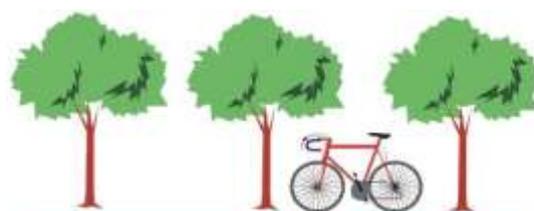


Painel Mortalidade DCNT

ESTADO DE SÃO PAULO
1980-2018



DCNT

**DIVISÃO DE DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS**

Junho 2019



APRESENTAÇÃO

A Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Centro de Vigilância Epidemiológica da SES/SP, dando continuidade ao processo de aprimoramento da parceria entre as diferentes esferas nas áreas de Assistência à Saúde e de Vigilância Epidemiológica, apresenta esta atualização do painel de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no estado de São Paulo.

O atual consolidado foi readequado em alinhamento com as atuais premissas, mantendo o objetivo de oferecer um conjunto de informações para melhor instrumentalizar a gestão em saúde no direcionamento e otimização de recursos no que se refere a DCNT.

O presente documento dá continuidade à reestruturação da análise de dados que, juntamente a adequada disseminação de informação, visa melhor compartilhamento de conhecimentos e empoderamento de todos os atores deste processo.

Como todo processo, essa ferramenta mantém-se aberta para avaliação e aprimoramento contínuos. Agradecemos desde já as contribuições já recebidas e as futuras.

Ensejamos que nossos esforços colaborem no cotidiano, e para o futuro de projetos em saúde.



CONTEXTUALIZAÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se mantêm como principal fonte de carga de doença no Brasil, como também no estado de São Paulo há décadas. Com o aumento na prevalência de doenças como cânceres, diabetes melito e obesidade na população em geral, com a alta prevalência de fatores de risco como sedentarismo e alimentação inadequada, e a progressiva mudança na pirâmide etária brasileira em condições não equitativas e em ambientes com poluição e violentos, essa situação tende a se agravar.

Além da alta taxa de mortalidade (as doenças cardiovasculares são a principal *causa mortis* no Brasil nas últimas décadas, por exemplo), as DCNT em conjunto respondem por expressivo número de internações hospitalares e atendimentos ambulatoriais. Isso gera elevados gastos para o sistema de saúde, pelo tempo prolongado para reabilitação e atenção, e por tratamentos com diferentes patamares de tecnologia. E há os custos indiretos, decorrentes do pagamento de aposentadorias precoces, de pensões por morte ou invalidez, e mesmo do eventual deslocamento do mercado de trabalho do familiar que passa a cuidador.

Este cenário, com seus inúmeros desafios, sublinha a importância de ações integradas dos serviços de saúde para aprimorar a gestão dos recursos disponíveis. No entanto, para adequadamente responder à situação em curso, é premente a implementação de ações de prevenção de doenças e promoção de saúde, conceito e processo já incorporados aos atuais Objetivos do Desenvolvimento Sustentável.

Neste contexto, o presente relatório dá continuidade à reformulação da metodologia de monitoramento e disseminação de informações sobre a situação epidemiológica das DCNT no estado de São Paulo. Este documento fornece um panorama geral com diferentes recortes e tem por objetivo principal colaborar na potencialização do uso dos recursos disponíveis e no planejamento de ações prioritárias em saúde.



DEFINIÇÕES

Territórios

Este painel inicialmente abordou o estado de São Paulo em sua totalidade e posteriormente por subdivisões de seu território, conforme estruturação existente na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Mapas 1 e 2).

Este painel adotou a abordagem de consolidação por Regiões de Saúde (RS), que são espaços geográficos contínuos delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados. Essa divisão espacial já está preconizada na Lei Federal nº 8.080/1990 e foi regulamentada pelo Decreto Federal nº 7.508/2011. Além disso, as RS são os territórios que constituem a estrutura básica de consolidação em Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), Departamentos Regionais de Saúde (DRS), Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE) e Grupos de Vigilância Sanitária (GVS), e em Grupos de Vigilância Ambiental quando presentes. Por fim, as Regiões de Saúde são a referência para as transferências de recursos entre os entes federativos, e no âmbito das Redes de Atenção à Saúde.

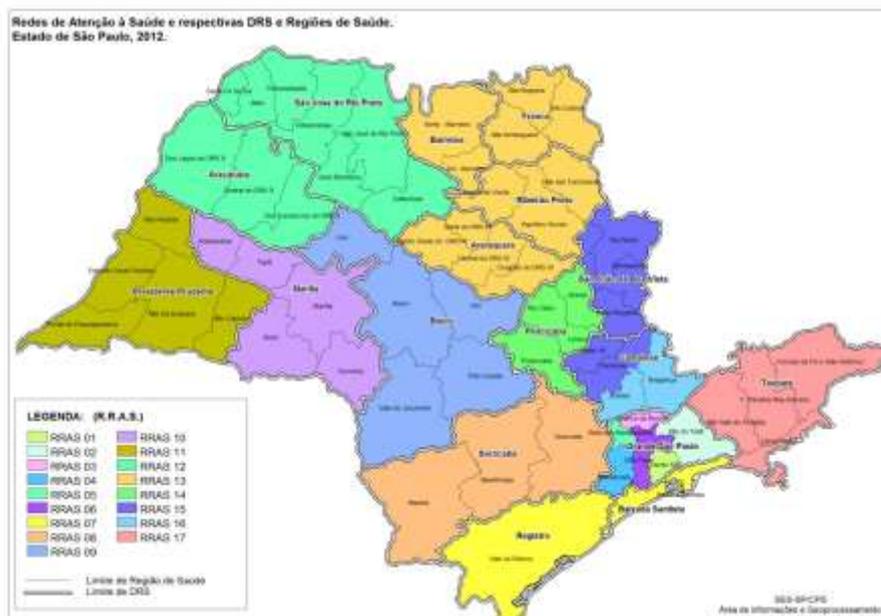
Esta estratégia oferece olhar mais qualificado sobre a heterogeneidade da situação de saúde nos diferentes territórios, permitindo ressaltar padrões e parâmetros que poderiam não ser identificados se avaliados de outra forma. E, portanto, isso oferece maior oportunidade de propor soluções mais afinadas com as características regionais.

Não obstante, temos clareza de que este método deve ser complementado com outros estudos e diálogos frequentes entre os atores envolvidos para que seus achados sejam úteis na construção do conhecimento necessário para o enfrentamento dos desafios listados ao longo deste documento.



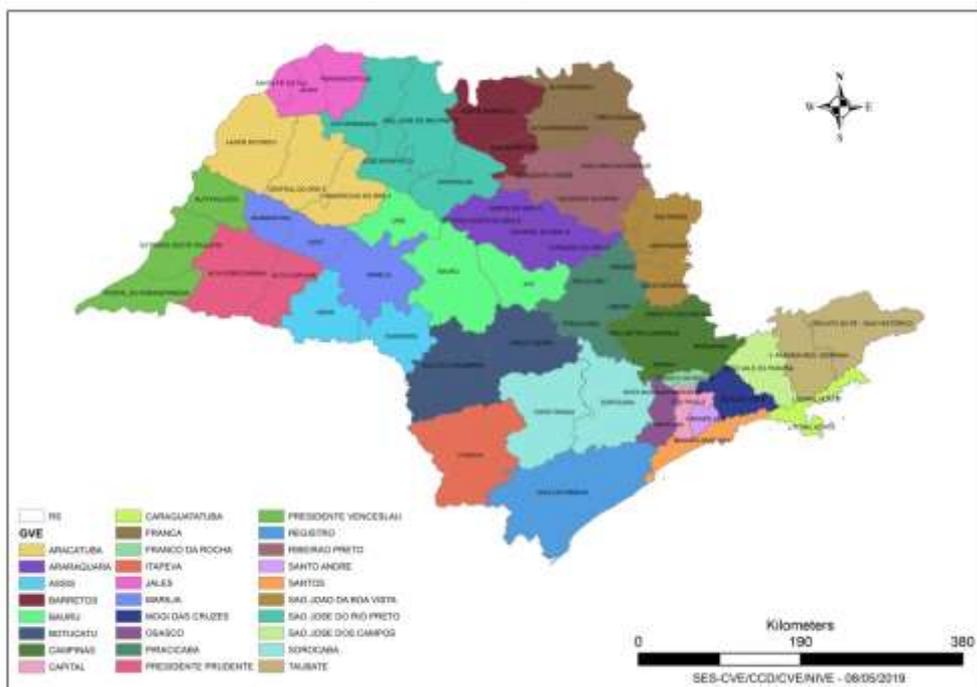
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

Mapa 1 – Distribuição territorial das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) e dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) do estado de São Paulo, com suas respectivas Regiões de Saúde.



Fonte: SES-SP/CPS/Área de Informação e Geoprocessamento, 2012.

Mapa 2 – Distribuição territorial dos Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE) do estado de São Paulo, com suas respectivas Regiões de Saúde.



Fonte: SES-SP/CCD/CVE/NIVE, 2019



População

A projeção populacional do IBGE para o estado de São Paulo foi usada para a elaboração do panorama de 2015 a 2030 em diferentes recortes etários. Além disso, os dados dos últimos Censos Demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) foram usados para comparar a variação da população entre os diferentes territórios, em gráficos específicos.

Para o cálculo de taxas, este painel utilizou em suas análises a população do banco de dados populacionais municipais elaborado pela Fundação SEADE, disponível no portal Fundação SEADE.

Os dados foram coletados conforme descrito a seguir:

- Por sexo (masculino, feminino e total), excluídos os de sexo ignorado;
- Por faixa etária, excluídos os de idade ignorada:
 - SEADE: 0 a 4 anos não detalhado, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos, e 70 anos e mais;
 - Mortalidade prematura por DCNT segundo os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas: 30 a 69 anos.
- Por território de residência, excluídos os de município ignorado:
 - Estado de São Paulo como um todo;
 - Regiões de Saúde:
 - Regiões de Saúde agrupadas por Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS);
 - Regiões de Saúde agrupadas por Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE).



Mortalidade

Foi utilizada a base de dados disponível no DATASUS referente a estatísticas vitais para os óbitos entre 1980 e 1999, cuja fonte é o Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (MS/SVS/CGIAE - SIM).

Os óbitos a partir de 2000 foram obtidos da Secretaria de Estado da Saúde/Coordenadora de Controle de Doenças (de 2000 a 2010 da Base Unificada de Óbitos, e a partir de 2011 do Sistema de Informações sobre Mortalidade). O cronograma de atualizações foi o seguinte: dados de 2011 e 2012 em Maio/2014; dados de 2013 em Fev/2015; dados de 2014 a 2016 em Ago/2018. Os dados de 2017 e de 2018 foram atualizados em Abr/2019 e ainda são considerados como preliminares.

Os dados foram consolidados no domínio por anos de 1980 até 2018 (dados de 2017 e de 2018 são considerados preliminares, tendo sido atualizados em 16/04/2019) e por triênios de 1980 a 2015. Eventualmente, os dados são apresentados no recorte do último triênio (2015-2017).

Todos os dados se referem ao local de residência do indivíduo.

Os dados foram agrupados em mortalidade por doenças cardiovasculares (DCV), diabetes melito (DM), doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC) e neoplasias malignas em geral e selecionadas, em consonância com o Plano de Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (PAE-DCNT) em curso no Brasil desde 2011 e com término previsto inicialmente para 2022. No entanto, esta abordagem foi readequada desde 2015, quando a Organização das Nações Unidas lançou a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, com 17 Objetivos e 169 metas, da qual o Brasil é signatário. Conquanto esta Agenda integre os domínios econômico, social e ambiental, e o ODS 3 - Saúde e Bem-Estar seja “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos em todas as idades”, quase todos os 17 Objetivos estão relacionados diretamente à saúde ou contribuem indiretamente para isto.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

Os dados foram coletados de acordo com a codificação da Classificação Internacional de Doenças (CID), sendo o CID-9 utilizado para dados entre 1980 e 1995 e o CID-10 a partir de 1996, códigos esses listados a seguir.

- **Doenças cardiovasculares:**

- Doenças hipertensivas:
 - Categoria CID-9: 401 Hipertensão essencial, 402 Doença cardíaca hipertensiva, 403 Doença renal hipertensiva, 404 Doença cardiorenal hipertensiva, 405 Hipertensão secundária;
 - Categoria CID-10: I10 Hipertensão essencial, I11 Doença cardíaca hipertensiva, I12 Doença renal hipertensiva, I13 Doença cardíaca e renal hipertensiva, I15 Hipertensão secundária.
- Doenças cerebrovasculares:
 - Categoria CID-9: 430 Hemorragia subaracnóide, 431 Hemorragia intracerebral, 432 Outras hemorragias intracranianas e não especificadas, 433 Estenose e oclusão artérias pré-cerebrais, 434 Oclusão das artérias cerebrais, 435 Isquemia cerebral transitória, 436 Doença cerebrovascular aguda mal definidas, 437 Outras doenças cerebrovasculares e mal definidas, 438 Efeitos tardios doença cerebrovascular;
 - Categoria CID-10: G45 Acidentes vasculares cerebrais isquêmicos transitórios e síndromes correlatas, G46* Síndromes vasculares cerebrais que ocorrem em doenças cerebrovasculares, I60 Hemorragia subaracnóide, I61 Hemorragia intracerebral, I62 Outras hemorragias intracranianas não-traumáticas, I63 Infarto cerebral, I64 Acidente vascular cerebral NE como hemorrágico ou isquêmico, I65 Oclusão/estenose de artéria pré-cerebral que não resulta em infarto cerebral, I66 Oclusão/estenose artéria cerebral que não resulta em infarto cerebral, I67 Outras doenças cerebrovasculares, I68 Transtornos cerebrovasculares em doenças COP, I69 Sequelas de doenças cerebrovasculares.
- Doenças coronarianas
 - Categoria CID-9: 410 Infarto agudo do miocárdio, 411 Outras formas agudas e subagudas de doença isquêmica coronariana, 412 Infarto antigo do miocárdio, 413 Angina do peito, 414 Outras formas de doença isquêmica crônica do coração;
 - Categoria CID-10: I20 Angina pectoris, I21 Infarto agudo do miocárdio, I22 Infarto do miocárdio recorrente, I23 Algumas complicações atuais subseqüentes a infarto agudo do miocárdio, I24 Outras doenças isquêmicas agudas do coração, I25 Doença isquêmica crônica do coração.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

- **Diabetes**
 - Categoria CID-9: 250 Diabetes mellitus;
 - Categoria CID-10: E10 Diabetes mellitus insulino-dependente, E11 Diabetes mellitus não-insulino-dependente, E12 Diabetes mellitus relacionado com a desnutrição, E13 Outros tipos especificados de diabetes mellitus, E14 Diabetes mellitus NE.

- **DPOC**
 - Categoria CID-9: 491 Bronquite crônica, 492 Enfisema, 496 Obstrução crônica de vias respiratórias NCOP;
 - Categoria CID-10: J40 Bronquite não especificada como aguda ou crônica, J41 Bronquite crônica simples e a mucopurulenta, J42 Bronquite crônica NE, J43 Enfisema, J44 Outras doença pulmonares obstrutivas crônicas.

- **Neoplasias como grupo**
 - Capítulo CID-9: II. Neoplasmas;
 - Capítulo CID-10: II. Neoplasias (tumores).

- **Neoplasias selecionadas para este painel para estudo mais aprofundado**
 - Neoplasias de traquéia, brônquios e pulmão:
 - Categoria CID-9: 162 Neoplasma maligno de traquéia, brônquios e pulmão;
 - Categoria CID-10: C33 Neoplasia maligna da traquéia, C34 Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões.
 - Neoplasias de estômago:
 - Categoria CID-9: 151 Neoplasma maligno do estômago;
 - Categoria CID-10: C16 Neoplasia maligna do estômago.
 - Neoplasias de cólon, reto e ânus:
 - Categoria CID-9: 153 Neoplasma maligno do cólon, 154 Neoplasma maligno de reto, junção retossigmóide e ânus;
 - Categoria CID-10: C18 Neoplasia maligna do cólon, C19 Neoplasia maligna da junção retossigmóide, C20 Neoplasia maligna do reto, C21 Neoplasia maligna do ânus e do canal anal.
 - Neoplasias de mama:
 - Categoria CID-9: 174 Neoplasma maligno da mama feminina;
 - Categoria CID-10: C50 Neoplasia maligna da mama.
 - Neoplasias de colo uterino:
 - Categoria CID-9: 180 Neoplasma maligno do colo do útero;
 - Categoria CID-10: C53 Neoplasia maligna do colo do útero.



- Neoplasias de próstata:
 - Categoria CID-9: 185 Neoplasma maligno da próstata;
 - Categoria CID-10: C61 Neoplasia maligna da próstata.
- **Neoplasias tabaco-relacionadas**

O critério de seleção para as neoplasias tabaco-relacionadas foi risco relativo maior que 2,5 em ambos os sexos, segundo metodologia descrita pela Organização Mundial de Saúde, que é calculado e disponibilizado pelo *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) no aplicativo *Smoking-Attributable Mortality, Morbidity, and Economic Costs* (SAMMEC).

- Neoplasias de traquéia, brônquios e pulmão:
 - Categoria CID-9: 162 Neoplasma maligno de traquéia, brônquios e pulmão;
 - Categoria CID-10: C33 Neoplasia maligna da traquéia, C34 Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões.
- Neoplasias de laringe:
 - Categoria CID-9: 161 Neoplasma maligno da laringe;
 - Categoria CID-10: C32 Neoplasia maligna da laringe.
- Neoplasias de lábio, cavidade oral e faringe:
 - Categoria CID-9: 140 Neoplasma maligno do lábio, 141 Neoplasma maligno da língua, 142 - Tumor maligno das glândulas salivares principais, 143 Neoplasma maligno da gengiva, 144 Neoplasma maligno do assoalho da boca, 145 Neoplasma maligno de outras partes boca e não especificados, 146 Neoplasma maligno da orofaringe, 147 Neoplasma maligno da nasofaringe, 148 Neoplasma maligno da hipofaringe, 149 Neoplasma maligno outras localizações/mal definidas lábio, boca e faringe;
 - Categoria CID-10: C00 Neoplasia maligna do lábio, C01 Neoplasia maligna da base da língua, C02 Neoplasia maligna Outras partes e NE da língua, C03 Neoplasia maligna da gengiva, C04 Neoplasia maligna do assoalho da boca, C05 Neoplasia maligna do palato, C06 Neoplasia maligna de outras partes e partes NE da boca, C07 Neoplasia maligna da glândula parótida, C08 Neoplasia maligna de outras glândulas salivares maiores e NE, C09 Neoplasia maligna da amígdala, C10 Neoplasia maligna da orofaringe, C11 Neoplasia maligna da nasofaringe, C12 Neoplasia maligna do seio piriforme, C13 Neoplasia maligna da hipofaringe, C14 Neoplasia maligna de outras localizações mal definidas de lábio, cavidade oral e faringe.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

- Neoplasias de esôfago:
 - Categoria CID-9: 150 Neoplasma maligno do esôfago;
 - Categoria CID-10: C15 Neoplasia maligna do esôfago.
- Neoplasias de bexiga:
 - Categoria CID-9: 188 Neoplasma maligno da bexiga urinária;
 - Categoria CID-10: C67 Neoplasia maligna da bexiga.

Gostaríamos de ressaltar que para a consolidação das doenças e agravos em grandes grupos foi feita uma revisão sistemática de todos os óbitos por códigos CID-10 três dígitos (padrão de disponibilização), e não globalmente por Capítulo CID-10. Com isso, foram identificados como DCNT aqueles óbitos que inequivocamente não eram causados por infecções e causas externas nem condições agudas. Todas aquelas mortes em que não foi possível caracterizar como DCNT, causas externas, infecciosas e materno-fetais foram assinaladas como “outras” nos gráficos.

Foram calculadas as taxas de mortalidade brutas e ajustadas conforme especificado a seguir:

- **Taxa bruta de mortalidade** calculada pelo total de óbitos por sexo e apresentada por 100.000 habitantes.
 - Em situações específicas, como territórios ou populações envolvendo contingente inferior a 100.000 indivíduos em número significativo de unidades territoriais, optou-se pelo cálculo por 10.000 habitantes. Quando foi o caso, isto foi explicitado.
- **Taxa ajustada de mortalidade:**
 - Para comparação entre sexos: calculada a partir dos óbitos esperados para cada faixa etária com ajuste para população do estado de São Paulo no ano de 2000 (ano censitário e ano em que a distribuição etária da população se aproxima da atual) e apresentada por 100.000 habitantes;
 - Para comparação entre indivíduos do mesmo sexo: calculada a partir dos óbitos esperados para cada faixa etária com ajuste para população do respectivo sexo do estado de São Paulo no ano de 2000 (ano censitário e ano



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

em que a distribuição etária da população se aproxima da atual) e apresentada por 100.000 habitantes;

Em primeiro lugar, foi elaborado um panorama da mortalidade no estado de São Paulo no ano de 2017 conforme categorização pelos Capítulos da 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10), apresentando a mortalidade total e por faixas etárias específicas. Em seguida, estes dados foram apresentados como grandes grupos de doenças e agravos, proporcionando a observação da consolidação do impacto das DCNT, das causas externas e dos demais agravos. Fechando a parte dos dados por Capítulo CID em 2017, foi construída uma tabela de *ranking* de óbitos por causas determinadas (exceptuando-se o Cap. XVIII) por faixas etárias.

A seguir, o panorama da mortalidade no estado no domínio temporal é iniciado com o ranqueamento das causas de óbito por Capítulo CID-10, segundo sexo, em anos selecionados a partir de 1996 (ano de implantação da CID-10).

A seguir, foram apresentados gráficos de tendência temporal das taxas de mortalidade por DCNT no estado de São Paulo entre 1980 e 2018, tanto brutas como ajustadas, inicialmente de forma a permitir comparação entre os sexos. Em consonância com os ODS e sem descuidar dos parâmetros do PAE-DCNT, foram apresentados separadamente os dados referentes ao Capítulo CID de doenças do aparelho circulatório, doenças coronarianas isquêmicas (ICO), doenças cerebrovasculares (DCbV), doenças hipertensivas (HAS), diabetes e doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC) e Capítulo CID de neoplasias. Em decorrência da magnitude observada no estado de São Paulo no período de 1980 a 2018, tendo respondido por 30% dos óbitos por câncer, foram acrescentadas ao monitoramento contínuo as neoplasias malignas de traquéia, brônquios e pulmões (como consolidado), estômago e colorretal para ambos os sexos. Além disso, e por serem cânceres passíveis de rastreamento, também foram estudados os cânceres de colo uterino, mama feminina (que juntos representaram 21% dos óbitos por neoplasias entre mulheres de 1980 a 2018) e próstata (responsável por 10% dos óbitos por neoplasias em homens no mesmo intervalo). Por fim, as tendências temporais de neoplasias tabaco-relacionadas selecionadas (aquelas cujo risco relativo foi maior



que 2,5 para ambos os sexos conforme metodologia adotada) foram posteriormente apresentadas em separado, para ressaltar a importância do controle e prevenção desse fator de risco no âmbito da Saúde Coletiva.

Complementando o enfoque sobre as doenças crônicas não transmissíveis que têm sido mais especificamente monitoradas, são apresentadas as taxas brutas de mortalidade por DCNT selecionadas referentes ao triênio 2015-2017 nas diferentes RRAS e GVE do estado de São Paulo. A seguir, estas informações estão plotadas em mapas segundo sexo e segundo doença, por RS consolidadas separadamente em seus respectivos RRAS e GVE. Estes mapas foram gerados com o *software* livre Tabwin do Ministério da Saúde. Por fim, o mesmo conjunto de dados referente aos quatro grandes grupos de doenças crônicas não transmissíveis, mas da população em que a mortalidade por estes grupos de doenças é considerada prematura, ou seja, de 30 a 69 anos de idade (ODS-3.4).

Aspectos Legais

Este estudo observa os preceitos do estudo em humanos, elaborado a partir de dados consolidados, anônimos, de domínio público e livre acesso, disponíveis on-line nos sítios <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205> (dados de 1980 a 1999) e <http://www.saude.sp.gov.br/links/informacoes-de-saude-tabnet> (dados a partir do ano 2000).

Este painel foi elaborado por técnicos da Divisão de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis/ CVE/ CCD/ SES-SP, não havendo conflitos de interesse.

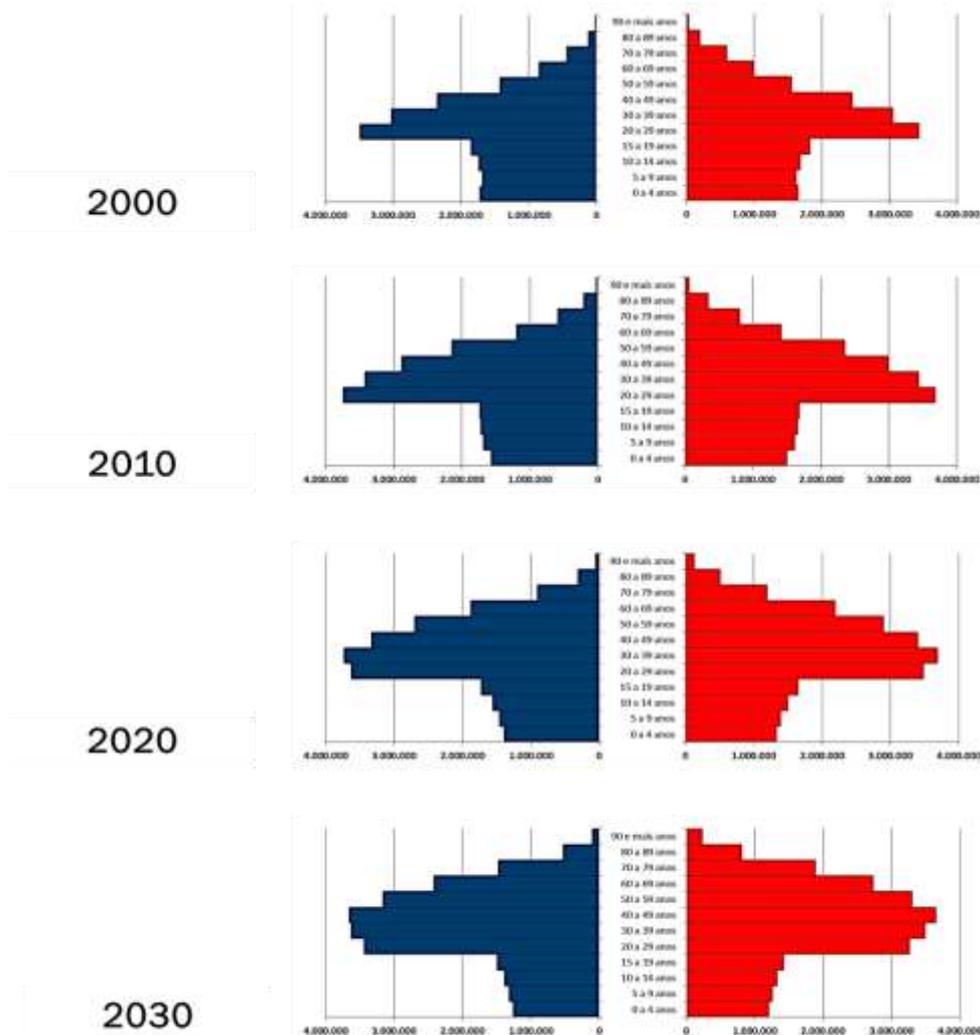


PAORAMA

Aspectos demográficos

Apresentamos inicialmente as pirâmides etárias estruturadas pelo IBGE dos anos censitários de 2000 e 2010, e as projeções populacionais para os anos de 2020 e 2030, para o estado de São Paulo (Gráfico 1). Como pode ser observado, há um processo de envelhecimento populacional ao longo do período, cuja previsibilidade e magnitude devem permitir que adequações sejam feitas para o melhor atendimento dessa população.

Gráfico 1 – Pirâmides etárias do estado de São Paulo.



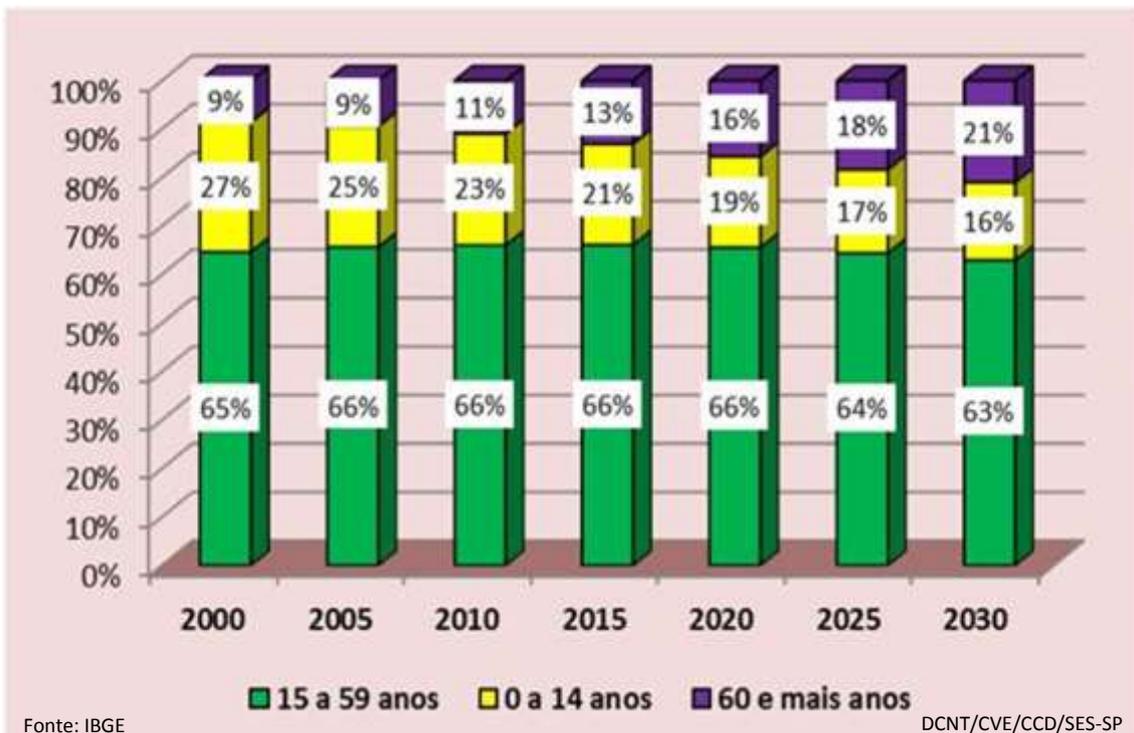
Fonte: IBGE



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

A distribuição percentual da população em diferentes períodos e suas projeções pode ser apreciada no Gráfico 2. Como pode ser observado, a proporção da chamada faixa etária economicamente ativa pouco muda entre os anos de 2000 e de 2030, enquanto há redução do percentual de indivíduos até 14 anos de idade e aumento na faixa etária de indivíduos com 60 e mais anos de idade.

Gráfico 2 – Distribuição percentual da população segundo estrato etário do estado de São Paulo.

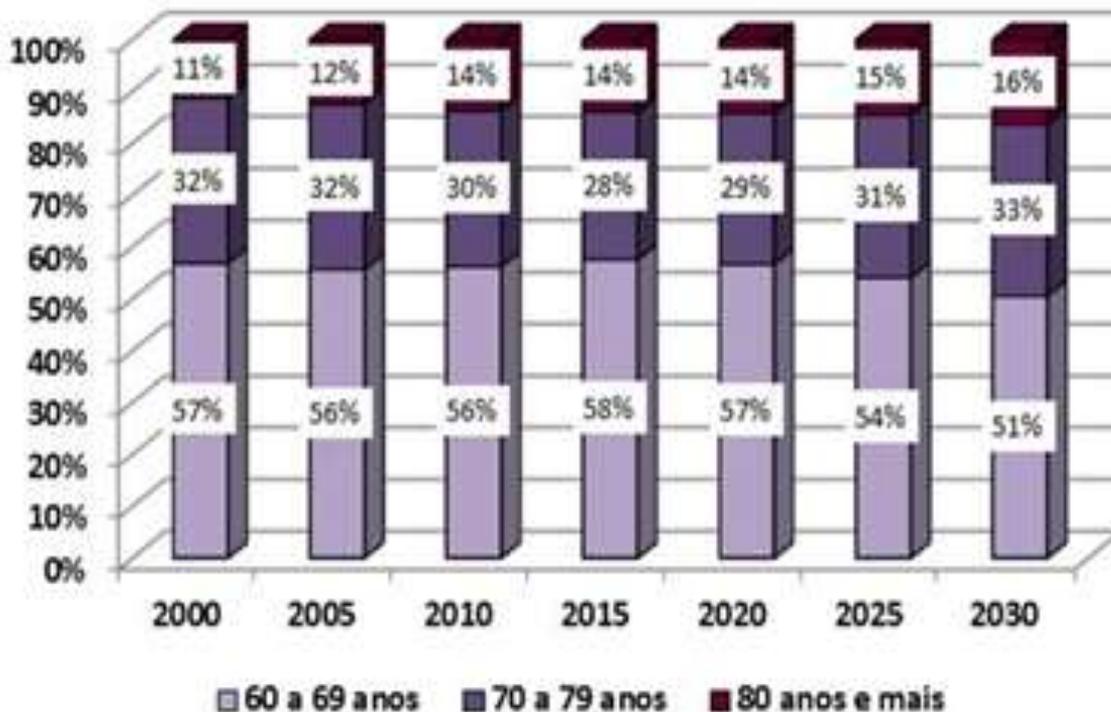


Elaborado a partir de população IBGE (1980 a 2012, 2020, 2025 e 2030) e Fundação SEADE (2013-2015).

No Gráfico 3, ilustramos a distribuição percentual da população idosa ao longo do mesmo período. Como pode ser observado, há redução gradual do percentual de idosos entre 60 e 69 anos de idade e aumento gradual daqueles com 80 e mais anos de idade, que será mais acentuada no final do período retratado.



Gráfico 3 – Distribuição percentual da populacional de 60 anos e mais, segundo faixa etária do estado de São Paulo.



Fonte: IBGE

DCNT/CVE/CCD/SES-SP

Elaborado a partir de população IBGE (1980 a 2012, 2020, 2025 e 2030) e Fundação SEADE (2013-2015).

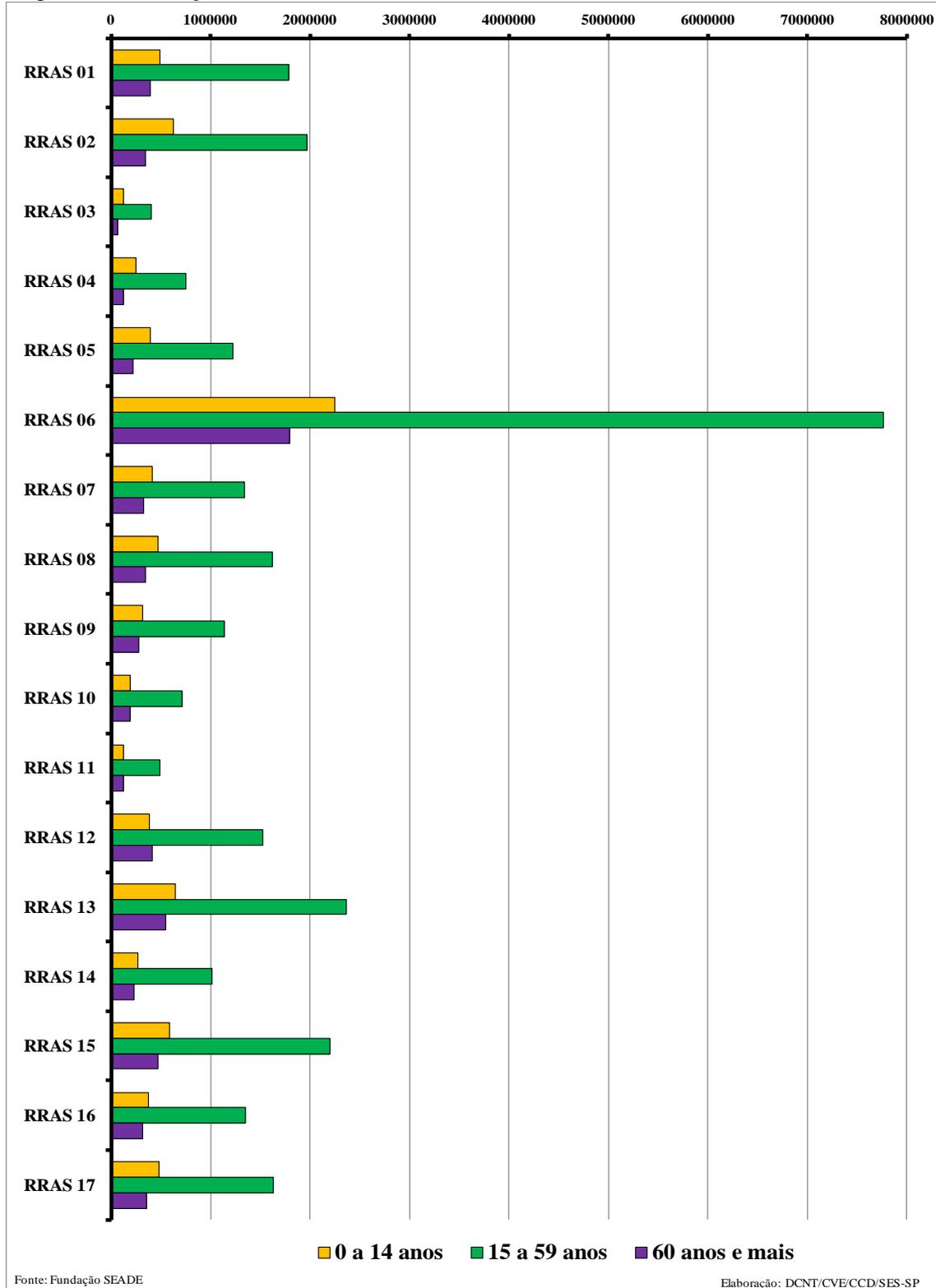
A população total dos segmentos etários no ano de 2019 em cada RRAS e GVE está apresentada nos Gráficos 4 e 5.

Entretanto, a dinâmica da mudança da distribuição de segmentos etários muitas vezes pode não ser levada em consideração com profundidade em algumas circunstâncias. Como exemplo de um olhar diferenciado, elaboramos a representação gráfica da variação percentual de cada segmento etário total entre os Censos Demográficos de 2000 e 2010 (Gráficos 6 e 7).

Dinâmicas socioeconômicas na área de abrangência dos diferentes territórios, (ilustrados nos Mapas 1 e 2) e os cenários variados, explicitados nos Gráficos 4 a 7, e devem ser levados em consideração no processo de coleta e análise dos dados.



Gráfico 4 – População por estratos etários selecionados, em 2019, segundo Rede Regional de Atenção à Saúde, estado de São Paulo.

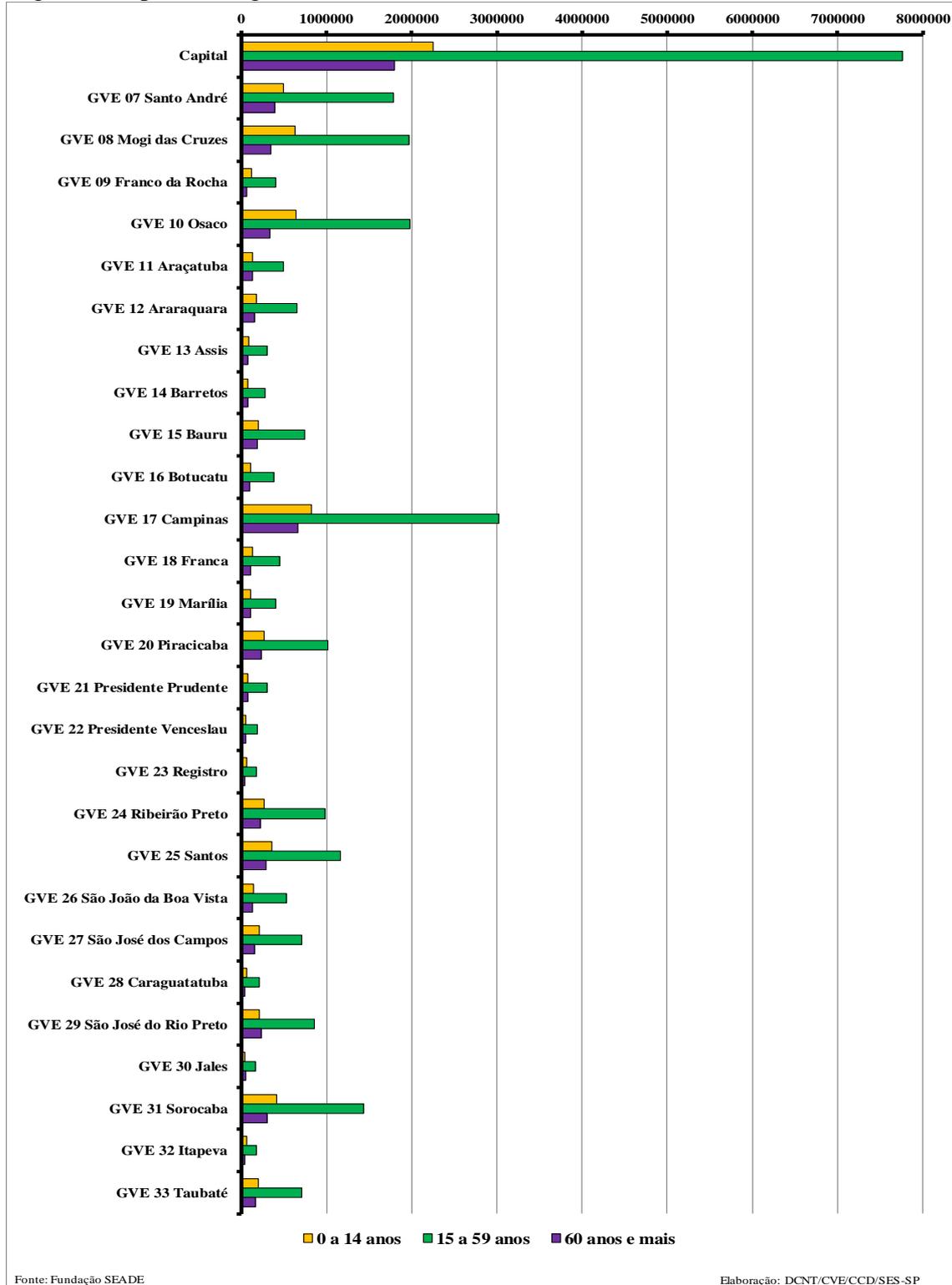


Elaborado a partir de população IBGE (Censos 2000 e 2010).



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

Gráfico 5 – População por estratos etários selecionados, em 2019, segundo Grupo de Vigilância Epidemiológica, estado de São Paulo.



Fonte: Fundação SEADE

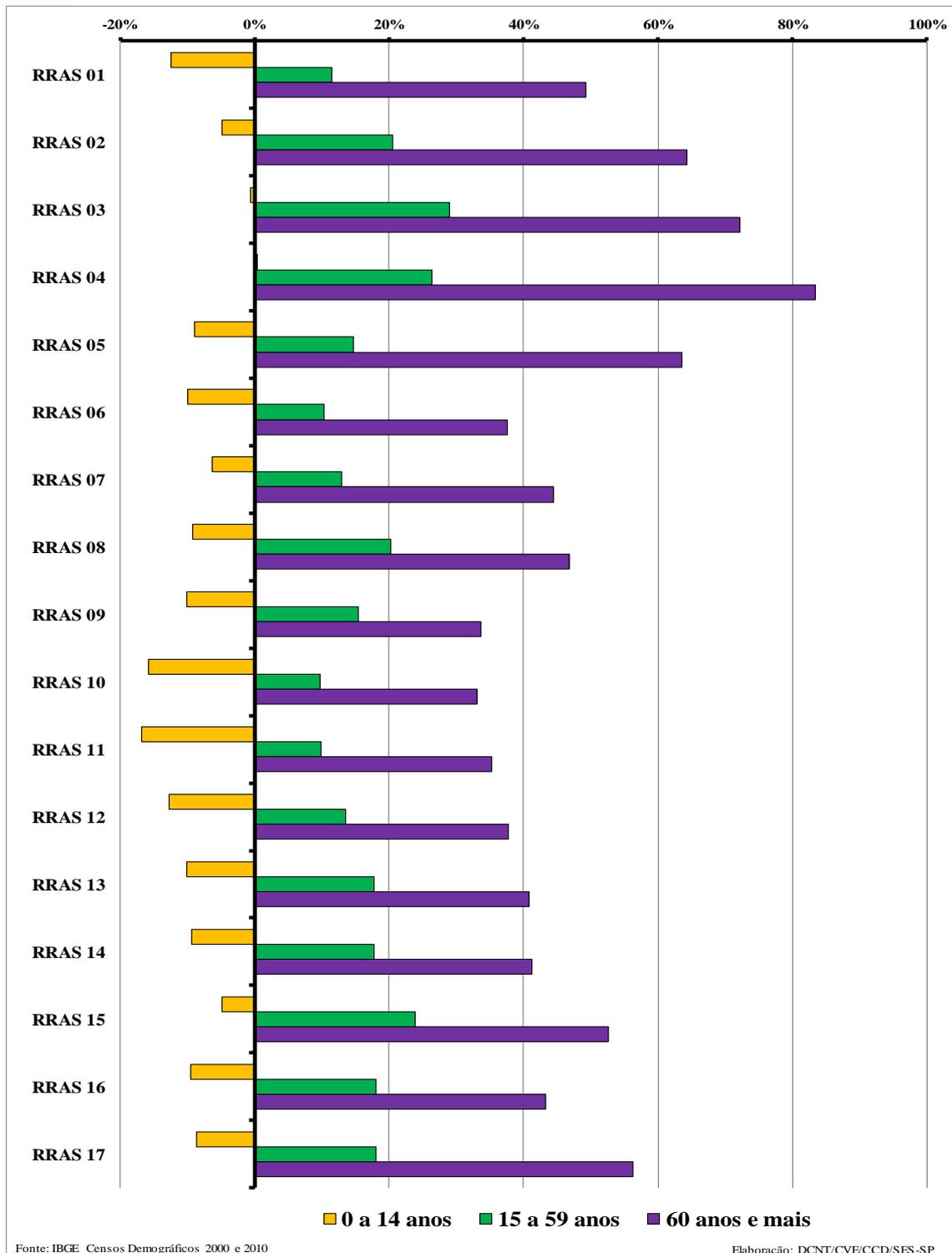
Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP

Elaborado a partir de população IBGE (Censos 2000 e 2010).



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

Gráfico 6 – Variação percentual da populacional por estratos etários selecionados, de 2010 em relação a 2000, segundo Rede Regional de Atenção à Saúde, estado de São Paulo.

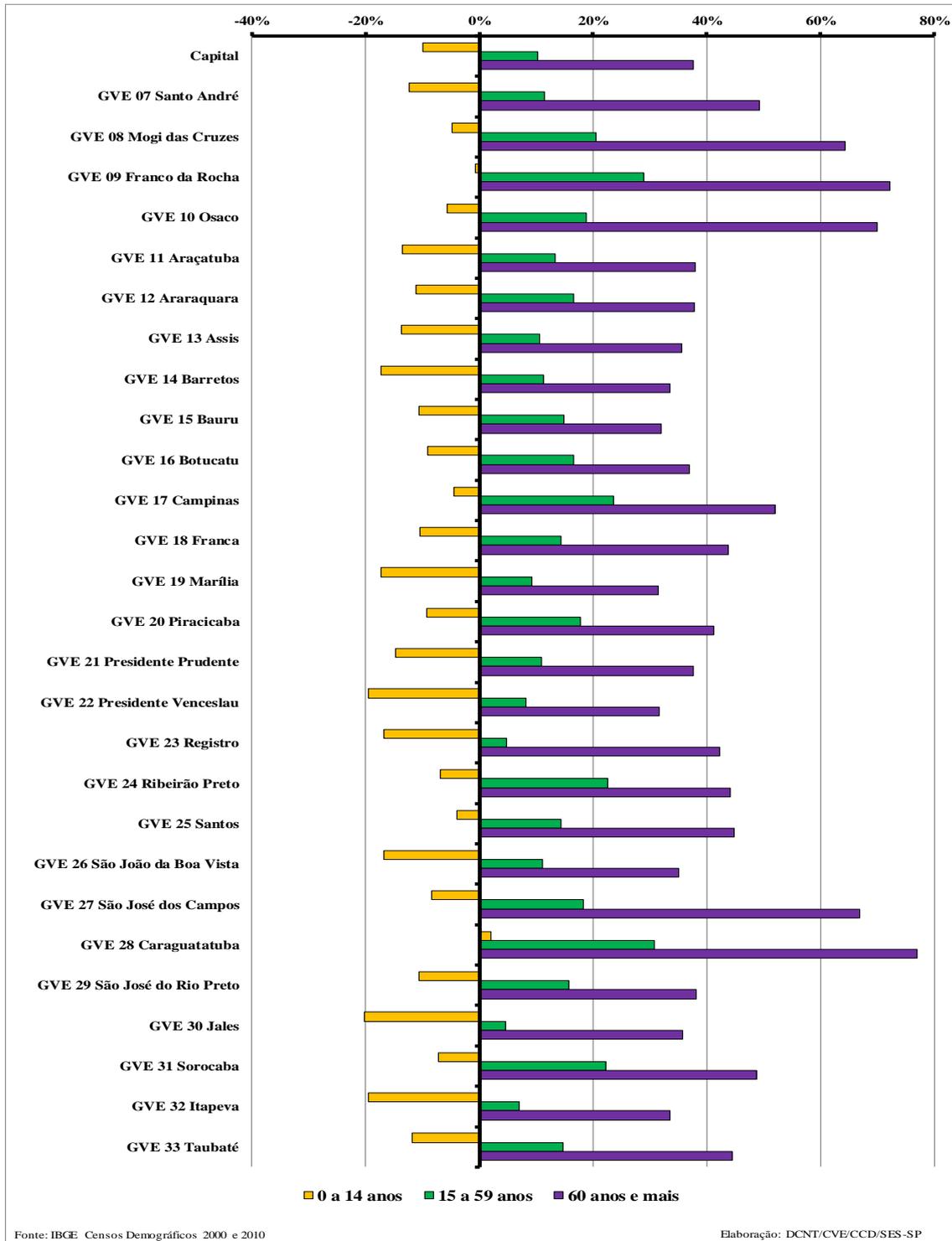


Elaborado a partir de população IBGE (Censos 2000 e 2010).



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

Gráfico 7 – Variação percentual da populacional por estratos etários selecionados, de 2010 em relação a 2000, segundo Grupo de Vigilância Epidemiológica, estado de São Paulo.



Elaborado a partir de população IBGE (Censos 2000 e 2010).

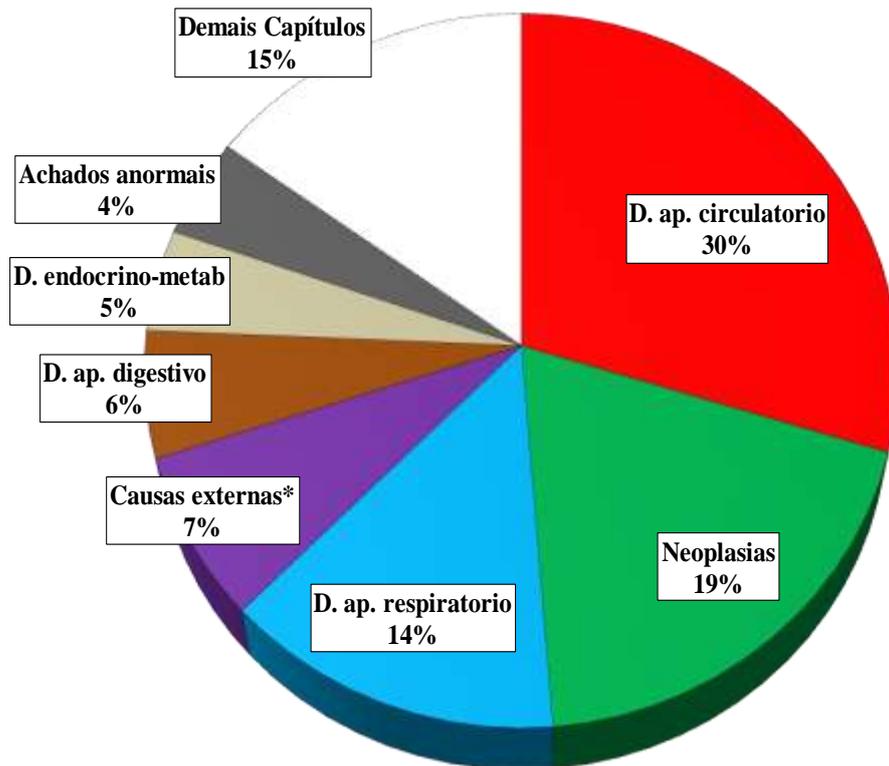


Mortalidade

Mortalidade na população em geral

Apresentamos inicialmente os dados preliminares sobre a mortalidade total segundo o Capítulo CID-10 no ano de 2017, com as doenças cardiovasculares figurando como a principal *causa mortis*, seguidas de neoplasias, doenças respiratórias, causas externas e doenças do aparelho digestivo (Gráfico 8), padrão que se mantém desde 2006.

Gráfico 8 – Mortalidade total por Capítulo CID-10 do estado de São Paulo em 2017*



Fonte: SESSP/CCD - SIM; dados preliminares; atualizados em Abr/2019
Nota: * - Causas externas Cap. XIX e XX - CID10

Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP

Elaborado a partir de SES-SP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

* - Dados preliminares, atualizados em Abr/2019.

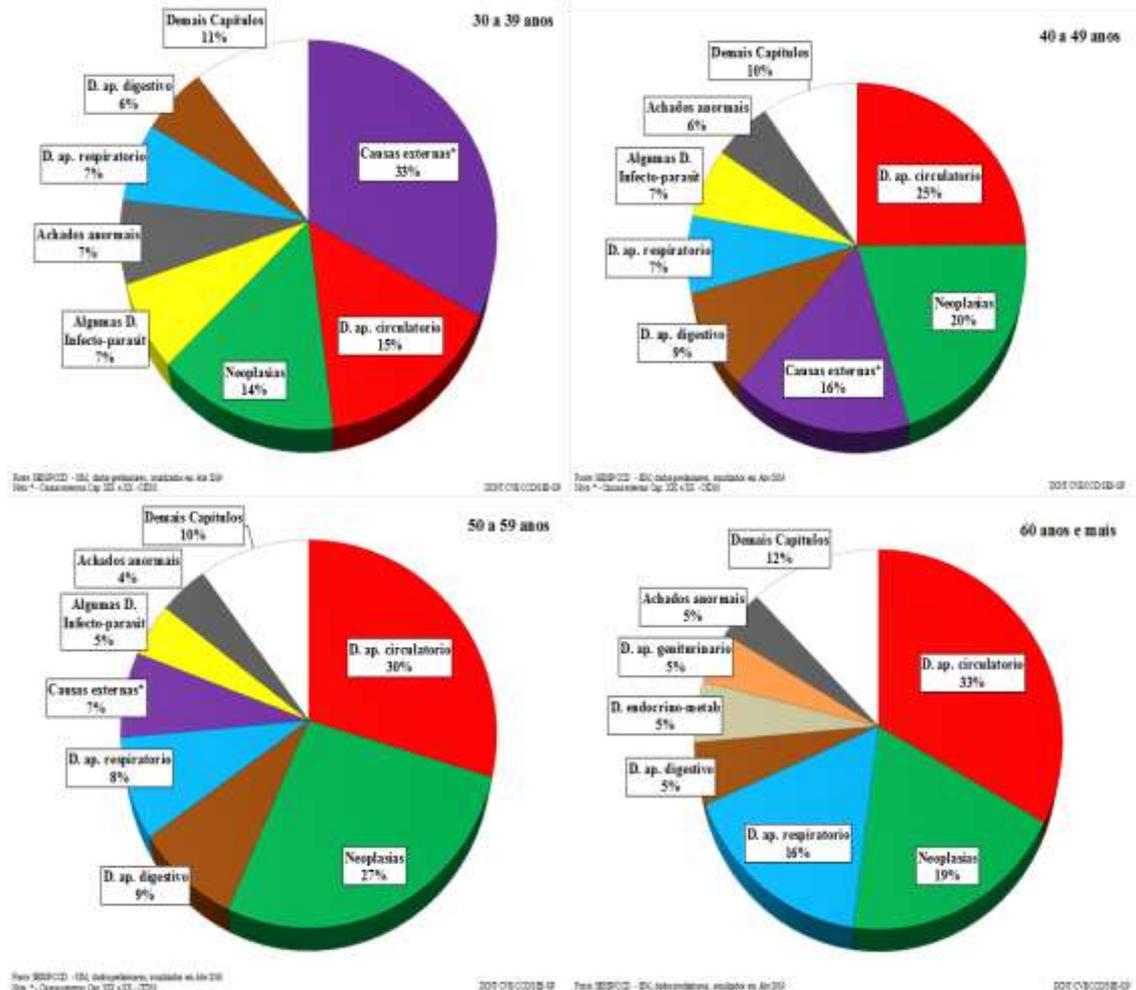
Ao categorizar esses dados por faixas etárias nas quais o óbito por DCNT seria considerado prematuro, observa-se que a partir dos 40 anos de idade, as doenças



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

cardiovasculares são a principal causa de morte, seguidas de neoplasias, num padrão que é habitualmente associado à população idosa, conforme ilustrado no Gráfico 9.

Gráfico 9 – Painel da mortalidade total por Capítulo CID-10 por faixas etárias a partir dos 30 anos de idade no estado de São Paulo em 2017*



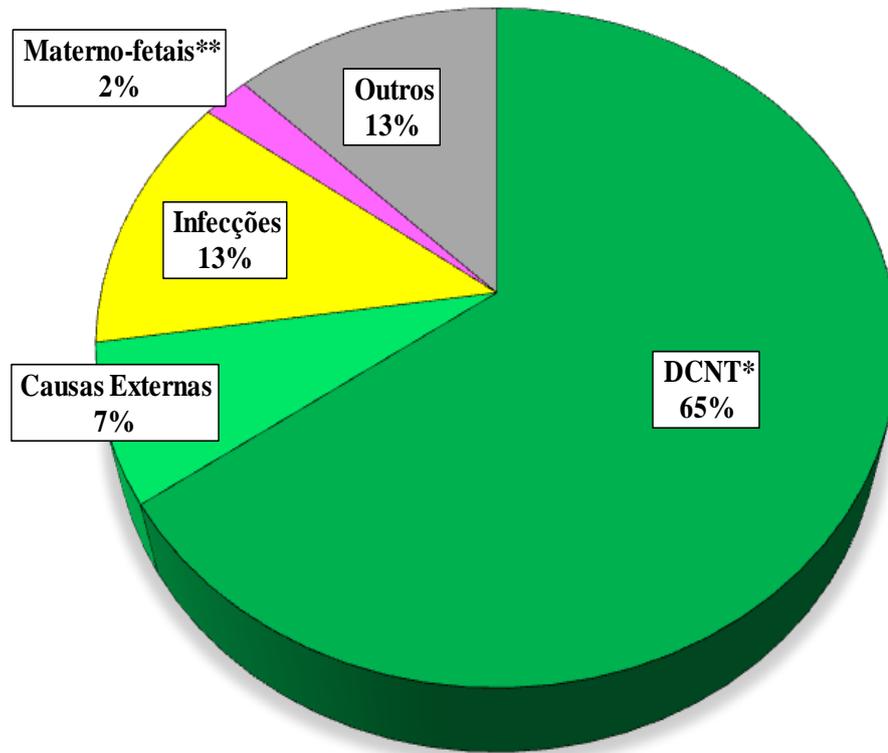
Elaborado a partir de SES-SP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

* - Dados preliminares, atualizados em Abr/2019.

Ao classificar esses dados em grandes grupos de doenças, no estado de São Paulo, no ano de 2017, as doenças e agravos não transmissíveis (DANT), que incluem acidentes e atos de violência, responderam por quase três quartos dos óbitos (Gráfico 10), sendo 65% por DCNT e 7% por causas externas.



Gráfico 10 – Mortalidade total por grandes grupos de doenças no estado de São Paulo em 2017*



Fonte: SESSP/CCD - SIM; dados preliminares de 2017; atualizados em Abr/2019

Nota: * - DCNT: doenças crônicas não transmissíveis; ** - Materno-fetais: Cap. XV, XVI e XII - CID10

DCNT/CVE/CCD/SES-SP

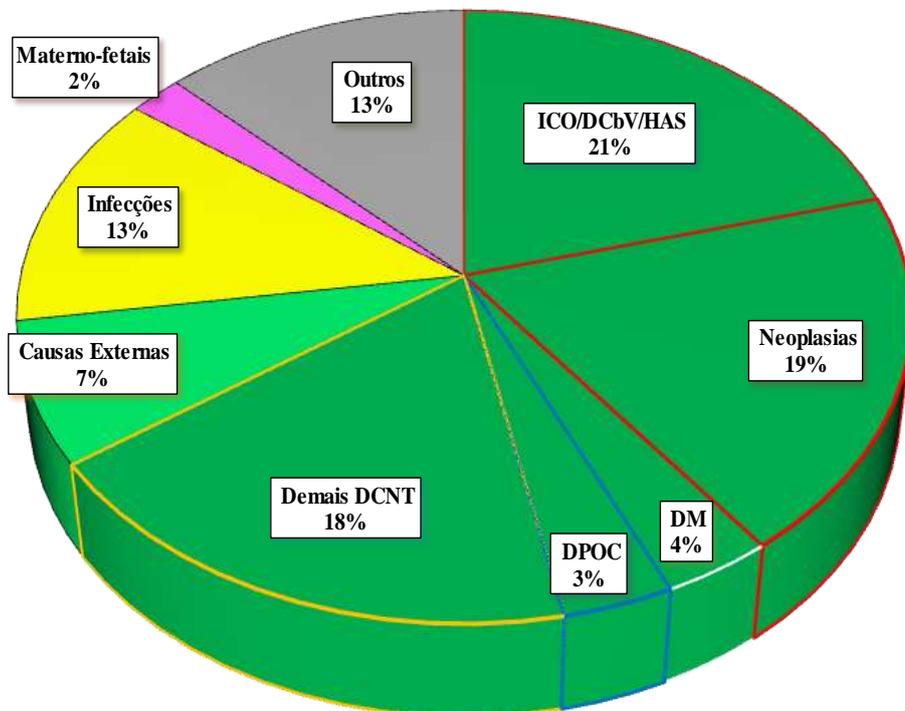
Elaborado a partir de SES-SP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

* - Dados preliminares, atualizados em Abr/2019. DCNT: doenças crônicas não transmissíveis; Materno-fetais: Capítulos XV, XVI e XVII – CID10.

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis, conforme ilustrado no Gráfico 11 e ratificando o que já foi exposto anteriormente, no ano de 2017 mantêm destaque as doenças cardiovasculares (entre as quais destacamos as abordadas no PAE-DCNT, e que respondem por mais de um quinto de todos os óbitos) e as neoplasias, que é um padrão que se mantém inalterado no estado de São Paulo desde 1997.



Gráfico 11 – Mortalidade total por grupos especificados de doenças no estado de São Paulo em 2017*



Fonte: SESP/CCD - SIM; dados preliminares de 2017; atualizados em Abr/2019

Nota: DCNT: doenças crônicas não transmissíveis; DCbV: doenças cerebrovasculares; DM: diabetes melito; DPOC: doenças pulmonares obstrutivas crônicas; HAS: doenças hipertensivas; ICO: doenças coronarianas; Materno-fetais: Cap. XV, XVI e XII - CID10

DCNT/CVE/CCD/SES-SP

Elaborado a partir de SES-SP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

* - Dados preliminares, atualizados em Abr/2019. DCNT: doenças crônicas não transmissíveis; DCbV: doenças cerebrovasculares; DM: diabetes melito; DPOC: doenças pulmonares obstrutivas crônicas; HAS: hipertensão arterial sistêmica; ICO: doenças coronarianas; Materno-fetais: Capítulos XV, XVI e XVII – CID10.

Encerrando o panorama por Capítulo CID-10 em 2017, os óbitos foram classificados em *ranking* das cinco primeiras causas determinadas (exceptuando-se o Capítulo XVIII) pelas faixas etárias, com a população idosa consolidada em uma única categoria etária (Tabela 1). Dessa forma, ficaram evidenciados alguns padrões de acordo com a faixa etária e o Capítulo CID-10.

Quando se analisa a Tabela 1 enfocando faixas etárias, observa-se que 95% das crianças menores de 1 ano e 69% daquelas de 1 a 4 anos de idade morrem predominantemente de causas materno-fetais (Cap. XV, XVI e XVII combinados), seguido de doenças respiratórias e causas externas (Cap. XIX e XX). Já entre as



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

crianças de 5 a 9 anos, 78% delas morrem por neoplasias, causas externas e doenças do sistema nervoso, sendo que desde 2015 neoplasias ocupam o primeiro lugar no *ranking*. Entre adolescentes de 10 a 14 anos, 79% dos óbitos também decorrem de causas externas, neoplasias e doenças do sistema nervoso nesta ordem, que se mantém desde 2003. Já entre adolescentes entre 15 e 19 anos, apenas causas externas respondem por 71% dos óbitos, seguidos de neoplasias (9%) e doenças do aparelho circulatório (7%). Os óbitos de adultos entre 20 e 29 anos seguiram o *ranking* da faixa de adolescentes de 15 a 19 anos, respondendo por 86% deles. Entre adultos de 30 a 39 anos, o *ranking* de óbitos foi causas externas, doenças do aparelho circulatório e neoplasias, abrangendo 82% das mortes; esta seqüência se mantém desde 2010 nesta faixa etária. O *ranking* de óbitos entre indivíduos de 40 a 49 anos foi doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas, correspondendo a 79% do montante; esta seqüência se mantém no estado de São Paulo desde 2004. Doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho digestivo respondem por 81% dos óbitos de adultos entre 50 e 59 anos. Na população 60 anos e mais de idade, 87% das mortes se deveu a doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório, ordem que vem sendo mantida ao longo de todo o período de uso do CID-10.

Quando se analisa a Tabela 1 a partir dos Capítulos CID-10, observam-se alguns padrões. Causas externas figuram entre as três principais *causa mortis* em todas as faixas etárias até os 49 anos, sendo a primeira entre indivíduos entre 10 e 39 anos de idade. Neoplasias estão entre as três primeiras causas na população a partir dos cinco anos de idade, ocupando o segundo lugar em quase todas as faixas etárias incluídas. Já as doenças do aparelho circulatório estão presentes entre as três mais prevalentes a partir dos 15 anos, sendo a principal a partir dos 49 anos de idade. Lembramos que parte dessa informação já estava demonstrada no Gráfico 9.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

Tabela 1 – Mortalidade elencada de óbitos por causas determinadas (exceptuando-se o Cap. XVIII), segundo Capítulos CID-10 e faixa etária, ambos os sexos, no estado de São Paulo em 2017*

	Menor de 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 anos e mais
1ª	Cap. XV, XVI e XII Materno-fetais 5.508	Cap. XV, XVI e XII Materno-fetais 200	Cap. II Neoplasias 111	Cap. XIX e XX Causas externas 183	Cap. XIX e XX Causas externas 1.472	Cap. XIX e XX Causas externas 3.829	Cap. XIX e XX Causas externas 3.700	Cap. IX Ap. circulatório 4.763	Cap. IX Ap. circulatório 10.787	Cap. IX Ap. circulatório 70.030
2ª	Cap. X Ap. respiratório 306	Cap. X Ap. respiratório 174	Cap. XIX e XX Causas externas 99	Cap. II Neoplasias 125	Cap. II Neoplasias 187	Cap. II Neoplasias 639	Cap. IX Ap. circulatório 1.713	Cap. II Neoplasias 3.909	Cap. II Neoplasias 9.798	Cap. II Neoplasias 39.795
3ª	Cap. XIX e XX Causas externas 207	Cap. XIX e XX Causas externas 164	Cap. VI Sist. nervoso 83	Cap. VI Sist. nervoso 96	Cap. IX Ap. circulatório 138	Cap. IX Ap. circulatório 611	Cap. II Neoplasias 1.640	Cap. XIX e XX Causas externas 3.092	Cap. XI Ap. digestivo 3.112	Cap. X Ap. respiratório 34.407
4ª	Cap. I Algumas DIP 201	Cap. II Neoplasias 124	Cap. X Ap. respiratório 45	Cap. IX Ap. circulatório 59	Cap. X Ap. respiratório 136	Cap. I Algumas DIP 420	Cap. I Algumas DIP 818	Cap. XI Ap. digestivo 1.735	Cap. X Ap. respiratório 3.070	Cap. XI Ap. digestivo 11.109
5ª	Cap. VI Sist. nervoso 86	Cap. VI Sist. nervoso 123	Cap. I Algumas DIP 37	Cap. X Ap. respiratório 51	Cap. VI Sist. nervoso 135	Cap. X Ap. respiratório 380	Cap. X Ap. respiratório 758	Cap. X Ap. respiratório 1.374	Cap. XIX e XX Causas externas 2.626	Cap. VI Sist. Endoc-metab 10.980

Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

* - Dados preliminares; atualizados em Abr/2019. Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP.

Ampliando a abordagem por Capítulo CID-10, a distribuição dos óbitos apresenta variações dinâmicas e bastante distintas segundo o sexo ao longo do tempo, como se pode depreender do exposto em anos selecionados, na Tabela 2. Se se ampliar a análise até o ano de 1980, quando a CID-9 estava em vigência, alguns padrões ficam ainda mais evidentes, como será exposto a seguir. No entanto, é essencial chamar a atenção para o código 279 - Transtorno envolvendo mecanismo imunitário, que estava contido no Capítulo III. Doenças endócrinas, nutricionais, metabólicas e transtornos imunitários da CID-9, e que incluía a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), impactando consideravelmente as análises a partir do final da década de 1980. Esta distorção foi corrigida a partir da CID-10.

Desde pelo menos 1980, o *ranking* de mortalidade da população feminina no estado de São Paulo tem a seguinte ordem: em primeiro lugar as doenças do aparelho circulatório, seguidas de neoplasias e de doenças do aparelho respiratório. O quarto lugar foi ocupado por doenças materno-fetais (Cap. XI, XIV, XV da CID-9 e Cap. XV, XVI e XVII da CID-10) de 1980 a 1991 e depois novamente em 1996; de 1997 a 1999, este conjunto de doenças ocupou o 5º lugar no *ranking*, depois não mais figurou entre as cinco primeiras causas determinadas. Doenças endócrino-metabólicas ocuparam este quarto lugar entre 1992 e 1995 a partir de 1997; haviam ocupado o 5º lugar em 1985,



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

1988, 1990, 1991 e 1996. Por fim, o quinto lugar também foi ocupado por algumas doenças infecto-parasitárias (Cap. I de ambas CID) de 1980 a 1984, por causas externas em 1986, 1987, 1989 e de 2000 a 2002, e por doenças do aparelho digestivo desde 2003.

Tabela 2 – Mortalidade elencada de óbitos por causas determinadas (exceptuando-se o Cap. XVIII), segundo Capítulos CID-10, por sexo, no estado de São Paulo em anos selecionados

		Homens				
		Período: 1996	Período: 2001	Período: 2006	Período: 2011	Período: 2016
1 ^o	Cap. IX D. ap. circulatório					
2 ^o	Cap. XIX e XX Causas externas	Cap. XIX e XX Causas externas	Cap. II Neoplasias	Cap. II Neoplasias	Cap. II Neoplasias	Cap. II Neoplasias
3 ^o	Cap. II Neoplasias	Cap. II Neoplasias	Cap. XIX e XX Causas externas	Cap. XIX e XX Causas externas	Cap. X D. ap. respiratório	Cap. X D. ap. respiratório
4 ^o	Cap. X D. ap. respiratório	Cap. XIX e XX Causas externas	Cap. XIX e XX Causas externas			
5 ^o	Cap. I Algumas DIP	Cap. XI D. ap. digestivo				

		Mulheres				
		Período: 1996	Período: 2001	Período: 2006	Período: 2011	Período: 2016
1 ^o	Cap. IX D. ap. circulatório	Cap. IX D. ap. circulatório	Cap. IX D. ap. circulatório	Cap. IX D. ap. circulatório	Cap. IX D. ap. circulatório	Cap. IX D. ap. circulatório
2 ^o	Cap. II Neoplasias	Cap. II Neoplasias	Cap. II Neoplasias	Cap. II Neoplasias	Cap. II Neoplasias	Cap. II Neoplasias
3 ^o	Cap. X D. ap. respiratório	Cap. X D. ap. respiratório	Cap. X D. ap. respiratório	Cap. X D. ap. respiratório	Cap. X D. ap. respiratório	Cap. X D. ap. respiratório
4 ^o	Cap. XV, XVI e XVII Materno-fetais	Cap. IV D. endoc, nutri, metabol				
5 ^o	Cap. IV D. endoc, nutri, metabol	Cap. XIX e XX Causas externas	Cap. XI D. ap. digestivo			

Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP.

Para a população masculina, a principal causa de óbito no estado de São Paulo desde pelo menos 1980 foram doenças do aparelho circulatório. O segundo lugar foi ocupado por causas externas de 1980 a 2004, sendo suplantado em 2005 pelas neoplasias. As neoplasias vêm paulatinamente ganhando importância neste intervalo, tendo saído do 4º lugar de 1980 a 1992, passando pelo terceiro de 1993 a 2004 e ocupando a segunda posição até o presente. Por outro lado, causas externas vêm reduzindo seu peso no *ranking*, tendo caído para o terceiro posto de 2005 a 2012 e novamente em 2014, e o quarto em 2013 e desde 2015. A posição das doenças do aparelho respiratório neste período oscilou entre o 3º e o 4º lugar, sendo o terceiro entre



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

1980 e 1982, quarto entre 1983 e 2012, terceiro em 2013, quarto em 2014 e novamente terceiro desde 2015. O quinto posto foi ocupado por doenças materno-fetais (Cap. XI, XIV, XV da CID-9 e Cap. XV, XVI e XVII da CID-10) de 1980 a 1990, em período concomitante ao observado na população feminina. De 1991 a 1995, esta colocação foi ocupada pelas doenças endócrino-metabólicas. No entanto, lembre-se a ressalva quanto ao código 279 da CID-9, o que pode justificar o 5º lugar ter sido ocupado pelo Cap. I da CID-10 em 1996 e 1997 (a SIDA corresponde aos códigos B20-B24). Desde 1998, as doenças do aparelho digestivo estão em 5ª posição no ranking de mortalidade da população masculina.

A análise de tendência temporal comparativa entre os sexos permite melhor observação das peculiaridades dessas duas populações. A comparação entre taxas brutas e ajustadas enriquece a análise ao proporcionar a abordagem de prováveis efeitos decorrentes da mudança da estrutura etária populacional. Cabe assinalar que o envelhecimento populacional não impacta coeficientes de saúde simplesmente pelo aumento do contingente mais longo, mas também pelo maior tempo de vida que os indivíduos têm para exposição a fatores de risco, como tabagismo ou alimentação inadequada ou sedentarismo ou uso abusivo de álcool. Lembramos que o grau de exposição ao risco não é uma fatalidade biológica, mas sim socialmente mediada. Dessa forma, aspectos demográficos e a dinâmica de vida local devem subsidiar elementos para políticas de saúde eficazes.

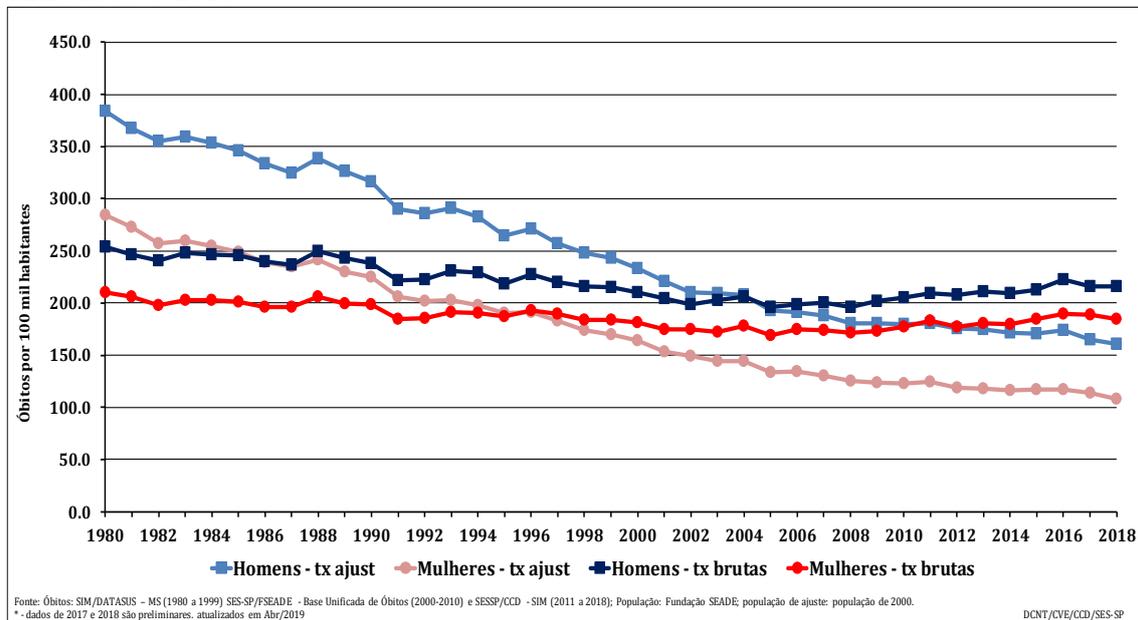
Como houve mudança na codificação CID em 1996, podem ocorrer mudanças abruptas nesse período por esse viés, e isso deve ser levado em consideração na análise das séries temporais.

Conforme ilustrado no Gráfico 12, a tendência temporal de óbitos pelo Capítulo CID de doenças do aparelho circulatório revela valores maiores para indivíduos do sexo masculino ao longo de todo o período. No período demonstrado, as taxas brutas revelaram menor variação para ambos os sexos, a despeito do envelhecimento populacional já mencionado. Já as taxas ajustadas, que “corrigem” o efeito da variação da estrutura etária, decresceram em ambos os sexos no mesmo período.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

Gráfico 12 – Tendência temporal das taxas brutas e ajustadas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório (Capítulo CID), por sexo, no estado de São Paulo, entre 1980 e 2018*



Fonte: Óbitos: MS/SVS/CGIAE - SIM (1980-1999); SES-SP – Base Unificada de Óbitos (2000-2010) e SES-SP/CCD - SIM (2011-2018); População: Fundação SEADE (1980-2018); população de ajuste: população total do estado de São Paulo em 2000.

* - Dados de 2017 e 2018 são preliminares, atualizados em Abr/2019.

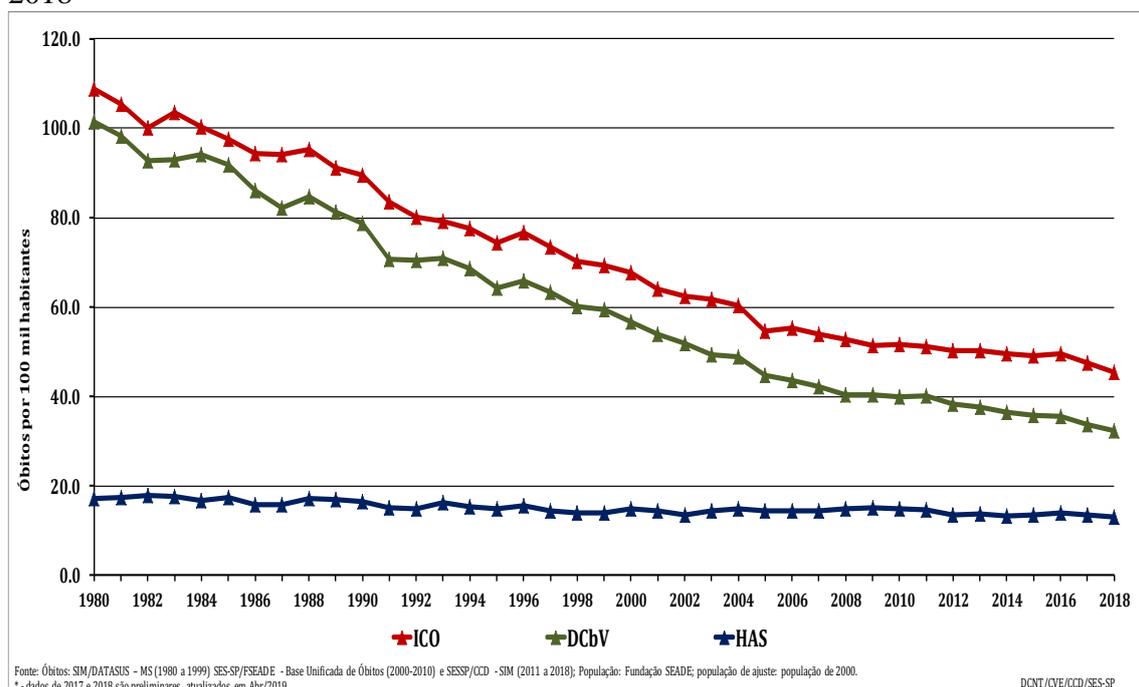
No entanto, o Capítulo CID de doenças do aparelho circulatório abarca uma miríade de doenças bastante distintas entre si, como as decorrentes de febre reumática, de valvopatias, das diferentes arritmias, e de processos ateroscleróticos. Portanto, faz-se mister aprofundar na sua categorização. Dentre as diversas doenças, em decorrência da maior prevalência de óbitos no estado optamos por apresentar as taxas ajustadas por doenças coronarianas (ICO) e cerebrovasculares (DCbV). Alinhados com o PAE-DCNT e por se tratar de uma doença e um fator de risco para outras doenças cardiovasculares, acrescentamos as taxas referentes às doenças hipertensivas (HAS). Como pode ser observado no Gráfico 13, houve expressiva redução das taxas ajustadas de mortalidade por ICO e DCbV para ambos os sexos, e redução aparente das taxas por HAS no período de 1980 a 2018. Esta redução consistente pode sugerir que os esforços de melhoria na assistência para esse grupo de doenças estejam na direção certa, além de provável efeito em campanhas educativas e da redução gradativa da prevalência de tabagismo, entre outros fatores.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

O Gráfico 14, em que os mesmos agravos estão representados, porém estratificados por sexo, mostra comportamento semelhante entre os sexos, embora em diferentes magnitudes, o que fala favorável ao efeito de fatores não dependentes do sexo estarem influenciando as curvas temporais.

Gráfico 13 – Tendência temporal das taxas ajustadas de mortalidade por doenças cardiovasculares selecionadas, ambos os sexos, no estado de São Paulo, entre 1980 e 2018*

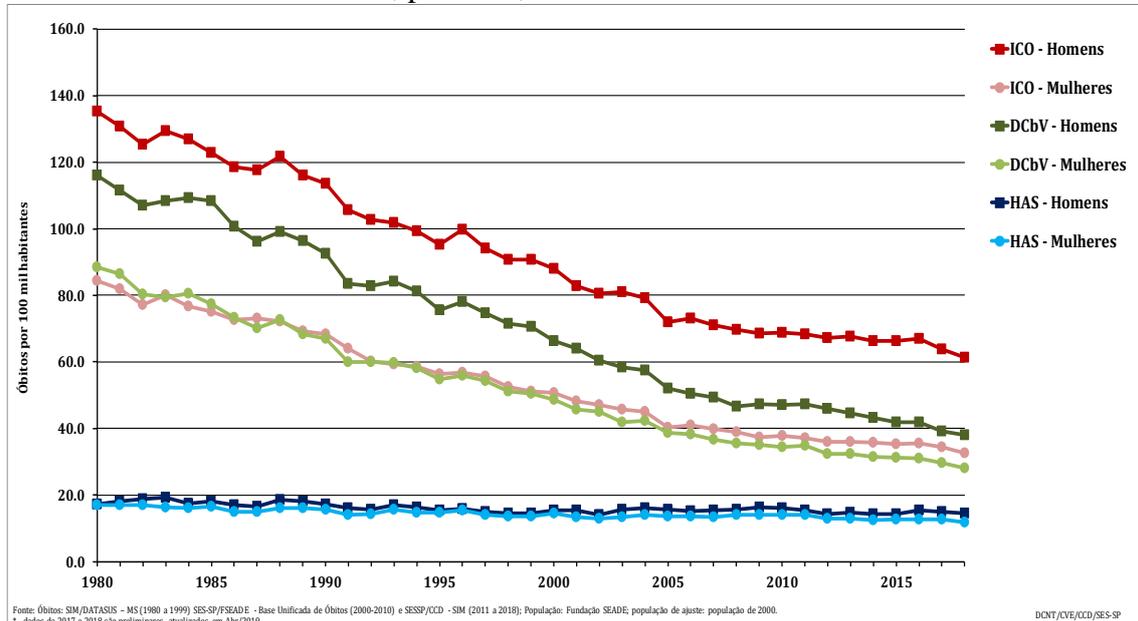


Fonte: Óbitos: MS/SVS/CGIAE - SIM (1980-1999); SES-SP – Base Unificada de Óbitos (2000-2010) e SES-SP/CCD - SIM (2011-2018); População: Fundação SEADE (1980-2018); população de ajuste: população total do estado de São Paulo em 2000.

* - Dados de 2017 e 2018 são preliminares, atualizados em Abr/2019. DCbV: doenças cerebrovasculares; HAS: doenças hipertensivas; ICD: doenças coronarianas.



Gráfico 14 – Tendência temporal das taxas ajustadas de mortalidade por doenças cardiovasculares selecionadas, por sexo, no estado de São Paulo entre 1980 e 2018*

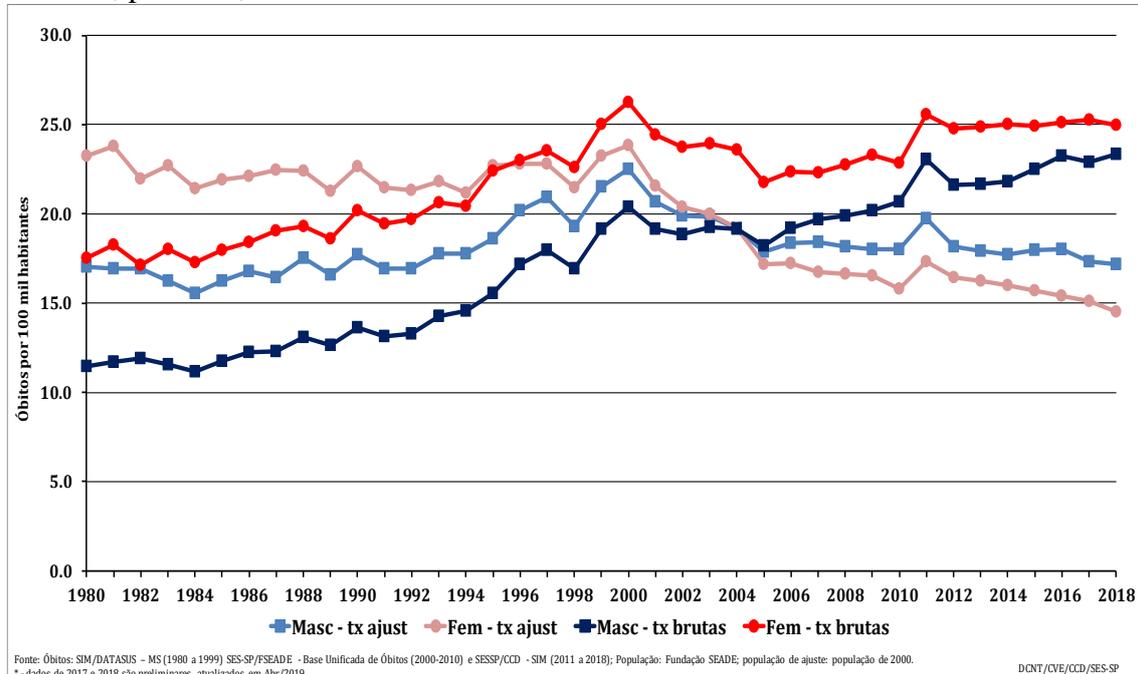


Fonte: Óbitos: MS/SVS/CGIAE - SIM (1980-1999); SES-SP – Base Unificada de Óbitos (2000-2010) e SES-SP/CCD - SIM (2011-2018); População: Fundação SEADE (1980-2018); população de ajuste: população total do estado de São Paulo em 2000.
* - Dados de 2017 e 2018 são preliminares, atualizados em Abr/2019. DCbV: doenças cerebrovasculares; HAS: doenças hipertensivas; ICO: doenças coronarianas.

O Gráfico 15 apresenta a evolução das taxas brutas e ajustadas de mortalidade por diabetes. As taxas brutas de ambos os sexos delineiam curvas irregulares para ambos os sexos com tendência de aumento se considerado todo o período, mas com um intervalo de aparente redução até 2005 e novo aumento até 2010 e aparente estabilização a partir de então. O ajuste das taxas femininas revela aparente estabilidade de 1980 a 2000, com posterior redução até o fim do período de estudo, em magnitudes variáveis. As taxas ajustadas masculinas indicam lento aumento de 1980 a 2000, com redução até o ano de 2005 e aparente estabilidade a partir de então. Ao contrário do que ocorreu com a mortalidade por DCV, as taxas brutas de mortalidade por diabetes foram maiores no sexo feminino. As taxas ajustadas mostraram sobremortalidade feminina até 2003. Essa informação deve ser estudada com maior detalhamento para correto entendimento das razões desse processo, como melhor notificação desse agravo ou mesmo a crescente proporção de diabéticos na população estudada. Esta redução também pode apontar melhoria na assistência à saúde em suas diferentes esferas.



Gráfico 15 – Tendência temporal das taxas brutas e ajustadas de mortalidade por diabetes, por sexo, no estado de São Paulo entre 1980 e 2018*



Fonte: Óbitos: MS/SVS/CGIAE - SIM (1980-1999); SES-SP – Base Unificada de Óbitos (2000-2010) e SES-SP/CCD - SIM (2011-2018); População: Fundação SEADE (1980-2018); população de ajuste: população total do estado de São Paulo em 2000.

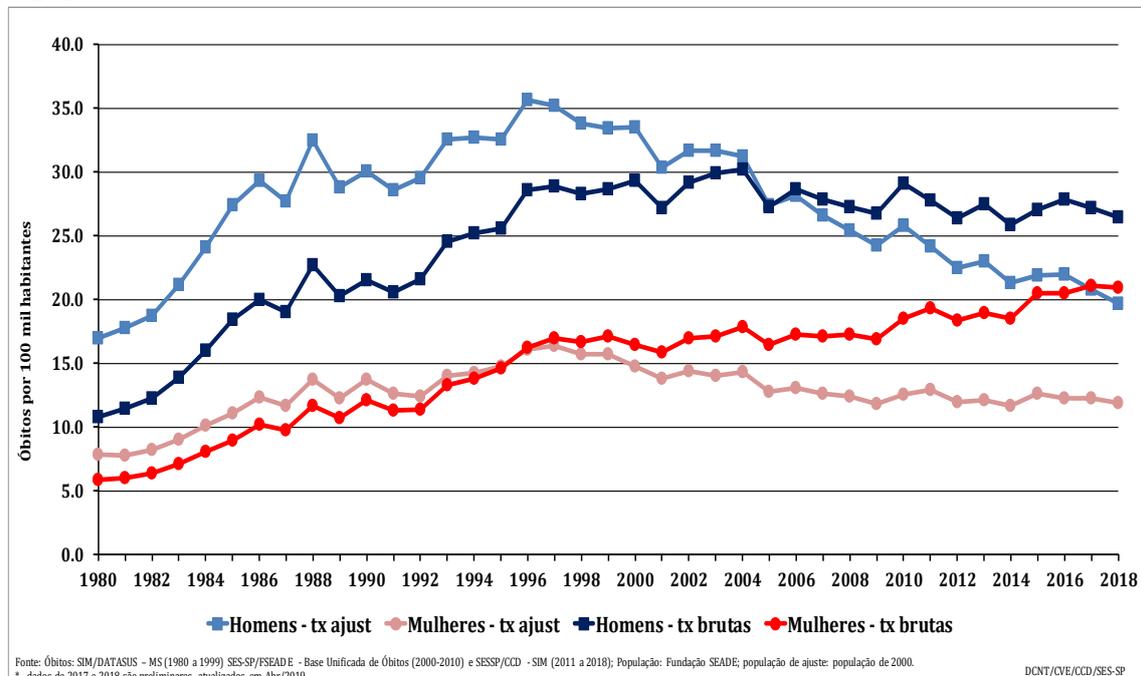
* - Dados de 2017 e 2018 são preliminares, atualizados em Abr/2019.

Como pode ser observado no Gráfico 16, as taxas brutas de mortalidade por doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC) produzem curvas em ascensão até 1996 (ano em que foi implantado o uso da CID-10 no Brasil), seguindo com inclinação mais suave no sexo feminino e esboçando um patamar no sexo masculino. Em todo o período de estudo, as taxas masculinas foram consistentemente maiores que as femininas. Já em relação à tendência temporal das taxas ajustadas de mortalidade por DPOC observa-se tendência a aumento para ambos os sexos até 1996 e redução a partir de então, o que justifica o aprofundamento do estudo desse processo. Vários aspectos, inclusive relacionados à assistência (como a recente disponibilização no sistema público de saúde de medicamentos mais eficazes para o controle ambulatorial e de exacerbações do quadro clínico no estado de São Paulo), devem estar influenciando esse resultado. Esses dados reiteram a necessidade de esclarecer variáveis que podem estar contribuindo para esse cenário.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

Gráfico 16 – Tendência temporal das taxas brutas e ajustadas de mortalidade por doenças pulmonares obstrutivas crônicas, por sexo, no estado de São Paulo, entre 1980 e 2018*



Fonte: Óbitos: SIM/DATASUS - MS (1980 a 1999) SES-SP/FSEADE - Base Unificada de Óbitos (2000-2010) e SESP/CCD - SIM (2011 a 2018); População: Fundação SEADE; população de ajuste: população de 2000.
*- dados de 2017 e 2018 são preliminares, atualizados em Abr/2019. DCNT/CVE/CCD/SES-SP

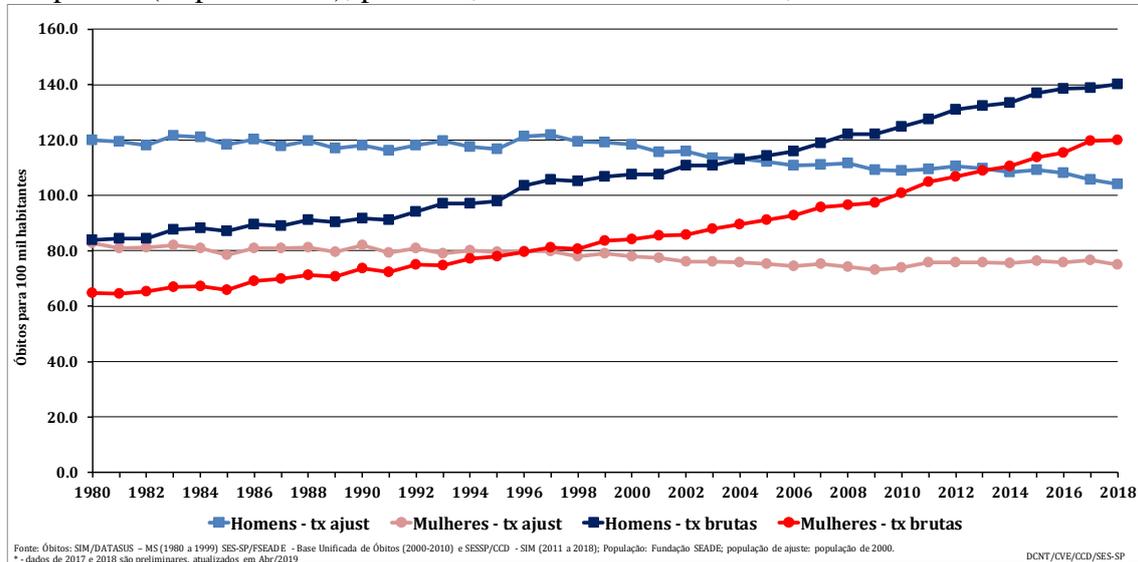
Fonte: Óbitos: MS/SVS/CGIAE - SIM (1980-1999); SES-SP – Base Unificada de Óbitos (2000-2010) e SES-SP/CCD - SIM (2011-2018); População: Fundação SEADE (1980-2018); população de ajuste: população total do estado de São Paulo em 2000.

* - Dados de 2017 e 2018 são preliminares, atualizados em Abr/2019. DPOC: doenças pulmonares obstrutivas crônicas.

Conforme ilustrado no Gráfico 17, a tendência temporal de taxas brutas de mortalidade total por neoplasias (Capítulo II CID-9 e CID-10) também demonstra valores crescentes e maiores para indivíduos do sexo masculino ao longo de todo o período. Por outro lado, as taxas ajustadas apontam estabilização de seus valores em ambos os sexos. Cabe lembrar, porém, que essas curvas também são influenciadas por variáveis relacionadas à assistência, como número de diagnósticos sendo feitos em tempo hábil e acesso ao tratamento especializado.



Gráfico 17 – Tendência temporal das taxas brutas e ajustadas de mortalidade por neoplasias (Capítulo CID), por sexo, no estado de São Paulo, entre 1980 e 2018*



Fonte: Óbitos: MS/SVS/CGIAE - SIM (1980-1999); SES-SP – Base Unificada de Óbitos (2000-2010) e SES-SP/CCD - SIM (2011-2018); População: Fundação SEADE (1980-2018); população de ajuste: população total do estado de São Paulo em 2000.

* - Dados de 2017 e 2018 são preliminares, atualizados em Abr/2019.

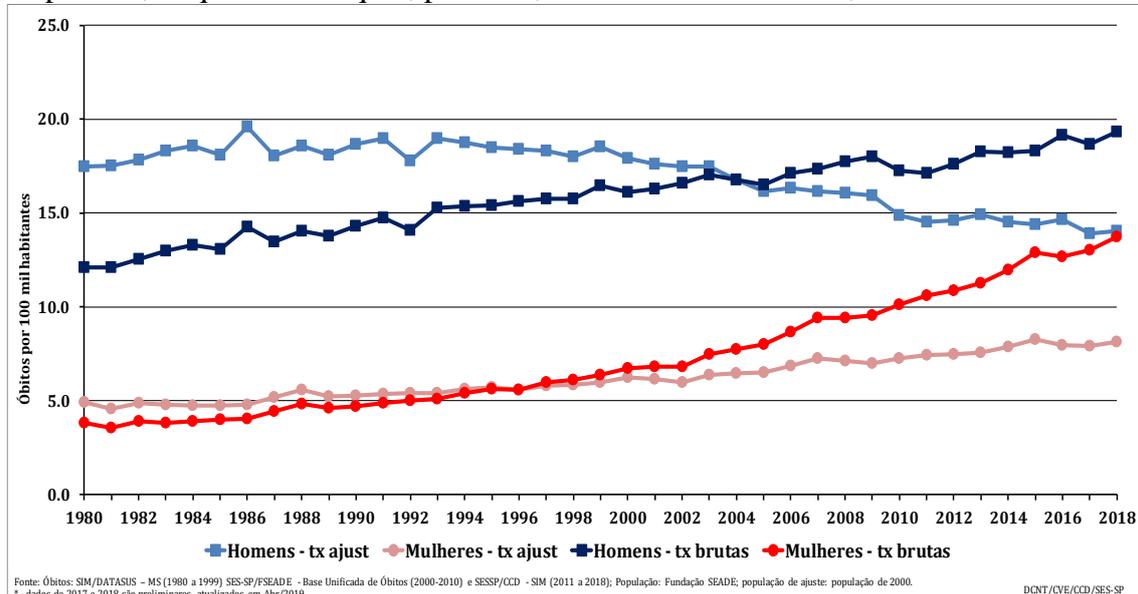
A análise das séries temporais de mortalidade conjunta por câncer de pulmão, traquéia e brônquio (Gráfico 18) apontaram visível e contínuo aumento das taxas brutas de mortalidade. Entretanto, embora durante todo o período estudado os valores sejam sempre mais altos na população masculina, o aumento relativo é mais pronunciado em relação à população feminina. No entanto, quando se faz o ajuste por idade, observa-se aparente estabilidade da curva masculina até o início da década de 1990 e posterior redução, mais evidente após o ano 2000; entre as mulheres, a curva de taxas ajustadas demonstrou estabilidade até meados da década de 1990 e posterior aumento. De 1980 a 2018, este câncer respondeu por cerca de 15% de todos os óbitos por neoplasia em homens; entre mulheres, por 9% do total mas com peso crescente ao longo do período.

As séries temporais de mortalidade por câncer de estômago (Gráfico 19) ilustram contínuo declínio das taxas de mortalidade, mais pronunciado quanto a taxas ajustadas. Em todo o período, as taxas masculinas sobrepujaram as femininas. Com percentual em redução em ambos os sexos, o câncer de estômago causou 12% dos óbitos por neoplasias em homens e 7% entre mulheres de 1980 a 2018.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

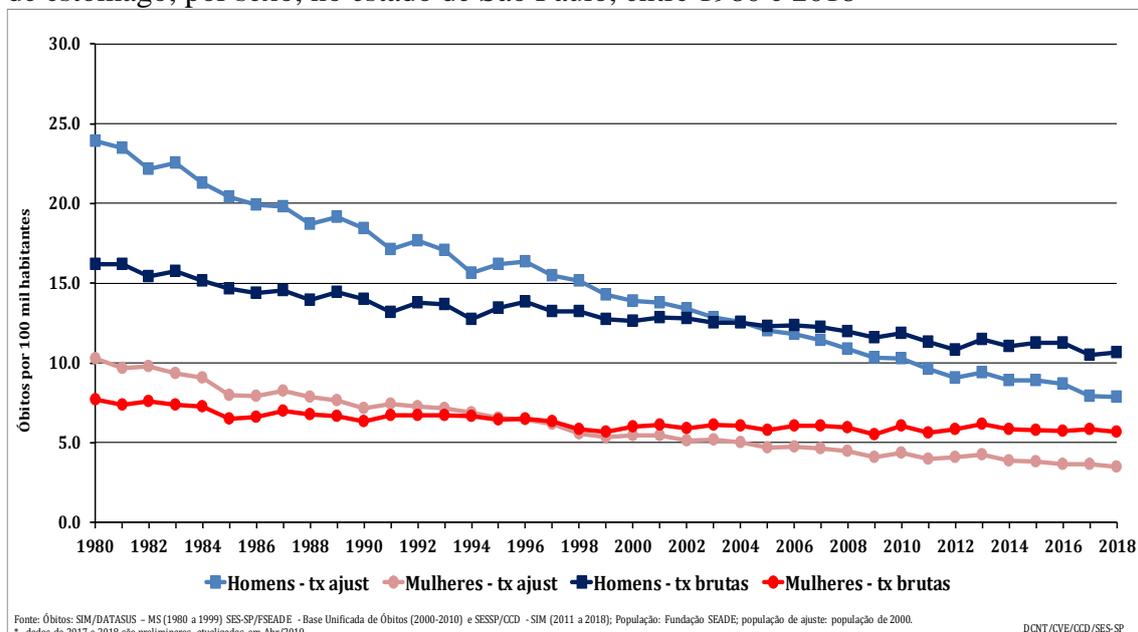
Gráfico 18 – Tendência temporal das taxas brutas e ajustadas de mortalidade por câncer de pulmão, traquéia e brônquio, por sexo, no estado de São Paulo, entre 1980 e 2018*



Fonte: Óbitos: MS/SVS/CGIAE - SIM (1980-1999); SES-SP – Base Unificada de Óbitos (2000-2010) e SES-SP/CCD - SIM (2011-2018); População: Fundação SEADE (1980-2018); população de ajuste: população total do estado de São Paulo em 2000.

* - Dados de 2017 e 2018 são preliminares, atualizados em Abr/2019.

Gráfico 19 – Tendência temporal das taxas brutas e ajustadas de mortalidade por câncer de estômago, por sexo, no estado de São Paulo, entre 1980 e 2018*



Fonte: Óbitos: MS/SVS/CGIAE - SIM (1980-1999); SES-SP – Base Unificada de Óbitos (2000-2010) e SES-SP/CCD - SIM (2011-2018); População: Fundação SEADE (1980-2018); população de ajuste: população total do estado de São Paulo em 2000.

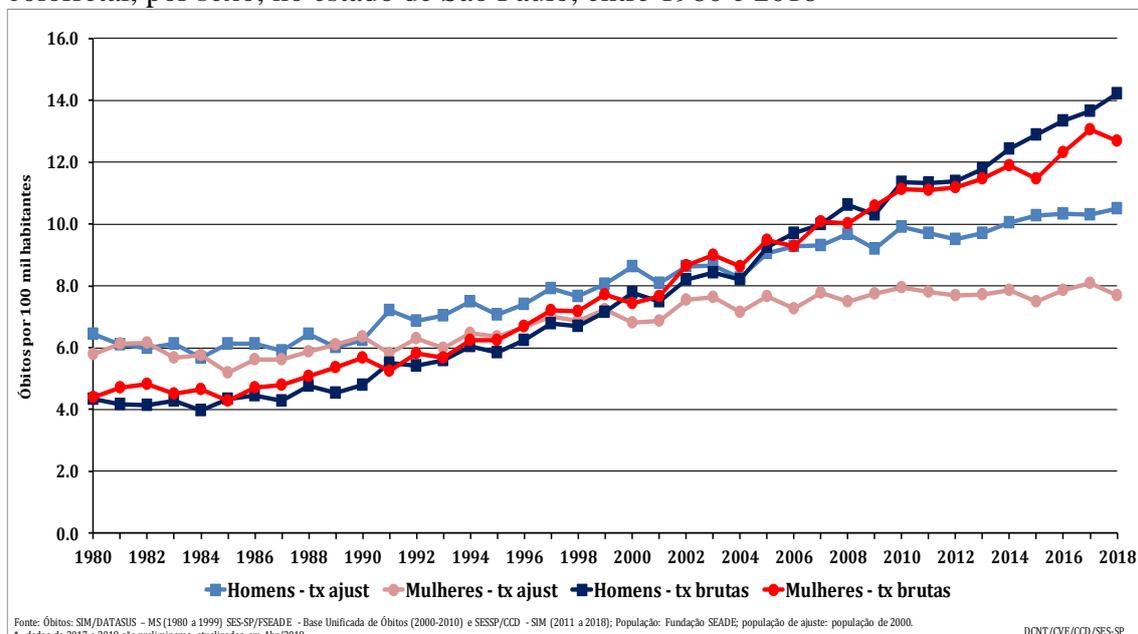
* - Dados de 2017 e 2018 são preliminares, atualizados em Abr/2019.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

As taxas de mortalidade por câncer colorretal (Gráfico 20) vêm apresentando contínua elevação, que mantêm na avaliação das taxas ajustadas, embora menos pronunciada. Em todo o período, as taxas brutas masculinas e femininas são bastante próximas; no entanto, as ajustadas femininas apresentam um “descolamento” das taxas masculinas a partir de 1990 e evoluem com um crescimento menor e até aparente estagnação a partir de 2007. O aumento do número de óbitos por cânceres desta localização se constata no aumento percentual em relação ao total de óbitos por neoplasia, em ambos os sexos, tendo respondido por 8% destes no período estudado.

Gráfico 20 – Tendência temporal das taxas brutas e ajustadas de mortalidade por câncer colorretal, por sexo, no estado de São Paulo, entre 1980 e 2018*



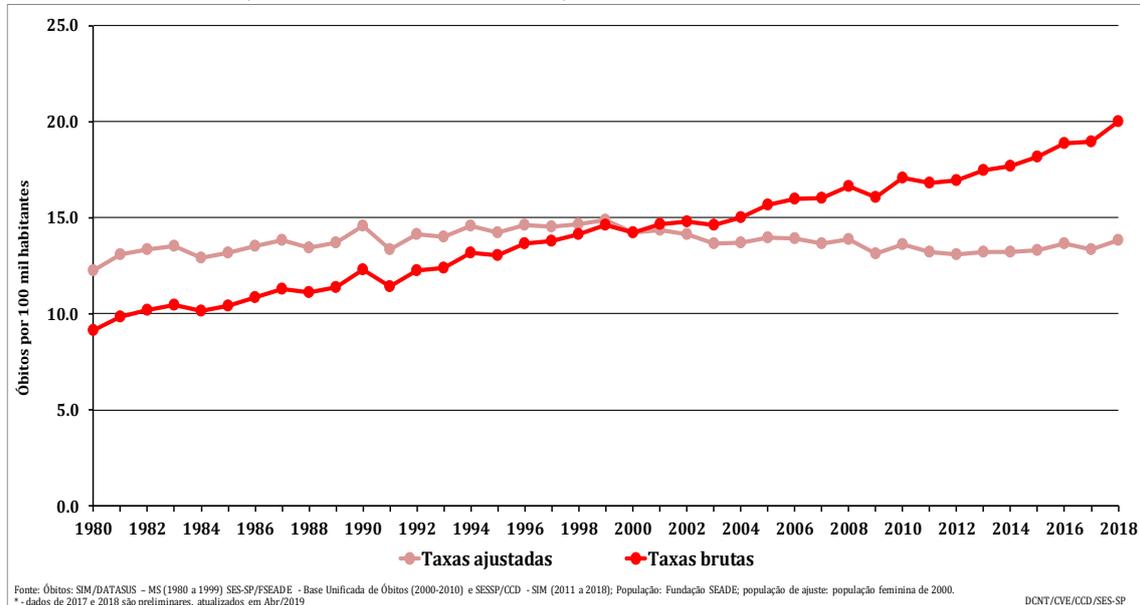
Fonte: Óbitos: MS/SVS/CGIAE - SIM (1980-1999); SES-SP – Base Unificada de Óbitos (2000-2010) e SES-SP/CCD - SIM (2011-2018); População: Fundação SEADE (1980-2018); população de ajuste: população total do estado de São Paulo em 2000.

* - Dados de 2017 e 2018 são preliminares, atualizados em Abr/2019.

O câncer de mama feminina foi responsável por 16% dos óbitos de mulheres por neoplasias desde o início do período de estudo. Como disposto no Gráfico 21, as taxas brutas de mortalidade por vêm apresentando contínua elevação em todo o período, enquanto as taxas ajustadas por sexo e idade demonstram uma elevação até o final da década de 1980 e depois uma aparente estabilidade com discretas oscilações e reduções.



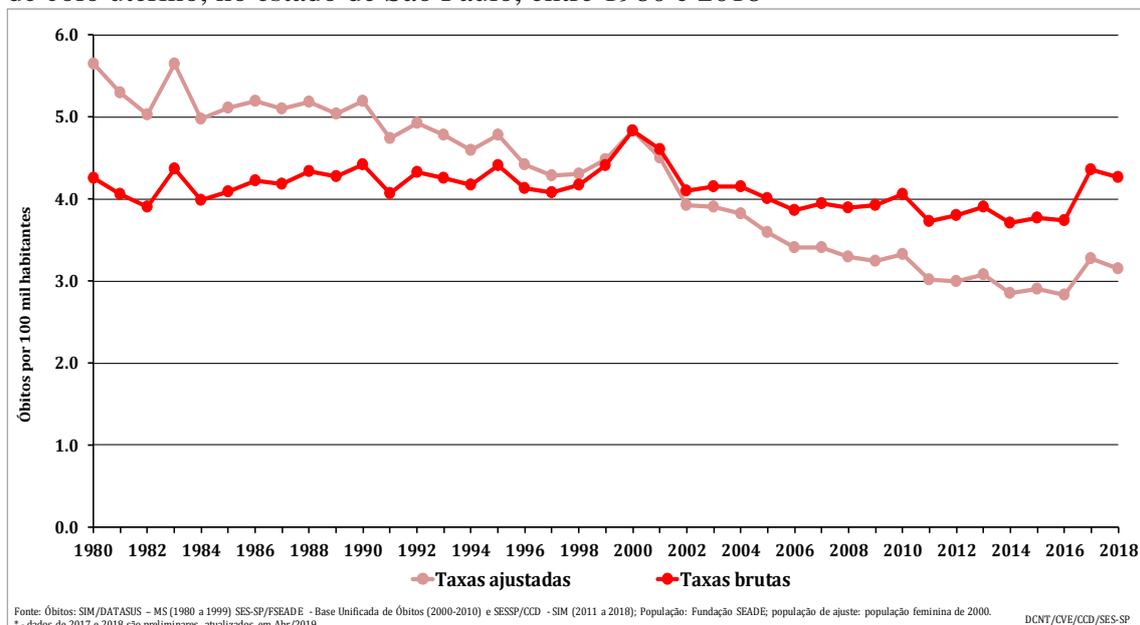
Gráfico 21 – Tendência temporal das taxas brutas e ajustadas de mortalidade por câncer de mama feminina, no estado de São Paulo, entre 1980 e 2018*



Fonte: Óbitos: MS/SVS/CGIAE - SIM (1980-1999); SES-SP – Base Unificada de Óbitos (2000-2010) e SES-SP/CCD - SIM (2011-2018); População: Fundação SEADE (1980-2018); população de ajuste: população feminina do estado de São Paulo em 2000.

* - Dados de 2017 e 2018 são preliminares, atualizados em Abr/2019.

Gráfico 22 – Tendência temporal das taxas brutas e ajustadas de mortalidade por câncer de colo uterino, no estado de São Paulo, entre 1980 e 2018*



Fonte: Óbitos: MS/SVS/CGIAE - SIM (1980-1999); SES-SP – Base Unificada de Óbitos (2000-2010) e SES-SP/CCD - SIM (2011-2018); População: Fundação SEADE (1980-2018); população de ajuste: população feminina do estado de São Paulo em 2000.

* - Dados de 2017 e 2018 são preliminares, atualizados em Abr/2019.

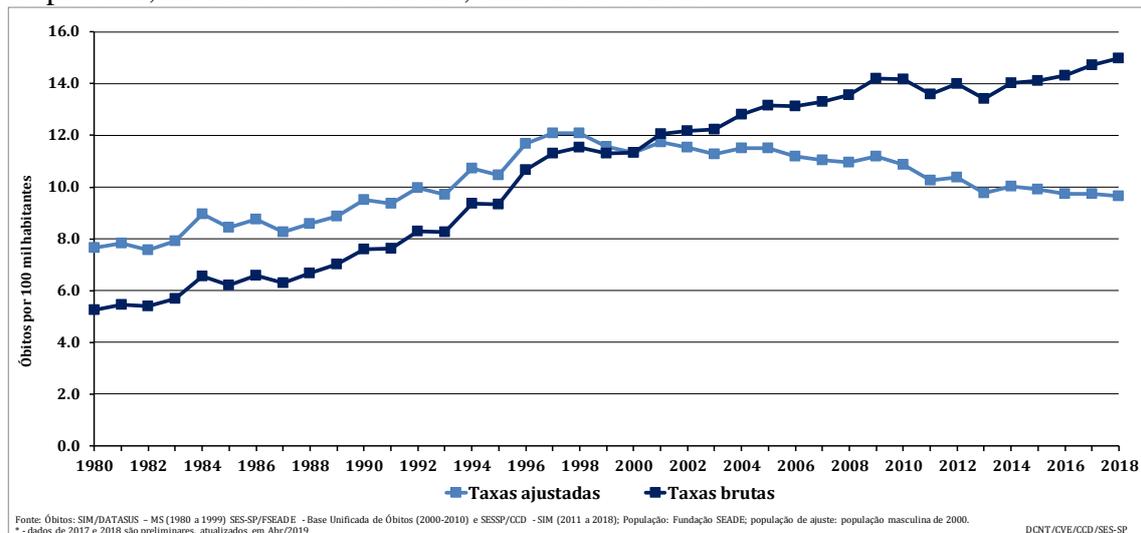


SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

O câncer de colo uterino vem paulatinamente reduzindo seu peso proporcional entre os óbitos por neoplasias em mulheres, de cerca de 7% em 1980 para cerca de 3% em 2017, o que corrobora os dados das taxas ajustadas de mortalidade (Gráfico 22). As taxas brutas, todavia, vêm oscilando em torno da estabilidade no mesmo período.

Como já foi dito, o câncer de próstata tem sido responsável por pelo menos 10% dos óbitos por neoplasias em homens desde 1994. Como apresentado no Gráfico 23, e assim como no câncer de mama feminina, as taxas brutas de mortalidade por vêm apresentando contínua elevação em todo o período. Enquanto isso, as taxas ajustadas por sexo e idade demonstram uma elevação até o final da década de 1990, seguida de redução e uma aparente estabilidade a partir de 2013.

Gráfico 23 – Tendência temporal das taxas brutas e ajustadas de mortalidade por câncer de próstata, no estado de São Paulo, entre 1980 e 2018*



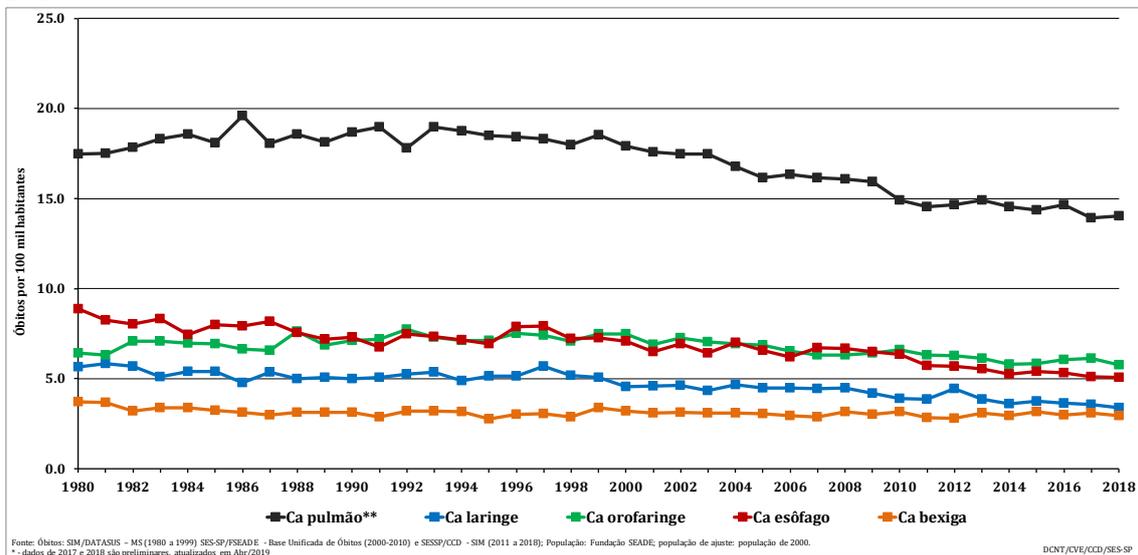
Fonte: Óbitos: MS/SVS/CGIAE - SIM (1980-1999); SES-SP – Base Unificada de Óbitos (2000-2010) e SES-SP/CCD - SIM (2011-2018); População: Fundação SEADE (1980-2018); população de ajuste: população masculina do estado de São Paulo em 2000.
* - Dados de 2017 e 2018 são preliminares, atualizados em Abr/2019.

Por fim, as neoplasias para as quais o risco relativo associado ao tabagismo foi maior que 2,5 em ambos os sexos foram as seguintes: câncer de pulmão, traquéia e brônquios; câncer de laringe; câncer de lábio, cavidade oral e faringe; câncer de esôfago; e câncer de bexiga. As curvas podem ser apreciadas nos Gráficos 24 e 25.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

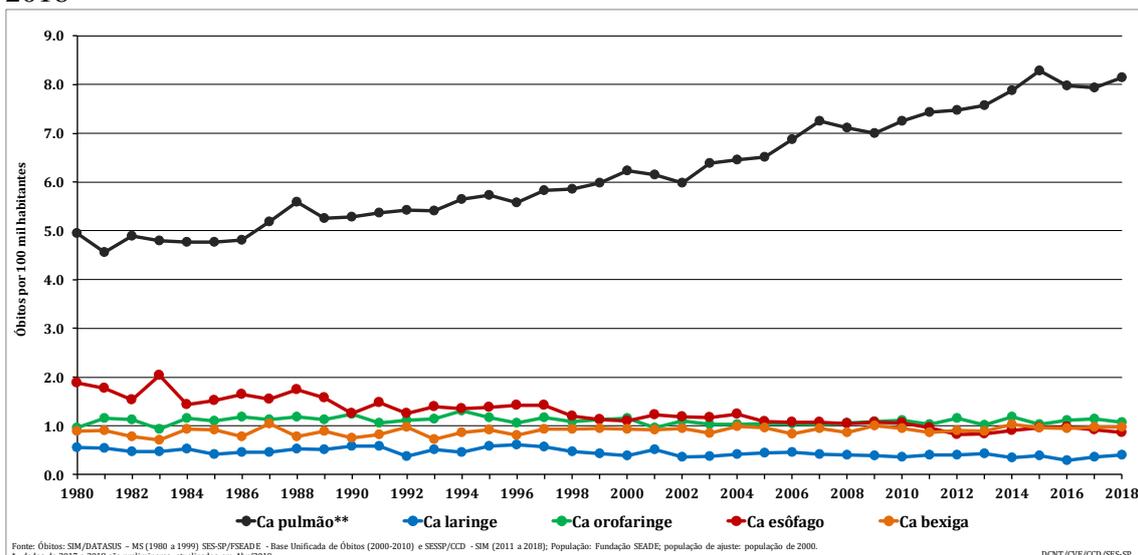
Gráfico 24 – Tendência temporal das taxas ajustadas de mortalidade por cânceres tabaco-relacionados selecionados, sexo masculino, no estado de São Paulo, entre 1980 e 2018*



Fonte: Óbitos: MS/SVS/CGIAE - SIM (1980-1999); SES-SP/SEADE - Base Unificada de Óbitos (2000-2010) e SESP/CCD - SIM (2011 a 2018); População: Fundação SEADE; população de ajuste: população de 2000.
* - dados de 2017 e 2018 são preliminares, atualizados em Abr/2019.

** - Câncer de pulmão: consolidado de cânceres de pulmões, traquéia e brônquios.

Gráfico 25 – Tendência temporal das taxas ajustadas de mortalidade por cânceres tabaco-relacionados selecionados, sexo feminino, no estado de São Paulo, entre 1980 e 2018*



Fonte: Óbitos: MS/SVS/CGIAE - SIM (1980-1999); SES-SP/SEADE - Base Unificada de Óbitos (2000-2010) e SESP/CCD - SIM (2011 a 2018); População: Fundação SEADE; população de ajuste: população masculina do estado de São Paulo em 2000.

* - Dados de 2017 e 2018 são preliminares, atualizados em Abr/2019. ** - Câncer de pulmão: consolidado de cânceres de pulmões, traquéia e brônquios.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

Chama a atenção que o comportamento das curvas é bastante diferente entre os sexos (Gráficos 24 e 25). Durante todo o período, as taxas ajustadas de mortalidade da população masculina são maiores que as da feminina para as cinco topografias de câncer abordadas. No entanto, se na população masculina as taxas de mortalidade por câncer de pulmão, traquéia e brônquios aparentam estabilidade até meados da década de 1990 com queda posterior, as femininas mostram franca elevação. As taxas masculinas de mortalidade por câncer de laringe aparentam estabilidade até o final da década de 1990 com queda posterior, enquanto as femininas oscilam em torno da estabilidade. Em ambos os sexos, as taxas de mortalidade por câncer de esôfago desenham lenta redução, e as por câncer de lábio, cavidade oral e faringe, e de bexiga aparentam estagnação em todo o período.

Voltando a ênfase aos quatro grandes grupos de doenças crônicas não transmissíveis que são monitoradas na população geral no PAE-DCNT (e no ODS-3 quanto à mortalidade prematura, que será abordada em seguida), podemos apreciar que as taxas brutas de mortalidade variaram substancialmente entre as algumas RRAS (Tabela 3) e GVE (Tabela 4). Entretanto, lembramos que qualquer avaliação deve ser feita de forma cuidadosa e ampla, pois o óbito, principalmente por DCNT, é o desfecho de processos complexos e prolongados, e que transcendem os limites da área da saúde.

Situação importante levantada por nossas análises preliminares aponta que não há exata concordância entre os territórios com maior contingente percentual de idosos, principalmente no que se refere aos GVE. Enquanto o GVE 30 Jales, que tem o maior percentual de idosos residentes do estado (21%), realmente figura entre as maiores taxas nos quatro grupos, e o GVE 22 Presidente Venceslau (quem tem 18% de idosos) e o GVE Santos (que tem 16%) aparecem nesta lista três vezes, por outro lado o GVE 29 São José do Rio Preto (com 18%), os GVE 11 Araçatuba e GVE 13 Assis (ambos com 17%), os GVE 12 Araraquara, GVE 15 Bauru e GVE 16 Botucatu (todos com 16% de idosos) não aparecem uma única vez. E aparecem na lista duas vezes tanto o GVE 19 Marília, com 18% de idosos, como o GVE 26 São João da Boa Vista, com 17%, e quanto o GVE 32 Itapeva com 14%. Completam a lista, aparecendo uma vez cada, os



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

GVE 14 Barretos e GVE 21 Presidente Prudente (ambos com 17% de população com 60 anos e mais), e os GVE 18 Franca e GVE 23 Registro (ambos com 15% de idosos).

Quanto às RRAS, a influência do contingente populacional parece mais direta pois todas aquelas RRAS com pelo menos 16% da população com 60 anos ou mais aparecem na lista pelo menos uma vez. A RRAS 10 e a RRAS 11 aparecem entre as taxas mais elevadas nos quatro grupos, a RRAS 07 e a RRAS 16 em três grupos, a RRAS 12 em dois grupos, e a RRAS 09 e a RRAS 13 uma única vez cada. A RRAS 06 (com 15% de idosos residentes) e a RRAS 08 (com 14%) completam a lista aparecendo uma vez cada.

Além disso, foi aventada a hipótese de que a temporalidade deste envelhecimento poderia ter impacto nos valores apurados. No entanto, surpreendentemente, nenhuma das RRAS e nenhum dos GVE cujo contingente de idosos aumentou em mais de 50% entre os Censos Demográficos de 2000 e 2010 figuraram entre aqueles com as taxas mais altas para nenhum dos quatro grandes grupos de doenças. Contrariamente, o GVE 19 Marília, que teve o menor aumento percentual do seu contingente de idosos (31%) apareceu duas vezes entre as taxas mais altas, e o GVE 22 Presidente Venceslau, com o segundo menor aumento intercensitário, foi listado três vezes. Por outro lado, não se pode ignorar que o aumento no contingente idoso (que variou entre 31 e 45% no GVE e entre 33 a 44% nas RRAS) num intervalo de 10 anos tenham tido impacto nos resultados encontrados, bem como na gestão regional e local.

Esses achados apontam que a população local estar envelhecida não explicaria *per se* os resultados, e que outras variáveis com certeza estão interferindo neste mister. Entretanto, foge ao escopo do presente painel esta análise, que deve ser investigada oportunamente.

Dentre os grupos, as taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório (DAC) foram as maiores em todos os territórios, seguidas das por neoplasias. Conquanto as taxas referentes aos óbitos por diabetes e DPOC foram equivalentes no estado como um todo, houve diferenças na magnitude destes grupos, em maior ou menor grau, nos diferentes territórios.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

Tabela 3 – Taxas brutas de mortalidade pelos grandes grupos de doenças crônicas, por Rede Regional de Atenção à Saúde, ambos os sexos, população total, no estado de São Paulo, no triênio 2015-2017*.

RRAS	DAC	Diabetes	DPOC	Neoplasias
RRAS 01	206.7	18.1	20.3	123.8
RRAS 02	182.0	20.2	20.8	98.7
RRAS 03	194.3	18.7	18.8	91.1
RRAS 04	208.9	18.1	16.7	98.3
RRAS 05	201.9	15.8	17.9	105.7
RRAS 06	209.6	20.3	22.3	131.4
RRAS 07	258.4	38.9	27.8	137.8
RRAS 08	181.6	35.3	26.2	111.0
RRAS 09	202.6	29.4	26.1	135.9
RRAS 10	226.8	34.2	31.8	139.6
RRAS 11	216.2	32.4	30.2	141.1
RRAS 12	205.4	27.1	28.6	138.3
RRAS 13	202.3	25.6	28.8	128.7
RRAS 14	170.6	22.6	25.3	128.9
RRAS 15	165.4	21.0	21.5	114.6
RRAS 16	223.9	23.4	28.9	136.6
RRAS 17	162.2	26.9	21.1	116.4
Total ESP	200.8	23.9	23.8	124.3

Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

* - dados de 2017 são preliminares; atualizados em Abr/2019. Em cada coluna, as barras coloridas ilustram a magnitude dos valores expostos em relação ao total do estado de São Paulo. DAC: Cap. IX do CID-10; DPOC: doenças pulmonares obstrutivas crônicas (J40-J44); Diabetes: E10-E14; Neoplasias: Cap. II do CID-10. Taxas por 100 mil habitantes.

Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

Tabela 4 – Taxas brutas de mortalidade pelos grandes grupos de doenças crônicas, por Grupo de Vigilância Epidemiológica, ambos os sexos, população total, no estado de São Paulo, no triênio 2015-2017*.

GVE	DAC	Diabetes	DPOC	Neoplasias
Capital	209.6	20.3	22.3	131.4
GVE 07 Santo André	206.7	18.1	20.3	123.8
GVE 08 Mogi das Cruzes	182.0	20.2	20.8	98.7
GVE 09 Franco da Rocha	194.3	18.7	18.8	91.1
GVE 10 Osasco	204.5	16.7	17.5	102.9
GVE 11 Araçatuba	188.1	27.8	21.0	133.9
GVE 12 Araraquara	214.1	27.1	25.5	137.5
GVE 13 Assis	203.6	35.9	30.4	133.6
GVE 14 Barretos	221.0	29.0	36.8	135.2
GVE 15 Bauru	199.1	29.5	26.3	137.7
GVE 16 Botucatu	209.3	29.2	25.7	132.4
GVE 17 Campinas	179.9	19.4	22.8	121.0
GVE 18 Franca	197.4	26.3	33.3	113.3
GVE 19 Marília	244.1	33.0	32.8	144.1
GVE 20 Piracicaba	170.6	22.6	25.3	128.9
GVE 21 Presidente Prudente	217.4	21.8	26.3	141.3
GVE 22 Presidente Venceslau	214.4	48.9	36.2	140.8
GVE 23 Registro	207.5	39.4	31.3	119.8
GVE 24 Ribeirão Preto	191.2	23.2	26.5	128.1
GVE 25 Santos	266.3	38.8	27.2	140.5
GVE 26 São João da Boa Vista	232.6	35.8	33.2	134.6
GVE 27 São José dos Campos	141.8	21.9	18.0	113.8
GVE 28 Caraguatatuba	126.2	24.6	20.3	107.9
GVE 29 São José do Rio Preto	210.8	24.7	30.4	137.7
GVE 30 Jales	229.2	37.0	41.4	153.6
GVE 31 Sorocaba	175.1	34.0	25.8	111.8
GVE 32 Itapeva	231.0	44.9	29.6	104.1
GVE 33 Taubaté	193.1	32.4	24.4	121.5
Total ESP	200.8	23.9	23.8	124.3

Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

* - dados de 2017 são preliminares; atualizados em Abr/2019. Em cada coluna, as barras coloridas ilustram a magnitude dos valores expostos em relação ao total do estado de São Paulo. DAC: Cap. IX do CID-10; DPOC: doenças pulmonares obstrutivas crônicas (J40-J44); Diabetes: E10-E14; Neoplasias: Cap. II do CID-10. Taxas por 100 mil habitantes.

Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

As taxas brutas de mortalidade por cem mil habitantes no triênio 2015-2017 das RRAS variaram de 162,2 a 258,4 para DAC, de 91,1 a 141,1 para neoplasias, de 15,8 a 38,9 para diabetes, e de 16,7 a 31,8 para DPOC. As RRAS 10 e RRAS 11 apresentaram uma das cinco maiores taxas para os quatro grupos de doenças, as RRAS 07 e RRAS 16 para três dos grupos de doenças, e a RRAS 12 para dois deles. Completam a lista das taxas mais elevadas, aparecendo uma vez cada, as RRAS 06, RRAS 08, RRAS 09 e RRAS 13.

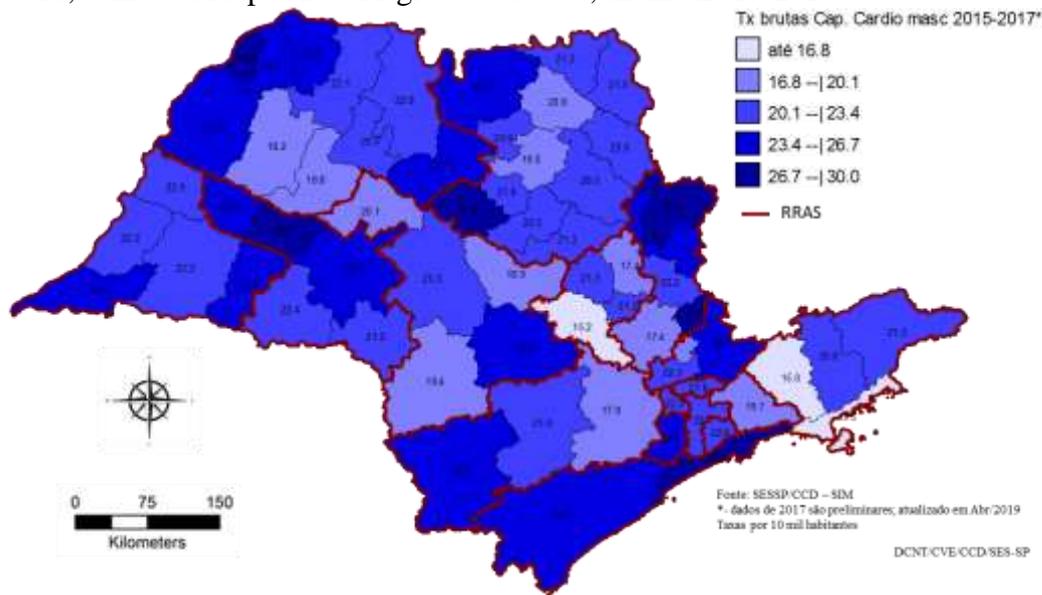
Entre os GVE, a diferença entre os extremos também foi ampla, com o valor maior sendo quase três vezes o valor menor para diabetes, e mais do que o dobro para DAC e DPOC; a menor amplitude foi para neoplasias. GVE 30 Jales figurou entre as cinco maiores taxas em todos os quatro grupos de doenças e os GVE 22 Presidente Venceslau e GVE 25 Santos em três grupos. Figuraram duas vezes na lista os GVE 19 Marília, GVE 26 São João da Boa Vista e GVE 32 Itapeva. Foram listados uma vez entre as taxas mais elevadas os GVE 14 Barretos, GVE 18 Franca, GVE 21 Presidente Prudente e GVE 23 Registro.

Para melhor apreciar a variabilidade das taxas brutas de mortalidade fornecidas pelas Tabelas 3 e 4, foram elaborados mapas das Regiões de Saúde consolidadas em seus respectivos RRAS e GVE, por sexo. As taxas referentes aos óbitos por DAC nos Mapas 3 a 6, as por diabetes nos mapas 7 a 10, por DPOC nos Mapas 11 a 14, e as decorrentes de neoplasias nos mapas 15 a 18. As taxas foram calculadas para 10 mil habitantes, pois das 63 Regiões de Saúde do estado, 26 delas tinham menos de 100 mil homens e 25 menos de 100 mil mulheres já em 2019.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

Mapa 3 – Taxas brutas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório (Cap. IX da CID-10), sexo masculino, por Redes Regionais de Atenção à Saúde do estado de São Paulo, com suas respectivas Regiões de Saúde, triênio 2015-2017*.

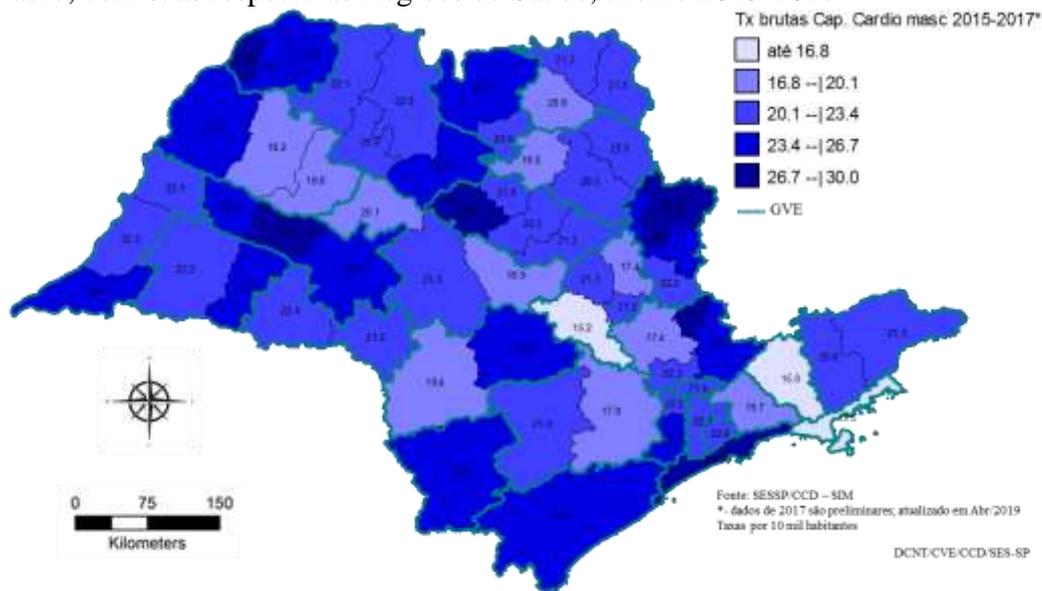


Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

* - dados de 2017 são preliminares; atualizados em Abr/2019. Taxas por 10 mil habitantes.

Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP.

Mapa 4 – Taxas brutas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório (Cap. IX da CID-10), sexo masculino, por Grupos de Vigilância Epidemiológica do estado de São Paulo, com suas respectivas Regiões de Saúde, triênio 2015-2017*.



Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

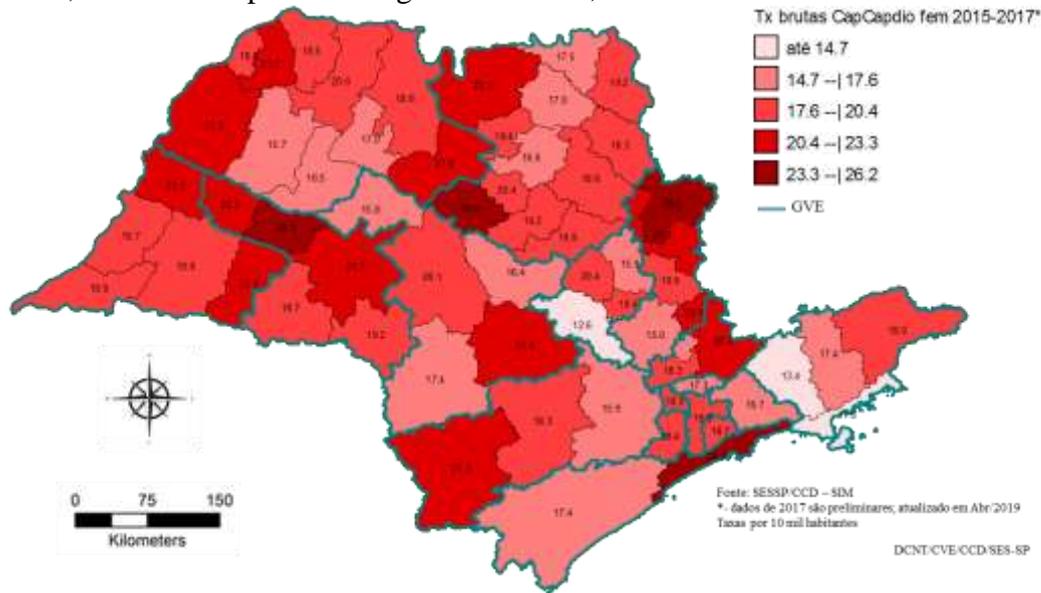
* - dados de 2017 são preliminares; atualizados em Abr/2019. Taxas por 10 mil habitantes.

Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

Mapa 5 – Taxas brutas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório (Cap. IX da CID-10), sexo feminino, por Redes Regionais de Atenção à Saúde do estado de São Paulo, com suas respectivas Regiões de Saúde, triênio 2015-2017*.

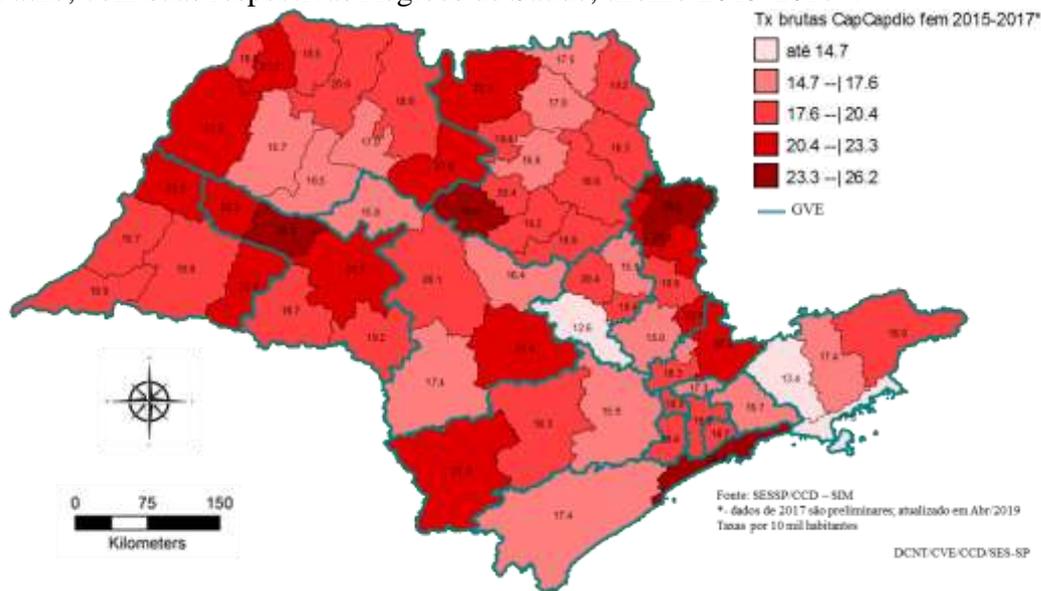


Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

* - dados de 2017 são preliminares; atualizados em Abr/2019. Taxas por 10 mil habitantes.

Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP.

Mapa 6 – Taxas brutas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório (Cap. IX da CID-10), sexo feminino, por Grupos de Vigilância Epidemiológica do estado de São Paulo, com suas respectivas Regiões de Saúde, triênio 2015-2017*.



Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

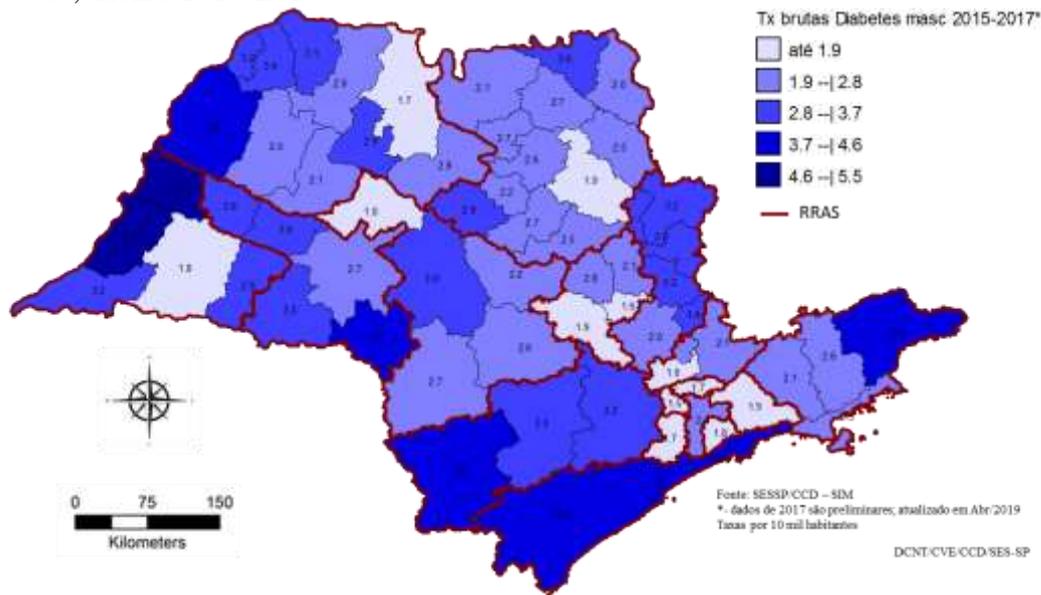
* - dados de 2017 são preliminares; atualizados em Abr/2019. Taxas por 10 mil habitantes.

Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

Mapa 7 – Taxas brutas de mortalidade por diabetes, sexo masculino, por Redes Regionais de Atenção à Saúde do estado de São Paulo, com suas respectivas Regiões de Saúde, triênio 2015-2017*.

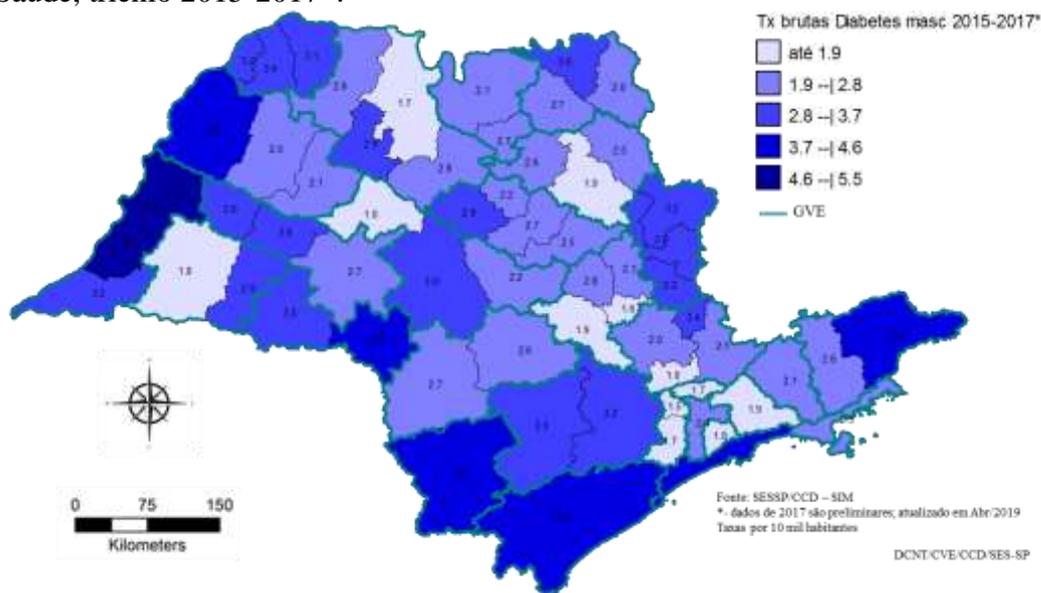


Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

* - dados de 2017 são preliminares; atualizados em Abr/2019. Taxas por 10 mil habitantes.

Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP.

Mapa 8 – Taxas brutas de mortalidade por diabetes, sexo masculino, por Grupos de Vigilância Epidemiológica do estado de São Paulo, com suas respectivas Regiões de Saúde, triênio 2015-2017*.



Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

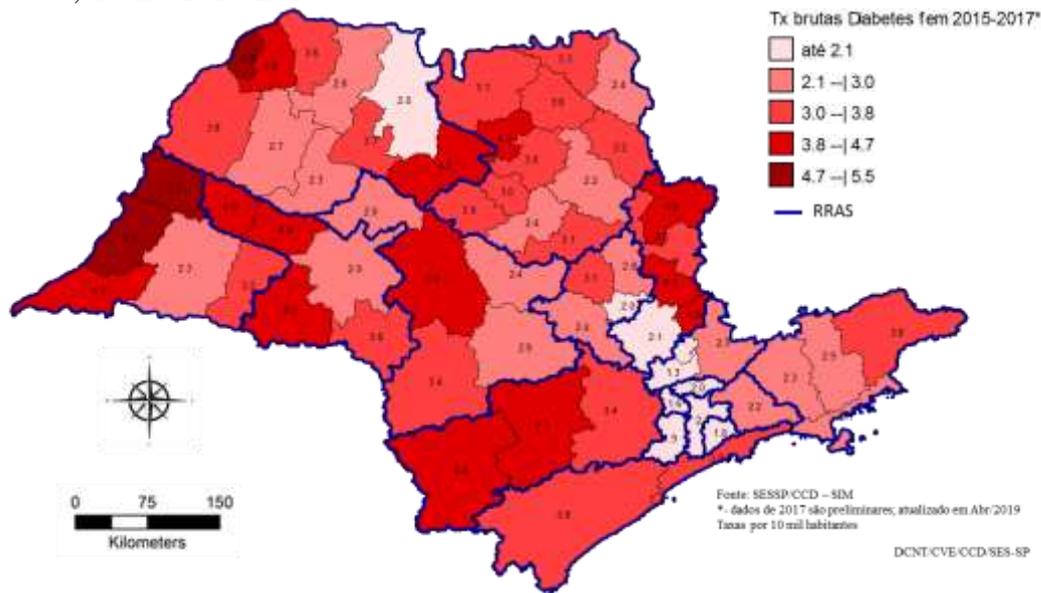
* - dados de 2017 são preliminares; atualizados em Abr/2019. Taxas por 10 mil habitantes.

Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

Mapa 9 – Taxas brutas de mortalidade por diabetes, sexo feminino, por Redes Regionais de Atenção à Saúde do estado de São Paulo, com suas respectivas Regiões de Saúde, triênio 2015-2017*.

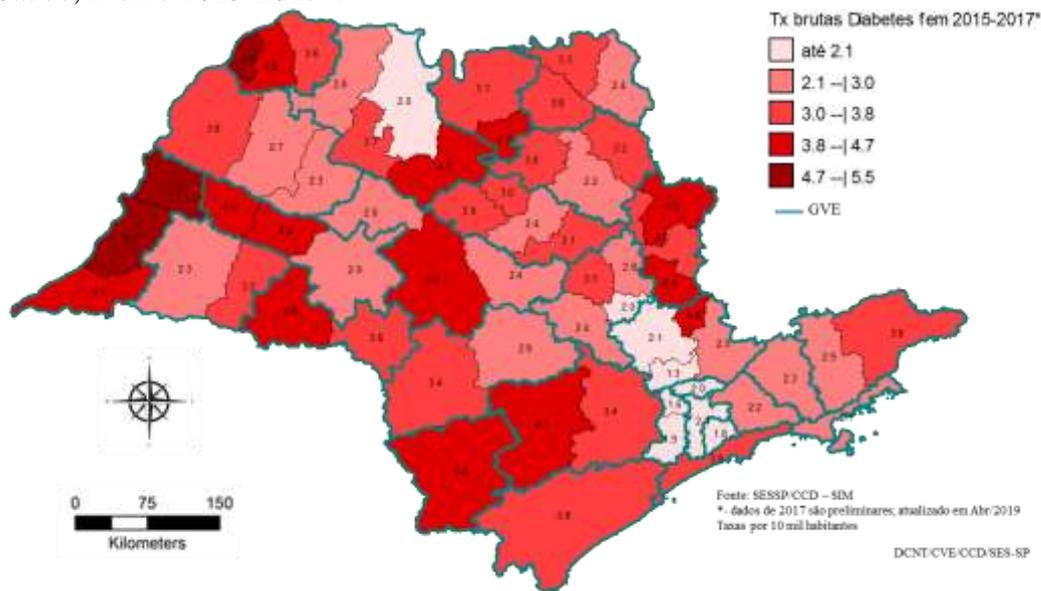


Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

* - dados de 2017 são preliminares; atualizados em Abr/2019. Taxas por 10 mil habitantes.

Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP.

Mapa 10 – Taxas brutas de mortalidade por diabetes, sexo feminino, por Grupos de Vigilância Epidemiológica do estado de São Paulo, com suas respectivas Regiões de Saúde, triênio 2015-2017*.



Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

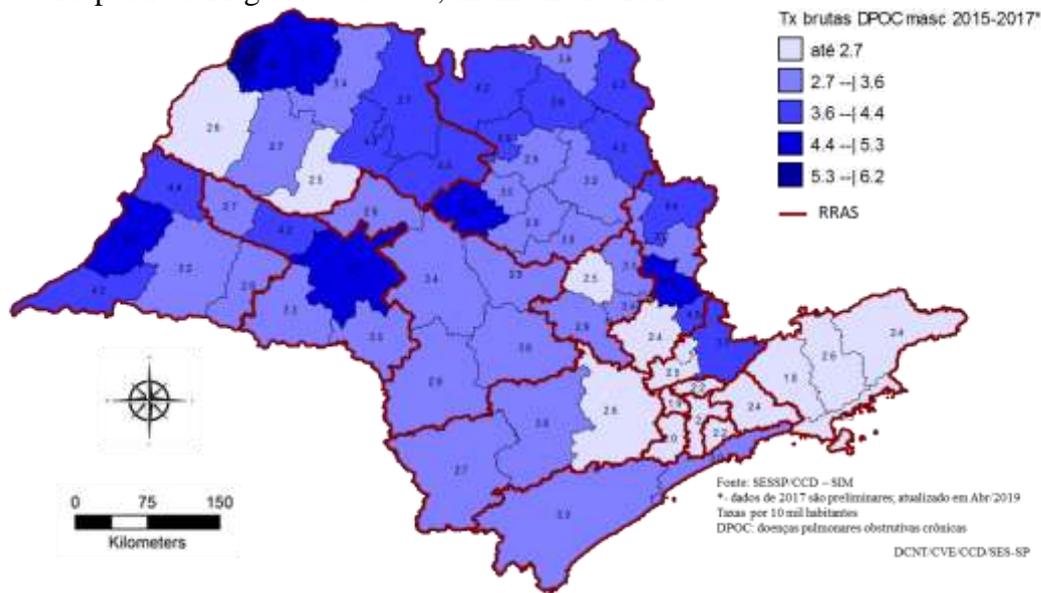
* - dados de 2017 são preliminares; atualizados em Abr/2019. Taxas por 10 mil habitantes.

Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

Mapa 11 – Taxas brutas de mortalidade por doenças pulmonares obstrutivas crônicas, sexo masculino, por Redes Regionais de Atenção à Saúde do estado de São Paulo, com suas respectivas Regiões de Saúde, triênio 2015-2017*.

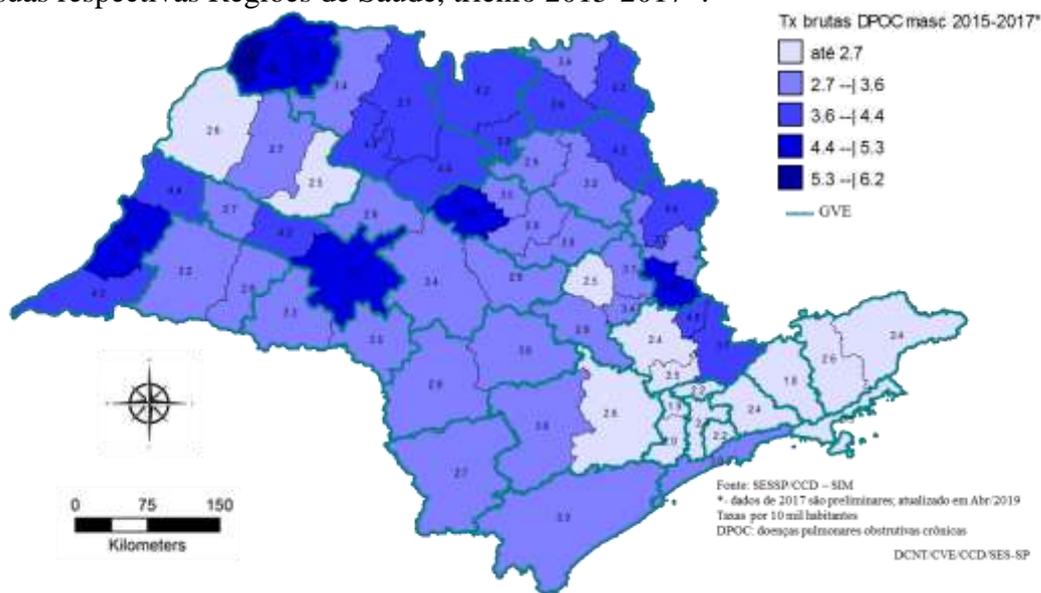


Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

* - dados de 2017 são preliminares; atualizados em Abr/2019. Taxas por 10 mil habitantes.

Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP.

Mapa 12 – Taxas brutas de mortalidade por doenças pulmonares obstrutivas crônicas, sexo masculino, por Grupos de Vigilância Epidemiológica do estado de São Paulo, com suas respectivas Regiões de Saúde, triênio 2015-2017*.



Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

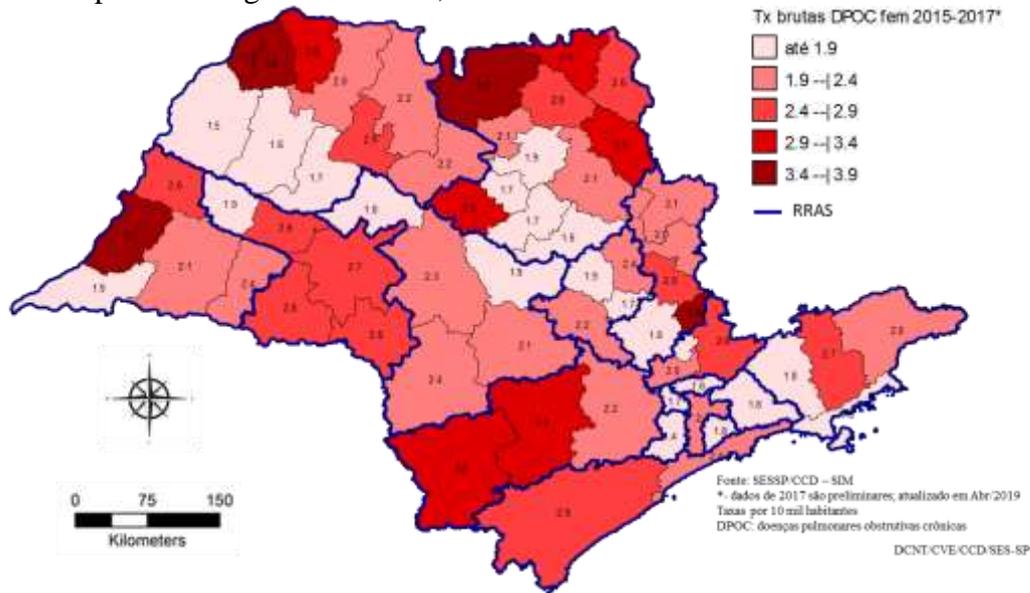
* - dados de 2017 são preliminares; atualizados em Abr/2019. Taxas por 10 mil habitantes.

Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

Mapa 13 – Taxas brutas de mortalidade por doenças pulmonares obstrutivas crônicas, sexo feminino, por Redes Regionais de Atenção à Saúde do estado de São Paulo, com suas respectivas Regiões de Saúde, triênio 2015-2017*.

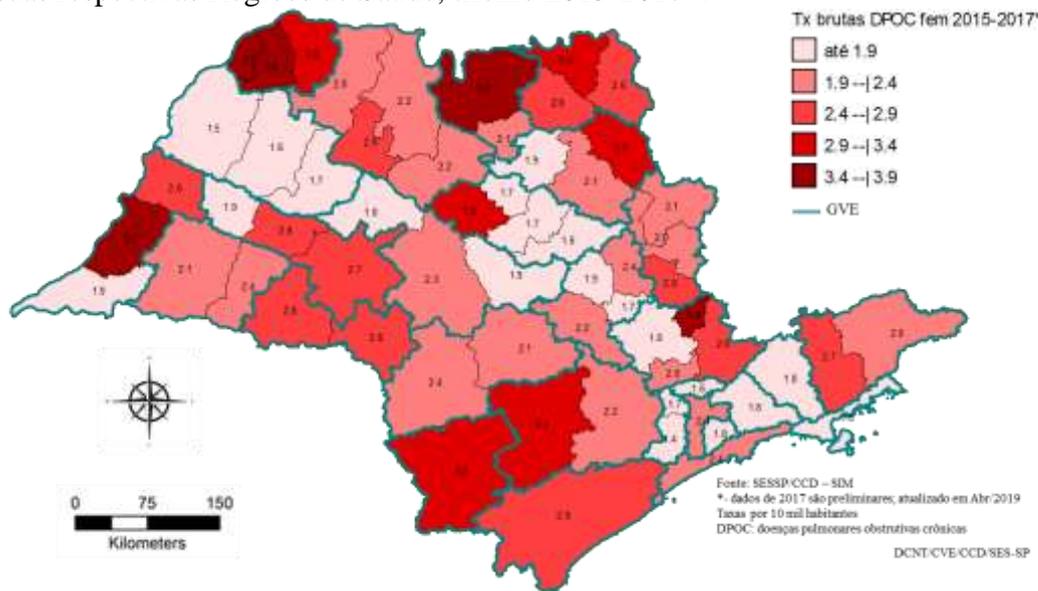


Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

* - dados de 2017 são preliminares; atualizados em Abr/2019. Taxas por 10 mil habitantes.

Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP.

Mapa 14 – Taxas brutas de mortalidade por doenças pulmonares obstrutivas crônicas, sexo feminino, por Grupos de Vigilância Epidemiológica do estado de São Paulo, com suas respectivas Regiões de Saúde, triênio 2015-2017*.



Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

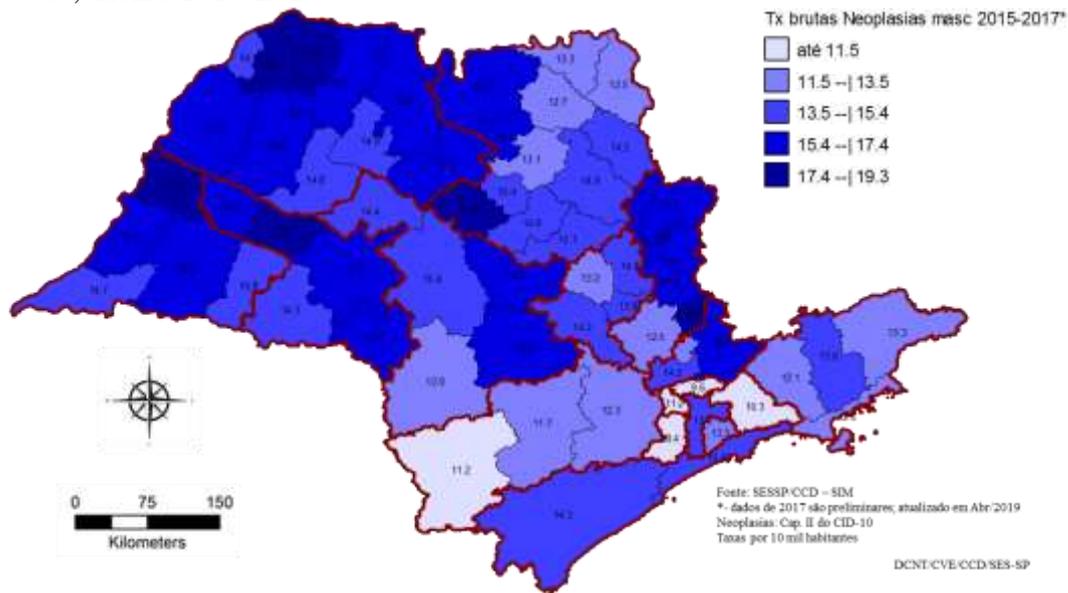
* - dados de 2017 são preliminares; atualizados em Abr/2019. Taxas por 10 mil habitantes.

Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

Mapa 15 – Taxas brutas de mortalidade por neoplasias, sexo masculino, por Redes Regionais de Atenção à Saúde do estado de São Paulo, com suas respectivas Regiões de Saúde, triênio 2015-2017*.

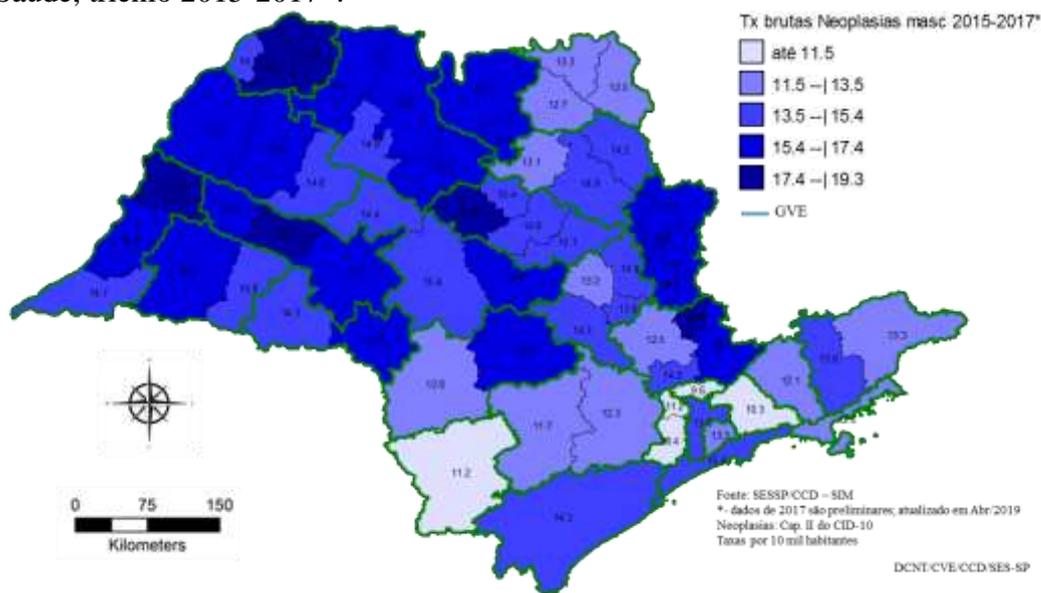


Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

* - dados de 2017 são preliminares; atualizados em Abr/2019. Taxas por 10 mil habitantes.

Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP.

Mapa 16 – Taxas brutas de mortalidade por neoplasias, sexo masculino, por Grupos de Vigilância Epidemiológica do estado de São Paulo, com suas respectivas Regiões de Saúde, triênio 2015-2017*.



Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

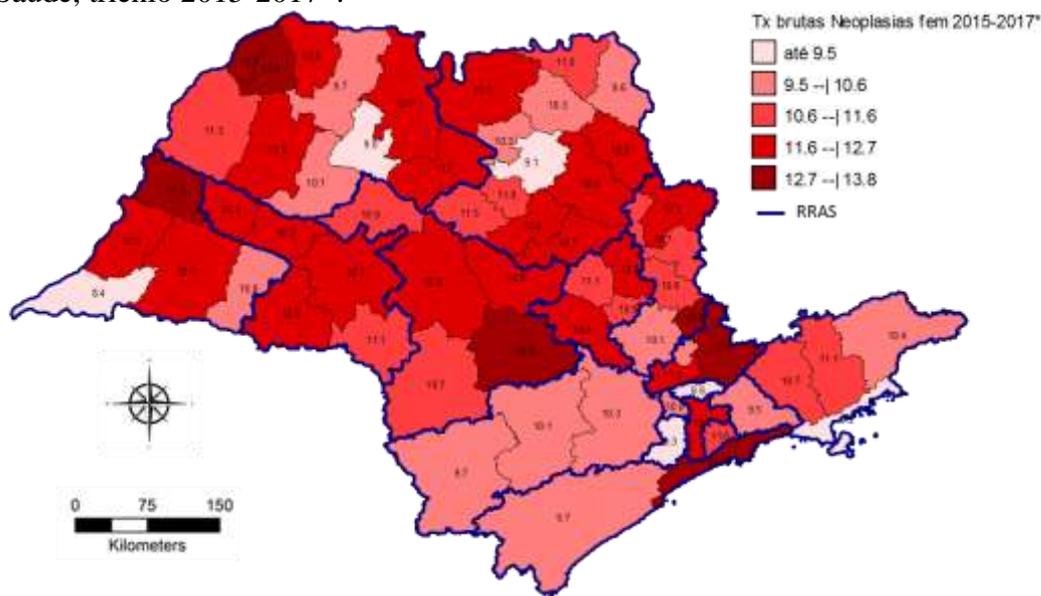
* - dados de 2017 são preliminares; atualizados em Abr/2019. Taxas por 10 mil habitantes.

Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

Mapa 17 – Taxas brutas de mortalidade por neoplasias, sexo feminino, por Redes Regionais de Atenção à Saúde do estado de São Paulo, com suas respectivas Regiões de Saúde, triênio 2015-2017*.

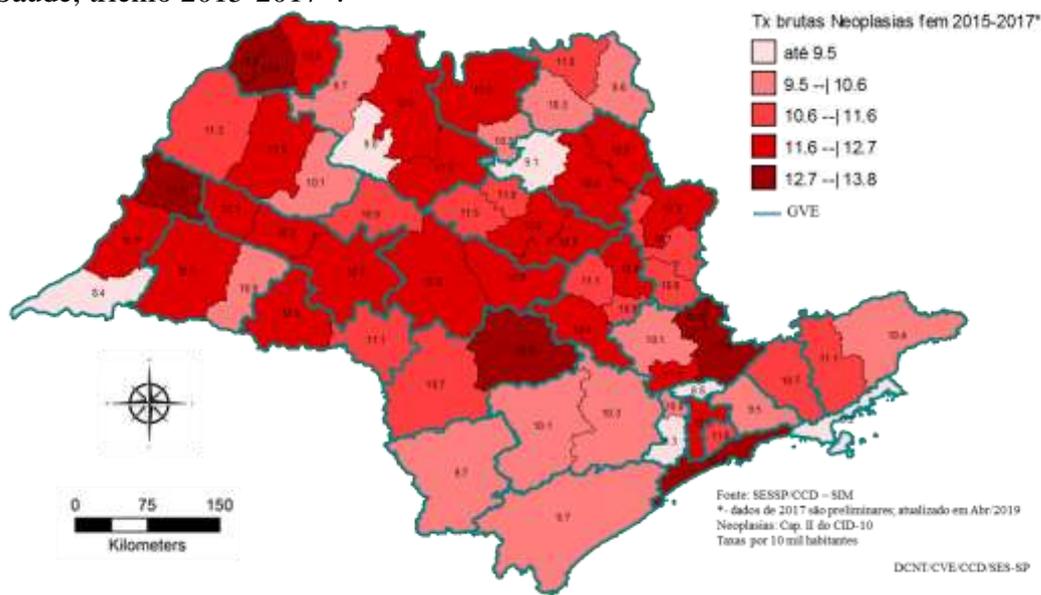


Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

* - dados de 2017 são preliminares; atualizados em Abr/2019. Taxas por 10 mil habitantes.

Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP.

Mapa 18 – Taxas brutas de mortalidade por neoplasias, sexo feminino, por Grupos de Vigilância Epidemiológica do estado de São Paulo, com suas respectivas Regiões de Saúde, triênio 2015-2017*.



Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

* - dados de 2017 são preliminares; atualizados em Abr/2019. Taxas por 10 mil habitantes.

Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP.

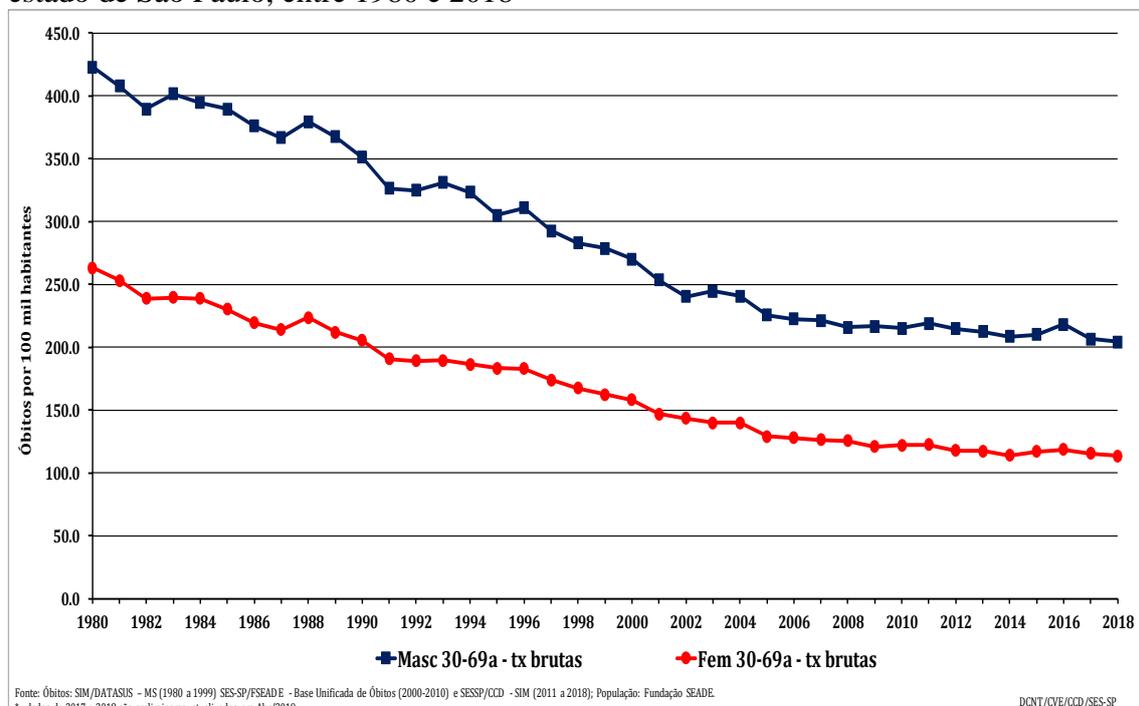


Mortalidade na população entre 30 e 69 anos

Em consonância com a abordagem mais particularizada das DCNT, com especial atenção em mortalidade prematura por estas condições, estendemos a análise para a população entre 30 e 69 anos. Sabemos que a morte é um evento complexo, ainda mais que concerne DCNT, e que é a conclusão de um longo processo em que inúmeras variáveis estão envolvidas. Desta forma, o conceito de prematuridade no óbito por condições clínicas como estas ganha contornos mais amplos.

A tendência temporal da mortalidade prematura por DAC (Gráfico 26) também ilustra valores maiores para indivíduos do sexo masculino ao longo de todo o período, como já observado para a população geral (Gráfico 12). No entanto, neste segmento etário, há clara redução das taxas ao longo de todo o período, aparentemente sem diferença entre sexos.

Gráfico 26 – Tendência temporal das taxas brutas de mortalidade prematura (óbito entre 30 e 69 anos) por doenças do aparelho circulatório (Capítulo CID), por sexo, no estado de São Paulo, entre 1980 e 2018*



Fonte: Óbitos: MS/SVS/CGIAE - SIM (1980-1999); SES-SP – Base Unificada de Óbitos (2000-2010) e SES-SP/CCD - SIM (2011-2018); População: Fundação SEADE (1980-2018).

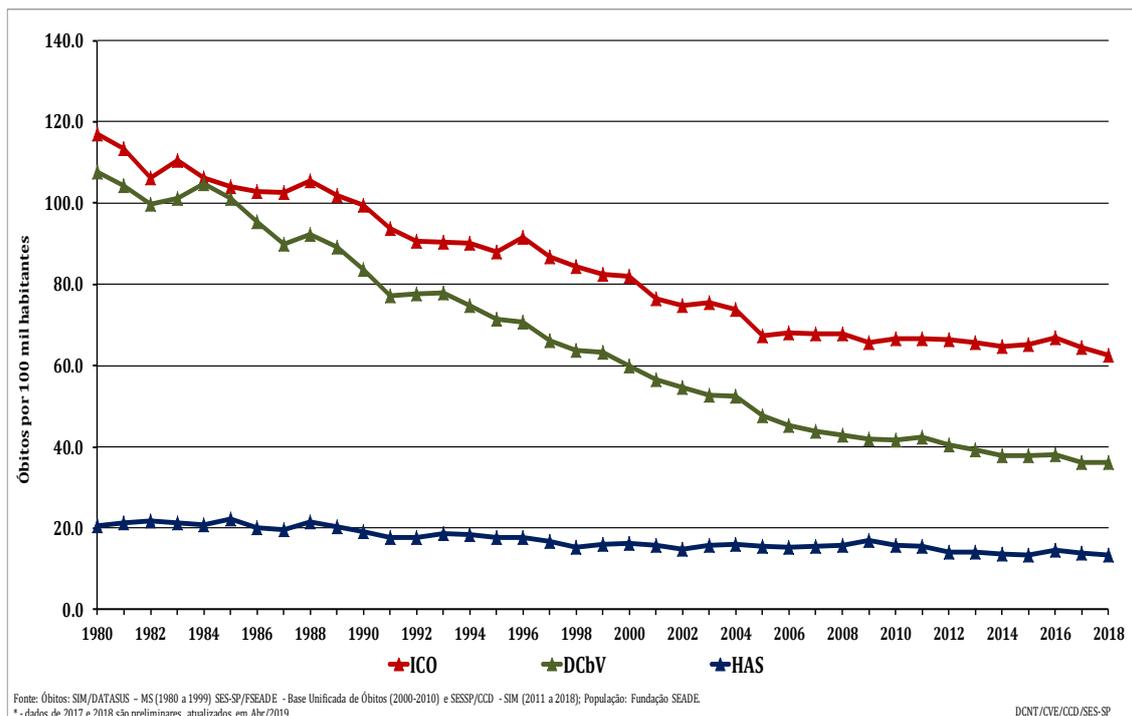
* - Dados de 2017 e 2018 são preliminares, atualizados em Abr/2019.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

Quando se analisa a tendência temporal da mortalidade prematura por ICO, DCbV e HAS (Gráfico 27) para ambos os sexos, o padrão já observado para a população em geral também pode ser identificado para HAS e DCbV, inclusive com inclinações semelhantes das curvas das diferentes populações. No entanto, enquanto a curva de mortalidade ajustada para ICO parece apresentar declínio em todo o período (embora com menor inclinação nos últimos anos), a taxa bruta de mortalidade prematura apresenta aparente estabilização a partir de meados da década de 2000.

Gráfico 27 – Tendência temporal das taxas brutas de mortalidade prematura (óbito entre 30 e 69 anos) por doenças cardiovasculares selecionadas, ambos os sexos, no estado de São Paulo, entre 1980 e 2018*



Fonte: Óbitos: MS/SVS/CGIAE - SIM (1980-1999); SES-SP – Base Unificada de Óbitos (2000-2010) e SES-SP/CCD - SIM (2011-2018); População: Fundação SEADE (1980-2018).

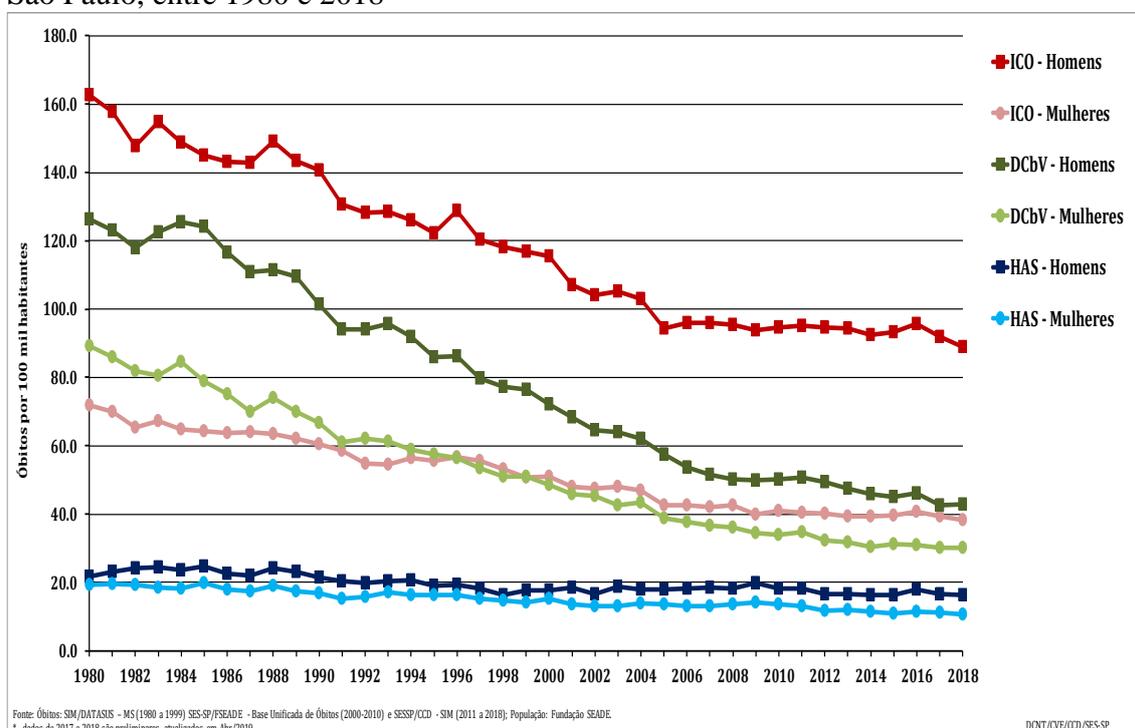
* - Dados de 2017 e 2018 são preliminares, atualizados em Abr/2019.

Quando se compara estas taxas entre os sexos (Gráfico 28), o padrão das curvas seja semelhante ao observado para a população como um todo (ressalvada a aparente estabilidade da taxa referente a coronariopatia não observada na população total). Entretanto, chama a atenção que as taxas brutas masculinas de mortalidade prematura



por ICO são mais que o dobro da observada para as mulheres no mesmo segmento etário, magnitude de diferença ausente na população geral. Ainda sobre coronariopatia, as taxas brutas de mortalidade de homens entre 30 e 69 anos são consistentemente mais elevadas que as taxas ajustadas da população masculina em todo o período estudado, achado que demanda estudos mais aprofundados.

Gráfico 28 – Tendência temporal das taxas brutas de mortalidade prematura (óbito entre 30 e 69 anos) por doenças cardiovasculares selecionadas, por sexo, no estado de São Paulo, entre 1980 e 2018*



Fonte: Óbitos: SIM/DATASUS - MS (1980 a 1999) SES-SP/SEADE - Base Unificada de Óbitos (2000-2010) e SESP/CCD - SIM (2011 a 2018); População: Fundação SEADE.

* - dados de 2017 e 2018 são preliminares, atualizados em Abr/2019

DVDCNT/CVE/CCD/SES-SP

Fonte: Óbitos: MS/SVS/CGIAE - SIM (1980-1999); SES-SP – Base Unificada de Óbitos (2000-2010) e SES-SP/CCD - SIM (2011-2018); População: Fundação SEADE (1980-2018).

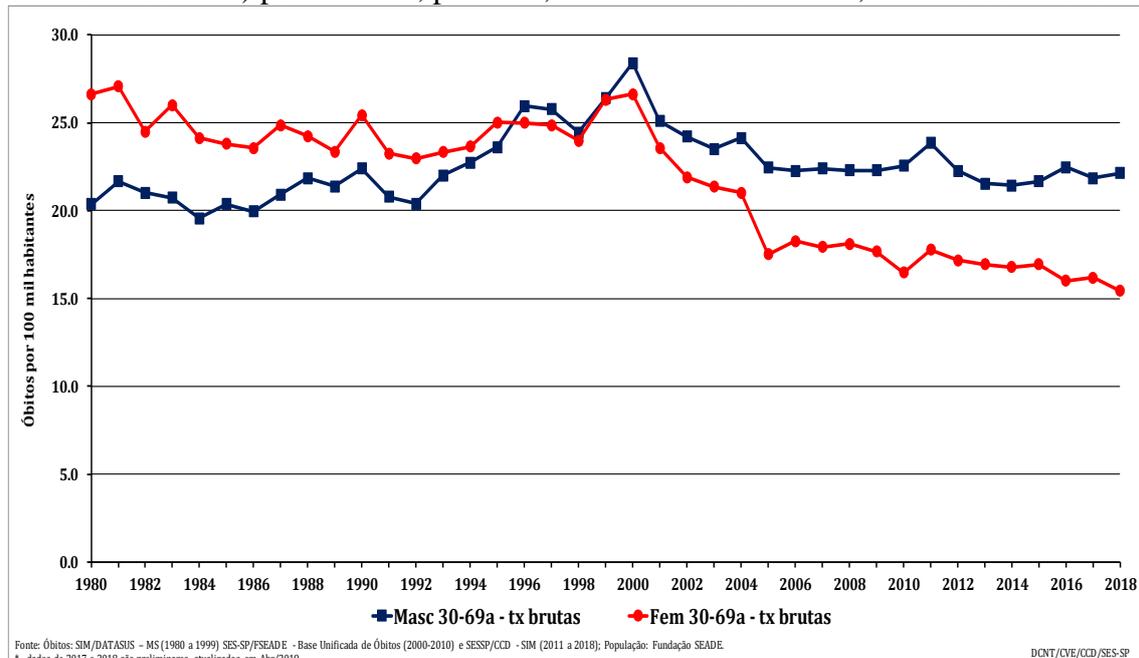
* - Dados de 2017 e 2018 são preliminares, atualizados em Abr/2019.

O Gráfico 29 apresenta as taxas brutas de mortalidade prematura por diabetes. Diferentemente do observado para a população total (Gráfico 15), a sobremortalidade feminina é observada até meados da década de 1990 (na população em geral isto foi observado até o início da década de 2000). Além disso, a curva feminina aparente redução após curto período de estabilidade, embora menos acentuada do que o visto no início do século, diferentemente do observado entre homens. Embora algumas hipóteses



possam ser feitas, ratificando o que foi explicitado anteriormente, foge ao escopo do presente painel a análise das variáveis envolvidas nesse resultado.

Gráfico 29 – Tendência temporal das taxas brutas de mortalidade prematura (óbito entre 30 e 69 anos) por diabetes, por sexo, no estado de São Paulo, entre 1980 e 2018*



Fonte: Óbitos: MS/SVS/CGIAE - SIM (1980-1999); SES-SP – Base Unificada de Óbitos (2000-2010) e SES-SP/CCD - SIM (2011-2018); População: Fundação SEADE (1980-2018).

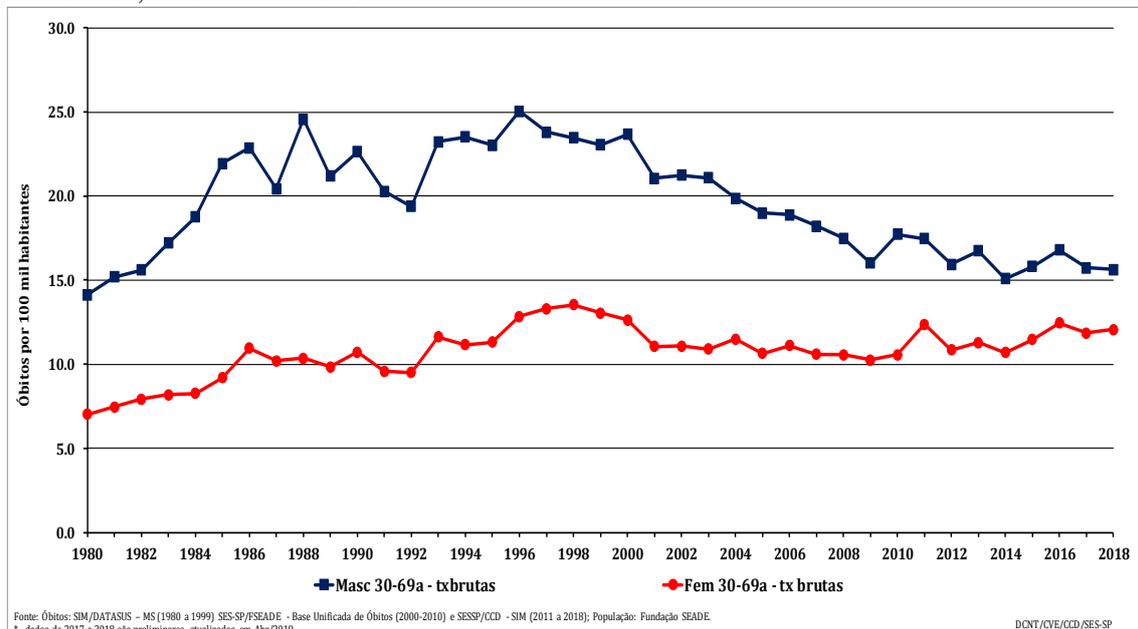
* - Dados de 2017 e 2018 são preliminares, atualizados em Abr/2019.

Em todo o intervalo, as taxas masculinas de mortalidade prematura por DPOC foram consistentemente maiores que as femininas e ambas aparentaram aumento até o final da década de 1990 pelo menos (Gráfico 30), reproduzindo neste segmento o que já havia sido levantado para a população geral (Gráfico 16). No entanto, enquanto as taxas masculinas apresentaram redução na primeira década do milênio com posterior estabilidade, as femininas aparentaram oscilação em torno da estabilidade por todo este período, com tendência de aumento nos últimos anos.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

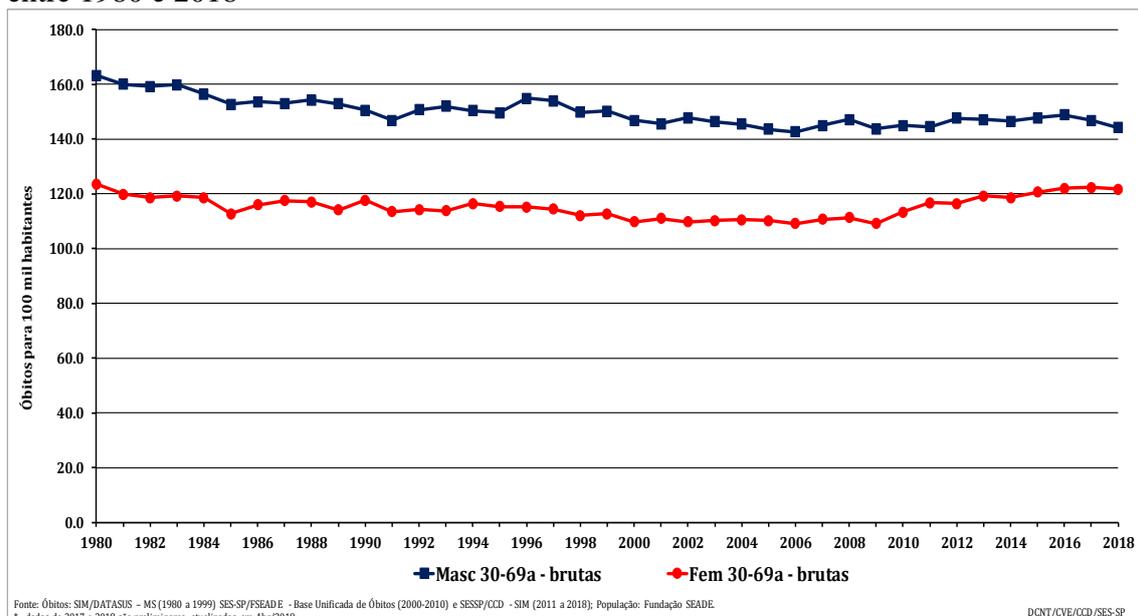
Gráfico 30 – Tendência temporal das taxas brutas de mortalidade prematura (óbito entre 30 e 69 anos) por doenças pulmonares obstrutivas crônicas, por sexo, no estado de São Paulo, entre 1980 e 2018*



Fonte: Óbitos: MS/SVS/CGIAE - SIM (1980-1999); SES-SP – Base Unificada de Óbitos (2000-2010) e SES-SP/CCD - SIM (2011-2018); População: Fundação SEADE (1980-2018).

* - Dados de 2017 e 2018 são preliminares, atualizados em Abr/2019.

Gráfico 31 – Tendência temporal das taxas brutas de mortalidade prematura (óbito entre 30 e 69 anos) por neoplasias (Capítulo CID), por sexo, no estado de São Paulo, entre 1980 e 2018*



Fonte: Óbitos: MS/SVS/CGIAE - SIM (1980-1999); SES-SP – Base Unificada de Óbitos (2000-2010) e SES-SP/CCD - SIM (2011-2018); População: Fundação SEADE (1980-2018).

* - Dados de 2017 e 2018 são preliminares, atualizados em Abr/2019.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

Embora a tendência temporal de mortalidade prematura por neoplasias ilustradas no Gráfico 31 também tenha padrão semelhante ao encontrado para a população total (taxas masculinas superiores às femininas e com redução aparente, enquanto as femininas mantêm-se razoavelmente estáveis), a magnitude das taxas é evidentemente maior que as ajustadas por idade. Esse achado levanta algumas hipóteses como, por exemplo, a de que este segmento etário pode não estar aderindo precocemente às recomendações de rastreamento de câncer ou mesmo sugerir que se tratem de cânceres de maior agressividade acometendo faixas etárias mais jovens.

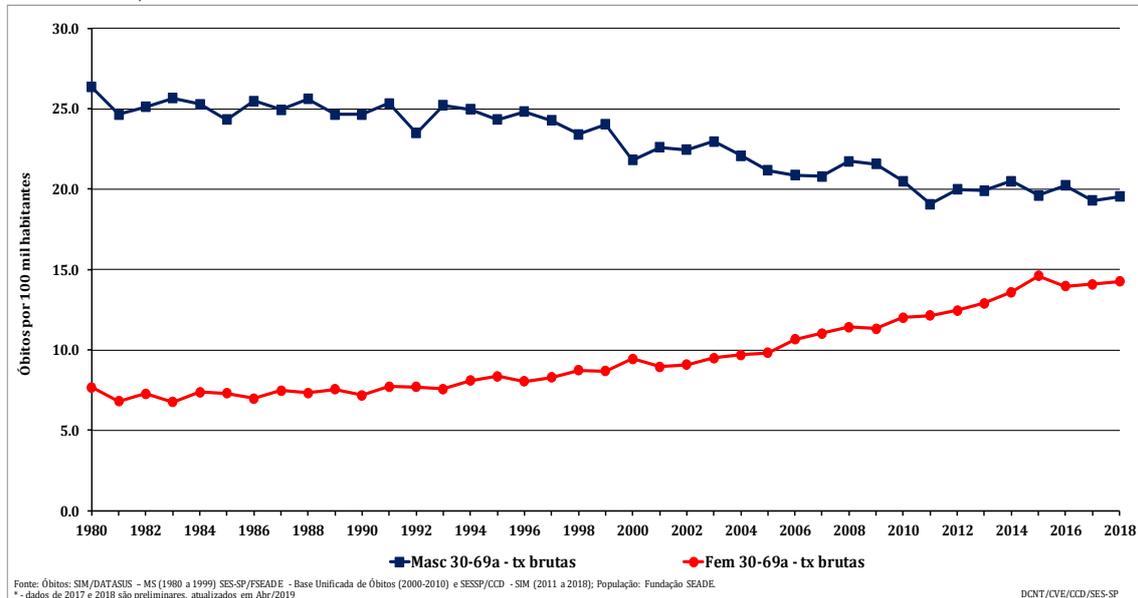
Como está ilustrado no Gráfico 32, e semelhante ao que foi observado para a população total (Gráfico 18), a tendência da mortalidade prematura conjunta por câncer de pulmão, traquéia e brônquio tem aparente estabilidade da curva masculina até meados da década de 1990, seguida de redução até 2010, quando se inicia novo período de estabilidade. Diferentemente, entre as mulheres, a curva aparenta lenta elevação das taxas ao longo de quase todo o período, parecendo estabilizar a partir de 2014. Também é digno de nota que a diferença entre os sexos diminui sensivelmente, com a taxa masculina sendo cerca de quatro vezes maior do que a feminina neste segmento etário no início do período estudado para apenas cerca de 30% a mais no final da década de 2010. Além disso, o percentual de óbitos por este consolidado de cânceres entre 30 e 69 anos reproduziu o que havia sido observado para a população total, com relativa estabilidade entre homens e tendência crescente entre mulheres, e os mesmos percentuais.

Em todo o período, houve sobremortalidade masculina por câncer de estômago neste segmento etário (Gráfico 33). A mortalidade prematura masculina evoluiu com declínio durante o intervalo de análise, mais pronunciado até o início da década de 1990. As taxas referentes à população feminina entre 30 e 69 anos de idade foram paulatinamente diminuindo até o final da década de 1990 com posterior estabilidade. Esta redução nas taxas espelhou a diminuição percentual no total dos óbitos por neoplasias, também já observada para a população geral.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

Gráfico 32 – Tendência temporal das taxas brutas de mortalidade prematura (óbito entre 30 e 69 anos) por câncer de pulmão, traquéia e brônquio, por sexo, no estado de São Paulo, entre 1980 e 2018*



Fonte: Óbitos: SIM/DATASUS - MS (1980 a 1999) SES-SP/FSEADE - Base Unificada de Óbitos (2000-2010) e SESSP/CCD - SIM (2011 a 2018); População: Fundação SEADE.

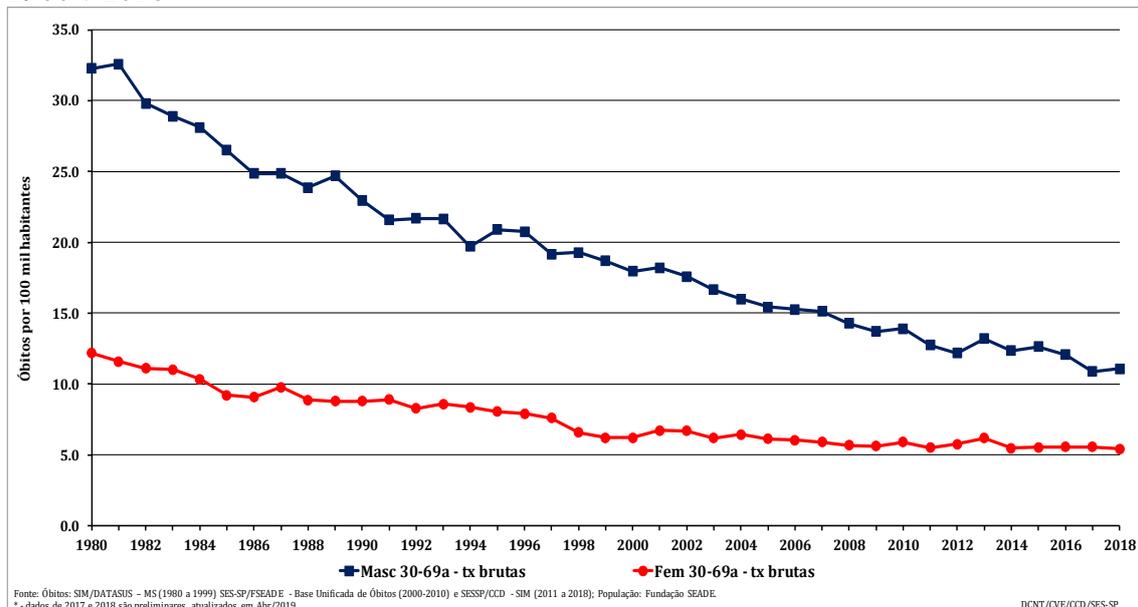
* - dados de 2017 e 2018 são preliminares, atualizados em Abr/2019

DCNT/CVE/CCD/SES-SP

Fonte: Óbitos: MS/SVS/CGIAE - SIM (1980-1999); SES-SP – Base Unificada de Óbitos (2000-2010) e SES-SP/CCD - SIM (2011-2018); População: Fundação SEADE (1980-2018).

* - Dados de 2017 e 2018 são preliminares, atualizados em Abr/2019.

Gráfico 33 – Tendência temporal das taxas brutas de mortalidade prematura (óbito entre 30 e 69 anos) por câncer de estômago, por sexo, no estado de São Paulo, entre 1980 e 2018*



Fonte: Óbitos: SIM/DATASUS - MS (1980 a 1999) SES-SP/FSEADE - Base Unificada de Óbitos (2000-2010) e SESSP/CCD - SIM (2011 a 2018); População: Fundação SEADE.

* - dados de 2017 e 2018 são preliminares, atualizados em Abr/2019

DCNT/CVE/CCD/SES-SP

Fonte: Óbitos: MS/SVS/CGIAE - SIM (1980-1999); SES-SP – Base Unificada de Óbitos (2000-2010) e SES-SP/CCD - SIM (2011-2018); População: Fundação SEADE (1980-2018).

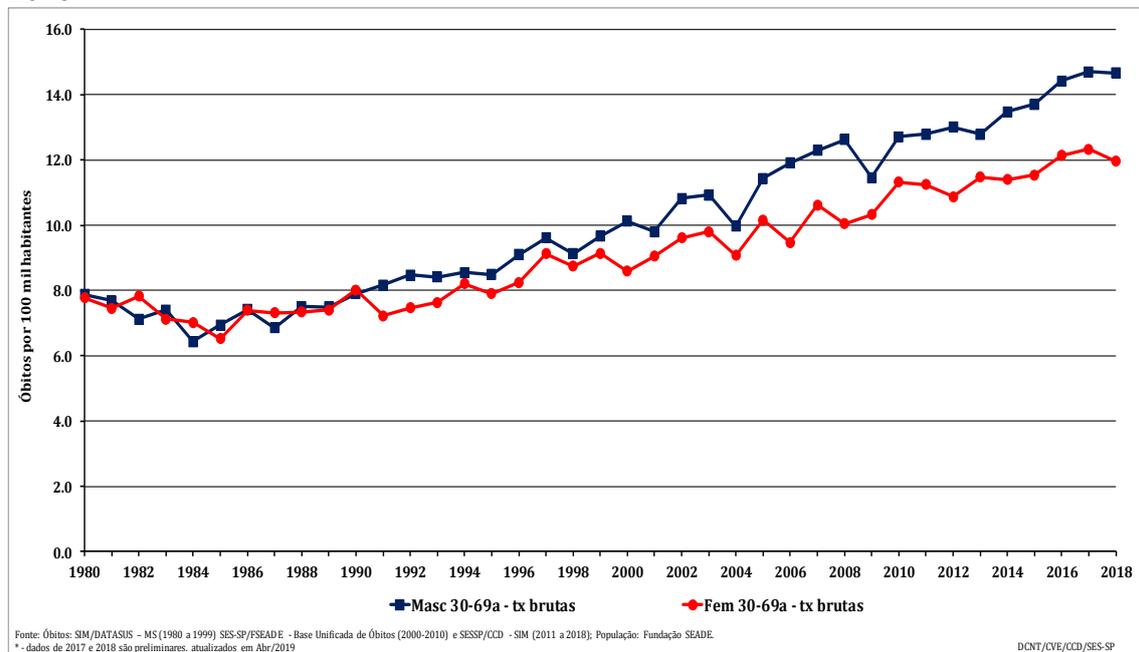
* - Dados de 2017 e 2018 são preliminares, atualizados em Abr/2019.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

O comportamento das taxas de mortalidade prematura por câncer colorretal (Gráfico 34) é semelhante ao das taxas ajustadas para a população geral (Gráfico 20), com o “descolamento” das taxas entre os sexos nos últimos vinte anos. No entanto, os valores calculados para esta faixa etária são sempre maiores neste grupo etário. Quanto ao peso relativo de óbitos por neoplasias, assim como na população em geral, para este estrato etário e para ambos os sexos, o percentual apresenta padrão ascendente.

Gráfico 34 – Tendência temporal das taxas brutas de mortalidade prematura (óbito entre 30 e 69 anos) por câncer colorretal, por sexo, no estado de São Paulo, entre 1980 e 2018*



Fonte: Óbitos: MS/SVS/CGIAE - SIM (1980-1999); SES-SP – Base Unificada de Óbitos (2000-2010) e SES-SP/CCD - SIM (2011-2018); População: Fundação SEADE (1980-2018).

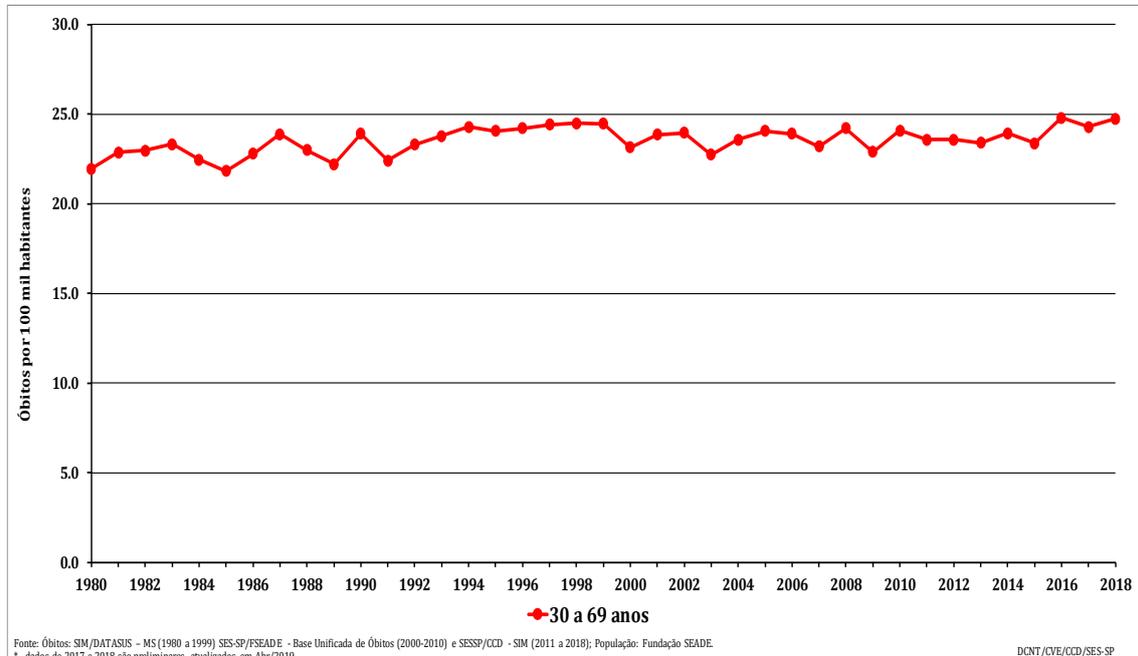
* - Dados de 2017 e 2018 são preliminares, atualizados em Abr/2019.

Como demonstrado no Gráfico 35, a tendência temporal das taxas de mortalidade prematura por câncer de mama feminina apresenta discretas oscilações em torno de aparente estabilidade, mais evidente nos últimos 25 anos. Essa informação ganha ainda maior relevância considerando que de 1980 a 2018, em torno de 21% de todos os óbitos por neoplasias de mulheres neste estrato etário foram decorrentes de câncer de mama.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

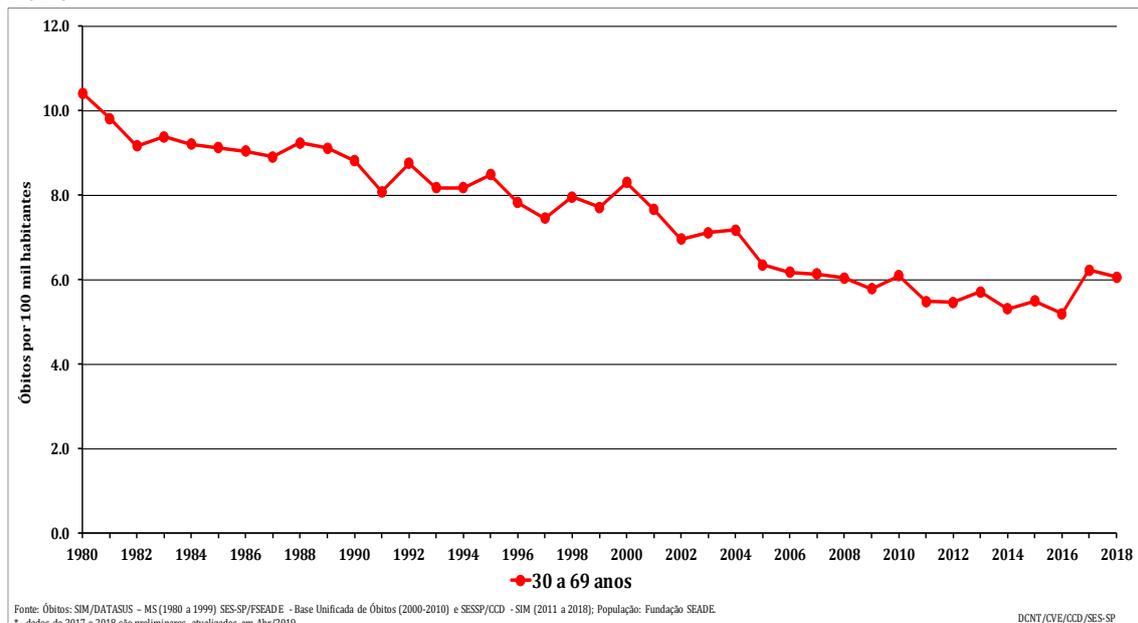
Gráfico 35 – Tendência temporal das taxas brutas de mortalidade prematura (óbito entre 30 e 69 anos) por câncer de mama feminina, no estado de São Paulo, entre 1980 e 2018*



Fonte: Óbitos: MS/SVS/CGIAE - SIM (1980-1999); SES-SP – Base Unificada de Óbitos (2000-2010) e SES-SP/CCD - SIM (2011-2018); População: Fundação SEADE (1980-2018).

* - Dados de 2017 e 2018 são preliminares, atualizados em Abr/2019.

Gráfico 36 – Tendência temporal das taxas brutas de mortalidade prematura (óbito entre 30 e 69 anos) por câncer de colo uterino, no estado de São Paulo, entre 1980 e 2018*



Fonte: Óbitos: MS/SVS/CGIAE - SIM (1980-1999); SES-SP – Base Unificada de Óbitos (2000-2010) e SES-SP/CCD - SIM (2011-2018); População: Fundação SEADE (1980-2018).

* - Dados de 2017 e 2018 são preliminares, atualizados em Abr/2019.

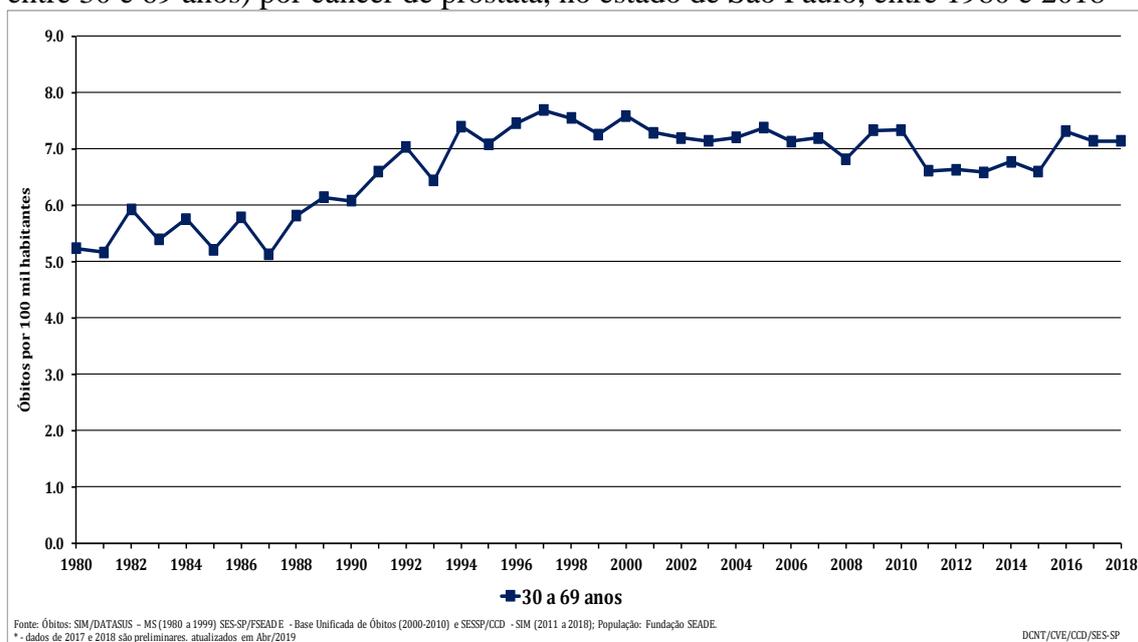


SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

Entre 1980 e 2018, a mortalidade prematura por câncer de colo uterino diminuiu de forma irregular no estado de São Paulo, com curtos períodos de oscilação e estabilização (Gráfico 36). Os cânceres desta topografia causaram 6% de todos os óbitos por neoplasias em mulheres de 30 a 69 anos no estado de São Paulo entre 1980 e 2018.

No mesmo intervalo, as taxas de mortalidade prematura por câncer de próstata (Gráfico 37) oscilaram na década de 1980, depois tiveram elevação no início da década de 1990. Desde então, estas taxas vêm apresentando aparente estabilidade. Este câncer foi responsável por 6% de todos os óbitos precoces por neoplasias em homens.

Gráfico 37 – Tendência temporal das taxas brutas de mortalidade prematura (óbito entre 30 e 69 anos) por câncer de próstata, no estado de São Paulo, entre 1980 e 2018*



Fonte: Óbitos: SIM/DATASUS - MS (1980 a 1999) SES-SP/FSEADE - Base Unificada de Óbitos (2000-2010) e SESSP/CCD - SIM (2011 a 2018); População: Fundação SEADE.
* - dados de 2017 e 2018 são preliminares, atualizados em Abr/2019

Fonte: Óbitos: MS/SVS/CGIAE - SIM (1980-1999); SES-SP – Base Unificada de Óbitos (2000-2010) e SES-SP/CCD - SIM (2011-2018); População: Fundação SEADE (1980-2018).

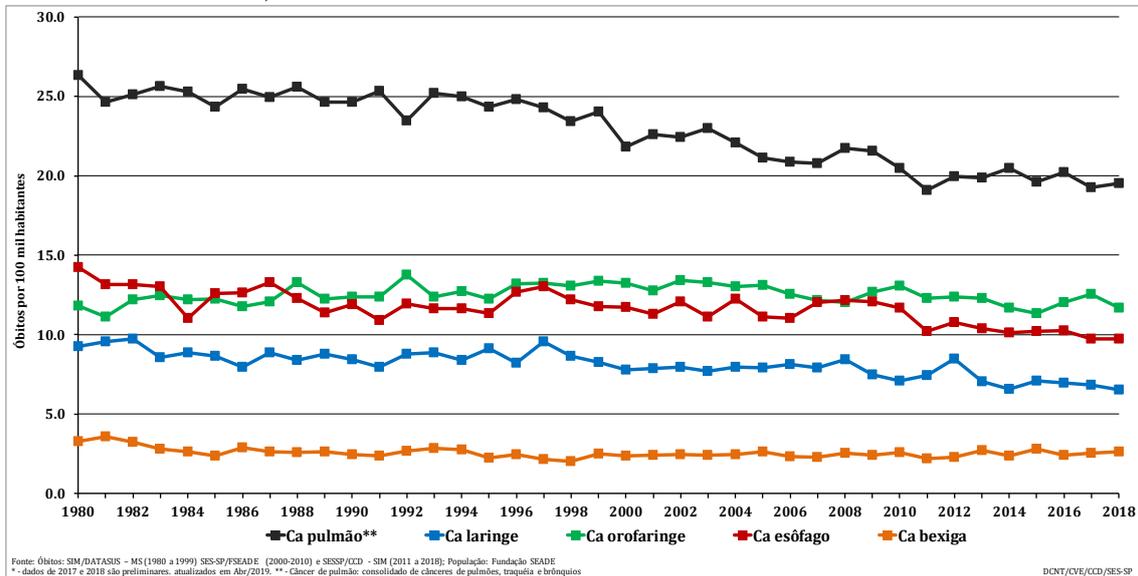
* - Dados de 2017 e 2018 são preliminares, atualizados em Abr/2019.

Mantendo a lógica de mapear a mortalidade prematura pelas mesmas doenças avaliadas na população geral, plotamos os dados da mortalidade prematura pelas neoplasias tabaco-relacionadas (câncer de pulmão, traquéia e brônquios; câncer de laringe; câncer de lábio, cavidade oral e faringe; câncer de esôfago; e câncer de bexiga) nos Gráficos 38 e 39.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

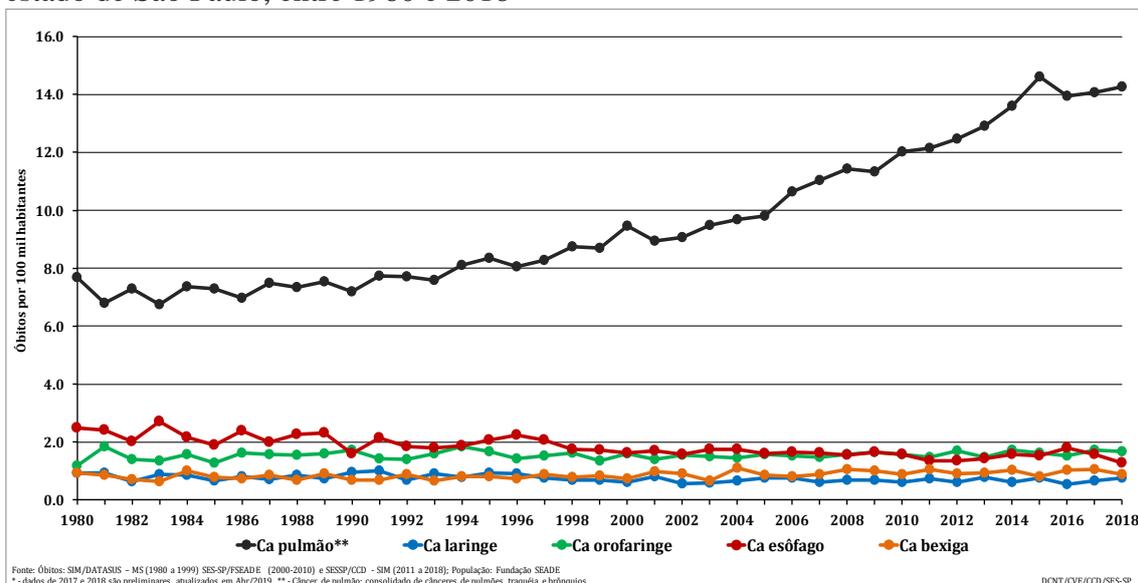
Gráfico 38 – Tendência temporal das taxas brutas de mortalidade prematura (óbito entre 30 e 69 anos) por cânceres tabaco-relacionados selecionados, sexo masculino, no estado de São Paulo, entre 1980 e 2018*



Fonte: Óbitos: MS/SVS/CGIAE - SIM (1980-1999); SES-SP – Base Unificada de Óbitos (2000-2010) e SES-SP/CCD - SIM (2011-2018); População: Fundação SEADE (1980-2018).

* - Dados de 2017 e 2018 são preliminares, atualizados em Abr/2019. ** - Câncer de pulmão: consolidado de cânceres de pulmões, traquéia e brônquios.

Gráfico 39 – Tendência temporal das taxas brutas de mortalidade prematura (óbito entre 30 e 69 anos) por cânceres tabaco-relacionados selecionados, sexo feminino, no estado de São Paulo, entre 1980 e 2018*



Fonte: Óbitos: MS/SVS/CGIAE - SIM (1980-1999); SES-SP – Base Unificada de Óbitos (2000-2010) e SES-SP/CCD - SIM (2011-2018); População: Fundação SEADE (1980-2018).

* - Dados de 2017 e 2018 são preliminares, atualizados em Abr/2019. ** - Câncer de pulmão: consolidado de cânceres de pulmões, traquéia e brônquios.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

Conquanto o comportamento das curvas de mortalidade prematura masculina pelos principais cânceres tabaco-relacionados (Gráfico 38) seja semelhante ao observado entre todos os homens (Gráfico 24), é notório que a magnitude dos valores neste segmento etário é visivelmente maior, com exceção do encontrado para câncer de bexiga. Impressões similares ocorrem ao se comparar as taxas ajustadas na população feminina com as de mortalidade prematura (Gráficos 25 e 39).

Dando continuidade à abordagem têmporo-espacial, o mesmo conjunto de dados referente aos quatro grandes grupos de doenças crônicas não transmissíveis (PAE-DCNT e ODS-3) foi trabalhado para o segmento etário em que a mortalidade por estes grupos de doenças é considerada prematura, ou seja, de 30 a 69 anos de idade (ODS-3.4) para as Regiões de Saúde, e consolidados em RRAS e GVE.

Para este recorte etário, no triênio 2015-2017 as taxas brutas de mortalidade das RRAS variaram de 123,9 a 221,6 para DAC, de 116,3 a 148,6 para neoplasias, de 13,2 a 33,0 para diabetes, e de 11,4 a 18,3 para DPOC. RRAS 07 figurou entre as cinco maiores taxas para os quatro grupos. Para os GVE, a amplitude entre os valores extremos seguiu o padrão observado para a população total. GVE 30 Santos apresentou-se entre as cinco maiores taxas em todos os quatro grupos.

Houve concomitância para as cinco maiores taxas no ranking para a população total e para a população entre 30- 69 anos em alguns casos: para DAC a RRAS 07 e os GVE 25 Santos e GVE 32 Itapeva; para neoplasias as RRAS 07, RRAS 10, RRAS 11 e RRAS 16, e os GVE 22 Presidente Venceslau, GVE 25 Santos e GVE 30 Jales; para diabetes os RRAS 07, RRAS 08, RRAS 09, RRAS 10 e RRAS 11, e os GVE 22 Presidente Venceslau, GVE 23 Registro, GVE 25 Santos e GVE 32 Itapeva; e para DPOC a RRAS 13 e os GVE 14 Barretos, GVE 18 Franca e GVE 26 São João da Boa Vista.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

Tabela 5 – Taxas brutas de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) pelos grandes grupos de doenças crônicas, por Rede Regional de Atenção à Saúde, ambos os sexos, no estado de São Paulo, no triênio 2015-2017*.

RRAS	DAC	Diabetes	DPOC	Neoplasias
RRAS 01	173.1	13.2	11.8	134.9
RRAS 02	184.4	18.6	15.7	124.9
RRAS 03	213.6	17.1	15.5	119.8
RRAS 04	221.6	15.1	12.9	125.7
RRAS 05	204.2	14.4	13.0	131.6
RRAS 06	160.4	14.5	12.5	130.0
RRAS 07	217.7	33.0	18.3	148.6
RRAS 08	151.0	29.5	17.3	124.4
RRAS 09	150.4	24.6	14.4	141.8
RRAS 10	157.0	26.9	14.0	140.2
RRAS 11	152.2	25.0	13.7	137.6
RRAS 12	135.9	20.4	12.5	132.5
RRAS 13	149.3	21.1	16.6	132.1
RRAS 14	129.3	18.4	15.6	133.8
RRAS 15	123.9	15.3	11.4	116.3
RRAS 16	163.8	18.1	15.1	139.5
RRAS 17	136.5	23.3	12.7	128.7
Total 30-69a ESP	160.9	19.0	13.9	131.0

Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

* - dados de 2017 são preliminares; atualizados em Abr/2019. Em cada coluna, as barras coloridas ilustram a magnitude dos valores expostos em relação ao total do estado de São Paulo. DAC: Cap. IX do CID-10; DPOC: doenças pulmonares obstrutivas crônicas (J40-J44); Diabetes: E10-E14; Neoplasias: Cap. II do CID-10. Taxas por 100 mil habitantes.

Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP.

Assim como na abordagem referente à população total, também foram construídos mapas com as taxas de mortalidade prematura das Regiões de Saúde consolidadas em seus respectivos RRAS e GVE, por sexo. As taxas referentes aos óbitos por doenças do aparelho circulatório nos Mapas 19 a 22, as por diabetes nos mapas 23 a 26, aquelas por DPOC nos Mapas 27 a 30, e as decorrentes de neoplasia nos Mapas 31 a 34.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

Tabela 6 – Taxas brutas de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) pelos grandes grupos de doenças crônicas, por Grupo de Vigilância Epidemiológica, ambos os sexos, população total, no estado de São Paulo, no triênio 2015-2017*.

GVE	DAC	Diabetes	DPOC	Neoplasias
Capital	82.6	7.5	6.4	66.9
GVE 07 Santo André	89.9	6.9	6.1	70.1
GVE 08 Mogi das Cruzes	88.9	9.0	7.6	60.2
GVE 09 Franco da Rocha	101.4	8.1	7.4	56.9
GVE 10 Osasco	102.8	7.1	6.3	63.2
GVE 11 Araçatuba	68.6	12.6	5.8	69.8
GVE 12 Araraquara	76.7	11.5	7.2	70.3
GVE 13 Assis	75.2	15.8	7.8	71.5
GVE 14 Barretos	86.4	10.6	9.6	71.1
GVE 15 Bauru	74.3	12.2	7.6	72.9
GVE 16 Botucatu	78.6	12.7	6.6	68.6
GVE 17 Campinas	70.2	7.2	6.0	63.6
GVE 18 Franca	77.8	12.0	11.7	61.1
GVE 19 Marília	83.2	12.1	6.7	71.1
GVE 20 Piracicaba	66.3	9.5	8.0	68.7
GVE 21 Presidente Prudente	75.2	8.1	5.8	69.1
GVE 22 Presidente Venceslau	80.8	20.0	8.7	71.4
GVE 23 Registro	73.2	16.3	9.4	64.2
GVE 24 Ribeirão Preto	71.8	9.7	7.4	67.2
GVE 25 Santos	112.4	16.2	8.9	74.5
GVE 26 São João da Boa Vista	81.2	15.5	10.3	70.4
GVE 27 São José dos Campos	59.5	10.2	5.2	63.3
GVE 28 Caraguatatuba	54.8	11.9	6.8	61.9
GVE 29 São José do Rio Preto	74.1	8.9	6.6	68.7
GVE 30 Jales	68.0	14.4	8.8	75.4
GVE 31 Sorocaba	72.4	14.0	8.7	62.1
GVE 32 Itapeva	90.0	18.7	7.5	55.3
GVE 33 Taubaté	82.3	13.2	7.5	67.4
Total 30-69a ESP	81.6	9.6	7.0	66.5

Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

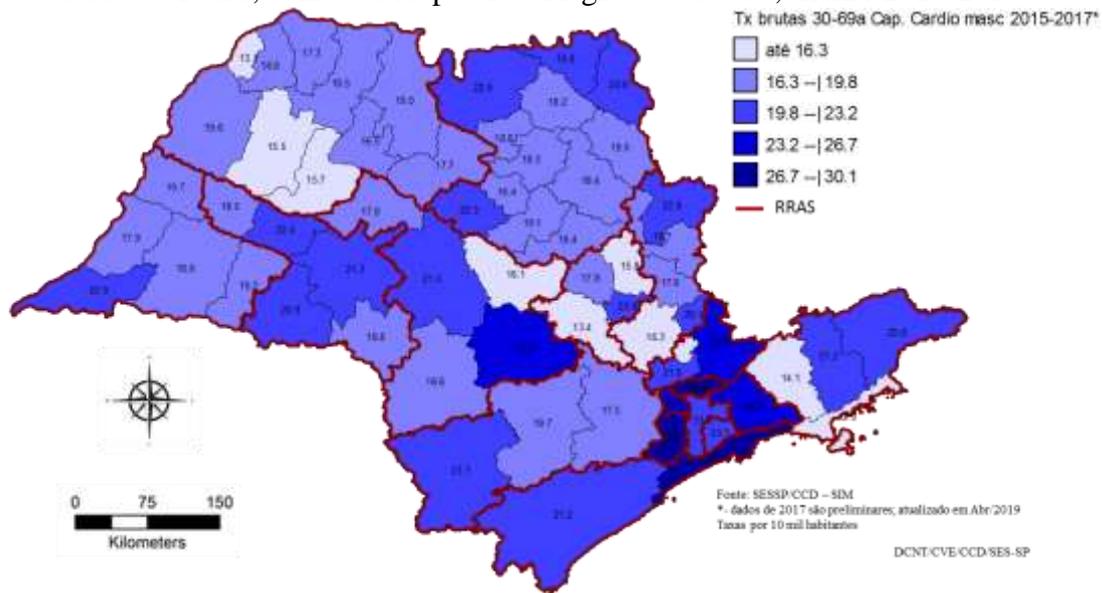
* - dados de 2017 são preliminares; atualizados em Abr/2019. Em cada coluna, as barras coloridas ilustram a magnitude dos valores expostos em relação ao total do estado de São Paulo. DAC: Cap. IX do CID-10; DPOC: doenças pulmonares obstrutivas crônicas (J40-J44); Diabetes: E10-E14; Neoplasias: Cap. II do CID-10. Taxas por 100 mil habitantes.

Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

Mapa 19 – Taxas brutas de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por doenças do aparelho circulatório, sexo masculino, por Redes Regionais de Atenção à Saúde do estado de São Paulo, com suas respectivas Regiões de Saúde, triênio 2015-2017*.

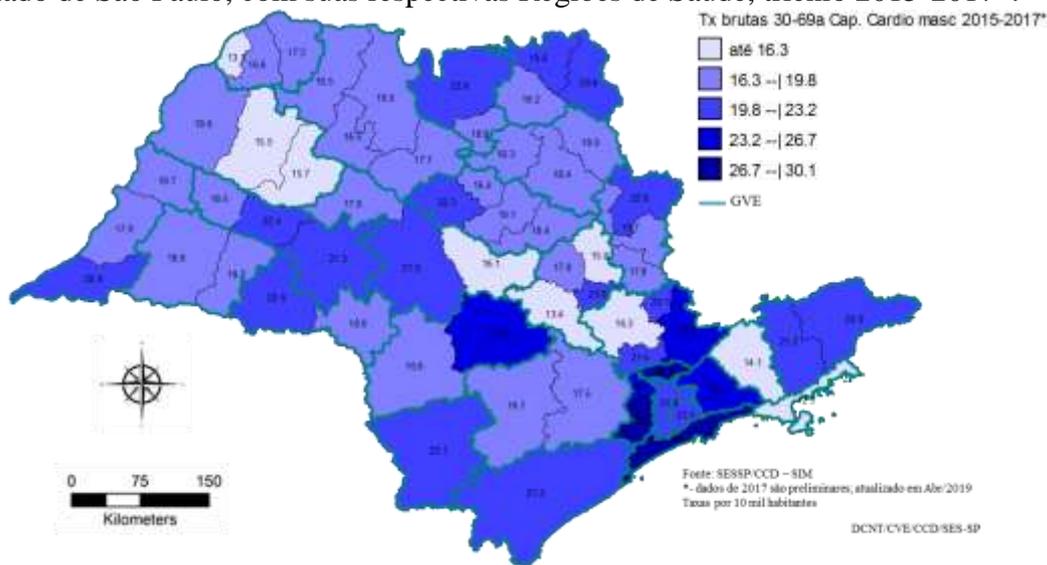


Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

* - dados de 2017 são preliminares; atualizados em Abr/2019. Taxas por 10 mil habitantes.

Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP.

Mapa 20 – Taxas brutas de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por doenças do aparelho circulatório, sexo masculino, por Grupos de Vigilância Epidemiológica do estado de São Paulo, com suas respectivas Regiões de Saúde, triênio 2015-2017*.



Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

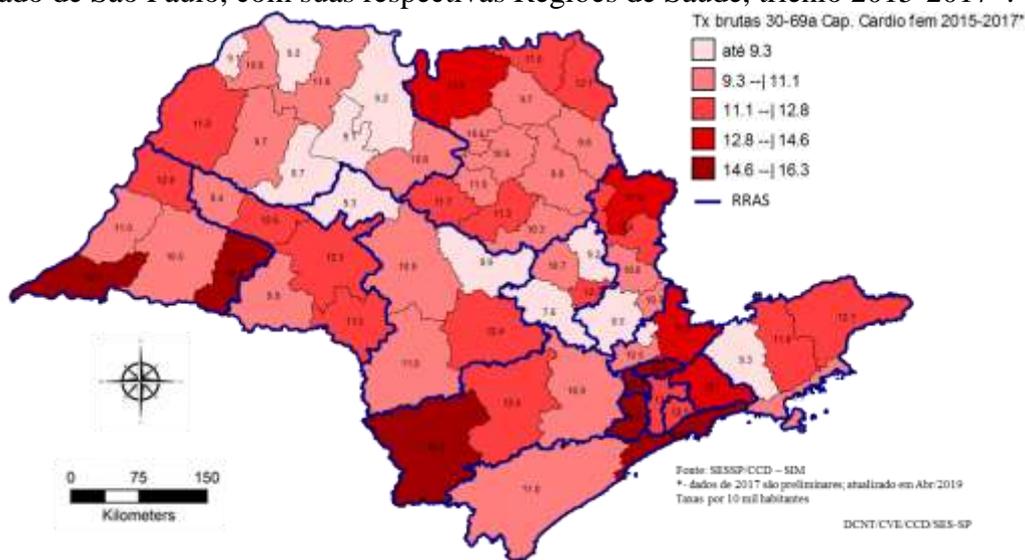
* - dados de 2017 são preliminares; atualizados em Abr/2019. Taxas por 10 mil habitantes.

Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

Mapa 21 – Taxas brutas de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por doenças do aparelho circulatório, sexo feminino, por Redes Regionais de Atenção à Saúde do estado de São Paulo, com suas respectivas Regiões de Saúde, triênio 2015-2017*.

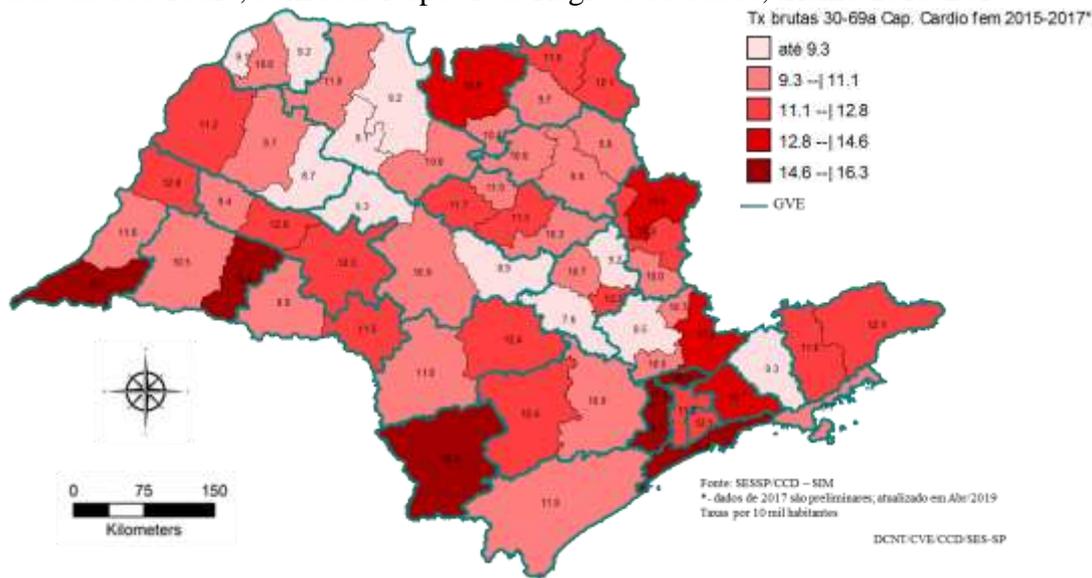


Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

* - dados de 2017 são preliminares; atualizados em Abr/2019. Taxas por 10 mil habitantes.

Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP.

Mapa 22 – Taxas brutas de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por doenças do aparelho circulatório, sexo feminino, por Grupos de Vigilância Epidemiológica do estado de São Paulo, com suas respectivas Regiões de Saúde, triênio 2015-2017*.



Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

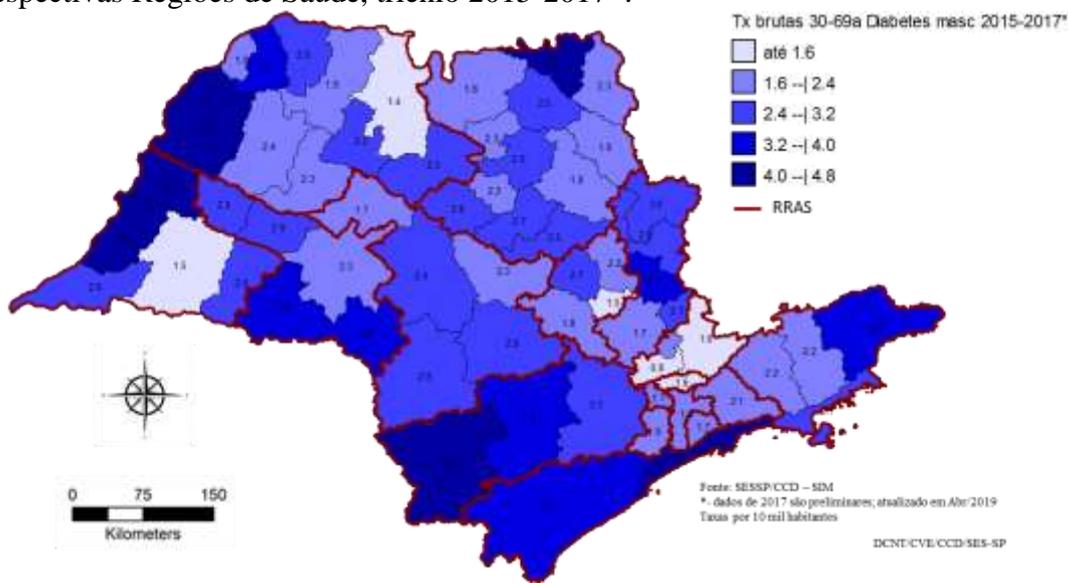
* - dados de 2017 são preliminares; atualizados em Abr/2019. Taxas por 10 mil habitantes.

Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

Mapa 23 – Taxas brutas de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por diabetes, sexo masculino, por Redes Regionais de Atenção à Saúde do estado de São Paulo, com suas respectivas Regiões de Saúde, triênio 2015-2017*.

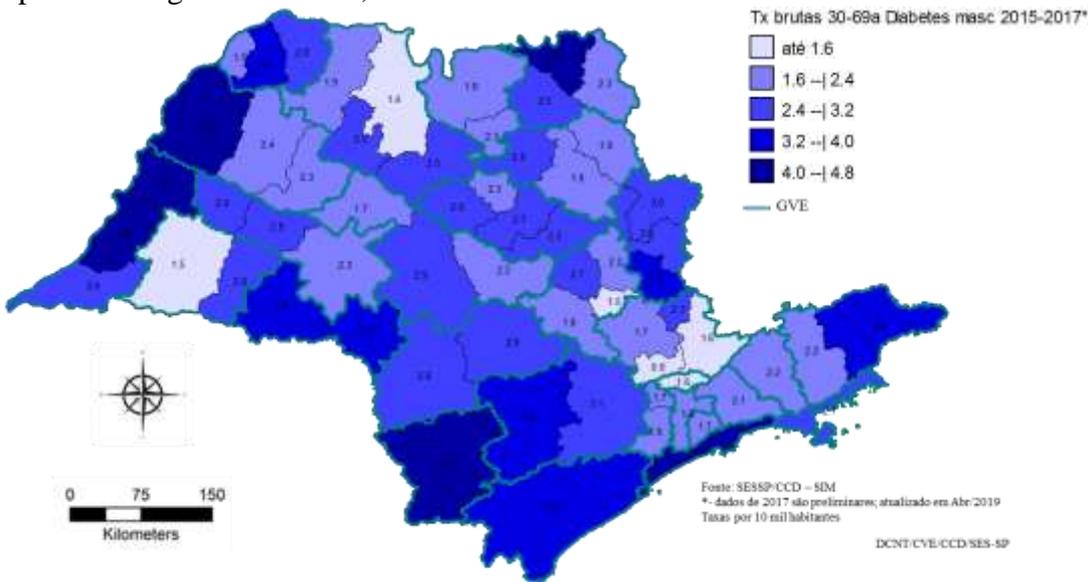


Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

* - dados de 2017 são preliminares; atualizados em Abr/2019. Taxas por 10 mil habitantes.

Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP.

Mapa 24 – Taxas brutas de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por diabetes, sexo masculino, por Grupos de Vigilância Epidemiológica do estado de São Paulo, com suas respectivas Regiões de Saúde, triênio 2015-2017*.



Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

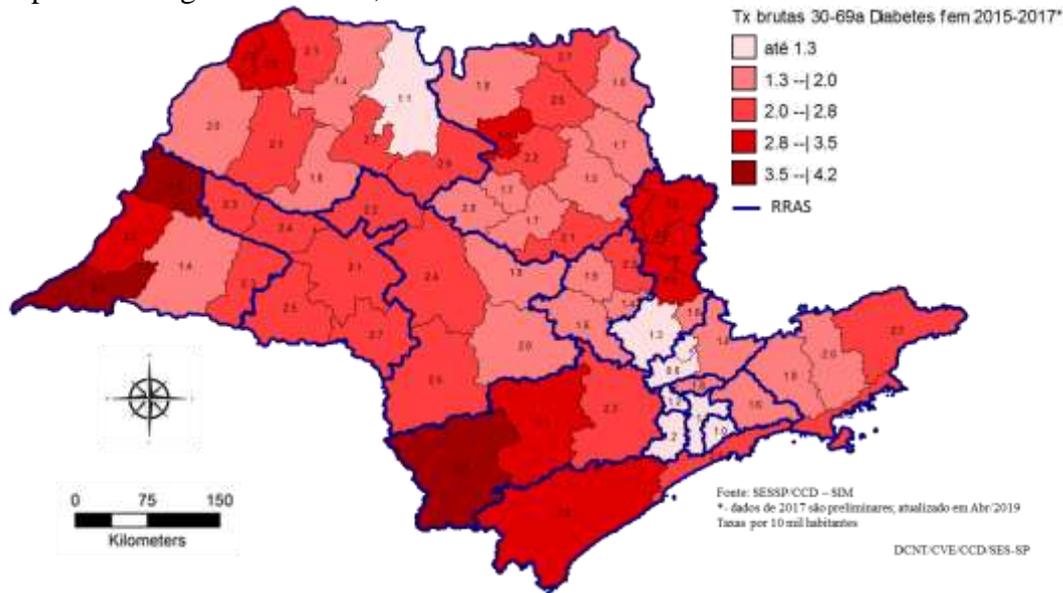
* - dados de 2017 são preliminares; atualizados em Abr/2019. Taxas por 10 mil habitantes.

Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

Mapa 25 – Taxas brutas de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por diabetes, sexo feminino, por Redes Regionais de Atenção à Saúde do estado de São Paulo, com suas respectivas Regiões de Saúde, triênio 2015-2017*.

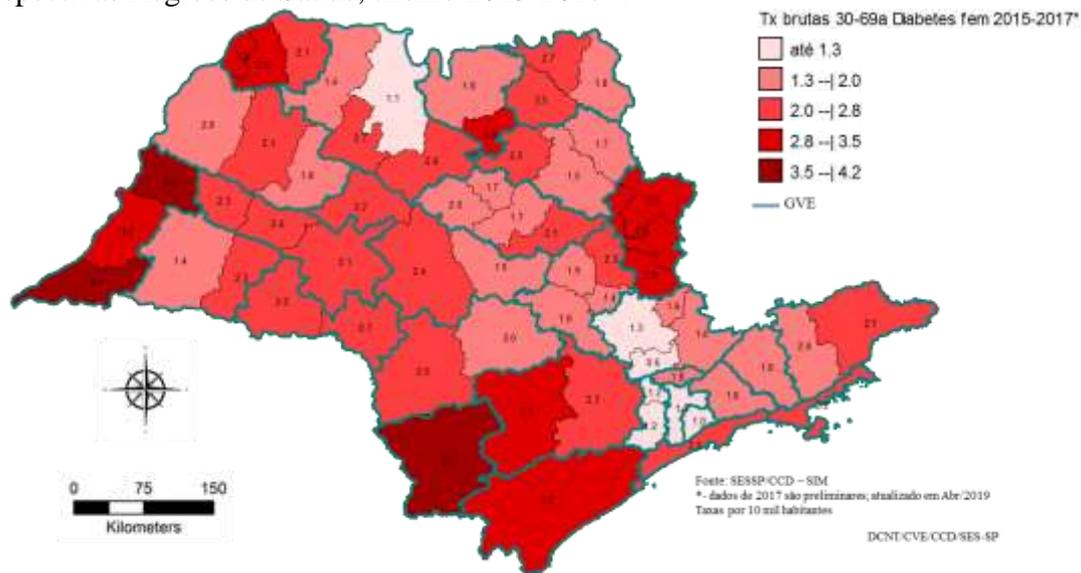


Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

* - dados de 2017 são preliminares; atualizados em Abr/2019. Taxas por 10 mil habitantes.

Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP.

Mapa 26 – Taxas brutas de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por diabetes, sexo feminino, por Grupos de Vigilância Epidemiológica do estado de São Paulo, com suas respectivas Regiões de Saúde, triênio 2015-2017*.



Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

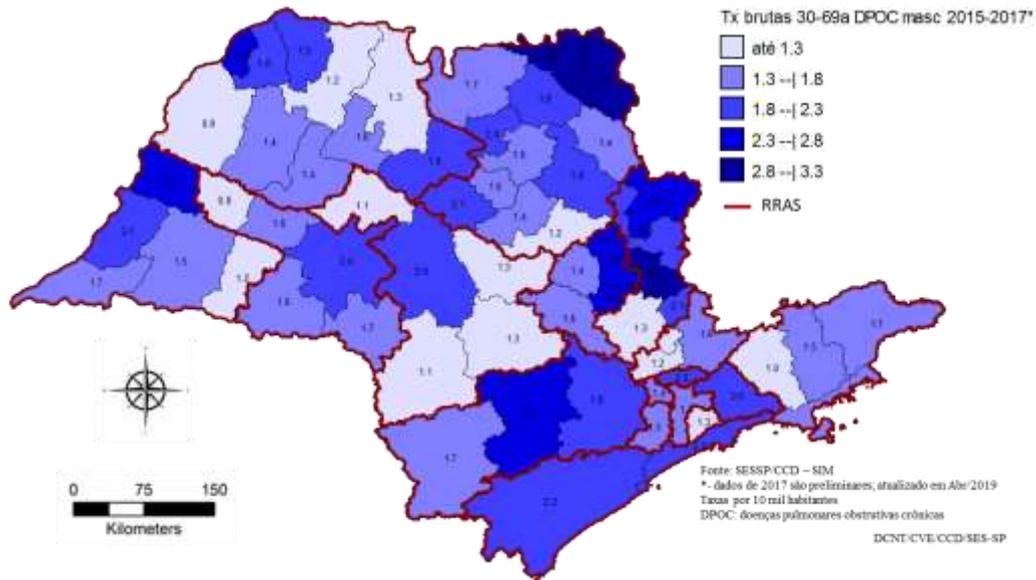
* - dados de 2017 são preliminares; atualizados em Abr/2019. Taxas por 10 mil habitantes.

Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

Mapa 27 – Taxas brutas de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por doenças pulmonares obstrutivas crônicas, sexo masculino, por Redes Regionais de Atenção à Saúde do estado de São Paulo, com suas respectivas Regiões de Saúde, triênio 2015-2017*.

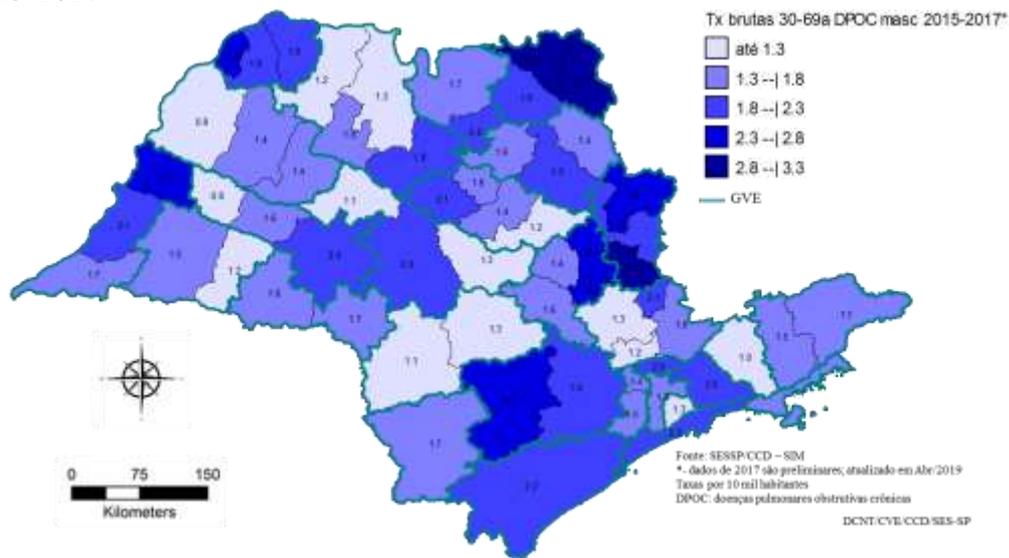


Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

* - dados de 2017 são preliminares; atualizados em Abr/2019. Taxas por 10 mil habitantes.

Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP.

Mapa 28 – Taxas brutas de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por doenças pulmonares obstrutivas crônicas, sexo masculino, por Grupos de Vigilância Epidemiológica do estado de São Paulo, com suas respectivas Regiões de Saúde, triênio 2015-2017*.



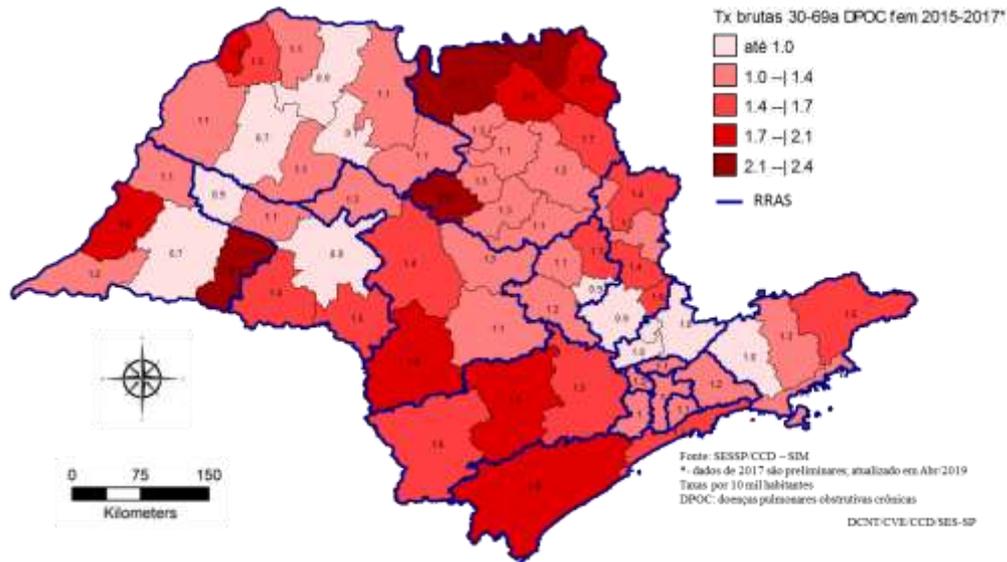
Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

* - dados de 2017 são preliminares; atualizados em Abr/2019. Taxas por 10 mil habitantes.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

Mapa 29 – Taxas brutas de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por doenças pulmonares obstrutivas crônicas, sexo feminino, por Redes Regionais de Atenção à Saúde do estado de São Paulo, com suas respectivas Regiões de Saúde, triênio 2015-2017*.

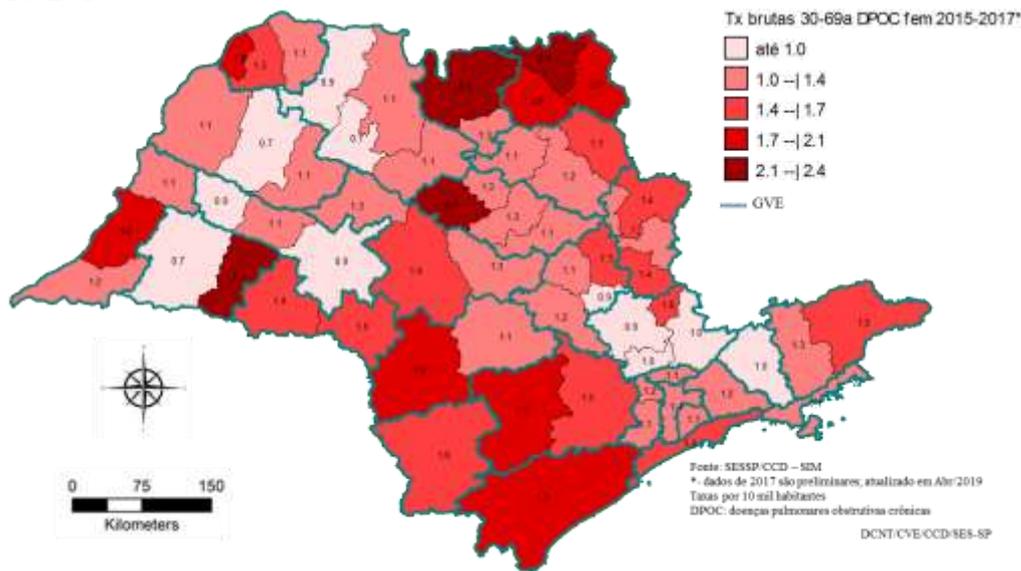


Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

* - dados de 2017 são preliminares; atualizados em Abr/2019. Taxas por 10 mil habitantes.

Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP.

Mapa 30 – Taxas brutas de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por doenças pulmonares obstrutivas crônicas, sexo feminino, por Grupos de Vigilância Epidemiológica do estado de São Paulo, com suas respectivas Regiões de Saúde, triênio 2015-2017*.



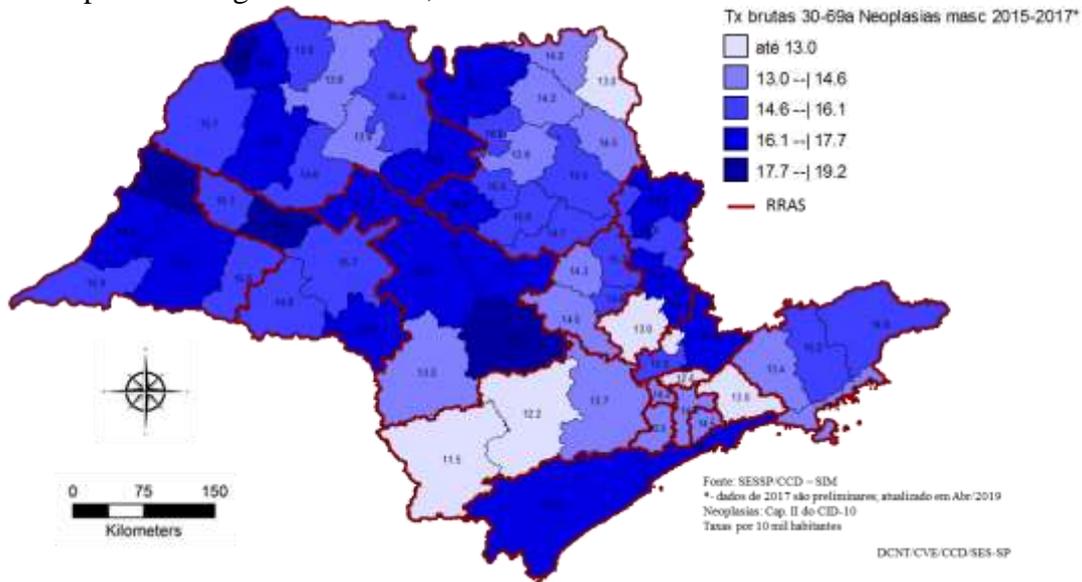
Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

* - dados de 2017 são preliminares; atualizados em Abr/2019. Taxas por 10 mil habitantes.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

Mapa 31 – Taxas brutas de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por neoplasias, sexo masculino, por Redes Regionais de Atenção à Saúde do estado de São Paulo, com suas respectivas Regiões de Saúde, triênio 2015-2017*.

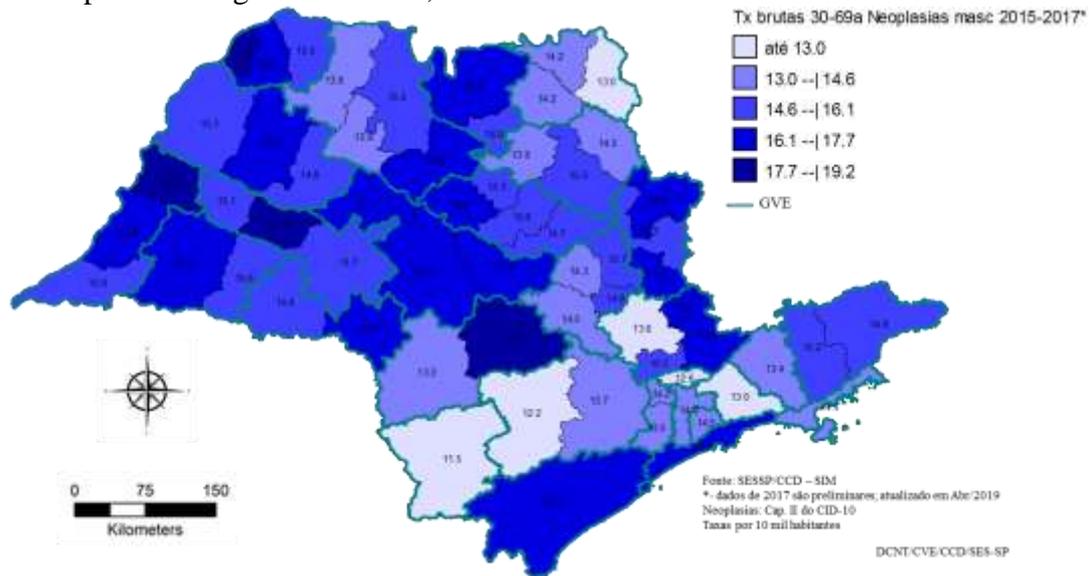


Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

* - dados de 2017 são preliminares; atualizados em Abr/2019. Taxas por 10 mil habitantes.

Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP.

Mapa 32 – Taxas brutas de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por neoplasias, sexo masculino, por Grupos de Vigilância Epidemiológica do estado de São Paulo, com suas respectivas Regiões de Saúde, triênio 2015-2017*.



Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

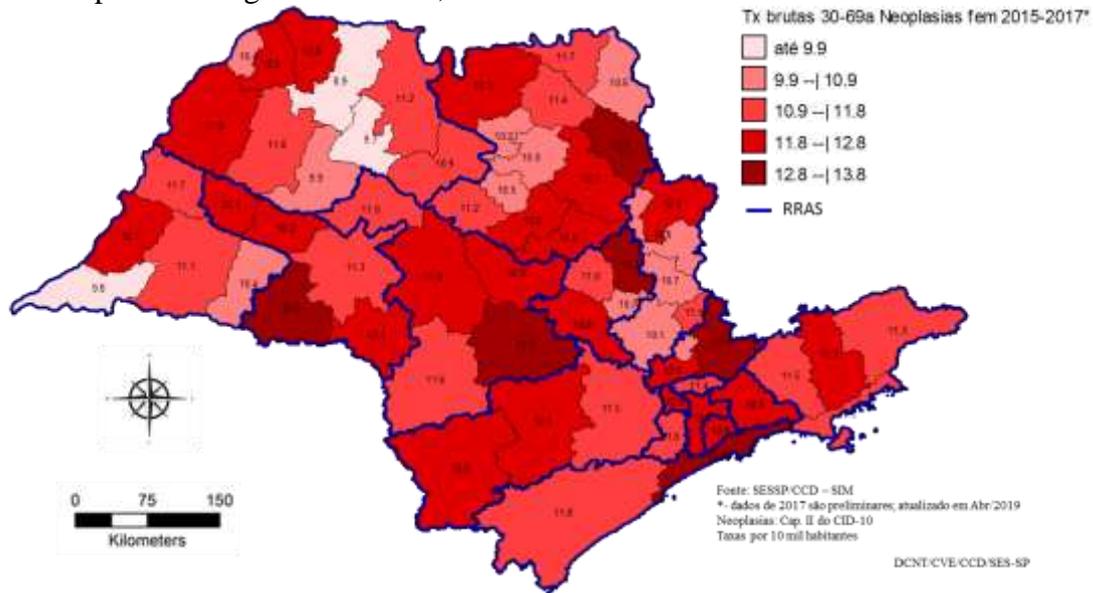
* - dados de 2017 são preliminares; atualizados em Abr/2019. Taxas por 10 mil habitantes.

Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES
Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE
Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DVDCNT

Mapa 33 – Taxas brutas de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por neoplasias, sexo feminino, por Redes Regionais de Atenção à Saúde do estado de São Paulo, com suas respectivas Regiões de Saúde, triênio 2015-2017*.

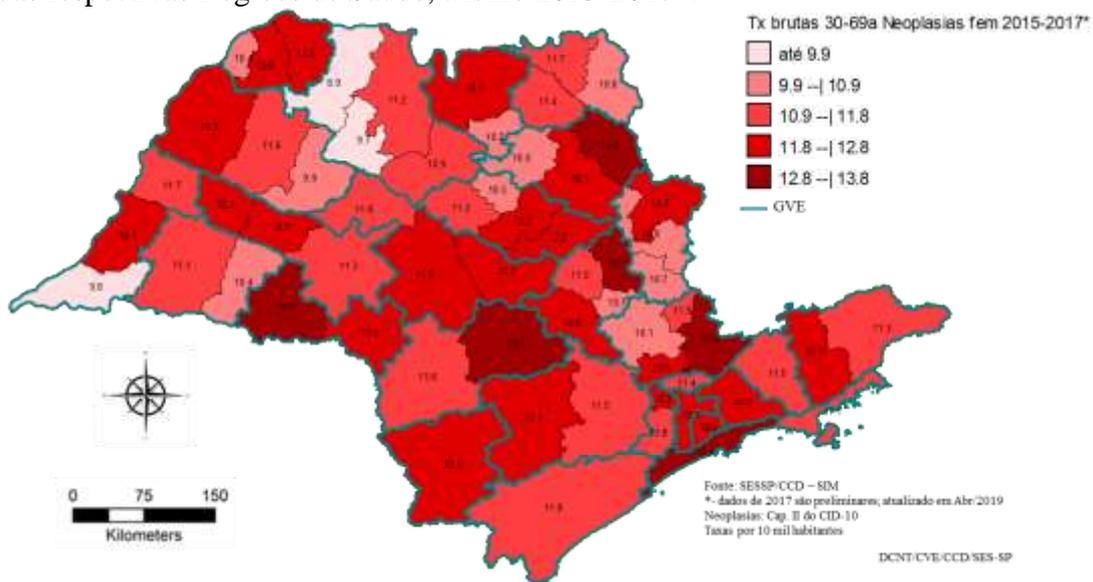


Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

* - dados de 2017 são preliminares; atualizados em Abr/2019. Taxas por 10 mil habitantes.

Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP.

Mapa 34 – Taxas brutas de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por neoplasias, sexo feminino, por Grupos de Vigilância Epidemiológica do estado de São Paulo, com suas respectivas Regiões de Saúde, triênio 2015-2017*.



Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM.

* - dados de 2017 são preliminares; atualizados em Abr/2019. Taxas por 10 mil habitantes.

Elaboração: DCNT/CVE/CCD/SES-SP.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações contidas neste painel consubstanciam os dados previamente disponibilizados e demonstram a magnitude do impacto das DCNT no estado de São Paulo, em consonância com o descrito para o cenário nacional. Também apontam para a importância de acidentes e violências na composição da carga de doenças, em especial nas faixas etárias mais jovens.

Além disso, este painel reforça impressões prévias de que alguns aspectos devem ser considerados prioritários para análises mais aprofundadas, como a expressiva mortalidade por doenças cardiovasculares em faixas etárias jovens ou o comportamento temporal da mortalidade por doenças pulmonares obstrutivas crônicas e por neoplasias específicas.

Essa premência torna-se ainda mais relevante quando se observa que DCNT apresentam alto risco relativo atribuível ao tabagismo e a hábitos de vida inadequados, que são fatores de risco modificáveis. Isso abre perspectivas de ações intra e intersetoriais de grande alcance e relativamente baixo investimento, como as que podem ser orquestradas em conjunto com a Atenção Básica e Secretarias de Educação.

Dessa forma, reiterar a importância das DCNT como problema de saúde pública é mandatório e premente, devendo ser apoiadas e expandidas estratégias de interlocução intersetorial que aproximem efetivamente as áreas assistenciais e de vigilância em saúde. Uma cooperação eficaz facilitará a gestão mais racional dos recursos públicos e conseqüente redução no impacto social e pessoal decorrente dessas doenças.

Portanto, reiteramos que é fundamental o fortalecimento de ações de saúde integradas entre instituições governamentais, de ensino e da sociedade civil, com ênfase na promoção de saúde e atenção especial aos segmentos mais vulneráveis da população, e para o quê ensinamos que esse material possa colaborar.