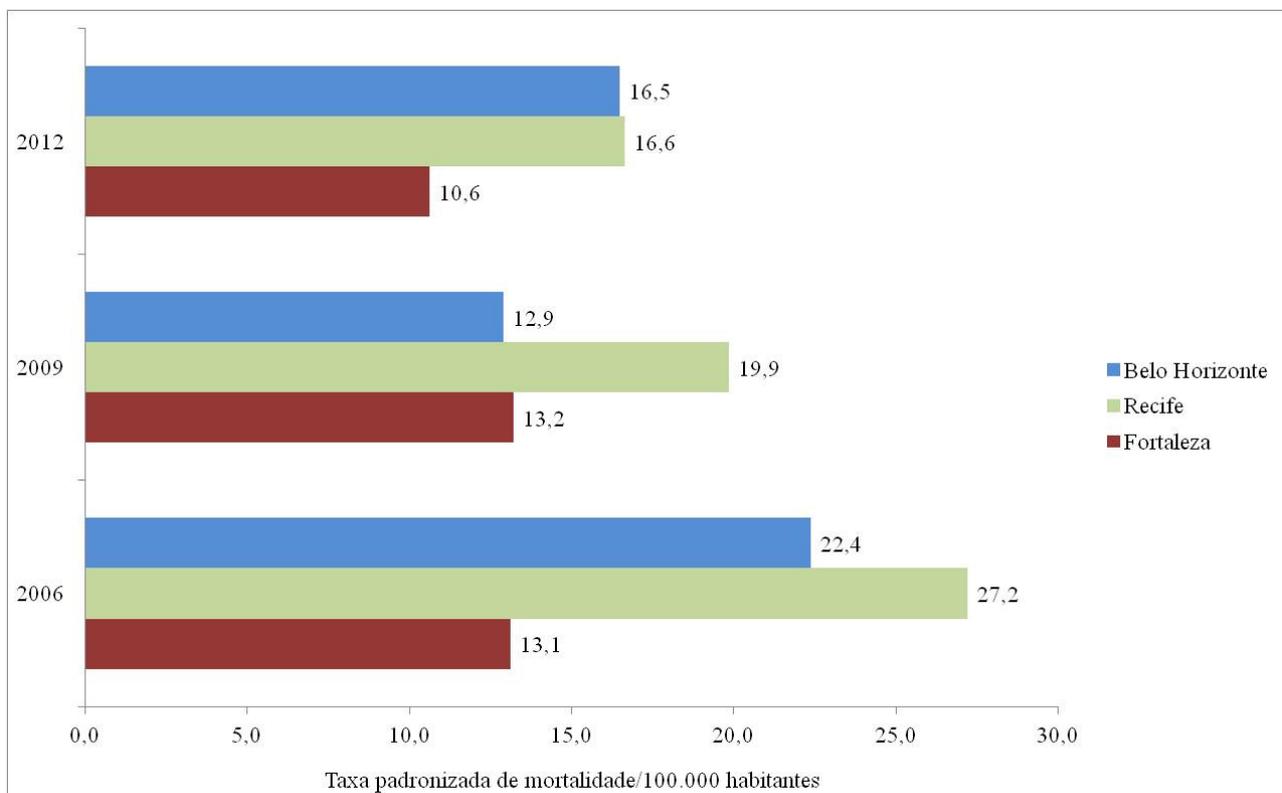
Em relação à DPOC (Gráfico 43), Recife destaca-se com as maiores taxas, com tendência de descenso, Fortaleza concentra as menores taxas no período e Belo Horizonte assume uma posição intermediária, com tendência de declínio também.

Gráfico 42 - Taxa padronizada de mortalidade (por 100.000 habitantes) por pneumonia. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2006/2009/2012



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM
 Nota: taxa padronizada pela população do Brasil, Censo 2010.

Gráfico 43 - Taxa padronizada de mortalidade (por 100.000 habitantes) por doença pulmonar obstrutiva crônica. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2006/2009/2012



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM
 Nota: taxa padronizada pela população do Brasil, Censo 2010.

3.1.5. Mortalidade por algumas doenças infecciosas e parasitárias (DIP)

Destacam-se, nesse grupo (Tabela 23), no ano de 2013, a mortalidade por septicemia (28,8%), doença por vírus de imunodeficiência humana – HIV (26,5%), tuberculose (13,6%) e doenças infecciosas intestinais (8,2%). A mortalidade por septicemia se manteve estável no período e deve-se considerar que, quando selecionada como causa básica, geralmente é um diagnóstico incompleto, visto ser sempre consequência ou complicação de outro agravo.¹⁶

A mortalidade por vírus de imunodeficiência humana – HIV continua ascendente em Fortaleza, mas estudos realizados sobre a mortalidade por aids no país apontam para sua diminuição. No período de 1982 a 2002, constatou-se redução da mortalidade por aids no Brasil a partir de 1996, ano de introdução do tratamento com antirretrovirais pelo serviço público de saúde, embora com uma desaceleração da queda nos três últimos anos do estudo.¹⁷ De 2002 a 2011 a taxa de mortalidade no Brasil caiu de 6,3 por 100 mil habitantes para 5,6 em 2011. No entanto, há diferenças regionais, comportando-se com queda no Sudeste, tendência de aumento nas regiões Norte, Nordeste e Sul e estável no Centro-Oeste.¹⁸

A mortalidade por tuberculose, em Fortaleza, manteve-se estável, enquanto que no grupo de doenças infecciosas intestinais (gastroenterites e outras), a tendência tem sido de redução. A infecção por HIV tem contribuído para o aumento do número de casos de TB e pelo aumento da mortalidade entre os pacientes coinfectados. Fortaleza é um dos centros urbanos com maior incidência de TB no país, inferior, no entanto, a Recife.¹⁹

O Gráfico 44 mostra o comportamento da mortalidade por DIP de 1997 a 2013 em Fortaleza, Região Metropolitana e Ceará. Observa-se queda das taxas de mortalidade no período, com maior redução no município de Fortaleza, que passou de 36,6 óbitos/100.000 habitantes em 1997 para 25,9/100.000 habitantes em 2013 (queda de 29,9%). A mortalidade por DIP no Ceará superou a de Fortaleza e da Região Metropolitana de 1999 a 2001, provavelmente influenciada pela maior mortalidade por doenças infecciosas intestinais nos municípios do interior. A partir de 2003, Fortaleza passa a apresentar maior mortalidade por DIP, pela importância do aumento da mortalidade por aids, dengue e outras infecciosas.

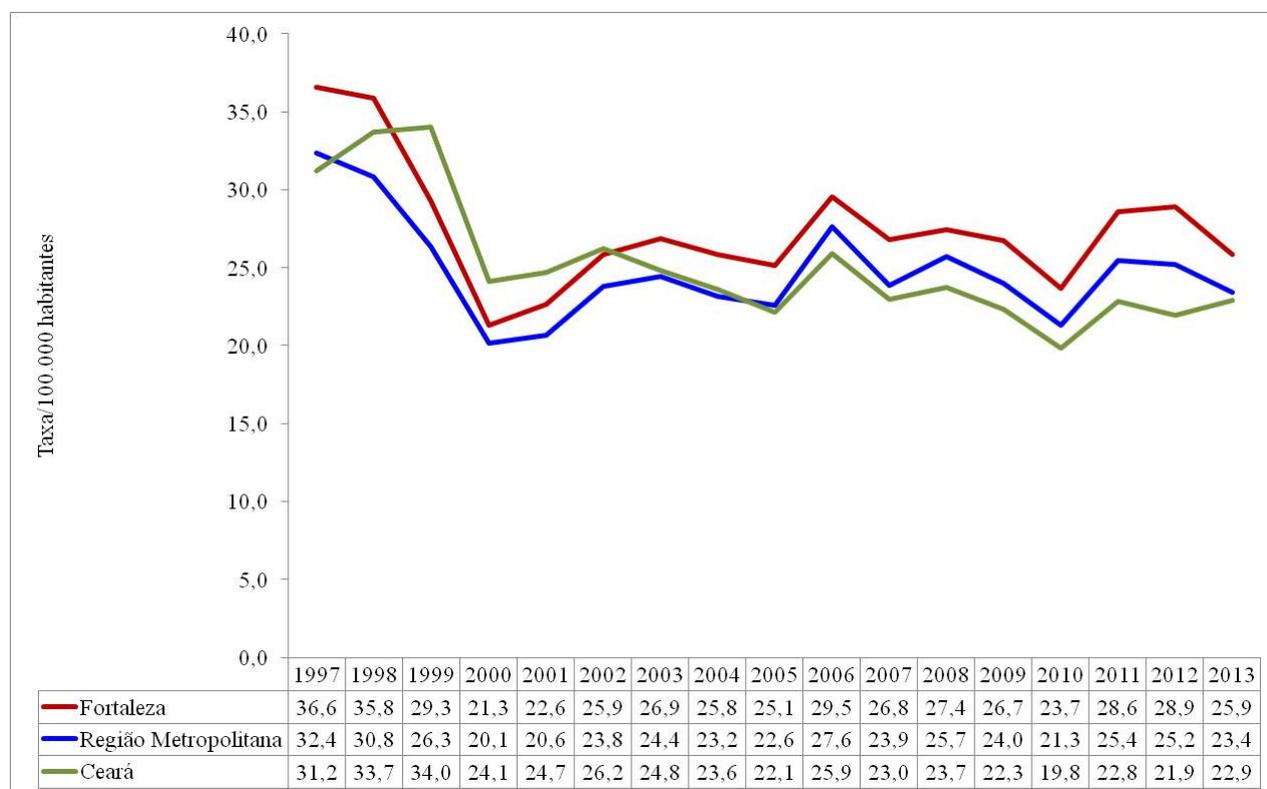
Analisando-se as causas específicas de mortalidade por DIP, constata-se que em Fortaleza, no período de 2001 a 2013, as doenças por HIV estão em ascensão, com incremento de 81,6% de sua taxa de mortalidade. Observa-se manutenção da taxa de mortalidade por septicemia, talvez por certa imprecisão no preenchimento dos atestados de óbitos, pois geralmente septicemia não é a causa básica, mas uma complicação de outra doença que levou ao óbito. A taxa de tuberculose decresceu, entre 2001 e 2007 (20,5%) e de mortalidade por doenças infecciosas intestinais de 22,2%. É importante destacar o aumento da taxa de mortalidade pelas demais DIP (Gráfico 45).

Tabela 23 - Número de óbitos por algumas doenças infecciosas e intestinais. Fortaleza, 1997, 2001, 2005, 2009 e 2013

Causa (Algumas doenças infecciosas e parasitárias)	1997	2001	2005	2009	2013
Septicemia	217	160	220	182	190
Doença por vírus de imunodeficiência humana (HIV)	106	84	116	149	175
Tuberculose	91	96	93	133	90
Doenças infecciosas intestinais	211	59	45	71	54
Demais doenças infecciosas e parasitárias	112	95	123	140	151
Total de Algumas doenças infecciosas e parasitárias	737	494	597	675	660

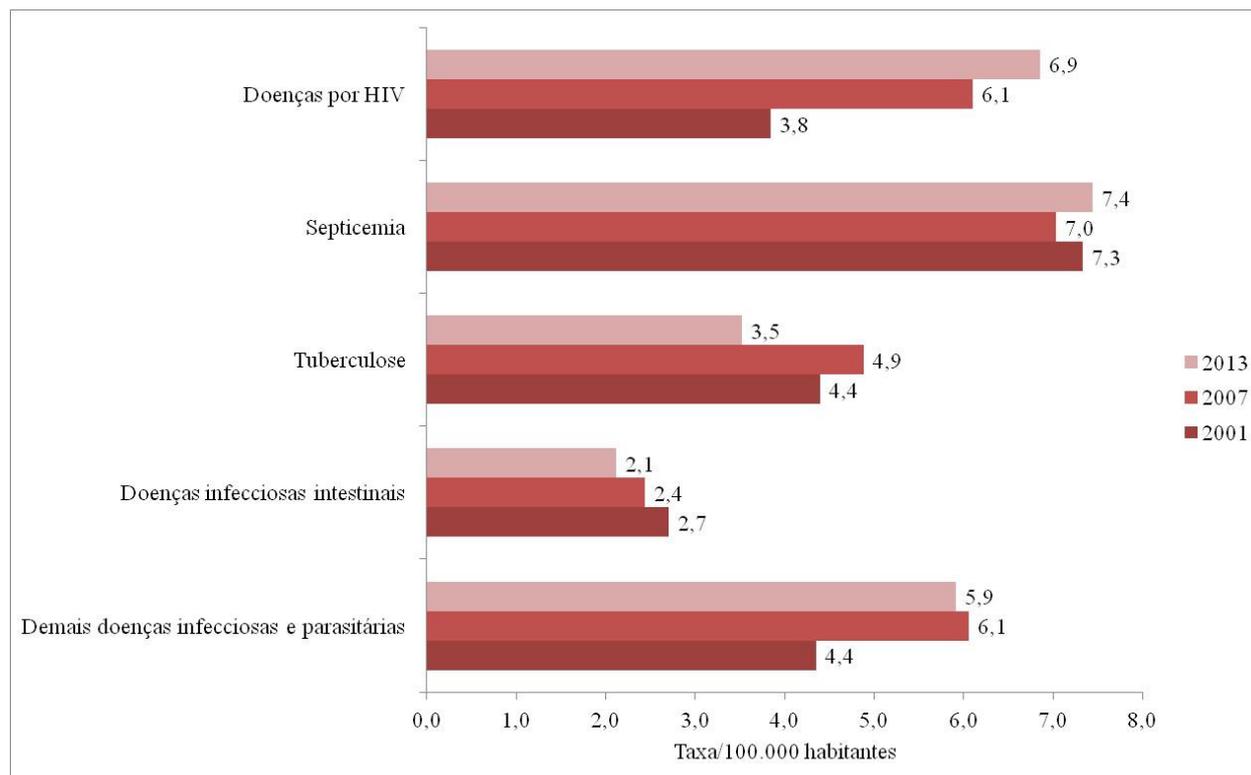
Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Gráfico 44 - Taxa de mortalidade por algumas doenças infecciosas e parasitárias. Ceará, Fortaleza e Região Metropolitana, 1997 a 2013



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Gráfico 45 - Taxa de mortalidade por algumas doenças infecciosas e parasitárias. Fortaleza, 2001/2007/2013



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Na distribuição dos óbitos por DIP, por sexo e faixa etária, em 2013, a proporção de óbitos do sexo masculino, na faixa de 20 a 59 anos, correspondeu a 57,6% do total de óbitos no mesmo sexo, faixa de maior mortalidade por aids e tuberculose. No sexo feminino, a taxa de mortalidade por DIP aumenta com a idade, a partir da faixa de 20 a 29 anos, com um pico na faixa de 80 anos e mais, podendo-se atribuir às mortes por septicemia (Gráfico 46).

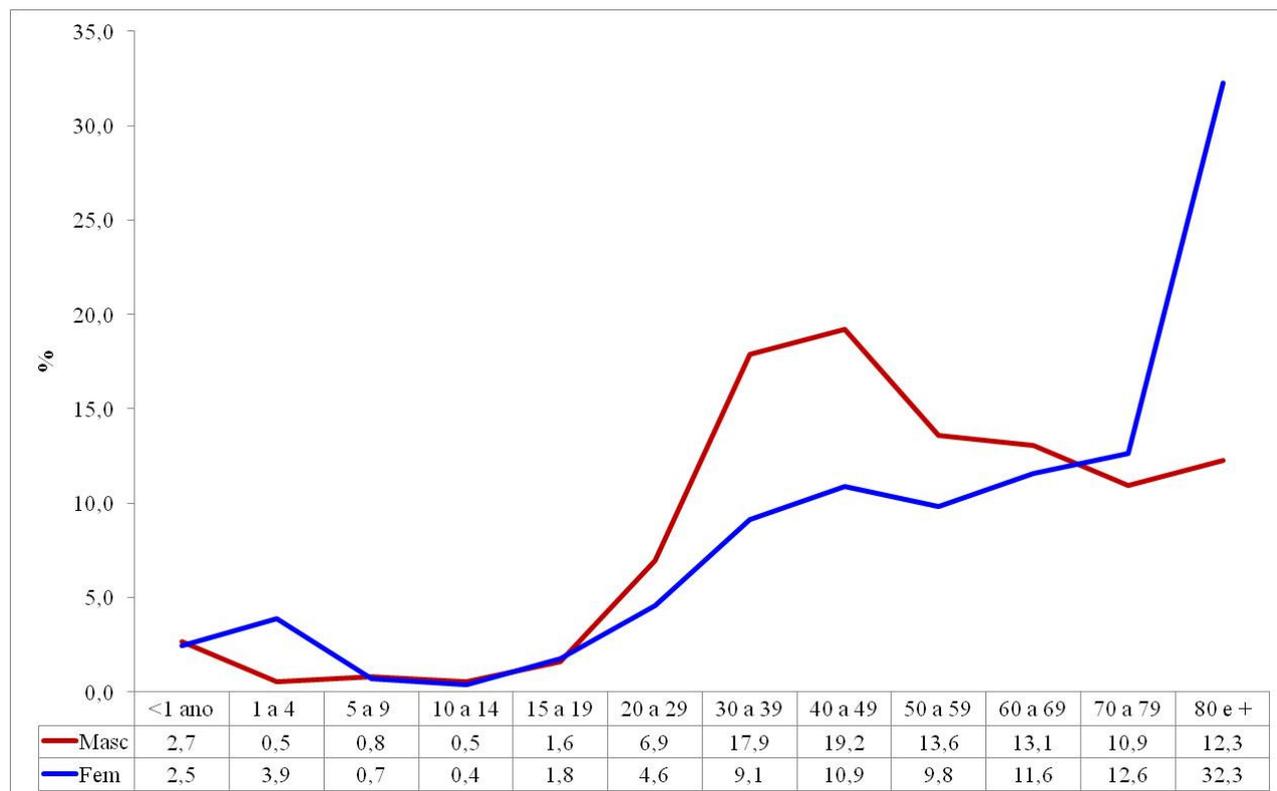
Quando se compara Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, há um percentual maior dos óbitos infantis em Fortaleza e Recife, uma curva de mortalidade proporcional mais acentuada, na faixa de 15 a 59 anos, em Fortaleza e percentuais mais altos, nas três capitais, a partir de 70 anos, com destaque para Belo Horizonte, com aumento maior já a partir de 60 anos (Gráfico 47).

Foram registrados 660 óbitos por DIP em 2013 em Fortaleza, dos quais 26,5% (175) foram por doença por vírus de imunodeficiência humana (HIV), e predominaram no sexo masculino (71,4%). As doenças por HIV foram a primeira causa de óbito no sexo masculino, acometendo principalmente pessoas com menos de 60 anos (88,8%). No sexo feminino foram a segunda causa, 66,3% em menores de 60 anos (Tabelas 24, 25 e 26).

Dos 190 óbitos por septicemia, primeira causa de óbito por DIP nas mulheres, 107 (56,3%) foram no sexo feminino e 83 (43,7%) no sexo masculino. Vitimaram pessoas em quase todas as faixas etárias, mas 78,5% dos óbitos no sexo feminino foram na faixa de 60 e mais e 66,3% dos óbitos no sexo masculino foram também nessa faixa etária (Tabelas 24, 25 e 26).

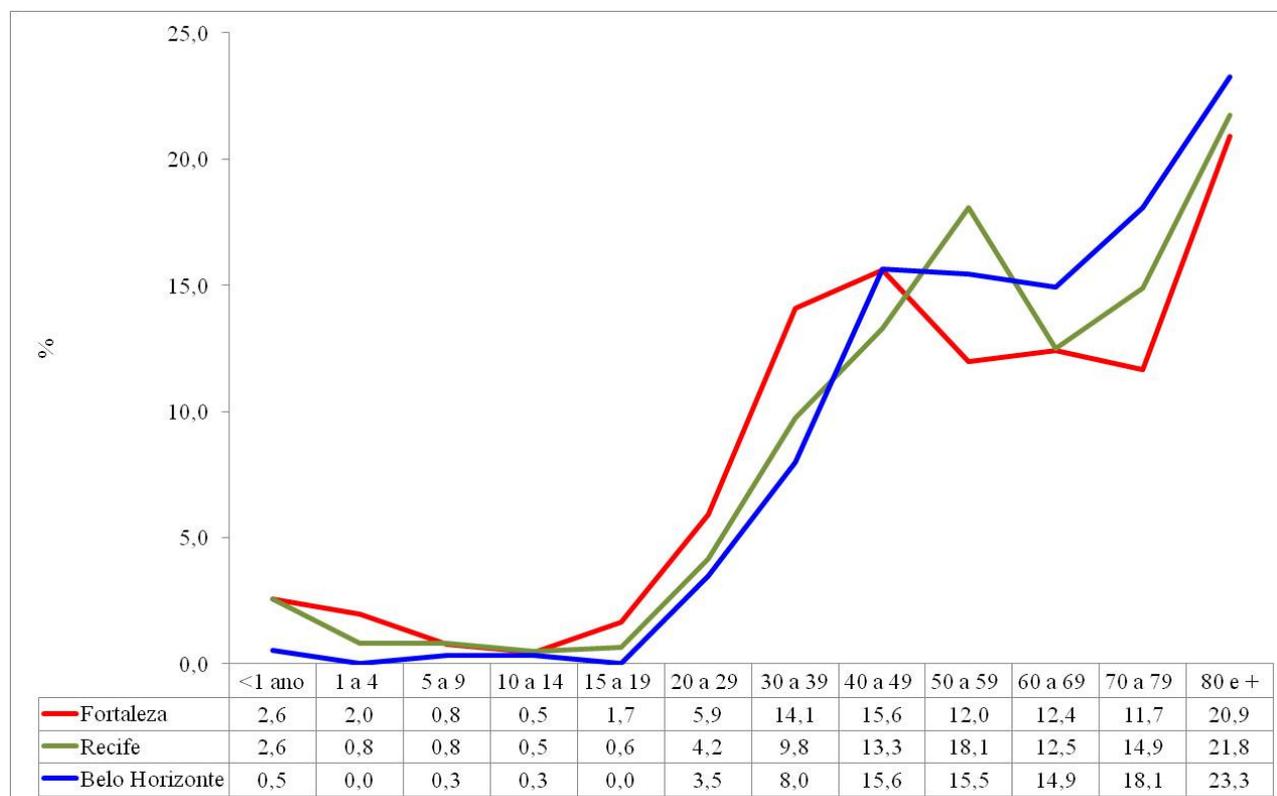
Os 90 óbitos, por tuberculose, predominaram no sexo masculino (64,4%) e em menores de 60 anos (53,3%). Enquanto os óbitos por doenças infecciosas intestinais (54), predominaram no sexo feminino e em maiores de 60 anos (Tabelas 24, 25 e 26).

Gráfico 46 - Mortalidade proporcional (%) por algumas doenças infecciosas e parasitárias, segundo sexo e faixa etária. Fortaleza, 2013



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Gráfico 47 - Mortalidade proporcional (%) por algumas doenças infecciosas e parasitárias, segundo faixa etária. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2013



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Nota: dados sujeitos a revisão

Tabela 24 - Número e proporção de óbitos por algumas doenças infecciosas e parasitárias, por faixa etária, sexo masculino. Fortaleza, 2013

Causa (CID 10 – Cap. IX)	< 1		1 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 49		50 a 59		60 e +		Ign		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Doenças por vírus da imunodeficiência humana (HIV)	1	0,8	-	-	-	-	3	2,4	91	72,8	16	12,8	14	11,2	-	-	125
Septicemia	3	3,6	-	-	1	1,2	1	1,2	14	16,9	9	10,8	55	66,3	-	-	83
Tuberculose	-	-	-	-	-	-	-	-	25	43,1	9	15,5	24	41,4	-	-	58
Doenças infecciosas intestinais	1	4,3	0	0,0	-	-	-	-	7	30,4	3	13,0	12	52,2	-	-	23
Demais doenças infecciosas e parasitárias	5	5,8	2	2,3	2	2,3	4	4,7	28	32,6	14	16,3	31	36,0	-	-	86
Total	10	2,7	2	0,5	3	0,8	8	2,1	165	44,0	51	13,6	136	36,3	-	-	375

Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Tabela 25 - Número e proporção de óbitos por algumas doenças infecciosas e parasitárias, por faixa etária, sexo feminino. Fortaleza, 2013

Causa (CID 10 – Cap. IX)	< 1		1 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 49		50 a 59		60 e +		Ign		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Septicemia	5	4,7	4	3,7	-	-	1	0,9	7	6,5	6	5,6	84	78,5	-	-	107
Doenças por vírus da imunodeficiência humana (HIV)	-	-	-	-	-	-	3	6,0	32	64,0	10	20,0	5	10,0	-	-	50
Tuberculose	-	-	-	-	-	-	-	-	13	40,6	1	3,1	18	56,3	-	-	32
Doenças infecciosas intestinais	-	-	-	-	-	-	-	-	5	16,1	2	6,5	24	77,4	-	-	31
Demais doenças infecciosas e parasitárias	2	3,1	7	10,8	2	3,1	2	3,1	13	20,0	9	13,8	30	46,2	-	-	65
Total	7	2,5	11	3,9	2	0,7	6	2,1	70	24,6	28	9,8	161	56,5	-	-	285

Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Tabela 26 - Número e proporção de óbitos por algumas doenças infecciosas e parasitárias por faixa etária, ambos os sexos. Fortaleza, 2013

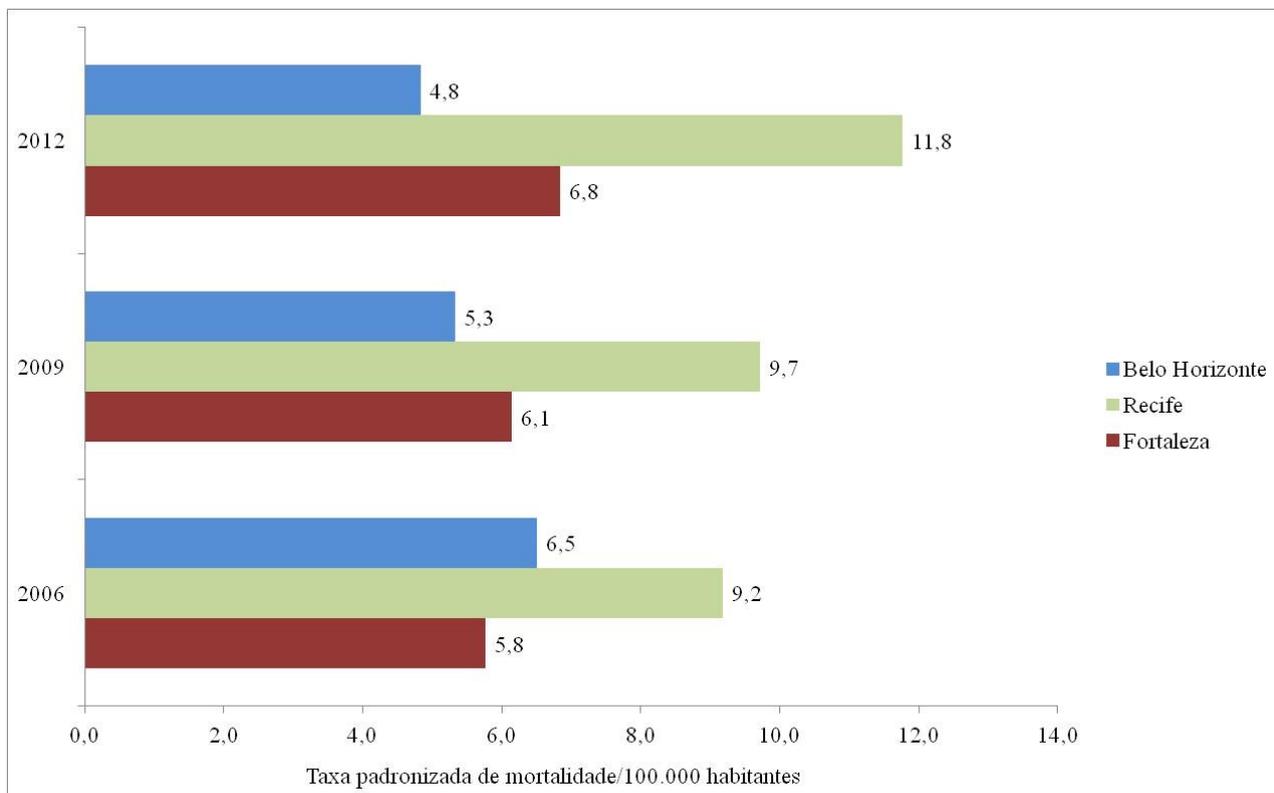
Causa (CID 10 – Cap. IX)	< 1		1 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 49		50 a 59		60 e +		Ign		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Doenças por vírus da imunodeficiência humana (HIV)	1	0,6	-	-	-	-	6	3,4	123	70,3	26	14,9	19	10,9	-	-	175
Septicemia	8	4,2	4	2,1	1	0,5	2	1,1	21	11,1	15	7,9	139	73,2	-	-	190
Tuberculose	-	-	-	-	-	-	-	-	38	42,2	10	11,1	42	46,7	-	-	90
Doenças infecciosas intestinais	1	1,9	-	-	-	-	-	-	12	22,2	5	9,3	36	66,7	-	-	54
Demais doenças infecciosas e parasitárias	7	4,6	9	6,0	4	2,6	6	4,0	41	27,2	23	15,2	61	40,4	-	-	151
Total	17	2,6	13	2,0	5	0,8	14	2,1	235	35,6	79	12,0	297	45,0	-	-	660

Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Recife apresentou as maiores taxas padronizadas de mortalidade por aids, quase duas vezes maiores do que Fortaleza e Belo Horizonte. As menores taxas foram registradas em Belo Horizonte, com leve descenso. Fortaleza, numa posição intermediária, com certa estabilização e leve aumento no período (Gráfico 48).

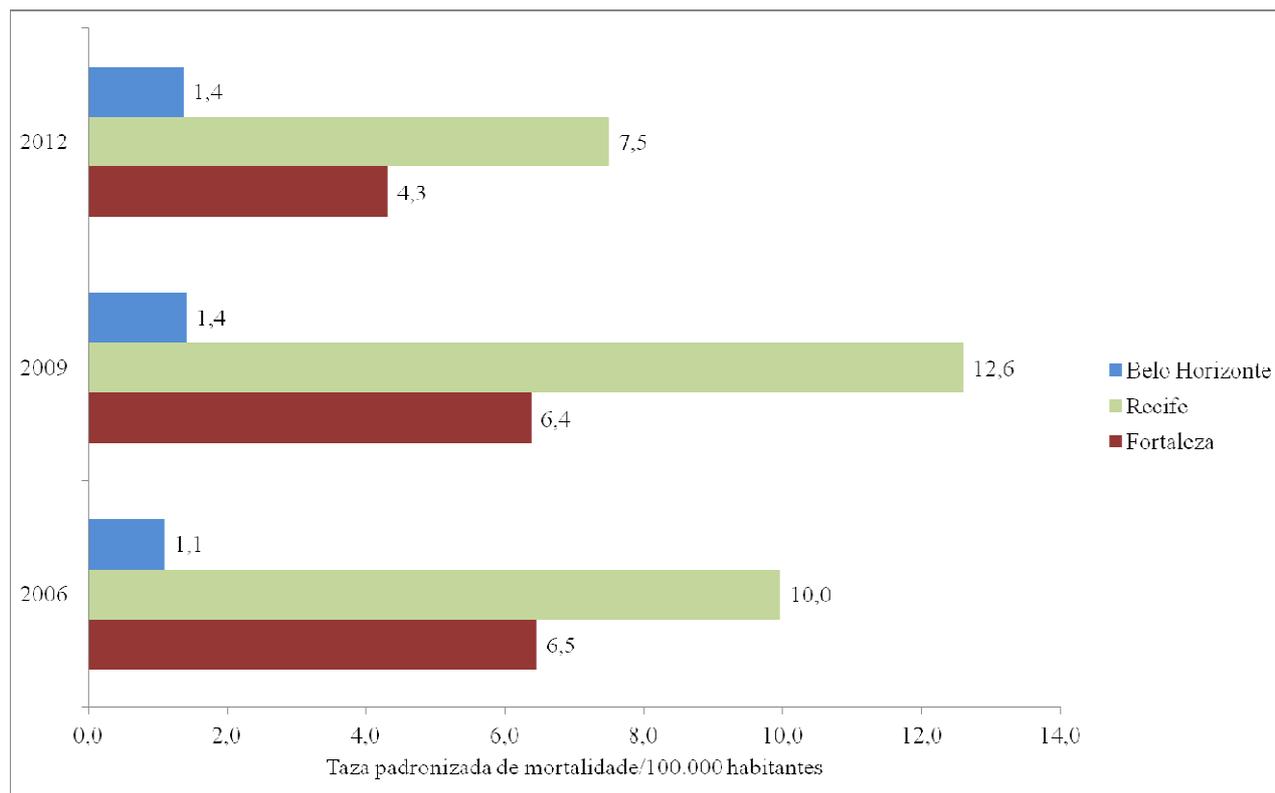
Quanto às taxas padronizadas de mortalidade por tuberculose, Belo Horizonte registrou as menores taxas, Fortaleza em posição intermediária e em descenso e Recife, com maiores taxas, teve decréscimo de 2009 para 2012. Normalmente há uma associação entre taxas elevadas de tuberculose e aids (Gráfico 49). A tuberculose é considerada, pela OMS, como uma doença negligenciada e fruto das desigualdades sociais.

Gráfico 48 - Taxa padronizada de mortalidade (por 100.000 habitantes) por aids. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2006/2009/2012



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM
Nota: taxa padronizada pela população do Brasil, Censo 2010.

Gráfico 49 - Taxa padronizada de mortalidade (por 100.000 habitantes) por tuberculose. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2006/2009/2012



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM
Nota: taxa padronizada pela população do Brasil, Censo 2010.

3.1.6. Mortalidade por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas

O diabetes mellitus contribuiu para 84,1% dos óbitos (Tabela 27), no grupo das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, em Fortaleza, em 2013, com crescimento da proporção de 1997 a 2013. O diabetes faz parte do grupo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), juntamente com doenças do aparelho circulatório, câncer e doença respiratória crônica. No Brasil, como nos outros países, as doenças crônicas não transmissíveis constituem o problema de saúde de maior magnitude e embora atinjam indivíduos de todas as camadas socioeconômicas, os idosos e os de baixa escolaridade e renda são mais vulneráveis.²⁰ Em 2007, as DCNT foram responsáveis por 72,0% das causas de óbitos, distribuindo-se em doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), doença respiratória crônica (5,8%) e diabetes (5,2%).²¹

As taxas de mortalidade por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (Gráfico 48), no período de 1997 a 2013, indicam uma tendência geral de crescimento em Fortaleza, Região Metropolitana e Ceará. É importante lembrar que a elevação observada, a partir de 2006, deve-se à recuperação dos óbitos por causas mal definidas. O decréscimo, a partir de 2012, requer melhor observação e análise (Gráfico 50).

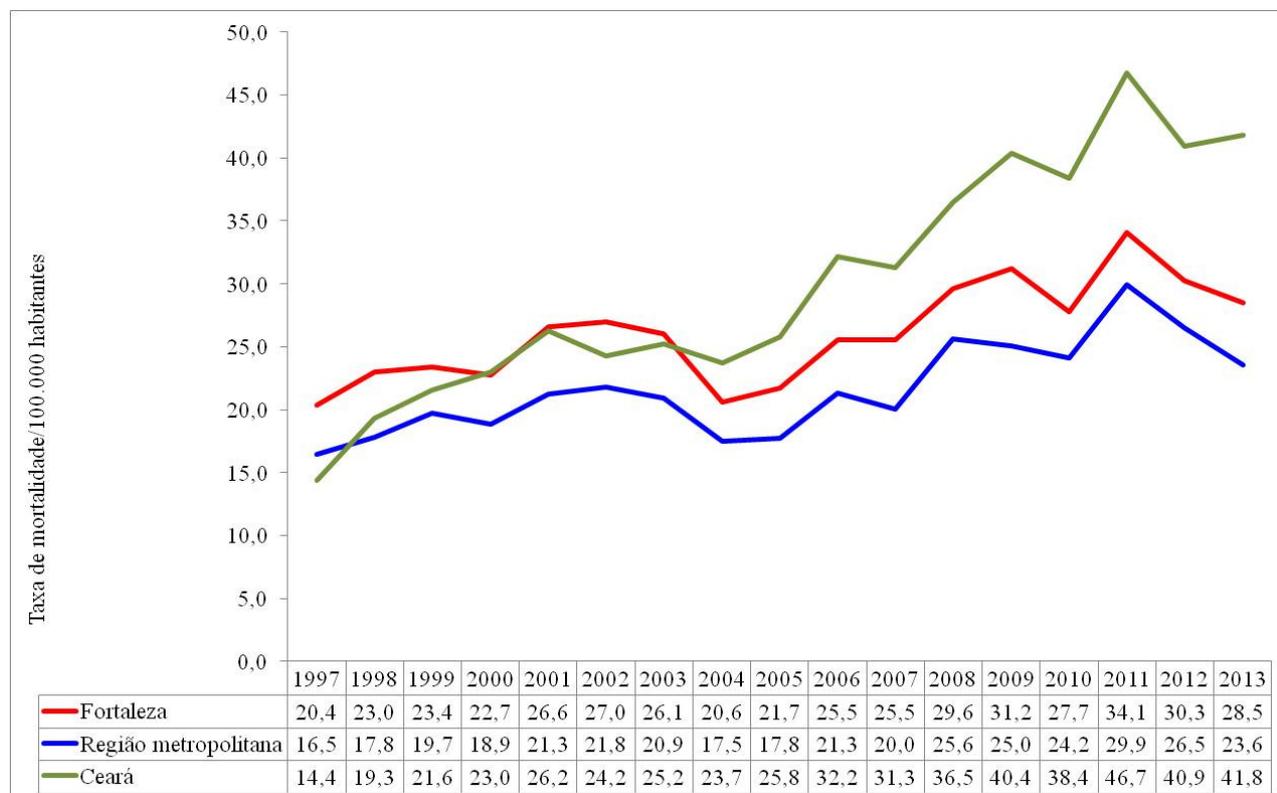
O Gráfico 51 mostra a predominância do diabetes mellitus como causa de óbito por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, decrescendo na série histórica de 2001 a 2013. Houve um decréscimo da mortalidade por desnutrição. Não se constata também alteração importante da mortalidade por outras doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.

Tabela 27 - Número de óbitos por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Fortaleza, 1997, 2001, 2005, 2009 e 2013

Causa (Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas)	1997	2001	2005	2009	2013
Diabetes mellitus	317	439	337	544	483
Desnutrição	44	35	41	25	28
Demais doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	50	61	60	59	63
Total de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	411	535	438	628	574

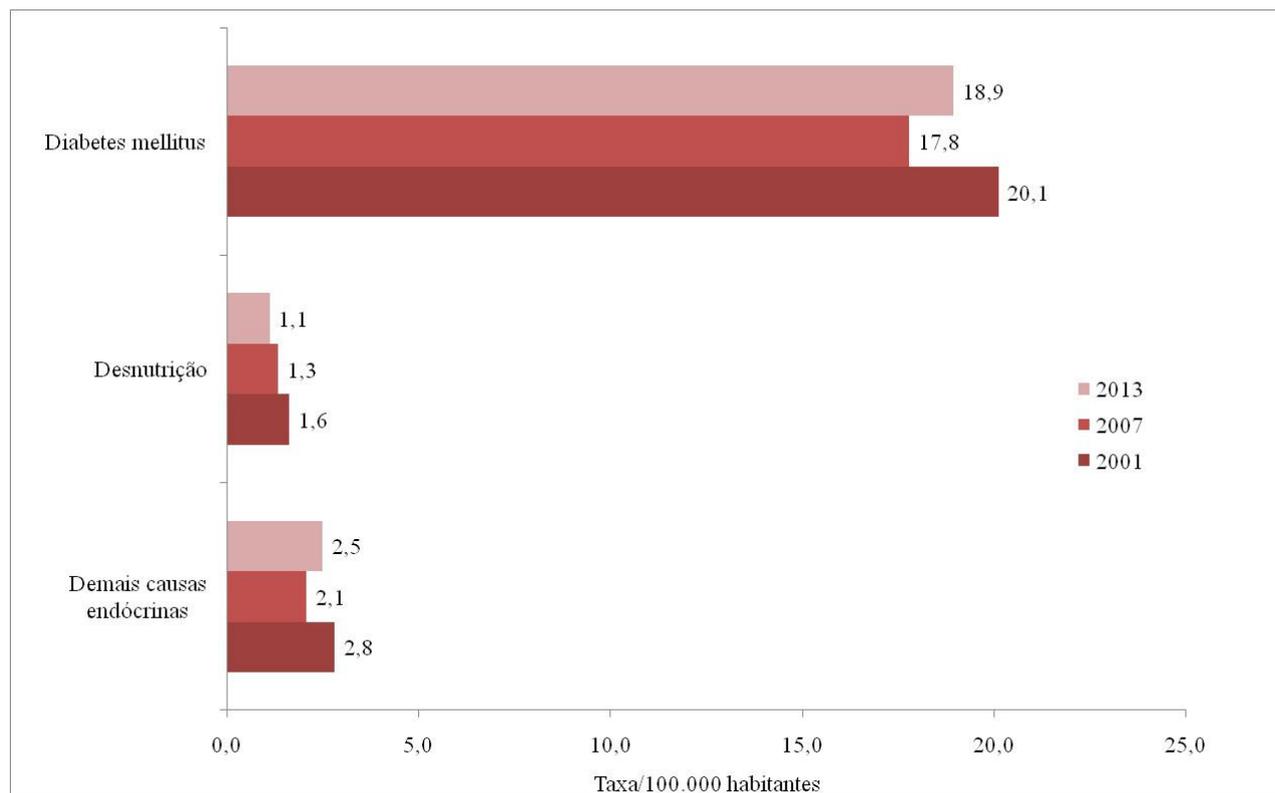
Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM
Dados sujeitos a revisão

Gráfico 50 - Taxa de mortalidade por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Fortaleza, Região Metropolitana de Fortaleza, Ceará, 1997 a 2013



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Gráfico 51 - Taxa de mortalidade por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Fortaleza, 2001/2007/2013



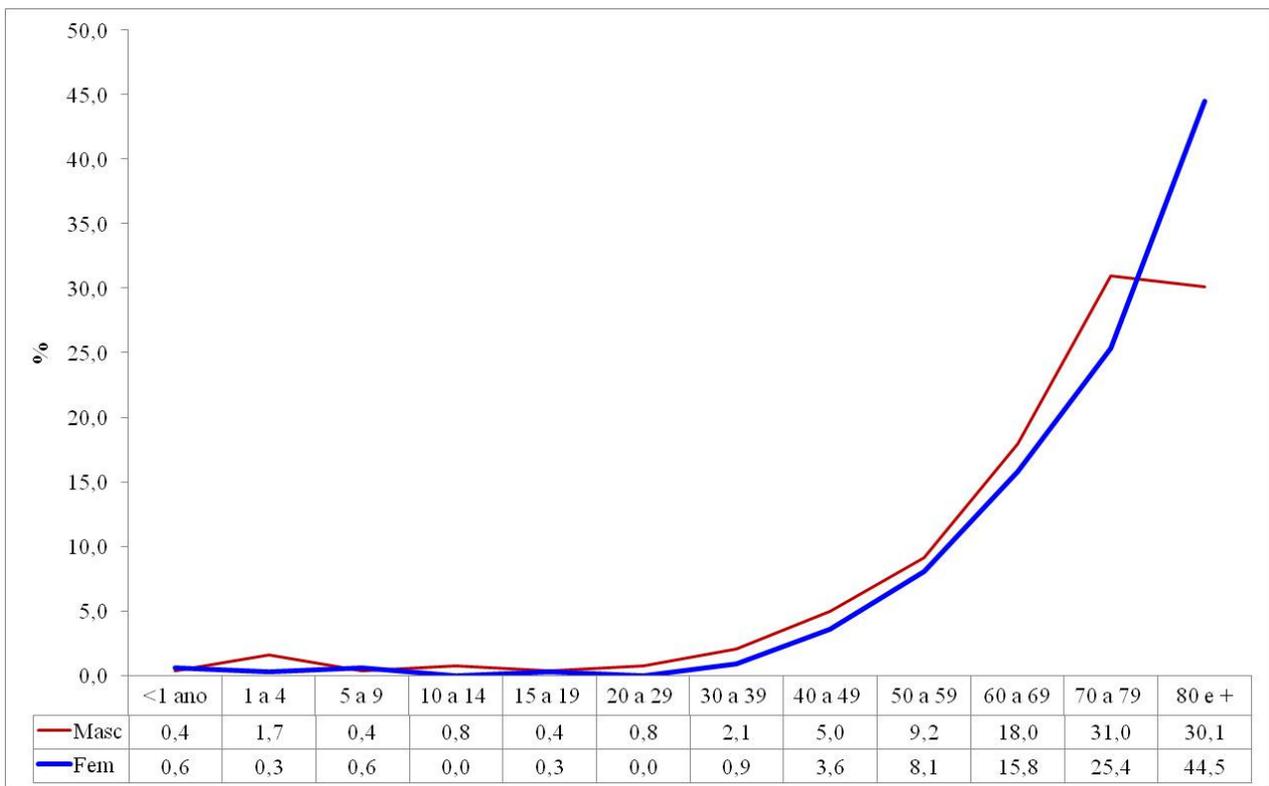
Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Há uma semelhança das curvas de mortalidade, quanto ao sexo e faixa etária, com percentuais baixos até 29 anos, aumento discreto no sexo masculino, a partir de 30 a 39 anos, com elevação progressiva, em ambos os sexos, nas faixas de 40 e mais anos. Os óbitos de mulheres sobrepõem os de homens nas faixas de 80 e mais anos (Gráfico 52).

Ao se comparar Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, as curvas de mortalidade proporcional por idade, por diabetes, foram muito semelhantes, com maiores percentuais, nas três capitais, a partir de 60 anos (Gráfico 53).

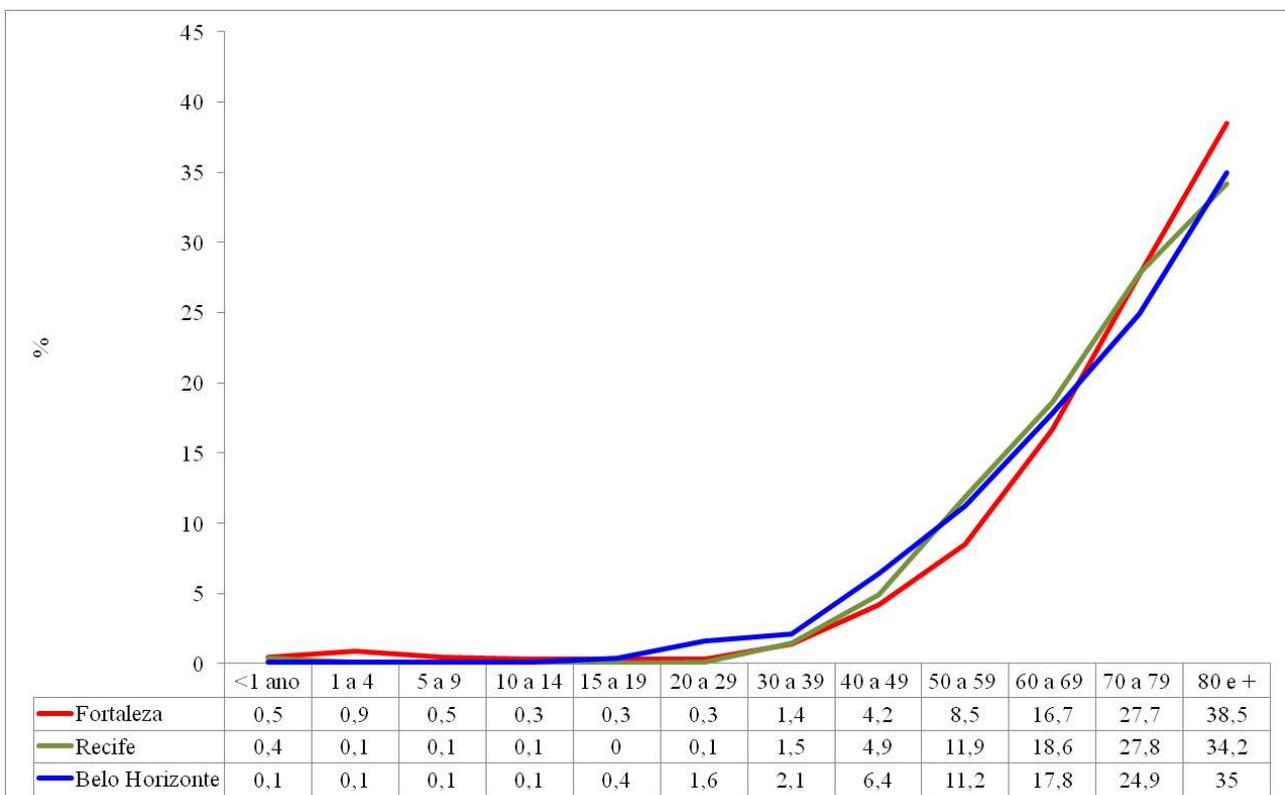
Em relação às taxas padronizadas de mortalidade por diabetes, nas três capitais, entre 2006 e 2012, Belo Horizonte, com as menores taxas, e Fortaleza, numa situação intermediária, apresentam certa estabilização. Recife, embora em descenso, acumulou taxas bem maiores no período (Gráfico 54).

Gráfico 52 - Mortalidade proporcional (%) por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, segundo sexo e faixa etária. Fortaleza, 2013



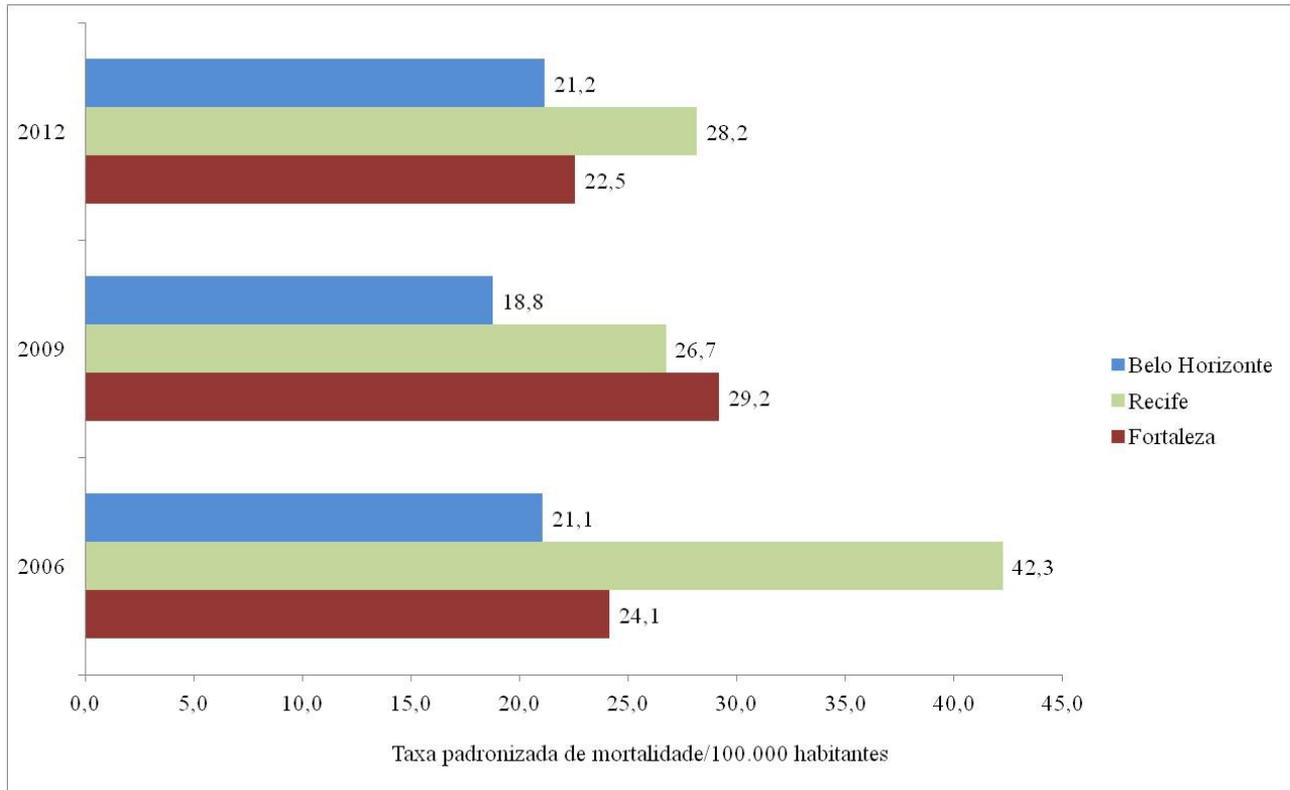
Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Gráfico 53 - Taxa padronizada de mortalidade (por 100.000 habitantes) por diabetes mellitus. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2006/2009/2012



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Gráfico 54 - Taxa padronizada de mortalidade (por 100.000 habitantes) por diabetes. Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 2006/2009/2012



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Nota: taxa padronizada pela população do Brasil, Censo 2010.

3.3. Óbitos por local de ocorrência

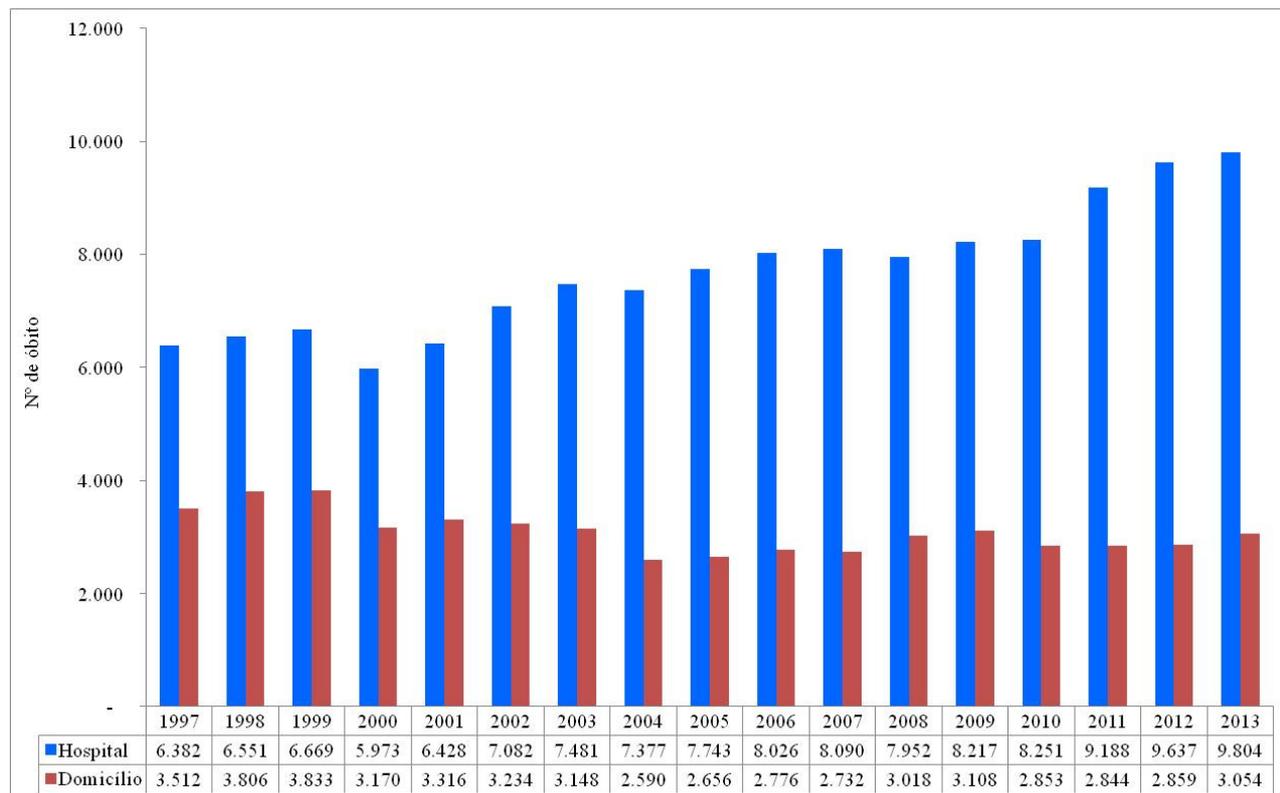
Os óbitos, segundo o local de ocorrência, classificam-se em hospitalares, domiciliares, em via pública ou em outros estabelecimentos. A pessoa que vem a óbito em domicílio deveria estar sob os cuidados de serviço de atenção domiciliar, considerado, no âmbito do SUS, serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar e Equipes Multiprofissionais de Apoio, conforme Portaria MS Nº 963, de 27 de maio de 2013, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS.

Com a elevada proporção de óbitos domiciliares no município de Fortaleza e tendo em vista que dos 1.126 óbitos com causas mal definidas 744 (66%) ocorreram no domicílio, provavelmente sem assistência médica, a descrição sobre a o local de ocorrência dos óbitos que se segue, tem como objetivo suscitar a discussão sobre os óbitos domiciliares e a atenção à saúde domiciliar no âmbito do SUS. Demanda-se a realização de estudos que identifique fatores que contribuíram essa ocorrência.

Em relação ao local de ocorrência dos óbitos, observa-se as seguintes características:

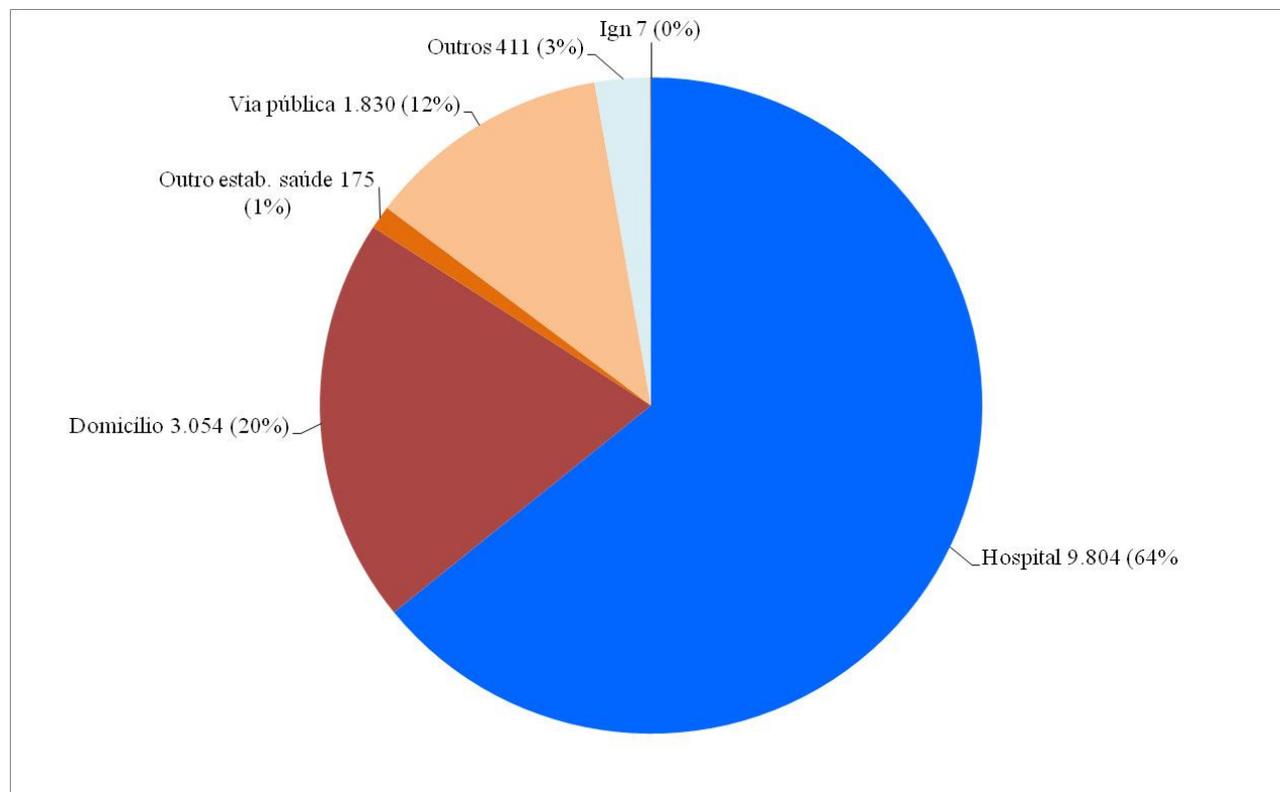
- ainda é elevado o número de óbitos que ocorrem em domicílio no município de Fortaleza, mas há uma tendência de redução, mais consistente a partir de 2011, provavelmente por maior oferta de serviços de urgência, através da implantação das Upas (Unidades de Pronto Atendimento em Saúde), conforme Gráfico 52.
- verifica-se um maior percentual de mortes em via pública em Fortaleza, se comparado a Recife (menor percentual) e Belo Horizonte, provavelmente pela ocorrência de maior número de mortes violentas em Fortaleza, por homicídio e acidente de trânsito (Gráficos 53, 54 e 55).
- Recife apresenta também um menor percentual de óbitos domiciliares, o que sugere uma organização dos serviços hospitalares com melhor distribuição ou um sistema de referência mais efetivo (Gráfico 55).

Gráfico 55 - Número de óbitos hospitalares e domiciliares. Fortaleza, 1997 a 2013



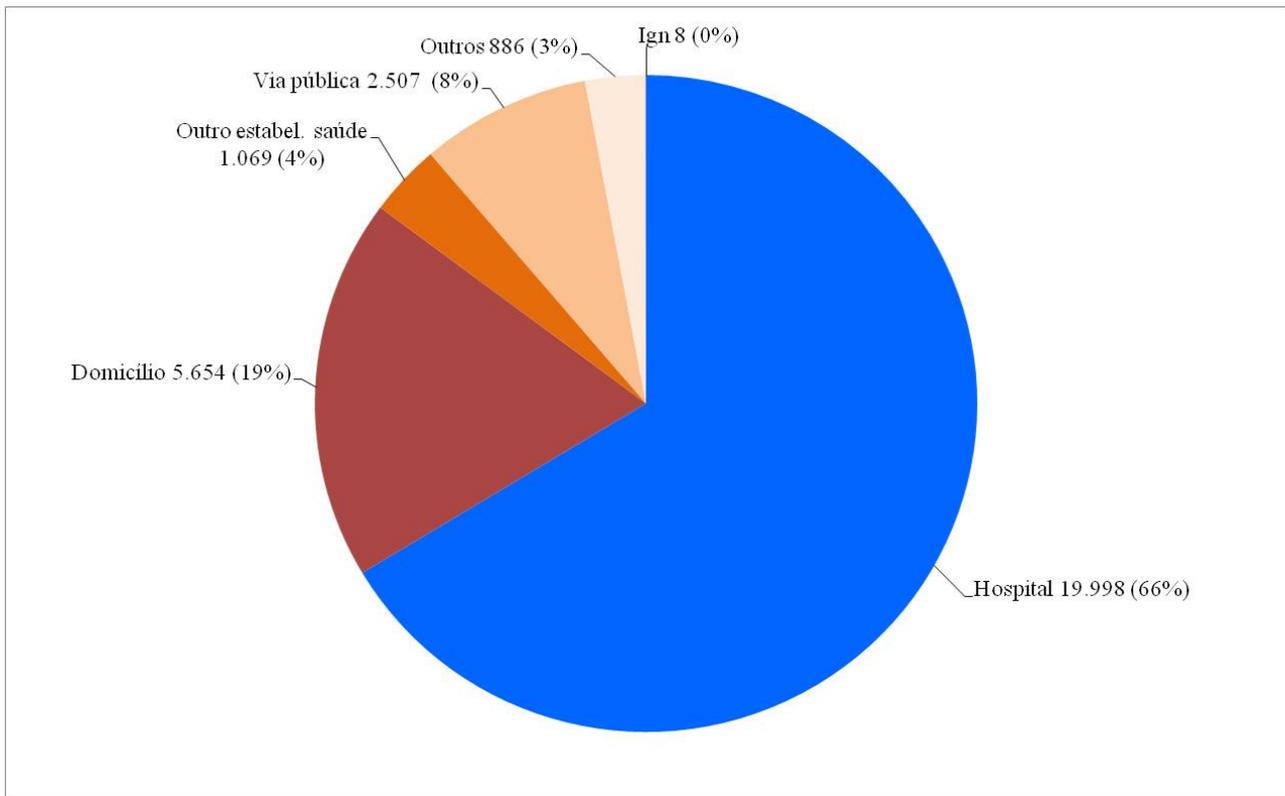
Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Gráfico 56 - Número e proporção de óbitos por local de ocorrência. Fortaleza, 2013



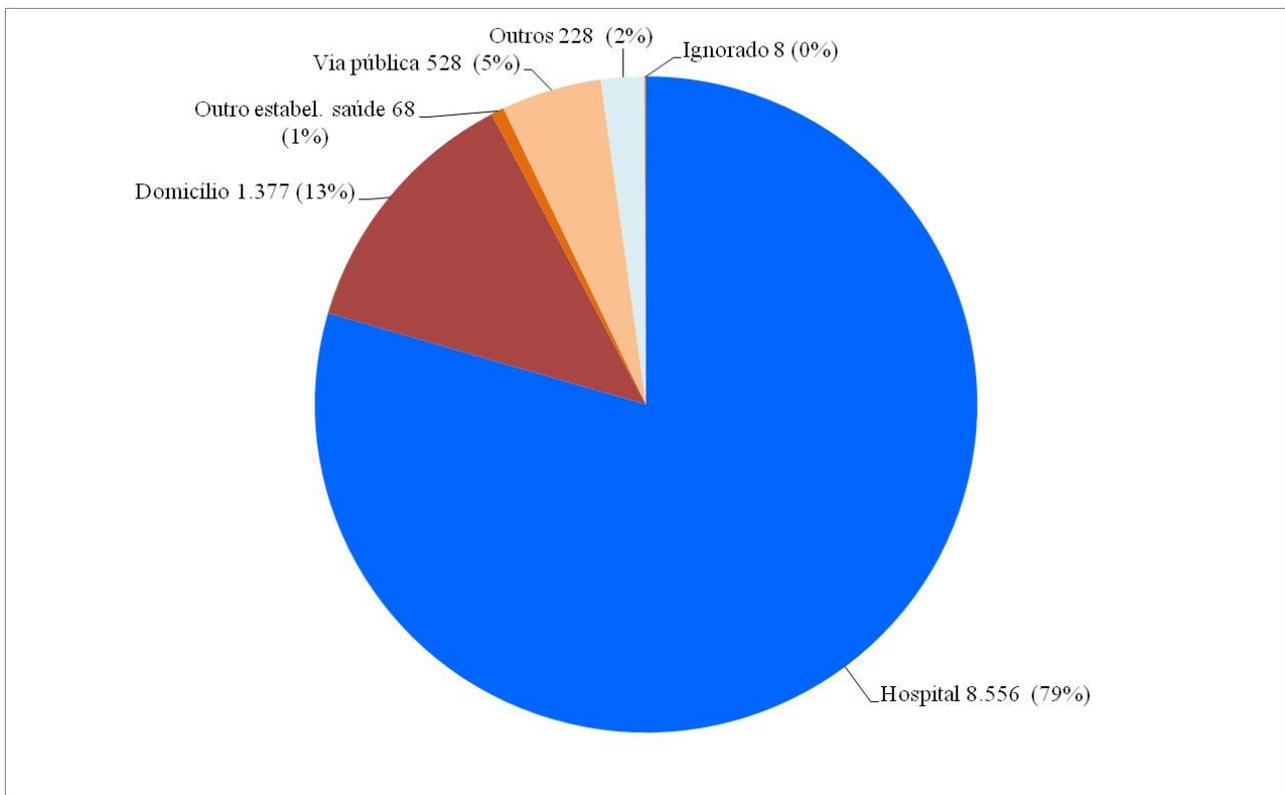
Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Gráfico 57 - Número e proporção de óbitos por local de ocorrência. Belo Horizonte, 2013



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Gráfico 58 - Número e proporção de óbitos por local de ocorrência. Recife, 2013



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

3.4. Mortalidade e anos potenciais de vida perdidos (APVP)

O indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) mostra o número de anos de vida não vividos, quando a morte ocorre em determinada idade, abaixo da qual se considera morte prematura. Tem grande importância para a definição de prioridades em saúde pública, por permitir comparar a importância relativa das diferentes causas de morte na população em estudo.²²

A Tabela 22 traz uma comparação dos Anos Potenciais de Vida Perdidos em Fortaleza, Região Metropolitana e nas capitais Recife e Belo Horizonte. Na primeira coluna, visualiza-se o número de anos perdidos por mortes prematuras, apontando Fortaleza com maiores perdas entre as capitais, com 194.776,5 anos potenciais de vida perdidos, significando perdas relevantes do ponto de vista individual, familiar e para a coletividade. A taxa padronizada de APVP, na terceira coluna, permite comparação mais segura entre as três capitais, o que confirma a supremacia de Fortaleza, seguida de Recife e, com menores perdas prematuras, Belo Horizonte.

Tabela 28 - Número e Taxa de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) e taxa de APVPP (padronizada), 2012

Local	Nº APVP	Taxa APVP (por 1.000 hab.)	Taxa padronizada APVP (por 1.000 hab.)
Fortaleza	194.776,5	82,7	81,1
Região Metropolitana	278.988,5	80,0	79,2
Recife	106.352,0	73,3	71,0
Belo Horizonte	143.206,5	64,2	61,1

Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Nota: 1) taxa calculada com base na idade máxima de 70 anos;

2) taxa padronizada APVP com população de referência do Brasil de 2010

As causas externas, neoplasias, doenças do aparelho circulatório e doenças infecciosas e parasitárias foram as que mais ceifaram vidas precocemente nas três capitais e região metropolitana, principalmente as causas externas - violências e acidentes (Tabela 29). Em Fortaleza ocorreram 106.706 anos potenciais de vida perdidos por causas externas, correspondendo a 55% dos APVP. As neoplasias, as doenças do aparelho circulatório e as doenças infecciosas intestinais contribuíram com 11%, 9% e 6%, na mesma ordem, conferindo, às quatro causas, 81% das perdas prematuras (Tabela 23). Esses resultados apontam para a necessidade de se priorizar ações efetivas de promoção da saúde e prevenção das mortes violentas e dos acidentes, do diagnóstico precoce do câncer e acesso ao tratamento nos estágios iniciais da doença, ações de controle das doenças cardiovasculares, com atenção especial para seus fatores de risco. Todavia, o foco deve ser na redução das desigualdades sociais para melhoria da qualidade de vida.

Tabela 29 - Anos potenciais de vida perdidos em Fortaleza, Região Metropolitana de Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, ambos os sexos, segundo as causas (Capítulos CID 10), 2012

Causa (Capítulo CID 10)	Fortaleza			Área Metropolitana			Recife			Belo Horizonte		
	Nº	Taxa	Taxa padronizada	Nº	Taxa	Taxa padronizada	Nº	Taxa	Taxa padronizada	Nº	Taxa	Taxa padronizada
I	11.729,5	5,0	4,9	14.874,5	4,3	4,3	10.773,5	7,4	7,1	7.042,5	3,2	2,9
II	21.823,5	9,3	9,5	31.350,0	9,0	9,5	13.973,5	9,6	9,1	22.516,0	10,1	9,2
III	432,5	0,2	0,2	1.131,0	0,3	0,3	449,0	0,3	0,3	804,5	0,4	0,3
IV	3.386,0	1,4	1,5	5.077,5	1,5	1,6	2.972,0	2,0	1,9	4.137,5	1,9	1,7
V	3.880,0	1,6	1,7	6.280,0	1,8	1,9	720,0	0,5	0,5	5.617,5	2,5	2,4
VI	3.632,0	1,5	1,5	6.101,5	1,7	1,7	2.666,0	1,8	1,9	3.191,0	1,4	1,4
VII	-	-	-	17,5	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-
VIII	-	-	-	7,5	0,0	0,0	45,0	0,0	0,0	102,5	0,0	0,1
IX	18.218,5	7,7	8,0	26.220,0	7,5	8,1	16.856,5	11,6	10,9	16.469,0	7,4	6,6
X	7.385,0	3,1	3,2	10.930,0	3,1	3,2	6.961,0	4,8	4,7	6.635,5	3,0	2,9
XI	6.899,0	2,9	3,0	10.238,5	2,9	3,1	6.154,5	4,2	4,0	6.059,5	2,7	2,5
XII	477,0	0,2	0,2	749,5	0,2	0,2	155,0	0,1	0,1	355,0	0,2	0,1
XIII	787,5	0,3	0,3	1.002,5	0,3	0,3	530,0	0,4	0,3	779,5	0,3	0,3
XIV	1.277,5	0,5	0,6	1.812,0	0,5	0,5	1.177,5	0,8	0,8	1.107,5	0,5	0,4
XV	895,0	0,7	0,7	1.425,0	0,8	0,7	660,0	0,9	0,8	477,5	0,4	0,4
XVI	201,0	0,1	0,1	201,0	0,1	0,1	67,0	0,0	0,1	67,0	0,0	0,0
XVII	1.045,0	0,4	0,5	1.458,5	0,4	0,4	882,5	0,6	0,7	758,5	0,3	0,4
XVIII	6.002,0	2,5	2,5	7.639,0	2,2	2,2	972,5	0,7	0,6	9.534,0	4,3	4,0
XX	106.705,5	45,3	43,1	152.473,0	43,7	41,4	40.336,5	27,8	27,7	57.552,0	25,8	25,4

Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Nota: 1) taxa calculada com base na idade máxima de 70 anos;

2) taxa padronizada APVP com população de referência do Brasil de 2010

Legenda (Causas - Capítulos CID 10):

I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	XI. Doenças do aparelho digestivo
II. Neoplasias (tumores)	XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo
III. Doenças sangue, órgãos hematopoiéticos, transtornos imunitários	XIII. Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	XIV. Doenças do aparelho geniturinário
V. Transtornos mentais e comportamentais	XV. Gravidez, parto e puerpério
VI. Doenças do sistema nervoso	XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal
VII. Doenças dos olhos e anexos	XVII. Malformações congênitas, deform., anom. cromossômicas
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	XVIII. Causas mal definidas
IX. Doenças do aparelho circulatório	XX. Causas externas
X. Doenças do aparelho respiratório	

3.5. Mortalidade materna

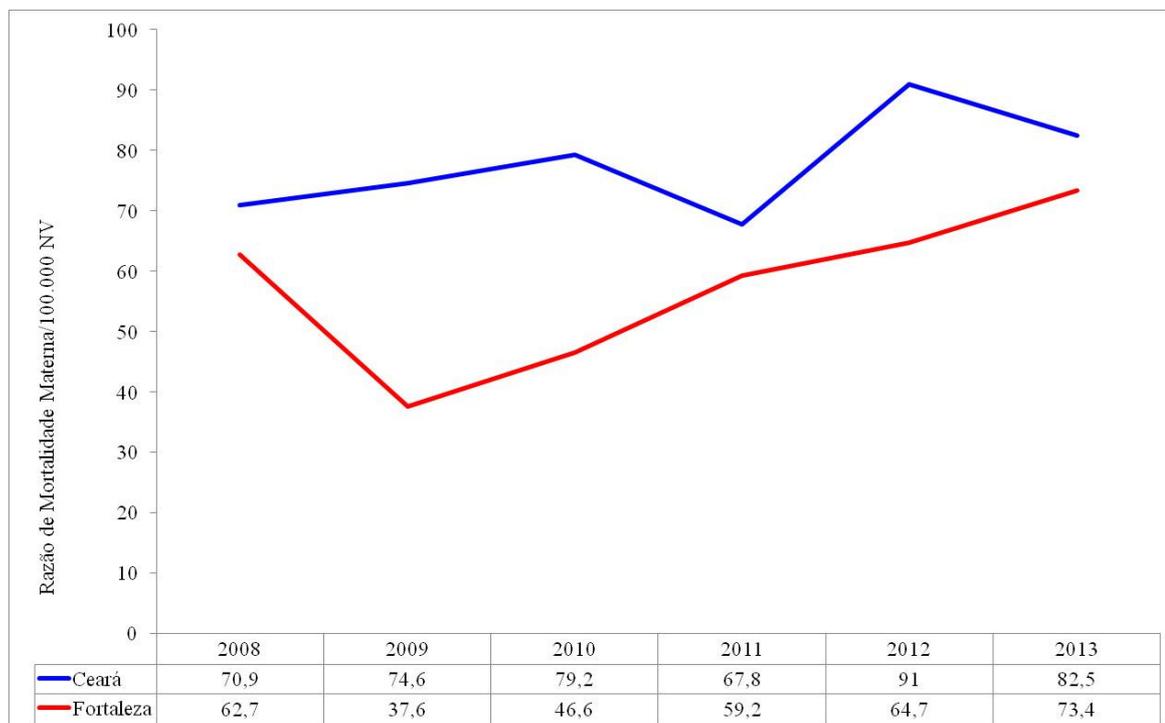
A mortalidade materna abrange o campo da saúde, dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e expressam um evento, em Fortaleza, de grande magnitude e transcendência, pelo impacto causado nas famílias afetadas, embora a sociedade e os governos a tratem com certo distanciamento e indiferença. A razão maior desta conduta pode ser explicada, como veremos a seguir, por atingir principalmente pessoas de bairros periféricos, onde moram os mais pobres.

A morte materna reflete as condições socioeconômicas e a qualidade de vida de uma população, bem como as políticas públicas relacionadas com a saúde coletiva. As complicações obstétricas que levam ao óbito são, na sua maioria, resultantes de uma assistência à saúde inadequada e/ou tardia.

A redução da morte materna consta da 5ª meta a ser alcançada, segundo a Declaração do Milênio das Nações Unidas, que propôs, em 2000, uma redução de 75% da Razão da Mortalidade Materna (RMM) até 2015.¹⁰ O Brasil, infelizmente, não deve alcançar esta meta até o final do ano, limite do prazo definido pelas Nações Unidas. O Ceará está longe de alcançar esta meta e Fortaleza apresenta uma tendência de crescimento e não de redução das mortes maternas. Comparando-se o ano 2008 com 2013, ponto de corte temporal de análise, temos um crescimento da RMM no Ceará de 70,9 óbitos/100.000 nascidos vivos (NV), em 2008, para 82,5/100.000 NV em 2013. Fortaleza, em 2008, tinha uma RMM de 62,7 óbitos/100.000 NV e, em 2013, chegou a 73,4/100.000 NV (Gráfico 56), uma taxa considerada alta pelos critérios do Ministério da Saúde e OMS.

No Brasil a RMM diminuiu de 141 óbitos/100.000 NV, em 1990, para 63,9 óbitos/100.000 NV em 2011 (55%), principalmente pelas causas obtétricas diretas.¹⁰ No mesmo estudo, alertou-se para o percentual elevado de óbitos maternos em adolescentes (15%), com maior concentração no Norte, Nordeste e Centro-Oeste, que detém o maior contingente de mulheres com dificuldade de acesso aos bens sociais.

Gráfico 59- Razão de mortalidade materna (por 100 mil nascidos vivos) no Ceará e Fortaleza. 2008 a 2013.



Fonte: SMS Fortaleza/Saúde da Mulher, Gênero/Rede Cegonha/Datasus/Sesa

Na análise sobre os óbitos maternos ocorridos em Fortaleza, no ano de 2013, observa-se (Tabela 24):

- em torno de 70% das 26 mulheres que morreram, durante a gravidez, parto e puerpério, por causas obstétricas, tinham a idade de 20 a 35 anos, período mais propício para se ter uma gravidez saudável; três estavam na faixa de 13 a 19 anos e quatro tinham entre 36 a 40 anos;
 - quanto à cor da pele, 69,23% se declararam pardas e 26,92% se declararam brancas;
 - no tocante à escolaridade, 38,46% tinham de 1 a 7 anos de estudos, 36,09% estudaram de 8 a 11 anos e 23,07% chegaram a cursar de 12 a mais anos de estudo;
 - quanto ao estado civil, 50% eram casadas, 46,15% eram solteiras e em 1 caso não constava o estado civil;
 - em relação à consulta pré-natal, 26,07% não tinham feito nenhuma consulta pré-natal, 30,76% tiveram de 1 a 5 consultas e 34,6% compareceram a seis ou mais consultas de pré-natal. Estes percentuais expressam, no geral, uma assistência pré-natal deficitária;
 - entre as principais causas dos óbitos maternos, destaca-se a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) como primeira causa (30,77%), seguida da hemorragia (2 óbitos) e aborto (2 óbitos) e 53,18% por outras causas. Revendo as Declarações de óbitos destas 26 mulheres, chama a atenção 4 casos (15,38%) de embolia pulmonar, que podem estar associados a complicações do parto cesariano, embora que, em nenhuma declaração de óbito, conste o tipo de parto, mesmo tendo um campo específico para fazer esta anotação. Observou-se também uma garota de 13 anos, do bairro Jagurusu, que veio a falecer por eclampsia, na Meac, e uma gestante de 35 anos, que sofreu rotura uterina, uma situação dramática, que pode ser causada por uso indevido de indutores do parto. Em cinco gestantes a causa estava relacionada com complicações de doenças infecciosas, algumas adquiridas no próprio hospital.
-
- na distribuição dos óbitos por local de ocorrência, verificou-se que, 6 gestantes morreram no Hospital Geral de Fortaleza - HGF (23,1%), 5 na Maternidade Escola Assis Chateaubriand - Meac (19,2%), 5 em hospitais distritais municipais (19,2%), 6 faleceram em hospitais privados (23,1%), sendo duas no Hospital Regional da Unimed, duas no Hospital Antonio Prudente, uma no Monte Klinikum e no São Mateus, 2 no Hospital Geral César Cals - GCC e 2 (7,7%) morreram fora do hospital, uma em casa e outra a caminho do hospital;

Tabela 30- Número e proporção dos óbitos maternos obstétricos, segundo principais variáveis. Fortaleza, 2013

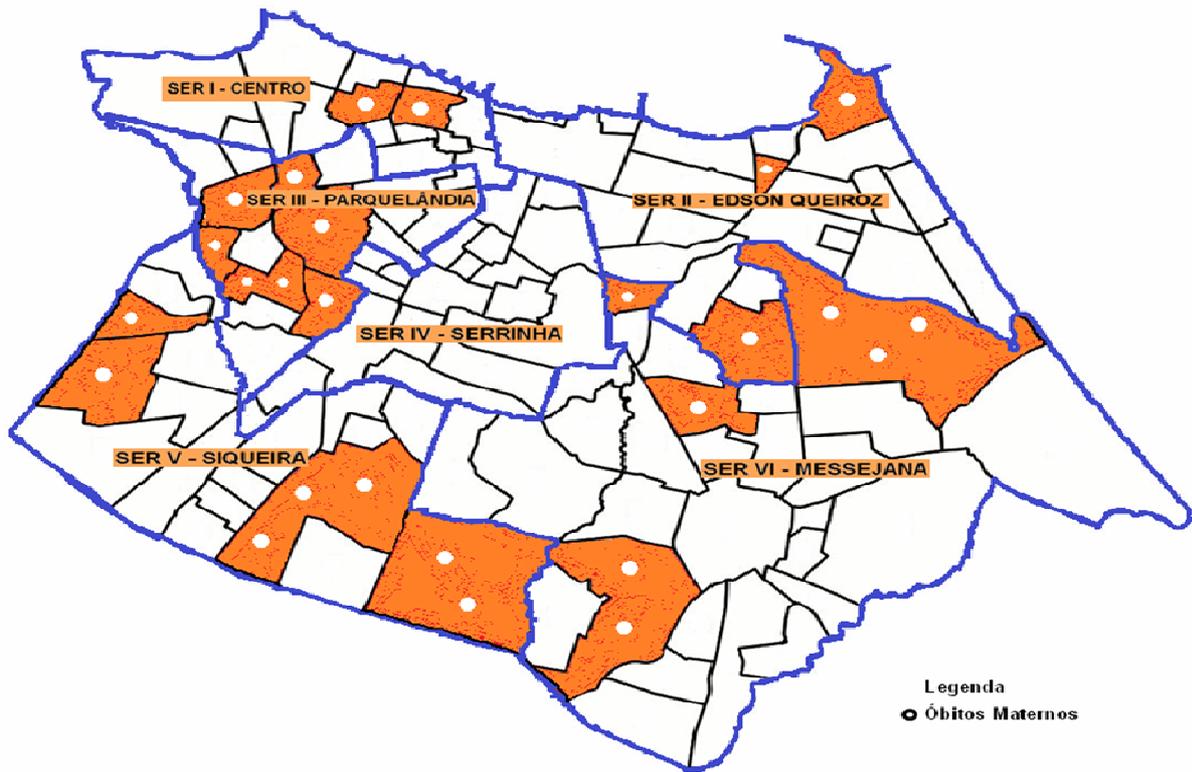
Variável	Nº	%
Faixa etária		
10 a 19	3	11,5
20 a 35	19	73,1
36 a mais	4	15,4
Raça/ Cor		
Branca	7	26,9
Parda	18	69,2
Ign	1	3,8
Escolaridade (anos de estudo)		
Nenhuma	0	0,0
1 a 7	10	38,5
8 a 11	9	34,6
12 e mais	6	23,1
Ign	1	3,8
Consulta pré-natal		
Nenhuma	6	23,1
1 a 5	8	30,8
6 e mais	9	34,6
Ign	3	11,5
Causa do óbito		
Hipertensão	8	30,8
Hemorragias	2	7,7
Aborto	2	7,7
Infecção puerperal	0	0,0
Demais causas	14	53,8

Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Nota: 26 óbitos em 2013, dados sujeitos a revisão

Na Figura 1, observa-se a distribuição dos óbitos por local de residência das gestantes, segundo as Secretarias Executivas Regionais - SER. Fica clara a desigualdade social e o desrespeito aos direitos humanos do povo da periferia, com 2 óbitos na SER I (Álvaro Weine, 1; Carlito Pamplona, 1); 3 óbitos na SER II (Cais do Porto – Serviluz, 1; Varjota, 1; Luciano Cavalcante – Galiléia, 1); 7 óbitos na SER III (Henrique Jorge, 2; Antônio Bezerra, 1; Autran Nunes, 1; Jockey Clube, 1; Padre Andrade, 1; Pici, 1); 7 óbitos na SER V (Mondubim, 3; José Walter, 2; Conjunto Ceará, 1; Granja Lisboa, 1); 7 óbitos na SER VI (Edson Queiroz-Alvorada, 3; Jangurussu, 2; Alto da Balança, 1; Cidade dos Funcionários, 1). Nenhum óbito foi registrado na SER IV. Com exceção de 1 óbito no bairro de classe média, as outras 25 mulheres grávidas, que morreram de parto, moravam em bairros da população mais pobre.

Figura 1 Distribuição dos óbitos maternos segundo a SER de residência. Fortaleza, 2013



Fonte: Sesa/Coprom - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM
Nota: 26 óbitos em 2013, dados sujeitos a revisão

3.6. Mortalidade infantil

A mortalidade infantil é avaliada pela taxa de mortalidade infantil - TMI, indicador que estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida. Reflete as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil. As principais fontes de dados utilizadas para o cálculo da TMI e de seus componentes – neonatal e pós-neonatal, bem como das características dos óbitos infantis, foram o Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc, do Ministério da Saúde.

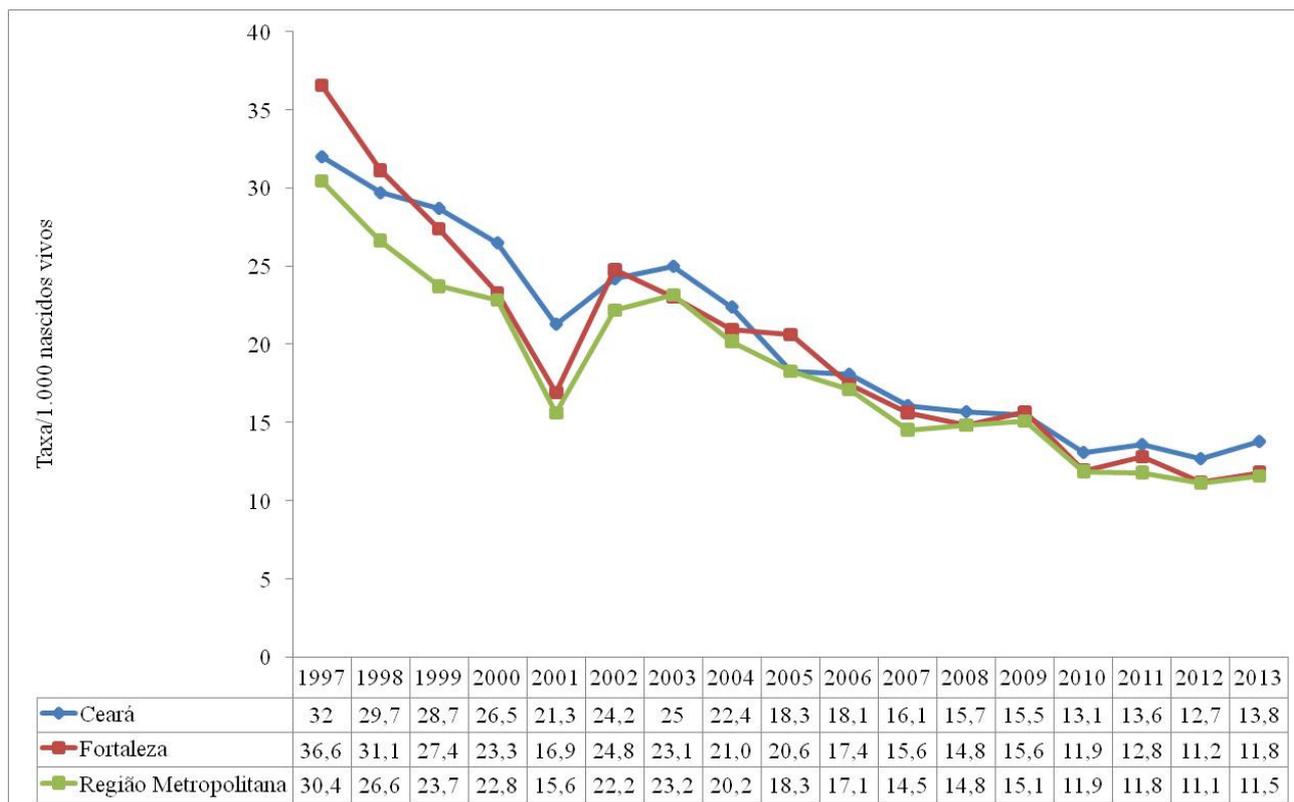
O componente da mortalidade infantil, taxa de mortalidade neonatal (de menores de 28 dias de vida), além de também avaliar os fatores anteriormente citados, possui múltiplos e complexos determinantes. Esses estão intrinsecamente relacionados a problemas congênitos, maternos e a complicações durante a gestação e o parto. Essas causas estão vinculadas a fatores biológicos e assistenciais, a maioria considerada causa endógena. Por sua vez os óbitos ocorridos no período pós-neonatal (de 28 dias a menor de um ano de idade), são relacionados aos riscos ambientais e sociais, causas exógenas.²³

Outro indicador analisado, a taxa de mortalidade perinatal (da 22^a semana da gravidez até 7 dias de nascido) permite avaliar a assistência obstétrica e neonatal e acesso aos serviços de saúde.

A redução da Taxa de Mortalidade Infantil faz parte das Metas de Desenvolvimento do Milênio, compromisso assumido pelo Brasil e pelos demais integrantes da Organização das Nações Unidas (ONU) para o combate à pobreza, à fome, às doenças, ao analfabetismo, à degradação do meio ambiente e à discriminação contra a mulher.²⁴ Dentre essas Metas, o objetivo nº 4 consiste na redução, em dois terços, da mortalidade na infância, indicador fortemente influenciável pela redução da mortalidade infantil. Embora esse Objetivo já tenha sido atingido pelo Brasil em 2011²⁵, a mortalidade infantil ainda apresenta índices elevados em todo o país, sendo notória a persistência de desigualdades regionais e intra-urbanas, com concentração dos óbitos na população mais pobre, além das iniquidades relacionadas a grupos específicos.²⁴

No Ceará, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) reflete a tendência de declínio, passando de 32,0 óbitos por 1.000 nascidos vivos (NV), em 1997, para 13,8 em 2013, com uma redução de 56,9%. Em Fortaleza, em 2013, a TMI foi 11,8 óbitos\1000 NV, refletindo uma tendência consistente de redução de 67,75%, se compararmos com o ano de 1997. Esta tendência também se verifica na região metropolitana, em menor escala, de 62% (Gráfico 60). No Brasil, a TMI passou de 26,1 óbitos infantis/1.000 NV, em 2000, para 15,3/1.000 NV, em 2011, redução observada em todas as regiões do país. No entanto, persistem as desigualdades regionais, com riscos mais elevados de morte nas populações mais pobres e nas regiões Norte e Nordeste.¹⁰

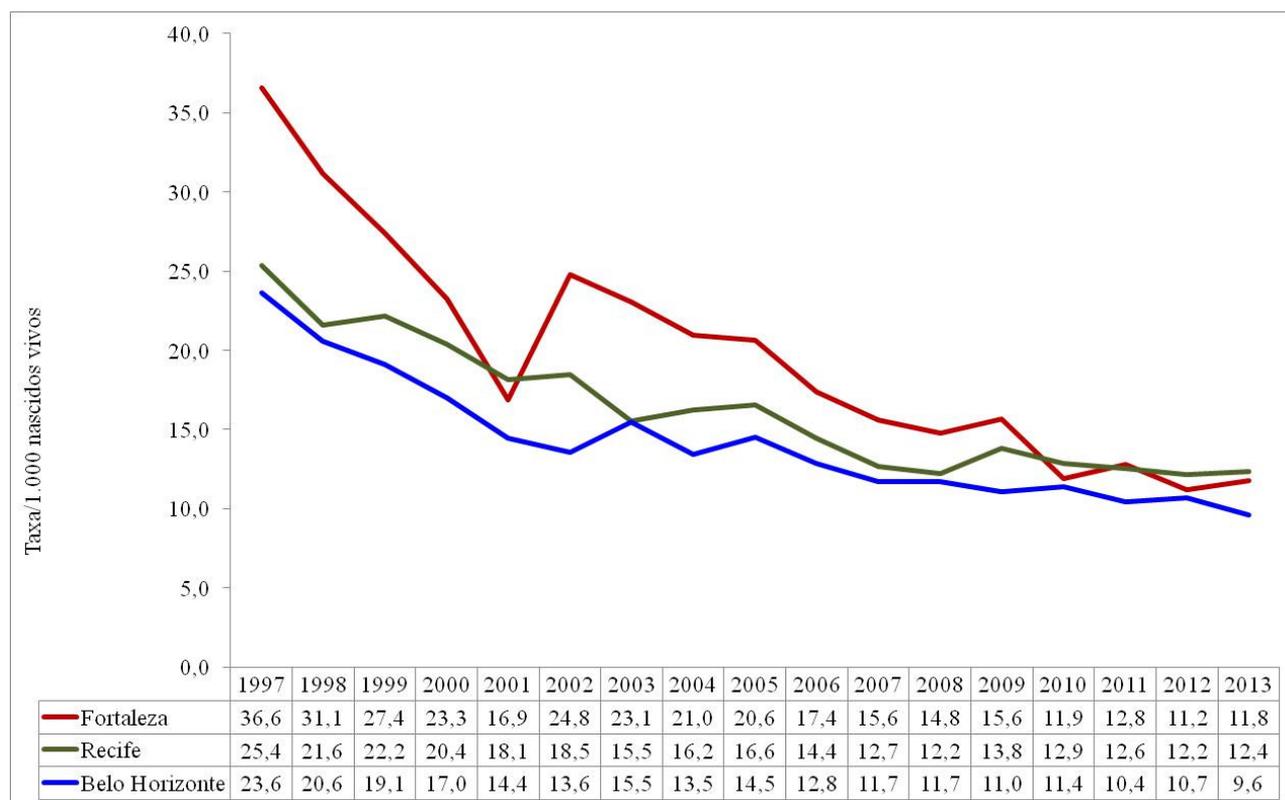
Gráfico 60 - Taxa de mortalidade infantil (TMI). Ceará, Fortaleza e região metropolitana, 1997 a 2013



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Ao compararmos com Recife e Belo Horizonte, Fortaleza conseguiu, historicamente, uma redução maior e mantém uma taxa inferior à de Recife em 2013, mas Belo Horizonte alcançou a menor taxa de mortalidade infantil, de 9,6 óbitos\1000 NV no referido ano. Salienta-se que a TMI de Recife e Belo Horizonte já eram mais baixas do que a TMI de Fortaleza em 1997 (Gráfico 61).

Gráfico 61 - Taxa de mortalidade infantil (TMI). Fortaleza, Recife e Belo Horizonte, 1997 a 2013



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM ; Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc

A redução da TMI neonatal no Ceará, entre 1997 e 2013, foi de 59,6% e da TMI pós-neonatal de 75,3%. Entretanto, faz-se necessário destacar que, entre os quatro últimos anos analisados (2010 e 2013), esses dados apresentam tendência à estabilização, com ligeiro aumento nesses índices em 2013 (Gráfico 62).

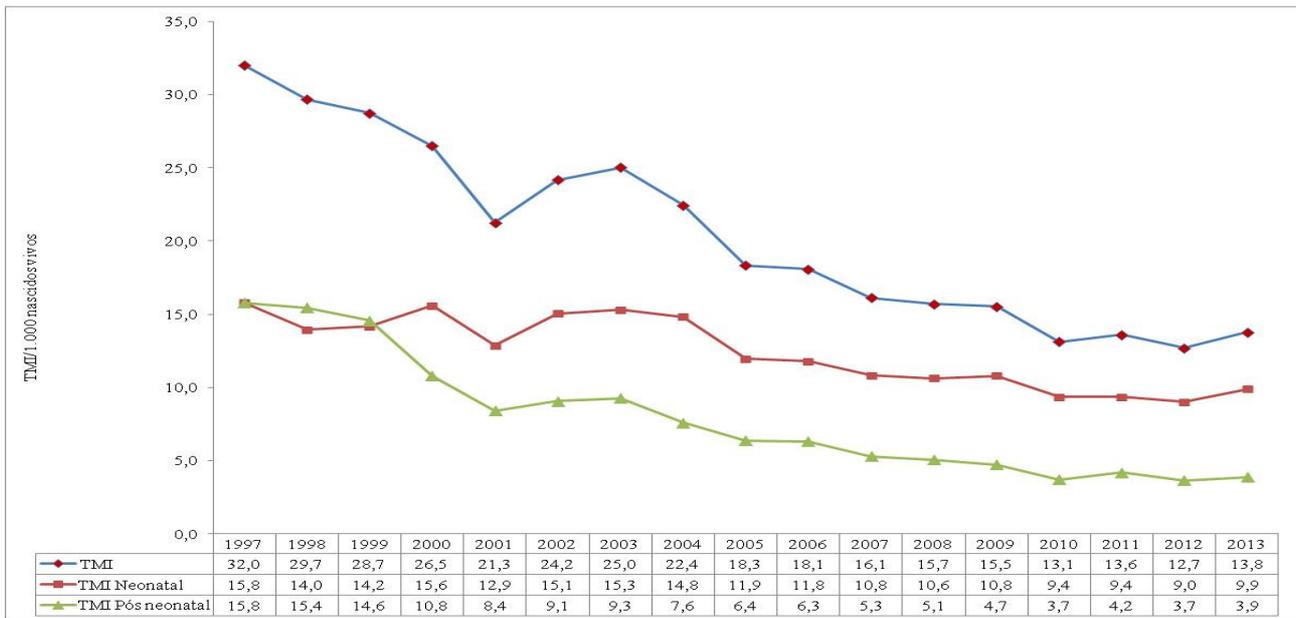
Como acontece no mundo inteiro e no Brasil, a redução da mortalidade infantil em Fortaleza se dá, em maior escala, no período pós-neonatal. Se em 1997 a proporção das mortes pós-neonatais era de 42,4%, este percentual cai, em 2013, para 32%. Em 1997 nasceram 34.426 crianças em Fortaleza e ocorreram 1.259 óbitos de menores de 1 ano, dos quais 706 (56,1%) foram óbitos neonatais e 534 (42,4%) pós-neonatais. Em 2013, nasceram 36.822 crianças, com registro de 434 óbitos de menores de 1 ano, 68% (295) neonatais e 32% (139) pós-neonatal (Tabela 25).

Fortaleza, com 11,8 óbitos/1000 NV, em 2013, teve a TMI menor do que do Ceará, no mesmo ano, (13,8 óbitos/1.000 NV). A redução, no período estudado, foi de 67,75%. O componente pós-neonatal da TMI foi o que alcançou a maior redução, saindo de uma taxa de 15,5 para 3,8 /1.000 NV. O componente neonatal da TMI foi 8,0/ 1.000 NV, sofreu uma redução significativa de 60,97%, embora, que duas vezes maior do que a pós-neonatal (Gráfico 63).

A tendência de redução, tanto da TMI, como dos seus componentes neonatal e pós-neonatal, na região metropolitana, teve um desempenho muito semelhante a Fortaleza (Gráfico 64).

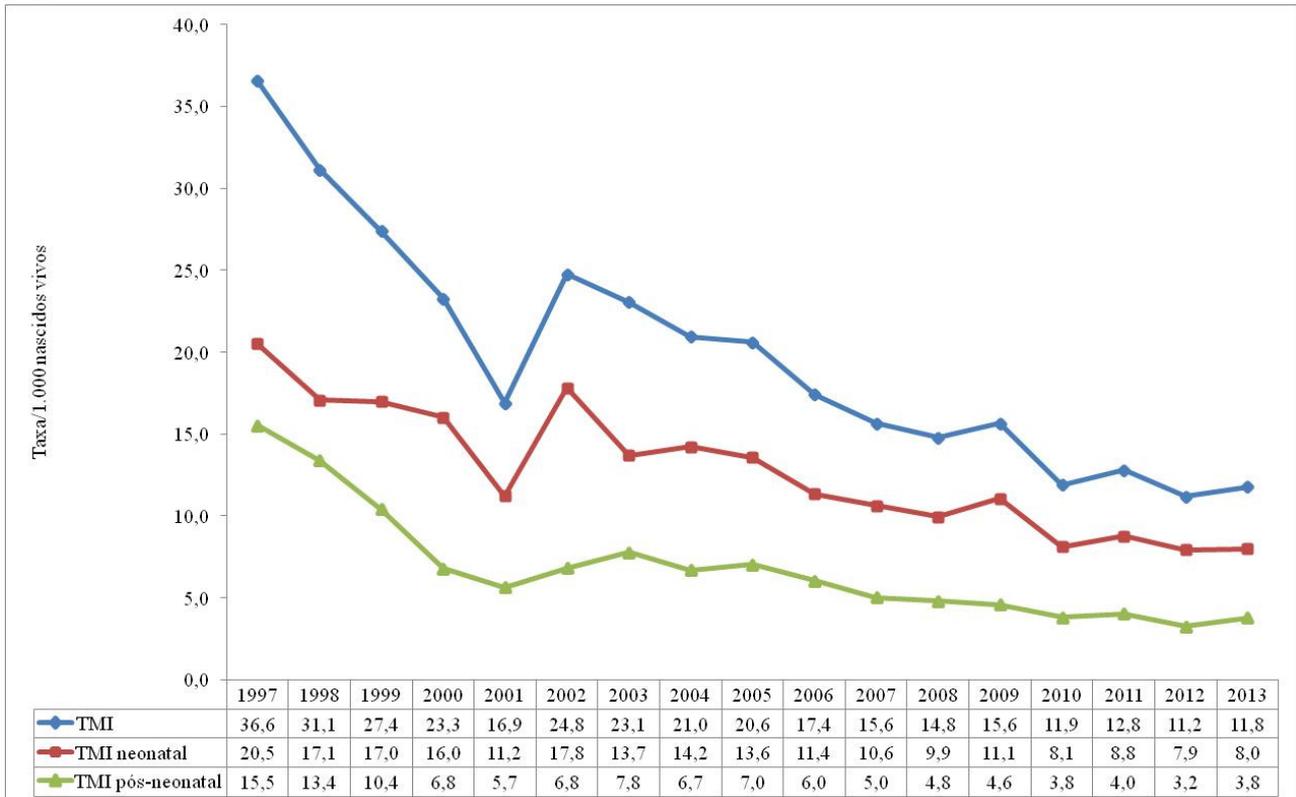
Enquanto as causas mais frequentes dos óbitos infantis pós-neonatais são a diarreia, pneumonia e outras doenças infecciosas, mais sensíveis aos efeitos das políticas de atenção básica à saúde infantil (terapia da reidratação oral, vacinação, tratamento das pneumonias pelo Programa de Saúde da Família), educação e saneamento, os óbitos neonatais e, particularmente, os neonatais precoces (até sete dias de nascidos) são mais difíceis de controle, pois estão relacionados às condições de atenção à saúde da mulher no período da gravidez, parto e puerpério, ao acesso oportuno a serviços qualificados de atenção ao parto e nascimento e a fatores genéticos do recém-nato.

Gráfico 62 - Taxa de mortalidade infantil (TMI) e seus componentes (neonatal e pós-neonatal). Ceará, 1997 a 2013



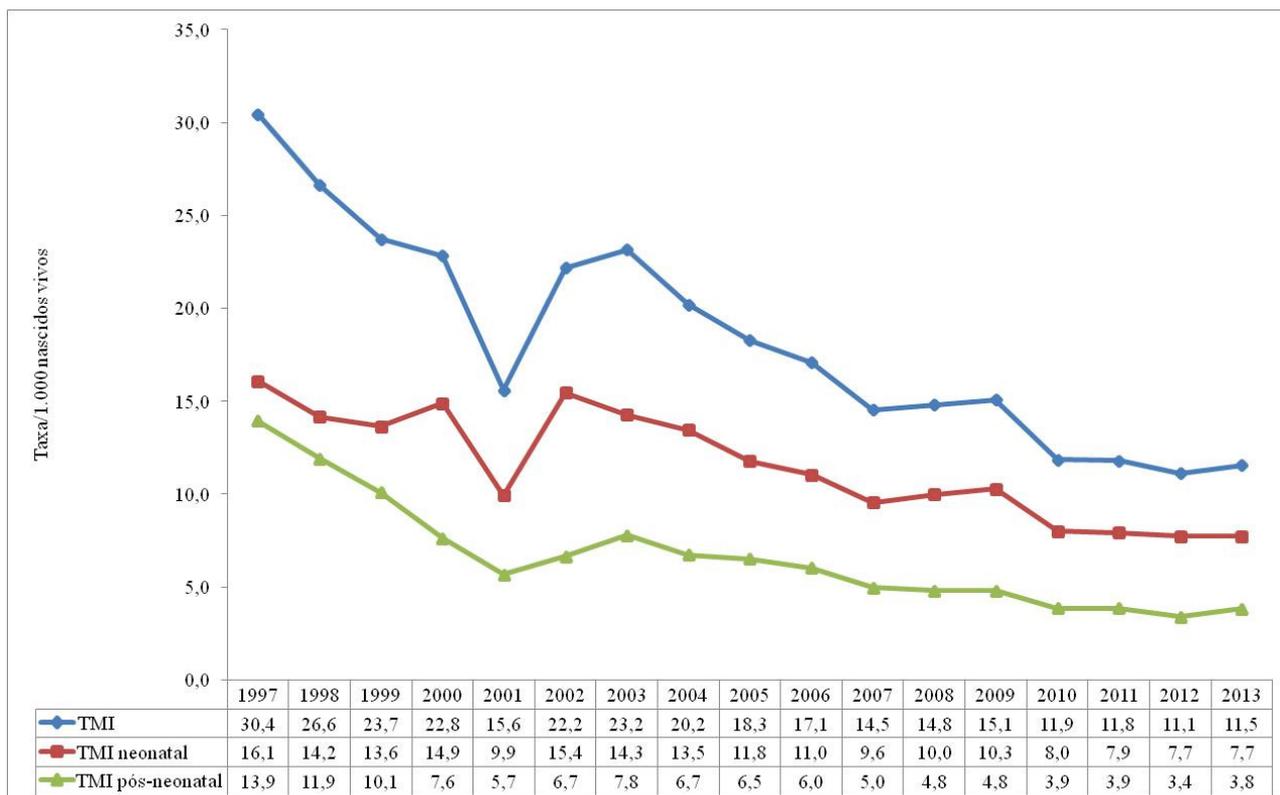
Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM ; Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc

Gráfico 63 - Taxa de mortalidade infantil (TMI) e seus componentes (neonatal e pós-neonatal). Fortaleza, 1997 a 2013



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM ; Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc

Gráfico 64 - Taxa de mortalidade infantil (TMI) e seus componentes (neonatal e pós-neonatal). Região metropolitana, 1997 a 2013



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM ; Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc

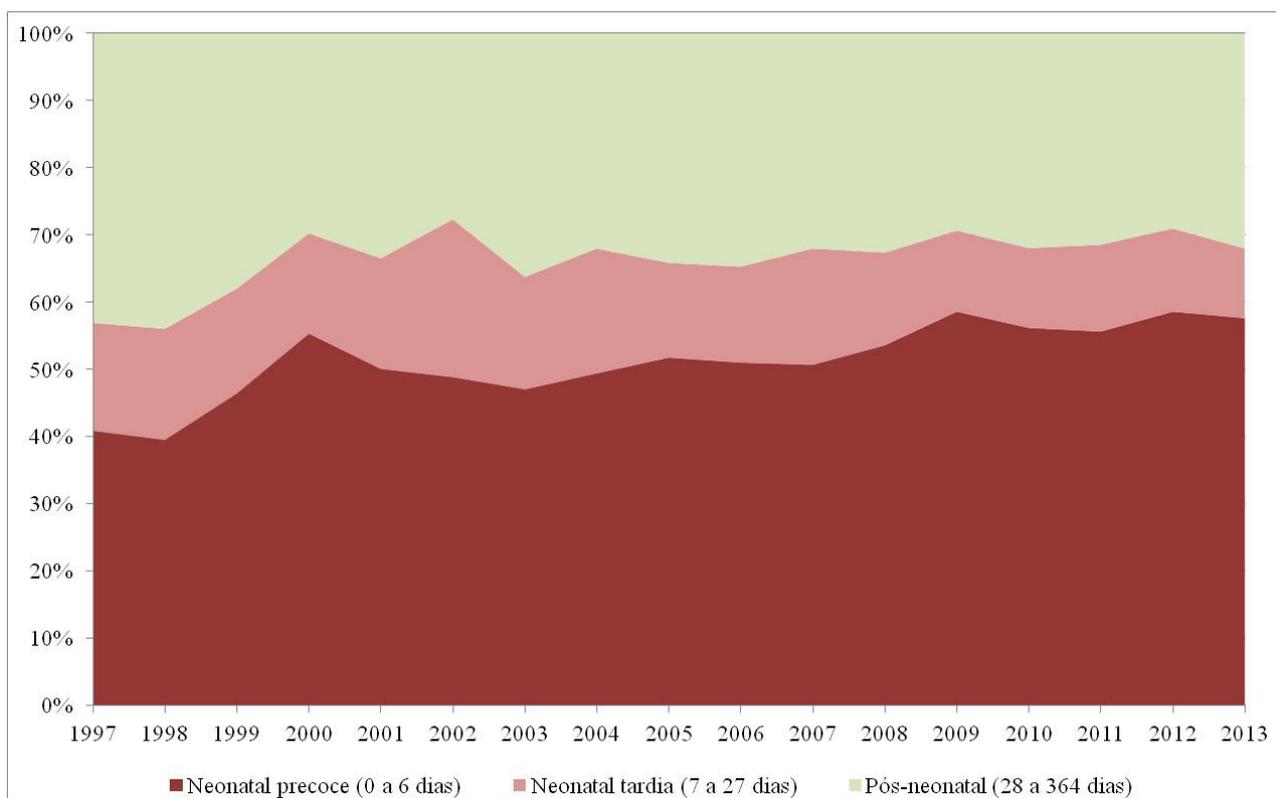
Tabela 31 - Número de nascidos vivos e de óbitos de menores de um ano, neonatais e pós-neonatais. Fortaleza, 1997 a 2013

Ano	Nascidos vivos Nº	Óbitos < 1 ano Nº	Óbitos neonatais (<28 dias)		Óbitos pós-neonatais (28 dias a 1 ano)	
			Nº	%	Nº	%
1997	34.424	1.259	706	56,1	534	42,4
1998	40.775	1.270	696	54,8	546	43,0
1999	37.474	1.027	637	62,0	390	38,0
2000	39.102	910	627	68,9	266	29,2
2001	41.763	705	469	66,5	236	33,5
2002	39.301	973	700	71,9	268	27,5
2003	41.768	963	572	59,4	325	33,7
2004	40.694	853	579	67,9	273	32,0
2005	38.905	802	528	65,8	274	34,2
2006	40.244	701	457	65,2	243	34,7
2007	37.733	590	401	68,0	189	32,0
2008	38.798	574	386	67,2	187	32,6
2009	37.645	589	416	70,6	173	29,4
2010	36.755	438	298	68,0	140	32,0
2011	37.511	480	329	68,5	151	31,5
2012	37.577	420	298	71,0	122	29,0
2013	36.822	434	295	68,0	139	32,0

Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM ; Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc

Desagregando-se a mortalidade infantil em seus componentes, observa-se predominância significativa da proporção de mortes neonatais precoces (0 a 6 dias), no ano de 2013, alcançando em torno de 56% de todos os óbitos, um percentual bem menor da mortalidade neonatal tardia (de 7 a 28 dias), inferior à mortalidade pós-neonatal (Gráfico 65). Sabe-se que a maioria das mortes neonatais são relacionadas à prematuridade, à asfixia e às infecções decorrentes principalmente de condições potencialmente controláveis por meio de ações efetivas no pré-natal, parto, nascimento e período neonatal. A mortalidade neonatal precoce, que na maioria das vezes ocorre no primeiro dia de nascimento, está relacionada com a qualidade de assistência prestada à gestante e ao recém-nato durante o período do pré-parto, parto e atendimento imediato à criança no nascimento e nas primeiras horas de vida.

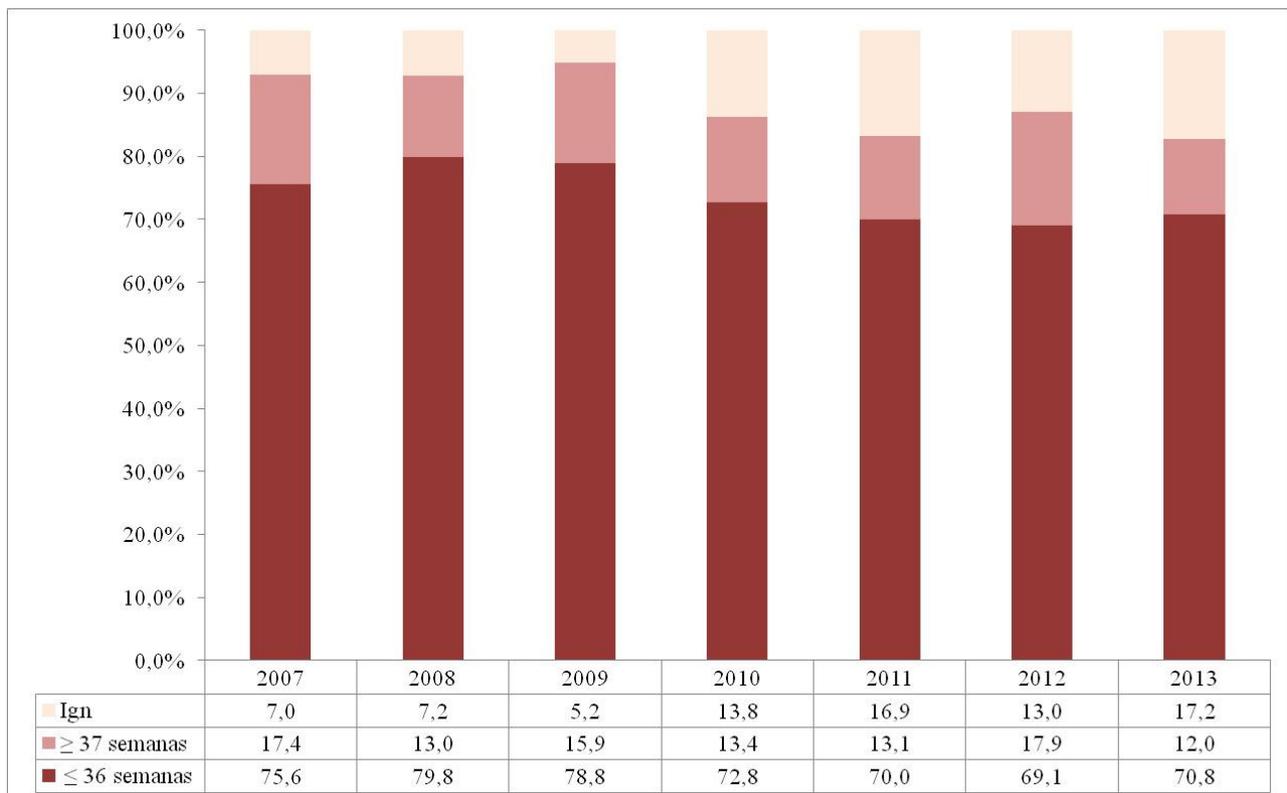
Gráfico 65- Mortalidade infantil (%) segundo seus componentes (neonatal precoce, neonatal tardia e pós-neonatal). Fortaleza, 1997 a 2013



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM ; Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc

Como era de se esperar, a maioria dos óbitos infantis, em 2013, na primeira semana de vida, ocorreram antes da mãe completar 37 semanas de gravidez (70,8%). Este percentual indica uma prematuridade muito alta, visto que, no parto a termo (37 semanas de gestação), aconteceram apenas 12% dos óbitos infantis (Gráfico 66). Deve-se aprofundar a relação de nascimentos prematuros com as altas taxas de cesárea praticadas nesta capital. Chama a atenção também, o percentual significativo de 17,2% de ignorados, o que sugere falhas no preenchimento da declaração de nascido vivo. Dados do Brasil em 2011, 51,6% dos óbitos de menores de 1 ano eram pré-termo, com 22,9% das informações ignoradas.¹⁰ No mesmo ano no Ceará, 47% foram pré-termo e 26% das informações ignoradas. Em Fortaleza, 55,6% foram pré-termo e 22,9% com informações ignoradas quanto à idade gestacional.

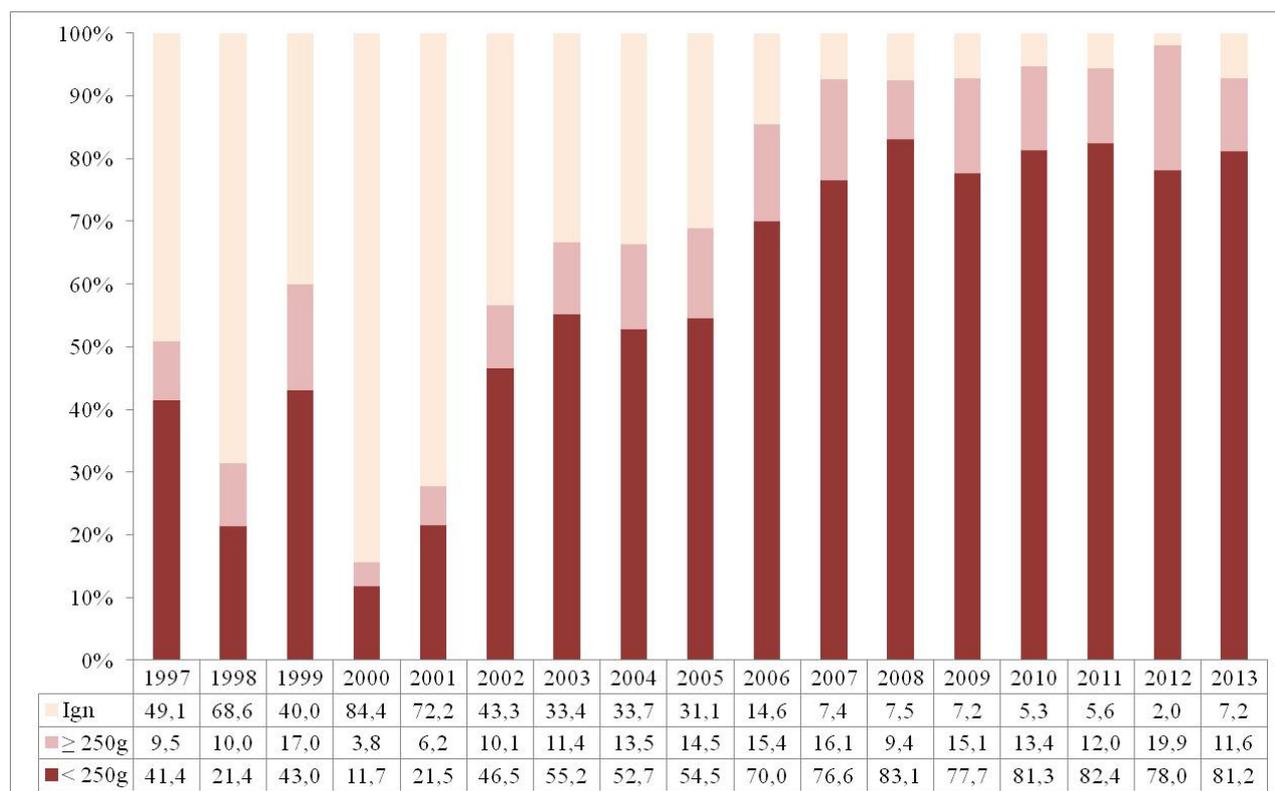
Gráfico 66 - Mortalidade infantil (%) na primeira semana de vida (neonatal precoce) segundo a duração da gestação. Fortaleza, 1997 a 2013



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM ; Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc

No Gráfico 67, observa-se que a maioria esmagadora (81,2%) dos óbitos neonatais precoces, em 2013, está relacionada com baixo peso ao nascer, provavelmente por deficiências no pré-natal e suas ações protetivas para a mãe e o bebê ou ao excesso de cesáreas com data marcada, por conveniência do obstetra e da gestante, que não esperam o início do trabalho de parto espontâneo. O Gráfico mostra também a melhoria da informação sobre peso ao nascer captada pelo Sinasc, que passou de 49% ignorado, em 1997, a 7% em 2013.

Gráfico 67 - Mortalidade infantil (%) na primeira semana de vida (neonatal precoce) segundo peso ao nascer. Fortaleza, 1997 a 2013



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM ; Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc

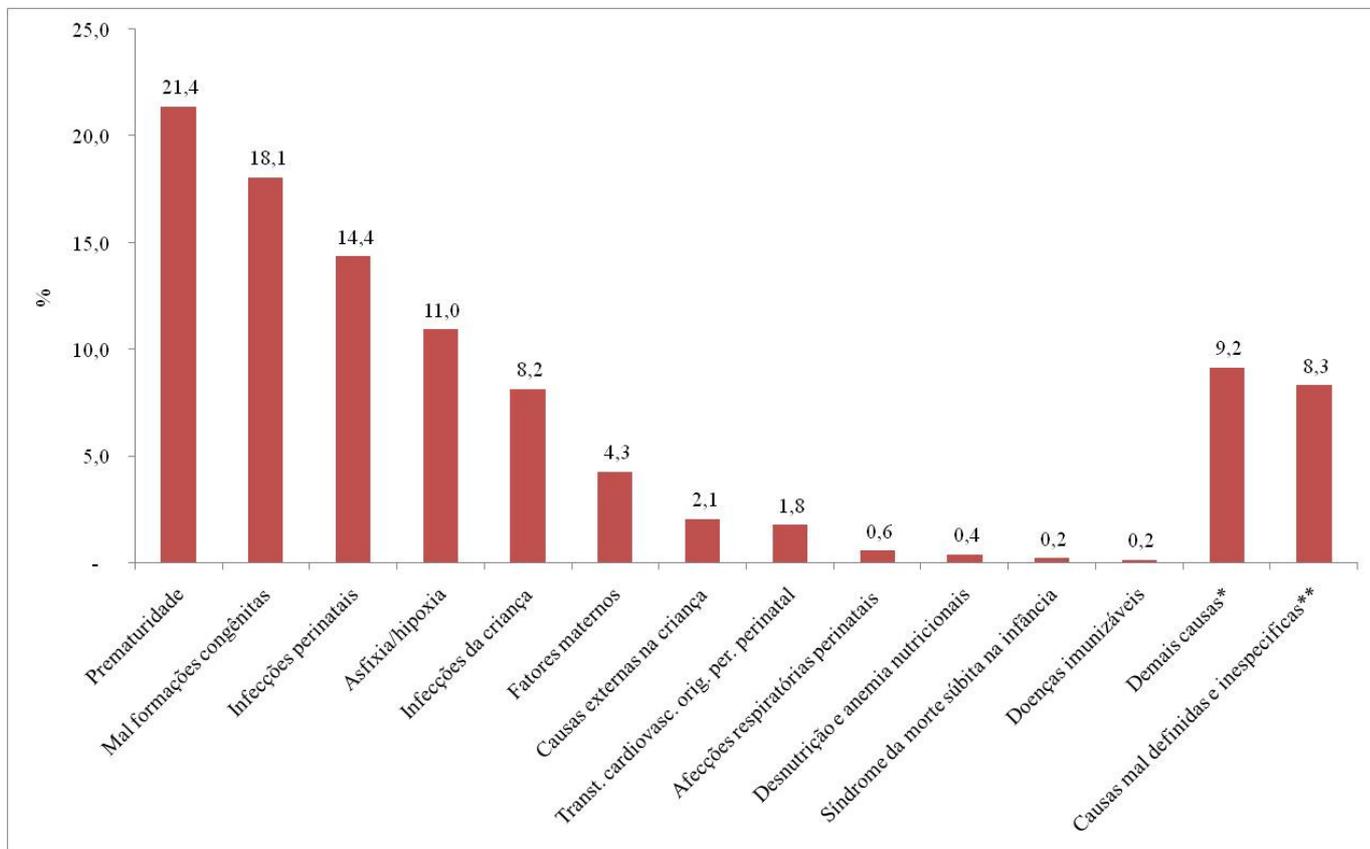
Para a análise das causas de mortes infantis utilizou-se a lista reduzida de tabulação de causas de mortalidade infantil LIR-MI, que caracteriza os agrupamentos segundo sua importância na orientação das ações de saúde, dirigidas à prevenção da mortalidade neonatal.¹⁰ Em 2011, as principais causas de mortes infantis no Brasil foram: malformações congênicas (20,0%), prematuridade (18,5%), infecções perinatais (12,2%), asfixia/hipóxia (10,4%), fatores maternos relacionados à gravidez (9,2%) e infecções da criança – pneumonias e diarreias (8,2%).¹⁰

No Ceará, em 2013 foram registrados 1.726 óbitos infantis. As principais causas foram, por ordem decrescente: prematuridade (21,4%), malformações congênicas (18,1%), infecções perinatais (14,4%), asfixia/hipóxia (11,4%), infecções da criança (8,3%) e fatores maternos relacionados à gravidez (4,4%), conforme Gráfico 68. A prematuridade se mantém como a principal causa de morte nessa faixa de idade no Ceará, com tendência decrescente de 1997 para 2013. As malformações congênicas, a segunda causa de morte, aumentaram no período. Chama a atenção a redução da mortalidade por infecções da criança, representadas principalmente pelas diarreias e pneumonias (Tabela 26).

Em Fortaleza, no ano 2013, foram registrados 434 óbitos infantis. As principais causas de mortes infantis tiveram comportamento semelhante ao observado no Ceará, quanto à ordem, com variações em termos percentuais: prematuridade (26,0%), malformações congênicas (20,3%), infecções perinatais (12,4%), asfixia/hipóxia (9,9%), infecções da criança (7,6%) e fatores maternos relacionados à gravidez (5,3%), conforme apresentado no Gráfico 69. A tendência da mortalidade, por essas causas, foi decrescente de 1997 para 2013, principalmente das infecções da criança, representadas especialmente pelas diarreias e pneumonias (Tabela 27).

Em estudo realizado sobre a mortalidade infantil no Brasil no ano de 2011, a prematuridade e asfixia/hipóxia foram as principais causas de óbitos neonatais precoces, principalmente no primeiro dia de vida. As infecções específicas do período perinatal adquiriram maior importância a partir do primeiro dia de vida e se mantiveram em proporções elevadas no período neonatal tardio. As infecções da criança e as malformações congênicas predominaram no período pós-neonatal.¹⁰

Gráfico 68 - Principais causas de mortes infantis (%). Ceará, 2013



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM; Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc

Nota: * Inclui asma; ** capítulo das causas mal definidas (Cap XVIII) exceto R95 (Síndrome da morte na infância); e causas inespecíficas das perinatais (P22.8; P22.9; P28.5; P96.9) e do capítulo do aparelho respiratório (J96.0; J96.9; e J98)

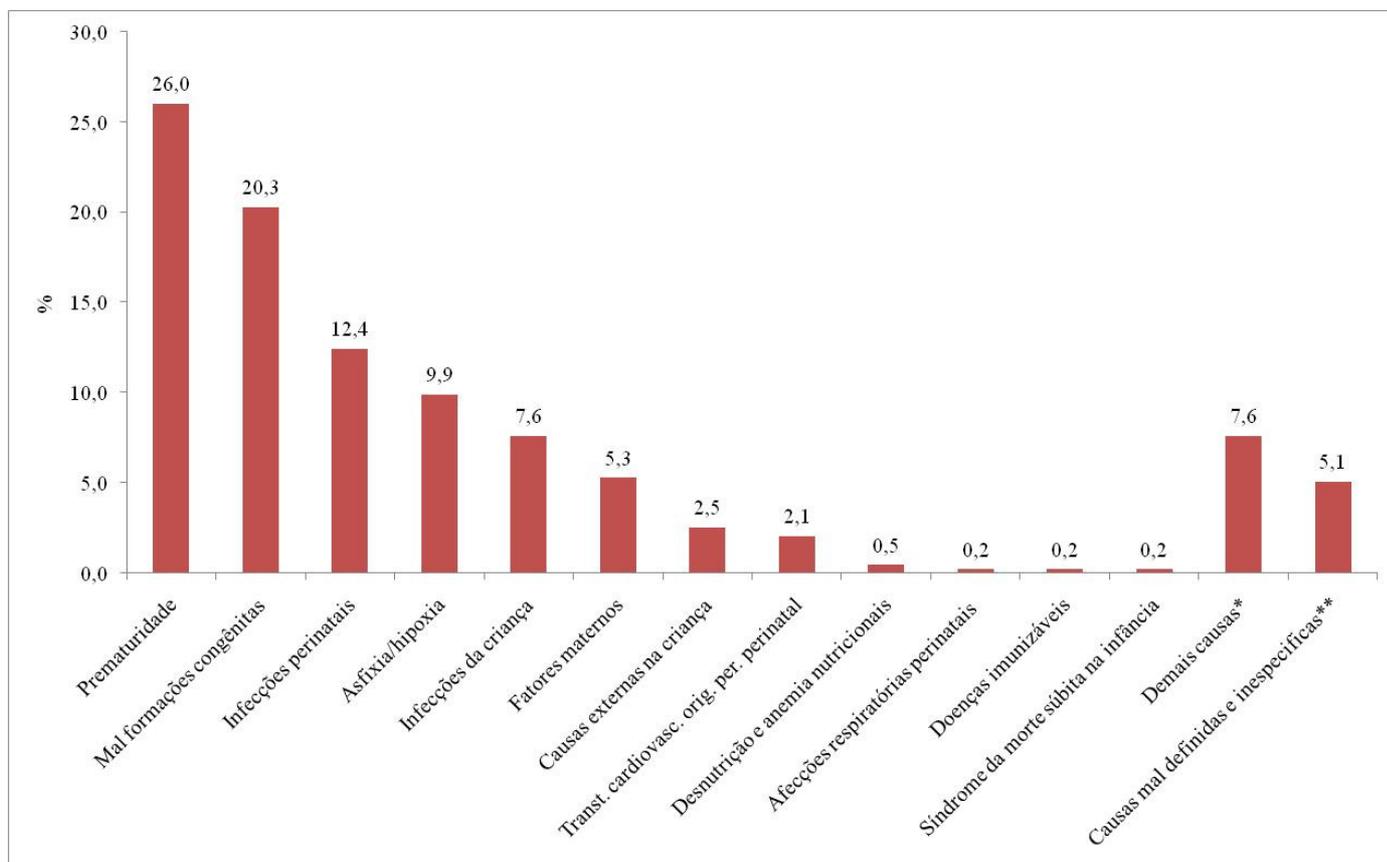
Tabela 32 - Número de óbitos (<1ano) e taxa de mortalidade infantil (por 1.000 NV) segundo as principais causas. Ceará, 1997/2001/2005/2009/ 2013

Causas	1997		2001		2005		2009		2013	
	Nº	TMI								
Prematuridade	502	3,71	472	3,17	455	3,25	435	3,31	369	2,95
Mal formações congênitas	284	2,10	297	1,99	330	2,36	346	2,63	312	2,50
Infecções perinatais	473	3,49	341	2,29	367	2,62	304	2,31	248	1,99
Asfixia/hipoxia	225	1,66	305	2,05	298	2,13	226	1,72	189	1,51
Infecções da criança	1.170	8,64	567	3,80	345	2,46	188	1,43	141	1,13
Fatores maternos	55	0,41	86	0,58	80	0,57	88	0,67	74	0,59
Causas externas na criança	31	0,23	30	0,20	27	0,19	37	0,28	36	0,29
Transt. cardiovasc. orig. per. perinatal	36	0,27	43	0,29	53	0,38	48	0,37	31	0,25
Afecções respiratórias perinatais	13	0,10	10	0,07	12	0,09	11	0,08	10	0,08
Desnutrição e anemia nutricionais	110	0,81	99	0,66	30	0,21	11	0,08	7	0,06
Síndrome da morte súbita na infância	41	0,30	16	0,11	15	0,11	7	0,05	4	0,03
Doenças imunizáveis	14	0,10	3	0,02	5	0,04	3	0,02	3	0,02
Demais causas*	214	1,58	253	1,70	221	1,58	219	1,67	158	1,27
Causas mal definidas e inespecíficas**	1.164	8,60	647	4,34	328	2,34	116	0,88	144	1,15
Total	4.332	32,00	3.169	21,26	2.566	18,32	2.039	15,52	1.726	13,82

Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM; Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc

Nota: * Inclui asma; ** capítulo das causas mal definidas (Cap XVIII) exceto R95 (Síndrome da morte na infância); e causas inespecíficas das perinatais (P22.8; P22.9; P28.5; P96.9) e do capítulo do aparelho respiratório (J96.0; J96.9; e J98)

Gráfico 69 - Principais causas de mortes infantis (%). Fortaleza, 2013



Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM; Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc

Nota: * Inclui asma; ** capítulo das causas mal definidas (Cap XVIII) exceto R95 (Síndrome da morte na infância); e causas inespecíficas das perinatais (P22.8; P22.9; P28.5; P96.9) e do capítulo da aparelho respiratório (J96.0; J96.9; e J98)

Tabela 33 - Número de óbitos (<1ano) e taxa de mortalidade infantil (por 1.000 NV) segundo as principais causas. Fortaleza, 1997/2001/2005/2009/ 2013

Causa (CID 10)	1997		2001		2005		2009		2013	
	Nº	TMI	Nº	TMI	Nº	TMI	Nº	TMI	Nº	TMI
Prematuridade	203	5,90	121	2,90	149	3,83	139	3,69	113	3,07
Malformações congênitas	127	3,69	110	2,63	115	2,96	109	2,90	88	2,39
Infecções perinatais	209	6,07	113	2,71	137	3,52	90	2,39	54	1,47
Asfixia/hipoxia	51	1,48	83	1,99	64	1,65	43	1,14	43	1,17
Infecções da criança	341	9,91	72	1,72	94	2,42	51	1,35	33	0,90
Fatores maternos	20	0,58	21	0,50	19	0,49	39	1,04	23	0,62
Causas externas na criança	8	0,23	7	0,17	6	0,15	12	0,32	11	0,30
Transt. cardiovasc. orig. per. perinatal	13	0,38	20	0,48	25	0,64	21	0,56	9	0,24
Desnutrição e anemia nutricionais	14	0,41	6	0,14	7	0,18	4	0,11	2	0,05
Afecções respiratórias perinatais	2	0,06	2	0,05	1	0,03	3	0,08	1	0,03
Doenças imunizáveis	5	0,15	-	-	-	-	1	0,03	1	0,03
Síndrome da morte súbita na infância	1	0,03	4	0,10	-	-	2	0,05	1	0,03
Demais causas*	58	1,68	48	1,15	58	1,49	55	1,46	33	0,90
Causas mal definidas e inespecíficas**	207	6,01	98	2,35	127	3,26	20	0,53	22	0,60
Total	2.259,0	36,57	705	16,88	802	20,61	589	15,65	434	11,79

Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM; Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc

Nota: * Inclui asma; ** capítulo das causas mal definidas (Cap XVIII) exceto R95 (Síndrome da morte na infância); e causas inespecíficas das perinatais (P22.8; P22.9; P28.5; P96.9) e do capítulo da aparelho respiratório (J96.0; J96.9; e J98)

4 - Fatores de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são caracterizadas como um conjunto de doenças que não tem envolvimento de agentes infecciosos em sua ocorrência, há multiplicidade de fatores de risco comuns, história natural prolongada, grande período de latência, longo curso assintomático, com períodos de remissão e exacerbação, podendo levar ao desenvolvimento de incapacidades. As DCNTs são também denominadas de doenças não infecciosas ou doenças crônicas não transmissíveis.²⁶

As DCNTs são responsáveis por cerca de setenta por cento das mortes e estão entre as principais causas de anos potenciais de vida perdidos. Pela importância da multiplicidade de fatores de risco comuns, em 2006 o Ministério da Saúde implantou o sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), com o objetivo de monitorar, anualmente, por inquérito telefônico, a frequência e distribuição dos principais determinantes das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na população adulta, com idade igual ou acima de 18 anos, realizado nas capitais dos 26 Estados e no Distrito Federal.²⁷ Os resultados do Vigitel embasaram a elaboração do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas no Brasil, 2011–2022 e subsidiam o monitoramento das metas propostas no plano nacional e também no Plano de Ação Global para a Prevenção e Controle das DCNTs, da Organização Mundial da Saúde²⁷. No Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas no Brasil, foram incluídos: Academias da Saúde, com 1.568 polos implantados; Programa Saúde na Escola que beneficia cerca de 18 milhões de estudantes, em 80 mil escolas de 4.787 municípios, com mais de 32 mil equipes de saúde da atenção básica envolvidas na ação; Estratégia Nutrisus Guia Alimentar, que traz recomendações sobre prevenção de doenças crônicas relacionadas à alimentação e Guia de Alimentos Regionais, que tem por objetivo incentivar a população a aumentar o consumo de frutas, legumes e verduras, valorizando a alimentação de cada região brasileira²⁸. Dessa forma, o Vigitel é muito importante para medir a prevalência de fatores de risco e proteção para doenças não transmissíveis na população brasileira e subsidiar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

No presente estudo, foram selecionados, do Vigitel, alguns fatores de risco, tais como: hábito de fumar, excesso de peso, carnes com excesso de gordura, consumo de sal e consumo de bebidas alcoólicas, além da referência ao diagnóstico médico de hipertensão arterial e diabetes. Dentre os fatores de proteção: prática de atividade física no tempo livre, o consumo de frutas e hortaliças e de feijão e a realização de exames para detecção precoce de tipos comuns de câncer em mulheres (mamografia e citologia oncótica para câncer de colo de útero).

Analisando-se alguns fatores de risco, observa-se que, para o hábito de fumar, a frequência de fumantes adultos do sexo masculino variou de 7% em Palmas e Salvador a 19% em Porto Alegre. Entre mulheres, variou de 3% em São Luis a 15% em Porto Alegre. Em Fortaleza, a proporção foi de 10% de fumantes entre os homens e 5% entre as mulheres (Gráfico 70), com tendência a redução de 2006 (16,3%) para 2013 (7,3%), considerando-se ambos os sexos (Tabela 34).

A frequência de adultos com excesso de peso (Índice de Massa Corporal ≥ 25 kg/m²), no sexo masculino variou de 44% em São Luiz a 62% em Porto Alegre. Entre as mulheres, variou de 39% em São Luiz a 52% em Manaus. Em Fortaleza, a proporção foi de 49% entre as mulheres e 54% entre os homens (Gráfico 71), com tendência a aumento de 2006 (42,2%) para 2013 (51%), considerando-se ambos os sexos (Tabela 34).

A frequência de adultos com obesidade (Índice de Massa Corporal ≥ 30 kg/m²), foi maior no sexo feminino, variando de 30% em Rio Branco a 56% em Florianópolis. Entre homens, variou de 21% em Macapá e São Luiz a 39% em Natal. Em Fortaleza, a proporção foi de 26% entre os homens e

de 37% entre as mulheres (Gráfico 72), com tendência a aumento de 2006 (11,9%) para 2013 (18%), considerando-se ambos os sexos (Tabela 34).

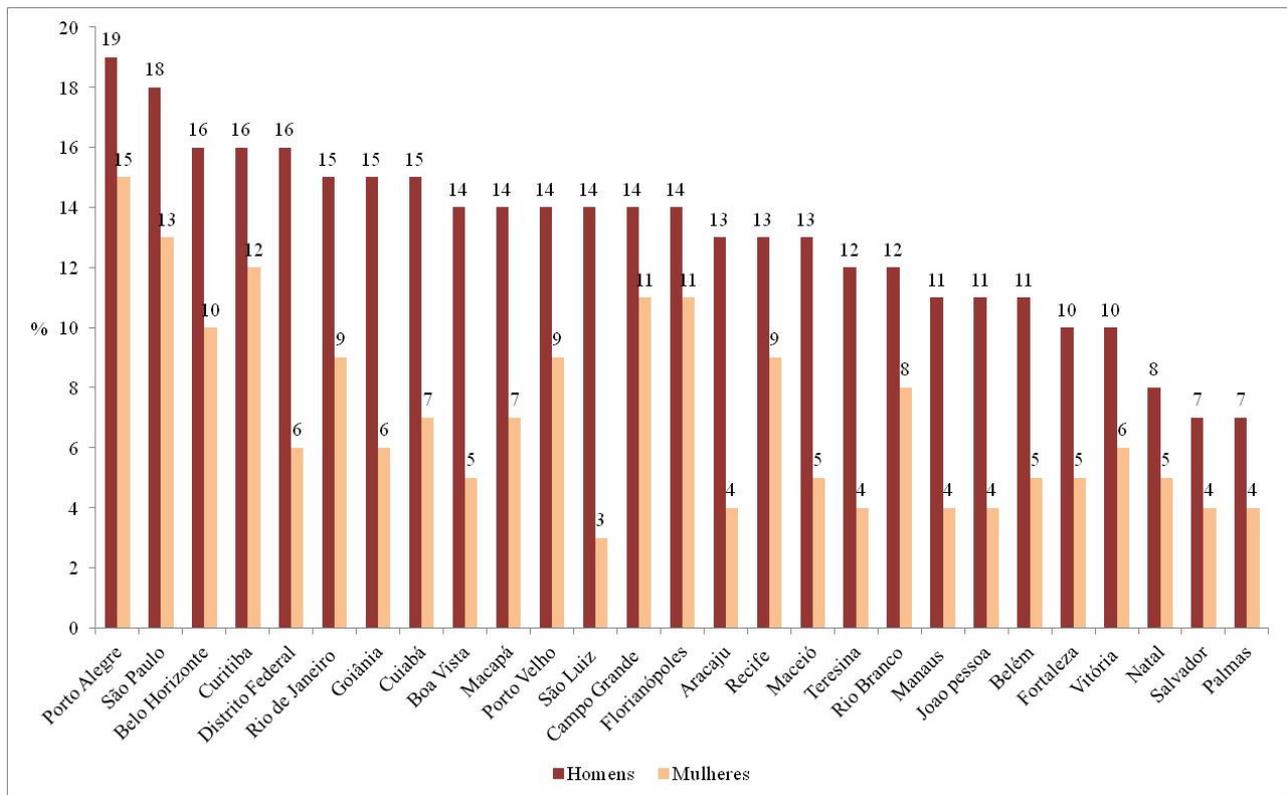
A frequência de adultos que costumam consumir carnes com excesso de gordura, no sexo masculino, variou de 32% em João Pessoa a 53% em Campo Grande. Entre as mulheres, variou de 15% em Salvador e João Pessoa a 33% em Campo Grande. Em Fortaleza, a proporção foi de 42% entre os homens e 20% entre as mulheres (Gráfico 73), com tendência a aumento de 2006 (19,4%) para 2013 (30%), considerando-se ambos os sexos (Tabela 34).

O percentual de adultos que consideram seu consumo de sal alto ou muito alto, no sexo masculino, variou de 14% em João Pessoa a 20% em Boa Vista e Porto Alegre. Entre as mulheres, variou de 12% no Rio de Janeiro e Teresina a 19% em Curitiba. Em Fortaleza, a proporção foi de 18%, entre os homens, e 15% entre as mulheres (Gráfico 74).

Percentual de indivíduos que, nos últimos 30 dias, consumiram quatro ou mais doses (mulher) ou cinco ou mais doses (homem) de bebida alcoólica, em uma mesma ocasião. No conjunto da população adulta no sexo masculino variou de 17%, em Manaus, a 35% em Aracaju. Entre mulheres, variou de 4% em Curitiba a 15% em Belo Horizonte. Em Fortaleza, a proporção foi de 21% entre os homens e 7% entre as mulheres (Gráfico 75), com tendência decrescente de 2006 (16,4%) para 2013 (14%), considerando-se ambos os sexos (Tabela 34).

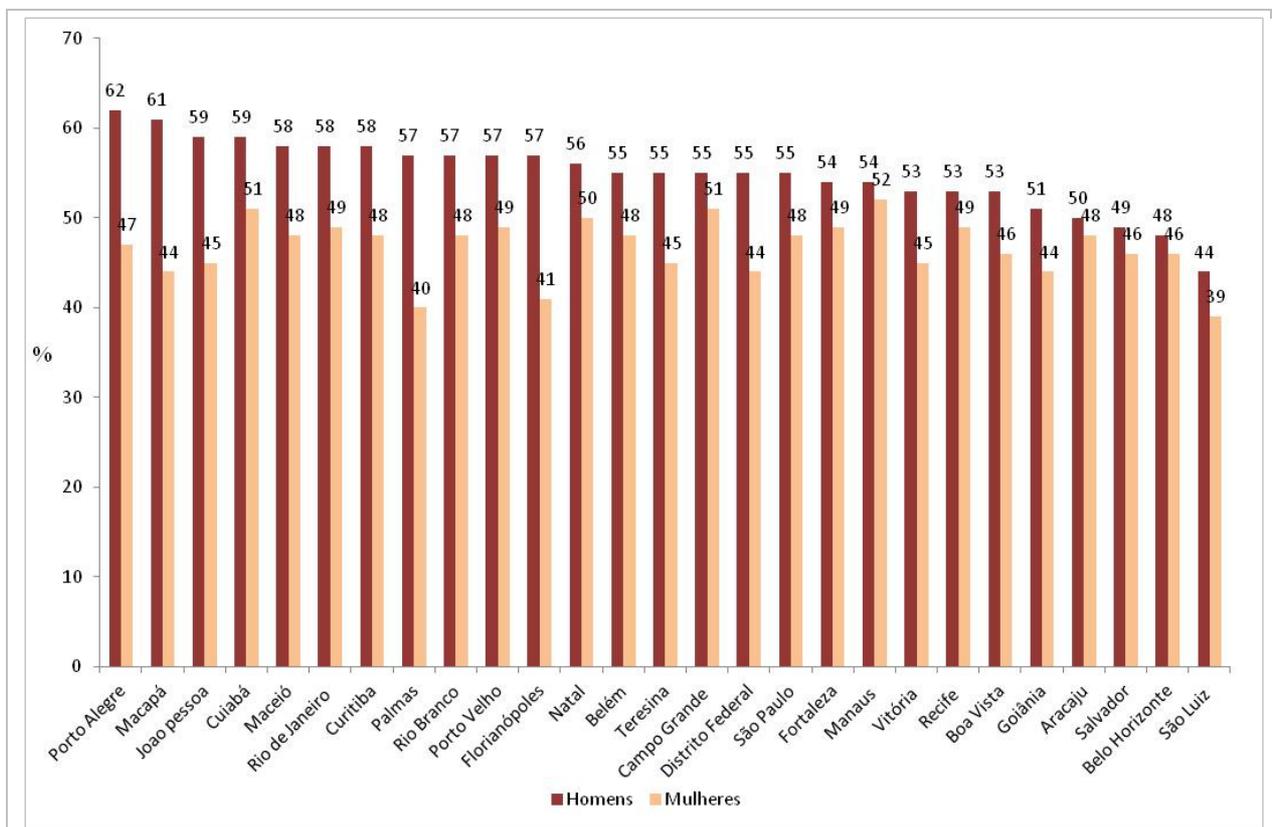
Observa-se que, dos fatores de risco analisados, segundo as capitais e Distrito Federal, predominaram, no sexo masculino, o hábito de fumar, o excesso de peso, o consumo de carnes com excesso de gordura, o consumo alto ou muito alto de sal e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Apenas a obesidade predominou no sexo feminino. Em relação ao município de Fortaleza, teve prevalência maior que a média das capitais e do DF apenas o excesso de peso. Em torno da média ficaram o consumo de carnes com excesso de gordura e o consumo alto ou muito alto de sal. Abaixo da média, portanto, a prevalência de fumantes, obesidade e consumo excessivo de álcool. Ainda em Fortaleza, a tendência é crescente para prevalência de excesso de peso, obesidade e consumo de carnes com excesso de gordura. Com tendência decrescente, o hábito de fumar e o consumo excessivo de bebida alcoólica.

Gráfico 70 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) fumantes, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. Vigitel, 2013



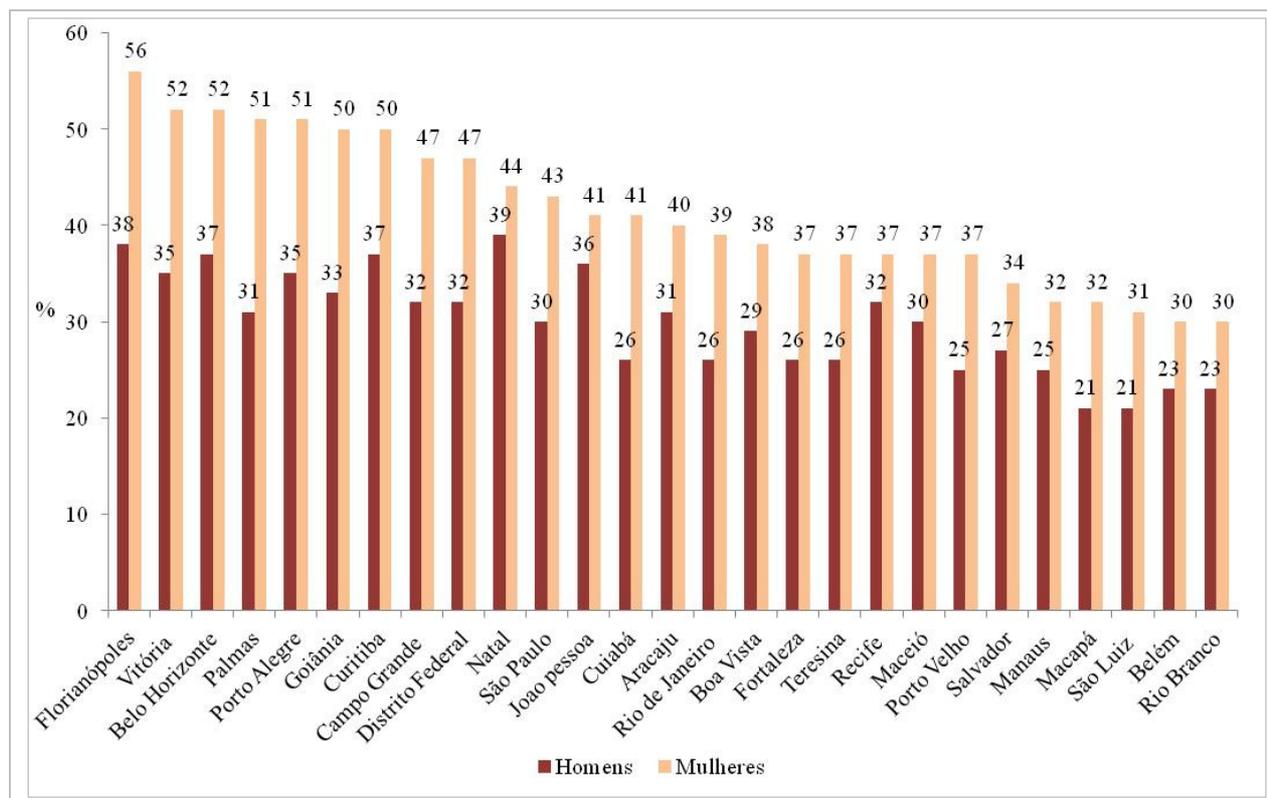
Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Vigitel

Gráfico 71 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) com excesso de peso (Índice de Massa Corporal ≥ 25 kg/m²), por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. Vigitel, 2013



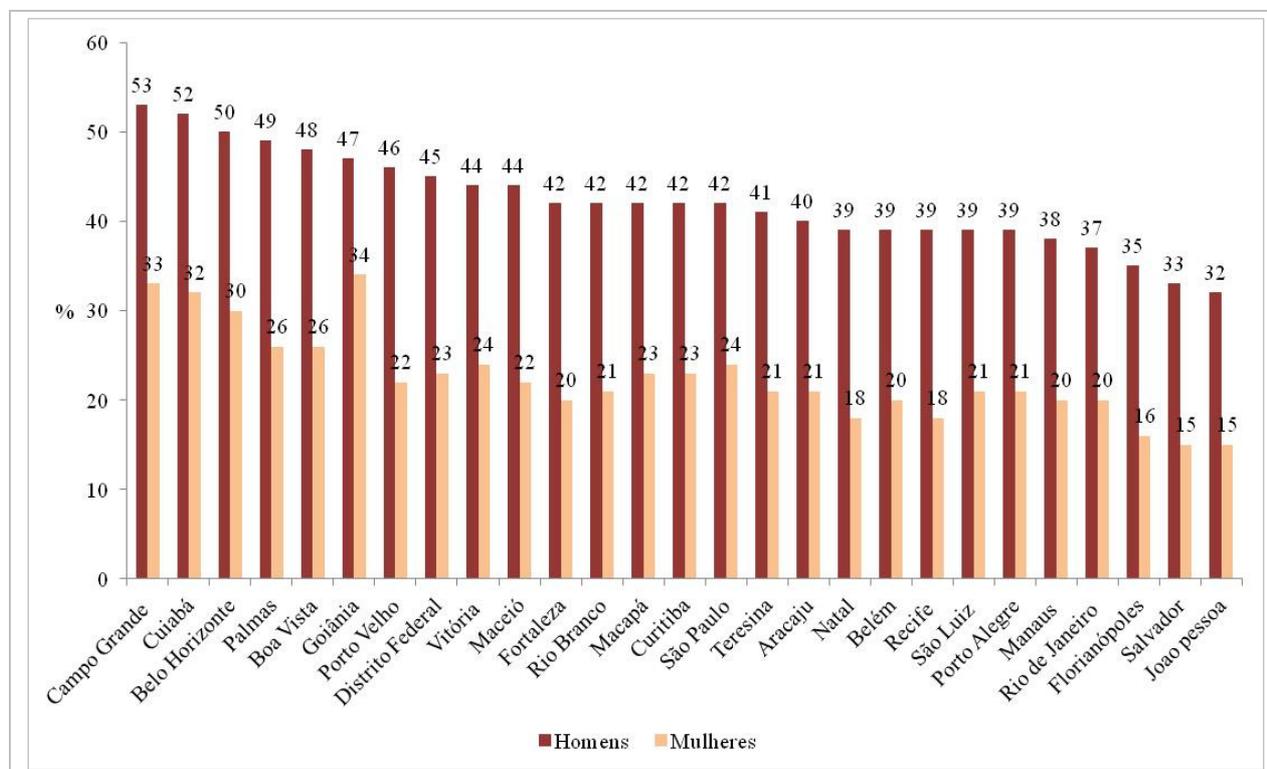
Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Vigitel

Gráfico 72 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) com obesidade (Índice de Massa Corporal ≥ 30 kg/m²), por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. Vigitel, 2013



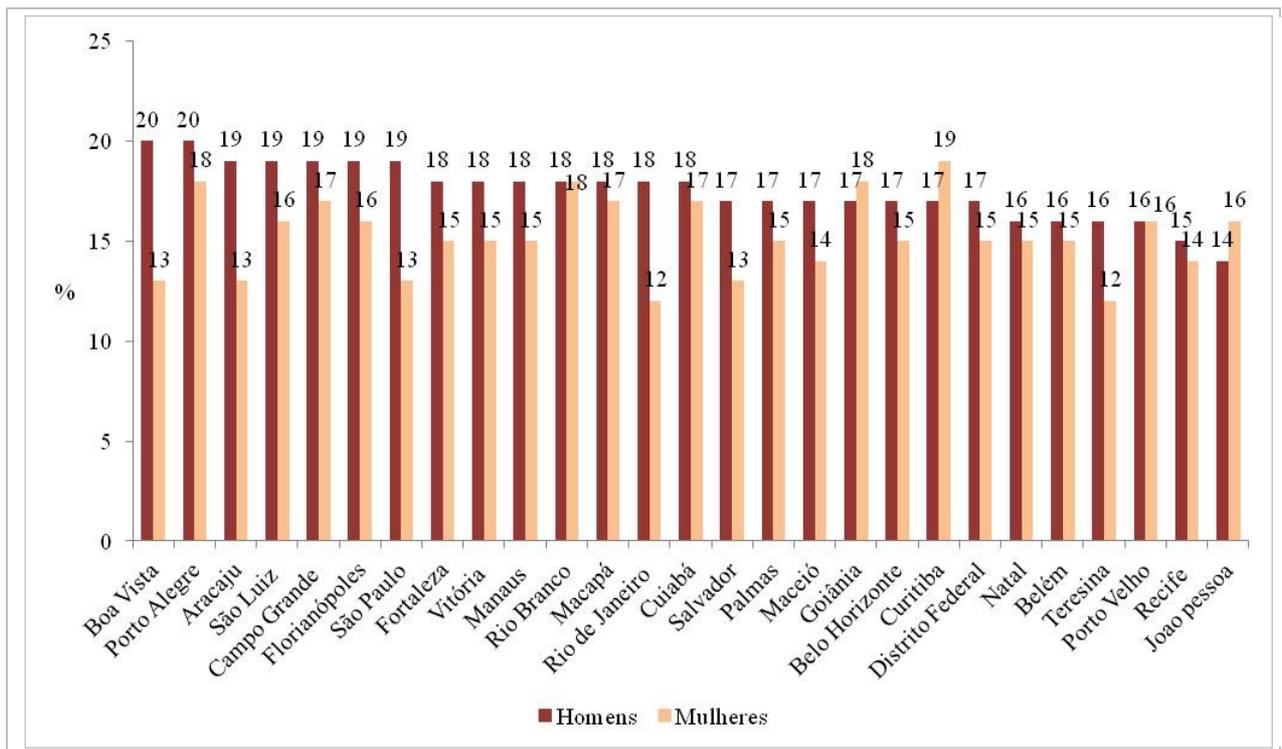
Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Vigitel

Gráfico 73 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que costumam consumir carnes com excesso de gordura, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. Vigitel, 2013



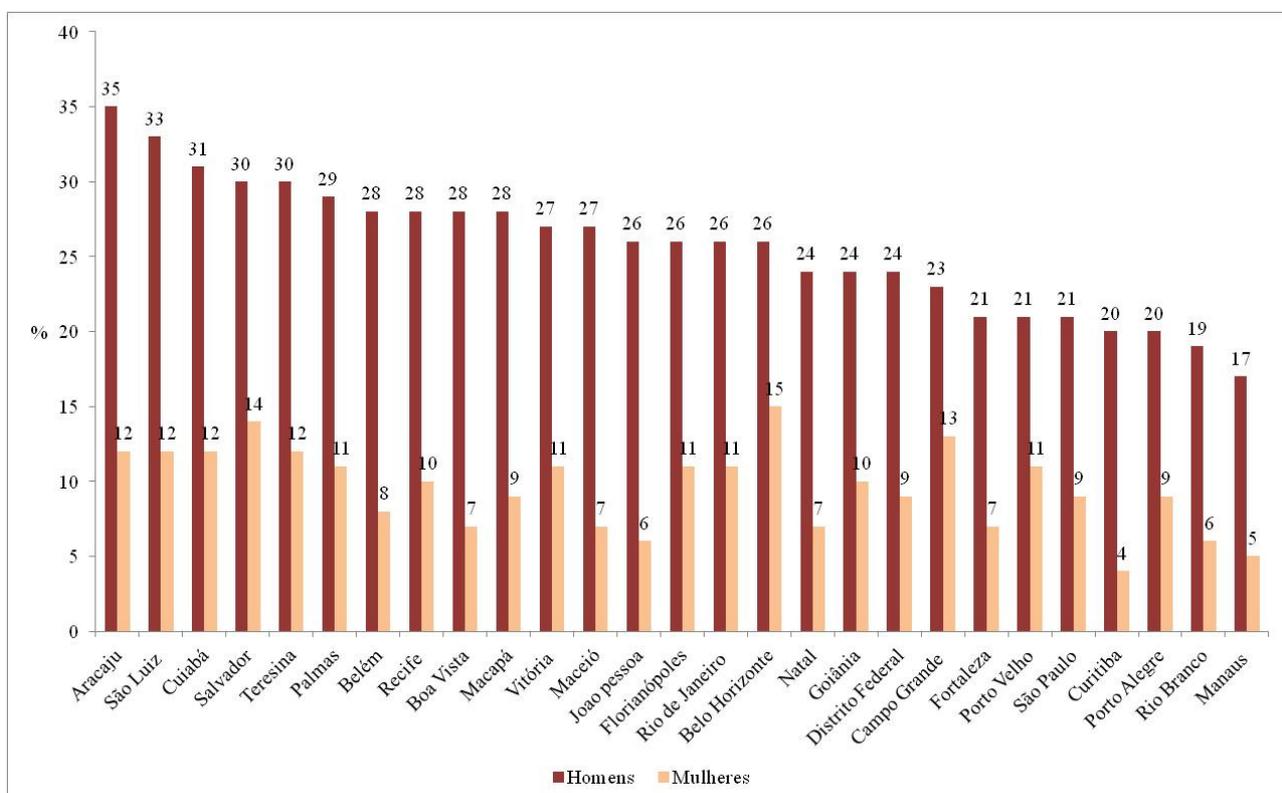
Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Vigitel

Gráfico 74 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consideram seu consumo de sal alto ou muito alto, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. Vigitel, 2013



Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Vigitel

Gráfico 75 - Percentual de indivíduos que, nos últimos 30 dias, consumiram quatro ou mais doses (mulher) ou cinco ou mais doses (homem) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião no conjunto da população adulta (≥18 anos) das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. Vigitel, 2013



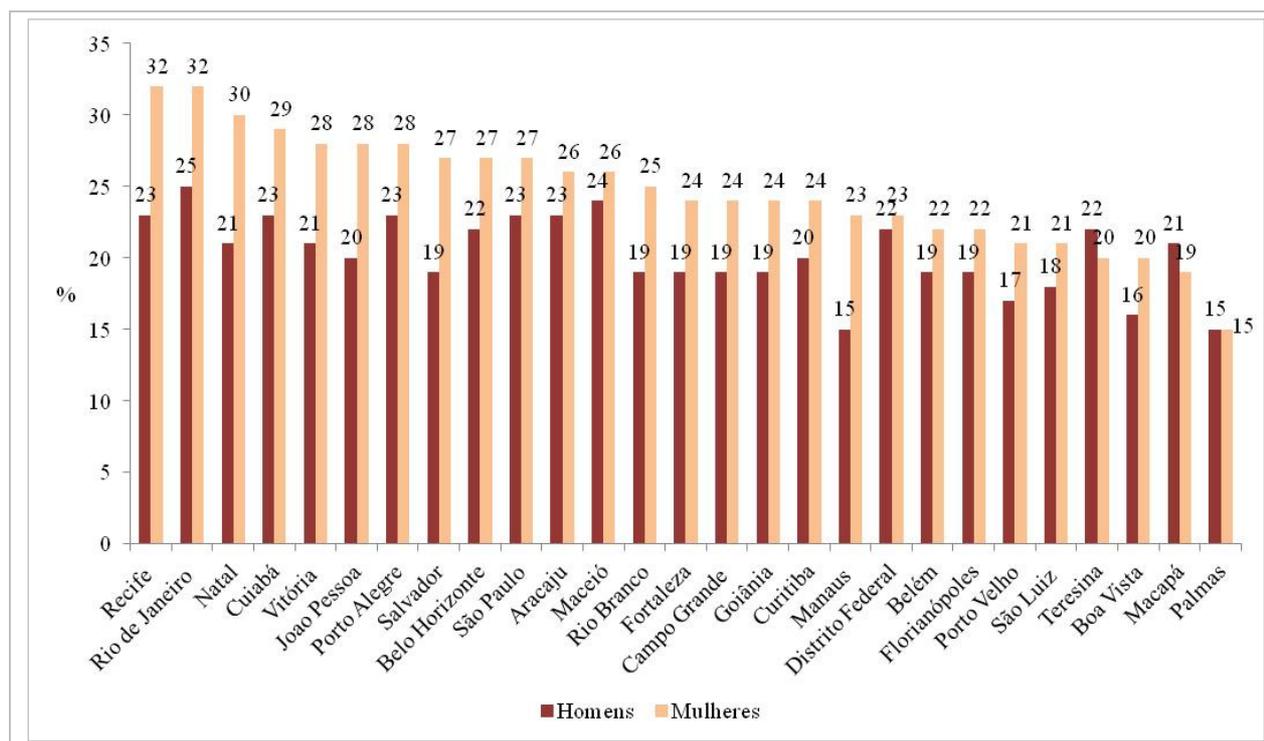
Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Vigitel

Para a morbidade referida, o Vigitel estima a frequência de indivíduos que referem diagnóstico médico prévio do fator de risco ou doença de interesse, sabendo-se que são influenciadas pela cobertura da assistência à saúde existente em cada local, podendo, assim, subestimar, em maior ou menor grau, a prevalência real do fator de risco na população.²⁹ Considerou-se, no presente estudo, a frequência de adultos com diagnóstico médico de hipertensão arterial e diabetes.

A frequência de adultos que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, no sexo feminino, variou de 15% em Palmas e 32% no Rio de Janeiro e Recife. No sexo masculino, a maior frequência foi observada no Rio de Janeiro (25%) e a menor em Palmas (15%). Em Fortaleza, a proporção foi de 19% entre os homens e 24% entre as mulheres (Gráfico 76), posicionando-se na média da prevalência referida das capitais, com tendência crescente de 2006 (18,5%) para 2013 (21,0%), considerando-se ambos os sexos (Tabela 34).

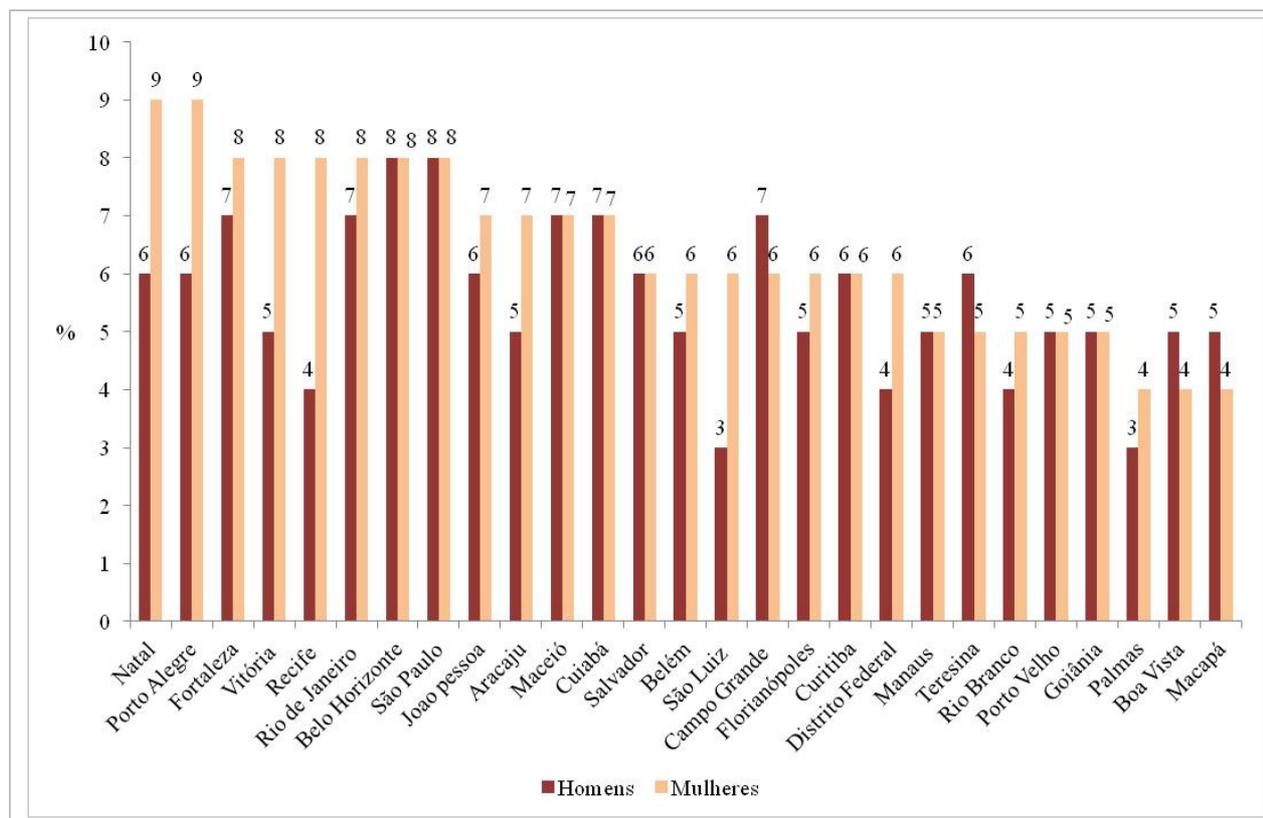
A frequência de adultos que referiram diagnóstico médico de diabetes, no sexo feminino, variou entre 4% em Palmas, Boa Vista e Macapá e 9% em Natal e Porto Alegre. No sexo masculino, a maior frequência foi observada em Belo Horizonte (8%) e São Paulo (8%) e a menor em São Luiz (3%) e Palmas (3%). Em Fortaleza, a proporção foi de 7% entre os homens e 8% entre as mulheres (Gráfico 77), posicionando-se acima da média da prevalência referida das capitais, com tendência crescente de 2006 (4,4%) para 2013 (8,0%), considerando-se ambos os sexos (Tabela 34).

Gráfico 76 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. Vigitel, 2013



Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Vigitel

Gráfico 77 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram diagnóstico médico de diabetes, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. Vigitel, 2013



Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Vigitel

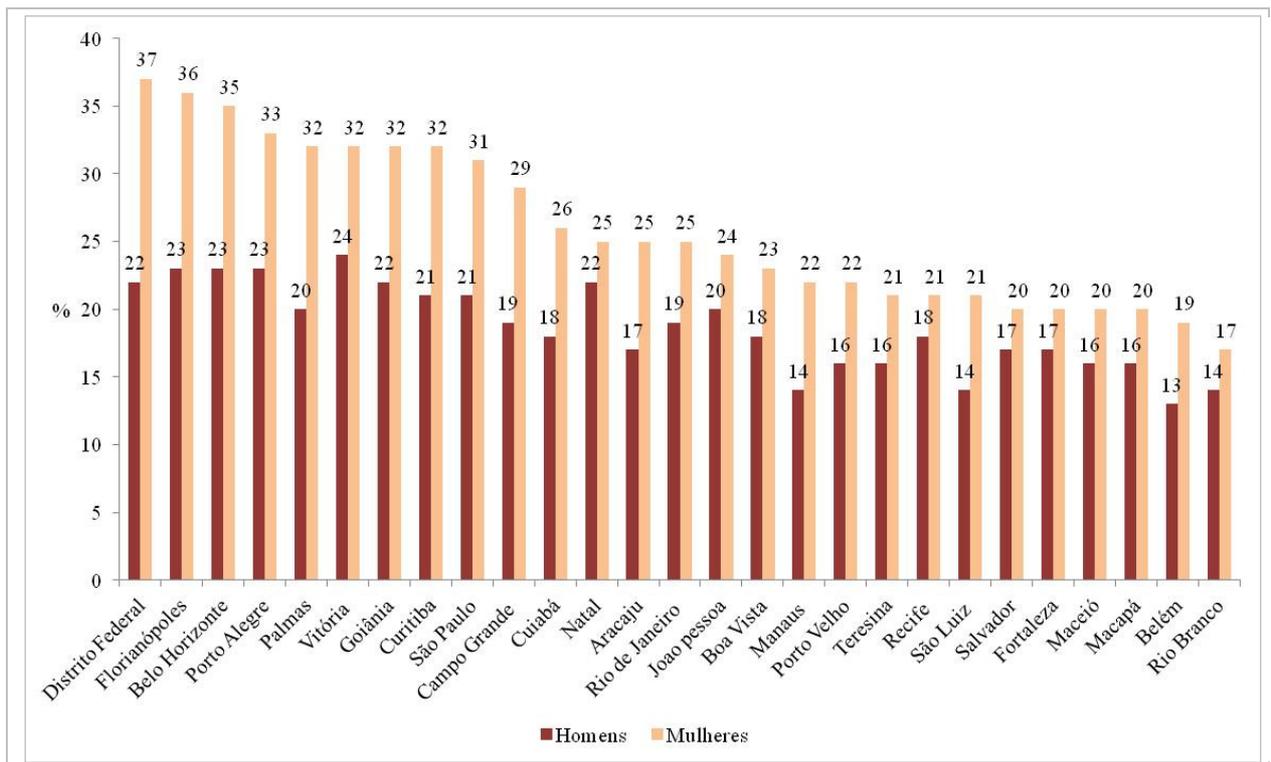
Analisando-se alguns fatores de proteção, observa-se que o consumo de cinco ou mais porções diárias de frutas e hortaliças foi mais prevalente no sexo feminino, variando de 17% em Rio Branco a 37% no Distrito Federal. A frequência de adultos do sexo masculino variou de 13% em Belém e 24% em Vitória. No município de Fortaleza, a frequência foi de 20% para o sexo feminino e de 17% no sexo masculino (Gráfico 78), com tendência crescente de 2006 (19,4%) a 2013 (32%), considerando-se ambos os sexos (Tabela 34).

A frequência de adultos que consomem feijão, em cinco ou mais dias da semana, foi maior no sexo masculino, variando de 44% em Macapá e 87% em Belo Horizonte. A frequência de adultos do sexo feminino variou de 34% em Florianópolis e Manaus e 81% em Belo Horizonte. No município de Fortaleza, a frequência foi de 76% para o sexo masculino e de 61% no sexo feminino (Gráfico 79).

A frequência de adultos que praticam atividades físicas no tempo livre, equivalentes a pelo menos 150 minutos de atividade de intensidade moderada, por semana, foi maior no sexo masculino, variando de 35% em São Paulo a 54% em Florianópolis. A frequência de adultos do sexo feminino variou de 21% em São Luiz e Manaus a 37% em Vitória. No município de Fortaleza, a frequência foi de 40% para o sexo masculino e de 32% no sexo feminino (Gráfico 80), com tendência crescente de 2006 (18%) a 2013 (35%), considerando-se ambos os sexos (Tabela 34).

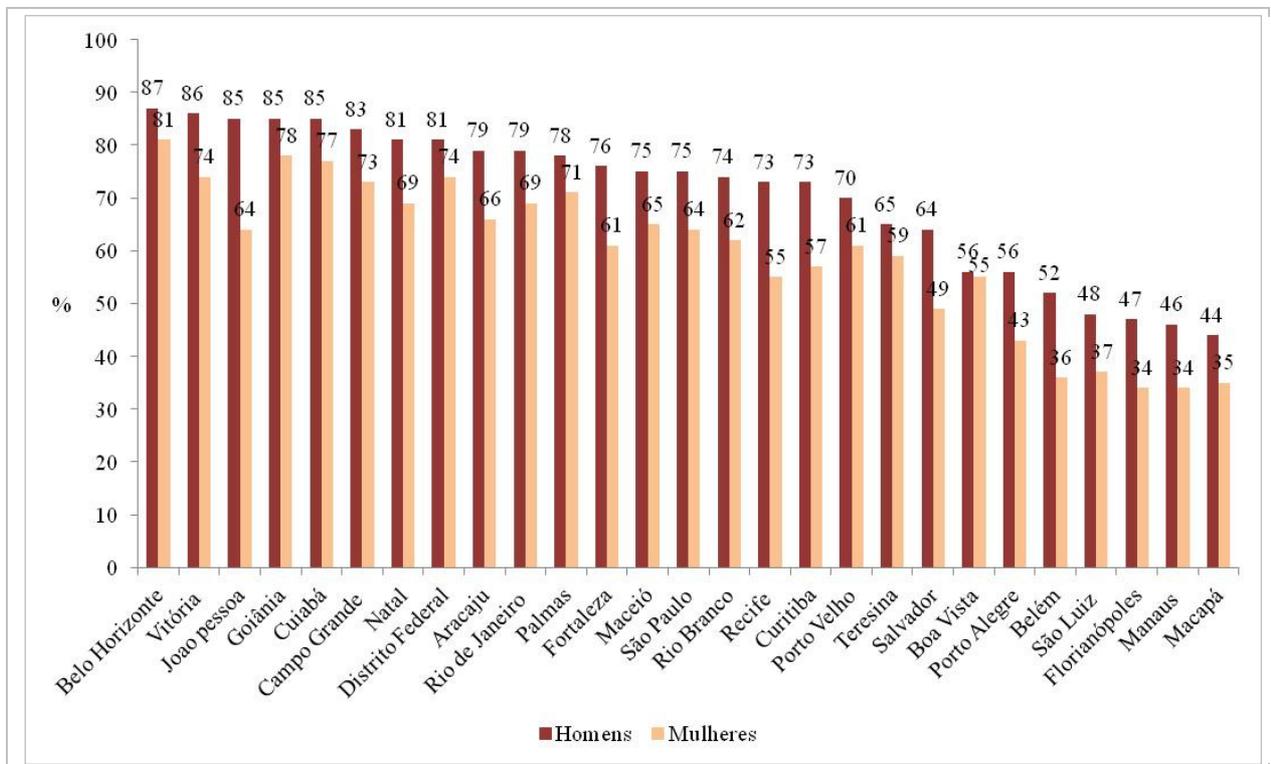
Portanto, dos fatores de proteção, os homens referiram a realização de atividades físicas, em maior percentual do que as mulheres, bem como o consumo de feijão. Estas, por sua vez, referiram maior consumo de frutas e hortaliças.

Gráfico 78 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem cinco ou mais porções diárias de frutas e hortaliças, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. Vigitel, 2013



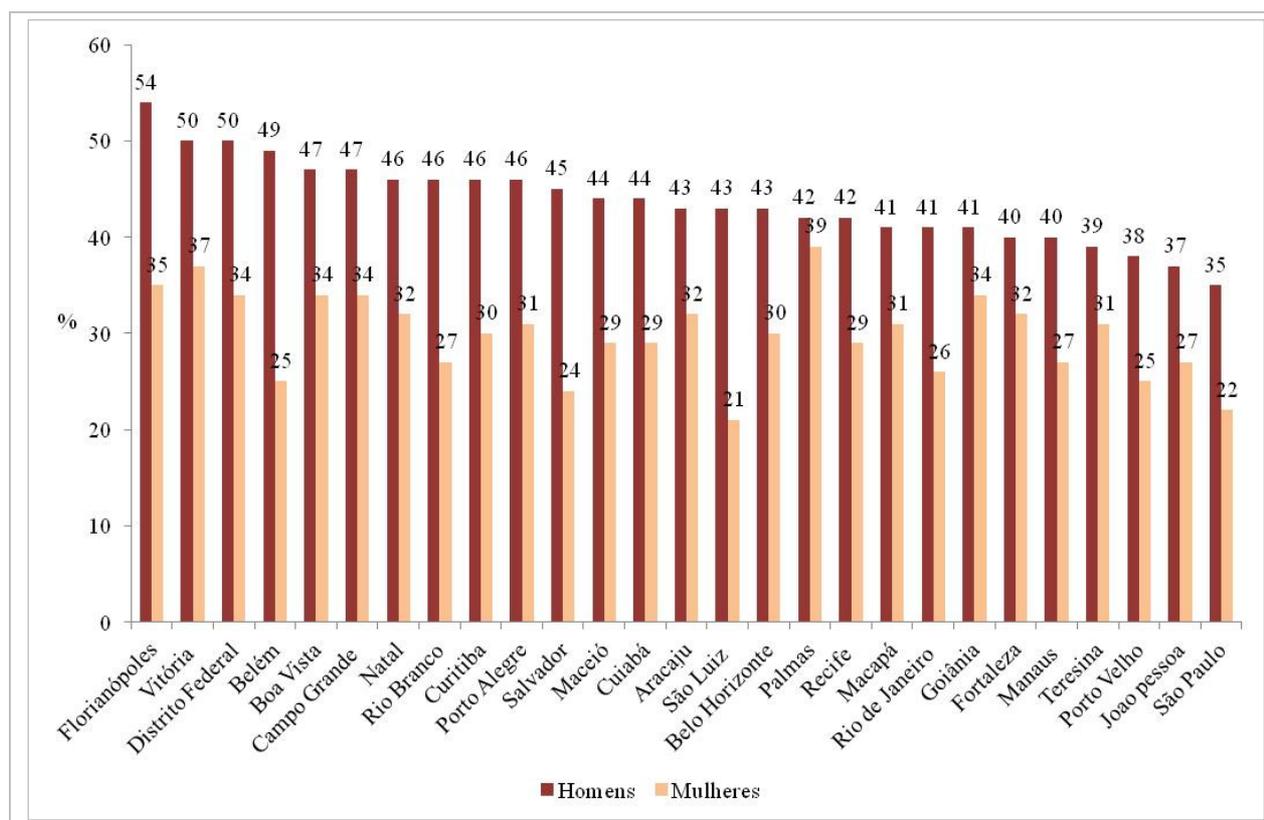
Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Vigitel

Gráfico 79 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem feijão em cinco ou mais dias da semana, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. Vigitel, 2013



Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Vigitel

Gráfico 80 - Percentual de homens (≥ 18 anos) que praticam atividades físicas no tempo livre equivalentes a pelo menos 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. Vigitel, 2013



Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Vigitel

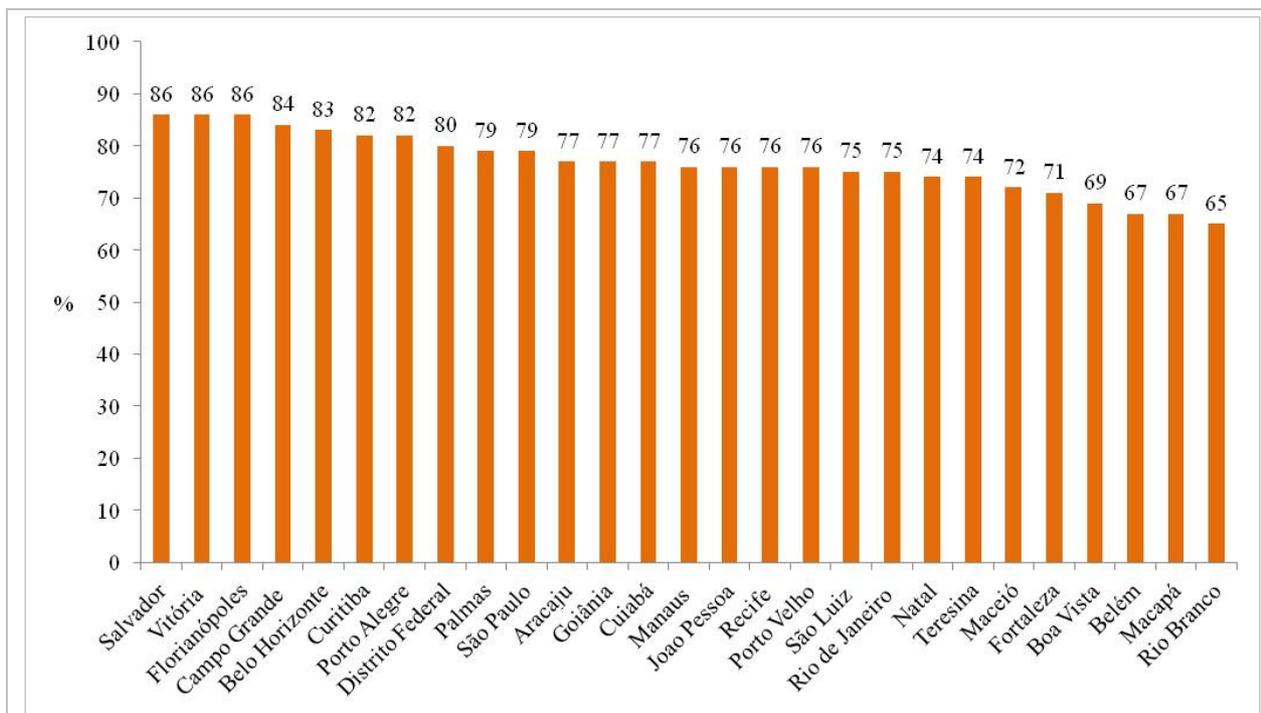
Dois indicadores de acesso da população feminina a serviços de diagnóstico precoce de câncer, o exame de mamografia e o exame de citologia oncótica, para câncer de colo do útero, foram considerados, pela importância do diagnóstico precoce na melhoria do prognóstico.

Observa-se que as maiores frequências da realização do exame de mamografia, entre 50 a 69 anos de idade, nos últimos dois anos, foram observadas em Salvador, Vitória e Florianópolis, com 86% nas três capitais e a menor em Rio Branco (65%). Fortaleza ficou abaixo da média com 71% (Gráfico 81).

Quanto ao exame de citologia oncótica para câncer de colo do útero, a maior frequência foi observada em São Paulo (89%) e a menor em Maceió (68%). Fortaleza ficou abaixo da média com 73% (Gráfico 82).

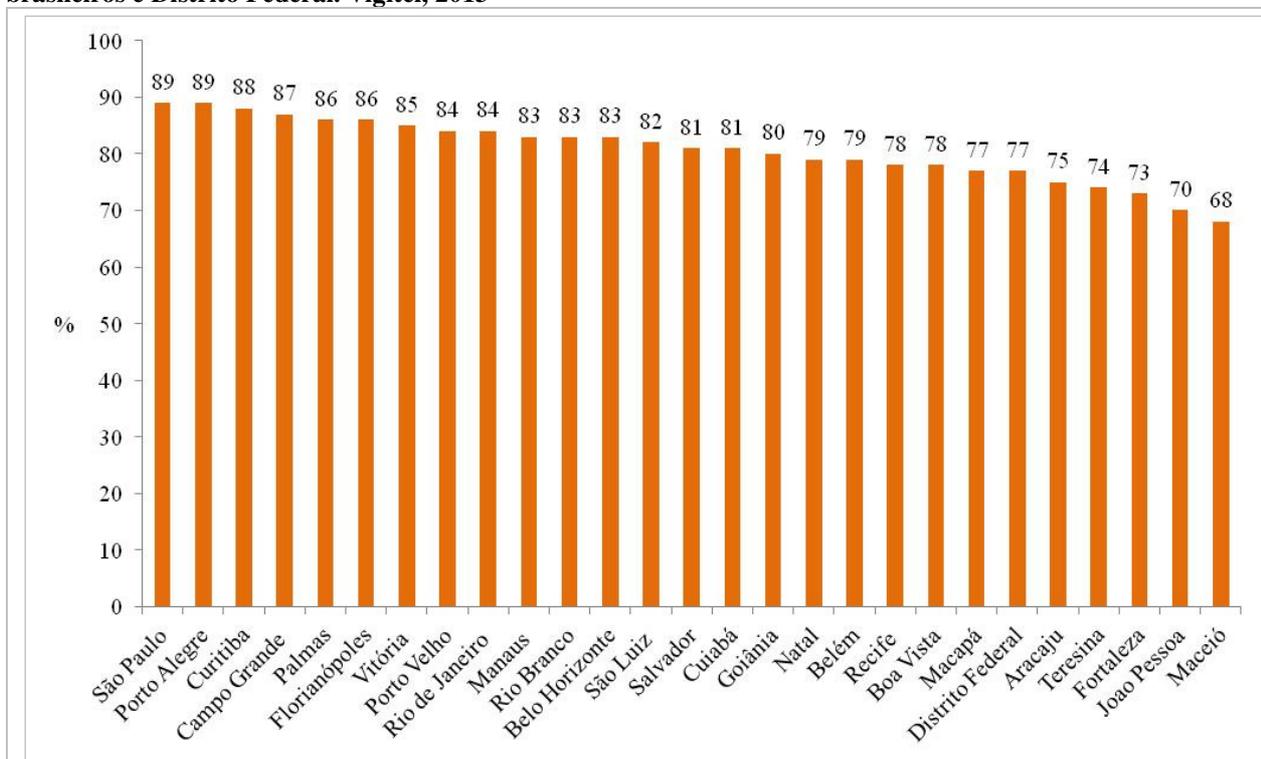
O Ministério da Saúde recomenda que todas as mulheres, entre 50 e 69 anos de idade, façam exames de mamografia pelo menos uma vez a cada dois anos, além de recomendar o exame anual para mulheres acima de 35 anos, que pertençam a grupos de alto risco. O exame preventivo do câncer do colo do útero (Papanicolaou), devido à longa evolução da doença, pode ser realizado a cada três anos. Para maior segurança do diagnóstico, os dois primeiros exames de Papanicolaou devem ser anuais. Se os resultados estiverem normais, sua repetição só será necessária após três anos.³⁰

Gráfico 81 - Percentual de mulheres (50 a 69 anos de idade) que realizaram mamografia em algum momento de suas vidas e nos últimos dois anos



Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Vigitel

Gráfico 82 - Percentual de mulheres (25 a 64 anos de idade) que realizaram exame de citologia oncológica para câncer de colo do útero em algum momento de suas vidas e nos últimos três anos, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. Vigitel, 2013



Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Vigitel

Na Tabela 34, sobre fatores de risco e proteção para as doenças crônicas, em Fortaleza, no período de 2006 a 2013, observamos as seguintes tendências: redução significativa do hábito de fumar e, em menor escala, do consumo abusivo de bebida alcoólica. Por outro lado, houve um aumento importante do consumo de carne com excesso de gordura, bem como um percentual maior do excesso de peso, da obesidade e da hipertensão diagnosticada por médico. Em relação aos fatores de proteção, verifica-se uma tendência de aumento do consumo recomendado de frutas e hortaliças e incremento da atividade física no tempo livre.

Tabela 34 – Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas na população adulta residente em Fortaleza, 2006 a 2013

Indicador (%)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Fumante	16,3	14,5	11,8	16,0	10,9	10,3	8,8	7,2
Consumo abusivo de bebida alcoólica	16,4	19,3	17,6	21,7	16,7	17,3	14,3	14,0
Consumo de carnes com excesso de gordura	19,4	25,9	29,5	25,1	25,4	25,3	27,9	30,0
Consumo recomendado de frutas e hortaliças (≥ 5 porções diárias)	19,4	25,9	29,5	25,1	24,4	25,3	27,9	32,0
Volume recomendado de atividade física no tempo livre	18,0	17,4	15,5	16,5	15,6	30,0	32,7	35,0
Excesso de peso	42,2	44,9	44,3	47,0	52,3	53,7	52,8	51,0
Obesidade	11,9	14,7	15,0	15,3	18,2	18,4	18,8	18,0
Referência de diagnóstico médico de hipertensão	18,5	18,8	20,6	20,7	21,1	17,3	20,8	21,0
Referência de diagnóstico médico de diabetes	4,4	5,9	5,3	5,0	5,7	7,3	6,7	8,0

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Vigitel

5 – Incidência de doenças e agravos transmissíveis

As doenças transmissíveis foram selecionadas do conjunto de doenças e agravos de notificação compulsória - DNC (Portaria N° 1.271/MS/SVS de 6 de junho de 2014).

Em 2013 (Tabela 29), as doenças transmissíveis de maior incidência, em Fortaleza, foram, na ordem decrescente: dengue (8.838), tuberculose (1.566), hanseníase (697), sífilis congênita (558), aids (543), hepatites virais (165), leishmaniose visceral (161), sífilis em gestante (143).

Das imunopreveníveis, persistem, com incidência baixa, a coqueluche, meningite tuberculosa, Meningite por *Haemophilus influenzae* e tétano acidental. Os últimos casos de rubéola ocorreram em 2008 (17 casos). Destaca-se, nesse grupo, um surto de sarampo em Fortaleza, em 2014, com 324 casos, afetando principalmente crianças menores de um ano (27%) e adultos jovens de 20-29 anos (19%) dos casos.

Das doenças transmitidas por vetores e zoonoses, além da dengue e leishmaniose visceral, já citadas, foram registrados casos anuais de leishmaniose tegumentar e leptospirose.

A doença meningocócica, de importância em saúde pública pela gravidade e potencial para causar surtos, variou no período, com registro máximo de 59 casos em 2012 e mínimo de 12 casos em 2014.

Salienta-se que tiveram incidência zero no período: cólera, difteria e tétano neonatal, ainda sob vigilância epidemiológica.

As doenças transmissíveis de maior incidência, em Fortaleza, no período analisado, são ainda categorizadas como doenças da pobreza ou doenças negligenciadas.

Tabela 35 - Número de casos de doenças/agravos de notificação compulsória. Fortaleza, 2004 a 2014

Doença / agravo	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Aids (total de casos)	435	377	328	433	446	468	512	582	689	544	508
Aids em adulto	427	370	323	424	436	461	505	574	686	543	506
Aids em Criança (< 13 anos)	8	7	5	9	10	7	7	8	3	1	2
Infecção por HIV em gestantes e crianças expostas	75	82	82	140	114	110	90	89	60	94	92
Sífilis congênita	135	236	316	333	386	482	481	559	571	558	643
Sífilis em gestante				141	91	116	129	156	152	143	204
Hepatite A	200	276	117	155	264	117	58	6	23	12	3
Hepatite B	59	189	111	114	107	124	94	70	113	69	82
Hepatite C	67	92	98	72	83	110	106	88	111	80	80
Coqueluche	10	13	8	3	2	8	-	3	14	11	71
Doença meningocócica	51	27	26	13	25	20	21	54	59	21	12
Meningite por <i>Haemophilus influenzae</i>	3	-	1	1	2	2	1	4	2	-	-
Meningite tuberculosa	7	5	7	2	4	6	8	8	10	7	9
Rubéola	-	-	2	50	17	-	-	-	-	-	-
Sarampo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	324
Tétano acidental	17	13	12	14	11	18	12	11	8	4	6
Tétano neonatal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dengue	525	11.806	15.974	11.260	33.845	4.142	4.440	34.413	38.974	8.838	5.030
Leishmaniose tegumentar	24	19	15	18	30	27	26	20	29	13	10
Leishmaniose visceral	64	135	228	261	239	236	247	275	149	161	127
Leptospirose	62	27	65	46	19	47	15	57	29	14	28
Hanseníase (casos novos)	888	928	786	769	904	805	727	648	626	697	636
Tuberculose (casos novos)	1.726	1.876	1.571	1.636	1.768	1.858	1.712	1.719	1.592	1.567	1.555

Sesa/Coprom/Núcleo de Informação e Análise em Saúde – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)

Na distribuição das doenças transmissíveis, por sexo e faixa etária (Tabelas 30 e 31), observa-se que, no sexo masculino, as maiores taxas de incidência de doenças infecciosas, excluindo a dengue, foram por tuberculose (39/100.000 habitantes) com 980 casos, aids (12,4/100.000 habitantes) com 354 casos, hanseníase (13,1/100.000 habitantes) com 327 casos, sífilis congênita (7,7/1.000 NV) com 279 casos e leishmaniose visceral (4,0/100.000 habitantes) com 101 casos.

No sexo feminino, as maiores taxas de incidência de doença infecciosa, excluindo a dengue, foram por tuberculose (23,2 /100.000 habitantes) com 581 casos, hanseníase (13,1/100.000 habitantes) com 308 casos, sífilis congênita (7,7/1.000/NV) com 279 casos e aids (5,9/100,000 habitantes) com 148 casos.

Salienta-se que as taxas de incidência, que medem o risco de adoecer, predominaram no sexo masculino em 2014 para as doenças: aids, tuberculose, leishmaniose visceral, hepatites B e C e, com menor risco, a hanseníase. Quanto a faixa etária, destaca-se a tuberculose, que ocorreu em todas as faixas etárias, em ambos os sexos.

Tabela 36 - Número de casos e taxa de incidência (por 100.000 habitantes) de doenças/agravos de notificação compulsória, sexo masculino, por faixa etária. Fortaleza, 2014

Faixa etária (ano)	<1		1 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 39		40 a 59		60 e mais		Total	
	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa
Aids	-	-	-	-	-	-	7	1,6	235	26,0	83	14,8	29	12,0	354	14,2
Sífilis congênita	279	7,7													279	7,7
Hepatite B	1	2,7	-	-	1	0,6	-	-	26	2,9	18	3,2	3	1,2	49	2,0
Hepatite C	-	-	-	-	-	-	-	-	6	0,7	27	4,8	14	5,8	47	1,9
Hepatite A	-	-	1	0,7	-	-	1	0,2	-	-	-	-	-	-	2	0,1
Febre tifoide	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coqueluche	26	71,4	-	-	2	1,1	-	-	1	0,1	-	-	-	-	29	1,2
Meningite <i>Hib</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Meningite TB	-	-	-	-	-	-	-	-	4	0,4	2	0,4	-	-	6	0,2
Rubéola	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sarampo																
Tétano acidental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,4	3	1,2	5	0,2
LTA	-	-	-	-	-	-	-	-	4	0,4	1	0,2	1	0,4	6	0,2
LV	-	-	7	5,2	6	3,3	5	1,1	35	3,9	36	6,4	12	4,9	101	4,0
Leptospirose	-	-	-	-	-	-	4	0,9	13	1,4	4	0,7	-	-	21	0,8
Hanseníase	-	-	2	1,5	9	5,0	27	6,1	92	10,2	116	20,7	81	33,4	327	13,1
Tuberculose	6	16,5	2	1,5	9	5,0	83	18,8	400	44,2	344	61,5	136	56,1	980	39,2
D. meningocócica	1	2,7	-	-	-	-	2	0,5	3	0,3	-	-	-	-	6	0,2

Sesa/Coprom/Núcleo de Informação e Análise em Saúde – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)

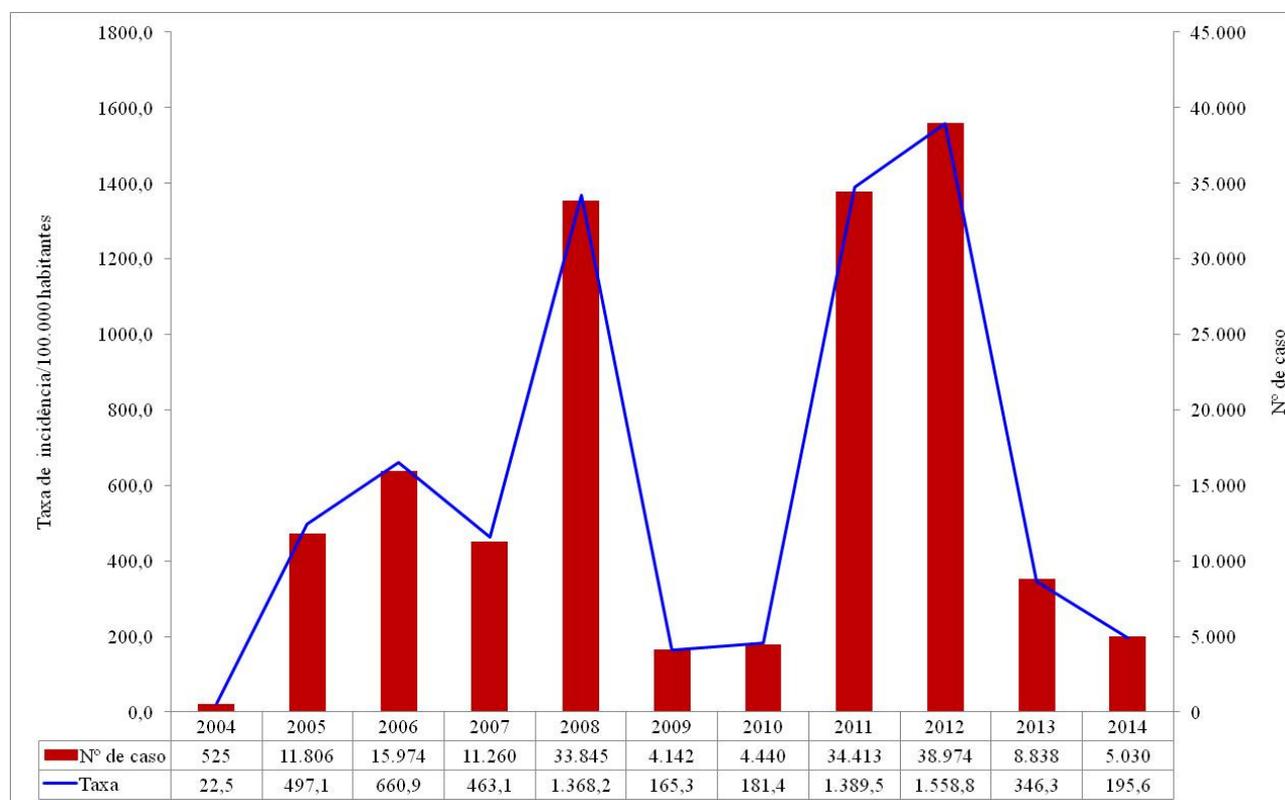
Tabela 37 - Número de casos e taxa de incidência (por 100.000 habitantes) de doenças/agravos de notificação compulsória, sexo feminino, por faixa etária. Fortaleza, 2014

Faixa etária (ano)	<1		1 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 39		40 a 59		60 e mais		Total	
	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa
Aids	-	-	-	-	1	0,6	1	0,2	83	9,2	58	10,4	5	2,1	148	5,9
Sífilis congênita	308	8,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	308	8,5
Hepatite B	1	2,7	-	-	-	-	1	0,2	13	1,4	11	2,0	6	2,5	32	1,3
Hepatite C	-	-	-	-	-	-	-	-	5	0,6	20	3,6	13	5,4	38	1,5
Hepatite A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Febre tifóide	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coqueluche	29	79,6	6	4,4	3	1,7	2	0,5	1	0,1	-	-	-	-	41	1,6
Meningite <i>Hib</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Meningite TB	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,2	1	0,2	-	-	3	0,1
Rubéola	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sarampo																
Tétano acidental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,4	1	0,0
LTA	-	-	-	-	-	-	1	0,2	2	0,2	1	0,2	-	-	4	0,2
LV	2	5,5	9	6,6	1	0,6	3	0,7	8	0,9	7	1,3	2	0,8	32	1,3
Leptospirose	-	-	-	-	-	-	1	0,2	2	0,2	2	0,4	2	0,8	7	0,3
Hanseníase	-	-	-	-	3	1,7	28	6,3	74	8,2	137	24,5	67	27,6	309	12,4
Tuberculose	10	27,5	6	4,4	5	2,8	74	16,8	218	24,1	179	32,0	89	36,7	581	23,2
D. meningocócica	-	-	1	0,7	2	1,1	1	0,2	2	0,2	-	-	-	-	6	0,2

Sesa/Coprom/Núcleo de Informação e Análise em Saúde – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)

A dengue persiste como a doença infecciosa de maior incidência e vem apresentando anos epidêmicos frequentes, desde 1986, quando ocorreu a primeira grande epidemia. Nos últimos dez anos, foram registrados mais de 10.000 casos em 2005, 2006 e 2007 e mais de 30.000 casos em 2008, 2011 e 2012 (Tabela 32; Gráfico 83). Esta doença, de transmissão por vetor (mosquito *Aedes aegypti*), dificilmente será controlada, enquanto não se descobrir uma vacina eficaz contra os quatro sorotipos do vírus da dengue. Isto porque o mosquito transmissor já faz parte do nosso ecossistema, está cada vez mais resistente aos inseticidas, diversifica a sua competência para a transmissão de outros vírus urbanizados (zika e chikungunya), os hábitos e costumes da população favorecem a sua proliferação (uso intensivo de caixa d'água, pneus velhos e sucatas a céu aberto como possíveis criadouros, educação ambiental débil), além de falhas e intermitências do sistema de abastecimento de água, particularmente em bairros mais periféricos, que induz a população a acumular água em depósitos inapropriados, aumentando as chances de reprodução do mosquito.

Gráfico 83 - Número de caso e taxa de incidência de dengue. Fortaleza, 2004 a 2014



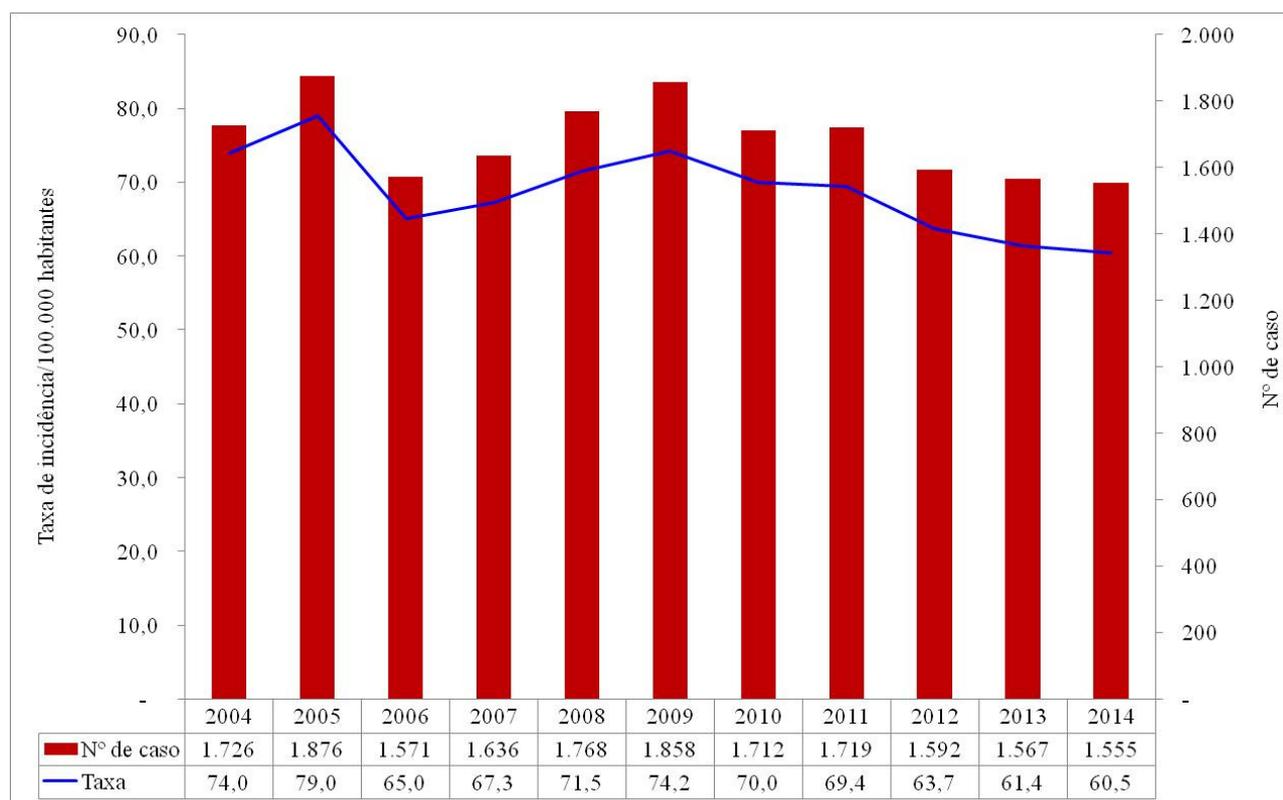
Fonte: Sesa/Coprom/Núcleo de Informação e Análise em Saúde – Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan

A persistência de números elevados de casos de tuberculose em Fortaleza, mais de 1.500 casos novos por ano e taxa de incidência de 60,6/100.000 habitantes (Gráfico 84), é a expressão da manutenção de desigualdades sociais, de bolsões de miséria, pois a tuberculose é uma doença da pobreza, das condições socioeconômicas e habitacionais adversas, que favorecem a transmissão.

A taxa de incidência de tuberculose em Fortaleza foi maior no sexo masculino, com quase dois casos novos no sexo masculino para um do sexo feminino em 2014. No mesmo ano, em todas as faixas etárias, ocorreram casos novos, com maior risco para o sexo masculino, em ordem decrescente para as faixas: 49 a 59 anos (61,5/100.000 habitantes), 60 anos e mais (56,1/100.000 habitantes), 20 a 39 anos (44,2/100.000 habitantes), 10 a 19 anos (18,8 /100.000 habitantes) e <1 ano (16,5 /100.000 habitantes). Para o sexo feminino, em ordem decrescente para as faixas etárias: 60 anos e mais anos (36,7/100.000 habitantes), 40 a 59 anos (32,0/100.000 habitantes), <1 ano (27,5/100.000 habitantes), 20 a 39 anos (24,1 /100.000 habitantes) e 10 a 19 anos (16,8 /100.000 habitantes).

Em 2013, a taxa de incidência de tuberculose no Brasil foi de 35 casos novos /100.000 habitantes. No mesmo ano, no Ceará, a taxa foi de 37,11/100.000 habitantes.⁵

Gráfico 84 - Número de caso e taxa de incidência de tuberculose. Fortaleza, 2004 a 2014

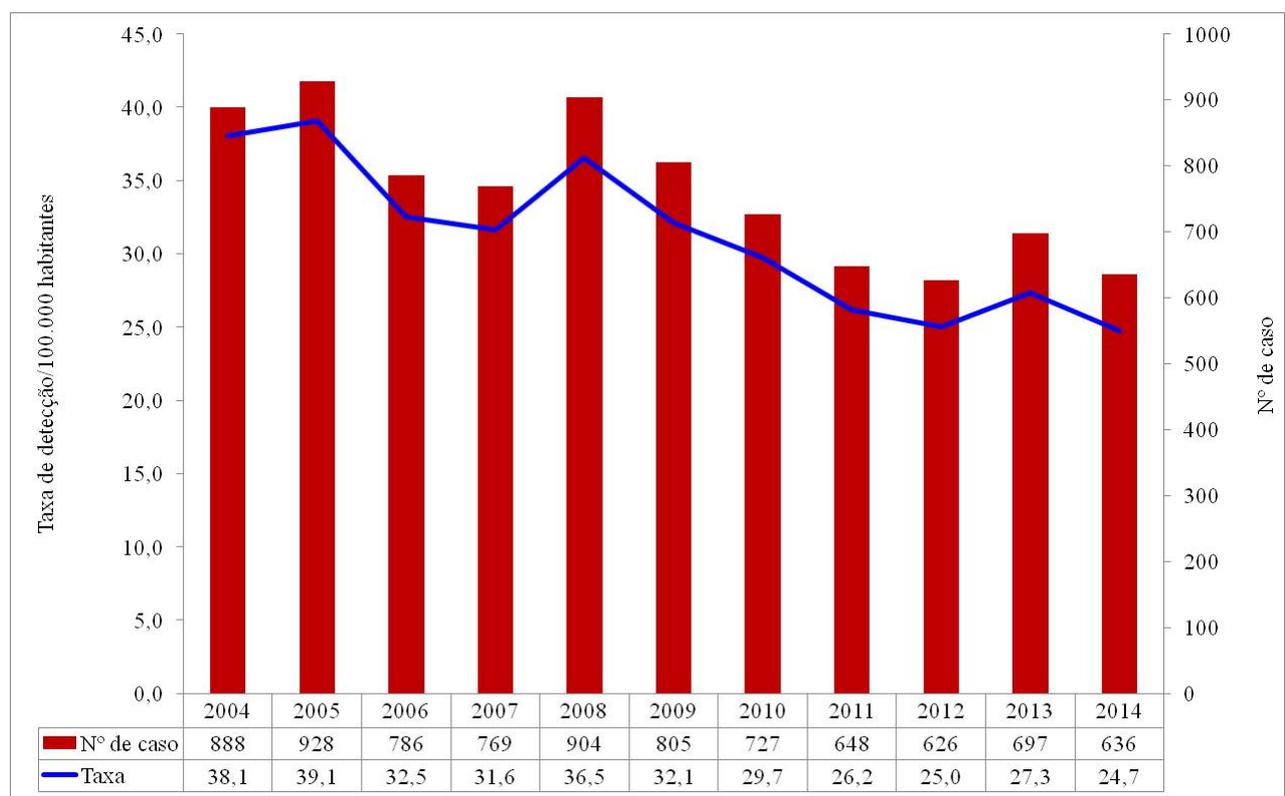


Fonte: Sesa/Coprom/Núcleo de Informação e Análise em Saúde – Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan

A hanseníase, com 636 casos novos em 2014 (Gráfico 85), taxa de detecção de casos novos de 24,7 casos /100.000 habitantes, embora com leve redução nos últimos cinco anos, reflete, junto com a tuberculose, falhas importantes na Atenção Básica, na detecção precoce dos casos e comunicantes potencialmente infectados e de seu tratamento, para quebrar a cadeia de transmissão, mantida por condições socioeconômicas adversas e desinformação das pessoas afetadas. O diagnóstico de casos incapacitantes em pessoas jovens, ainda existente em bairros mais periféricos, corrobora esta análise.

No Brasil, em 2013, a taxa de detecção de casos novos foi de 15,44/100.000 habitantes e taxa de detecção, em menores de 15 anos, foi de 5,02 casos/100.000 habitantes.⁵

Gráfico 85 - Número de casos e coeficiente de detecção de hanseníase. Fortaleza, 2004 a 2014



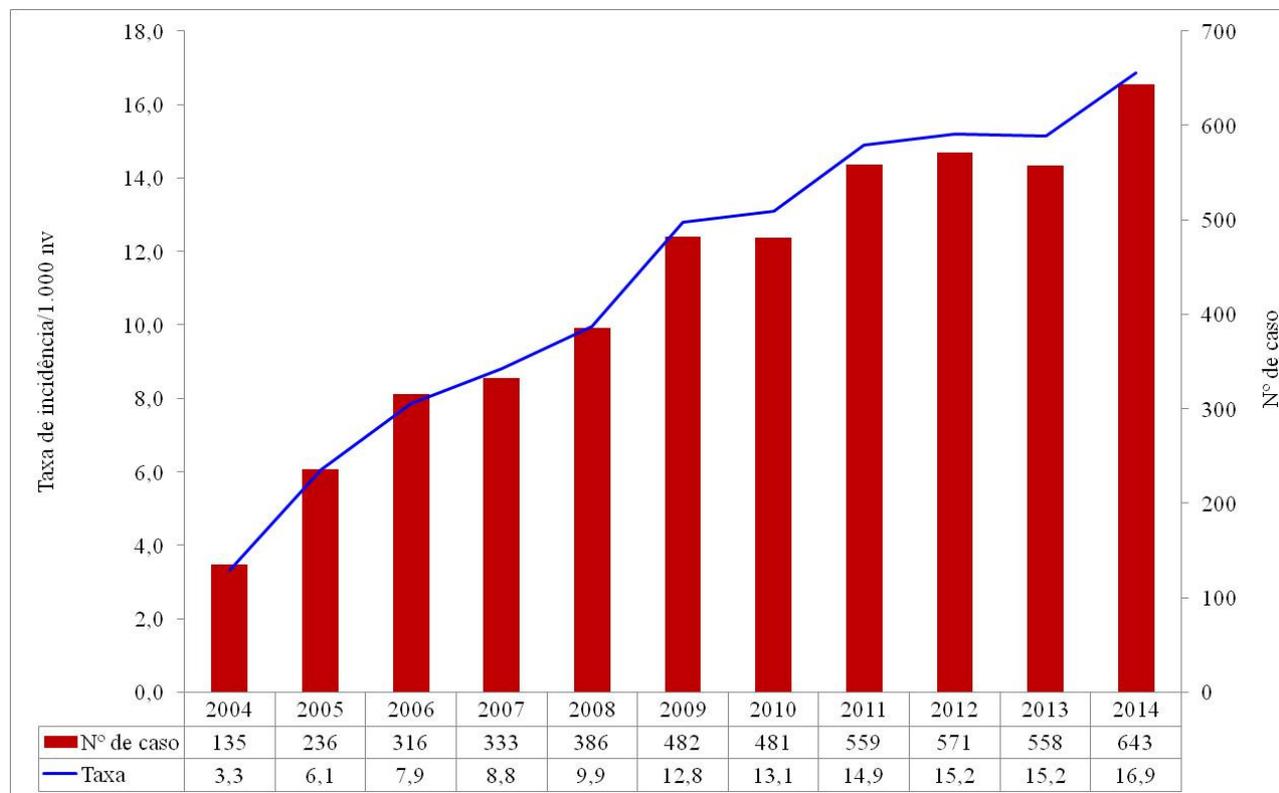
Fonte: Sesa/Coprom/Núcleo de Informação e Análise em Saúde – Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan

A quarta doença mais frequente em Fortaleza, em 2013, foi a sífilis congênita, com 556 casos e taxa de incidência de 16,9/1.000 NV (Gráfico 86). Este número alarmante de bebês infectados subiu ainda mais, em 2014, para 643 casos, correspondendo a 67,6% dos casos do Ceará. No Brasil em 2012, a taxa foi de 3,9/1.000 NV e o Ceará, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Alagoas e o Distrito Federal apresentaram taxa de incidência da sífilis congênita acima da taxa de detecção da sífilis em gestante.⁵ A taxa de detecção da sífilis em gestante precisa ser superior à incidência de sífilis congênita, pois o diagnóstico e tratamento oportunos da gestante e seu parceiro reduzem o risco de transmissão vertical da doença.

A sífilis congênita é o maior indicativo da baixa qualidade do pré-natal na Atenção Básica, pois o teste sorológico está disponível e o tratamento da mãe e do parceiro é padronizado e de baixo custo. A maioria dos casos, infelizmente, só é diagnosticada no parto. A sífilis congênita pode provocar aborto espontâneo, a criança infectada, a partir de mães infectadas e não-tratadas, pode nascer natimorta ou ter morte perinatal em 40% dos casos. A prematuridade, o baixo peso ao nascer, a

hepatomegalia, o sofrimento respiratório, a icterícia neonatal e a anemia, podem fazer parte da sífilis congênita.

Gráfico 86 - Número de caso e taxa de incidência de sífilis congênita. Fortaleza, 2004 a 2014

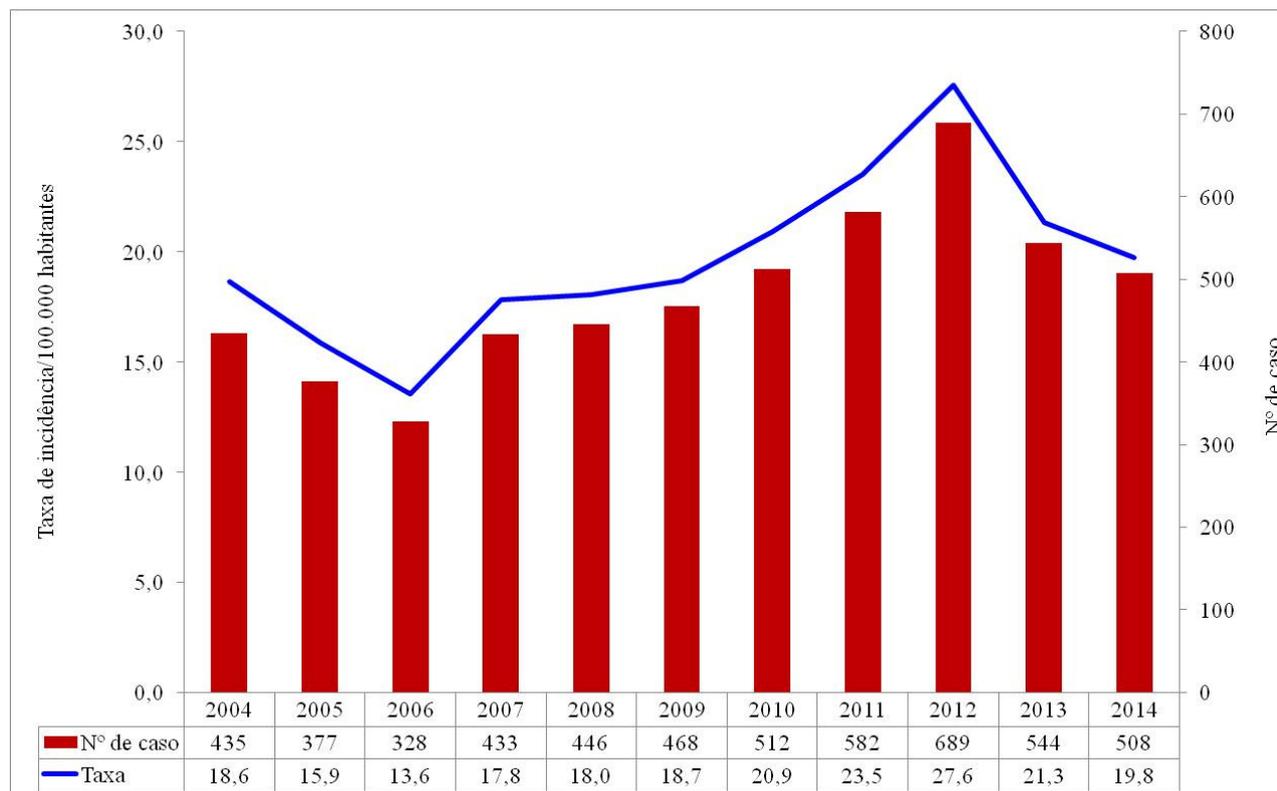


Fonte: Sesa/Coprom/Núcleo de Informação e Análise em Saúde – Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan); Sistema de Informação de Nascidos Vivos - Sinasc

Em Fortaleza, a taxa de detecção de aids foi crescente até 2012, chegando a 27,6 casos novos /100.000 habitantes neste ano. É importante referir que as taxas de detecção referentes a 2013 e 2014 ainda são parciais, portanto não é possível se inferir sobre a tendência da doença após 2012 (Gráfico 87). Em 2013, os casos predominaram no sexo masculino, razão de 2,4, ou seja, de dois casos novos do sexo masculino para um do sexo feminino. A faixa de idade de maior risco para o sexo masculino foi de 20 a 39 anos (26 casos novos/100.000 habitantes), seguida por 40 a 59 anos (14,8/100.000 habitantes) e 60 anos e mais (12/100.000 habitantes). Para o sexo feminino, a faixa etária de maior risco foi de 40 a 59 anos (10,4/100.000 habitantes) e 20 a 39 (9,2/100.000 habitantes). Acrescenta-se que os dados de aids, tendo como fonte apenas o Sinan, são subnotificados, correspondendo a 64,8% dos casos notificados no País em 2013. O Norte, o Nordeste e o Sudeste apresentaram maior proporção de subnotificação em comparação com as regiões Sul e Centro-Oeste.³¹

A taxa de detecção de aids no Brasil tem apresentado estabilização nos últimos dez anos, com uma média de 20,5 casos para cada 100 mil habitantes. As regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentam uma tendência linear de crescimento significativa. A Sudeste foi a única a apresentar tendência de queda significativa nos últimos dez anos.³¹

Gráfico 87 - Número de caso e taxa de detecção de aids. Fortaleza, 2004 a 2014



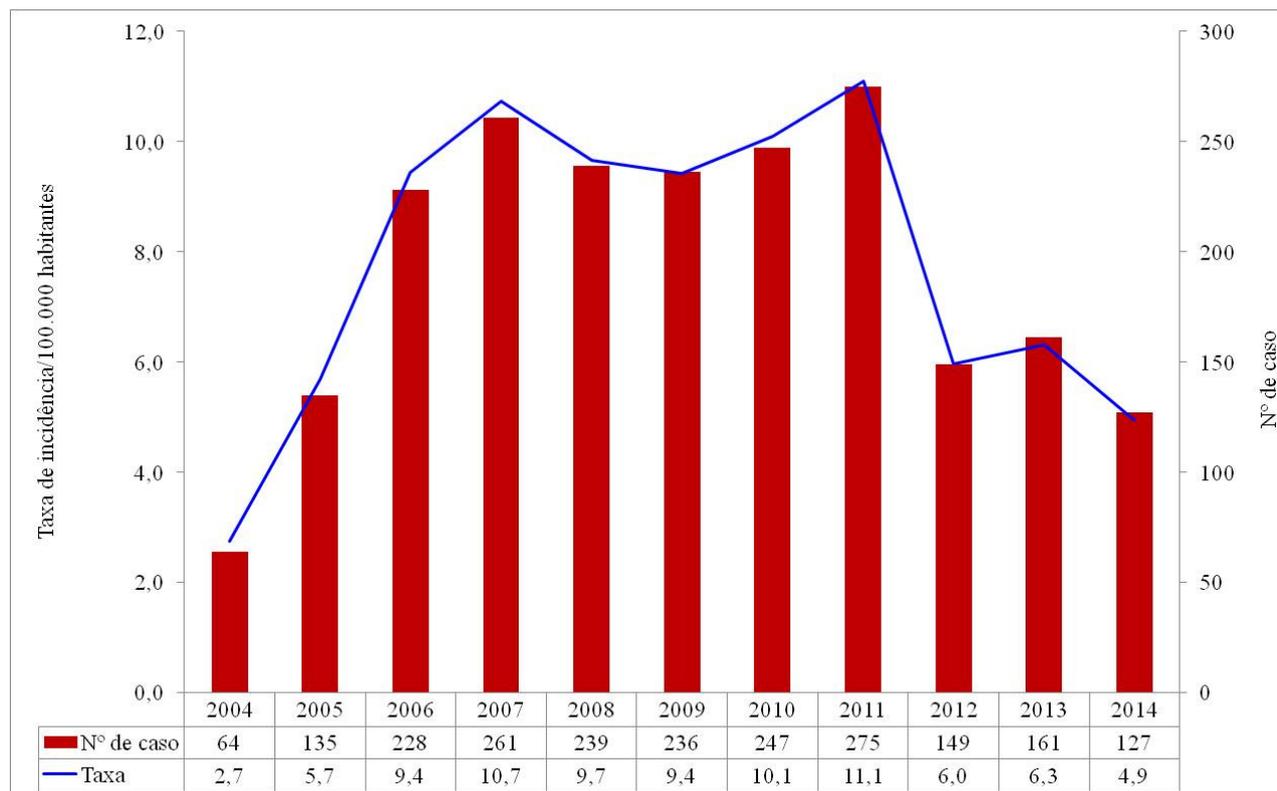
Fonte: Sesa/Coprom/Núcleo de Informação e Análise em Saúde – Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan

A leishmaniose visceral (LV) ou calazar, com 127 casos novos em 2014, em Fortaleza, indica a urbanização de uma endemia rural, situação atribuída ao desmatamento, a processos migratórios e ao crescimento urbano desordenado. A taxa de incidência se manteve estável nos três últimos anos, em torno de 6 casos novos/100.000 habitantes (Gráfico 88). Os casos de LV ocorreram em todas as idades, sendo 20% em menores de 10 anos de idade e maior risco de adoecer na faixa de 1 a 4 anos.

No Brasil, em 2012, foram registrados 3.038 casos novos de LV, com 47,3% dos casos na região Nordeste. A taxa de incidência foi 1,7casos/100.000 habitantes e letalidade de 6,64%. No mesmo ano, no Ceará, a taxa de incidência foi 3,77 casos/100.000 habitantes e letalidade de 7,8%.⁵ Salienta-se que, com a expansão da epidemia de aids e da coinfeção com a leishmaniose visceral, tem aumentado a mortalidade desta doença.⁵

O controle efetivo da LV requer a diminuição de sua incidência em cães, que é o reservatório para a doença no homem. No período de 2011 a 2013, no Ceará, foram realizados exames sorológicos (RIFI e DPP/Elisa) para LV em 688.243 cães, sendo 37,40% das amostras em 2011; 40,13% em 2012, e 22,47% em 2013. Dos animais examinados, 32.679 eram soropositivos, com um percentual de positividade sorológica de 4,75%. Dos exames realizados, 46,56% eram de Fortaleza, como também 48,28% dos animais soropositivos. A urbanização da epidemia canina por leishmaniose e a conseqüente possibilidade de infecção humana, exige o aprofundamento de novas estratégias de ação para conter sua expansão.

Gráfico 88 - Número de caso e taxa de incidência de leishmaniose visceral. Fortaleza, 2004 a 2014



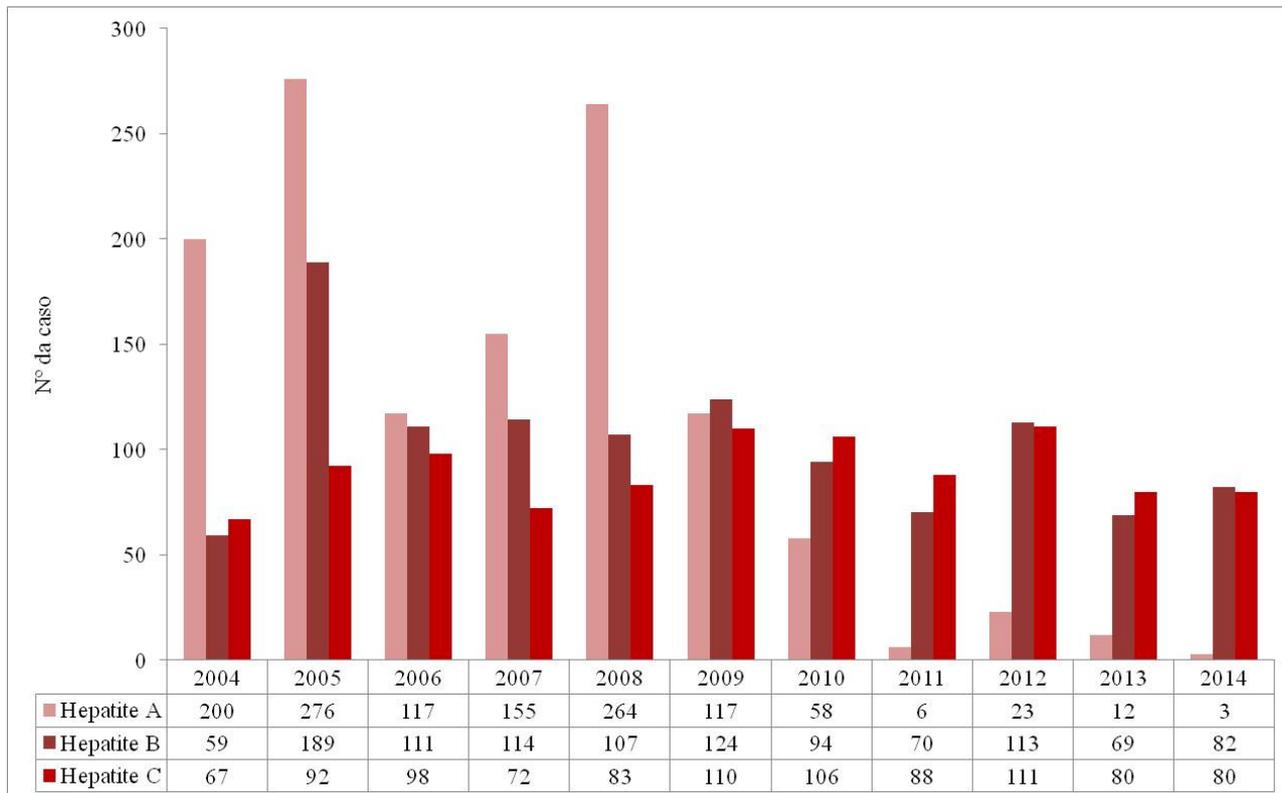
Fonte: Sesa/Coprom/Núcleo de Informação e Análise em Saúde – Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan

Em 2014, foram notificados 127 casos de hepatites virais em Fortaleza, 82 de hepatite B, 80 de hepatite C e 3 de hepatite A. Observa-se que há registro anual de casos novos de hepatite B em Fortaleza e em 2014, dos 82 casos detectados, 59,8% (49) foram do sexo masculino e a faixa de maior risco de 20 a 59 anos de idade. No sexo feminino, o risco foi maior a partir dos 40 anos. No Brasil, verifica-se que o sexo feminino tem exposição mais precocemente ao vírus B. O período máximo de exposição, porém, é menor que nos homens, o que resulta em menor número total de casos entre as mulheres.³² No Ceará, seguindo recomendação do Programa Nacional de Imunização, a vacinação em menores de um ano contra hepatite B teve início em 1998, ampliando-se para menores de 20 anos a partir de 2001. A vacina tem sido aplicada também nos profissionais de saúde e para outras populações de risco.

A hepatite C, dos 80 casos registrados, 58,8% (47) foram no sexo masculino, com maior risco, em ambos os sexos, para pessoas a partir dos 40 anos. A hepatite C possui mecanismos de transmissão semelhante à hepatite B: parenteral (exposição percutânea a agulhas ou outros instrumentos contaminados, transfusão de sangue e seus derivados, fora de recomendação técnica, uso de drogas endovenosas, procedimentos odontológicos, cirúrgicos e de hemodiálise), sexual e de mãe para filho. A hepatite C tem o agravante de não ser imunoprevenível como a hepatite B. No Brasil, observa-se que, ao contrário do que ocorre para a hepatite B, não há diferença significativa entre os sexos na taxa total da infecção por hepatite C.³²

Houve redução significativa de casos de hepatite A em Fortaleza (Gráfico 89). A partir de 2014, a vacina contra hepatite A passou a fazer parte do calendário de imunização das crianças, na faixa etária de 12 meses a dois anos incompletos. A meta, para 2015, é imunizar 95% do público alvo, cerca de três milhões de crianças. O decréscimo de casos de hepatite A é também observado no País, atribuído à melhoria do sistema de saneamento básico e de oferta de água tratada.³²

Gráfico 89 - Número de casos de hepatites A B e C. Fortaleza, 2004 a 2014



Fonte: Sesa/Coprom/Núcleo de Informação e Análise em Saúde – Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan

6 - Síntese da análise da situação de saúde de Fortaleza

- os indicadores demográficos e socioeconômicos apontam para uma transição demográfica, caracterizada pela redução da natalidade e fertilidade e da taxa de mortalidade infantil, tendência de redução do crescimento populacional, urbanização significativa, redução lenta da proporção de pessoas com baixa renda, estabilização da população economicamente ativa e envelhecimento populacional progressivo, com aumento da esperança de vida, com destaque para as mulheres. Esta transição demográfica vai refletir, certamente, numa transição epidemiológica, com predomínio dos agravos do envelhecimento e pelo aumento das mortes por violência, ou uma acumulação epidemiológica, pela persistência de algumas doenças infecciosas, caracterizadas como doenças do atraso ou negligenciadas, tais como tuberculose, hanseníase, sífilis congênita, dengue, leishmaniose e outras transmissíveis por vetores, aids, bem como pelas mortes maternas.
- as causas externas, relacionadas, principalmente, com mortes por homicídio, acidentes de trânsito e suicídio, foram as primeiras causas de morte em Fortaleza e na Região Metropolitana, em 2013, ultrapassando as mortes causadas pelas doenças do aparelho circulatório (AVC, infarto e outras), o que exige o aprofundamento da reflexão para a ação, visando estabelecer estratégias de redução da violência e por uma cultura de paz. Comparativamente as causas externas ficaram em primeiro lugar em Fortaleza, em quarto lugar em Recife e em terceiro em Belo Horizonte, o que sugere que Fortaleza chegou a um limite intolerável de violência.
- as causas externas foram responsáveis por 106.705 anos potenciais de vida perdidos em 2013, considerando-se as mortes prematuras (<70 anos de idade).
- o aumento significativo dos homicídios provavelmente está relacionado à ausência da educação para a paz nas escolas, à falta de alternativas atrativas de convivência saudável e inclusão social da juventude, ao aumento significativo do tráfico de drogas e de armas, ao apelo desenfreado ao consumismo e à prática insuficiente da inteligência policial no combate aos grandes traficantes de drogas e de armas.
- a redução de mortes no trânsito certamente está relacionada com a legislação mais rigorosa, a fiscalização mais presente, à maior eficiência do sistema SAMU e a uma discreta melhoria na engenharia de trânsito. Embora a vítima maior do acidente de trânsito seja o pedestre, há uma tendência clara de aumento de acidentes dos motociclistas, o que expressa, em ambas situações, uma educação para o trânsito deficitária e uma relativa imprudência dos usuários de moto e condutores de outros veículos. Os acidentes de moto sobrecarregam os hospitais que atendem urgência em trauma e causam sofrimento prolongado das vítimas.
- constata-se um aumento gradativo e lento dos suicídios, em particular de jovens do sexo masculino, o que pode expressar uma certa desesperança ou incapacidade de lidar com frustrações. O surgimento de comunidades de mídia digital discutindo intensamente e mesmo fazendo apologia do suicídio, exige um aprofundamento na comunidade escolar e de saúde mental.

- o aumento de mortes causadas por quedas, de ocorrência maior em pessoas idosas, exige mudanças em projetos de engenharia residencial, bem como a acessibilidade em via pública, particularmente de calçadas.
- percebe-se uma tendência de redução dos óbitos por doenças do aparelho circulatório, entre 2006 e 2013, tanto em Fortaleza, como na Região Metropolitana, o que pode refletir a melhoria das condições socioeconômicas da população, uma maior agilidade e melhoria da atenção à saúde, maior acesso à informação e aos anti-hipertensivos nas Unidades Básicas de Saúde. Com o envelhecimento populacional, deve assumir o primeiro lugar como causa de morte. Em 2013 as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 26.222 anos potenciais de vida perdidos, devido a mortes prematuras.
- o aumento progressivo da doença isquêmica do coração (infarto), é uma expressão de hábitos alimentares não saudáveis, do sedentarismo e da carga de stress da vida agitada das grandes metrópoles;
- o câncer foi a terceira causa de morte, tanto em Fortaleza, como na região metropolitana. Se, por um lado, esta causa afeta pessoas mais idosas, o que significa aumento da esperança de vida, por outro exige ações de prevenção e detecção precoces, favorecendo uma maior sobrevivência e um envelhecimento com maior qualidade de vida. Assim mesmo, foi a segunda causa de anos potenciais de vida perdidos, com 31.350 APVP no ano de 2013.
- os cânceres de traqueia, brônquios e pulmão continuam em ascensão e persistem como primeira causa de morte entre os cânceres. O fumo é o maior fator de risco. Há uma tendência de aumento entre as mulheres, talvez por assumirem, na sua caminhada de autonomia e liberdade, também hábitos pretensamente afirmativos. Persiste a necessidade de maior intensidade no processo de educação em relação ao hábito de fumar, inclusive do ponto de vista da legislação, ainda um pouco permissiva nos lugares de aglomeração humana.
- o câncer de mama, em ascensão, exige uma ação mais afirmativa de diagnóstico precoce, tanto por parte das mulheres, ao fazer a prevenção, como por parte dos serviços de saúde, ao ofertar a mamografia e demais procedimentos.
- o câncer de cólon, reto e ânus, começa a despontar como uma causa importante de neoplasia. Os fatores de risco são dieta rica em carne vermelha gordurosa, álcool e tabagismo, presença de formações intra-intestinais (pólipos) e idade avançada.
- observa-se uma tendência de aumento do câncer de pâncreas. O fumo é um grande fator de risco, mas também o diabetes adquirido (tipo II), o álcool, a pancreatite crônica e a exposição continuada a produtos químicos e agrotóxicos.
- as doenças do aparelho respiratório assumem a 4ª posição como causa de óbito, com tendência ascendente, representadas principalmente por pneumonias e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). A manutenção da estratégia de vacinação contra a gripe e pneumonia de crianças e de pessoas com 60 anos e mais deve ser ampliada e fortalecida, bem como o esforço de convencimento para reduzir o hábito de fumar e assegurar acesso e tratamento das pneumonias em idosos.

- constata-se uma tendência de redução histórica e estabilização dos óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, fruto da melhoria das condições de vida da população, de altas coberturas vacinais e dos cuidados na Atenção Básica. A persistência destas doenças como 5ª causa de óbito sugere a necessidade de melhoria do saneamento básico e das condições habitacionais e sociais de populações mais vulneráveis, bem como da melhoria da capacidade resolutiva do Programa Saúde da Família.
- a desaceleração da queda da mortalidade por aids sugere a necessidade de aumento do acesso ao diagnóstico precoce e à assistência, melhoria da qualidade da atenção de quem vive com HIV/Aids, aprimoramento dos sistemas de vigilância epidemiológica, monitoramento dos óbitos por aids, apoio e reforço na informação para os grupos populacionais mais vulneráveis, para um controle mais efetivo da epidemia.
- na sexta posição de causas de óbito há um revezamento entre as "Doenças endócrinas e metabólicas" com as "Doenças do aparelho digestivo". As primeiras estão mais ligadas ao diabetes, à obesidade e distúrbios metabólicos relacionados com hábitos alimentares e sedentarismo, enquanto as segundas estão mais ligadas às doenças do fígado e pâncreas, dependentes da ingestão de bebida alcoólica, uso abusivo de fumo e reações adversas à exposição excessiva a produtos químicos e medicamentos hepatotóxicos. Isto aponta para a necessidade de desenvolvimento de ações educativas sobre hábitos alimentares saudáveis, uso racional de medicamentos, atividades físicas, moderação significativa no consumo de bebidas alcoólicas e fumo e uso de EPI em atividades insalubres.
- as doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, neoplasias, DPOC e diabetes mellitus) são responsáveis por 70% dos óbitos e têm, como fatores de risco, o excesso de peso, a obesidade e hipertensão, com tendência crescente de aumento em Fortaleza.
- a mortalidade materna, num patamar alto, é um gravíssimo problema de saúde pública e uma expressão perversa da desigualdade social, por afetar, em sua esmagadora maioria, mulheres da periferia, de condições socioeconômicas desvantajosas.
- a redução progressiva da mortalidade infantil pós-neonatal aponta para desafios maiores do controle e redução da mortalidade perinatal e neonatal precoce, tendo como principal causa a prematuridade.
- chama a atenção a persistência da prevalência alta de doenças infecciosas, consideradas negligenciadas e do atraso, como tuberculose, dengue, hanseníase, sífilis congênita, Aids, leishmaniose, sífilis em gestantes e o retorno do sarampo, num surto epidêmico em 2014.
- a força e carga de doenças de Fortaleza certamente influenciam a região metropolitana, que apresenta um perfil epidemiológico muito semelhante, inclusive com a inversão da primeira causa de morte por doenças do aparelho circulatório, para as mortes por causas externas/violência.

7 – Fortaleza, Cidade Saudável e Fraterna

Grândola, vila morena/terra da fraternidade.

O povo é quem mais ordena/dentro de ti ó cidade.

Em cada esquina um amigo/em cada rosto igualdade.

Grândola, vila morena/terra da fraternidade.

Zeca Afonso

As cidades são espaços privilegiados de expressão da cidadania. Nas cidades os cidadãos e cidadãs (habitantes das cidades) nascem, crescem, estudam, trabalham, criam, exercem seus direitos e deveres, envelhecem e morrem. As cidades devem ser espaços de convivência, onde as políticas públicas busquem reduzir diferenças, provocadas por condições socioeconômicas desiguais e promover uma vida em comum saudável e fraterna. Os gestores públicos municipais, eleitos pelo povo como agentes do bem comum, têm um papel fundamental como animadores e indutores do processo de desenvolvimento sustentável e solidário de suas cidades, buscando:

- a humanização dos espaços de convivência;
- a promoção de relações saudáveis e fraternas entre os cidadãos e cidadãs;
- a manutenção de um meio ambiente acolhedor e sadio;
- a aplicação dos recursos públicos com equidade, honestidade e transparência;
- o desenvolvimento de infraestrutura que absorva mão-de-obra qualificada, melhore gradativamente a qualidade de vida das pessoas, cidadãos e cidadãs, particularmente em relação à saúde, educação, moradia, alimentação, segurança, lazer, cultura e liberdade;
- o envolvimento das comunidades e instituições em projetos de parcerias e acordos para a solução harmoniosa de problema comuns;
- a construção coletiva de uma cidade em desenvolvimento e crescimento humano permanente, saudável e fraterna, onde seus habitantes vivam em paz, sejam produtivos, solidários, livres e envelheçam com dignidade. Em um município onde haja democracia participativa, equidade social e desenvolvimento cultural.

Este desafio impõe a todos os cidadãos e cidadãs, aos gestores públicos e forças vivas da sociedade, um esforço conjugado, sistemático e solidário, com o objetivo de destravar as energias criativas para a superação dos problemas mais graves que atormentam a população, do ponto de vista da saúde pública, neste momento:

- a mortalidade materna, que afeta prioritariamente jovens mulheres da periferia;
- a violência, provocada principalmente por homicídios, acidentes de trânsito e suicídios,

destruindo vida e sonhos de garotos e adultos jovens, na sua maioria;

- a intolerância, o preconceito e a agressão de que são vítimas as mulheres, os negros, os pobres, os que têm orientação sexual e religiosa diferenciada e outros grupos vulneráveis;

- as doenças infecciosas, como a sífilis congênita e doenças perinatais que ceifam vidas de crianças, por negligência ou omissão dos serviços de saúde;

- o crescimento progressivo das doenças crônicas e degenerativas, que afetam a qualidade de vida das pessoas idosas.

A construção coletiva desta **cidade saudável e fraterna**, que queremos para as gerações futuras, exige que nos ponhamos em marcha, a partir de agora, na execução de projetos estruturantes ou eixos de ação, que favoreçam a melhoria da qualidade de vida e a convivência mais harmoniosa e solidária entre os habitantes desta cidade. Propomos, como exercício, pensar projetos que exigem ações mais integradas e intersetoriais, como “Somos todos elos da paz” e “A praça é do povo e do idoso” e um terceiro projeto, que pressupõe uma ação mais incisiva do setor saúde, “Mãe Fortaleza”.

Eixo 1 – Somos, todos, elos da paz

“Posto que as guerras nascem nas mentes dos homens, é na mente dos homens que devem erigir-se os baluartes da paz.”

Unesco, 1946

Visa a superação da violência, intolerância e preconceitos e promoção de uma cultura de paz, tolerância e solidariedade. Principais iniciativas:

- Criação de uma rede comunitária da paz, através de uma Coordenação Municipal da Paz. Esta rede da paz seria constituída por Conselhos Comunitários da Paz em cada bairro e, quando possível, em cada escola, envolvendo lideranças, entidades e associações, os ELOS da PAZ, com a finalidade de promover uma vida comunitária harmônica, do ponto de vista pessoal (ecologia pessoal), social (ecologia social) e ambiental (ecologia ambiental), baseada na fraternidade, tolerância e igualdade.³³ A UNESCO, a Universidade da Paz e o Instituto Paulo Freire são referências indispensáveis. Como afirmou o nosso patrono da educação, Paulo Freire: "a educação não transforma o mundo. A educação muda as pessoas. As pessoas mudam o mundo".

- Investigação sistemática, mapeamento e exposição, em uma "sala de situação", em cada bairro, de lesões fatais, lesões interpessoais, comunitárias e intrafamiliares, visando dimensionar a gravidade e magnitude do problema e sua capacidade de causar sofrimento e insegurança, para a tomada de decisão no Conselho Comunitário da Paz e pelo poder público;

- Fortalecimento democrático institucional, com programas municipais orientados para que o exercício do poder, da força e da justiça se ajustem à normatividade e aos princípios ético-sociais da constituição Federal;³⁴

- Revigoração democrático comunitário, através de mecanismos de participação direta, como o orçamento participativo, fórum de debates, na busca de divulgar o exercício dos direitos humanos, a paz, a democracia, com diferentes pedagogias, organizadas segundo setores sociais;

- Priorização das ações e investimentos nas áreas e setores menos privilegiados e vulneráveis, com alta incidência de violência e insegurança;

- Desenvolvimento de atividades de capacitação profissional, recreação, esporte, alternativas de trabalho para os jovens, em especial para aqueles em alto risco, integrantes de gangues, vinculados ao tráfico. Todos os que tiverem abandonado a escola deverão ter oportunidade de voltar a estudar;

- Incentivo às atividades artísticas, culturais, comunitárias e de comunicação, em defesa da vida, da ética, dos direitos humanos e da paz, particularmente entre jovens;

- Promoção do diálogo e participação da sociedade civil na construção de solução negociada para os conflitos, através de jornadas pela paz no trânsito, na comunidade, na família.

- Implantação de uma rede de acolhimento e atenção em saúde das mulheres vítimas de estupro, abuso sexual e violência.

Quanto o combate ao tráfico clandestino de drogas e de armas e outros crimes, a autoridade policial deve operar tendo por base o investimento na capacidade de inteligência investigativa, o uso de táticas flexíveis e adaptadas às mudanças na dinâmica criminal, a alocação e remanejamento rápidos de recursos e pessoal, formas de atuação que enfatizem a maior presença da polícia na rua, maior colaboração da comunidade, redução da impunidade e articulação das autoridades locais, estaduais e federais.(Nova Iorque,1993). O alvo de toda ação deve estar direcionado, prioritariamente, para a identificação, prisão, processo judicial e punição dos dirigentes do tráfico de drogas ilícitas e de armas.

O locus privilegiado do exercício da paz serão as Escolas, territórios da paz, e os Cucas. A ampliação do número de Cucas deverá ter como parâmetro 01 CUCA para 100.000 habitantes, o que significa 26 ao todo, tendo por base a população atual de Fortaleza. A localização dos novos Cucas deve priorizar os bairros periféricos mais populosos e de condições socioeconômicas adversas e de maior concentração de eventos relacionados com a violência. A Arte de Viver Consciente, de Pierre Weil e, em especial, “A arte de viver em paz” deve constar como tema transversal em todas as escolas municipais.

Fortaleza Cidade Saudável e Fraterna



Rede comunitária da Paz

Eixo 2 – Mãe Fortaleza

“Para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de nascer.” *Michel Odent*

Mãe Fortaleza deve caracterizar-se como um processo de conscientização e mobilização social para o reconhecimento do direito da mulher grávida a um parto humanizado e o acolhimento amoroso e seguro do recém-nato. Pretende fortalecer a retomada, pela mulher, do poder sobre o seu corpo e mente, dando-lhe suporte para estar alerta, presente e em sintonia com seu bebê, junto com seu companheiro, em cada momento da gravidez e, particularmente, durante o parto\ nascimento. Que tenha confiança em seus instintos maternos e do novo ser que virá à luz, ao aceitar em plenitude o ato sagrado de reprodução da vida.

O projeto **Mãe Fortaleza** objetiva, portanto:

1. Estimular a cultura da autonomia da mulher durante o parto e do respeito ao processo natural do nascer;
2. Envolver os profissionais de saúde e a sociedade civil na defesa dos direitos das gestantes e dos recém-natos de serem protegidos e cuidados com competência humana, técnica e ética, evitando riscos que possam levá-los a mortes completamente evitáveis;
3. Promover a estética do acolhimento nos ambientes de se dar à luz e do nascer, assegurando privacidade, conforto, segurança psicológica e liberdade de movimento;
4. Otimizar, em instituições que praticam a obstetrícia e neonatologia, as boas práticas do parto humanizado, ativo e consciente e o acolhimento amoroso e seguro do recém-nato.

Estes objetivos do **Mãe Fortaleza** devem consubstanciar-se nas seguintes atitudes, condutas e práticas, baseadas em evidências científicas:

- Que toda mulher grávida, sem nenhuma distinção de cor, religião e condição social, tenha direito a um pré-natal de qualidade e o poder de escolha informada sobre o tipo de parto que queira ter, assegurando todas as condições e apoio quando optar pelo parto natural;

- Que nos procedimentos obstétricos sejam abolidas, para sempre, as práticas reconhecidamente ineficazes e prejudiciais à mãe e ao bebê, como o jejum forçado e prolongado da parturiente, o uso abusivo de clister evacuador e tricotomia pubiana, cateter venoso e infusão profilática de soro, imposição antifisiológica da posição supina e de litotomia no trabalho de parto, toques vaginais frequentes e por mais de um examinador, massagem e distensão manual do períneo no segundo estágio do parto, rotura artificial de bolsa amniótica, manutenção de ar frio na sala de

parto na hora do nascimento do bebê, uso rotineiro, completamente prejudicial ao bebê e à mãe, da ocitocina injetável, via venosa, a agressiva e mesmo violenta manobra de Kristeller, e a revisão uterina manual de rotina;³⁵

- Que, durante o trabalho de parto, sejam asseguradas, às gestantes, condições de bem-estar físico e emocional e oferecimento de líquidos por via oral para repor energias;

- Que haja respeito à privacidade no local do parto, uso preferencial de métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio da dor, como massagens, relaxamento, música ambiente suave, apoio empático pelos profissionais de saúde, fornecimento à grávida de todas as informações e explicações que desejar, monitoramento fetal por ausculta intermitente, prevenção da hipotermia do bebê, liberdade de movimento e posições da parturiente, contato imediato do bebê com a mãe, colocando-o sobre seu seio logo ao nascer e presença permanente de acompanhante de sua confiança, durante o pré-parto, parto e pós-parto;

- Que toda gestante, durante o pré-natal, seja informada das vantagens, para ela e para o bebê, do parto natural e dos maiores riscos do parto cesariano, tais como, maiores chances de prematuridade e alterações respiratórias do bebê, maior risco de morte da mãe, maior chance de complicações e infecções puerperais do bebê, maior tempo de recuperação da mãe, cicatriz cirúrgica incômoda, maior dificuldade para o aleitamento materno e maiores riscos em gravidez futura. Além de dessexualizar as funções procriativas, a cesariana transforma o parto em um evento mecânico e passivo, substitui um rico processo biológico e afetivo por um ato cirúrgico feito por terceiros, causando embotamento afetivo temporário da mãe e do bebê, redução da autoestima ao tolher a capacidade de participação ativa e consciente da mãe no nascimento do próprio filho, aumento das chances de psicose puerperal e abandono do bebê;

- Todas as medicações obstétricas, sejam para aliviar a náusea, aliviar as dores, anestésias, inclusive na peridural, cruzam a placenta e alteram o meio uterino onde vive o bebê, alcançam a circulação sanguínea fetal e, portanto, o cérebro do bebê em segundos ou minutos. (Haire, Doris, *Drugs in labor, Childbirth, Educator*, 1987-USA);

- Todo bebê, em seu ritual de passagem ao nascer, num parto biológico natural, precisa enfrentar sua primeira grande batalha pela vida, com certo sacrifício, como soe acontecer em rituais de passagens, com esforço físico e determinação, para assumir o controle pleno de suas funções vitais e libertar-se das amarras uterinas, expandir seus pulmões com o sopro vital da respiração, adquirindo novos desejos e necessidades;

- Todo bebê ao nascer precisa usufruir de um acolhimento amoroso, que favoreça e estimule suavemente os seus sentidos: a visão, através da luz ambiente em penumbra e contato visual imediato mãe-bebê; a audição, pelo silêncio respeitoso e sagrado durante e após o nascimento, só quebrado pelo voz da mãe em seu "mamanhês" amoroso; o tato, pela temperatura

ambiente adequada para o bebê, delicadeza ao tocá-lo e segurá-lo, contato pele a pele imediato com a mãe, num retorno simbólico ao útero materno; olfato, favorecendo o reconhecimento do cheiro materno, pois o colostro tem cheiro semelhante ao do líquido amniótico; paladar, estimulando a aleitamento materno já nas primeiras horas de vida e o saborear do leite da mãe. Além disso, todo esse processo favorece a defesa do bebê contra a infecção, ao ter contato, em primeiro lugar, com as bactérias que estão no corpo da mãe e das quais tem imunidade natural;³⁶

- Nenhum bebê deverá nascer com sífilis congênita, nem ser infectado pelo vírus HIV, pois todas as mães farão, no pré-natal, o teste VDRL e Anti-Hiv, e se positivos, deverão ser tratadas, junto com seus parceiros.

- Todas as crianças de Fortaleza deverão ter acesso a todos os imunobiológicos disponibilizados pelo SUS e nenhuma deverá adoecer (como aconteceu com o surto epidêmico do sarampo em 2014) ou morrer por doenças imunopreveníveis. Tanto a sífilis congênita, como o surto de sarampo são evidências de que a atenção básica de saúde precisa ser reestruturada e requalificada;

- Todos os bebês deverão ser amamentados por sua mãe, desde a primeira hora do nascimento, até no mínimo seis meses de vida, pois o leite materno possui todas as proteínas, gorduras, sais minerais e água, necessários para o desenvolvimento do cérebro e de todo o corpo do bebê, além de fortalecer os laços afetivos, amorosos, reduzindo chances de abandono, negligência e maus tratos;

- As mães, todas, devem receber orientação sobre as origens do comportamento agressivo e os cuidados redobrados ao lidar com as frustrações e com a agressividade, particularmente entre 18 meses de vida a quatro anos de vida.

"O modo pelo qual nascemos têm consequências em longo prazo e, sobretudo, nesta área da sociabilidade, da agressividade e, visto pelo outro lado, na capacidade de amar, de amar os outros e a si mesmo". (Michel Odent, 2003).

Viver será preciso!

*Viver será preciso,
Quando gesto uma nova vida!
Novo ser vive em mim.
Como fazer seguro o seu nascer?
Guardo meses de esperança.
Como fazê-la florescer feliz?
Juntos podemos cuidar
do novo que há de vir!
Como evitar que eu padeça
de eclampsia, infecção e hemorragia?
Bendito seja o amparo,
ao brotar o fruto do meu ventre.
Eu acho a vida tão bela.
Porque inutilmente perdê-la?
Vamos acalentar meu sonho,
de viver para amar meu filho.³⁷
M.Fonsêca, 1995*

O lócus privilegiado para o desenvolvimento desta revolução do parto/nascimento seria o Hospital da Mulher Dra. Zilda Arns, que assumiria a liderança do movimento de humanização do parto e nascimento, transformando-se em Hospital-Escola de obstetrícia e do parto e nascimento naturais. Nele funcionaria um grande centro de formação em enfermagem obstétrica. Poderia ser denominado de **Centro de Enfermagem Obstétrica Iracema do Ceará**, em homenagem à lendária índia Iracema, a virgem dos lábios de mel que, ao casar-se com Soares Moreno, criou um dos mitos de nossa origem étnica, a união do branco europeu com uma índia Tabajara, da qual nasceu Moacir, o que nasceu com dor, o que venceu a dor.

Eixo 3 –A Praça é do Povo e do Idoso

“A praça? A praça é do povo, como o céu é do condor”.

Castro Alves

Os fatores de risco mais importantes das doenças crônico-degenerativas, que afetam, prioritariamente, a população mais idosa, são: tabagismo, dieta inadequada, inatividade física, sobrepeso/obesidade e consumo de álcool. Muitas das doenças crônicas não transmissíveis provocam mortes evitáveis, prematuras, desnecessárias e incapacidades preveníveis. Algumas intervenções podem atuar positivamente nos fatores de risco e na melhoria das qualidades de vida da população idosa:

- Requalificação e ampliação de praças, no projeto " A Praça é do Povo", em cada bairro, com arborização frondosa, bancos e mesinhas, espaços sombreados, uma Academia de Saúde ao ar livre, para que os idosos possam fazer atividades físicas de baixo impacto (tai chi chuan, yoga, caminhada, atividade física funcional), curtir uma prosa amiga, manter a mente alerta, inclusive com jogos de salão ao ar livre.

- Oferta de rede de suporte social e de espaços públicos seguros e facilitadores de interação social, por meio de práticas esportivas e culturais;

- Fortalecer e ampliar a parceria e apoio ao Corpo de Bombeiros, que vem desenvolvendo um excelente trabalho com os idosos, deve ser ampliada e fortalecida;

- As calçadas, faixas de pedestres, ciclovias, acessos a repartições públicas, a legislação sobre arquitetura domiciliar, deverão manter padrões que permitam a mobilidade segura de pessoas idosas e com necessidades especiais;

- Ofertar oportunidades de atividades voluntárias e de trabalhos artesanais leves, para que os idosos se mantenham solidários e ativos, dentro de suas limitações e de acordo com suas capacidades, habilidades e conhecimentos;

- Maior controle do uso do tabaco, com fiscalização mais rigorosa da proibição de fumar em lugares públicos, divulgação de seu malefícios e avaliação da possibilidade legal de aprovar legislação mais restritiva, no território municipal, de propaganda sobre o fumo;

- Parceria ampla entre as vigilâncias sanitárias da Prefeitura e Estado para o rastreamento da presença de agrotóxico em frutas e verduras e publicização dos resultados encontrados, com objetivo educativo e corretivo;

- Atenção Básica de Saúde fortalecida, resolutiva e envolvida no cuidado à pessoa idosa, não somente nas ações de controle da hipertensão e diabetes e rastreamento de alguns tipos de câncer, mas também na promoção de hábitos saudáveis de dieta nutricional adequada, atividade física, abandono de consumo de tabaco e do álcool, controle da obesidade e sobrepeso, conduta não

violenta para a mediação de conflitos e atividades culturais. Para que isto aconteça toda a equipe de saúde, mas particularmente os Agentes Comunitários de Saúde - ACS deverão ser capacitados nas ações de promoção de saúde e sobre a temática teórico-prática da intersetorialidade. Devido a transição demográfica e epidemiológica, que aponta para o envelhecimento populacional, os ACS poderiam agregar a nova função de promotores da saúde, assumindo o novo papel de Agentes Comunitários de Promoção da Saúde (ACPS);

- Implantação de Rede Regionalizada de Policlínicas, com suporte tecnológico adequado, priorizando especialidades de atenção às doenças crônicas-degenerativas do envelhecimento, para o rastreamento, detecção precoce e enfrentamento destas doenças, ampliando a sobrevivência, com qualidade, dos idosos. O acesso a esta rede deve ser exclusivo a partir das Unidades Básicas de Saúde, a ela regionalmente vinculadas. O reforço da Atenção Básica e da Rede das Policlínicas, fortaleceria o rompimento com a visão da saúde hospitalocêntrica e do pronto-atendimento, de consumo rápido, baseado na demanda espontânea, desordenada e sem vínculo institucional com a população adstrita;

- Necessidade de, em breve, devido a maior longevidade da população, criar espaços qualificados para cuidados paliativos, com pessoal capacitado, que permitam evitar sofrimentos desnecessários e assegurar a preservação da dignidade e da amorosidade, durante o tempo da passagem ao final da vida, que pode ser prolongado.

O locus privilegiado das ações de promoção da saúde do idoso seriam as Unidades Básicas de Saúde, as Praças do Povo e os Cucas, que seriam adaptados para acolher os idosos, como territórios de arte, cultura, entretenimento e convivência saudável.

Declaração de amor à vida e de não-violência!

Declaro, para os devidos fins, que todos, indistintamente, têm direito a uma vida saudável, fraterna e de paz.

Declaro não ser possível admitir a violação, os maus tratos e a falta de cuidados que ameacem a vida de recém-nascidos e crianças, pelo simples fato de serem indefesas. Criança é para viver, sorrir, brincar.

Declaro não ser possível admitir que adolescentes, em sua ingênua confiança, por cruel necessidade ou pelo estímulo do consumismo perverso, sejam expostas (os) à violência, à prostituição, às doenças da promiscuidade e submetidas (os) como objeto de prazer e enriquecimento de inescrupulosos e poderosos. Adolescente é para amar, sonhar, divertir-se, aprender, crescer e agitar bandeiras libertárias.

Declaro que é inaceitável serem as mulheres, por um motivo qualquer, discriminadas, maltratadas, vilipendiadas, agredidas, violentadas, assassinadas pelo simples fato de serem mulheres. Mulher é para afirmar-se como cidadã, em todos os momentos de sua vida e ser amiga do homem e da mulher, ao criar, partilhar afetividade, produzir e construir pontes de harmonia.

Declaro ser insuportável admitir que centenas de homens, na juventude e idade mais produtiva, sejam assassinados, vítimas de traficantes de drogas e de armas, sejam acidentados, mutilados, incapacitados e mortos por guias imprudentes, inaptos, alcoolizados e impunes. O homem, jovem e adulto, é para ser amigo do homem e da mulher na busca da felicidade, na construção de um mundo novo, de igualdade, justiça e paz.

Declaro, para os devidos fins, que a velhice não pode ser violada pelo abandono, descuido e solidão. Os idosos precisam de carinho, lazer, respeito, cuidados e oportunidades de manter-se úteis, dignos e de brincar com os netos.

Declaro não ser suportável aceitar que, por preconceito e intolerância, os mais vulneráveis, pobres, pretos, indígenas, sem posses, testemunhas de crimes e abusos ou que tenham orientação religiosa e sexual diferenciada, sejam submetidos a humilhações, torturas, injustiças e tratados como párias, pelo simples fato de serem quem são.

Declaro, que todos, indistintamente, têm direito a um teto, a um trabalho digno, a um salário justo e a constituir uma família.

Declaro, enfim, que todos têm direito à vida, saúde, educação, cultura, justiça, liberdade e paz, ao viver num espaço-território saudável e fraterno.

M. Fonsêca
1997/2015

Reflexão Final

Felicidade Interna Bruta

A Felicidade Interna Bruta – FIB surgiu no Butão, por iniciativa do rei Jygye Singya Wangchuck, como uma alternativa de avaliação de uma nação pelo Produto Interno Bruto – PIB, um dos padrões-ouro do capitalismo, que visa o crescimento econômico, não se importando com a justiça social. O parâmetro PIB está baseado na teoria da “recaída favorável”, que pressupõe que todo crescimento econômico, favorecido pelo livre mercado, consegue, por si mesmo, produzir mais equidade e inclusão social no mundo.

O Papa Francisco, contestando esta teoria, afirmou que nela “havia a promessa de que, quando o copo estivesse cheio, ele transbordaria e os pobres se beneficiariam. Ao contrário, acontece que, quando ele está cheio, o copo magicamente cresce e, assim, não sai mais nada para os pobres”. Em Santa Cruz de la Sierra, em discurso aos movimentos sociais, o Papa exorta: “a distribuição dos frutos da terra e do trabalho humano não é uma filantropia. É um dever moral. Para os cristãos, a carga é ainda mais forte: é um mandamento. Trata-se de devolver aos pobres e aos povos o que lhes pertence. O destino universal dos bens não é um adorno discursivo da doutrina social da Igreja. É uma realidade anterior à propriedade privada. A propriedade, muito especial quando afeta os recursos naturais, deve estar sempre em função das necessidades dos povos. E essas necessidades não se limitam ao consumo.”

A Felicidade Interna Bruta – FIB é baseada na premissa de que o objetivo principal de uma sociedade não deveria ser somente o crescimento econômico, mas a integração do desenvolvimento material com o psicológico, o cultural e o espiritual, sempre em harmonia com a Terra, a nossa mãe natureza.

O gestor público tem o poder, embora limitado numa sociedade capitalista, de promover políticas redutoras de desigualdades sociais e de superação de iniquidades, aplicando o princípio da equidade de ofertar “um mínimo para todos, porém mais para aqueles em maior necessidade, na proporção de suas necessidades.”

O parâmetro FIB, que teve, no Butão, o apoio do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento –PNUD, pode inspirar os gestores públicos como motivação de conduta, estratégia de ação e critério de avaliação das políticas públicas durante sua gestão.

Os nove princípios da FIB, adaptados em parte pelos autores do documento-livro “Por uma Fortaleza Saudável e Fraterna” e aqui apresentados como sugestão para análise do gestor municipal, são:

1. Educação para o desenvolvimento integral do ser humano e o seu bem viver psíquico e espiritual

Promover a satisfação e o otimismo das pessoas em relação à própria vida, estimulando emoções positivas de autoestima, sensação de competência pessoal, redução do estresse e desenvolvimento de atividades espirituais.

2. Saúde na garantia da vida

Favorecer a prática da saúde como bem-estar biopsicossocial e não só ausência de doença e como um bem de acesso universal e igualitário, de proteção coletiva e dos indivíduos, que devem assumir suas capacidades de auto avaliação e autocuidado, prevenção da invalidez e do comportamento de risco, prática de atividades físicas, sono reparador, nutrição segura e saudável.

3. Diminuição da jornada de trabalho na promoção de tempo livre para o lazer

Estimular o uso do tempo como qualidade de vida, através da oferta de serviços que facilitem a mobilidade urbana e as atividades de lazer e de socialização com a família e os amigos, num balanço equilibrado do tempo no trânsito, no trabalho, nas atividades

educacionais, culturais e espirituais.

4. Preservação dos valores capazes de garantir a vitalidade comunitária

Impulsionar o empoderamento das relações e interações comunitárias, encorajando a confiança, a sensação de pertencimento, a vitalidade dos relacionamentos afetivos, a promoção da paz e da não-violência, a segurança em casa e na comunidade e a prática de doação de tempo livre e de trabalho em ações de voluntariado.

5. Promoção do desenvolvimento Educacional para a Inclusão Social

Incentivar a participação das pessoas na educação formal e informal, no desenvolvimento de competências e habilidades, no envolvimento na educação dos filhos, na difusão de valores éticos e de solidariedade, na educação ambiental e educação para a paz.

6. Preservação e promoção dos valores culturais

Fomentar as tradições locais, os festivais da juventude, os valores de proteção familiar, a participação em eventos culturais, as oportunidades de desenvolvimento das capacidades artísticas, o estímulo à tolerância e a superação de preconceitos e discriminação por motivo religioso, econômico, de raça, gênero, orientação sexual e política.

7. Resiliência ecológica na base do desenvolvimento sustentável

Preservar os mananciais de água (lagoas, riachos e o rio Cocó e o subsolo), as áreas verdes e sua biodiversidade, o solo e o ar, reduzindo a produção de lixo tóxico, despoluição do ar e emissões de gases de efeito-estufa. Ofertar água de qualidade para o consumo humano e saneamento básico universal. Estimular a percepção da população sobre a necessidade de proteção do meio ambiente, no entendimento de que o que fazemos contra a natureza, fazemos contra nós mesmos.

8. Estabelecimento da boa governança

Avivar o senso de responsabilidade, honestidade e transparência no trato com os recursos financeiros públicos e os bens sociais, tanto por parte do governo, como da mídia, do judiciário, do sistema eleitoral, da segurança pública, favorecendo mecanismos de participação direta dos cidadãos e cidadãs nas decisões sobre a cidade e políticas públicas, fortalecendo conselhos populares, associações comunitárias e sindicais.

9. Desenvolvimento Sustentável para a inclusão e potencialização do Padrão de Vida

Incrementar a qualidade de vida da população, criando oportunidades de trabalho digno, de acesso à qualificação profissional, da posse de moradias condignas, do transporte rápido, barato e coletivo. Nenhuma pessoa deve ficar sem teto, sem terra (posse do terreno de sua casa) e sem trabalho digno.

Estes princípios poderão ser adotados pelo gestor público como parâmetros para se alcançar uma Cidade Fraterna e Saudável.

(Referências: Instituto Visão Futuro, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento-PNUD, Centre for Bhutan Studies)

Referências

1. REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores e dados básicos** – Brasil – 2012. Brasília. Ministério da Saúde; OPAS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>. Acesso em: 18 nov. 2014.
2. REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Intergerencial de informações para a saúde** – Ripsa. 2.ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.
3. ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N. de A.. **Epidemiologia & Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. 728 p.
4. ROMEDER, J. M. & McWHINNIE, J. R., 1977. Potential years of life lost between ages 1 and 70: an indicator of premature mortality for health planning. **International Journal of Epidemiology**, 6: 143-151.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza**. –Brasília: Ministério da Saúde, 2014.384 p.: Il.
6. SOARES, G. P. *et al.* Evolução da Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatorio nos Municípios do Estado do Rio de Janeiro, de 1979 a 2010. **Arq. Bras. Cardiol.** [Internet]. 2015 May [cited 2015 July 06]; 104(5): 356-365. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2015000500003&lng=en. Epub Mar 17, 2015. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20150019>.
7. SILVA, G. A. *et al.* **Tendência da mortalidade por câncer nas capitais e interior do Brasil entre 1980 e 2006.** **Rev. Saúde Pública** [online]. 2011, vol.45, n.6, pp. 1009-1018. Epub Oct 14, 2011. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000076>.
8. GOMES.L. Fatores de risco e medidas profiláticas nas pneumonias adquiridas na comunidade – Artigo de **Revisão**. **Pneumo** 127(2) – mar-abr de 2001
9. TEIXEIRA, M. da G. *et al.* **Mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias em Salvador - Bahia: evolução e diferenciais intra-urbanos segundo condições de vida.** **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** [online]. 2002, vol.35, n.5, pp. 491-497. ISSN 1678-9849. <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822002000500012>.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2012: uma análise da situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunização** –Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 536 p.: Il.
11. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Violência: uma epidemia silenciosa.** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: Conass, 2007. 134 p. (Conass Documenta; 15).
12. SILVA, D.W. *et al.* Perfil do trabalho e acidentes de trânsito entre motociclistas de entregas em dois municípios de médio porte do Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2008;24(11):2643-52.
13. VERONESE, A.M.; OLIVEIRA, D.L.L.C. Os riscos dos acidentes de trânsito na perspectiva dos motoboys: subsídios para a promoção da saúde. **Cad. Saúde Pública**. 2006;22(12):2717-21.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2014. Incidência de Câncer no Brasil.** Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/tabelaestados.asp?UF=CE>. Acesso em: 6 de agosto de 2015.
15. FRANCISCO, P. M. S.; BARROS, M. B. A.; CORDEIRO, M. R. D. Vacinação contra influenza em idosos: prevalência, fatores associados e motivos da não-adesão em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(3):417-426, mar, 2011
16. LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H.P. de.; GOTLIEB, S. L. D. A confiabilidade dos dados de mortalidade e morbidade por doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet]. 2004 Dec [cited 2015 July 10] ; 9(4) : 909-920. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000400012>.
17. REIS, A. C., SANTOS, E. M.dos; CRUZ, M. M. da. A mortalidade por aids no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. **Epidemiol. Serv. Saúde** [periódico na Internet]. 2007 Set [citado 2015 Jul 10]; 16(3): 195-205. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000300006&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742007000300006>.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Aids no Brasil.** Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>. Acesso em 10/07/2015.
19. R.R.M. **Mortalidade por tuberculose associada à infecção por HIV/Aids na cidade de Fortaleza**

<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/7412>

20. MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L. de, SILVA JUNIOR, J. B. da. Presentation of the strategic action plan for coping with chronic diseases in Brazil from 2011 to 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde** [periódico na Internet]. 2011 Dez [citado 2015 Jul 10]; 20(4): 425-438. Disponível em:

http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000400002&lng=pt.

<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742011000400002>.

21. SCHMIDT, M.I. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**. 2011; 377(9781):1949-1961.

22. LAURENTI, Rui... [et al]. **Estatísticas de saúde**. –São Paulo: EPU,2006.

23. DUARTE, C.M.R. Reflexo das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão de literatura sobre a última década. **Cad. Saúde Pública**. julho 2007; 23(7): 1511 – 28.

24. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Situação Mundial da Infância 2008**. Sobrevivência infantil.

25. BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Assuntos Estratégicos. **V Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. Disponível em: <<http://www.sae.gov.br/site/?p=23262#ixzz3PYb2aG4L>>. Acesso em: 22 janeiro 2015.

26. BRASIL. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

27. MALTA, D.C. *et al.* Balanço do primeiro ano da implantação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde 2013; 22: 171-8**.

28. BRASIL. Vigitel - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Disponível em:

<https://biavati.files.wordpress.com/2014/05/vigitel-2013.pdf>. Acesso em jul 2015.

29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 120p.: il. (Série G. Estatística e Informação em Saúde

30. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA. Tipos de câncer. Disponível em:

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home>. Acesso em: 4 agosto 2015.

31. BRASIL. Ministério da Saúde. (2014). **Boletim epidemiológico: Aids e DST**, Ano III - nº 1 - 27ª à 52ª semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2014

32. BRASIL. Ministério da Saúde. (2014). **Boletim epidemiológico: hepatites virais**. Ano IV nº 01. Brasil – 2015. Disponível em:

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58210/p_boletim_hepatites_fina_l_web_pdf_p_16377.pdf. Acessado em: 5 agosto de 2015.

33. MALTA, D.C *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006. In: Brasil, MS. SVS. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

34. WEIL, P. **A arte de viver em paz: por uma nova consciência, por uma nova educação / Pierre Weil; tradutores Helena; Horiz Taveira, Hélio Macedo da Silva**. – São Paulo: Editora Gente, 1993.

35. MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de; NJAINE, K.. Editorial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 4, n. 1, p. 4, 1999.

36. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. **Maternidade segura**. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS, 1996. p 93.

37. FONSECA NETO, M. D. da. **Tempo de Nascer /Manoel Dias da Fonseca Neto**. Fortaleza: Gráfica e Editora Ronda Ltda, 2008.

38. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MÉDICOS ESCRITORES – CE. **Letras que curam**. / Sociedade Brasileira de Médicos Escritores; Marcelo Gurgel Carlos da Silva e Ana Margarida Furtado Arruda Rosemberg (org.) Fortaleza: Edições Sobrames / Expressão Gráfica

Glossário

Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP)

O indicador anos potenciais de vida perdidos (APVP) expressa o efeito das mortes ocorridas precocemente em relação à duração de vida esperada, para uma determinada população. Os APVP constituem-se em uma medida de mortalidade que leva em consideração a idade ao morrer, assim como o fato da morte em si. Foi desenvolvida por volta de 1940/1950, quando a taxa de mortalidade convencional em suas diversas modalidades estava sendo criticada pelo fato de "ser influenciada pela estabilidade relativa das taxas de mortalidade nas idades mais avançadas, e não conferir peso suficiente às diferenças da mortalidade em idades mais jovens, que são tão importantes quando vistas pelo aspecto da quantidade de vida perdida". É uma medida especialmente sensível das diferenças de mortalidade, quando estas diferenças ocorrem em grupos mais jovens². Entretanto, os números absolutos de perdas mostram apenas uma panorâmica da situação porque não consideram a população que está realmente sob risco (VERMELHO; COSTA; KALE, 2009, p.64).

O indicador que expressa o efeito das mortes ocorridas precocemente em relação à duração de vida esperada para uma determinada população, bem como permite fazer a comparação da importância relativa que as diferentes causas de morte assumem nesta população. Seu cálculo é obtido pela somatória dos produtos do número de óbitos por causa específica, ocorridos em cada grupo etário, pela diferença entre a idade limite esperada para aquela população e o ponto médio de cada grupo etário (KERR-PONTES apud BARBOSA, 2003, p.651).

Causas externas de morte

Os óbitos por causas externas (acidentes e violência) correspondem aos códigos V01 a Y98 do capítulo XX – Causas externas de morbidade e mortalidade, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), e aos códigos E800-E999 da Classificação suplementar de causas externas, de lesões e de envenenamentos da 9ª Revisão (CID-9). (RIPSA, 2008)

Causas mal definidas de morte

Segundo a Classificação Internacional de Doenças, correspondem ao capítulo XVIII – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (códigos R00-R99), da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e ao capítulo XVI – Sintomas, sinais e afecções mal definidas (códigos 780-799) da 9ª Revisão (CID-9). (RIPSA, 2008)

Curvas de mortalidade proporcional

Constituem representações gráficas dos vários índices de mortalidade proporcional, índice de Moraes, segundo grupos etários prefixados: grupo infantil (< 1 ano), crianças em idade pré-escolar (1 - 4 anos), as crianças e adolescentes (5 - 19 anos), os adultos jovens (20 - 49 anos) e as pessoas de meia-idade e idosas (50 e mais anos). De acordo com os tipos de curva resultantes, avalia-se o nível de saúde: muito baixo (irregular), baixo (jota invertido), regular (forma em U) e elevado (forma de jota - "J") (KERR-PONTES, ROUQUAYROL, apud BARBOSA, 2003, p.658).

Determinantes socioeconômicos e demográficos da saúde

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (PELLEGRINI, A; BUSS, P., 2014).

Doenças crônicas não transmissíveis

Grupo de doenças caracterizadas por: história natural prolongada; multiplicidade de fatores de risco complexos; interação tanto de fatores etiológicos conhecidos como de desconhecidos; longo período de latência; longo curso assintomático; curso clínico em geral lento, prolongado e permanente; manifestações clínicas com períodos de remissão e exacerbação, e evolução para graus variados de incapacidade ou para a morte (LESSA, apud BARBOSA, 2003, p 661).

As doenças crônicas não transmissíveis são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração. Atualmente, elas são consideradas um sério problema de saúde pública, e já são responsáveis por 63% das mortes no mundo, segundo, estimativas da Organização Mundial de Saúde. As quatro DCNT de maior impacto mundial são: doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas (Brasil, 2014).

Epidemia

Denominação da ocorrência de doença em grande número de pessoas ao mesmo tempo (*lato sensu*). Em sentido restrito, pode ser considerada uma alteração, espacial e cronologicamente delimitada, do estado de saúde-doença de uma população, caracterizada por uma elevação progressivamente crescente, inesperada e descontrolada dos coeficientes de incidência de determinada doença, ultrapassando e reiterando valores acima do limiar epidêmico preestabelecido (conceito operativo) (ROUQUAYROL, apud BARBOSA, 2003, p.663).

Fator de risco

Um fator de exposição supostamente associado com o desenvolvimento de uma doença. Pode ser genético ou ambiental. Ao contrário dos fatores prognósticos, os fatores de risco agem antes da instalação da doença (Schmidt & Duncan). Considera-se fator de risco de um dano toda característica ou circunstância que acompanha um aumento de probabilidade de ocorrência do fator indesejado, sem que o dito fator tenha que intervir necessariamente em sua causalidade (CLAP-OPS/ OMS, apud BARBOSA, 2003, p.666).

Fator de proteção

Proteção são ações específicas, de caráter defensivo, com a finalidade de proteger indivíduos ou grupos de indivíduos contra doenças ou agravos (MEDRONHO, 2009).

Incidência

Termo que em epidemiologia traduz a ideia de intensidade com que acontece a morbidade em uma população (KERR-PONTES, ROUQUAYROL, apud BARBOSA, 2003, p.668).

Indicadores de saúde

São parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem como fornecer subsídios aos planejamentos de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas à mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo (KERR-PONTES; ROUQUAYROL, 2003, p.62).

Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)

Em setembro de 2000, 189 nações firmaram um compromisso para combater a extrema pobreza e outros males da sociedade. Esta promessa acabou se concretizando nos 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) que deverão ser alcançados até 2015: 1) Redução da pobreza, 2). Atingir o ensino básico universal, 3) Igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres, 4) Reduzir a mortalidade na infância, 5). Melhorar a saúde materna, 6). Combater o HIV/Aids, a malária e outras doenças, 7) Garantir a sustentabilidade ambiental e 8) Estabelecer uma Parceria Mundial para o Desenvolvimento. Em setembro de 2010, o mundo renovou o compromisso para

acelerar o progresso em direção ao cumprimento desses objetivos (PENUD, 2015).

Morbidade

Variável característica das comunidades de seres vivos. Referem-se ao conjunto dos indivíduos que adquiriram doenças num dado intervalo de tempo. Denota-se morbidade ao comportamento das doenças e dos agravos à saúde em uma população exposta (KERR-PONTES; ROUQUAYROL, apud BARBOSA, 2003, p.672).

Mortalidade

Variável característica das comunidades de seres vivos. Referem-se ao conjunto dos indivíduos que morreram num dado intervalo de tempo (KERR-PONTES; ROUQUAYROL, apud BARBOSA, 2003, p.672).

Tem sido utilizado para estimar as necessidades de saúde. É indicada para avaliar os resultados da atenção, enfocando tanto a prática profissional quanto os serviços e sistemas de saúde. Indicador de fácil obtenção, dada a disponibilidade de registros oficiais de óbito, facilitando tanto o cálculo de taxas de mortalidade geral e por causas específicas (PINHEIRO; ESCOSTEGUY, 2002)

Mortalidade infantil

Termo para designar todos os óbitos de crianças menores de 1 ano, ocorridos em determinada área, em dado período de tempo (ROUQUAYROL, apud BARBOSA, 2003, p.672).

Mortalidade materna

Define-se morte materna como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente de duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (BRASIL, 2015)

Mortalidade perinatal

Número de óbitos ocorridos no período perinatal por mil nascimentos totais, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. O período perinatal começa em 22 semanas completas (ou 154 dias) de gestação e termina aos sete dias completos após o nascimento, ou seja, de 0 a 6 dias de vida (período neonatal precoce). Os nascimentos totais incluem os nascidos vivos e os óbitos fetais. Estima o risco de morte de um feto nascer sem qualquer sinal de vida ou, nascendo vivo, morrer na primeira semana. De maneira geral, reflete a ocorrência de fatores vinculados à gestação e ao parto, entre eles o peso ao nascer, bem como as condições de acesso a serviços de saúde e a qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (RIPSA, 2012).

População economicamente ativa

Compreende o potencial de mão-de-obra com que pode contar o setor produtivo, isto é, a população ocupada e a população desocupada.

Promoção da saúde

É o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar geral (BRASIL, 2001b, p.19)

Taxa de detecção (ver taxa de incidência)

Taxa de fecundidade

Número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher ao final do seu período reprodutivo, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Junto com a migração, esse indicador é o principal determinante da dinâmica demográfica, não sendo afetado pela estrutura etária da população. Expressa a situação reprodutiva de uma mulher pertencente a uma coorte hipotética, sujeita às taxas específicas de fecundidade por idade, observadas na população em estudo, supondo-se a ausência de mortalidade nessa coorte (RIPSA, 2008).

Taxa de incidência

O número de novos eventos (ou casos de doenças) que ocorreu em um determinado período de tempo, dividido pela população sob risco de desenvolver o evento (ou doença) neste determinado período de tempo (Last, 1995). A “taxa” de incidência, assim definida, é mais especificamente denominada como proporção de “incidência acumulada” (DUARTE, 2002). Denominada **taxa de detecção** para algumas doenças de diagnóstico tardio, como a hanseníase, que o número de notificações no ano inclui casos que iniciaram a doença em anos anteriores e não apenas casos novos.

Taxa de natalidade

Número de nascidos vivos, por mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Expressa a intensidade com a qual a natalidade atua sobre uma determinada população (RIPSA, 2008).

Taxa padronizada de mortalidade

A padronização de coeficientes é utilizada quando se quer comparar nível de saúde de duas ou mais localidades com a utilização do coeficiente geral de mortalidade ou de morbidade, tendo em vista que esses coeficientes gerais são influenciados pela composição intrínseca dessas populações. Para eliminar essas discrepâncias antes de se proceder a qualquer comparação, faz a padronização de coeficientes, segundo a composição etária (LAURENTI, 2005).

TMI

Número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida. Reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil. Expressa um conjunto de causas de morte cuja composição é diferenciada entre os subgrupos de idade (RIPSA, 2008).

TMI neonatal

Compreende os casos de crianças falecidas durante os primeiros 28 dias de vida (menor de 1 dia, 1 dia, 2,3, 4,27 dias). Medido por número de óbitos de menores de 28 dias pelo número de nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Na quase totalidade, são representadas pelas chamadas causas perinatais e anomalias congênitas. São, portanto, ligadas a problemas de gestação, de parto, fatores maternos vários, além dos congênitos e genéticos (LAURENTI, R, 2005).

TMI pós-neonatal

Número de óbitos de 28 a 364 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Estima o risco de um nascido vivo morrer dos 28 aos 364 dias de vida. De maneira geral, denota o desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura ambiental, que condicionam a desnutrição infantil e as infecções

a ela associadas. O acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil são também determinantes da mortalidade nesse grupo etário (RIPSA, 2008).

Transição demográfica

São identificados três estágios da transição demográfica: fase pré-industrial ou primitiva, na qual há um equilíbrio populacional, onde as taxas de natalidade e mortalidade, principalmente infantil, são elevadas; fase intermediária, de “divergência de coeficientes”, na qual as taxas de natalidade permanecem altas enquanto decrescem as taxas de mortalidade (explosão populacional); fase intermediária de “convergência de coeficientes”, quando a natalidade passa a diminuir em ritmo mais acelerado que a mortalidade, cujo efeito mais notável é o rápido “envelhecimento” da população. No fim desse processo, há um retorno ao equilíbrio populacional, denominado fase moderna ou pós-transição, com aproximação dos coeficientes só que em níveis muito mais baixos. A população torna-se estável, isto é, os valores de fecundidade se aproximam do nível de reposição. Como consequência a esperança de vida aumenta, a população envelhece e em geral, observa-se uma ampliação da proporção de mulheres (VERMELHO; MONTEIRO, apud BARBOSA, 2003, p.682).

Transição epidemiológica

Mudança nos padrões de mortalidade e morbidade de uma comunidade, concomitantemente à transição demográfica. De uma forma mais abrangente, ela incorpora as mudanças dos padrões de saúde e doença, mortalidade, fecundidade e estrutura por idades, além dos determinantes socioeconômicos, ecológicos, de estilo de vida e de suas consequências para os grupos populacionais. Segundo Omram, à medida que os países atingem níveis de desenvolvimento mais elevados, as melhorias das condições sociais, econômicas e de saúde causam a transição de um padrão de expectativa ou esperança de vida baixa, com altas taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias em faixas de idade precoces, para um aumento das mortes por doenças não transmissíveis (VERMELHO; MONTEIRO, apud BARBOSA, 2003, p.682).

Referências

VERMELHO, L. L.; COSTA, A. J. L.; KALE, P. L. Indicadores de saúde. In: MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. -1.ed.- São Paulo, Atheneu, 2009.

BARBOSA, L.M.M. Glossário de Epidemiologia & Saúde. IN: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro. Medsi, 2003 707p.

RIPSA - Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa**. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.: Il

PELLEGRINI, A; BUSS, P. **Problemas da saúde e seus determinantes sociais**. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/artigos/329>. Acesso em: 29 sets 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças crônicas não transmissíveis. 2004**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-inisterio/principal/secretarias/svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis>. Acesso em: 30 sets 2015.

MEDRONHO, AM. **Epidemiologia**/Roberto de Andrade Medronho...[et al]. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Os objetivos de desenvolvimento**

do milênio. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/odm.aspx>. Acesso em: 5 out 2015.

PINHEIRO; ESCOSTEGUY, 2002. Epidemiologia e serviços de saúde. In: MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. São Paulo, Atheneu, 2002. 493p. p. 361-369.

BRASIL/Datasus. Definições. Disponível em:
<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm>. Acesso em 5 out 2015.

RIPSA - Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Ficha de qualificação**. Disponível em http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-2/?l=pt_BR. Acesso em: 5 out 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Notas metodológicas. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme/pmemet2.shtm>. Acesso em 15 out 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **Promoção da saúde:** Declaração de Alama-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Mega países e Declaração do México = Declaration of Alma-Ata, Ottawa Chartes, Adelaide Recommendation, Sundsvall Stament, Declaration of Santafé de Bogotá, The Jakarta Declaration, Mega Country Network and México Statment. Brasília: MS, 2001.

DUARTE, E.C. **Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil:** um estudo exploratório. Brasília: OPAS, 2002. 118p

LAURENTI, R. **Estatísticas de saúde...**[et al]. —2.ed.rev. e atual. —São Paulo: EPU, 2005.

CÍCERA BORGES MACHADO é graduada em Medicina pela Universidade Federal do Ceará (UFC) com Residência em Medicina Preventiva e Social e Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fez Cursos de Especialização em Patologia Tropical (UFC), Epidemiologia (UECE), Informação e Informática em Saúde (Fiocruz) e Gestão em Saúde (ESP-CE). Trabalha como médica sanitária, há três décadas, na Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA), exercendo funções de gerência nas áreas de Vigilância Epidemiológica e Informação e Análise em Saúde. Atualmente compõe a equipe técnica da Coordenadoria de Regulação, Avaliação, Auditoria e Controle da SESA.

LINDÉLIA SOBREIRA CORIOLANO é graduada em Estatística. Especialista em Estatística de Saúde pela Universidade de São Paulo (USP), em Epidemiologia pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Informação e Informática em Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ e Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Estatística do Núcleo de Informação e Análise em Saúde (Nuias) da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará.

MANOEL DIAS DA FONSÊCA NETO, Médico formado pela UFC, com especialização em Saúde Pública (UFC), em Epidemiologia (UECE) e mestre em Gerenciamento de Sistemas Locais de Saúde (Istituto Superiore di Sanità – Roma/Itália). Foi Secretário de Saúde de Fortaleza e de Beberibe. Membro fundador da Escola de Saúde Pública e da coordenação de implantação do Programa de Saúde da Família no Ceará. Autor, entre outros escritos, dos livros: Desafios para a Saúde Pública do Ceará, Iracema nosso amor, Tempo de Nascer: O Cuidado Humano no Parto e Nascimento, Benditas e Guerreiras, Lendas e Encantos e Baú dos Avós. Membro da Sociedade Brasileira de Médicos Escritores – SOBRAMES. Titular da Academia Quixadaense de Letras.