

Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo
Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município
de São Paulo

Índice

- nº 01 – **PRO-AIM: um programa de ampliação do uso e de aperfeiçoamento das informações de mortalidade no município de São Paulo**
- nº 02 – **Uma avaliação da qualidade de preenchimento das declarações de óbito no município de São Paulo**
- nº 03 – **A desigualdade do perfil de mortalidade no município de São Paulo**
- nº 04 – **Um estudo da evasão de óbitos do município de São Paulo**
- nº 05 – **Uso das informações do PRO-AIM**
- nº 06 – **Diferenças no perfil de mortalidade por sexo e faixa etária no município de São Paulo**
- nº 07 – **Mortalidade por causas externas: um desafio para a saúde pública**
- nº 08 – **Comitês de estudo e prevenção da mortalidade materna e a melhoria da assistência ao ciclo gravídico-puerperal**
- nº 09 – **Estudo comparativo de mortalidade no município de São Paulo nos períodos de julho/90 a julho/91 e julho/91 a junho/92**
- nº 10 – **Mortalidade por doenças do aparelho circulatório no município de São Paulo**
- nº 11 – **Mortalidade por causas externas no município de São Paulo e a qualidade das informações**
- nº 12 – **A importância da Aids como causa de morte no município de São Paulo**
- nº 13 – **Mortalidade infantil no município de São Paulo**
- nº 14 – **Mortalidade por câncer no município de São Paulo**
- nº 15 – **A nova divisão administrativa do município de São Paulo**
- nº 16 – **Mortalidade do idoso no município de São Paulo**
- nº 17 – **A qualidade do preenchimento da causa básica de óbito no município de São Paulo**
- nº 18 – **Tendência da mortalidade por algumas doenças de notificação compulsória no município de São Paulo no período de 1979 a 1994***
- nº 19 – **Anos potenciais de vida perdidos no município de São Paulo no ano de 1994**
- nº 20 – **Mortalidade de pessoas não identificadas na cidade de São Paulo**
- nº 21 – **Mortalidade por causas relacionadas ao uso do álcool no município de São Paulo**
- nº 22 – **Adolescentes: a violência em questão**
- nº 23 – **A décima revisão da classificação internacional de doenças - CID-10 e as estatísticas de mortalidade**
- nº 24 – **Ocupação e mortalidade no município de São Paulo**
- nº 25 – **Suicídio na cidade de São Paulo**
- nº 26 – **Desigualdades sociais na mortalidade por AIDS na cidade de São Paulo**
- nº 27 – **Mortes no domicílio na cidade de São Paulo**
- nº 28 – **Mortes de mulheres por câncer de colo de útero e de mama na cidade de São Paulo**
- nº 29 – **O desafio das mortes por causas externas na Cidade de São Paulo**
- nº 30 – **Cartas aos médicos para esclarecimento da causa básica da morte: a experiência do PRO-AIM**
- nº 31 – **Mortalidade por câncer de próstata no município de São Paulo**
- nº 32 – **A qualidade do preenchimento do grau de instrução na declaração de óbito**

- nº 33 – Mortalidade e grau de instrução na cidade de São Paulo
- nº 34 – Diabetes Mellitus como causa básica da morte no município de São Paulo
- nº 35 – As vítimas fatais dos acidentes de trânsito na cidade de São Paulo
- nº 36 – 10 anos de PRO-AIM: É viável a descentralização do sistema de informações sobre mortalidade?
- nº 37 – A queda da mortalidade infantil na cidade de São Paulo nos anos 90
- nº 38 – Mortalidade na cidade de São Paulo no ano de 1999
- nº 39 – Mortalidade por causas externas na cidade de São Paulo em 1999
- nº 40 - Mortalidade por doenças do aparelho circulatório na cidade de São Paulo em 1999
- nº 41 – Variável raça/cor e mortalidade no município de São Paulo
- nº 42 – As mudanças nas bases de dados do PRO-AIM
- nº 43 – Doenças do aparelho circulatório : mortalidade precoce e desigual

Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo

Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo

Introdução

O Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo - PRO-AIM - foi criado pela Prefeitura em 1989 com o objetivo de fornecer as informações de mortalidade necessárias ao diagnóstico de saúde, a vigilância epidemiológica e a avaliação dos serviços de saúde.

O programa é coordenado pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e executado em conjunto com o Serviço Funerário do Município de São Paulo (SFMS) e a Companhia de Processamento de Dados do Município de São Paulo (PRODAM). O SFMS, autarquia responsável pelo encaminhamento do registro e sepultamento dos óbitos ocorridos na cidade de São Paulo, permite acesso oportuno às declarações destes óbitos. O PRO-AIM realiza o processamento, a análise e a divulgação das informações de mortalidade em nível municipal. As declarações processadas referem-se aos óbitos de residentes e que ocorreram no município.

O programa tem um Conselho Consultivo do qual participam, representantes das seguintes instituições: SMS, SFMS, PRODAM, Centro de Estudos A. L. Ayrosa Galvão do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Santa Casa de Misericórdia, Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde, Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e a Fundação SEADE.

O PRO-AIM tem acesso à uma média diária de 200 declarações de óbitos (residentes e não residentes) ocorridos no Município de São Paulo, cerca de 24 horas após a morte. Esta agilidade no acesso aos documentos permite o desencadeamento de diversas ações, destacando-se:

- Melhoria de qualidade do preenchimento da declaração de óbito (DO). O programa envia cartas aos médicos declarantes em todos os casos de suspeita de Aids, causa da morte mal definida e descrições incompletas da causa da morte. Através destes contatos o programa não apenas consegue definir com maior precisão a causa básica da morte da população de São Paulo, como estabelece um contato permanente com os médicos, orientando sobre o correto preenchimento do atestado médico da DO. Com relação às causas violentas, o PRO-AIM busca informações adicionais no Instituto Médico Legal em todas as necrópsias realizadas naquela instituição consultando documentos tais como os Boletins de Ocorrência policial e o resultado do exame necroscópico nos casos cujas declarações de óbito não especificaram o tipo de acidente ou violência;
- Vigilância Epidemiológica: a primeira atividade da equipe consiste na separação de todas as declarações onde constam doenças de notificação compulsória. Os casos que demandam ações imediatas são informados no mesmo dia por telefone e/ou fax ao plantão do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde. Nos demais casos, cópias da DO são enviadas mensalmente;
- Outras atividades se referem a projetos de vigilância da morte evitável. O mais abrangente destes é realizado pelo comitê de estudo e prevenção da morbi-mortalidade materna. O comitê levanta no PRO-AIM, todas as mortes de mulheres entre 10 e 49 anos encaminhando estes casos para investigação pelos comitês regionais, estabelecendo com maior precisão as causas da morte e definindo ações preventivas;
- Diagnósticos descentralizados sobre a mortalidade na cidade de São Paulo pelas mais diversas causas de morte são elaborados rotineiramente. Muitos desses estudos são divulgados nos boletins trimestrais do PRO-AIM. Com relação a algumas causas de morte tais como Aids e homicídios, o programa monitora suas tendências, buscando aprofundar os diagnósticos das mudanças temporais, especificando pelo sexo, faixa etária, grupos sociais e áreas de residência na cidade.

O acesso às bases de dados ou tabulações especiais é gratuito e pode ser solicitado através do telefone ou fax (011) 237-7038.

Instituições executoras:

- Secretaria Municipal da Saúde (SMS), responsável pela sua coordenação;
- Serviço Funerário do Município de São Paulo (SFMS).
- Companhia de Processamento de Dados do Município de São Paulo (PRODAM).

PRO-AIM: um programa de ampliação do uso e de aperfeiçoamento das informações de mortalidade no município de São Paulo

As estatísticas de mortalidade constituem uma fonte de informações indispensáveis para estudos epidemiológicos e planejamento em saúde pública, tendo em vista que refletem as condições de vida e saúde da população.

As informações de mortalidade apresentam-se defasadas. Além disto, a qualidade do preenchimento das declarações de óbito é deficiente no município de São Paulo, comprometendo a análise de algumas causas de morte e que são dificilmente sanáveis decorrido muito tempo entre a emissão da declaração e o contato com o médico declarante.

A Prefeitura do Município de São Paulo, visando superar estas dificuldades, criou o PRO-AIM - Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no município de São Paulo, por iniciativa de Secretaria Municipal de Saúde e com o envolvimento do Serviço Funerário Municipal e da Companhia de Processamento de Dados do Município - PRODAM.

O PRO-AIM tem acesso às declarações de óbitos, 24 horas após a ocorrência de morte, permitindo, desta forma, o desencadeamento de ações de vigilância epidemiológica, bem como o esclarecimento das causas de morte das declarações preenchidas de forma incorreta ou imprecisa. Mudanças na codificação da causa básica da morte já ocorreram em cerca de 62,8 % dos casos investigados.

Quanto ao uso dos dados, as Administrações Regionais de Saúde estão recebendo relatórios de mortalidade dos residentes em seus subdistritos de abrangência e do município como um todo. Tem sido constante a notificação dos óbitos por doenças de notificação compulsória para o Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde e das mortes por acidentes de trabalho, para a Secretaria Municipal de Saúde - Programa de Saúde do Trabalhador, onde esses óbitos são investigados. Além disso, cinco Administrações Regionais de Saúde do município estão em processo de implantação de projetos de investigação epidemiológica de mortalidade infantil.

Constitui-se, pois, o PRO-AIM em uma iniciativa estratégica no sentido de contribuir para a melhoria da atuação dos serviços municipais de saúde, na construção do Sistema Único de Saúde - SUS, nos moldes que se tem preconizado nas propostas mais avançadas do campo da saúde.

Uma avaliação da qualidade de preenchimento das declarações de óbito no município de São Paulo

As estatísticas de mortalidade são utilizadas para estudos epidemiológicos, que mostram a frequência e a distribuição das doenças que levaram ao óbito. O PRO-AIM, programa criado com os objetivos de melhorar a qualidade das informações de mortalidade no município de São Paulo e estimular o seu uso pelos serviços de saúde, vem desenvolvendo um trabalho no sentido de fornecer subsídios para que estes serviços tenham condições de fazer análises e acompanhar as tendências e perfis de mortalidade de forma descentralizada, planejar, avaliar e realizar vigilância epidemiológica ampliada de doenças e outros agravos à saúde.

Entretanto o uso destas estatísticas apresenta limitações se considerarmos a qualidade de preenchimento das declarações de óbito. Para a maioria dos médicos, a declaração de óbito ainda é considerada apenas um documento legal, necessário para o sepultamento e não uma fonte geradora de informações.

Com o objetivo de avaliar o grau de preenchimento das declarações de óbito, foi realizado estudo dos 34.150 óbitos de residentes ocorridos no município, no período de junho a novembro/90, a partir de dados processados em microcomputador. Verificou-se o número de declarações com informações preenchidas e em branco ou ignorada. Não foi possível separar estas duas últimas informações já que, durante o processamento, estes itens recebem o mesmo tratamento. Os resultados encontrados (**Tabela 1**) são apresentados segundo as partes da declaração estudadas e alguns agrupamentos de idade, de acordo com o campo analisado.

Tabela 1 - Percentual de Informações ignoradas ou em branco de alguns campos das partes II e III da declaração de óbito, nos casos de óbitos de residentes e ocorridos no município de São Paulo - Junho a Novembro de 1990 (Parte II) e Outubro a Novembro de 1990 (Parte III).

Informações- Parte II	% ignorado ou em branco	Observações
Estado Civil	3,7	-----
Idade	0,5	-----
Local de Ocorrência do óbito	1,4	-----
Ocupação	10,0	Faixa etária de 15-64 anos
Grau de Instrução	78,8	Maiores de 6 anos
Endereço de Residência	4,5	Endereços não localizados no cadastro de logradouros

Informações - Parte III	Fetal % de ignorado ou em branco	< 1 ano % de ignorado ou em branco	Total de fetal + < 1ano % de ignorado ou em branco
Idade da mãe	43,7	36,8	40,0
Grau de Instrução da mãe	47,5	40,5	43,4
Ocupação da mãe	51,2	*	*
Duração da gestação	22,6	61,7	45,6
Gravidez	48,1	62,1	56,3
Parto	46,7	56,5	53,6
Peso ao Nascer	38,5	45,9 **	42,3

* Não calculado por problemas técnicos no processamento

**Menores de 28 dias

A parte II da declaração, que apresenta dados de identificação do falecido, contém informações importantes para apresentação e análise das estatísticas, medindo riscos de acordo com variáveis, tais como sexo, idade e local de residência. Na avaliação destes dados foi observado que, em relação aos itens estado civil, idade e sexo, o percentual de dados desconhecidos foi mínimo. Quanto ao grau de instrução do falecido, a análise foi feita apenas para a faixa etária de maiores de 06 anos e apresentou percentual elevado de informação ignorada ou ausente. Em relação a ocupação, considerando-se a faixa etária produtiva (15 a 64 anos), foi constatado um percentual de 10 % de ignorado ou em branco, que é bastante alto.

A parte III da declaração, cujos dados são preenchidos para os óbitos fetais e de menores de 01 ano, permite análises dos perfis epidemiológicos, relacionando-os com variáveis sociais e obstétricas. As informações sobre idade, ocupação e grau de instrução da mãe, gravidez, tipo de parto e peso ao nascer apresentaram um grau de preenchimento baixo, com ausência de informações em cerca de 50 % dos casos.

Considerando o grau de preenchimento ainda insatisfatório da declaração de óbito e a sua incontestável importância para a saúde pública, é imprescindível a conscientização dos médicos e demais profissionais envolvidos com o seu preenchimento, no sentido de melhorar a qualidade das estatísticas de mortalidade.

A desigualdade do perfil de mortalidade no município de São Paulo

A morte é um acontecimento importante para a atuação dos serviços de saúde. Um dos principais usos das informações de mortalidade é na realização dos diagnósticos de saúde. A análise do perfil de mortalidade no município de São Paulo contribui para a definição das prioridades para a atuação dos serviços públicos na prevenção de mortes, atuando nos fatores que as determinam ou mesmo organizando os serviços para o atendimento das necessidades.

Com a criação do PRO-AIM, esses diagnósticos no que se refere a mortalidade tornaram-se rotineiros, atuais e descentralizados. Isto permitiu uma utilização mais ampla das informações nas diversas fases do trabalho em saúde.

O perfil da mortalidade do município como um todo, no entanto, representa uma média geral e não permite captar as profundas diferenças nos perfis de diferentes grupos sociais. O PRO-AIM permite a realização de diagnósticos locais, identificando os riscos diferenciados e indicando ações específicas das equipes de saúde.

Tem-se observado que apesar das doenças do aparelho circulatório se apresentarem como principais causas de morte em todas as regiões, na região central o segundo grupo de causas de morte é representado pelas Neoplasias ou Tumores, enquanto em regiões mais periféricas como Santo Amaro e Itaquera, este posto é ocupado pelas mortes violentas ou causas externas, indicando prioridades diferenciadas.

Numa comparação entre os tipos de violência ou tumores que levam à morte em diferentes regiões, observam-se indicadores importantes. De acordo com estudo realizado pelo PRO-AIM, no período de maio/90 a abril/91, o homicídio representou 38 % das mortes violentas na região central, enquanto nas periferias o percentual foi de cerca de 60 %, indicando ser esta a principal razão dos altos índices. Ocorrem, em média, mais de 5 assassinatos por dia nas regiões de São Miguel Paulista, Itaquera e Santo Amaro, que são provocados tanto por brigas entre quadrilhas quanto pelo assassinato de trabalhadores e indigentes, refletindo as péssimas condições de vida e o risco permanente que correm as populações da periferia de São Paulo.

Em relação aos tumores, de acordo com o mesmo estudo, existe também uma diferença importante, pois o câncer de colo de útero, por exemplo, prevenível por exame simples e barato e ligado às condições de vida, tem maior importância como causa de morte, em relação aos outros tumores, na periferia. O mesmo ocorre com outras doenças como a desnutrição, as meningites, as cirroses ou a própria hipertensão arterial e indicam diferenças no acesso e qualidade do serviço oferecido à população, nos padrões de consumo, no stress que é tanto maior quanto piores as condições de vida, revelando que existe uma diferença muito grande nas formas de viver, adoecer e morrer de grupos sociais distintos no município de São Paulo, refletindo a desigualdade em relação à própria sobrevivência.

Numa análise mais descentralizada como vemos na tabela 1, podemos comparar o perfil da mortalidade de dois subdistritos da região central de São Paulo. Enquanto o perfil do Jardim Paulista é semelhante aos países de primeiro mundo, em Santa Ifigênia, região com cortiços e prostituição, temos um perfil mais semelhante ao observado nas periferias.

Tabela 1 - Mortalidade proporcional por grupo de causas nos subdistritos de Jardim Paulista e Santa Ifigênia, município de São Paulo, maio/90 a abril/90

Grupos de causas	Jardim Paulista	Santa Ifigênia
Doenças do aparelho circulatório	40,3	21,3
Tumores	20,3	13,4
Doenças do aparelho respiratório	13,1	10,8
Doenças metabólicas, nutricionais e transtornos imunitários	07,6	17,6
Causas externas	06,7	16,6
Doenças aparelho digestivo	03,4	06,1
Doenças infecto-parasitárias	02,1	03,2
Causas perinatais	01,5	03,2
Demais causas	05,0	07,8
Total	100,0	100,0

É preciso reduzir os diferenciais nos riscos de morrer das populações e isto só será possível com o conhecimento profundo da realidade, permitindo a definição de ações e prioridades que derrubem o muro que separa as condições de vida das diferentes populações no município de São Paulo.

Um estudo da evasão de óbitos do município de São Paulo

O PRO-AIM processa e analisa todos os óbitos de residentes ocorridos no município de São Paulo desde maio de 1990. Os dados estão disponíveis em curto espaço de tempo para os usuários, em especial do serviço de saúde, na intenção de prevenir mortes evitáveis e melhorar o nível de vida e saúde da população.

Como o programa só tem acesso às declarações de óbitos ocorridos no município, os casos ocorridos fora não são processados pelo PRO-AIM. Segundo dados da Fundação SEADE, em 1985 esta evasão de óbitos representava cerca de 20 % dos óbitos de residentes.

Na intenção de conhecer melhor esta evasão para ajustar, se necessário, as análises realizadas, o PRO-AIM desenvolveu um estudo de todos os óbitos de residentes ocorridos fora do município no ano de 1989 com dados da Fundação SEADE.

As mortes violentas e as causas perinatais apresentam maior freqüência relativa no perfil da evasão em comparação com o perfil geral do município, de acordo com dados do PRO-AIM do período de maio/90 a abril/91 (**quadro 1 - colunas A e B**). Isto indica que, no perfil epidemiológico geral divulgado, a importância destas causas é ainda maior. O contrário ocorre com os tumores e as doenças do metabolismo e transtornos imunitários (neste último grupo se encontra a AIDS), doenças que necessitam acesso à tecnologia mais avançada e leitos especializados.

Quadro 1 - Comparação da distribuição percentual de óbitos segundo os grandes grupos de causas de morte na evasão e invasão, em diferentes regiões do município e do estado de São Paulo, no ano de 1989, em relação ao perfil geral de óbitos do município de São Paulo, no período de outubro de 1990 a abril de 1991

<i>Grandes Grupos de Causas de Morte</i>	<i>Perfil Geral 1990/91 (A)</i>	<i>Perfil Evasão 1989 (B)</i>	<i>Evasão São Miguel 1989(C)</i>	<i>São Invasão Pta. Grande 1989 (D)</i>	<i>Invasão Litoral 1989 (E)</i>
Aparelho circulatório	33,2	28,0	22,1	29,5	22,9
Causas externas	14,9	26,8	24,6	20,3	61,5
Tumores	14,1	08,0	05,4	09,1	01,9
Aparelho respiratório	11,5	09,8	11,6	11,0	03,2
D. metab/trans. imunit.	06,7	04,2	02,2	04,8	01,1
Causas perinatais	04,1	06,7	16,3	08,5	01,1
Doenças infecciosas	03,9	04,6	06,5	04,7	01,1
Demais causas	11,6	11,9	11,3	12,1	07,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: PRO-AIM/Fundação SEADE

As mortes violentas mais freqüentes na evasão são os acidentes de trânsito e os afogamentos. Os acidentes de trânsito ocorrem em todo estado e os pontos críticos das rodovias, já conhecidos ou que forem detectados, poderiam ser abordados como de risco público e os problemas enfrentados como prioridade nos seus aspectos preventivos e assistenciais.

Mais da metade dos afogamentos ocorreu no litoral. Foram 149 óbitos em 1989. O verão concentrou 46,3 % deles. A cada quatro dias de verão, três residentes no município de São Paulo morreram afogados no litoral em 1989. Estes dados indicam também que os afogamentos podem e devem ser abordados como problemas de saúde pública, com reforço de campanhas de conscientização em períodos críticos.

As causas perinatais, relacionadas à assistência à gestação, ao parto e ao recém-nascido, que levaram à evasão de óbitos infantis, não apresentam um perfil igual para todo o município. Nas regiões da periferia é que se observa este fenômeno, principalmente em São Miguel Paulista e em Itaquera, e indica carência de leitos de maternidade e berçário (**quadro 1 - coluna C**). Cabe ao Estado suprir esta necessidade e denunciar os projetos de privatização da saúde que mantêm as populações não consumidoras de baixa renda à margem do acesso à assistência à saúde.

Mais de três quartos dos óbitos evadidos ocorreu na Grande São Paulo, principalmente em Guarulhos e Santo André, e o perfil destes óbitos se parece com o perfil geral. A região do Litoral vem em seguida e o seu destaque são as mortes violentas, em especial por afogamento (**quadro 1 - coluna D e E**).

A evasão para a Grande São Paulo de diferentes regiões do município não é homogênea. Os maiores percentuais de evasão são, por ordem, das Administrações Regionais de Saúde 3, 5, 8 e 6. As causas de evasão mais importantes parecem ser a proximidade/conurbação, a carência de recurso para a saúde nas periferias, o acesso facilitado pela malha viária e a existência de recursos disponíveis em municípios próximos.

Uso das informações do PRO-AIM

Mais do que produzir e divulgar dados atualizados, o PRO-AIM constitui-se em um polo dinamizador para o uso das informações de mortalidade como subsídio à elaboração e condução de políticas sociais, em especial, na área da saúde.

Atualmente, todas as Administrações Regionais de Saúde (ARS), alguns Distritos de Saúde (DS) e diversas Unidades Básicas (UBS) utilizam as informações de mortalidade, principalmente como elemento do diagnóstico de saúde, que é etapa essencial na detecção de problemas para planejamento e intervenção dos serviços.

O PRO-AIM fornece relatórios mensais da mortalidade da população geral e de menores de um ano com abrangência para o município, as ARS's e os 58 distritos e subdistritos de paz. Estes relatórios são enviados às ARS's e cerca de 30 dias após o fechamento do mês. O programa fornece também dados brutos em disquete, estimulando a sua utilização de forma descentralizada. Os boletins trimestrais são de divulgação mais ampla para autoridades, órgãos da sociedade civil ligados de forma direta ou indireta à área da saúde e imprensa.

Nas ARS's do Butantã/Lapa (oeste) e Santana (norte) e no DS Jabaquara (sul) estão sendo realizados projetos pioneiros de vigilância epidemiológica da mortalidade infantil, com investigação domiciliar e nos serviços atendentes, gerando informações fundamentais para o estudo dos determinantes sociais e biológicos da morte e avaliação de serviços.

O PRO-AIM participa do Comitê de Estudo e Prevenção da Morte Materna, que está em atividade desde agosto de 1991 e que, a partir das declarações de óbito de mulheres de 10 a 49 anos, investiga os casos visando não só a detecção de morte maternas não atestadas como tal, mas principalmente a discussão e intervenção para redução destas mortes evitáveis.

Vigilância epidemiológica de mortalidade em hospitais psiquiátricos é projeto pioneiro que se inicia e objetiva discutir as condições desumanas de internação nesses estabelecimentos.

O Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) é informado das doenças de notificação compulsória diariamente, constituindo-se o PRO-AIM em importante fonte complementar, principalmente nos casos de meningite e AIDS.

Diversas pesquisas vêm sendo realizadas utilizando dados do PRO-AIM nas faculdades e serviços de saúde tais como: melanoma maligno no município de São Paulo, morte violenta na infância e prestação de assistência, morte violenta na infância e adolescência e determinações sociais, câncer de pulmão e trabalho, doenças respiratórias em menores de 5 anos e poluição ambiental, morte infantil no espaço do município de São Paulo a partir de fotografias recentes de satélite, entre outras.

Na intenção de ampliar o uso nos níveis descentralizados do sistema de saúde e avaliar seus limites e potencialidades, estão sendo realizados seminários com as ARS's. O primeiro ocorreu em 13/09/91, envolvendo o programa e as ARS's das regiões Central e Butantã/Lapa.

O uso dos dados em vigilância da mortalidade pode ser bastante ampliado em face da riqueza das informações que podem ser geradas para avaliação de serviços e aprofundamento diagnóstico da situação da saúde das populações.

Estudos de relacionamento de diferentes bancos de dados estão-se iniciando no nível central, na intenção de aprimorar diagnósticos e incentivar usos criativos ainda pouco explorados, tais como o cruzamento dos dados de mortalidade com os de morbidade e sua relação com a organização da rede de serviços.

Diferenças no perfil de mortalidade por sexo e faixa etária no município de São Paulo

O PRO-AIM apresenta neste boletim um análise comparativa de alguns aspectos da mortalidade por sexo e faixa etária, com dados de óbitos de residentes, ocorridos no município de São Paulo, no ano de 1991.

Neste período ocorreram 57.889 óbitos, sendo 60% homens e 40% mulheres. Os óbitos no sexo masculino ocorreram em idades mais precoces do que no feminino. Enquanto 53% das mortes em mulheres foram em idades acima de 64 anos, entre os homens estas corresponderam a apenas 32%. No sexo masculino a maioria dos óbitos (58%) ocorreu na faixa etária produtiva (15-64 anos).

Os óbitos de menores de 1 ano não apresentaram diferenças importantes no perfil de mortalidade entre os sexos.

Nas crianças de 1 a 14 anos, os óbitos por causas violentas foram os mais freqüentes nos dois sexos, com 39% no sexo masculino e 24% no feminino em relação ao total de óbitos. As principais causas de morte violenta nesta faixa etária foram os acidentes de trânsito, quedas e homicídios, com uma maior freqüência no sexo masculino (290 casos) do que no feminino (120 casos).

Na faixa de idade produtiva, 71% das mortes ocorreram no sexo masculino. Como se observa no gráfico 1, nesta faixa etária as causas de morte mais freqüentes no sexo masculino foram as mortes violentas, doenças cardiovasculares, neoplasias e doenças endócrinas e transtornos imunitários (AIDS e diabetes). No sexo feminino, as principais causas de morte foram as doenças cardiovasculares, neoplasias, mortes violentas e doenças do aparelho respiratório.

Na faixa etária de 65 anos e mais, o número de óbitos e o perfil das causas de morte tendem a se igualar. As doenças cardiovasculares e as neoplasias foram responsáveis por mais de 65% destas mortes.

O perfil de mortalidade descrito revela a existência de diferenças na estrutura de causas de morte entre os sexos, nas diversas faixas etárias, com uma maior incidência de mortes entre os homens. As diferenças entre sexos foram de maior magnitude na faixa de idade produtiva, onde a violência e a AIDS apresentaram maior proporção de mortes por estas causas no sexo masculino, definindo um perfil característico de causas de morte entre os homens. Os dados desta faixa etária revelaram ainda um acometimento precoce da população com causas relacionadas a idade avançada (doenças cardiovasculares e neoplasias).

A compreensão destes perfis por sexo e faixa etária será parcial se não for levado em consideração as diferentes formas de inserção no processo produtivo e aspectos culturais. As análises destes dados permitem aprofundar o conhecimento da mortalidade entre os sexos, que deverá ser abordada pelas equipes de saúde nos níveis descentralizados, na perspectiva de definir formas de intervenção..

Mortalidade por causas externas: um desafio para a saúde pública

Atualmente, a violência nos grandes centros urbanos se constitui em um dos problemas que mais aflige a população. A mortalidade por causas externas atinge dimensões alarmantes, cabendo aos planejadores de saúde algumas reflexões.

No município de São Paulo, em 1991, as mortes por causas externas ocuparam o segundo posto no perfil geral da mortalidade, atingindo em sua maioria uma população jovem, produtiva. Nesse ano, o total de mortes violentas no município foi 9.829, das quais 85% ocorreram em idade produtiva (15 a 64 anos). O sexo masculino foi o mais atingido, respondendo por 85% destas mortes.

A distribuição dessas mortes por faixa etária coloca para a sociedade o problema da proteção à criança e ao adolescente. De acordo com o estatuto da criança e adolescente, "*é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar a efetivação aos direitos à vida, à saúde....*" das pessoas até 18 anos. Em 1991 foram assassinados 506 crianças e jovens menores de 18 anos no município de São Paulo, sendo 3 mortes em menores de 1 ano. No Japão, no ano de 1989, foram registradas 21 mortes por homicídio na faixa etária de 15 a 19 anos, enquanto na cidade de São Paulo ocorreram, nesta mesma faixa etária, 863 assassinatos.

Entretanto, essa violência se distribui de forma desigual nas diferentes regiões do município, revelando a cruel desigualdade nas formas de viver e morrer da população. A tabela abaixo mostra os coeficientes de mortalidade por homicídio e acidentes de trânsito em alguns subdistritos de paz de São Paulo.

Tabela 1 - Coeficientes de mortalidade por homicídio e acidentes de trânsito no município de São Paulo e em alguns subdistritos de paz (por 100.000 habitantes) – 1991

	Homicídios	Acidentes de trânsito
Município de São Paulo	48,2	25,8
Jardim América	4,1	12,4
Santo Amaro	93,5	29,1

Fonte: PRO-AIM/SEADE

No subdistrito de Jardim América, região com melhor nível socioeconômico, ocorreram, em 1991, duas mortes por homicídio (coeficiente de 4,1/100.000 habitantes) enquanto que, em Santo Amaro, periferia da cidade, ocorreram 868 assassinatos (coeficiente de 93,5/100.000 habitantes). O risco de morrer assassinado neste subdistrito é quase 23 vezes superior a o do Jardim América. O subdistrito de Jardim América mostra padrões similares aos de alguns países da Europa, apresentando coeficiente tão baixo quanto o de Barcelona para o ano de 1987.

A violência, aqui demonstrada na sua forma mais grave - a morte -, se apresenta com importância crescente nos centros urbanos. Enfrentar este desafio exige políticas sociais articuladas e participativas que alcancem as causas estruturais do problema, além da garantia do atendimento às vítimas e a ampla divulgação destas informações.

Comitês de estudo e prevenção da mortalidade materna e a melhoria da assistência ao ciclo gravídico-puerperal

Um trabalho necessário a ser realizado no âmbito de diagnóstico da situação de saúde de uma população é a busca de dados fiéis para o cálculo do coeficiente de mortalidade materna. Medida bastante importante para a avaliação da assistência ao ciclo gravídico-puerperal, esse coeficiente é, talvez, um dos dados mais invisibilizados no estudo das causas de morte de mulheres entre 10 e 49 anos de idade. Por isso, a necessidade da existência dos comitês de estudo e prevenção da mortalidade materna para a busca e confirmação dos casos.

No município de São Paulo, esses comitês foram criados há dois anos e funcionam com um comitê municipal e um comitê em cada administração regional de saúde. Todos contam com a participação de profissionais da área de epidemiologia, de obstetrícia e jurídica, além de representantes de conselhos profissionais, do movimento de saúde e de mulheres.

Em nove meses de investigação, foram levantados 91 casos de mortes maternas (um a cada três dias), sendo que as regiões sul e leste de São Paulo (ARS-5/Itaquera, ARS-6/São Miguel, ARS-9/Campo Limpo e ARS-10/Santo Amaro respondem por 60% das ocorrências. O estudo e análise desses casos é debatido nos comitês que, além de propor medidas de redução desses índices, procura atuar junto a rede hospitalar municipal, no sentido de melhorar a qualidade da assistência prestada às mulheres na cidade de São Paulo.

Dos casos confirmados, seis ocorreram entre mulheres com 15 a 49 anos, sendo a maioria entre 20 a 35 anos. São, portanto, mulheres jovens, cujo maior risco a que estiveram submetidas foi estarem grávidas.

Quanto as causas, 27% das mortes tiveram como causa básica problemas diretamente ligados a síndrome hipertensiva da gravidez, 16% por causas hemorrágicas, 15% por doenças infecciosas, 10% por aborto, restando 10% por outras causas diretamente ligadas à gestação. 22% das mortes se relacionaram a causas obstétricas indiretas.

O local de ocorrência dessas mortes, embora nem sempre corresponda ao local onde foi dado o atendimento principal na sucessão de eventos que levaram à morte, nos revela que 25% deles deram-se em hospitais municipais, 45% em hospitais privados ou conveniados e 27% em hospitais estaduais/SUDS. Esses dados nos permitem perceber que a intervenção efetiva na qualidade da atenção ao ciclo gravídico-puerperal, no sentido da redução dos altos índices de morte materna no município de São Paulo, deve compreender, sem dúvida, a discussão sobre o sistema de saúde e a qualidade dos serviços, inclusive da rede conveniada.

(Assessoria de Saúde da Mulher da Secretaria Municipal da Saúde)

Estudo comparativo de mortalidade no município de São Paulo nos períodos de julho/90 a julho/91 e julho/91 a junho/92

Para conhecer melhor a variação da mortalidade no município de São Paulo, é apresentado neste número um estudo comparativo entre dois anos consecutivos. Os resultados e análises aqui apresentados são uma exploração inicial que deverá ser aprofundada posteriormente.

No primeiro período ocorreram 59.975 óbitos, enquanto no segundo 58.696, o que representou um decréscimo de 2,1%.

Os grupos de causas em que se observou o maior decréscimo foram as doenças cardiovasculares, as causas externas e as doenças infecto-parasitárias.

As mortes causadas pelas doenças das glândulas endócrinas, nutrição e transtornos imunitários foram as que registraram o maior aumento (4,9%). Isto pode ser explicado pelos óbitos por AIDS que, como causa isolada de morte, apresentaram um acréscimo de 18,8% (351 óbitos).

As mortes maternas aumentaram de 54 para 99 óbitos. Este acréscimo está relacionado ao trabalho de busca ativa destes casos, pelo Comitê de Estudo e Prevenção da Mortalidade Materna.

O decréscimo do número de mortes por doenças cardiovasculares foi de 3,6% e deu-se em todas as faixas etárias, porém foi menor na faixa etária de 65 anos e mais. Estes dados reforçam estudos que demonstram uma tendência de queda do número de mortes por estas causas no município.

Os óbitos por doenças infecto-parasitárias diminuíram 12,4%. As diarreias e septicemias foram responsáveis por mais de 70% desta redução. As mortes por diarreia diminuíram cerca de 25% nas faixas etárias de menores de 1 ano e de 50 anos e mais, onde a incidência desta doença é maior. Entretanto, este comportamento não foi homogêneo, variando de uma redução de 48% na região do Butantã/Lapa, até um aumento de 9,4% na região de Itaquera/Guaianases. As septicemias como causa de morte apresentaram uma redução em todos os grupos etários.

As causas de morte mal definidas apresentaram um decréscimo de 22,8%. Esta redução, assim como a apresentada pelas septicemias, deve estar associada a uma melhoria das informações de mortalidade, em parte conseqüência do trabalho realizado pelo PRO-AIM na busca de esclarecimentos das causas de morte.

A tuberculose foi, dentre as doenças infecto-parasitárias, a que teve o maior aumento de óbitos, de 539 para 588 (9,1%).

As mortes por causas externas apresentaram um decréscimo de 3,7%, de 9.025 para 8.687 óbitos. Esta redução foi devida principalmente a um decréscimo nos homicídios (5,1%) e nas mortes por acidentes de trânsito (5,9%). A queda da mortalidade por causas externas deve ser melhor analisada, levando-se em consideração as situações nas quais ocorrem os atos que acarretam estas mortes, o sistema de assistência à saúde disponível, a existência de campanhas de educação no trânsito, entre outros.

Mortalidade por doenças do aparelho circulatório no município de São Paulo

As doenças do aparelho circulatório há muito tempo não são apenas problemas dos países centrais. Elas constituem, hoje, o principal grupo de causa de morte em muitos países periféricos, dentre os quais o Brasil. Nos países ricos, o coeficiente de mortalidade por estas causas vem apresentando um declínio nas últimas décadas, provavelmente em consequência do acesso a formas mais efetivas de prevenção e tratamento destas doenças.

No município de São Paulo ocorreram em 1992, 19.981 mortes por estas causas, correspondendo a 33.2% de todos os óbitos do município. As doenças do aparelho circulatório são a principal causa de morte em todas as regiões da cidade.

Embora estudos tenham demonstrado uma diminuição do coeficiente de mortalidade por estas causas no município, na última década, este ainda é maior do que os coeficientes apresentados nos países ricos e as mortes ocorrem mais precocemente.

Analisando a mortalidade por doenças do aparelho circulatório em São Paulo de forma desagregada, observa-se uma diferença nos riscos de morte por estas causas, através do cálculo dos coeficientes de mortalidade específicos padronizados por idade. Nos distritos de paz com piores condições socioeconômicas, como Itaim Paulista (248/100.000 habitantes) e Brasilândia (268,5/100.000), os riscos foram 62% e 77% maiores do que os apresentados na Vila Mariana (151,4/100.000) e Jardim Paulista (153,4/100.000), regiões onde a média dos moradores apresentam melhores condições de vida.

Se comparados os coeficientes de mortalidade por faixa etária, observa-se que o risco de morrer por doenças do aparelho circulatório é significativamente maior nas faixas etárias de 40-49 e 50-59 anos nos distritos de Brasilândia e Itaim Paulista (**Tabela 1**). Estes dados mostram uma elevada mortalidade precoce por estas causas, nestes distritos, quando comparados com os da Vila Mariana e Jardim Paulista.

Tabela 1 - Coeficientes de mortalidade por doenças do aparelho circulatório segundo faixa etária, em alguns distritos de paz do município de São Paulo - 1992 (por 100.000 habitantes)

Faixa etária	Vl. Mariana	Jd. Paulista	Brasilândia	Itaim Paulista
< 40 anos	9,6	11,9	16,3	11,7
40 - 49 anos	61,6	87,9	227,4	228,8
50 - 59 anos	176,9	183,2	719,7	511,2
60 - 69 anos	600,8	717,8	1.347,9	1.182,2
70 anos e mais	3.691,5	3.385,0	4.519,8	4.684,8

A variação da mortalidade por doenças do aparelho circulatório dentro do município reflete diferenças na qualidade de vida das pessoas, assim como a desigualdade no acesso e qualidade dos serviços de saúde disponíveis.

As doenças do aparelho circulatório constituem um importante problema de saúde pública, tornando-se necessário aprofundar os estudos existentes no sentido de conhecer melhor as determinações da morbimortalidade pelas referidas causas, assim como capacitar os serviços de saúde das regiões com maior prevalência para o diagnóstico e tratamento das mesmas.

Mortalidade por causas externas no município de São Paulo e a qualidade das informações

As mortes por causas externas são responsáveis por cerca de 15% do total de óbitos no município de São Paulo, atingindo principalmente uma população jovem e produtiva. Entretanto, o aprofundamento do conhecimento destas causas de morte é prejudicado pela qualidade de preenchimento da declaração de óbito (DO).

A Companhia de Engenharia de Tráfego de São Paulo (CET), desde 1982, realiza um levantamento junto às seccionais do Instituto Médico Legal (IML), coletando informações sobre todas as mortes por causas externas. Estas informações são obtidas a partir do telex enviado pela polícia ao IML e têm como objetivo conhecer melhor a violência no trânsito na cidade.

A partir do segundo semestre de 1992, o PRO-AIM iniciou um trabalho conjunto com a CET, tornando possível o cruzamento dos seus bancos de dados. A comparação destes bancos aqui apresentada foi realizada com os óbitos por causas externas ocorridos no mês de janeiro/93. Nesse período, ocorreram 621 óbitos por causas externas em residentes no município de São Paulo. Após a comparação das informações, foi realizado levantamento das declarações de óbitos arquivadas no PRO-AIM, o que permitiu identificar aquelas que apresentavam discordância com os dados da CET, em relação ao tipo de violência ou acidente. A partir destas informações, foi realizada uma recodificação das causas de morte.

Tabela 1 - Comparação entre as informações registradas na DO pelo IML e o levantamento realizado pela CET junto às seccionais do IML de São Paulo dos óbitos por causas externas - janeiro/93

Causa da morte	DO/IML	CET
Homicídio	48,9	50,1
Ac de trânsito veículo a motor não especificado	16,5	10,6
Atropelamento	1,8	7,3
Lesões de intenção indeterminada	8,4	6,7
Acidentes não especificados	12,8	5,5
Quedas	0,7	6,8
Demais causas externas	10,9	13,0
Total	100,0	100,0

Após as correções efetuadas no PRO-AIM, observou-se uma redução na proporção de óbitos por acidentes não especificados, sendo possível uma melhor caracterização dos tipos de acidentes e/ou violências. A proporção de mortes por atropelamento aumentou e, em consequência, houve uma queda dos acidentes de trânsito não especificados. Também registrou-se uma redução das causas ignoradas se acidentais ou intencionalmente infligidas.

O trabalho conjunto da CET e PRO-AIM revela a importância do correto preenchimento das declarações de óbito pelo IML. Uma melhor definição das mortes por causas externas possibilitaria avaliar as circunstâncias em que ocorreram estas mortes. As seccionais do IML dispõem das informações necessárias ao preenchimento das DO's, através do telex enviado pela polícia. A utilização destas informações pelo IML para o preenchimento dos campos 37, 38 e 39 da parte "V" da declaração, que fornece informações sobre o tipo de acidente ou violência que ocasionou a morte, evitaria a duplicação das atividades de busca para acertos por outras instituições. Estas informações são imprescindíveis para a elaboração de estatísticas de mortalidade mais fidedignas e dão subsídios aos serviços de saúde para a definição de medidas e políticas de prevenção destas mortes.

A qualidade das informações sobre as mortes por causas externas e as formas do seu aprimoramento devem ser discutidas por todas as instituições envolvidas na sua produção, uso e divulgação.

A importância da Aids como causa de morte no município de São Paulo

A cidade de São Paulo concentra a maioria dos casos notificados de AIDS dentre todas as cidades do Brasil, sendo responsável por cerca de 35% e 55% dos casos do país e do estado de São Paulo, respectivamente.

A epidemia, iniciada em 1980, vem se refletindo cada vez mais sobre a mortalidade no município. Em 1991, 3,5% do total de óbitos foram devidos a AIDS. Em 1992, este percentual foi de 3,8% e, no primeiro semestre de 1993, a AIDS foi responsável por 4,1% de todos os óbitos.

O PRO-AIM vem solicitando esclarecimentos, de forma sistemática, de todos os óbitos onde haja suspeita de AIDS ser a causa básica da morte. Os critérios definidos para identificar esses casos são a presença de infecções oportunistas ou neoplasias, freqüentemente associadas a síndrome, na faixa etária de 20 a 49 anos. Este procedimento tem permitido uma redução do sub-registro da doença.

Aproximadamente 15% do total dos casos de AIDS conhecidos pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica foram identificados através do trabalho desenvolvido pelo programa.

Em 1991, o município de São Paulo apresentou coeficientes de mortalidade por AIDS de 21,4/100.000 habitantes e em 1992, 23,1/100.000 habitantes.

Analisando os coeficientes de mortalidade por AIDS, de forma desagregada pelas diversas Administrações Regionais de Saúde (ARS), observamos que a ARS-1 (região central) e a ARS-7 (Freguesia do Ó/Santana/Tucuruvi) apresentaram os maiores valores. Os coeficientes da ARS-1 foram de 62,3/100.000 habitantes em 1991 e 61,6 em 1992. A ARS-7 apresentou para os anos de 1991 e 1992 os coeficientes de 27,6 e 29,9/100.000 habitantes, respectivamente. Chama atenção a situação de Pirituba/Perus que em 1991 apresentava coeficiente de 18,6 óbitos/100.000 habitantes e em 1992 passou a apresentar 27/100.000. Estes dados podem sugerir a presença de bolsões de moradores em situação de risco de infecção pelo HIV, e servir alerta às autoridades de saúde para a necessidade de se capacitar a rede de serviços dessas regiões para o diagnóstico e acompanhamento dos casos de AIDS.

Em relação ao sexo, podemos acompanhar no município a tendência apresentada pela epidemia, de queda na razão masculino/feminino, com crescimento do número de mulheres que estão morrendo por AIDS. Em 1991, a razão homem/mulher era 6:1, enquanto no primeiro semestre de 1993 foi de 4:1. Nos primeiros anos da epidemia no Brasil, esses valores chegaram a ser dez vezes maiores. O impacto causado na transmissão sexual da AIDS, em consequência do crescimento da doença entre heterossexuais usuários de drogas endovenosas, é uma das razões encontradas para explicar o crescimento de casos em mulheres. Em consequência desse aumento, também crescem os casos em crianças por transmissão vertical.

Cerca de 90% do total de óbitos por AIDS ocorreu entre as idades de 15 a 49 anos, atingindo, principalmente, a faixa etária produtiva.

Quanto à ocupação, a categoria que aparece com maior freqüência no período estudado é a que reúne trabalhadores da produção industrial e condutores de veículos. Em segundo lugar, no ano de 1991, aparecem os trabalhadores em serviços administrativos. Em 1992 e no primeiro semestre de 1993, o segundo lugar é ocupado pela categoria que reúne intelectuais e técnicos de nível superior.

Apesar de limitadas, as informações disponíveis na declaração de óbito representam uma importante contribuição para a análise da situação da AIDS. No município de São Paulo, as análises realizadas através das informações de mortalidade identificam o mesmo perfil da epidemia encontrado no estudo dos casos de AIDS, realizado pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica.

Mortalidade infantil no município de São Paulo

O coeficiente de mortalidade infantil (CMI) é considerado um sensível indicador das condições de vida de uma população. O estudo dos seus níveis e diferenciais pode revelar estágios e desigualdades tanto nas condições de vida quanto no acesso a serviços de saúde de boa qualidade.

Este indicador na cidade de São Paulo vem apresentando uma tendência de queda desde o final da década de 70, observando-se uma redução do coeficiente de 50,6/1.000 nascidos vivos (NV) em 1980, para 25,2/1000 NV, em 1992. A existência de CMI nos países do primeiro mundo de até 5/1.000 NV indica que existe possibilidade de redução da mortalidade infantil em São Paulo.

No ano de 1993 foram registrados 4.999 óbitos em menores de 1 ano residentes e ocorridos em São Paulo. Observando-se a distribuição desses óbitos segundo a idade, verifica-se uma concentração de 64,6% no período neonatal (0 a 27 dias), sendo que 51,5% ocorreram no período neonatal precoce (menores de 7 dias). Do total de mortes em menores de 1 ano em 1993, 24,2% ocorreram nas primeiras 24 horas de vida.

Em relação ao perfil de causas de morte, observou-se, no período neonatal, uma predominância das causas perinatais (78,2%) que estão relacionadas ao acesso e qualidade da assistência à gestação e ao parto, seguidas pelas anomalias congênitas (11,4%). No período pós-neonatal predominaram as mortes por pneumonias (41,4%) e doenças infecto-parasitárias (20,5%). As diarreias representaram 70,5% das mortes por doenças infecto-parasitárias no período pós-neonatal.

Desigualdades foram observadas ao se comparar diferentes regiões do município. A proporção dos óbitos em menores de 1 ano em relação ao total de mortes para o município como um todo foi de 7,8%. Entretanto, estes percentuais apresentaram variações entre as regiões do município. Em Guaianases e Perus, periferia da cidade, foram observados percentuais de 16,5% e 17,7% de mortes de menores de 1 ano em relação ao total de óbitos. Nas regiões com melhores níveis socioeconômicos, como Jardim América e Indianópolis, estes percentuais foram de 1,8% e 2,8%, respectivamente.

Como se observa pelos dados apresentados, uma grande parte destas mortes infantis é constituída por causas evitáveis e possíveis de controle, uma vez que a mortalidade infantil no município de São Paulo, apesar da tendência de queda, ainda se mantém em níveis até cinco vezes maiores do que em outros países.

A redução da mortalidade infantil depende de ações objetivas visando intervenções preventivas em questões que vão desde a gravidez indesejada e do acesso a serviços de pré-natal de boa qualidade, até a garantia de referência de leitos de maternidade no momento do parto ou alguma intercorrência anterior.

A precocidade das mortes infantis perinatais assinaladas indica a necessidade de se avaliar a qualidade da atenção hospitalar na condução e assistência ao trabalho de parto e na assistência imediata e de acompanhamento do recém-nascido.

No entanto, as mortes infantis que ocorrem em crianças que receberam alta hospitalar após o parto e durante o primeiro ano de vida por causas evitáveis mantêm-se em níveis elevados e o seu enfrentamento e prevenção exigem melhores condições de vida e acesso a serviços de saúde adequados.

Uma medida importante nos distritos de saúde para contribuir com a redução da mortalidade infantil é viabilizada através da vigilância das mortes evitáveis. Essa vigilância permite uma definição mais precisa das causas que levaram ao adoecimento e a morte, uma avaliação dos serviços de saúde e outras alternativas procuradas, bem como a produção de informações que contribuam para evitar outras mortes a partir da sua ampla divulgação.

Mortalidade por câncer no município de São Paulo

No Brasil tem-se observado nas últimas décadas uma tendência de queda das taxas de mortalidade e fecundidade e de elevação da esperança de vida ao nascer, levando a um envelhecimento populacional. Concomitantemente a estas alterações na estrutura da população, ocorreram mudanças nos perfis de morbi-mortalidade, que se caracterizaram, na mortalidade, por um declínio das doenças infecciosas e aumento da importância como causa de morte das doenças crônico-degenerativas (cardiovasculares, câncer, diabetes, etc.), com maior incidência nas idades mais avançadas.

Observando-se o perfil da mortalidade no município de São Paulo em 1993, verifica-se que os cânceres ocuparam a segunda posição, sendo responsáveis por 8.894 óbitos ou 13,8% do total de mortes de residentes ocorridas no período, o que confirma a sua importância como causa de morte e grave problema de saúde pública.

No estudo dos cânceres é freqüente o uso das estatísticas de mortalidade tanto porque, para a maioria dos tipos de câncer, estas refletem a sua incidência devido a elevada letalidade de grande parte destas doenças, quanto pela maior fidedignidade das informações registradas na declaração de óbito referentes aos cânceres, quando comparadas com as demais causas de morte.

O *ranking* dos principais cânceres em 1993, de acordo com a localização anatômica, no sexo masculino foi: pulmão, estômago, próstata e esôfago e no sexo feminino: mama, estômago, colo e porção do útero não especificada, pulmão e cólon.

Com o objetivo de realizar comparações nos riscos de morte dos principais tipos de câncer entre as diversas regiões do município, foram definidas áreas homogêneas (AH) segundo indicadores de condições de vida, indo da AH1 com melhores condições, até a AH4 com as piores.

Entre as mulheres, o câncer de colo e porção do útero não especificada apresentou riscos (*) crescentes da AH1 para AH4 (5,8 e 12,9/100.000 mulheres), o que também se verificou em relação as taxas específicas por idade, com riscos mais elevados em idades mais jovens nas áreas com maiores níveis de carência. O contrário foi observado em relação ao câncer de mama que apresentou taxas (*) de mortalidade decrescentes da AH1 (27,0 / 100.000 mulheres para a AH4 (20,5 / 100.000 mulheres).

No sexo masculino verifica-se que o câncer de pulmão apresentou taxas (*) maiores na AH1 do que na AH4 (36,8 e 29,8 por 100.000 homens). Observa-se o inverso em relação ao câncer de esôfago, que apresentou taxas de 4,1/100.000 homens na AH4 e 9,9 /100.000 homens na AH1. O câncer de próstata apresentou uma mortalidade mais tardia com maiores taxas acima de 60 anos de idade.

Os cânceres de estômago e pulmão apresentaram riscos maiores no sexo masculino (13,5 e 18,7 / 100.000 homens) do que no sexo feminino (6,9 e 5,7 / 100.000 mulheres). Analisando estas taxas (*) por áreas homogêneas, nota-se um risco de morte crescente do câncer de estômago da AH1 para a AH4 em ambos os sexos e um risco decrescente do câncer de pulmão.

A importante participação dos cânceres como causa de morte no município de São Paulo aponta para a necessidade de organização dos serviços para dar respostas a esta demanda, onde questões como o diagnóstico e tratamento precoces estão colocadas e poderão levar a redução da mortalidade por cânceres como os de mama, colo de útero, próstata, entre outros.

As diferenças nos riscos de morte por câncer entre as áreas homogêneas indica a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre os fatores de riscos associados a determinados tipos de câncer, tais como poluição ambiental, padrões de consumo, tabagismo, etc., e da sua relação com as condições de vida, incluindo o acesso a serviços de saúde com qualidade adequada.

(*) taxas de mortalidade por câncer, padronizadas por idade

A nova divisão administrativa do município de São Paulo

A Constituição Brasileira de 1988, em seu artigo 198, define as diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde, com descentralização das ações de saúde com comando único em cada esfera de governo, atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação popular. As leis orgânicas nos níveis federal, estadual e municipal confirmam e aprofundam estas diretrizes.

A descentralização permite uma maior adequação das intervenções necessárias para a solução dos problemas de saúde existentes numa região. No município de São Paulo, o nível operacional-gerencial mais descentralizado é o distrito de saúde (DS). Existem 32 DS's que se agregam em 10 Administrações Regionais de Saúde (ARS).

O município de São Paulo apresenta uma nova divisão espacial desde a lei 11.220/92 que criou 96 distritos administrativos. Esta divisão teve a intenção de compatibilizar, numa base territorial única, as ações e a produção de informações pelos diversos setores da administração pública em todos os níveis. A nova divisão apresentou uma maior descentralização, especialmente nas periferias, construindo áreas mais compatíveis com a abordagem dos seus múltiplos problemas sociais.

Em outubro/93, o PRO-AIM incorporou no seu sistema de informações três inovações: iniciou a produção de informações pela nova divisão em distritos administrativos e compatível com a divisão dos DS's, manteve a codificação na divisão em distritos e sub-distritos de paz e iniciou a codificação do logradouro com consequente padronização da sua descrição, facilitando o acesso aos dados.

Com estas inovações, os dados e informações produzidos pelo PRO-AIM passaram a ser compatíveis com os produzidos por outras instituições, tais como o IBGE e algumas secretarias municipais (divisão nova) e a fundação SEADE (divisão anterior).

A partir deste boletim (primeiro trimestre/94), o programa inicia a divulgação dos dados pelas 10 AR's atuais do Município.

A nova divisão permite detectar especificidades dos perfis de mortalidade dos atuais DS's. Numa análise comparativa da proporção de mortes por algumas causas em relação ao total de mortes em cada um dos 32 DS's e no total do município, no período de outubro/93 a setembro/94, verifica-se:

- maior percentual de mortes por doenças infecciosas no DS Brasilândia (mortalidade proporcional de 5,9% no DS e 3,5% no total do Município) em decorrência da Tuberculose;
- concentração de mortes por AIDS no DS Consolação;
- importância relativa maior de mortes por causas perinatais no DS Campo Limpo (7,4% no DS e 3,9% no total);
- maior percentual de mortes por neoplasias no DS Pinheiros e do infarto do miocárdio na Mooca;
- maior concentração de homicídios no DS M'Boi Mirim.

Estes são alguns destaques das especificidades detectadas e não significam ser estas as principais causas de morte em cada DS, mas apenas que a mortalidade proporcional por estas causas nestes distritos foi muito acima da média municipal.

A análise da situação de saúde em nível local é a garantia de se adequar a oferta de serviços para a solução dos problemas de saúde que concretamente afetam as populações específicas das áreas de abrangência dos DS's e deve ser atividade permanente para monitoramento das condições de vida e saúde das populações pelo Sistema Único de Saúde.

Mortalidade do idoso no município de São Paulo

O último censo demográfico do IBGE confirmou a tendência de envelhecimento da população no município de São Paulo. Se em 1980, 4% da população paulistana era constituída por pessoas com 65 anos ou mais de idade, em 1991 esta proporção aumentou para 5,6%, o que significou um aumento de mais de 200.000 idosos na cidade.

Esta população tem necessidades e problemas de saúde específicos e crescentes, sendo muitas vezes dependente de familiares e do Estado para conseguir uma boa qualidade de vida. As doenças, frequentemente crônicas e múltiplas, trazem incapacidades e dificuldades adicionais.

No município de São Paulo, a concentração de óbitos em idosos é crescente. No ano de 1991, 38,3% dos óbitos ocorreu em maiores de 65 anos. No ano de 1994 esta proporção foi de 42,5% do total de 65.255 óbitos de residentes, ocorridos no município. Numa análise dos dados de 1994, observam-se diferenças entre sexos, uma vez que para os homens a proporção de óbitos nessa faixa etária foi de 34,2% do total, enquanto que para as mulheres foi de 54,9%. O indicador de Swaroop-Uemura, que expressa a proporção de óbitos em pessoas com 50 anos ou mais em relação ao total de óbitos, foi de 61,5% em 1994, sendo de 54,3% para os homens e de 72,3% para as mulheres.

Esta concentração crescente de óbitos não significa que o risco de morrer esteja aumentando entre os idosos, uma vez que a proporção é influenciada tanto pela estrutura etária da população, quanto pelas mudanças na parcela das mortes em outras faixas etárias. O coeficiente, que é o número de mortes dividido pela população idosa, é que vai informar sobre o risco de morrer.

As três principais causas de morte no ano de 1994, em maiores de 65 anos, foram as doenças isquêmicas do coração, as doenças cerebrovasculares e as pneumonias. Apesar da coincidência entre sexos, os coeficientes apresentaram diferenças, sendo maiores no sexo masculino (respectivamente 10.2, 6.5 e 5.4/1000 idosos) do que no feminino (respectivamente 7.3, 5.4 e 4.3/1000 idosas). No sexo masculino os coeficientes seguintes foram por doenças pulmonares obstrutivas crônicas (4.1), insuficiência cardíaca (2.8), câncer de pulmão (2.3), câncer de próstata (2.0) e diabetes (1.9). No sexo feminino foram insuficiência cardíaca (3.1), diabetes (2.1), doenças pulmonares obstrutivas crônicas (1.8), doença hipertensiva (1.5) e câncer de mama (1.0).

A análise da mortalidade dos idosos mostra, ainda, que nos meses de junho, julho e agosto de 1994 ocorreram 30% do total de óbitos de idosos no ano. No inverno, o risco mensal de morte foi elevado para diversas causas, destacando-se as doenças do aparelho respiratório que duplicaram em relação aos meses do verão anterior.

As desigualdades sociais nas condições de sobrevivência da população paulistana até idades avançadas difere em regiões do município com situações socioeconômicas diversas. Enquanto em Moema e Jardim Paulista mais de 2/3 do total de óbitos ocorreram na faixa etária de 65 anos ou mais (67.5 e 68.3% respectivamente), em regiões periféricas como Cidade Tiradentes, Grajaú e Jardim Angela, a proporção de óbitos nesta mesma faixa etária foi de apenas 21%, 21,1% e 18.2% respectivamente. A proporção de idosos na população destes distritos de acordo com o censo de 1991 variava de 1,4% na Cidade Tiradentes a 12,3% no Jardim Paulista.

O envelhecimento populacional no município de São Paulo traz o desafio de se alcançar uma vida digna e saudável para o idoso, o que vai depender de políticas sociais e econômicas públicas que garantam acesso a bens e serviços de qualidade para atender as necessidades específicas desta população. Por outro lado, é preciso garantir o direito à saúde e o direito à vida até idades avançadas para toda a população.

A qualidade do preenchimento da causa básica de óbito no município de São Paulo

A partir de uma perspectiva nacional, as estatísticas de mortalidade no município de São Paulo parecem apresentar uma boa qualidade. Enquanto no Brasil, em 1989, 18,4% das mortes tiveram como causas atestadas os sinais, sintomas e afeções mal-definidas da classificação internacional de doenças (CID), grande parte destas ocorrida sem assistência médica, esta proporção no município de São Paulo foi de apenas 1,5% naquele ano. Este quadro otimista da qualidade das estatísticas de mortalidade em São Paulo, no entanto, esconde uma realidade não tão satisfatória. Observa-se que grande parte das causas atestadas como básicas, apesar de não constarem no capítulo de afeções mal definidas da CID, refletem diagnósticos evidentemente secundários.

A causa básica da morte é definida como a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal. O atestado médico da declaração de óbito apresenta duas partes, sendo que na parte I existem as linhas a, b e c. A causa básica deve sempre constar no atestado e ser preenchida na última linha informada da parte I antecedida pelas causas consequenciais, ficando na linha "a" a mais recente. Na parte II devem ser colocadas as causas que tenham contribuído para a morte, porém não diretamente relacionadas ao óbito.

Alguns dos erros mais freqüentemente observados no preenchimento do atestado médico são a ausência da real causa básica e a inexistência de seqüência lógica entre as causas informadas. Outra incorreção é a inversão da seqüência lógica correta com a causa básica preenchida na linha "a" da parte I, sendo que nas demais constariam causas consequenciais. O preenchimento de uma seqüência correta, porém com a causa básica ultrapassando a linha "c" da parte I e sendo informada na parte II é outro erro comum. Neste último caso, o melhor a fazer é omitir alguma causa intercorrente ou terminal, mantendo a causa básica na última linha da parte I.

Encontra-se em desenvolvimento, junto ao conselho consultivo do PRO-AIM, um projeto que tem como objetivo identificar serviços de saúde onde ocorre um grande número ou uma grande concentração de atestados com causas básicas incorretas. Neste estudo foram excluídas as declarações atestadas nos Serviços de Verificação de Óbitos e no Instituto Médico Legal. Resultados iniciais identificaram diversos hospitais que apresentaram em 1994 uma grande proporção de preenchimento incorreto da declaração de óbito e que apenas 12 médicos atestaram 5% do total das analisadas.

Entre os diagnósticos que foram freqüentemente atestados e que raramente são causas básicas de morte estão insuficiência cardíaca, septicemia, tromboembolismo pulmonar, hemorragia digestiva, edema agudo do pulmão, distúrbios hidro-eletrolíticos, peritonite e insuficiência respiratória aguda. Por outro lado, causas indeterminadas e mal definidas, tais como a parada cardio-respiratória, parada cardíaca, choque, coma e convulsão ainda são atestadas como básicas. Somados, estes diagnósticos representam mais de 8% do total de causas naturais de morte no município de São Paulo. Conclui-se que melhorias podem ser conseguidas através de reciclagens prioritárias para serviços de saúde e profissionais.

O PRO-AIM tem ainda desenvolvido atividades de melhoria de qualidade do preenchimento da declaração de óbito com envio de solicitações de esclarecimentos da causa básica da morte aos médicos declarantes.

Nestas solicitações, o programa inclui as suspeitas de AIDS e afeções mal definidas ou descrições incompletas da causa da morte e tem mantido percentuais satisfatórios de respostas. A melhoria da qualidade das informações de mortalidade no município de São Paulo vai possibilitar a potencialização dos seus usos em diagnósticos de saúde e vigilância epidemiológica, além de permitir a avaliação das políticas públicas e sociais que devem ser voltadas a melhoria da qualidade de vida da população da cidade.

Tendência da mortalidade por algumas doenças de notificação compulsória no município de São Paulo no período de 1979 a 1994*

O controle das doenças de notificação compulsória (DNC) é uma importante finalidade do sistema de vigilância epidemiológica. A notificação de casos e as atividades de controle para a interrupção da cadeia de transmissão dessas doenças visam diminuir a incidência das mesmas. Este estudo objetiva analisar a tendência da mortalidade por DNC no município de São Paulo, no período de 1979 a 1994, e será restrito a essas doenças quando informadas e selecionadas como causa básica de óbito.

A AIDS ocupa a liderança entre as causas de morte por DNC, com coeficientes anuais de mortalidade crescentes passando de 0,6/100.000 habitantes em 1985 (56 óbitos) para 29,0 em 1994 (2.943 óbitos). A epidemia de AIDS provocou mudanças no perfil de outras doenças infecciosas, principalmente da tuberculose cujos coeficientes que haviam diminuído de 6,0 em 1980 para 4,1/100.000 habitantes em 1985, retomaram uma curva ascendente. A tuberculose apresentou mais de 600 óbitos anuais, em 1993 e 1994, sendo causa básica de mais mortes nos anos 90 que no início dos anos 80. Essa ascensão deveu-se, principalmente, a tuberculose respiratória e miliar. Já a meningite tuberculosa reduziu em um terço seu número de óbitos, redução que pode ser explicada pelo uso da vacina BCG.

As campanhas para prevenção e controle da AIDS não têm alcançado o impacto esperado, tornando-se necessária a adoção de estratégias mais amplas e agressivas. As condições de vida da população e a insuficiência de serviços de saúde em quantidade e qualidade contribuíram para o aumento dessas doenças.

Outras duas doenças apresentaram coeficientes de mortalidade e número de óbitos ascendentes. A infecção meningocócica que provocou até 40 óbitos anuais de 1979 a 1987, apresentando coeficientes de no máximo 0,44/100.000 habitantes, foi causa básica de 81 a 102 óbitos anuais entre 1989 e 1994, com coeficientes variando de 0,82 a 1,06 neste último período. A leptospirose foi responsável por 12 a 17 óbitos anuais até 1986 (coeficientes de 0,13 a 0,19/100.000 habitantes) e a partir de 1987 foi causa básica de 24 a 40 óbitos anuais, com coeficientes de mortalidade variando de 0,24 a 0,49/100.000 habitantes. Não foram considerados os anos atípicos de 1983, 1989 e 1994 para essa avaliação de tendência da leptospirose. Como nas doenças anteriores, o adensamento da população associado às péssimas condições de moradia, crise econômica e desemprego, agravaram a situação que, em relação as duas últimas doenças, favoreceram o surgimento de surtos epidêmicos. As enchentes constantes no município contribuíram para o aumento de casos e mortes por leptospirose.

Não são observados óbitos por raiva humana desde 1984. A poliomielite aguda, doença que causou 12 mortes em 1979 e de zero a três óbitos nos anos seguintes, não apresenta óbitos desde 1991. O sarampo que provocou de 97 a 520 óbitos de 1979 a 1984, praticamente desapareceu como causa de morte nos últimos anos, sendo observado no período de 1991-1994 um óbito no ano de 1993. A partir de 1991, não ocorrem óbitos por difteria que foi responsável por 2 a 6 óbitos anuais entre 1979 e 1988. A coqueluche, com 2 a 18 óbitos anuais entre 1979 e 1991, foi causa de zero a 1 óbito anual após esse período. De 1984 a 1994, ocorreu 1 óbito por tétano neonatal. Com relação ao tétano acidental e a rubéola congênita, observou-se um número variável de óbitos sem uma tendência definida em todo o período estudado. A redução das doenças preveníveis por imunização foi obtida com elevadas coberturas vacinais e eficácia dos programas de controle ou erradicação. O uso da vacina anti-rubéola nos serviços públicos de saúde é recente.

Desde a introdução do cólera no Brasil observou-se, no município de São Paulo, um óbito por esta doença em 1993. Em relação a febre tifóide, que apresentou de 1 a 3 óbitos anuais na década de 80, não há registro de óbitos desde 1991. Parte deste quadro se explica pelas melhorias em saneamento básico.

Conclui-se que apesar de algumas reduções importantes na mortalidade tais como as que ocorreram com as doenças imunopreveníveis e de transmissão hídrica, ainda são observadas muitas mortes por doenças de notificação compulsória, evitáveis através de medidas que permitam priorizar e ampliar a cobertura de serviços e ações de saúde pública de boa qualidade e, principalmente, por mudanças políticas que resultem em melhoria

do nível de vida da população.

(*fonte dos dados: IBGE, Ministério da Saúde, PRO-AIM e SEADE)

Anos potenciais de vida perdidos no município de São Paulo no ano de 1994

Os indicadores de mortalidade têm se revelado importantes instrumentos para mensurar as condições de vida de populações, fornecendo subsídios para a definição de prioridades e alocação de recursos na área da saúde. Dentre estes, destaca-se o indicador anos potenciais de vida perdidos (APVP), proposto com o objetivo de definir as principais causas de morte prematura. Seu uso proporciona uma ordenação das causas diferente da obtida com a utilização dos indicadores tradicionais de mortalidade, tendo em vista que estes atribuem igual peso a todos os óbitos e no cálculo do APVP é atribuído um peso maior aos óbitos de pessoas mais jovens. O indicador APVP oferece uma visão não só da frequência de uma causa de morte, mas também da sua precocidade.

Neste estudo, realizou-se uma análise da mortalidade prematura no município de São Paulo, no ano de 1994, através da utilização do indicador APVP. Definiu-se morte prematura como aquela que ocorreu antes dos 70 anos de idade. O número de APVPs é obtido multiplicando-se o número de mortes devidas a uma determinada causa ou todas as causas, em cada idade (0 a 70 anos), pelo número de anos que faltavam para que as pessoas atingissem a idade limite de 70 anos. A somatória destes produtos fornece o total de anos potenciais de vida perdidos.

No ano de 1994, o PRO-AIM processou 65.279 óbitos de residentes e que ocorreram no município de São Paulo. Dentre estes, 42.879 (65,7%) foram de pessoas com menos de 70 anos, o que representou uma perda de mais de 1,2 milhões de anos potenciais de vida por mortes prematuras no município. As pessoas que morreram antes de completar 70 anos perderam, em média, 28,7 anos de vida.

Segundo indicadores tradicionais, utilizando as proporções, as principais causas de morte, de acordo com os capítulos da Classificação Internacional de Doenças- CID 9, no município de São Paulo em 1994, foram as doenças do aparelho circulatório -DAC (31,5%), cânceres (14,5%), causas violentas/acidentes (14,3%), doenças do aparelho respiratório -DAR (13,1%), vindo em seguida o agrupamento que contém diabetes, AIDS e desnutrição (8%). Quando calculados os APVPs, as causas violentas/acidentes passam a ocupar o primeiro lugar, respondendo por 26,5% das perdas. Em seguida, vem as causas perinatais (13,4%), DAC (12,3%), DAR (11,3%), o capítulo que engloba a AIDS/diabetes/desnutrição (10,1%) e os cânceres (7,8%). As doenças que acometem pessoas em idade avançada perdem importância, enquanto se destacam as causas que atingem precocemente a população.

Em relação aos APVPs pelas causas de morte específicas, foram os homicídios que provocaram a maior parte das perdas de anos potenciais de vida no município (14,7%), vindo em seguida a AIDS com 8,4%, pneumonias (7,9%), acidentes de trânsito (4,6%), doenças isquêmicas do coração -DIC (3,9%) e doenças cerebrovasculares -DCV (3,6%).

Os APVPs estimados para o sexo masculino representaram quase 70% do total das perdas. As principais causas específicas entre os homens foram os homicídios (20,3%), a AIDS (9,9%), as Pneumonias (7%), os acidentes de trânsito (5,2%) e as DIC (4,1%). Todas as mortes por causas externas englobaram mais de 34% das perdas neste sexo. Entre as mulheres, foram as pneumonias (10,1%), AIDS (5,3%), DCV (5,1%), DIC (3,5%), acidentes de trânsito (3,3%), câncer de mama (2,8%) e homicídios (2,8%). No sexo feminino destacaram-se as doenças crônico-degenerativas que ocorreram prematuramente.

Uma proporção considerável dessas mortes que atingiu pessoas em idade jovem e produtiva, poderia ter sido evitada através do controle de fatores de risco, além de diagnóstico e tratamento precoces. A AIDS e a violência, com destaque para os homicídios e acidentes de trânsito, representam desafios para a saúde pública. As repercussões destes agravos são problemas que, ao ultrapassarem os limites da área da saúde, exigem medidas sociais eficazes para atender as reais necessidades da população do município.

As mortes por causas externas são aquelas decorrentes de lesões e envenenamentos intencionais (homicídios e suicídios) e não intencionais (acidentes de trânsito, trabalho, domésticos e outros). Este boletim apresenta o perfil destas mortes ocorridas entre residentes na Cidade de São Paulo em 1997 através da análise segundo tipo de causa externa, sexo, faixa etária e área de residência. O objetivo é ampliar o conhecimento sobre o problema e contribuir para a sua abordagem preventiva e assistencial.

Em 1997 ocorreram 8.633 mortes por causas externas na cidade. Este número (13,5% do total de mortes) só foi superado pelas doenças cardiovasculares e neoplasias. As causas externas foram o segundo grupo de causas de morte de homens e o sexto de mulheres. Entre as mortes por causas externas, os homicídios representaram 55,7% do total, seguidos de acidentes de trânsito (18,3%), quedas (6,4%), lesões de intenção ignorada (6,1%), suicídios (5,7%), demais acidentes (5,1%), asfixias (1,5%) e afogamentos (1,2%).

Dentre todas as causas isoladas de morte na cidade, em 1997, os homicídios foram a terceira causa e os acidentes de trânsito a nona. Considerando cada faixa etária, observou-se que os homicídios ocuparam a primeira posição entre 10 e 39 anos e a terceira na faixa de 40 a 49 anos. Também, verificou-se a precocidade de sua ocorrência, pois foi a sexta causa na faixa de 5 a 9 anos. Os acidentes de trânsito foram a quarta causa de

morte no grupo de 1 a 4 anos e a primeira entre 5 e 9 anos, caindo para o segundo lugar dos 10 aos 19 anos, terceiro dos 20 aos 39 anos e ocupando a sexta posição entre 40 e 49 anos. Os suicídios ficaram em terceiro lugar entre 15 e 29 anos. Os afogamentos foram a terceira causa de morte dos 10 aos 14 anos, passando para o quarto lugar na faixa de 15 a 19 anos.

O risco de morte por causa externa entre os homens foi 6,4 vezes superior ao das mulheres. Os coeficientes de mortalidade por sexo e faixa etária segundo o tipo de causa externa mostraram que, entre os homens, os maiores riscos foram observados para os homicídios na faixa etária de 20 a 29 anos (207,7 óbitos por 100 mil homens). Considerando acidentes de trânsito, quedas e suicídios, se destacaram os idosos de 70 anos e mais (coeficientes de 66,5; 59,7 e 20,2 por 100 mil homens, respectivamente). Entre mulheres, os maiores riscos para as mesmas causas foram: homicídios entre 20 a 29 anos (13,9 por 100 mil mulheres); acidentes de trânsito e quedas entre idosas de 70 anos e mais (26,0 e 38,5 por 100 mil idosas) e suicídios no grupo de 50 a 59 anos (3,9 por 100 mil).

A distribuição das mortes por causas externas pelas áreas homogêneas da cidade, construídas segundo a escolaridade do chefe de família, mostrou que, na área com melhores condições (área 1), houve uma maior concentração de mortes por quedas, asfixias e suicídios, especialmente entre idosos. Na área com as piores condições (área 3), os assassinatos foram o grande destaque. É importante observar que, entre os homens, o homicídio foi a primeira entre todas as causas de morte na área 3, ficando na quinta posição na área 1. Entre as mulheres, essa causa ocupou a décima primeira posição na área 3 e a trigésima quinta na área 1.

Grande parte das mortes por causas externas podem ser evitadas com campanhas educativas para prevenção de acidentes, cumprimento do Código Nacional do Trânsito, construção de ambientes saudáveis na cidade e no trabalho e melhorias no sistema de resgate e de assistência às vítimas. O homicídio, por sua vez, tem na distribuição socialmente desigual a sua marca na cidade. A timidez das medidas adotadas até o momento indica falta de projeto global que contemple políticas públicas voltadas para as condições básicas de sobrevivência - educação, saúde, moradia, emprego, lazer, segurança -, medidas de desestímulo a drogadição, restrição ao consumo de bebidas alcoólicas em situações especiais, combate ao tráfico de drogas e desarmamento da população. Há urgência no envolvimento de todos os níveis e setores de governo e da sociedade civil para uma efetiva abordagem preventiva da violência.

Mortalidade de pessoas não identificadas na cidade de São Paulo

As pessoas que morrem sem identificação nas grandes áreas metropolitanas representam um dos mais graves reflexos da exclusão social. Este quadro, expressão da miséria e da violência, choca profundamente os sentimentos ligados às mais diversas orientações políticas, religiosas ou humanistas.

Na cidade de São Paulo observa-se um número significativo e crescente de mortes de pessoas nestas condições. Entre 1991 e 1995 o número de óbitos cresceu em 53%, passando de 707 mortes em 1991 para 1081 em 1995. Os coeficientes de mortalidade por 100.000 habitantes apresentam tendência crescente no período analisado: 7.4 em 1991, 8.0 em 1992, 9.0 em 1993, 9.9 em 1994 e 10.8 em 1995.

Sobre o ano de 1995 foi feito um estudo mais detalhado. As 1081 mortes de pessoas não identificadas representaram 1,5% do total de óbitos de residentes que ocorreram no município naquele ano. Em relação ao sexo, 85% eram homens, 10% mulheres e em 5% dos casos o sexo não foi informado na declaração de óbito. A idade das pessoas que morrem sem identificação é quase sempre avaliada por aproximação. Desta forma foi possível definir que a faixa etária de 20 a 59 anos de idade concentrou 62,4% do total destas mortes. Abaixo de 20 anos foram 3,3% e com 60 anos ou mais, 3,9% das mortes. Em cerca de 30% das declarações, não havia menção da idade.

As mortes por violências e acidentes foram 732, o que representou 68% do total. Estas refletem as condições de vida a que estão submetidas as pessoas em grandes metrópoles. Os homicídios foram a principal causa de morte, com 361 óbitos, respondendo por 1/3 do total. Entre os homicídios, 54% das declarações de óbito não informavam o meio utilizado e 37% indicavam uso de armas de fogo. A violência no trânsito foi a segunda causa de morte, com 161 óbitos, sendo que destes, 153 foram atropelamentos que representaram 14% do total de mortes de desconhecidos.

O elevado percentual (15%) de mortes em que era ignorado se a violência tinha sido intencional ou acidental indica, entre outras causas, a deficiência institucional para identificar e registrar no atestado de óbito informações acerca das circunstâncias em que as mortes ocorreram. Em algumas situações, quando o telex enviado pela Polícia Militar ao Instituto Médico Legal (IML) não contém as informações necessárias, o exame necroscópico isolado pode não permitir a especificação do tipo de violência envolvida. Por outro lado, observam-se casos em que o IML, mesmo com informações disponíveis, não preencheu adequadamente a declaração de óbito.

Embora as mortes naturais ou não violentas tenham representado cerca de 1/3 do total, sua análise, segundo causas isoladas, demonstrou outra situação de violência: a das doenças agravadas pela miséria. Foram 137 mortes por tuberculose, septicemia, AIDS, alcoolismo, meningite, pneumonias, broncopneumonia ou cirrose hepática. Estas causas somaram 40% dos óbitos de pessoas não identificadas e que morreram por causas não violentas.

Em relação ao local de ocorrência das mortes, 45,2% foram em hospitais, o que não significa que estas pessoas tenham recebido assistência durante a doença que levou a morte, pois em alguns casos, foram apenas removidas para o hospital. Cerca de 40% ocorreu na via pública. Uma parcela destes óbitos de pessoas não identificadas pode se referir a moradores de rua, enquanto outra parcela pode ser de pessoas que não tinham identificação na hora da morte e não foram procuradas no IML por familiares ou amigos até 72 horas após o óbito, de acordo com procedimento rotineiro.

Os mortos não identificados, por representarem uma das faces mais trágicas da exclusão social, vitimados por assassinatos, atropelamentos e doenças representativas da miséria, indicam a violência urbana e a degradação das condições de vida em grandes áreas metropolitanas. É preciso enfrentar e reverter este quadro crítico na cidade de São Paulo.

Mortalidade por causas relacionadas ao uso do álcool no município de São Paulo

As causas relacionadas ao uso do álcool apresentam uma participação importante na estrutura da mortalidade no município de São Paulo. Em 1995, este grupo de causas foi responsável por 1,7% do total de mortes, ocupando o 13º lugar no "ranking" das causas. Entre os óbitos ocorridos no sexo masculino, estes agravos representaram 2,5%, sendo a nona causa de morte neste sexo. A faixa etária de 30 a 49 anos foi a que apresentou a maior concentração de óbitos por estes agravos (10,6%), ocupando a quinta posição entre as causas de morte neste grupo etário, o que mostra a relevância deste problema para a saúde pública.

Em 1995, do total de 1.112 óbitos por causas relacionadas ao uso do álcool, 52,8% tratava-se de alcoolismo crônico, 46,7% de doença crônica do fígado e cirrose hepática devidas ao álcool, e 0,5% de psicose alcoólica. Quase 90% dos óbitos deste grupo de causas ocorreram no sexo masculino. Entre os homens, a faixa etária de 30 a 49 anos concentrou 60,3% das mortes, o que indica a precocidade das mortes por causas relacionadas ao uso do álcool.

Ainda em relação ao ano de 1995, comparou-se os coeficientes das diversas regiões da cidade, que foram padronizados de acordo com a estrutura etária municipal. Observou-se que o risco de morte por causas relacionadas ao uso do álcool, entre os homens, foi maior na região de Pirituba, com coeficiente de 41,3 óbitos por 100.000 homens, seguida pela região de Campo Limpo (38,5) e a região de Santana/ Tucuruvi/ Nossa Senhora do Ó (36,8). Entre as mulheres, a região de Campo Limpo foi a que apresentou o maior risco, com coeficiente de 7,8 óbitos por 100.000 mulheres, seguida pelas regiões de Santo Amaro (5,8) e de Itaquera (5,2).

Ao longo dos últimos cinco anos (ver tabela), o risco de morrer por causas relacionadas ao uso de álcool oscilou com pequenas variações, no entanto atingiu o maior coeficiente no final da série. O risco foi maior no sexo masculino, que apresentou coeficientes (por 100.000 homens) de 18,0 em 1991 e 20,4 em 1995. Chama a atenção a tendência crescente destes coeficientes no sexo feminino, que aumentaram 78% entre 1992 e 1995.

Número de óbitos e coeficientes de mortalidade por doenças relacionadas ao uso do álcool, por sexo - Município de São Paulo - 1991/1995

ANO	NÚMERO DE ÓBITOS			COEFICIENTES POR 100.000		
	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM	TOTAL
1991	833	122	955	18,0	2,5	10,0
1992	665	70	735	14,2	1,4	7,6
1993	860	97	957	18,2	1,9	9,8
1994	812	108	921	17,1	2,1	9,3
1995	980	132	1112	20,4	2,5	11,2

Além das causas de morte agrupadas neste estudo, existem outras que estão direta ou indiretamente relacionadas ao uso do álcool, mas que não foram aqui abordadas. Estudos mostram que as pessoas que abusam ou dependem do álcool são vítimas ou agentes mais comuns de acidentes de trânsito, homicídios e outras formas de violência. Observa-se ainda uma maior probabilidade destas pessoas apresentarem desnutrição, distúrbios cardiovasculares e determinados cânceres, como de boca e esôfago, entre outros agravos.

As repercussões dos problemas e doenças relacionadas ao uso do álcool transcendem o âmbito da área da saúde. O impacto social gerado por distúrbios do comportamento, absenteísmo, desemprego, entre outros, sugere a necessidade de uma ação articulada entre os serviços de saúde pública e a sociedade. Deve-se enfrentar essa situação nos seus aspectos assistenciais e preventivos, englobando o controle da propaganda e do comércio de bebidas alcoólicas. O uso do álcool precisa ser abordado considerando a complexidade do problema e a gravidade de suas conseqüências.

Adolescentes: a violência em questão

Segundo estimativas populacionais da Fundação SEADE, no ano de 1995, havia cerca de 1 milhão e 800 mil adolescentes (10 a 19 anos) no município de São Paulo, representando 18,6% do total da população. Este grupo compõe uma parcela significativa dos habitantes da cidade, com características psicossociais e necessidades específicas que precisam ser consideradas pelos serviços públicos, instituições e empresas que atuam em áreas como cultura, lazer, educação, profissionalização e saúde.

Em relação a saúde, diversos estudos apontam para os baixos níveis de mortalidade do adolescente quando comparados com as demais faixas etárias. No entanto, a grande concentração de causas externas (violência e acidentes) se destaca no perfil da mortalidade deste grupo populacional.

Em 1995, as mortes neste grupo representaram 2,8% do total de mortes de residentes que ocorreram no município de São Paulo. Foram 1.854 óbitos na faixa etária de 10 a 19 anos, sendo 1.450(78,2%) no sexo masculino e 404 (21,8%) no sexo feminino.

Analisando o perfil de causas de morte na segunda década da vida, verifica-se que as causas externas responderam por 72% dos óbitos(1.331). Os homicídios ocuparam a primeira posição entre todas as causas. Foram assassinados 833 adolescentes em 1995 no município de São Paulo, representando 45% do total dos óbitos. Os acidentes de trânsito de veículo a motor vieram em segundo lugar com 246 óbitos (13,4%), seguidos pelas neoplasias (6,5%) e doenças do aparelho respiratório (5,6%). Outras causas de morte que merecem destaque são suicídios (38 óbitos), AIDS (24), acidentes de trabalho (11) e complicações da gravidez, parto e puerpério (11).

Os homicídios ocuparam a primeira posição entre as causas de morte no sexo masculino, perfazendo mais da metade dos óbitos(53,6%). No sexo feminino, os acidentes de trânsito foram a primeira causa (17,1%), ficando os homicídios na segunda posição(13,5%).

O número de agressões fatais entre adolescentes do sexo masculino foi crescente com a idade. Nas faixas de 10 a 13 anos, de 14 a 17 anos e de 18 a 19 anos, ocorreram, respectivamente, 20, 334 e 424 homicídios. Vale a pena ressaltar que mais de 50% dos adolescentes assassinados tinham entre 18 e 19 anos. Numa comparação entre os riscos de morte de adolescentes do sexo masculino, verificou-se que a faixa etária de 10 a 14 anos apresentou coeficiente de mortalidade por homicídio de 9,6 por 100.000 adolescentes e na faixa de 15 a 19 anos, o coeficiente foi 166,5. O coeficiente de mortalidade por homicídio entre adolescentes do sexo masculino nesta última faixa foi maior do que o coeficiente para o total da população masculina do município, que ficou em 95,4 por 100.000 homens.

O local da residência do adolescente revela outros diferenciais nos riscos de morrer assassinado. Em ordem decrescente, os distritos administrativos que apresentaram, em 1995, maiores coeficientes de mortalidade por homicídio (por 100.000 adolescentes), foram: Jardim Angela (108), Cachoeirinha (88), Capão Redondo, Grajau e Jaguaré (84), Jardim São Luís (70), Vila Curuçaa e Sacomã (66), Jardim Helena (62), Brasilândia (61) e Santo Amaro (60). No mesmo ano, não houve nenhum assassinato de adolescentes em distritos tais como Consolação, Liberdade, Santa Cecília e Vila Leopoldina.

A falta de políticas específicas, de atuação interdisciplinar e interinstitucional criam dificuldades para dar respostas adequadas a problemas como o abuso de drogas, desajustes familiares e na escola, gravidez não desejada, falta de trabalho e lazer. Estes problemas contribuem para o aumento da violência, violência esta que não é específica dos adolescentes (é também grave em outros grupos etários), mas adquire características peculiares neste grupo que está num período da vida de grandes transformações biológicas e psicossociais: a passagem para a vida adulta.

A décima revisão da classificação internacional de doenças - CID-10 e as estatísticas de mortalidade

No dia primeiro de janeiro de 1996, em cumprimento a determinação do Ministério da Saúde, entrou em vigor no Brasil, para uso nas estatísticas de mortalidade, a CID-10 - décima revisão da Classificação Internacional de Doenças. A CID constituiu-se em um instrumento utilizado para atribuir códigos às doenças e problemas relacionados à saúde, segundo alguns critérios (anatômico, funcional, circunstancial, etc), para a padronização e o processamento de diagnósticos utilizados na área de saúde. Uma das suas principais características é permitir comparações entre perfis de doenças e causas de morte de diferentes locais e em tempos diversos.

Periodicamente, em intervalos propostos de 10 anos, a CID é revista de maneira a adequar os seus propósitos às novas necessidades dos serviços de saúde e da investigação científica, incorporando problemas e situações emergentes. Além da inclusão de novas patologias e situações, as revisões reorganizam grupos de doenças que muitas vezes mudam de eixo temático ou se especificam.

O número de capítulos da CID passou de 17 para 21. As doenças do olho e anexos e as do ouvido e apófise mastóide se separaram das doenças do sistema nervoso, todas em agrupamentos específicos. As classificações suplementares de causas externas e fatores que influenciam o contato com os serviços de saúde passaram a compor o corpo da classificação em capítulos próprios. Em relação ao capítulo das causas externas, houve um acréscimo da informação sobre o local do acidente / evento que provocou a morte, incorporado com quarto dígito nos códigos, exceto para acidentes de transporte. Estes apresentaram muitas modificações, com especificações detalhadas sobre a vítima, o condutor, o veículo, entre outras.

Ocorreram outras modificações tais como a especificação da pancreatite alcoólica, do mesotelioma e de algumas anomalias cromossômicas. Para a AIDS foram criadas subcategorias que consideram as doenças associadas a esta síndrome.

A partir deste boletim, que se refere ao período de janeiro a março de 1996, os dados do PRO-AIM serão processados e divulgados segundo a CID-10. Algumas alterações provocarão importantes modificações nos perfis de mortalidade que foram divulgados até o boletim anterior. O gráfico 1 mostra que no primeiro trimestre de 1996 as doenças infecciosas e parasitárias passaram a ocupar o quinto posto no "ranking" quando ficavam em oitavo no mesmo trimestre do ano de 1995. O crescimento da importância deste agrupamento de causas também é observado no gráfico 2 e tabela 3. Essas mudanças foram devidas a inclusão da AIDS entre as doenças infecciosas e parasitárias. No Brasil, até a CID-9, a AIDS era codificada no grande grupo das doenças endócrinas, metabólicas, nutricionais e transtornos imunitários.

Outra questão, que afeta os perfis de mortalidade com a entrada em vigor da CID-10, refere-se a algumas mudanças nas orientações acerca da seleção e codificação da causa básica da morte, especialmente no que diz respeito às pneumonias, broncopneumonias e infecções respiratórias. Estas afecções passaram a ser preteridas na seleção da causa básica, quando existe menção de doenças consumptivas e paralisantes, tais como neoplasias e acidentes vasculares cerebrais, na parte II do atestado médico. Esta é uma mudança importante em relação a CID-9, que está sendo avaliada pelo PRO-AIM em um projeto específico sobre o assunto, cujos resultados serão divulgados oportunamente.

A partir dessas considerações, sugerimos que haja cautela na comparação entre o perfil de mortalidade a partir de 1996 em relação aos anos anteriores. As mudanças ocorridas, como a inclusão e especificação de novos códigos de doenças, alterações nas instruções para a seleção e codificação da causa básica da morte, poderão provocar diferenças "artificiais" nos perfis de mortalidade por determinadas causas. É importante que nas análises de tendências sejam feitas ressalvas sobre estas mudanças.

Ocupação e mortalidade no município de São Paulo

A ocupação é um dado da declaração de óbito (D.O.) pouco utilizado nas análises de mortalidade. A ampliação de seu uso pode trazer novos elementos para a compreensão dos perfis de mortalidade, relacionados às condições de vida dos diferentes grupos sociais.

Uma dificuldade para este tipo de estudo no Brasil é a incompatibilidade entre a classificação ocupacional adotada pelo IBGE para a base populacional e a do sistema de informações de mortalidade, o que impede a comparação das estimativas do risco de morte segundo grupo ocupacional. Neste boletim serão apresentados alguns elementos para a análise da mortalidade na cidade de São Paulo, segundo a ocupação registrada na "DO". Não se pretende relacionar a causa da morte a um posto de trabalho específico. A ocupação será entendida como um indicador social que pode contribuir para o conhecimento dos diferenciais de mortalidade. Para isso serão utilizados os grandes grupos ocupacionais da CBO (*) : I - Trab. das profissões científicas e técnicas; II - Gerentes/ diretores/ membros dos Três Poderes; III - Trab. serviços administrativos; IV - Trab. Comércio; V - Trab. Serviços pessoais; VI - Trab. Agríc. /Pecuária; VII - Trab. prod. industrial e transportes; VIII - Trab. braçais.

A composição de alguns grupos é bastante heterogênea, como no grupo IV onde estão tanto comerciantes quanto comerciários. Outra questão é que algumas formas de registro na "DO", tais como dona de casa, aposentado, estudante e desempregado não definem um grupo ocupacional. No caso dos aposentados, o correto seria preencher a ocupação desempenhada anteriormente, o que nem sempre ocorre. Para uma melhoria na qualidade da informação, foi escolhida a faixa etária potencialmente produtiva (15 a 64 anos).

Nesta faixa etária, em 1995, ocorreram 22.326 óbitos de homens e 9.440 de mulheres no Município de São Paulo. As principais causas de morte no sexo masculino foram homicídios - 19,8%, AIDS - 9,9%, doenças isquêmicas do coração (DIC) - 8,9% e doenças cerebrovasculares (DCV) - 5,5%, e no sexo feminino foram DCV - 10,2%, DIC - 9,6%, AIDS 6,8% e neoplasia de mama - 5,7%.

Entre os óbitos ocorridos no sexo masculino, 13,4% das "DO" não tinham ocupação mencionada ou a mesma não foi localizada na CBO e em 9,4% a ocupação foi codificada como aposentado. Entre as mulheres, 52,4% foram registradas como donas de casa. Estes problemas prejudicam a análise dos dados, pois considera-se que há sub-registro na ocupação. Os grupos que apresentaram baixo número de óbitos não foram considerados neste estudo.

Comparando os grupos ocupacionais quanto a faixa etária, verifica-se que, em relação aos óbitos masculinos no grupo II, 67% tinham entre 45 e 64 anos, já no grupo VIII, apenas 19,7% ocorreram nesta faixa etária. Quanto aos óbitos femininos no grupo I, 58,4% tinham entre 45 e 64 anos, e no grupo III esta faixa concentrou 39,3% das mortes. Estes números demonstram que nos grupos ocupacionais menos qualificados morresse mais precocemente.

No que diz respeito a causa de morte, a primeira entre os homens dos grupos I e III foi AIDS, dos grupos IV, V, VII e VIII foi homicídio, e do grupo II foram doenças isquêmicas do coração. Entre as mulheres, a primeira causa no grupo III foi AIDS, nos grupos V e VII foram doenças cérebro-vasculares, no grupo I foi neoplasia de mama, e no grupo IV, AIDS e homicídio. Estes dados indicam diferentes inserções destes trabalhadores nas situações de risco geradoras dos agravos considerados e as iniquidades no acesso e qualidade dos serviços de saúde.

O uso rotineiro da variável ocupação nas análises de mortalidade pode contribuir para o equacionamento das limitações metodológicas e de qualidade da informação, ampliando o conhecimento dos problemas e das necessidades da população.

(*) Classificação Brasileira de Ocupações, Ministério do Trabalho, 1977. Versão adaptada para o Sistema de Informação de Mortalidade/ M. Saúde.

Suicídio na cidade de São Paulo

Suicídio é a morte resultante de uma agressão intencional autoprovocada. Entre os fatores de risco mais frequentemente relacionados ao suicídio encontram-se a depressão e outros transtornos mentais, doenças sem perspectivas de cura, problemas de relacionamento afetivo, familiar e de sobrevivência. Diversos estudos têm indicado que existe um sub-registro de mortes por suicídio. Parte deste problema tem relação com o estigma que caracteriza este tipo de morte, levando muitas vezes a omissão, por parte dos familiares, sobre a real causa do óbito.

Analisando a tendência da mortalidade por suicídio na cidade de São Paulo, no período de 1980 a 1995 (Fundação SEADE), através de coeficientes padronizados por faixa etária, observa-se que não houve grandes variações no período, com valores estáveis próximos de 5,0/100.000 habitantes. No entanto, esta estabilidade esconde tendências opostas entre os sexos, com crescimento no sexo masculino e queda no feminino. Em 1980, o coeficiente foi de 6,3 por 100.000 homens e 3,1/100.000 mulheres e, em 1995, os valores observados foram 8,4 e 2,5. Estes números estão bem abaixo dos verificados em outros países, como a Hungria (1992), que apresentou coeficientes de 59,3/100.000 homens e 19,8/100.000 mulheres, Canadá (1991) - 21,4 e 5,2 e Japão (1992) - 22,3 e 11,7.

Entre 1980 e 1995, os coeficientes de mortalidade por suicídio na cidade de São Paulo, mostraram uma tendência de ascensão no sexo masculino, em faixas etárias decenais entre 20 e 59 anos, destacando-se o grupo de 20 a 29 anos. É interessante observar que no sexo feminino não se verifica ascensão em qualquer dos grupos decenais considerados. Os maiores coeficientes foram observados entre os homens na faixa etária de 70 anos e mais, que, todavia, apresentaram uma discreta tendência de queda no período (29,9 em 1980, 28,7 em 1991 e 20,8 em 1995, por 100.000 homens).

No ano de 1996 foram registradas 506 mortes por suicídio na cidade de São Paulo, o que representou 5,7% das mortes por violências e acidentes. O homicídio respondeu por 54,4% destas mortes. Em relação ao total, o suicídio representou 0,8% das mortes em 1996.

A maioria dos suicídios em 1996, na cidade de São Paulo, ocorreu entre os homens (74,3%). Em relação a idade, a faixa de 20-39 anos concentrou 47,2% dessas mortes. Entre 10 e 19 anos o percentual foi de 11,1%, enquanto o grupo de 70 e mais respondeu por 6,1%. Porém, quando se calculam os coeficientes por idade, o risco de morte por suicídio foi maior neste último grupo citado.

O perfil etário dos suicidas variou conforme as áreas da cidade. Onde residia uma população com maiores níveis de escolaridade, 28,5% dos suicídios ocorreram na faixa de 10-29 anos e 38,6% nas idades de 50 anos e mais. Já nas áreas onde residiam as pessoas com menores níveis de escolaridade, 44,3% das mortes por suicídio concentraram-se na faixa de 10 a 29 anos e 19,3% no grupo etário de 50 anos e mais.

Em relação aos meios utilizados para os suicídios, observou-se um alto percentual de dados ignorados (39,7%). Entre os casos especificados, verificou-se que 140 recorreram ao enforcamento, 104 utilizaram armas de fogo e, em 24 óbitos, o meio utilizado foi a precipitação de lugares elevados. O auto-envenenamento apresenta sub-registro importante, uma vez que o atestado é preenchido antes do recebimento do resultado do exame laboratorial.

Os motivos que levam uma pessoa a provocar uma agressão fatal contra si mesma são complexos e envolvem múltiplos fatores. Um aspecto importante a ser abordado na prevenção do suicídio diz respeito ao acompanhamento de indivíduos que tentaram suicídio, pois é freqüente a ocorrência de tentativas anteriores entre os suicidas. Outro aspecto é o isolamento das pessoas em grandes centros urbanos, principalmente os idosos, que poderia ser enfrentado com programas educacionais, de lazer e saúde dirigidos aos grupos prioritários.

Desigualdades sociais na mortalidade por AIDS na cidade de São Paulo

A mortalidade por AIDS, na cidade de São Paulo, foi crescente até 1995. Em 1996, pela primeira vez na história da epidemia na cidade, ocorreu uma queda no número de óbitos, que foi observada somente no sexo masculino. No feminino foi mantida a tendência até 1996, embora com redução da velocidade de crescimento. Entretanto, este quadro mostra o comportamento da mortalidade na cidade como um todo, sem revelar suas diferenças internas.

Nesse boletim analisam-se os níveis e tendências da mortalidade por AIDS na cidade de São Paulo, nos diferentes grupos sociais, utilizando as variáveis ocupação, escolaridade e área de residência. Compara-se ainda, segundo grupos sociais, a queda da mortalidade entre os primeiros quadrimestres de 1996 e 1997, período em que o coquetel de drogas anti-retrovirais passou a ser distribuído pelos serviços públicos de saúde.

A mortalidade por AIDS, no período de 1991/96, tem mantido coeficientes mais elevados (p/100.000 hab), em áreas do centro velho da cidade. Em 1996, os maiores coeficientes para o sexo masculino foram nos distritos administrativos da República (215,2), Bela Vista (156,2), Sé (144,1) e Santa Cecília (115,4). Enquanto para o sexo feminino foram: Sé (64,5), República (55,2), Cachoeirinha (41,5) e Pari (36,6). O padrão de riscos de morte mais elevados na Área Central, bem definido entre os homens, contrasta com a maior dispersão espacial das mortes de mulheres, que apresentaram muitas áreas periféricas entre as de maiores coeficientes, revelando dinâmicas diferenciadas da mortalidade por AIDS.

As tendências foram analisadas segundo os 58 subdistritos de paz (SDP) do município e o sexo. No masculino, há uma tendência de queda bem definida em 15 subdistritos, todos eles localizados em regiões centrais ou próximas do centro e, em 21 subdistritos, a maioria localizada na periferia, há uma marcada ascensão. No feminino, todas as tendências bem definidas foram de ascensão (38 SDP). Há concomitância de ascensão em ambos os sexos em 17 SDP, dos quais 15 são localizados na periferia da cidade. Entre estes, aqueles que apresentaram maior crescimento foram: Sapopemba, Guaianases, São Mateus, Capela do Socorro e Santo Amaro. As tendências, segundo os grupos ocupacionais, mostram que no sexo masculino ocorreu maior crescimento da mortalidade entre trabalhadores nos serviços pessoais, indústria/transporte e braçais. No sexo feminino, crescimento maior foi observado entre trabalhadoras donas de casa e em serviços pessoais e administrativos. O crescimento diferenciado segundo grupos ocupacionais e áreas de residência, ocorre em prejuízo das populações vivendo em piores condições socioeconômico-ambientais.

No primeiro quadrimestre de 1997, observou-se uma queda de 31,5% no número de óbitos por AIDS com relação ao mesmo período de 96, sendo de 35,7% no masculino e 19% no feminino. Com relação a escolaridade, a maior queda foi em pessoas com nível superior (54%) e a menor entre analfabetos (18,4%). Com relação a ocupação, observou-se a maior queda entre trabalhadores das profissões técnicas e científicas (44,2%) e a menor entre as donas de casa (11,9%). Observou-se queda em todos os grupos ocupacionais segundo o sexo, exceto entre trabalhadoras no comércio (ascensão) e no serviço pessoal (estabilidade). Comparando-se áreas homogêneas da cidade, construídas segundo a escolaridade do chefe da família, observou-se uma queda de 46,6% nas regiões com melhores níveis educacionais e de 24,7% nas de piores. Os dados revelam que, se a razão principal da queda foi a introdução da terapia com anti-retrovirais, o acesso desigual a esta terapia pode estar gerando um impacto diferenciado na mortalidade segundo grupos sociais e contribuindo para ampliar os diferenciais existentes nas tendências.

As desigualdades sociais na mortalidade por AIDS na cidade de São Paulo são evidentes e crescentes, e exigem a busca de equidade no acesso a ações de prevenção e assistência adequadas. Estas informações visam contribuir para um melhor desenvolvimento de ações comprometidas com a vida e a redução destas iniquidades.

Mortes no domicílio na cidade de São Paulo

O local de ocorrência da morte é um dado pouco analisado nos estudos epidemiológicos. O PRO-AIM apresenta neste boletim o perfil das mortes ocorridas no domicílio na cidade de São Paulo, visando contribuir para um melhor conhecimento desta situação.

Entre 1991 e 1996, o percentual de óbitos ocorridos no domicílio apresentou uma discreta redução de 17% para 15% do total de mortes na cidade. Esta média, entretanto, variou com a idade. No ano de 1996, enquanto entre menores de 1 ano, 3,7% das mortes foram domiciliares, entre maiores de 65 anos esta proporção foi de 21,6%.

Do total de 9.731 óbitos domiciliares em 1996, 64,5% foram de pessoas com 65 anos ou mais e 33,1% entre 15 e 64 anos. Ocorreram ainda 158 óbitos (1,6%) em menores de 1 ano e 68 (1,1%) entre 1 e 14 anos. O sexo masculino respondeu por 53,3% dos óbitos domiciliares e o feminino por 46,6%. Considerando-se sexo e faixa etária, observou-se que predominaram óbitos de homens entre 15 e 64 anos e de mulheres entre pessoas de 65 anos ou mais.

As doenças do aparelho circulatório, destacando-se as doenças isquêmicas do coração e as cerebrovasculares, representaram 48% das causas de óbito no domicílio. Seguiram-se as neoplasias malignas (16%), as doenças do aparelho respiratório (11,2%) e as causas externas (6%). As doenças crônico-degenerativas foram as principais causas de morte domiciliar de idosos. Entre adultos de 15 a 64 anos, o infarto do miocárdio ocupou a primeira posição, seguido pelos suicídios, homicídios e AIDS, destacando-se ainda o alcoolismo e a cirrose hepática. Entre as crianças, predominaram acidentes e agravos evitáveis como pneumonia e diarreia.

Numa análise utilizando áreas homogêneas construídas segundo a escolaridade do chefe da família observou-se 21,3% de mortes domiciliares nas áreas da cidade onde residia a população com maiores níveis de escolaridade (área 1) e 10,9% nas de piores (área 3). Na área 1 prevaleceram óbitos domiciliares de idosos (78% do total da área) e mulheres (52%), enquanto na área 3 prevaleceram óbitos domiciliares na faixa entre 15 e 64 anos (52%) e de homens (62%). Outra diferença importante foi que os menores de 1 ano representaram 0,5% dos óbitos domiciliares na área 1 e 3,6% na área 3. Também refletindo os contrastes entre estas áreas, observou-se que, apesar do predomínio das doenças crônico-degenerativas como causa da morte ocorrer em ambas as áreas, na área 3, os homicídios e o alcoolismo surgiram entre as principais causas, na quarta e na décima posição, e os suicídios cresceram em importância.

Calculado o coeficiente dos óbitos domiciliares com relação a população total dos distritos administrativos de São Paulo constatou-se que a Barra Funda foi o distrito com o maior risco de ocorrência de mortes domiciliares da cidade, seguido da Lapa, Pari, Consolação, Pinheiros, Belém, Brás, Vila Mariana, Mooca e Jardim Paulista. A morte domiciliar nestes distritos tem uma importante relação com a proporção de idosos residentes em cada área. No entanto, alguns outros aspectos devem ser considerados na análise destes dados, tais como a condição social de vida da população residente, a proporção de moradores solitários e a existência de asilos e casas de repouso, entre outras instituições de cuidados pessoais e que podem ter sido referidas na Declaração de Óbito como local de residência.

A morte domiciliar em São Paulo revelou alguns padrões distintos. Nas áreas centrais, onde predominaram mortes de idosos, haveria necessidade de maiores investigações para detectar se uma parcela destes tem dificuldade no acesso a assistência de rotina e urgência ou vive em situações de abandono. Na periferia, o predomínio de mortes de adultos em idade produtiva e a concentração de mortes evitáveis infantis confirmam uma situação de exclusão social e violência permanente. O acesso à assistência adequada aos idosos e aos doentes no cotidiano e nas emergências envolve a organização da assistência domiciliar, do resgate rápido e adequado e, fundamentalmente, de atenção integral de qualidade e gratuita.

Mortes de mulheres por câncer de colo de útero e de mama na cidade de São Paulo

Os cânceres de colo de útero e de mama, apesar das possibilidades de prevenção e/ou cura através do diagnóstico precoce e tratamento imediato, ainda continuam provocando a morte de centenas de mulheres a cada ano na cidade de São Paulo.

Os cânceres ocuparam o segundo lugar entre as causas de morte de mulheres, em 1997, na cidade de São Paulo. Eles representaram 18,7% dos 26.771 óbitos femininos, vindo em seguida às doenças do aparelho circulatório. Dentre as localizações destes cânceres, o de mama foi a principal com 977 mortes (19,5% do total) e o de colo de útero ocupou a quinta posição com 244 óbitos (4,9%). Entre mulheres de 20 a 49 anos, o câncer de mama foi a quarta causa isolada de morte no sexo feminino e na faixa etária de 50 a 64 anos, a terceira.

Entre 1991 e 1997 observou-se um aumento no risco de morte de mulheres pelo câncer de mama na cidade. O coeficiente de mortalidade passou de 15 para 19/100.000 mulheres. Com relação ao câncer de colo do útero, de prevenção específica simples e já estabelecida há muitos anos, não foi observada uma tendência esperada de queda com coeficientes oscilando em torno de 5/100.000 mulheres.

Em relação a distribuição das mortes por faixa etária em 1997, verificou-se que 24,9% (243) dos cânceres de mama e 30,7% (75) dos de colo de útero ocorreram em mulheres com menos de 50 anos, indicando um alto percentual de mortes em mulheres jovens. Para o câncer de mama, observaram-se 26 óbitos em mulheres até 34 anos e para o de colo de útero, 9 óbitos.

Analisando-se a distribuição destas mortes por áreas homogêneas da cidade, construídas segundo a escolaridade do chefe da família, observou-se que 34,4% das mortes por câncer de mama ocorridas na cidade atingiram moradoras da área 1, a de melhores níveis educacionais e 22,4% foram na área 3, a de piores níveis. O inverso foi observado para o câncer de colo de útero, que apresentou 19,0% das mortes na área 1 e 40,1% na área 3.

Em relação ao grau de instrução das mulheres que morreram por estas causas em 1997 na cidade de São Paulo, verificou-se que 76,6% dos óbitos por câncer de colo uterino ocorreu em mulheres que tinham grau de instrução fundamental ou nenhum e 7,4% apresentavam segundo e terceiro graus. Em relação ao câncer de mama, as proporções foram 64,3% e 24,7%.

Alguns fatores de risco têm sido associados com essas doenças e podem orientar na sua prevenção. O câncer de colo de útero é considerado um câncer do subdesenvolvimento, tendo um importante diferencial de risco de morte segundo as condições socioeconômico-culturais das populações consideradas. Estudos têm identificado associação deste tipo de câncer com infecções não adequadamente tratadas do colo de útero, principalmente pelo vírus papiloma, higiene precária, múltiplos parceiros sexuais, uso prolongado de anticoncepcionais orais e tabagismo. O câncer de mama tem associação com a existência de casos prévios na família, exposição a radiação ionizante, menopausa ou primeira gestação tardias, entre outros fatores de risco.

A detecção precoce do câncer de mama através do auto-exame, do exame clínico e da mamografia representam procedimentos importantes para o diagnóstico na fase inicial com possibilidades de cura. O câncer de colo de útero pode ser prevenido através do exame de papanicolaou - simples e de baixo custo - ou curado se diagnosticado precocemente. Além de campanhas educacionais de conscientização das mulheres sobre prevenção e diagnóstico precoce, há necessidade de garantir o acesso da mulher a uma rede de saúde pública capacitada para a resolução dos seus problemas. Os exames preventivos são estratégias importantes para evitar a descoberta destes cânceres em estágios avançados quando são poucas as perspectivas de cura, condicionando a mulher a tratamentos mais dolorosos, mutilantes e caros.

O desafio das mortes por causas externas na Cidade de São Paulo

As mortes por causas externas são aquelas decorrentes de lesões e envenenamentos intencionais (homicídios e suicídios) e não intencionais (acidentes de trânsito, trabalho, domésticos e outros). Este boletim apresenta o perfil destas mortes ocorridas entre residentes na Cidade de São Paulo em 1997 através da análise segundo tipo de causa externa, sexo, faixa etária e área de residência. O objetivo é ampliar o conhecimento sobre o problema e contribuir para a sua abordagem preventiva e assistencial.

Em 1997 ocorreram 8.633 mortes por causas externas na cidade. Este número (13,5% do total de mortes) só foi superado pelas doenças cardiovasculares e neoplasias. As causas externas foram o segundo grupo de causas de morte de homens e o sexto de mulheres. Entre as mortes por causas externas, os homicídios representaram 55,7% do total, seguidos de acidentes de trânsito (18,3%), quedas (6,4%), lesões de intenção ignorada (6,1%), suicídios (5,7%), demais acidentes (5,1%), asfixias (1,5%) e afogamentos (1,2%).

Dentre todas as causas isoladas de morte na cidade, em 1997, os homicídios foram a terceira causa e os acidentes de trânsito a nona. Considerando cada faixa etária, observou-se que os homicídios ocuparam a primeira posição entre 10 e 39 anos e a terceira na faixa de 40 a 49 anos. Também, verificou-se a precocidade de sua ocorrência, pois foi a sexta causa na faixa de 5 a 9 anos. Os acidentes de trânsito foram a quarta causa de morte no grupo de 1 a 4 anos e a primeira entre 5 e 9 anos, caindo para o segundo lugar dos 10 aos 19 anos, terceiro dos 20 aos 39 anos e ocupando a sexta posição entre 40 e 49 anos. Os suicídios ficaram em terceiro lugar entre 15 e 29 anos. Os afogamentos foram a terceira causa de morte dos 10 aos 14 anos, passando para o quarto lugar na faixa de 15 a 19 anos.

O risco de morte por causa externa entre os homens foi 6,4 vezes superior ao das mulheres. Os coeficientes de mortalidade por sexo e faixa etária segundo o tipo de causa externa mostraram que, entre os homens, os maiores riscos foram observados para os homicídios na faixa etária de 20 a 29 anos (207,7 óbitos por 100 mil homens). Considerando acidentes de trânsito, quedas e suicídios, se destacaram os idosos de 70 anos e mais (coeficientes de 66,5; 59,7 e 20,2 por 100 mil homens, respectivamente). Entre mulheres, os maiores riscos para as mesmas causas foram: homicídios entre 20 a 29 anos (13,9 por 100 mil mulheres); acidentes de trânsito e quedas entre idosas de 70 anos e mais (26,0 e 38,5 por 100 mil idosas) e suicídios no grupo de 50 a 59 anos (3,9 por 100 mil).

A distribuição das mortes por causas externas pelas áreas homogêneas da cidade, construídas segundo a escolaridade do chefe de família, mostrou que, na área com melhores condições (área 1), houve uma maior concentração de mortes por quedas, asfixias e suicídios, especialmente entre idosos. Na área com as piores condições (área 3), os assassinatos foram o grande destaque. É importante observar que, entre os homens, o homicídio foi a primeira entre todas as causas de morte na área 3, ficando na quinta posição na área 1. Entre as mulheres, essa causa ocupou a décima primeira posição na área 3 e a trigésima quinta na área 1.

Grande parte das mortes por causas externas podem ser evitadas com campanhas educativas para prevenção de acidentes, cumprimento do Código Nacional do Trânsito, construção de ambientes saudáveis na cidade e no trabalho e melhorias no sistema de resgate e de assistência às vítimas. O homicídio, por sua vez, tem na distribuição socialmente desigual a sua marca na cidade. A timidez das medidas adotadas até o momento indica falta de projeto global que contemple políticas públicas voltadas para as condições básicas de sobrevivência - educação, saúde, moradia, emprego, lazer, segurança -, medidas de desestímulo a drogadição, restrição ao consumo de bebidas alcoólicas em situações especiais, combate ao tráfico de drogas e desarmamento da população. Há urgência no envolvimento de todos os níveis e setores de governo e da sociedade civil para uma efetiva abordagem preventiva da violência.

Cartas aos médicos para esclarecimento da causa básica da morte: a experiência do PRO-AIM

As informações de mortalidade são importantes para o diagnóstico das condições de vida e saúde das populações, vigilância epidemiológica, monitoramento e avaliação dos serviços de saúde. No entanto, quando a qualidade das informações registradas na Declaração de Óbito (DO) não é satisfatória, o seu uso fica limitado. Visando a melhoria desta qualidade, o PRO-AIM solicita esclarecimentos aos médicos declarantes acerca da causa básica da morte (CBM). Esta, segundo a Organização Mundial da Saúde, é "a doença ou lesão que iniciou a sucessão de eventos mórbidos que levou diretamente à morte ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal". A CBM deve constar da última linha preenchida da parte I do atestado médico da DO.

Os critérios definidos pelo PRO-AIM para esclarecimentos incluem suspeitas de AIDS, causas mal definidas e descrições incompletas da CBM. A investigação de suspeitas de morte materna é feita pelo comitê municipal a partir da busca de casos no PRO-AIM. Suspeitas de AIDS incluem diversas causas de morte não usuais em adultos jovens, além de infecções oportunistas e outros quadros comumente associados à síndrome. Entre as descrições incompletas da CBM estão aquelas causas que não definem uma patologia de base e sim uma consequência ou complicação desta, tais como: peritonite, hemorragia digestiva e a obstrução intestinal.

No período de 1992 a 1997 foram encaminhadas 6.830 cartas para esclarecimentos junto aos médicos, com percentual de respostas de 40% (2.730). A informação adicional fornecida permitiu alteração da causa básica da morte em 1.649 declarações, o que correspondeu a 60,4% das respostas.

Cerca de 25% das solicitações enviadas (1.772) referiam-se a óbitos cuja CBM fazia parte do grupo das doenças infecciosas e parasitárias, incluindo as pneumonias. A maior parte foi considerada como suspeita de AIDS. Obteve-se 41,3% de respostas, permitindo alterar a CBM em 319 declarações, incluindo 88 casos de AIDS. Do total de mortes esclarecidas como devidas a AIDS, apenas oito delas haviam sido atestadas como tuberculose, seis como septicemia, enquanto que em 36 mortes a CBM informada foi pneumonia. No total, captaram-se 122 mortes por AIDS não informadas na DO original.

Entre as descrições incompletas relacionadas ao aparelho digestivo foram encaminhadas 414 cartas cuja CBM atestada foi hemorragia digestiva. Das 160 respostas obtidas, 118 alteraram a CBM, em sua maior parte para úlcera péptica e doenças do fígado, incluindo aquelas decorrentes do uso do álcool. Também foram esclarecidos 40 óbitos por peritonite, 47 devidos a perfuração/obstrução intestinal e 8 decorrentes de hipertensão portal.

Ainda em relação às descrições incompletas foi esclarecida a CBM de 35 casos atestados inicialmente como devidos a varizes esofágicas, 34 a cardiopatias não especificadas e 116 a insuficiências renais.

Em relação às neoplasias, as 581 respostas, das 1.200 cartas enviadas, levaram a 311 alterações, incluindo a identificação de 235 sedes primárias de neoplasias. Para as causas de morte mal definidas foram encaminhadas 581 cartas, com 142 respostas e 103 esclarecimentos relacionados a afeções diversas.

Os resultados mostram que é significativo o número de DO's com problemas no preenchimento. Estes vão da omissão da real causa básica da morte ao seu registro na parte II do atestado. Erros no preenchimento da seqüência de eventos mórbidos que levou à morte ocorrem tanto pela ausência de lógica na seqüência quanto pela inversão da seqüência de eventos com a CBM na primeira linha da parte I do atestado ao invés de ser registrada na última linha. Sabe-se que o tema e suas implicações técnicas, éticas e legais são pouco discutidas na graduação, residência e atualização médicas, sendo necessária a conscientização sobre a importância do correto preenchimento da Declaração de Óbito. Esta, mais do que um documento obrigatório para o sepultamento, representa uma fonte de informações fundamental para a investigação científica e a atuação do poder público, em especial na área da saúde.

Mortalidade por câncer de próstata no município de São Paulo

A mortalidade por câncer de próstata vem apresentando tendência de crescimento em vários países do mundo. No Brasil, o coeficiente de mortalidade padronizado por idade passou de 5,1 por 100.000 homens em 1980 para 7,8 em 1996. A mesma tendência se observa no estado de São Paulo, cujas coeficientes passaram de 8,3 por 100.000 homens em 1970/71 para 12,6 em 1991/92. Esta tendência crescente e o aumento da possibilidade de cura do câncer de próstata através do diagnóstico e tratamento precoces mostram a sua relevância para a saúde pública.

Neste boletim, o PRO-AIM descreve a situação da mortalidade por câncer de próstata no Município de São Paulo visando contribuir para o conhecimento do problema na cidade. Em 1997, as neoplasias foram a terceira causa de morte no município, representando 14% do total das mortes entre os homens, sendo superadas somente pelas doenças do aparelho circulatório (29,0%) e causas externas (19,8%). Dentre os óbitos por neoplasias no sexo masculino, o câncer de próstata respondeu por 625 mortes (11,5% do total), ocupando a terceira posição entre essas causas, vindo em seguida aos cânceres de pulmão (885 óbitos - 16,3%) e de estômago (868 óbitos - 12,3%). A importância relativa do câncer de próstata, entre todas as mortes por neoplasias, variou segundo a faixa etária. No grupo de 50 a 59 anos, os óbitos por esse câncer ocuparam a oitava posição na ordenação das mortes por neoplasias. Na faixa de 60 a 69 anos ficaram em terceiro lugar e no grupo de 70 a 79 anos, em segundo. Após os 80 anos foi o principal câncer.

Além da importância numérica, observou-se ainda na cidade uma ascensão dos coeficientes de mortalidade por câncer de próstata entre 1991 e 1997. Os valores foram de 6,8 e 13,2/100.000 homens nestes anos. O aumento se concentrou na faixa etária de 70 anos e mais, cujo coeficiente passou de 119,0 para 350,2 / 100.000, correspondendo a uma ascensão de 194%. Os níveis para os demais grupos etários apresentaram ascensão discreta com oscilações ao longo da série. Em 1997, os coeficientes nas faixas de 50-59 e 60-69 anos, foram de 7,2 e 56,2 / 100.000 homens, respectivamente.

Em relação a distribuição dos óbitos por câncer de próstata segundo a faixa etária, em 1997, no Município de São Paulo, observou-se que 75% das mortes ocorreu após os 70 anos, 19,8% entre 60 e 69 anos, sendo que apenas 5% das mortes ocorreu antes dos 60 anos. Não foram registradas mortes entre homens abaixo de 30 anos de idade naquele ano.

Diversos estudos epidemiológicos buscaram estabelecer os fatores de risco para o câncer de próstata. Todavia, só foram observadas associações consistentes com a idade e a existência de antecedentes familiares. A eficácia de medidas preventivas e de controle populacional, como o "screening", sobre a mortalidade tem sido questionada. No entanto, o Instituto Nacional do Câncer, ao considerar que a evolução do câncer de próstata ocorre de forma lenta, podendo levar anos até surgirem os primeiros sintomas clínicos, recomenda a realização periódica de exames para o diagnóstico precoce que incluem o toque retal e dosagem de substâncias produzidas pela próstata. Avaliando que o diagnóstico e tratamento precoces elevam as possibilidades de cura, o Instituto Nacional do Câncer recomenda que os exames sejam realizados a partir dos 50 anos, mesmo na ausência de sintomas, com início aos 40 anos se existirem antecedentes familiares.

É importante ainda ressaltar que, com o crescimento do número e da proporção de idosos na população do município de São Paulo, ocorre um aumento da demanda devida às doenças crônicas não transmissíveis, entre estas, os cânceres, aos serviços de saúde. Esta parcela da população, com suas necessidades específicas, passa a exigir adequação na abordagem de seus problemas, seja através da prevenção, da cura ou da reabilitação. As intervenções extrapolam o setor saúde e envolvem a formulação de uma política pública e social geradora de qualidade de vida para todos.

A qualidade do preenchimento do grau de instrução na declaração de óbito

O grau de instrução é considerado uma das melhores informações para o estudo das desigualdades sociais em saúde, pois além de estar relacionado com as condições gerais de vida da população em seus diversos aspectos (ocupação, renda, acesso a serviços e outros), ainda interfere na possibilidade de receber e interpretar informações de prevenção e cuidados a saúde, influenciando as estratégias utilizadas para o enfrentamento de problemas. No entanto, esta variável tem sido pouco utilizada nos estudos de mortalidade. A principal razão para este fato é a baixa qualidade do seu preenchimento nas Declarações de Óbito (DO), com elevada proporção de informações ignoradas. Além disso, o registro do grau de instrução ignorado e aquele que não foi preenchido (em branco) não são discriminados no processamento das DO's, apesar de terem significados diferentes, trazendo dificuldades adicionais nas análises.

O objetivo do presente estudo é avaliar a qualidade do preenchimento da informação sobre escolaridade nas Declarações de Óbito de pessoas com 10 anos de idade ou mais, residentes e ocorridos na Cidade de São Paulo em 1997.

Do total de 59.161 DO's analisadas, observou-se que 27,5% apresentavam informação ignorada ou em branco, contrastando com os percentuais verificados para outras variáveis como idade (0,8%), estado civil (3,6%) e sexo (0,03%). Além disso, observou-se que este percentual está em ascensão desde 1992. Na distribuição das mortes segundo o grau de instrução, verificou-se que 10,5% eram óbitos de pessoas sem instrução; 48,9% tinham o primeiro grau; 8,5% apresentavam o segundo grau e 4,7%, o nível superior.

Comparando-se a distribuição do grau de instrução registrado na DO, segundo sexo e faixas etárias, observou-se que, para todos os grupos, quase a metade das mortes foram de pessoas com primeiro grau. Contudo, merecem destaque o elevado percentual (16,4%) de óbitos de mulheres sem nenhum grau de instrução e a proporção de DO's de homens com esta variável preenchida como ignorada ou em branco (29,9%). Em relação ao grau de instrução segundo idade, foi no grupo de idosos que se verificou a maior proporção de pessoas sem instrução (14,9%). Já na faixa de 15 a 64 anos, verificou-se que em 33,5% das DO's o grau de instrução era ignorado ou estava em branco.

Na Cidade de São Paulo, 78,7% dos óbitos ocorreram em ambiente hospitalar, 3,9% na via pública e 14,8% no domicílio. As maiores proporções de óbitos em hospitais foram verificadas entre pessoas sem instrução ou com até o primeiro grau. Por outro lado, a concentração de mortes no domicílio foi maior entre as pessoas com maior escolaridade, representando 21,2% do total de pessoas com segundo grau e 20,3% entre aquelas com o nível superior. Quanto aos óbitos ocorridos em via pública, o destaque foi que 33,6% das DO's apresentavam a variável grau de instrução não preenchida ou informada como ignorada. Outro aspecto que chamou atenção foi a grande variação do percentual de informação ignorada e em branco entre os diversos serviços de saúde. Os maiores percentuais ocorreram em serviços de urgência (pronto socorro e pronto atendimento), alguns grandes hospitais e casas de repouso de idosos.

Diversas razões podem ser apontadas para explicar a deficiência no preenchimento da informação sobre a escolaridade nas DO's. Os motivos vão desde a dificuldade na coleta da informação no momento do atendimento - como é o caso das emergências médicas, até circunstâncias em que existe uma maior dificuldade na obtenção da informação a partir da própria fonte. Contudo, é preciso sensibilizar os profissionais médicos e funcionários desses serviços para a importância do preenchimento dos diversos campos da Declaração de Óbito. A utilização dessas informações para o conhecimento da realidade das condições de vida da população da Cidade de São Paulo poderá orientar a elaboração e a condução de políticas públicas socialmente mais justas.

Mortalidade e grau de instrução na cidade de São Paulo

O estudo dos perfis de mortalidade segundo as condições de vida das populações têm contribuído para o conhecimento dos problemas de saúde pública que afetam os diferentes grupos sociais. Apesar de sua reconhecida importância, as informações sobre escolaridade têm sido pouco utilizadas nestes estudos devido a baixa qualidade do seu preenchimento na Declaração de Óbito, conforme discutido no boletim 32 do PRO-AIM. Além disso, a existência de incompatibilidade das estratificações do grau de instrução utilizadas na Declaração de Óbito (nenhum, primeiro grau, segundo grau, superior) e no censo demográfico do IBGE (anos de estudo: 0, 1-3, 4-7, 8-10, 11-14, 15 e mais) impossibilita o cálculo de estimativas de risco de morte, trazendo dificuldades adicionais. Esse problema deverá ser solucionado com a implantação da nova versão da Declaração de Óbito prevista para 1999.

Neste boletim, complementando o estudo anterior (**Boletim 32**), é feita uma análise dos perfis de mortalidade nos diferentes níveis de escolaridade, a partir das declarações de óbito de pessoas com 10 anos ou mais, residentes e ocorridos na cidade de São Paulo, em 1997.

As principais causas de morte em maiores de 10 anos em 1997 foram as doenças isquêmicas do coração (DIC), seguidas das doenças cerebrovasculares (DCV), homicídios, pneumonias, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, diabetes e AIDS. No entanto, a posição dessas causas diferiu segundo a escolaridade. A principal causa de morte em todos os grupos de escolaridade foram as DIC, exceto entre as pessoas sem instrução, onde prevaleceram as DCV. O homicídio foi a segunda causa entre as pessoas com instrução ignorada e com até o primeiro grau, ficando na 13ª posição no grupo com o nível superior. A AIDS foi a 16ª causa no grupo sem instrução, a quarta no grupo com o segundo grau e a quinta no grupo com o nível superior. As neoplasias se destacaram no grupo com o nível superior, onde cinco cânceres de diferentes localizações (pulmão, mama, cólon, próstata e estômago) apareceram entre as 10 principais causas. Entre as pessoas sem instrução, predominaram as doenças cardiovasculares, sendo que o único câncer que apareceu entre as principais causas foi o de estômago, na décima posição. No grupo com escolaridade ignorada, apareceram, com destaque, o alcoolismo e suas complicações. Considerando somente as mortes por causas externas, o homicídio ocupou o primeiro lugar em todos os grupos, exceto naquele com o nível superior, onde predominaram os acidentes e os suicídios.

Chamou a atenção, o predomínio das neoplasias entre as principais causas de morte no grupo com o nível superior, enquanto que, entre os sem instrução, o destaque foram as doenças cardiovasculares, em especial os acidentes vasculares cerebrais. Foi no grupo sem instrução que se verificou a maior proporção de óbitos de idosos (71,5%), com a predominância de mulheres, refletindo a maior dificuldade de acesso à instrução em idade precoce. Os diversos perfis de mortalidade estão relacionados com os diferentes graus de exposição aos fatores de risco e oportunidades de acesso aos serviços de saúde, entre outros aspectos, gerados pelas desigualdades nas condições de vida.

Em diversos estudos apresentados em boletins anteriores, o PRO-AIM tem apontado a distribuição socialmente desigual de vários problemas de saúde pública na Cidade de São Paulo. O enfrentamento adequado de muitos desses problemas exige um sistema de saúde de qualidade que contemple tanto ações preventivas quanto assistenciais. No entanto, muitas vezes, os problemas que afetam a saúde das populações extrapolam o âmbito do sistema de saúde e necessitam de políticas econômicas e sociais que estejam voltadas à promoção da equidade e da cidadania.

**Diabetes Mellitus como causa básica da morte
no município de São Paulo**

O Diabetes Mellitus é considerado um grave problema de saúde pública na atualidade em todo o mundo, tanto pela tendência de crescimento da sua morbi-mortalidade nas últimas décadas, quanto pelas graves complicações que provoca. Diversos aspectos tem sido considerados para a explicação dessa tendência, tais como o envelhecimento populacional e o aumento na prevalência de obesidade e vida sedentária, entre outros fatores. Por outro lado, o diagnóstico precoce e as opções terapêuticas existentes atualmente têm possibilitado uma maior sobrevida aos portadores da doença.

No estudo da mortalidade por diabetes deve ser considerado o seu sub-registro, pois muitas vezes apenas as complicações são mencionadas na declaração de óbito ou a doença é referida na parte II da declaração, podendo não ser selecionada como causa básica da morte. Para aprofundar o estudo da mortalidade por diabetes e conhecer a sua importância, tanto como causa básica, quanto como causa contribuinte da morte, é necessário recorrer às tabulações segundo causas múltiplas.

Neste boletim é analisada a situação do diabetes como causa básica de morte no município de São Paulo em 1998. Nesse ano, o diabetes só foi ultrapassado pelas doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares, homicídios, pneumonias e doenças pulmonares obstrutivas crônicas. A sua posição na ordenação das causas de morte variou segundo o sexo, sendo a décima causa isolada de morte entre os homens e a quarta entre as mulheres.

Os coeficientes de mortalidade por diabetes, padronizados por faixa etária, de 1991 a 1998, na cidade de São Paulo, foram de cerca de 20 óbitos por 100.000 habitantes, com leve tendência crescente em ambos os sexos. Em 1998 o risco de morte por diabetes foi maior no sexo feminino (23/100.000 mulheres) do que no masculino (18/100.000 homens). Contudo, foi somente na faixa etária de 70 anos e mais que as mulheres apresentaram maior coeficiente do que os homens. Os coeficientes foram crescentes com a idade, aumentando de 9/100.000 habitantes, na faixa etária de 40 a 49 anos, para 31 na idade de 50 a 59 anos, 97 na idade de 60 a 69 anos e 295 no grupo de 70 anos e mais.

Em relação a distribuição total de óbitos por diabetes em 1998 (2.205), segundo a faixa etária, verificou-se que 52,4% das mortes ocorreu no grupo acima de 70 anos, 25,2% entre 60 e 69 anos, 12,7% entre 50 e 59 anos e 9,3 das mortes ocorreu antes dos 50 anos de idade.

Analisando a distribuição dos óbitos por diabetes segundo áreas homogêneas do município de São Paulo, por condições socioeconômicas, verificou-se que na área de melhores condições de vida, do total de óbitos por diabetes, 11,8% ocorreu antes dos 60 anos, enquanto que este percentual foi 30,8% na área de piores condições, o que demonstra a precocidade das mortes nas áreas mais carentes da cidade.

Este estudo mostra a importância da mortalidade por diabetes na cidade de São Paulo, em especial entre os idosos. Indica ainda que muitas mortes pela doença ocorreram em pessoas em idade produtiva, especialmente na população residente em áreas de piores condições sociais, onde as limitações do acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, entre outros fatores, comprometem a sobrevida dos doentes. A melhoria da qualidade de vida das pessoas que sofrem desse agravo, dentro das limitações impostas pela doença, depende da organização das ações de saúde voltadas à prevenção das complicações e mortes precoces. Além disso, é necessário prevenir a ocorrência da doença, informando e atuando sobre os fatores de risco, e promover a saúde através de políticas públicas voltadas à melhoria das condições gerais de vida da população.

As vítimas fatais dos acidentes de trânsito na cidade de São Paulo

Os acidentes de trânsito representam um importante problema de saúde pública na cidade de São Paulo, ocupando o segundo lugar entre as mortes por causas externas. A adoção de medidas preventivas, tais como o uso obrigatório do cinto de segurança em novembro/1994 e a entrada em vigor do novo código de trânsito em janeiro/1998, trouxe a expectativa de contribuir para uma redução importante das mortes por estas causas.

Na cidade de São Paulo, os coeficientes de mortalidade por acidentes de trânsito apresentaram uma redução de 21,2 em 1991, para 12,0/100.000 habitantes, em 1998. Devido a esta redução, os acidentes de trânsito, que constavam como quinta causa de morte na cidade em 1991, apareceram em 1998 como décima terceira causa. A redução ocorreu especialmente entre os anos de 1996 e 1998, quando a queda no número de mortes chegou a 34%. Apesar deste declínio, os coeficientes em São Paulo ainda superam os observados em outras metrópoles do mundo, tal como Nova York (6,7 óbitos por 100.000 habitantes em 1996), indicando que há muito por ser feito com relação as mortes no trânsito na cidade.

Neste boletim, o PRO-AIM analisa as mortes por acidentes de trânsito entre residentes e ocorridas na cidade de São Paulo em 1998. Dos 1.193 óbitos por essas causas, 64% foram de pessoas entre 15 e 49 anos; 24,6% tinham 50 anos e mais; 6% pertenciam ao grupo de 5 -14 anos e 2% eram menores de 4 anos. Considerando as 10 principais causas isoladas de morte, em 1998, por faixa etária, os acidentes de trânsito apareceram em primeiro lugar no grupo de 5 -14 anos e em quinto nas faixas de 1 a 4 e de 15 a 49 anos.

No entanto, ao comparar o risco de morte por essas causas, observou-se que este foi de 17,1 por 100.000 pessoas com 50 anos e mais; 13,7 entre 15 e 49 anos e 3,6 entre crianças e adolescentes abaixo de 15 anos. O número de óbitos por acidentes de trânsito foi maior entre os homens (79,6%) e o risco de morrer por essas causas no sexo masculino (19,9 óbitos por 100.000 homens) foi 4,2 vezes o do sexo feminino.

Em relação a especificação do tipo de acidente, verificou-se que 59,8% dos óbitos foram atestados como atropelamentos, que se destacaram dentre as mortes de crianças e adolescentes abaixo de 15 anos, de pessoas com 50 anos e mais e de mulheres. No entanto, é importante considerar que existem problemas no preenchimento desta informação na Declaração de Óbito, prejudicando a análise e indicando que o número de atropelamentos fatais pode ser maior.

Na distribuição das mortes por acidentes de trânsito pelas áreas homogêneas, construídas segundo a escolaridade do chefe de família, verificou-se que 43% dos falecidos residiam na área com piores condições de escolaridade (H3), enquanto que na área com melhores condições (H1), foram 14,7%. Comparando-se os diferentes grupos etários, observou-se que na H1 não houve morte de crianças menores de 4 anos, enquanto que na H3 o coeficiente de mortalidade foi 4,8/100.000 menores de 4 anos; no grupo de 5 -14 anos, o coeficiente na H3 (5,5/100.000) foi 3,9 vezes o da H1; entre 15 e 49 anos (16,1/ 100.000) foi 2,0 vezes maior e na faixa de 50 anos e mais (24,3 por 100.000), o risco na H3 foi 1,7 vezes maior.

Os resultados indicam que, apesar de se ter observado uma importante redução das mortes por acidentes de trânsito na cidade de São Paulo, ainda persistem índices preocupantes, em especial atingindo as populações residentes em áreas de piores condições de vida. Diversos aspectos devem ser considerados na prevenção dessas mortes, tais como, o estado de conservação das vias públicas e dos veículos, a fiscalização do trânsito, a proteção das áreas de lazer, a conscientização acerca das regras de segurança no trânsito e o uso de bloqueios e redutores de velocidade em áreas críticas. A gestão e implementação de medidas que levem em conta o perfil diferenciado das mortes no trânsito poderá contribuir para redução dos acidentes e mortes, melhorando as condições de vida na cidade.

10 anos de PRO-AIM: É viável a descentralização do sistema de informações sobre mortalidade?

O Ministério da Saúde publicou, em 1996, a norma operacional básica (NOB-96), que redefine responsabilidades dos gestores dos diversos níveis do Sistema Único de Saúde (SUS) e, entre outros objetivos, especifica os critérios para habilitação de municípios e estados nos modos de gestão do SUS. Entre os critérios consta a descentralização dos sistemas de informações epidemiológicas, como o SIM (Sistema de Informações de Mortalidade), do nível estadual para o municipal. Diversas experiências têm mostrado que sistemas de informações operados pelo nível municipal podem ser bons instrumentos de diagnóstico e intervenção, aproximando as ações dos problemas identificados.

Entretanto, é necessário ressaltar que a descentralização do SIM deve ser entendida como uma etapa importante no processo de melhoria da qualidade das ações de saúde, não devendo se restringir ao processamento burocrático de dados com o único objetivo de receber o repasse do SUS.

O PRO-AIM é uma das primeiras experiências de uso descentralizado das informações de mortalidade no Brasil e está completando 10 anos. Seu êxito está relacionado ao rápido acesso as Declarações de Óbito (DO), em média 24 horas após a sua ocorrência. Essa agilidade no acesso viabilizou a implementação de atividades de vigilância e de melhoria da qualidade da informação. O programa atua de forma integrada ao sistema de vigilância epidemiológica, informando diariamente sobre declarações de óbitos com menção de agravos de notificação compulsória, contribuindo para a redução do sub-registro desses casos e possibilitando uma ação de vigilância precoce.

Para melhorar a qualidade das informações, o PRO-AIM envia cerca de 2.000 cartas por ano aos médicos que atestam causas de morte mal definidas, com descrições incompletas ou suspeitas de Aids. As suspeitas de morte materna são investigadas pelo comitê de estudo e prevenção da morbi-mortalidade materna. A melhoria da qualidade das informações inclui também a busca de esclarecimentos, junto ao Instituto Médico Legal central, das declarações de óbito onde não está informado o tipo de violência ou acidente. O PRO-AIM realiza ainda palestras em diversas instituições de ensino e saúde, objetivando a capacitação de estudantes de medicina e de médicos, para o correto preenchimento da Declaração de Óbito.

A constituição de uma série histórica mais ampla (10 anos) permitiu implementar atividades como o monitoramento permanente das tendências de algumas causas de morte como os homicídios, a Aids, os acidentes de trânsito e as doenças respiratórias. Diversas análises foram realizadas com o objetivo de explorar todas as variáveis da Declaração de Óbito, seja avaliando a qualidade de seu preenchimento, ou analisando os perfis e tendências sobre diferentes temas. Entre essas análises, destacam-se os diagnósticos descentralizados segundo distritos ou áreas homogêneas, que tem contribuído para uma discussão permanente sobre as desigualdades sociais na mortalidade na cidade de São Paulo.

A divulgação das informações tem sido uma prioridade, seja através dos boletins trimestrais, do fornecimento das bases de dados e tabulações especiais ou pela internet. Estes serviços são realizados sem ônus ao usuário e respeitando o princípio de que informação é um direito do cidadão e cabe aos órgãos públicos produtores aprimorar a sua qualidade e disponibilizá-la aos interessados no seu uso para melhorar as condições de vida da população.

O PRO-AIM é uma experiência bem sucedida de processamento e uso das informações de mortalidade em nível municipal para o desencadeamento de ações de vigilância e monitoramento através do acesso imediato a informação. Sua experiência indica que a descentralização do SIM estadual é viável e necessária e que os municípios devem ser estimulados a assumir e se capacitar para o uso dessas informações, a partir de um enfoque epidemiológico voltado para a intervenção e para o conhecimento das necessidades de saúde dos grupos sociais que habitam os diferentes espaços das cidades

A queda da mortalidade infantil na cidade de São Paulo nos anos 90

O coeficiente de mortalidade infantil (CMI) vem apresentando tendência de queda, na cidade de São Paulo, desde meados da década de 70. Entre 1980 e 1989, observou-se um declínio de 39,5% na mortalidade infantil, sendo de 24,9% no período neonatal (menores de 28 dias) e de 54,1% no pós-neonatal (28 dias a 11 meses). A redução do componente pós-neonatal da mortalidade infantil é tradicionalmente relacionada à melhoria das condições de vida, incluindo saneamento básico e acesso aos serviços de saúde, e à medidas tais como a terapia de reidratação oral e os programas de suplementação alimentar e de incentivo ao aleitamento materno.

O objetivo deste estudo é avaliar a mortalidade infantil na cidade de São Paulo nos anos 90, analisando o comportamento de seus componentes neonatal e pós-neonatal e as causas de morte. Utilizou-se a base de dados da Fundação SEADE dos anos de 1990 a 1998.

Os dados mostram que o CMI, entre 1990 e 1998, caiu de 30,9 para 17,9 óbitos de menores de 1 ano por 1.000 nascidos vivos (NV), com uma queda de 42,1%. O CMI pós-neonatal sofreu redução semelhante ao da década anterior (-49%) (11,87 em 1990 e 6,05 em 1998). Por outro lado, o CMI neonatal apresentou um declínio mais acentuado (-37,7%), passando de 19,0 para 11,9/1000 NV. Queda ainda maior (-42,4%) foi verificada para a mortalidade neonatal precoce (menores de 7 dias), cujos coeficientes passaram de 15,4 para 8,8/1000 NV.

Analisando o comportamento das causas de morte, constata-se que os óbitos por transtornos respiratórios, incluindo as asfíxias ao nascer, apresentaram a maior redução no período neonatal precoce. No período neonatal tardio (7-27 dias), as únicas causas que apresentaram uma tendência clara de queda foram as afecções respiratórias do recém-nascido. Em relação ao componente pós-neonatal, as causas que apresentaram as maiores reduções foram as pneumonias e as diarreias, que já vinham sendo as principais responsáveis pela queda na década anterior, junto com a desnutrição.

A análise por áreas homogêneas da cidade, agrupadas segundo a escolaridade do chefe da família, foi realizada para os anos de 1995 a 1998. Nota-se uma redução do CMI semelhante em todas as áreas, no entanto, há diferenças quando analisados os coeficientes segundo faixa etária específica. Enquanto as áreas de melhor nível social (H1) e intermediária (H2) apresentaram quedas de 34% na mortalidade neonatal precoce (9,35 para 6,18 na H1 e 10,85 para 7,07/1000 NV na H2) e de 15% na neonatal tardia (2,13 para 1,80 na H1 e 3,01 para 2,55/1000 NV na H2), a área de pior nível (H3) teve queda de 23,4% (12,64 para 9,68/1000 NV) na mortalidade neonatal precoce e manteve os níveis da mortalidade neonatal tardia em torno de 3,2/1000 NV. Por outro lado, no período pós-neonatal constatou-se o inverso: houve uma queda próxima de 18% nas áreas H1 e H2 (5,92 para 4,82/1000 NV na H1 e 6,85 para 5,71/1000 NV na H2) e de 41% na H3 (10,64 para 6,27/1000 NV). Além disso, observou-se, neste período, um aumento de mais de 13% nos coeficientes de fecundidade nas áreas com populações em piores níveis sociais.

Os resultados mostram que a mortalidade infantil na cidade de São Paulo apresenta dois padrões bastante diversos nos anos 90. Nas regiões de piores condições de vida observa-se uma queda do CMI, em especial do componente pós-neonatal, acompanhado de um aumento da fecundidade. Nas áreas de melhores condições, observa-se um padrão inédito na cidade, com redução acentuada do CMI neonatal, principalmente o precoce, em especial por agravos respiratórios, sugerindo melhorias na assistência ao recém-nascido de risco.

A introdução recente do uso do surfactante e a melhoria nos cuidados intensivos ao prematuro podem ser fatores importantes na redução do CMI neonatal (especialmente, o precoce). No entanto, o impacto nas áreas de piores condições parece ser bem menor, sugerindo dificuldades de acesso aos recursos adequados. Apesar da queda, os níveis da mortalidade infantil se mantêm altos, sendo mais de quatro vezes superiores aos registrados no Japão, exigindo do poder público políticas de saúde que visem a sua redução.

Mortalidade na cidade de São Paulo no ano de 1999

Alterações importantes nos padrões de mortalidade tem sido observadas nas últimas décadas em todo o Brasil. Dentre estas, destacam-se o aumento dos coeficientes de mortalidade por violência e da mortalidade proporcional por doenças crônicas não transmissíveis, a redução dos coeficientes de mortalidade por diversas doenças infecciosas em especial as imunopreveníveis e as diarreias, e o surgimento da AIDS como importante causa de morte. Neste boletim é apresentado o perfil de mortalidade na cidade de São Paulo em 1999 e as principais modificações em relação ao ano anterior.

Em 1999 foram 64.377 os óbitos de residentes e ocorridos na cidade. Deste total, 66,9% ocorreu em maiores de 50 anos, 23,8% entre 20 e 49 anos, 4% entre 1 e 19 anos e 5,3% em menores de 1 ano. Como nos anos anteriores, as doenças isquêmicas do coração, com 12,9% dos óbitos, permaneceram liderando as causas específicas de morte. Em seguida aparecem os homicídios com 9,2%, superando as doenças cerebrovasculares (9,0%). Em quarto e quinto ficaram as pneumonias (4,5%) e as doenças pulmonares obstrutivas crônicas (4,1%). A AIDS aparece em oitavo e em décimo, surge pela primeira vez na década, a cirrose hepática, com referência ao uso do álcool em 48% dos casos. Em relação as doenças de notificação compulsória, observa-se que tuberculose (597 óbitos), hepatites virais (172), infecção meningocócica (83), leptospirose (41) e sífilis congênita (8) foram responsáveis por muitas mortes. Entre os menores de 1 ano, com 3.365 óbitos, as causas perinatais foram as mais freqüentes (57,7%). As anomalias congênitas causaram 11,9% dos óbitos neste grupo, as pneumonias 7,9% e as diarreias 2,9%.

Os homicídios foram a primeira causa de morte entre os homens, com 14,6% dos óbitos. As doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares responderam pela primeira e segunda posições, respectivamente, entre as mulheres e segunda e terceira, entre os homens. Chamou a atenção o surgimento dos homicídios entre as dez principais causas de morte de mulheres. Os cânceres responderam por 16,3% do total de óbitos. No entanto, só apareceram entre as dez principais causas específicas de morte entre as mulheres, que apresentaram o câncer de mama na sexta posição. Os principais tipos de câncer, entre os homens, foram os de pulmão, próstata, estômago, esôfago e cólon. Entre as mulheres, os mais freqüentes foram os de mama, cólon, pulmão, estômago e pâncreas. A AIDS apareceu como nona causa de morte no sexo masculino e décima terceira entre as mulheres. A cirrose hepática e os acidentes de trânsito destacaram-se entre os homens.

O PRO-AIM realiza o monitoramento de algumas causas de morte, como AIDS e homicídios, pela sua importância na mortalidade da cidade. Os óbitos por AIDS mantiveram a tendência de queda que já vinha sendo observada desde 1996, quando foi introduzida a terapia anti-retroviral combinada nos serviços públicos de saúde. A queda entre 1998 e 1999 foi de 11,6%, sendo discretamente maior entre as mulheres. Os coeficientes de mortalidade mais elevados foram observados nos distritos do centro velho da cidade. Os homicídios permanecem em ascensão, sendo que 74,3% deles atingiram pessoas entre 20 e 49 anos. Entre os adolescentes (10 a 19 anos), os homicídios responderam por quase 60% do total de mortes. Os dez distritos com os maiores coeficientes por homicídios foram Sé e Brás (área central), Jardim Ângela, Parelheiros, Jardim São Luís, Grajaú e Cidade Ademar (sul), São Rafael e Guaianases (leste) e Brasilândia (norte).

O perfil de mortalidade na cidade de São Paulo é bastante complexo, como o PRO-AIM tem demonstrado em diversos documentos. No ano de 1999, o aumento dos homicídios, o surgimento das doenças do fígado entre as principais causas de morte e a redução da mortalidade por AIDS foram os destaques. Enquanto para a AIDS as políticas públicas de abordagem tem gerado resultados positivos, o mesmo não ocorre com relação aos homicídios e ao alcoolismo. Urge um projeto global de intervenção, com a participação de todas as instâncias e setores de governo e da sociedade civil, que atue nos múltiplos aspectos relacionados a estes problemas.

Mortalidade por causas externas na cidade de São Paulo em 1999

O PRO-AIM tem enfatizado o problema da elevada mortalidade por causas externas na cidade de São Paulo, agravada pela tendência sempre crescente dos homicídios. Neste boletim objetiva-se identificar as principais alterações no perfil de mortalidade por causas externas entre os anos de 1997 (Boletim nº 29) e 1999.

Em 1996, o programa incorporou como rotina de serviço a investigação, no instituto medico legal (IML), das mortes de residentes e ocorridas na cidade de São Paulo, cujas declarações de óbito (DO) não especificam a causa externa que produziu a lesão fatal. Nestes casos, o IML não informa se a lesão é devida a homicídio, suicídio ou acidente especificado (de trânsito, queda, afogamento, etc). Até 1998, as buscas eram realizadas apenas no IML-Central, que concentrava 70% do total desses casos.

O Ministério da Saúde implantou uma nova versão da declaração de óbito (DO), em 1999, sem os campos para especificação dos principais tipos de acidentes ou local de ocorrência, substituídos por um espaço para a descrição do evento. Todavia, este campo tem sido pouco preenchido, piorando a qualidade das informações de mortalidade por causas externas. Após a implantação do novo modelo de DO, o número de acidentes sem especificação cresceu 417% e o de eventos de intenção ignorada, 19%. Por esta razão, o PRO-AIM ampliou a investigação dessas mortes para todas as unidades do IML (Central, Leste, Oeste e Sul) melhorando assim a qualidade das informações.

Em 1999, as mortes por causas externas (9.132) aumentaram 5,8% em relação a 1997, e sua participação passou de 13,5% a 14,2% do total de mortes na cidade. Os homicídios permaneceram como a causa externa mais importante, seguidos pelos acidentes de trânsito e quedas. A ampliação das investigações reduziu as lesões de intenção ignorada. Os homicídios, que representavam 55,7% das mortes por causas externas, em 1997, passaram a 64,5% e os acidentes de trânsito caíram de 18,3% a 14,1%, o que mostra a dimensão crescente e superior dos homicídios em relação às demais causas externas. Em 1999, estes passaram a ser a principal causa externa de morte em ambos os sexos e na faixa etária entre 10 e 49 anos. Em menores de 10 anos prevaleceram os atropelamentos, seguidos das asfixias (concentradas em menores de 1 ano), quedas e acidentes por contato com fogo. Em maiores de 50 anos predominaram as mortes por quedas e atropelamentos, como em 1997.

Nos primeiros anos de vida, as mortes por causas externas ocorrem especialmente pelas asfixias no leito ou por aspiração de alimentos. Ao crescer e adquirir habilidades motoras e maior curiosidade, ainda no ambiente doméstico, o risco fatal é maior nas quedas e nos acidentes com fogo. Depois, ao ganhar o espaço das ruas, os riscos no trânsito passam a predominar. Entre adolescentes, os homicídios superam em muito os acidentes de trânsito, aumentando entre adultos jovens, onde atingem seu nível mais elevado. Em idades avançadas voltam a ter importância os acidentes de trânsito, seguidos em idades ainda mais avançadas pelas quedas e asfixias. Os suicídios tem sua maior importância relativa entre adolescentes e adultos jovens, mas os maiores riscos estão entre os idosos. Esse padrão também é observado para os acidentes de trânsito.

A prevenção das mortes por causas externas deve ser responsabilidade do governo e de toda a sociedade e abrange aspectos diversos tais como orientações aos responsáveis por crianças e idosos sobre os riscos durante o sono e a alimentação, organização adequada e segura no ambiente doméstico, proteção ao pedestre em áreas críticas - proximidades de escolas e áreas de lazer e efetivo cumprimento do Código Nacional do Trânsito. Enfrentar o crescimento dos homicídios na cidade é um desafio que demanda mais do que as iniciativas observadas - pontuais e setorializadas. Há necessidade da efetiva implantação do Plano Nacional de Segurança Pública, recentemente anunciado, sua complementação com planos executivos e de igual abrangência nos níveis estadual e municipal, além da participação ativa da sociedade civil.

Mortalidade por doenças do aparelho circulatório na cidade de São Paulo em 1999

As doenças do aparelho circulatório (DAC) permanecem desde o final da década de 60, como o principal grupo de causas de morte no Brasil, apesar da tendência de queda observada nos seus coeficientes de mortalidade. No município de São Paulo, o coeficiente de mortalidade pelas DAC, padronizado por idade, passou de 303,1 por 100.000 habitantes, em 1980, para 202,2 em 1999.

Na cidade de São Paulo ocorreram 64.377 óbitos de residentes em 1999, sendo que as doenças do aparelho circulatório (DAC) responderam por 33,2% dessas mortes. Considerando as 10 principais causas de morte deste ano na cidade, verifica-se que as DAC têm uma participação destacada, ocupando quatro destas posições (Tabela 1). As doenças isquêmicas do coração (DIC), que ocuparam a primeira posição entre todas as causas de morte em 1999, foram responsáveis por 13,0% dos óbitos, sendo 9,0% devidos ao infarto agudo do miocárdio e 4% pelas demais doenças isquêmicas do coração. As mortes por doenças cerebrovasculares (DCV) ocuparam a terceira posição, com 9% dos óbitos, as doenças hipertensivas, a sétima, com 2,5% e a insuficiência cardíaca, a nona, com 2,1% dos óbitos. Deve-se mencionar ainda a importância, como causa de morte, das miocardiopatias, dos aneurismas da aorta e das doenças circulatórias pulmonares.

Em relação a hipertensão arterial vale ressaltar que, apesar dessa doença apresentar elevada prevalência na população, ela é subdimensionada nas estatísticas de mortalidade por causa básica. Isso ocorre porque se a hipertensão for mencionada numa declaração de óbito junto com doenças do aparelho circulatório como DIC ou DCV, estas são selecionadas como causa básica da morte de acordo com critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde.

Com relação a mortalidade proporcional por faixa etária (Tabela 2), observou-se que 25% das mortes por DIC e 28% dos óbitos por DCV ocorreram antes dos 60 anos de idade, mostrando a precocidade dessas mortes. Analisando-se os coeficientes de mortalidade pelas DAC, por grupo etário e sexo, observa-se que os homens apresentam coeficientes mais altos e que estes aumentam com a idade em ambos os sexos. Os coeficientes de mortalidade pelas DIC confirmam este padrão para todas as faixas etárias (Tabela 3). Entre as DCV observa-se, entre as mulheres, risco de morte superior ao dos homens no grupo de 20 e 39 anos (Tabela 4). Entre as doenças hipertensivas, os coeficientes no grupo acima de 70 anos foram maiores entre as mulheres.

Com o objetivo de analisar as desigualdades sociais na distribuição da mortalidade por DAC, os coeficientes foram calculados por áreas homogêneas (AH) da cidade, segundo o nível de instrução do chefe de família. Observou-se que, exceto para a faixa etária de menores de 20 anos (com pequenos números), os coeficientes são maiores nas áreas de piores condições sociais e as diferenças aumentam com a idade. O risco de morte por DIC (Tabela 5), na faixa etária de 60 a 69 anos, foi 73,4% maior na área de piores condições sociais (AH3) numa comparação com a área de melhores condições (AH1). Os coeficientes de mortalidade por DCV (Tabela 6) confirmam esse padrão de desigualdade, observando-se riscos de mortes por DCV 58% maior na AH-3 em relação a AH1, nas faixas etárias de 40 a 49 e de 60 a 69 anos, e 48,3% maior no grupo de 50 a 59 anos.

As doenças do aparelho circulatório se destacam tanto pela sua dimensão, quanto pelos diferenciais sociais que apresentam, o que recomenda sua incorporação em sistemas de vigilância epidemiológica para acompanhamento permanente, agregando ações de controle nos âmbitos assistenciais e preventivos. Desse ponto de vista, já são bastante conhecidos os fatores de risco e doenças associadas às DAC, como tabagismo, stress, sedentarismo, diabetes e hipercolesterolemia. As estratégias de abordagem destes fatores têm se restringido ao nível individual, através da triagem de pacientes de risco e orientação assistencial e preventiva voltada para a mudança de hábitos e adoção de estilos de vida saudáveis. Apesar dessa abordagem trazer contribuições importantes para o controle da doença, ela deve ser complementada com medidas de enfoque coletivo que produzam impacto na população como um todo.

Variável raça/cor e mortalidade no município de São Paulo

Neste boletim o PRO-AIM analisa a variável raça/cor e o perfil de mortalidade segundo as diversas categorias, em 1999, na cidade de São Paulo. O campo raça/cor foi introduzido na declaração de óbito (DO) em 1997 e são várias as discussões conceituais que permeiam o uso dessa informação. Pode-se discutir a imprecisão na forma como a variável foi categorizada (amarela, branca, indígena, parda e preta), confundindo-se uma característica externa - cor da pele - com etnia, que envolve aspectos de identidade cultural, além dos biológicos. Outra discussão diz respeito à forma de obtenção do dado. O modo de definição que predomina é a hetero-avaliação, mas a informação também pode ser dada por familiares ou pelo próprio paciente na internação.

Todas essas questões influem na interpretação e identificação do item raça/cor. Em 1999, ocorreram 64.377 óbitos de residentes na cidade e o percentual de informação ignorada sobre raça/cor foi 8,4%. A distribuição dos óbitos segundo raça/cor mostrou as seguintes proporções: amarela (2,1%), branca (67,4%), indígena (0,1%), parda (16,9%) e preta (5,1%). Considerando todas as demais variáveis presentes na DO, distribuídas segundo raça/cor, observou-se que os maiores percentuais de informação ignorada ocorreram entre indígenas, seguidos das categorias parda e preta.

Em todos os grupos prevaleceram os óbitos do sexo masculino, sendo que a maior proporção ocorreu entre pardos. As proporções de mortes precoces (< 50 anos) foram maiores nas categorias parda (55%), preta (42%) e indígena (35%). Em contraposição, na raça/cor amarela, 86% das mortes eram do grupo acima de 50 anos, sendo 67% após os 65 anos. Buscando uma correlação entre variáveis sociais da DO com a raça/cor, observou-se que a maior proporção de óbitos de pessoas sem instrução ocorreu na categoria parda. As maiores proporções de óbitos de trabalhadores nos serviços pessoais, na produção industrial, nos transportes e braçais foram observados entre pardos e pretos, enquanto as maiores proporções de falecidos com grau de instrução superior, em profissões técnicas/científicas, em cargos de chefia e de gerência e no comércio ocorreram nas categorias amarela e branca. Em relação à região de moradia, observou-se que menos de 9% de falecidos de cor parda ou preta residiam em distritos considerados incluídos socialmente, segundo o mapa da exclusão-inclusão social da cidade realizado sob a coordenação do Núcleo de Seguridade Social da PUC. Entre amarelos e brancos, 30% e 24%, respectivamente, dos falecidos residiam em áreas incluídas.

Comparando o perfil de mortalidade das diferentes categorias, observou-se que nos grupos de cor amarela e branca a principal causa de morte foram as doenças isquêmicas do coração, enquanto entre indígenas, pardos e pretos predominaram os homicídios. Chama a atenção, entre os óbitos na raça/cor amarela, a alta proporção de neoplasias, com destaque para o aparelho digestivo, em especial, estômago e colon. Nas mortes observadas entre indígenas, pardos e pretos sobressaíram as doenças infecciosas (tuberculose e aids) e violências (acidentes de trânsito e homicídios). Considerando as 10 principais causas de morte, as neoplasias ocuparam 4 posições entre amarelos, não aparecendo entre pardos e pretos. A aids se apresenta como causa importante de morte entre indígenas (quarta causa), pardos (nona) e pretos (oitava), não aparecendo entre as 10 principais causas de morte nas categorias amarela e branca. A cirrose hepática e o alcoolismo se destacaram entre pardos e pretos e as doenças hipertensivas entre indígenas e pretos.

Os dados evidenciam a estreita relação entre as desigualdades sociais e os perfis de mortalidade dos grupos de raça/cor. Enquanto pardos, pretos e indígenas, vivendo em piores condições sociais, morrem principalmente de causas externas e em idade mais precoce, amarelos e brancos morrem de doenças crônicas não transmissíveis, e em idade mais tardia. As distorções das políticas públicas tem agravado as iniquidades sociais, sendo urgente um projeto voltado para a construção de uma sociedade mais justa e solidária.

AS MUDANÇAS NAS BASES DE DADOS DO PRO-AIM

A análise epidemiológica deve levar sempre em conta a possibilidade da influência de alterações devidas a fatores não diretamente relacionados aos eventos em estudo. Em bases de dados é comum a ocorrência de mudanças na cobertura dos eventos, na forma de tratamento de variáveis e nas tabelas de codificação dos sistemas de informação, afetando as séries históricas, padrões e níveis de agravos à saúde da população.

Desde a implantação do PRO-AIM diversas modificações ocorreram na sua base de dados. Este boletim tem por objetivo informar aos usuários do programa sobre essas alterações e suas repercussões nos padrões de mortalidade na cidade durante a última década.

O PRO-AIM tem como fonte de informação a declaração de óbito (DO), instrumento de coleta dos dados de mortalidade adotado em todo o Brasil desde 1975, que tem sofrido diversas alterações ao longo dos anos. As modificações efetuadas em variáveis da DO, a cada novo modelo lançado, muitas vezes tornaram inviáveis estudos de muitos dados de mortalidade em séries temporais. Isso ocorreu, por exemplo, com as variáveis raça/cor, idade gestacional, escolaridade, estado civil e especialmente com as causas externas.

Algumas modificações nas bases de dados do PRO-AIM foram decorrentes de mudanças nas tabelas de codificação utilizadas. Dentre essas, podem ser destacadas as observadas na tabela de distritos administrativos do Município de São Paulo (1994) e a implantação da Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Em relação à implantação da CID-10, que ocorreu em todo o país em 1996, várias alterações foram observadas nos perfis de mortalidade, especialmente entre as Doenças Infecciosas e Parasitárias e Doenças do Aparelho Respiratório. Estudo sobre essas mudanças foi apresentado no Boletim nº 23 do PRO-AIM (1996).

Comparações dos perfis e tendências de mortalidade a partir do ano de 1996 e períodos anteriores devem levar em conta que estão sendo usadas duas versões da CID-10, a Nona e a Décima Revisão.

Em fins de 1993 a nova divisão distrital da cidade de São Paulo em 96 distritos administrativos (DA) passou a ser utilizada no PRO-AIM. Portanto, o ano de 1994 foi o primeiro ano completo com a nova divisão do município. O programa manteve uma digitação dupla, contemplando DA e distritos e subdistritos de paz até 2001, interrompendo a série em 2002 ao adotar o sistema informatizado do DATASUS.

A melhoria da qualidade da informação pelo PRO-AIM também tem provocado alterações nas suas bases de dados. O programa investiga, desde a sua criação em 1989, as declarações de óbito com causas mal definidas, descrições incompletas ou imprecisas das causas de morte através de contatos com os médicos atestantes. A partir de 1995, houve um aumento de cerca de 60% no número de investigações pela ampliação dos critérios utilizados na seleção das declarações de óbito por causas naturais.

Em relação às causas externas, o programa passou a investigar todas as declarações de óbito emitidas pelo IML nas quais não havia a especificação do tipo de acidente ou violência ou haviam sido declaradas como eventos de intenção ignorada. Essa atividade teve início em 1996 no IML-Central e, em decorrência de modificação no bloco de causa externa da DO, em 1999, foi estendida às demais seccionais do IML da cidade. Além das investigações realizadas pelo PRO-AIM, o intercâmbio de informações com o Comitê de Morte Materna Municipal e com o Sistema de Vigilância Epidemiológica, e a consequente incorporação dos resultados das investigações de óbitos na base de dados do programa, tem contribuído para o aprimoramento das informações.

Quanto à cobertura, até o ano 2000 o PRO-AIM tinha como seu universo para processamento os óbitos de residentes ocorridos na cidade de São Paulo e sepultados através do Serviço Funerário Municipal (SFM). No entanto, havia uma pequena parcela de óbitos de residentes e ocorridos na capital que tinha seu registro realizado diretamente no cartório, sem passar pelo SFM.

Esse problema se agravou em 1995 com a entrada em vigor de Lei que autorizou o transporte intermunicipal de cadáveres, permitindo a livre atuação de funerárias privadas na cidade. Em 2001, o programa passou a processar também os óbitos com registro direto em cartório e que representaram 3,8% do total de óbitos ocorridos naquele ano. Em 2001, o PRO-AIM também passou a processar todas os óbitos ocorridos no

Município de São Paulo – residentes e não residentes no município –, o que acarretou um aumento de 14,3% no volume de dados processados. Uma parte das mudanças reflete evolução na capacidade tecnológica disponível e aprimoramento na produção da informação, algumas observadas em todo o país e definidas previamente em fóruns técnicos, como ocorreu com a entrada em vigor da CID-10.

Outras ocorrem sem maiores explicações refletindo desorganização dos sistemas de informações da área da saúde. As mudanças recomendam cautela na análise das bases de dados do PRO-AIM, em especial para séries temporais. A melhoria de qualidade da base de dados é o principal objetivo da maior parte dessas modificações e aumenta a capacidade do programa no atendimento de usuários, além de possibilitar uma atuação mais eficaz no monitoramento de políticas públicas, na vigilância da morte evitável, no aprimoramento diagnóstico e na ampliação da democratização do acesso da população às informações de mortalidade.

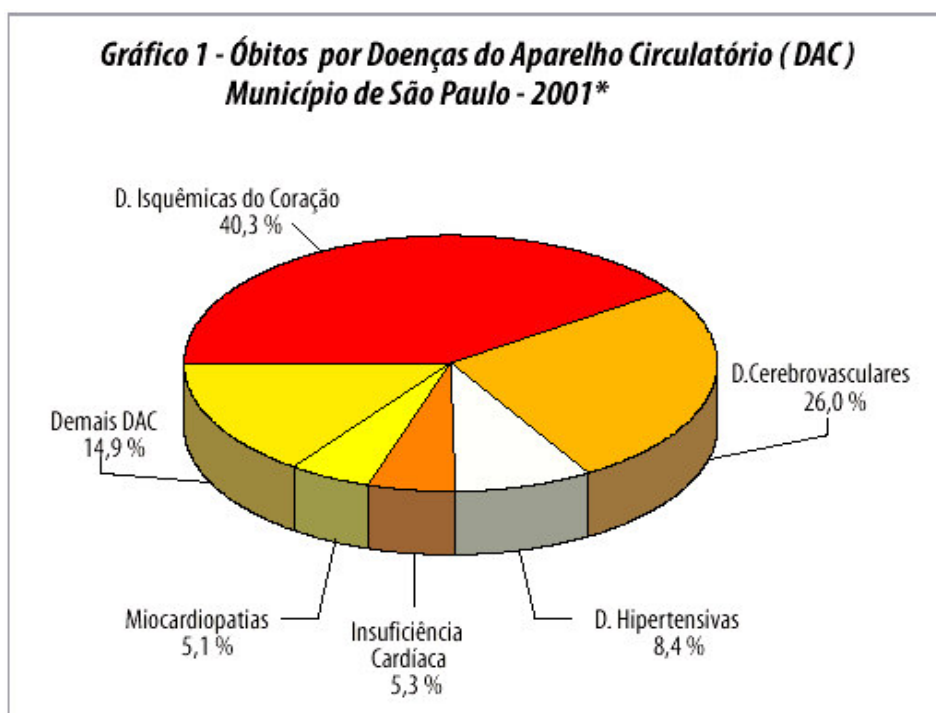
Doenças do aparelho circulatório : mortalidade precoce e desigual

As informações epidemiológicas indicam a importância das doenças do aparelho circulatório (DAC) que lideram o ranking das causas de morte no Município de São Paulo desde a década de 60 do século passado. Dados de morbidade mostram que esse grupo de causas foi o segundo motivo de internações hospitalares nos serviços de saúde do SUS no Município de São Paulo em 2001, representando 10,6% do total e sendo superadas apenas pelas internações relacionadas à gestação e ao parto. Isso, sem falar nas incapacidades produzidas como seqüelas das suas complicações e do impacto social e econômico que provocam.

Este boletim tem como objetivo apresentar e discutir o perfil da mortalidade precoce pelas DAC na cidade de São Paulo no ano de 2001 buscando contribuir para sua abordagem preventiva e assistencial. Do total de 64.838 óbitos de residentes e ocorridos em 2001, as DAC foram responsáveis por quase um terço dessas mortes (32,3% - 20.945) , proporção que se mantém relativamente estável desde 1991 quando o PRO- AIM iniciou este acompanhamento.

As doenças isquêmicas do coração e as doenças cerebrovasculares são os principais componentes da mortalidade pelas Doenças do Aparelho Circulatório () , sendo responsáveis por 66,3% das mortes por DAC no Município de São Paulo em 2001. Em relação a sua importância no perfil de todas as causas de morte em 2001, elas ocuparam a primeira e terceira posições, respondendo por mais de um quarto das mortes na cidade.

Gráfico 1



Em relação à distribuição dos óbitos por faixa etária verifica-se que 25% das mortes por DAC ocorreram antes dos 60 anos, portanto, precocemente. Como pode ser observado na do total de mortes por DAC entre os homens, 30,6% ocorreu abaixo de 60 anos, enquanto entre as mulheres o percentual verificado foi 19,3% . Na distribuição segundo causa específica e sexo, as maiores proporções de mortes precoces foram por doenças cerebrovasculares no sexo feminino e as hipertensivas entre os homens. Analisando os coeficientes de mortalidade pelas DAC, verifica-se que os homens apresentaram riscos de morte superiores aos das mulheres em todas as categorias avaliadas, com destaque para as DIC.

O compara a precocidade das mortes por DIC, DCV e DH em residentes nos Distritos de Saúde, mostrando que esta é maior nos locais que apresentam piores condições socioeconômicas, com concentração nas regiões

Leste e Sul do Município de São Paulo. Destacam-se Grajaú e Cidade Tiradentes, onde quase metade das mortes por DAC ocorreram precocemente.

As doenças do aparelho circulatório ocupam lugar de destaque no perfil de morbimortalidade no Município de São Paulo, com distribuição desigual pelas diferentes regiões da cidade, indicando a necessidade de incorporação do monitoramento destes agravos. A mortalidade precoce observada nas regiões mais carentes sugere que existem dificuldades no acesso aos serviços de saúde e

Tabela 1 - Mortalidade pelas principais doenças do aparelho circulatório segundo faixa etária e sexo, Município de São Paulo - 2001*

HOMENS						
Doenças do Aparelho Circulatório	<60 anos			60 anos e mais		
	nº Óbitos	%	Coeficiente	nº Óbitos	%	Coeficiente
<i>D. Isquêmicas Coração (DIC)</i>	1.405	30,5	30,4	3.206	69,5	813,7
<i>D. Cerebrovasculares (DCV)</i>	776	29,6	16,8	1.846	70,4	468,5
<i>D. Hipertensivas (DH)</i>	283	33,9	6,1	551	66,1	139,8
<i>Demais DAC</i>	786	30,9	17,0	1.755	69,1	445,4
Total	3.250	30,6	70,3	7.358	69,4	1867,5

Obs.: coeficiente por 100.000 homens

MULHERES						
Doenças do Aparelho Circulatório	<60 anos			60 anos e mais		
	nº Óbitos	%	Coeficiente	nº Óbitos	%	Coeficiente
<i>D. Isquêmicas Coração (DIC)</i>	597	15,6	12,1	3.229	84,4	560,1
<i>D. Cerebrovasculares (DCV)</i>	692	24,5	14,0	2.129	75,5	369,3
<i>D. Hipertensivas (DH)</i>	174	19,0	3,5	741	81,0	128,5
<i>Demais DAC</i>	528	19,1	10,7	2.236	80,9	387,8
Total	1.991	19,3	40,4	8.335	80,7	1445,7

Obs.: coeficiente por 100.000 mulheres

na adesão ao tratamento de doenças que poderiam ser controladas evitando óbitos em idades jovens. A garantia de acesso a toda a população que necessita e a identificação de indivíduos com alto risco para o desenvolvimento dessas doenças são importantes medidas de controle.

No entanto, para a intervenção sobre esses agravos, é imprescindível a adoção de políticas de saúde globais visando a redução dos fatores de risco associados às DAC, com destaque para tabagismo, obesidade, sedentarismo e hipercolesterolemia. As ações para enfrentamento desse quadro devem se dar em nível de governo, comunidade e indivíduos.

Medidas de impacto coletivo para redução do tabagismo, estímulo à prática de atividade física e à produção e consumo de alimentos mais saudáveis, representam importantes estratégias populacionais de controle dos fatores de riscos para as doenças do aparelho circulatório, que devem complementar iniciativas de redução das desigualdades sociais existentes na cidade.

Mapa 1 - Mortalidade precoce < 60 anos por doenças isquêmicas do coração, doenças hipertensivas e doenças cerebrovasculares, segundo distrito de saúde do Município de São Paulo - 2001*

