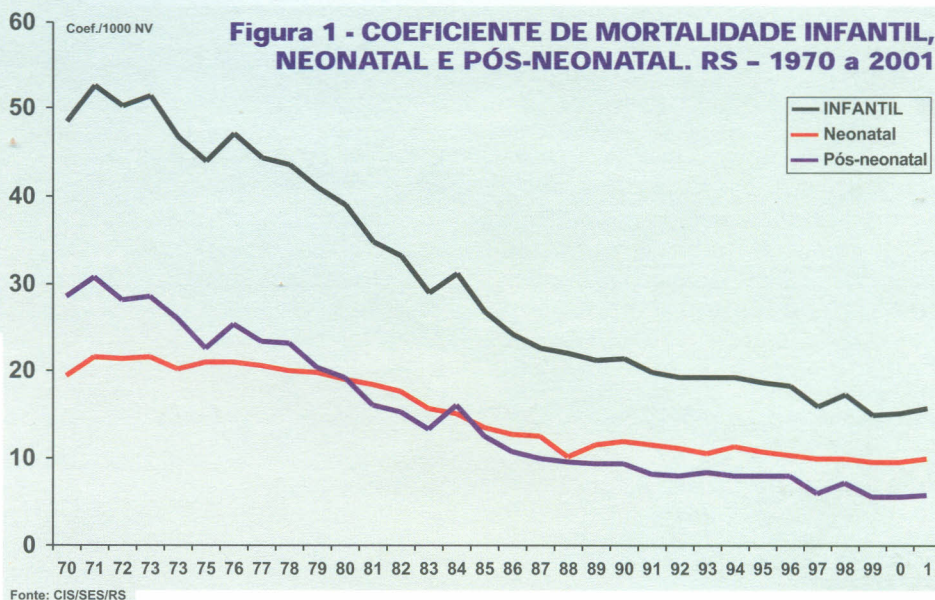




MORTALIDADE INFANTIL

Os dois principais componentes da mortalidade infantil são: a mortalidade neonatal (MNN), que inclui as mortes ocorridas nos primeiros 28 dias de vida (as ocorridas na primeira semana são as perinatais) e a mortalidade infantil tardia (MIT) ou mortalidade pós-neonatal (MPNN), referente ao período de vida dos 29 dias aos 11 meses de idade. As mortes ocorridas no primeiro mês de vida estão associadas basicamente à atenção pré-natal, o que resulta em nascimentos de crianças com baixo peso, ao parto (sofrimento fetal, anóxia, membrana hialina) e a causas pouco modificáveis como p. ex. as anomalias congênitas. As mortes ocorridas após os 28 dias referem-se às causas infecciosas, principalmente às diarreias e infecção respiratória aguda, refletindo a influência dos fatores ambientais e culturais. As causas relacionadas ao baixo-peso ao nascer também podem influenciar a mortalidade nesse período, pois algumas crianças ultrapassam o período neonatal e continuam com baixo-peso a partir do primeiro mês de vida. Nas regiões onde são altos os coeficientes de mortalidade infantil, o primeiro componente a diminuir é a MIT. Foi o que ocorreu no Rio Grande do Sul, a partir da década de 70.

Nos últimos 30 (trinta) anos, o CMI diminuiu de 48,4 em 1970 para 15 por 1.000 nascidos vivos, em 2000 e a maior diminuição ocorreu na MIT de 28,7 para 5,6 por 1.000 nascidos vivos. A MNN diminuiu de 19,5 em 1970 para 9,5 por mil nascidos vivos, no ano 2000. Observa-se que a partir de 1981 ocorre uma inversão, e a mortalidade infantil tardia passa a ser inferior à mortalidade neonatal. Isso se explica pela grande redução na mortalidade por doenças infecto-contagiosas, principalmente a diminuição da mortalidade por diarreia e por infecção respiratória aguda (Figura 1). Contribuiu para tal a introdução da terapia de rehidratação oral e melhores

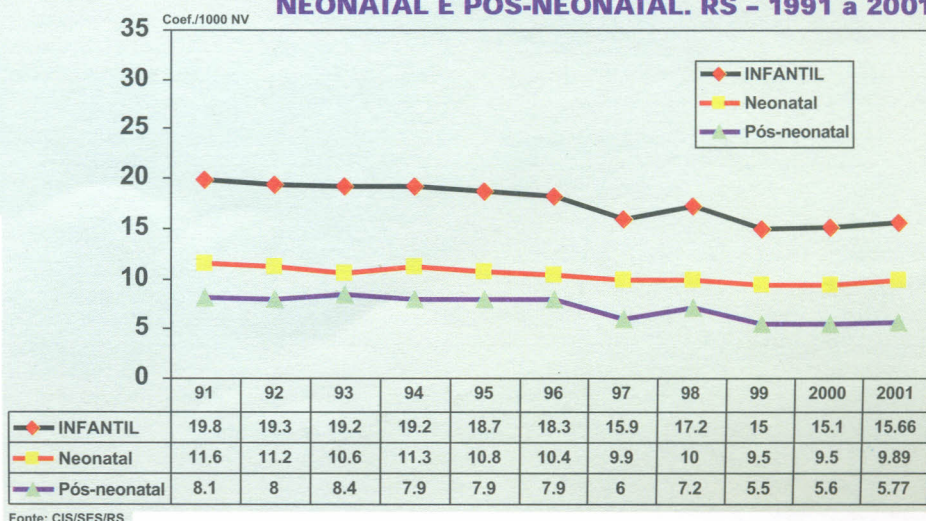


condições de saneamento com maior acesso à água potável e ao desenvolvimento dos programas de vacinação. Embora tenha havido também uma diminuição nas causas neonatais e perinatais esta não foi tão intensa como a queda na mortalidade infantil tardia. Observa-se também, que a diminuição da mortalidade infantil, ao longo desse período, não é permanente, havendo oscilações com aumentos e diminuições. Tome-se como exemplo os últimos anos em que ocorreu uma diminuição em 1997, aumento em 1998, novamente diminuição em 1999 e estabilização no ano 2000. (15,1 /

1000 nascidos vivos -NV) (Figura 2). Neste último ano, 54,5 % das mortes no primeiro ano de vida ocorreram até o sétimo dia do nascimento (perinatais), e 18% foram por anomalias congênitas. No ano de 2001 o CMI, passou para 15,68/1000NV, ou seja um aumento de 0,58 óbitos para cada mil nascidos vivos, ainda que tenha havido uma redução no número absoluto de óbitos, de 2650 para 2511.

Como explicar se, diminuindo o número de mortes pode aumentar a mortalidade? A resposta está no fato de que o número de nascidos vivos diminuiu acima do esperado, pois

Figura 2 -COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL, NEONATAL E PÓS-NEONATAL. RS - 1991 a 2001



ocorreram 175.693 nascimentos no ano 2000 e 160.500 no ano 2001. A mortalidade infantil é avaliada pelo uso de coeficiente e mede o risco de morrer no primeiro ano de vida, para cada mil nascidos vivos. Ou seja, se por hipótese, tivesse nascido o mesmo número de crianças no ano 2001, provavelmente o número de óbitos deste ano seria maior que o número de óbitos do ano 2000. Do ponto de vista estatístico, pode-se afirmar que o aumento ocorrido não foi significativo, para um $p = 0.19$, e com uma confiança de 95%, o que confirma as observações anteriores de que *a diminuição da mortalidade infantil, ao longo desse período, não é permanente, havendo oscilações com aumentos e diminuições.*

O fato de que o aumento ocorrido não foi significativo do ponto de vista estatístico, não impede que uma série de medidas sejam adotadas no Rio Grande do Sul, pois toda e qualquer morte de uma criança menor de um ano deve ser considerada prioridade, e deve ser exaustivamente investigada para identificarem-se as razões que contribuíram para essa morte.

O que fazer? A partir de um coeficiente de 15/mil NV, vai-se tornando mais difícil a redução da mortalidade infantil para coeficientes ainda mais baixos, pois essa redução dependerá principalmente de **atenção pré-natal resolutiva e diferenciada, assistência contínua aos nascimentos de risco, melhores cuidados em sala de parto, com a utilização de equipamentos adequados, com acompanhamento pediátrico e de enfermagem.** Importante papel está reservado ao trabalho dos agentes comunitários e da Saúde

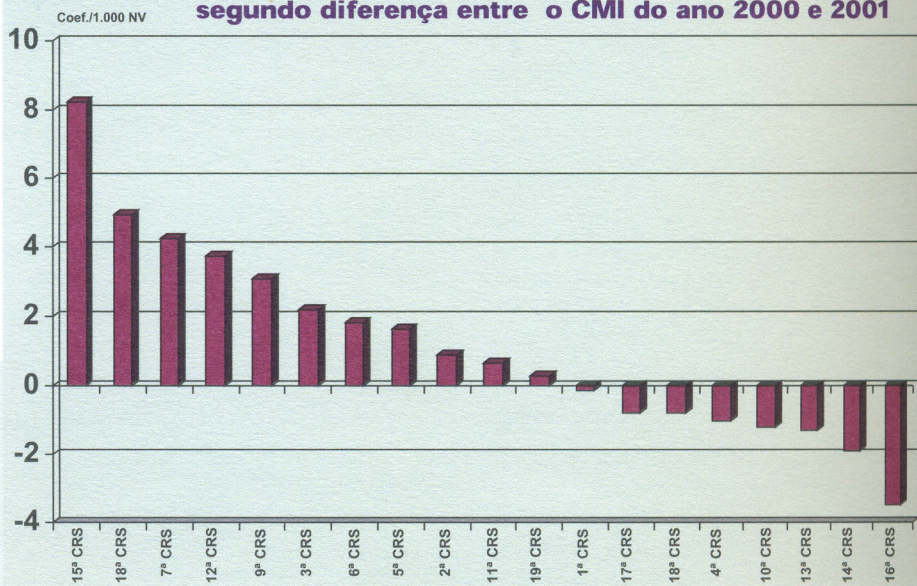
da Família, os quais podem identificar as famílias de maior risco, para encaminhamento. Com a municipalização, espera-se o acesso de todas as gestantes à rede básica ambulatorial e hospitalar.

Identificaram-se todas as CRS em que ocorreu um aumento da mortalidade infantil, pois ela não se distribui uniformemente por todo o Estado. Houve aumento em onze CRS, porém em oito o CMI diminuiu. Houve diminuição na 1ª, 4ª, 10ª, 13ª, 14ª, 16ª, 17ª e 18ª CRS, tendo aumentado na 2ª, 3ª, 5ª, 6ª, 7ª, 8ª, 9ª, 11ª, 12ª e 19ª CRS (Figura 3).

Nas regiões onde se detectou aumento foram identificados todos os municípios em que o número de mortes foi superior ao ano anterior. Mesmo nessas regiões onde houve aumento, há municípios onde o CMI diminuiu.

Nas CRS, onde o CMI diminuiu, encontram-se municípios onde houve aumento. Isso corrobora a explicação que a mortalidade infantil não se distribui de modo uniforme por todo o estado. *Portanto, todos os óbitos infantis deverão ser investigados com a finalidade de se detectar possíveis falhas na atenção à saúde, principalmente no que diz respeito ao acesso e qualidade do atendimento pré-natal, ao parto, e identificar populações de maior risco: aquelas com condições sócio-econômicas desfavoráveis e baixo nível de instrução, pois seguramente aí estarão as principais razões que levam os menores de um ano a morrer.* Também foram tomadas medidas de capacitação em "Gestação Saudável" com a realização de cursos com desenho macrorregional voltadas para a qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério.

Figura 3 -COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE/RS segundo diferença entre o CMI do ano 2000 e 2001



Fonte: CIS/SS/RS

INVESTIGAÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL

Com a finalidade de identificar as causas envolvidas na morte das crianças menores de um ano e a partir daí, propor as medidas mais adequadas para a sua prevenção, a Secretária da Saúde Maria Luzia Jaegger assinou dia 24 de junho de 2002, Portaria nº 32/2002 que torna obrigatória a investigação da mortalidade infantil no Rio Grande do Sul. A partir de então, para o cumprimento do artigo 5º, que define um Comitê Estadual de Mortalidade Infantil foram realizadas reuniões com entidades estaduais e setores relacionados com a saúde da mãe e da criança, como a Sociedade Gaúcha de Pediatria, Conselho Regional de Enfermagem, Política de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente da SS/RS, representantes da Secretaria Municipal das Saúde de Porto Alegre, e de Coordenadorias Regionais de Saúde.

Nas reuniões de formação do Comitê discutiram-se as experiências de investigação da mortalidade infantil que já estavam em andamento, formato da ficha de investigação, aspectos positivos e percalços encontrados. Os representantes do Comitê também se incumbiram da proposta da agenda do I Seminário Estadual de Investigação de Óbitos Maternos e Infantis que se realizou no dia 10 de outubro de 2002. O Seminário teve a participação de mais de 200 pessoas entre Secretários Municipais de Saúde, técnicos e trabalhadores de saúde de Coordenadorias Regionais e Municípios. A agenda colocou em discussão, o perfil da mortalidade no Rio Grande do Sul, e três mesas-redonda versando sobre Vigilância da Mortalidade, Investigação do Óbito Materno-infantil e Investigação do Óbito Infantil.

PORTARIA Nº 32/2002

A SECRETÁRIA DA SAÚDE, no uso das atribuições, conferidas pela Lei Federal nº 8080 de 19 de setembro de 1990,

Considerando a Portaria SES nº 480/94, que dispõe sobre normas para a redução da mortalidade materna e a Portaria 08/99, de 02/06/99, que compõe o Comitê de Mortalidade Materna no RS;

Considerando que o Coeficiente de Mortalidade Materna e o Coeficiente de Mortalidade Infantil podem ser reduzidos a partir de adequadas ações de vigilância e atenção à saúde;

Considerando que o Coeficiente de Mortalidade Materna e o Coeficiente de Mortalidade Infantil são importantes indicadores das condições de vida da população e da qualidade da atenção prestada à saúde das mulheres e das crianças menores de um ano;

Considerando que os óbitos maternos e de crianças menores de um ano são eventos de registro obrigatório através do Sistema de Informação da mortalidade – SIM, permitindo a identificação de tendências a partir da análise de séries históricas;

Considerando que os determinantes dos óbitos maternos e de menores de um ano são multifatoriais e exigem, portanto, identificação mais precisa de suas causas;

Considerando que as causas de óbitos maternos e de crianças menores de um ano são muitas vezes evitáveis através de ações de saúde;

Considerando a necessidade de aprimorar, regulamentar e uniformizar o processo de informações associadas aos óbitos maternos e infantis;

Considerando que essas informações deverão orientar ações de saúde capazes de eliminar ou reduzir as chances de óbito materno e infantil;

RESOLVE:

Art. 1º - Tornar obrigatória a investigação de todos os óbitos maternos e de crianças menores de um ano no Rio Grande do Sul.

Art. 2º - A investigação dos óbitos maternos e de crianças menores de um ano será executada através da articulação entre a Secretaria da Saúde do Estado, através de suas Coordenadorias Regionais de Saúde, e as Secretarias Municipais de Saúde.

Art. 3º - Compete às Secretarias Municipais de Saúde a investigação dos óbitos maternos e em crianças menores de um ano ocorridos em seu território municipal.

Art. 4º - As Secretarias Municipais de Saúde devem encaminhar à Secretaria da Saúde do Estado, através das respectivas Coordenadorias Regionais de Saúde, as informações obtidas.

Art. 5º - A Secretaria da Saúde do Estado definirá um Comitê Estadual de Mortalidade Infantil, com a atribuição de acompanhar e avaliar o resultado da investigação de óbitos em crianças menores de um ano no RS.

Parágrafo Único - O Comitê Estadual de mortalidade Infantil terá um prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da publicação da Portaria de sua constituição, para definir e implantar a Ficha de Investigação de Óbitos em Menores de Um Ano.

Art. 7º - Compete às Coordenadorias Regionais de Saúde coordenar a investigação dos óbitos maternos e de crianças menores de um ano.

Art. 9º - Compete à Secretaria da Saúde do Estado retroalimentar às Secretarias Municipais da Saúde as informações obtidas sobre os óbitos maternos e de crianças menores de um ano.

Art. 10º - A Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Porto Alegre, 24 de junho de 2002

MARIA LUIZA JAEGER
Secretária de Estado da Saúde.

INTEGRALIDADE DE AÇÕES DE SAÚDE

Com a finalidade de avaliar alguns procedimentos considerados mínimos na atenção ao adulto, durante a realização da Pesquisa sobre fatores de Risco para a Doença Arterial Coronariana (1999-2000), solicitou-se aos entrevistados que respondessem se nos últimos doze meses haviam procurado um Serviço Público de Atenção à Saúde. Aos que responderam afirmativamente, se lhes perguntou a razão da ida ao serviço e se haviam medido a pressão arterial, peso e altura, pois existe recomendação em realizar estes procedimentos para todo o adulto que procure um serviço de saúde. Os resultados encontrados foram os seguintes:

Dos 1064 entrevistados, 554 (53,4%) referiram comparecer à serviço público de saúde nos últimos 12 meses, pelas seguintes razões:

Foram consultar: 70,8%
Acompanhamento de paciente: 18,1%
Outros motivos: 11,1%

Quando o motivo foi CONSULTA, os entrevistados referiram que:

Mediram a pressão arterial: 84,6% e por conseguinte, 15,4% não.
Mediram o peso: 45,5 % e 54,5 % não.

Quando o motivo foi **ACOMPANHAMENTO** de outra pessoa, os entrevistados referiram que:

Mediram a pressão arterial: 49,0 %, por conseguinte, 51,0 % não.
Mediram o peso: 26,3 % e 77,7 % não.

Quando a razão do comparecimento foi outra que não as duas anteriores, referiram que:

Mediram a pressão arterial: 47,3 % por conseguinte, 52,7 % não.
Foram pesados: 32,7 % e 67,3 % não.

Estes resultados demonstram que, mesmo quando consultaram, em 15% dos pacientes não foi verificada a pressão arterial, o que não se justifica, pois deveria ser um procedimento realizado em 100% dos pacientes. No que se refere ao fato de pesar, somente 45,5% dos pacientes subiram na balança. A não realização deste procedimento dificulta o estabelecimento da vigilância de fatores de risco, deixando-se de identificar um grande número de pessoas com sobrepeso ou obesidade, que poderiam ser orientadas sobre os problemas daí decorrentes. Quando a razão que leva um adulto ao posto de saúde é outra que não a consulta, o problema fica maior, aumentando as *oportunidades perdidas de detecção de fatores de risco*.

BOLETINS REGIONAIS

Algumas Coordenadorias Regionais têm divulgado periodicamente informações sobre a saúde da população de suas regiões. Dentre estas destacamos a informação "Saúde em Foco", da 16ª CRS. Esse informativo, já alcança o seu número 68 e tem sido divulgado via e-mail. Em número por nós recebido há um interessante comentário sobre a

importante diminuição da natalidade naquela CRS e no Estado, fenômeno que já ocorre há alguns anos, entretanto bem mais acentuado em 2001, quando o SINASC registrou para o Rio Grande do Sul 160.000 nascimentos, enquanto em 2000 haviam nascido 175.000 crianças. Esperavam-se 165.000 nascimentos, em função da tendência dos últimos anos, portanto nasceram 5.000 crianças

além do esperado. Essa diminuição não é uniforme em todos os municípios pois há alguns onde a queda ocorreu dentro do esperado e em alguns poucos houve aumento da natalidade.

Vale do Taquari atende 117 mil pessoas através dos Agentes de Saúde

O Boletim "Saúde em Foco", da 16ª CRS, publicou a seguinte nota, referente ao trabalho com os Agentes Comunitários de Saúde:

A 16ª Coordenadoria Regional de Saúde está divulgando dados referentes ao trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Vale do Taquari. Considerando os 42 municípios da região (inclusive Dois Lajeados, que deverá voltar a ser atendido pela 16ª CRS), há um "exército" de 234 Agentes de Saúde, espalhados por 24 municípios.

Desse total de municípios, treze possuem implantado o Programa de Saúde da Família, onde

além dos agentes de saúde e do Enfermeiro que os coordena, a equipe é composta também por Médicos Gerais Comunitários e auxiliares de enfermagem. Essa equipe ampliada tem permitido que uma série de iniciativas de saúde preventiva dê resultado. "Nós temos o indicativo de que os municípios que investem nos agentes de saúde, dando-lhes condições adequadas de trabalho, conseguem reduzir a mortalidade infantil, diminuem a necessidade de internações hospitalares, além de melhorar a atenção aos idosos, gestantes e crianças, tanto que somos a região do Estado com

o menor índice de Mortalidade Infantil e onde há maior concentração de pessoas com mais de 60 anos”, ressalta o coordenador da 16ª CRS, Glademir Schwingel.

A Coordenação de Atenção Integral a Saúde, através do trabalho da Enfermeira Magali Nardini e da Psicóloga Betina Schwingel, tem trabalhado permanentemente na assessoria e avaliação do trabalho das equipes de PSF e PACS da região, buscando garantir que o trabalho seja de qualidade. O coordenador da 16ª CRS destaca que estes programas têm regras que estabelecem que o médico deve cumprir 40 horas semanais e que a equipe deve ter encontros periódicos de avaliação e planejamento.

“De nada adianta termos um grande número de trabalhadores em saúde nos municípios, se estes ficam dentro das Unidades Sanitárias e não se

envolvem com a comunidade, não conhecem a realidade em que vivem as pessoas”, afirma ainda o coordenador Schwingel.

O PACS e o PSF atendem atualmente em torno de 117 mil pessoas no Vale do Taquari, o que corresponde a 34,5% da população. Como no mapeamento das áreas de cobertura se busca atender inicialmente aquelas áreas socialmente mais problemáticas. Os municípios com a iniciativa implantada são:

Arroio do Meio, Arvorezinha, Bom Retiro do Sul, Boqueirão do Leão, Colinas, Dois Lajeados, Doutor Ricardo, Encantado, Fazenda Vilanova, Fontoura Xavier, Ilópolis, Imigrante, Lajeado, Marques de Souza, Muçum, Poço das Antas, Progresso, Putinga, Santa Clara do Sul, Sério, Tabai, Taquari, Teutônia e Vespasiano Corrêa.

AVALIAÇÃO DE SENSIBILIDADE EM VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NA 18ª CRS. PROPOSTA DE UM INDICADOR PARA AVALIAR A NOTIFICAÇÃO

*Enf. Miriam Beatriz Bellinaso
Vigilância Epidemiológica
18ª CRS - Osório*

A 18ª Coordenadoria Regional de Saúde é composta de 23 municípios localizados no litoral do Rio Grande do Sul cujas populações são de pequeno porte (61% têm menos de 10.000 habitantes e os demais tem até 40.000 habitantes).

A avaliação da sensibilidade dos sistemas de vigilância epidemiológica fica prejudicada em municípios menores, tendo em vista que os parâmetros de incidência e prevalência propostos são estabelecidos em bases maiores (por 10.000 ou 100.000 habitantes) ou são muito baixos no caso de doenças em fase de erradicação ou controle acelerado. Faz-se necessário, portanto, desenvolver formas de avaliar esta questão, mensurando, mesmo que de forma aproximada, a sub-notificação de casos de Doenças de Notificação Compulsória (DNC). Para tanto, a equipe de Vigilância Epidemiológica da 18ª CRS tem utilizado buscas ativas nos registros de internação hospitalar (SIH) de internações por estes agravos nos municípios de sua área de abrangência e desenvolveu um indicador denominado **Taxa de Notificação por 1000 Habitantes (TN)**.

$$\text{Taxa de Notificação} = \frac{\text{Nº de casos de DNC notificados} \times 100.000}{\text{População do município}}$$

Parâmetro: taxa de notificação média da CRS

Gráfico 1 . Taxa de Notificação de DNCs nos Municípios da 18ª CRS – Osório em 2001

Fonte: SINAN

Analisando este indicador, considerando-se todas as DNCs (Gráfico 1) em 2001, pode-se verificar que alguns municípios possuem um sistema de vigilância com baixa sensibilidade (Três Cachoeiras, Morrinhos do Sul, Três Forquilhas e Caraá), cuja TN ficou, nesse ano, muito abaixo da média regional, o que não se justifica, uma vez que fazem limite com municípios cuja TN é maior, não se configurando, portanto, ausência de casos.

Gráfico 2 . Taxa de Notificação por Doenças Exantemáticas nos Municípios da 18ª CRS, em 2001.

Fonte: SINAN

Na avaliação do TN específico para doenças exantemáticas (Gráfico 2), verifica-se que alguns municípios apresentam valores baixos para este agravo, porém como o sistema demonstrou sensibilidade para o total de notificações, pode-se inferir que realmente não ocorreram casos (Torres e Tramandaí, por exemplo). Já alguns municípios (Mostardas e Imbé) apresentaram Taxas de Notificação altas nos dois gráficos, o que deve significar maior sensibilidade para casos de doenças exantemáticas. Dos dez municípios silenciosos para doenças exantemáticas em 2001, seis apresentam o pior desempenho, também, para o total de notificações e todos possuem menos de 10.000 habitantes, onde inexistente equipe específica para Vigilância Epidemiológica e as dificuldades de recursos humanos e materiais é maior.

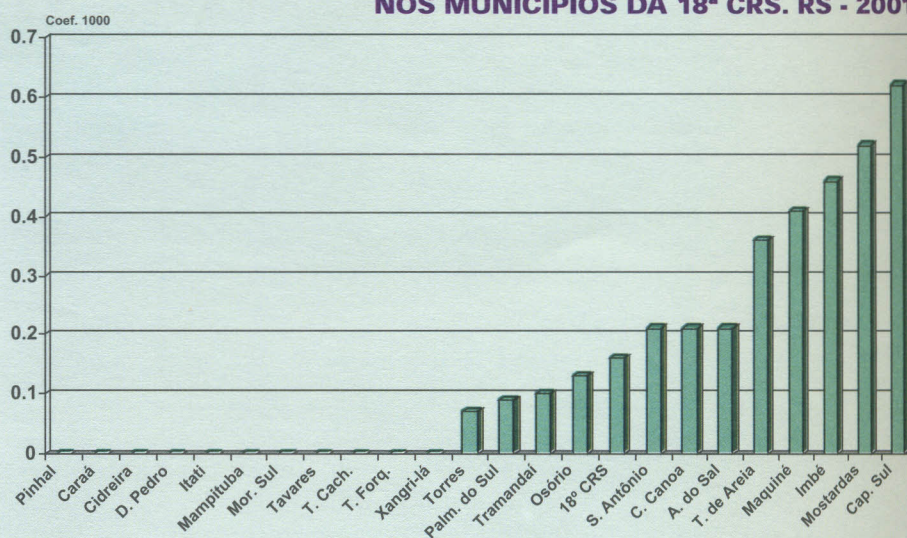
A discussão desta avaliação com os municípios foi iniciada em maio de 2002 e já surtiu efeito, visto que a TN para Doenças Exantemáticas subiu de 0,16 em 2001 para 0,26 em 2002.

Os maiores entraves ao desenvolvimento das atividades de Vigilância Epidemiológica nos municípios têm sido identificados no processo de pactuação da PPI-ECD e, na medida do possível, estão sendo sanados com o respectivo recurso.

Figura 4 . TAXA DE NOTIFICAÇÃO DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA NOS MUNICÍPIOS DA 18ª CRS/RS - 2001



Figura 5 . TAXA DE NOTIFICAÇÃO DE DOENÇAS EXANTEMÁTICAS NOS MUNICÍPIOS DA 18ª CRS. RS - 2001



IMPLANTAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: HOSPITAIS SENTINELA PARA VIGILÂNCIA DOS ACIDENTES E VIOLÊNCIAS NO RS¹

Ana Luiza Trois de Miranda - SES/RS

Clarissa Gleich - SES/RS

Maria Juliana Moura Corrêa - SES/RS

INTRODUÇÃO

Os ambientes de trabalho, familiar e social devem ser espaços de geração de desenvolvimento e de melhoria de qualidade de vida. Entretanto, para um número expressivo de trabalhadores(as), mulheres, crianças e idosos, têm sido locais de reprodução de dor, sofrimento, traumas, mutilações e mortes.

Estas situações complexas envolvem violências como maus-tratos, agressões físicas e sexuais, auto-agressão, etc e acidentes como de trabalho, de trajeto, de trânsito, etc. São denominadas de causas externas e estão hoje, no país, entre os principais indicadores de mortalidade especialmente entre a população jovem e em idade produtiva. Conforme dados do Sistema de Informação de Mortalidade da Secretaria da Saúde do Estado SES/RS, as causas externas estão em 4º

lugar entre as causas de mortes no Estado.

OBJETIVO

A implantação de Hospitais Sentinela, dotados de rede informatizada on-line, de vigilância dos Acidentes e Violências, em hospitais de porte regional, com serviço de urgência e emergência do Estado tem o objetivo de criar um sistema eficiente de informações de eventos e fatores de risco, que permita conhecer a morbidade relacionada às causas externas.

A identificação e o monitoramento destas violências permitirá a estruturação de ações integradas de vigilância, prevenção e promoção e de intervenção em situações de riscos nas microrregiões, levando em consideração as condições de vida da população e o processo saúde-doença.

METODOLOGIA

• Desenvolvimento, em parceria com a Companhia de Processamento de Dados do Rio Grande do Sul, de formulário digital - Relatório Individual de Notificação de Acidentes e Violência (RINAV).

• Convênio com 27 hospitais macrorregionais com atendimento de urgência e emergência.

• Cadastro dos hospitais e fornecimento de senhas de acesso, via Web, ao formulário digital e as pesquisas ao banco de dados.

• Repasse para os hospitais, pela SES/RS, de recursos financeiros para custeio e aquisição de equipamentos de informática;

• Instalação de estações de trabalho em hospitais regionais, nas Coordenadorias Regionais de Saúde e no nível central do Estado.

• Capacitação para funcionários para operacionalizarem o sistema, nos hospitais.

• Avaliação da implantação e da qualidade da informação da Rede de Observatório de Acidentes e Violência.

• Realização e divulgação de pesquisas ao Banco de Dados.

RESULTADOS

O sistema permite a emissão de relatórios e gráficos, possibilitando a análise de dados por faixa

etária, raça, grupo de risco, agravos, sexo, ramo produtivo, por unidade de atendimento, por município, além de pesquisas e cruzamentos por interesse e especificidade das áreas de saúde do trabalhador, da mulher, da criança e do idoso. As informações são coletadas através do **Relatório Individual de Notificação de Acidentes e Violência - RINAV**, instrumento de notificação dos acidentes e violências, criado com objetivo de identificar e qualificar as informações e os fatores de risco associados à morbidade por causas externas.

Os dados aqui apresentados se referem a pesquisa em **3791 RINAV**, preenchidos no período de novembro de 2001 à março de 2002 e correspondem a 10 hospitais regionais, em etapas distintas do processo de notificação e alimentação on-line dos dados. Destes, nove (9) estão localizados no interior do estado e um (1) na capital. Os registros abrangem as ocorrências havidas em 153 dos 497 municípios do Estado, cuja população total é 10.306.798 habitantes, segundo dados do IBGE (censo demográfico de 2000).

A Tabela a seguir apresenta a distribuição dos acidentes e violências por sexo no Estado do Rio Grande do Sul, registrado pelos hospitais sentinelas.

Tabela 1 - Tipo de ocorrência segundo o sexo - novembro 2001 à março 2002

OCORRÊNCIA	M	%	F	%	T	%
Acidente de trabalho típico e de trajeto	787	28,35	110	10,83	897	23,75
Acidente doméstico	520	18,73	275	27,10	795	20,97
Acidente de trânsito	517	18,62	216	21,28	733	19,33
Outros	486	17,50	211	20,78	697	18,38
Delito e agressões	361	13,03	106	10,44	467	12,31
Auto agressão	80	2,88	45	4,43	125	3,29
Violência sexual	1	0,04	31	3,08	32	0,84
Acidente na escola	18	0,64	11	1,08	29	0,76
Maus tratos	6	0,21	10	0,98	16	0,47
TOTAL	2776	100	1015	100	3791	100

Fonte: SIST-SES/RS 2002

Os números acima revelam uma predominância do conjunto dos acidentes (64,78%) sobre o conjunto das violências (35,22%). Sendo os acidentes de trabalho (Típico e de Trajeto) a primeira causa de acidentes no Estado. Estes adquirem maior relevância, quando considera-se que os hospitais referência para trauma e acidentes de trabalho ainda não iniciaram as notificações no sistema.

Em relação ao sexo, no conjunto total de registros, o masculino apresenta uma proporção de 2,5 em relação feminino. Quando separados por tipo de ocorrência, a violência sexual e os maus tratos predominam no sexo feminino.

A elevada frequência (18,38%) de "outros", em quarto lugar na tabela de ocorrências, aponta a necessidade de investimentos no processo de qualificação no momento da investigação e no registro adequado do conjunto de causas externas, bem como avaliar a necessidade de inclusão de novos tipos de ocorrências, como por exemplo acidentes no lazer.

Alguns aspectos merecem estudos mais detalhados, tais como os acidentes domésticos, que podem ocultar acidentes de trabalho, violência sexual e maus tratos no domicílio.

**Tabela 2
LOCAL DE OCORRÊNCIA -
novembro 2001 a março 2002**

LOCAL DE OCORRÊNCIA	T	%
Via pública	1350	36,52
Domicílio	1337	35,27
Trabalho	722	19,04
Outros espaços públicos	382	10,07
TOTAL	3791	100

Fonte: SIST-SES/RS 2002

A via pública é o local onde a frequência de ocorrências é maior (36,52%), seguida pelo domicílio com 35,27% dos registros, o que sinaliza a vulnerabilidade do domicílio, tanto para a prática de violências, como para a ocorrência de acidentes.

DISTRIBUIÇÃO DAS OCORRÊNCIAS POR FAIXA ETÁRIA

A tabela em anexo apresenta a distribuição de ocorrências por faixa etária, aparece nestes dados uma diferença de vinte e dois (22) registros de ocorrência em relação as tabelas anteriores. Isto deve-se ao fato de que o sistema é alimentado diariamente e a consulta para as pesquisas (tipo e local de ocorrência e faixa etária) ocorreu em dias subsequentes, possibilitando portanto, a inclusão de relatórios de ocorrências.

As informações referentes às pessoas cujas idades eram ignoradas foram somados aos da faixa etária de 0-1, situação já alterada para as próximas pesquisas.

A faixa etária de 20-29 apresenta a maior frequência de

ocorrências (25,4%). Para esta faixa os acidentes de trabalho (típico e de trajeto) são os que apresentam a maior frequência (31,4%), seguidos pelos acidentes de trânsito (23,6%) e pelos delitos e agressões (18,2%).

Os acidentes domésticos são os responsáveis pelo maior número de ocorrência entre crianças e adolescentes de 0 - 14 anos e idosos com mais de 60 anos. Os acidentes de trabalho estão concentrados predominantemente na faixa etária de 20 - 59.

Proporcionalmente a faixa etária mais atingida pelos acidentes de trânsito foi a de 15 - 19 com 27,1% das notificações. Esta situação exige maior

detalhamento na investigação do envolvimento do menor de 18 anos no acidente, especificando sua condição de condutor ou passageiro.

PERSPECTIVAS

Estas informações estão fomentando a criação de fóruns intersetoriais por microrregiões para avaliação dos dados e planejamento de ações de prevenção e promoção à saúde da mulher, da criança, do idoso e do trabalhador em âmbito municipal, regional e estadual, bem como a organização e qualificação da rede de assistência, vigilância e reabilitação às vítimas de violências e acidentes.

6. Bibliografia resumida:

- Brasil. Ministério da Saúde. *Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências*: Portaria MS/GM n 737 de 16/5/2001, Brasília. BRASIL/Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 1998.
- Guia Brasileiro de Vigilância Epidemiológica*. Brasília. CORRÊA Fº, H.R. *Outra Contribuição da Epidemiologia*. In: Buschinelli, J.T.P., Rigotto, R.M. & Rocha, L.E. Isto é Trabalho de Gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes. 1993.
- FACCHINI, Luís Augusto. *Uma Contribuição da Epidemiologia: o Modelo da Determinação Social Aplicado à Saúde do Trabalhador*. In: Buschinelli, J.T.P., Rigotto, R.M. & Rocha, L.E. Isto é Trabalho de Gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes. 1993.
- MENDES, René & DIAS, Elizabeth Costa. *Saúde dos Trabalhadores*. In: Rouquayrol, M. Epidemiologia e Saúde. Belo Horizonte: Medsi. 1999.

Mais Informações:

**Coordenadoria da Política de
Atenção Integral à Saúde do Trabalhador**

PAIST/SES/RS

Av. Borges de Medeiros, 1501 - 5º andar

Ala Norte - Sala 03 -

CEP 90119-900 - POA-RS

Fones: (51) 3288-5892 e 3226-4693

e-mail: - trabalhador@saude.rs.gov.br

Faixas	Acidentes trabalho típico	Acidentes trabalho de trajeto	Acidentes de trânsito	Suspeita de maus tratos	Auto agressão	Violência sexual	Delito e agressões	Acidente doméstico	Acidente na escola	Outros	Total da faixa
	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
0-1	2 6,9	0 0,0	4 13,8	0 0,0	0 0,0	0 0,0	2 6,9	11 37,9	0 0,0	9 31,0	29 0,8
1-4	0 0,0	0 0,0	17 7,7	2 0,9	6 2,7	0 0,0	1 0,5	118 53,6	2 0,9	74 33,6	220 5,8
5-9	1 0,0	0 0,0	50 16,1	2 0,6	18 5,8	1 0,3	7 2,3	124 40,0	13 4,2	94 30,3	310 8,1
10-14	9 3,0	1 0,4	30 11,5	3 1,1	15 5,7	1 0,4	12 4,6	93 35,6	10 3,8	87 33,3	261 6,8
15-19	87 19,0	13 2,8	127 27,1	1 0,2	23 4,9	6 1,3	67 14,3	58 12,4	3 0,6	83 17,7	468 12,3
20-29	264 27,0	43 4,4	231 23,6	3 0,3	37 3,8	13 1,3	178 18,2	106 10,8	0 0,0	105 10,7	980 25,7
30-39	196 33,0	20 3,4	121 20,3	0 0,0	11 1,8	5 0,8	85 14,3	78 13,1	1 0,2	78 13,1	595 15,6
40-49	144 32,0	19 4,3	66 14,8	2 0,4	9 2,0	3 0,7	74 16,6	78 17,5	0 0,0	51 11,4	446 11,7
50-59	75 28,0	8 3,0	52 19,7	2 0,8	1 0,4	3 1,1	26 9,8	46 17,4	0 0,0	51 19,3	264 6,9
60-69	9 8,0	2 1,8	20 17,5	1 0,9	1 0,9	0 0,0	10 8,8	42 36,8	0 0,0	29 25,4	114 3,0
70-79	4 4,0	0 0,0	13 14,1	0 0,0	3 3,3	0 0,0	7 7,6	32 34,8	0 0,0	33 35,9	92 2,4
80<	0 0,0	0 0,0	5 14,7	0 0,0	1 2,9	0 0,0	0 0,0	14 41,2	0 0,0	14 41,2	34 0,9
Total	791 21,0	106 2,8	736 19,3	16 0,4	125 3,3	32 0,8	469 12,3	800 21,0	29 0,8	708 18,6	3813 100,0

EXPEDIENTE

**O Boletim
Epidemiológico é
um instrumento
de informação
técnica em
saúde, editado
pela Secretaria
da Saúde do Rio
Grande do Sul**

Conselho Editorial

• Airton Fischman • Alethéa Fagundes Sperb
• Claudete Kmetzsch • Carlos Tietbohl

Jornalista Responsável

José Eduardo Bernhardt
Reg. Prof. 4899/RS

Tiragem

20.000 exemplares

Endereço para correspondência

**Av. Borges de Medeiros, 1501 -
6º andar - Assessoria de
Comunicação Social -
Porto Alegre - RS - CEP 90.119.900 -
Fones (051) 3288.5822 / 3288.5914 /
3228.8578 (fax) 3228.8518
E-mail: cais@saude.rs.gov.br ou
comunica@saude.rs.gov.br**