

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SMS/ SFMSP / PRODAM

PRO-AIM – Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo

Alguns aspectos da mortalidade no Município de São Paulo em 1998

São Paulo, junho de 1999.

SUMÁRIO

Introdução	01
Mortalidade no município de São Paulo em 1998	03
Principais causas específicas de morte	04
Mortalidade infantil	06
Mortalidade em adolescentes	07
Diferenciais intra-urbanos na mortalidade	08
Mortalidade por doenças crônicas não-transmissíveis	11
Mortalidade por causas externas	16
Mortalidade por causas Aids	19
Considerações finais	22

Introdução

As informações de mortalidade podem contribuir para orientar a priorização de ações de saúde, monitorar tendências e avaliar o impacto de medidas voltadas à resolução dos problemas de saúde existentes, sendo fundamentais para o planejamento e execução de ações de saúde nas suas diversas etapas. Estas informações apresentam características específicas que reforçam sua importância como um instrumento para o conhecimento da realidade social e de saúde de uma localidade. O óbito é evento único e de registro obrigatório e possui os procedimentos para seleção e processamento padronizados. Assim, as informações de mortalidade permitem comparações das causas de morte entre diferentes locais e tempos, possibilitando estabelecer parâmetros e metas voltados à sua redução.

Como no restante do país, a cidade de São Paulo, nas últimas décadas, vem apresentando transformações nos padrões de morbi-mortalidade. Tem sido observada uma redução nos riscos estimados de morte pelas doenças infecciosas e um aumento relativo das mortes devidas a doenças crônicas não-transmissíveis e a causas externas.

Comparando-se a mortalidade proporcional nos anos de 1980 e 1995 (SEADE), no município de São Paulo, observa-se que ocorreram mudanças na estrutura da mortalidade. Em 1980, as doenças do aparelho circulatório (DAC) respondiam por 33,7% das mortes, seguidas das doenças do aparelho respiratório (12,4%), neoplasmas (12,2%), causas externas (10,3%), causas perinatais (7,9%) e doenças infecciosas e parasitárias (DIP) (7,8%). Em 1995, as DACs, apesar de se manterem na primeira posição, apresentaram diminuição na sua participação relativa (30,4%). Por outro lado, as causas externas cresceram em importância, assumindo o segundo lugar no perfil de causas, passando a responder por 14,9% das mortes no ano de 1995. Os neoplasmas mantiveram o terceiro posto, com crescimento dos percentuais – de 12,2% em 1980 passaram para 14,4% em 1995. As causas perinatais e as DIPs apresentaram queda na mortalidade proporcional, sendo que as doenças endócrinas, metabólicas e da nutrição e transtornos imunitários¹ apresentaram um crescimento na mortalidade proporcional neste período.

¹ As doenças endócrinas, metabólicas e da nutrição e transtornos imunitários englobava até o ano de 1995, doenças como a diabetes, Aids e desnutrição, quando se encontrava em vigor, no Brasil, a Nona Revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID-9.

O quadro acima descrito mostra que, entre 1980 e 1995, houve uma redução importante da mortalidade no município de São Paulo por doenças infecciosas e parasitárias e pelas afecções originadas no período perinatal e um aumento de algumas doenças crônicas não-transmissíveis, tais como as neoplasias. No entanto, chama ainda a atenção o aumento na proporção de mortes por causas externas e por doenças endócrinas, metabólicas e da nutrição e transtornos imunitários, estas últimas devido à Aids e ao diabetes. O crescimento da importância das neoplasias e diabetes na estrutura da mortalidade proporcional se deve, em grande parte, aos efeitos do envelhecimento populacional. O crescimento da violência (causas externas) e da Aids coloca ainda estas duas causas de morte como novos desafios a serem enfrentados pela saúde pública da capital paulista na atualidade.

Este estudo tem como objetivo analisar a mortalidade no município de São Paulo, em 1998, destacando suas principais causas de morte, em especial as doenças crônicas não-transmissíveis, os homicídios e a Aids.

Mortalidade no município de São Paulo em 1998

A partir de 1996 entrou em vigor no Brasil a CID-10 - Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças. Em relação à CID-9, que era utilizada até 1995, foram observadas mudanças, tais como a inclusão da Aids no grupo das doenças infecciosas e parasitárias, deixando de constar, como na CID-9, no capítulo das doenças endócrinas, metabólicas, nutricionais e transtornos imunitários. Também foram feitas alterações nas instruções para a seleção e codificação da causa básica da morte, além das mudanças na estrutura da própria CID. Por estas razões, é importante ter cuidado na comparação do perfil de mortalidade a partir de 1996 com os de anos anteriores, pois as mudanças ocorridas poderão provocar diferenças “artificiais” nos perfis de mortalidade por determinadas causas. Nas análises de tendências da mortalidade é necessário que sejam feitas as devidas ressalvas sobre estas mudanças.

Em 1998 foram observados 62.895 óbitos entre residentes e ocorridos na capital paulista, não estando aí incluída portanto, a evasão de óbitos². Os homens responderam por 58% do total de mortes.

Analisando a **Tabela 1**, que apresenta a mortalidade pelos grandes grupos de causas no município de São Paulo em 1998, verifica-se que as DACs ocuparam o 1º lugar (33,5%) na ordenação dos grupos, sendo seguidas pelas neoplasias (16,4%), causas externas (13,7%) e doenças do aparelho respiratório (10,3%). Em relação às causas externas de morte (violência e acidentes), a importância desse grupo seria maior se fosse considerada a evasão de óbitos. A não inclusão da evasão nos dados de 1998 leva a uma redução no número de óbitos por causas externas, principalmente aqueles devidos a acidentes de trânsito e afogamentos, conforme estudo anterior realizado pelo PRO-AIM e divulgado no boletim Nº 4.

Em relação à distribuição dos grupos de causas segundo o sexo (**Tabela 1**), verifica-se que entre os homens, mesmo considerando a evasão, foi maior a participação das mortes por causas externas, que responderam por um quinto dos óbitos nesse sexo. Entre as mulheres, destacaram-se as doenças crônicas não-transmissíveis – DAC e neoplasias.

² A evasão corresponde aos óbitos de residentes na cidade de São Paulo que ocorreram em outros municípios. A evasão de óbitos na cidade de São Paulo é de aproximadamente 6,0%.

Tabela 1**Distribuição dos óbitos por grandes grupos de causas (capítulos da CID-10), geral e segundo o sexo, município de São Paulo, 1998**

Grandes grupos de causas	masc.	%	fem.	%	ign.	Total	%
D. Ap. Circulatório	10.717	29,2	10.327	39,2	-	21.044	33,5
Neoplasias	5.461	14,9	4.882	18,6	-	10.343	16,4
Causas Externas	7.474	20,4	1.114	4,2	14	8.602	13,7
D. Ap. Respiratório	3.492	9,6	2.972	11,3	-	6.464	10,3
Algumas D Infeciosas	2.364	6,5	1.222	4,6	-	3.586	5,7
D. Ap. Digestivo	2.139	5,9	1.174	4,5	-	3.313	5,3
D. Endocr/Nutric/Metabólicas	1.121	3,1	1.420	5,4	-	2.541	4,0
Causas Perinatais	1.138	3,1	982	3,7	6	2.126	3,4
D. Ap. Geniturinário	591	1,6	586	2,2	-	1.177	1,9
D. Sistema Nervoso	549	1,5	448	1,7	-	997	1,6
Anomalias Congênitas	388	1,1	363	1,4	-	751	1,2
Transtornos Mentais	531	1,5	175	0,7	-	706	1,1
Causas Mal Definidas	401	1,1	245	0,9	3	649	1,0
Demais grupos de causas	188	0,5	408	1,6	-	596	0,9
TOTAL	36.554	100,0	26.318	100,0	23	62.895	100,0%

Principais causas específicas de morte no município de São Paulo em 1998

Para analisar as causas específicas de morte foi utilizado neste estudo uma adaptação da lista brasileira de mortalidade, mais adequada quando se pretende relacionar os perfis encontrados com políticas de prevenção e tratamento específicas. A **Tabela 2** mostra que foram as doenças isquêmicas do coração as principais causas de morte na cidade, seguidas pelas doenças cerebrovasculares. Os homicídios ocuparam a 3ª posição. O perfil da mortalidade no município de São Paulo é bem distinto entre os sexos (**Tabela 2**). Entre os homens, em 1998, os homicídios lideraram o *ranking* das causas de morte, respondendo por 13,3% dos óbitos nesse sexo, sendo seguidos pelas doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares, com a Aids ocupando a sexta posição na ordenação das causas e os acidentes de trânsito a oitava. Para as mulheres, entre as dez principais causas de morte em 1998, predominaram as doenças crônicas não-transmissíveis. Além dessas, também se destacaram as pneumonias e a Aids que

ocuparam a terceira e décima posições, respectivamente. Merece destaque o câncer de mama que foi a quinta causa isolada de morte entre as mulheres.

Tabela 2
Dez principais causas de morte, geral e por sexo
Município de São Paulo, 1998

CAUSAS	TOTAL	%
TODAS AS CAUSAS	62.895	100,0
1-Doenças isquêmicas do coração	8.142	12,9
2-Doenças cerebrovasculares	5.606	8,9
3-Homicídios	5.257	8,4
4-Pneumonias	3.026	4,8
5-Bronquite, enfisema, asma	2.404	3,8
6-Diabetes	2.025	3,2
7-Doenças hipertensivas	1.558	2,5
8-Aids	1.548	2,5
9-Insuficiência cardíaca	1.419	2,3
10-Miocardopatias	1.260	2,0
SEXO MASCULINO	TOTAL	%
TODAS AS CAUSAS	36.554	100,0
1-Homicídios	4.869	13,3
2-Doenças isquêmicas do coração	4.576	12,5
3-Doenças cerebrovasculares	2.696	7,4
4-Pneumonias	1.521	4,2
5-Bronquite, enfisema, asma	1.417	3,9
6-Aids	1.097	3,0
7-Cirrose e d. crônica fígado	995	2,7
8-Acidentes de trânsito	950	2,6
9-Câncer de pulmão	887	2,4
10-Diabetes	869	2,4
SEXO FEMININO	TOTAL	%
TODAS AS CAUSAS	26.318	100,0
1-Doenças isquêmicas do coração	3.566	13,5
2-Doenças cerebrovasculares	2.910	11,1
3-Pneumonias	1.505	5,7
4-Diabetes	1.156	4,4
5-Câncer de mama	1.004	3,8
6-Bronquite, enfisema, asma	987	3,8
7-Insuficiência cardíaca	874	3,3
8-Doenças hipertensivas	857	3,3
9-Miocardopatias	567	2,2
10-Aids	451	1,7

Fonte: PRO-AIM/PMSP

Mortalidade infantil no Município de São Paulo

O coeficiente de mortalidade infantil (CMI) tem apresentado tendência de queda no município de São Paulo. Em 1980, segundo a Fundação SEADE, o valor foi de 50,6/1000 nascidos vivos e, em 1998, foi 17,9. Em relação ao perfil de causas de morte, observa-se o predomínio de mortes por causas perinatais (**Tabela 3**). A gravidade do problema fica registrada quando se observa, na **Tabela 4**, que 48,5% das mortes infantis na cidade de São Paulo ocorreram antes da primeira semana de vida, sendo que 20,1% dos óbitos em menores de 1 ano foram observados nas primeiras 24 horas. Este quadro demonstra a necessidade de priorizar o investimento para a melhoria do atendimento do pré-natal, do parto e da assistência ao recém-nascido. Deve-se ressaltar, no entanto, a influência das condições gerais de vida na determinação da mortalidade infantil.

Tabela 3
Óbitos em menores de 1 anos segundo os grupos de causa
Município de São Paulo, 1998

Grupos de causas de morte	nº	%
Causas Perinatais	2.118	56,5
Anomalias Congênitas	596	15,9
D. Ap. Respiratório	417	11,1
Algumas D. Infecciosas	259	6,9
D. Sistema Nervoso	94	2,5
Causas Externas	66	1,8
D. Endócr/Nutric/Metabólicas	62	1,7
Mal Definidas	41	1,1
D. Ap. Circulatório	30	0,8
Neoplasias	18	0,5
D. Ap. Digestivo	15	0,4
D. Ap. Geniturinário	13	0,3
Doenças do sangue	12	0,3
D. Ouvido	2	0,1
D. Pele e Subcutâneo	1	0,0
Total	3.744	100,0

Tabela 4
Óbitos em menores de 1 ano por faixa etária
Município de São Paulo, 1998

faixa etária	freq.	%
< 1 dia	754	20,1
1d - 6 dias	1.061	28,4
7d- 27 d	643	17,2
28d-5m	925	24,7
6m-11m	361	9,6
Total	3.744	100,0

Mortalidade em adolescentes

A violência predominou entre as causas de morte nesse grupo, sendo que as causas externas listadas entre as 10 principais somam quase 75% do total de mortes de adolescentes. Os homicídios, no entanto se destacam (**Tabela 5**), provocando mais da metade das mortes de adolescentes na cidade em 1998. Ainda entre as dez principais causas de morte em adolescentes, aparecem mortes precoces por causas evitáveis, tais como as pneumonias e bronquites.

Tabela 5
Dez principais causas de morte na faixa etária de 10 a 19
anos, município de São Paulo, 1998

	número	%
Todas as causas	1700	-
1-homicídios	917	53,9
2-acidentes de trânsito	170	10,0
3-outros acidentes	56	3,3
4-pneumonias	42	2,5
5-suicídios	42	2,5
6-leucemias	37	2,2
7-lesão de intenção indeterminada	35	2,1
8-quedas	23	1,4
9-mal definidas	22	1,3
10-bronquite, enfisema, asma	15	0,9

Diferenciais intra-urbanos na mortalidade

O perfil de mortalidade para a cidade de São Paulo como um todo, apresentado nas tabelas anteriores, mascara as grandes diferenças que somente aparecem quando se analisa a dinâmica da mortalidade por áreas da cidade, agregadas segundo condições de vida das suas populações. Para o estudo dos diferenciais intra-urbanos da mortalidade na cidade de São Paulo, dividiu-se os 96 distritos em quatro áreas agregadas segundo a escolaridade do chefe da família³. Para a construção das áreas ordenou-se os 96 distritos administrativos da cidade segundo dois estratos, de acordo com o Censo Demográfico de 1991 do IBGE: percentual de chefes analfabetos ou com primário incompleto e percentual de chefes com nível superior. Esta ordenação dupla gerou 3 áreas homogêneas e 1 área heterogênea. A H1 foi aquela em que havia alta proporção de chefes de família com nível superior e baixa proporção de analfabetos. A H3 apresentava alta proporção de analfabetos e baixa de nível superior. Na H2 as proporções eram intermediárias. Na área heterogênea (HE) foram incluídos os distritos que apresentavam alguma contradição, ou melhor que tinham alta proporção tanto de nível superior quanto de analfabetos, revelando a coabitação de populações bastante diversas do ponto de vista da escolaridade do chefe da família. O **Anexo 1** apresenta o mapa com a divisão utilizada.

A **Tabela 6** mostra que as doenças do aparelho circulatório foram a principal causa de morte em todas as áreas. No entanto, as causas externas ficaram na 4ª posição na H1 (6,3% do total de mortes) e na 2ª na H3 (19,3% do total). As neoplasias representaram 21,9% das mortes (2ª posição) na área de melhores níveis de escolaridade do chefe da família e 12,6% na área de piores níveis (3ª posição). As causas perinatais que ocuparam a 10ª posição na H1 (1,4% das mortes) representaram, no entanto, mais de uma em cada vinte mortes na área H3 (5,4%), ficando na 6ª posição.

Tabela 6
Dez principais grupos de causas de morte (capítulos da CID-10) segundo área
homogênea de residência, município de São Paulo, 1998

	ah 1		ah 2		ah 3		a. heterogênea	
	grupos de causas	%	grupos de causas	%	grupos de causas	%	grupos de causas	%
1°	circulatório	38,5	circulatório	36,7	circulatório	29,5	circulatório	32,8
2°	neoplasias	21,9	neoplasias	17,4	c. externas	19,3	neoplasias	16,8
3°	respiratório	11,3	respiratório	10,5	neoplasias	12,6	c. externas	14,5
4°	c. externas	6,3	c. externas	9,6	respiratório	9,5	respiratório	10,0
5°	digestivo	4,8	digestivo	5,9	infeciosas	6,6	infeciosas	5,3
6°	infeciosas	4,5	infeciosas	5,5	digestivo	5,4	digestivo	5,2
7°	endócrinas	3,8	endócrinas	4,8	perinatais	5,2	perinatais	3,8
8°	geniturinário	2,4	perinatais	2,2	endócrinas	4,1	endócrinas	3,5
9°	s. nervoso	1,8	geniturinário	2,0	geniturinário	1,6	s. nervoso	1,7
10°	Perinatais	1,4	s. nervoso	1,4	s. nervoso	1,6	congênitas	1,6

Na **Tabela 7** pode ser observado que as doenças isquêmicas do coração, as doenças cerebrovasculares, as pneumonias, as doenças pulmonares obstrutivas crônicas, diabetes, hipertensão arterial (nesta ordem) e os homicídios apareceram entre as 10 principais causas de morte em todas as regiões da cidade. Os homicídios, no entanto, foram a oitava causa de morte na H1 e a primeira na H3. Nas demais áreas, os homicídios ficaram na 3ª posição. Ainda se destacaram como causas de morte nas áreas de escolaridade intermediária e baixa, a Aids (H2, H3 e HE), a cirrose hepática (H2 e H3) e os acidentes de trânsito (H3). Por outro lado, na área de melhores níveis de escolaridade do chefe de família se destacaram ainda os cânceres de pulmão e mama. As neoplasias, se consideradas em seu conjunto, seriam a principal causa de morte nas áreas de escolaridade alta e média e na área heterogênea. Na área de menores níveis de escolaridade, os homicídios permaneceriam como a principal causa de morte.

³ A metodologia para a construção das áreas foi definida pela equipe técnica do PRO-AIM em conjunto com o Prof. Chester Luiz Galvão César do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Tabela 7
Dez principais causas específicas de morte segundo área homogênea de residência
Município de São Paulo, 1998

	ah 1		Ah 2		ah 3		a. heterogênea	
	causa	%	causa	%	causa	%	causa	%
1º	isquêmicas	16,4	isquêmicas	14,3	homicídios	12,9	isquêmicas	12,2
2º	cerebrovascul.	9,2	cerebrovascul.	9,8	isquêmicas	10,6	cerebrovascul	9,3
3º	pneumonias	5,0	homicídios	5,3	cerebrovascul.	8,3	homicídios	9,2
4º	dpoc	4,3	pneumonias	4,8	pneumonias	4,6	pneumonias	4,5
5º	diabetes	3,0	dpoc	4,2	dpoc	3,5	dpoc	3,8
6º	ca pulmão	2,9	diabetes	3,9	diabetes	3,3	diabetes	2,7
7º	insuf. cardíaca	2,6	hipert. arterial	2,9	hipert. arterial	2,7	hipert. arterial	2,3
8º	homicídios	2,5	insuf. cardíaca	2,7	Aids	2,7	Aids	2,1
9º	ca mama	2,4	Aids	2,6	ac. trânsito	2,4	miocardiopat.	2,0
10º	hipert. arterial	2,2	cirrose hepát.	2,3	cirrose hepát.	2,3	ca pulmão	2,0

A **Tabela 8** mostra que as principais causas de morte infantil em todas as áreas da cidade de São Paulo foram as doenças perinatais, relacionadas ao pré-natal, ao parto e pós-parto imediato. Chama atenção que o percentual das causas perinatais foi maior nas regiões de moradia dos chefes de família com menor escolaridade (58%). Analisando a distribuição dos óbitos em menores de 1 ano por grupos de idade (**Tabela 9**), verifica-se que as mortes infantis neonatais (do nascimento a 27 dias completos de vida) na cidade de São Paulo, em 1998, representaram 61,7% do total de mortes de menores de 1 ano residentes na área de melhor nível de escolaridade, enquanto na área de menores níveis, a concentração neste período etário foi de 65,6%, sugerindo um alto risco de morte neo-natal nas regiões de baixa escolaridade. Segundo dados da Fundação SEADE, os distritos que apresentaram as maiores taxas de mortalidade infantil na cidade em 1997 foram Anhanguera, Marsilac e Lajeado, situados nas extremas periferias noroeste, sul e leste. Nas regiões de menores níveis de escolaridade predominaram

as mortes por doença da membrana hialina e outras afecções respiratórias do recém-nascido, além das septicemias.

Tabela 8
Distribuição dos óbitos em menores de 1 ano por área de residência
Município de São Paulo, 1998

Grupos de causas de morte	H1	%	H2	%	H3	%	HE	%	Total
Causas Perinatais	201	52,8	397	52,5	1028	58,0	328	55,0	1.954
Anomalias Congênitas	63	16,5	138	18,3	234	13,2	119	20,0	554
D. Ap. Respiratório	52	13,6	84	11,1	222	12,5	55	9,2	413
Algumas D. Infecciosas	23	6,0	58	7,7	132	7,4	30	5,0	243
D. Sistema Nervoso	12	3,1	17	2,2	39	2,2	24	4,0	92
D. Endocr/Nutric/Metab	10	2,6	12	1,6	31	1,7	9	1,5	62
Causas Externas	3	0,8	9	1,2	34	1,9	15	2,5	61
Mal Definidas	5	1,3	12	1,6	15	0,8	8	1,3	40
D. Ap. Circulatório	3	0,8	11	1,5	13	0,7	2	0,3	29
Demais grupos de causas	9	2,4	18	2,4	25	1,4	6	1,0	58
Total	381	100,0	756	100,0	1.773	100,0	596	100,0	3.506

Obs. Não estão incluídos os óbitos com residência ignorada.

Tabela 9
Distribuição dos óbitos em menores de 1 ano por faixa etária e área de residência
Município de São Paulo, 1998

F. etária	H1	%	H2	%	H3	%	HE	%	Total
<1 d	89	23,4	144	19,0	348	19,6	104	17,4	685
1-6d	95	24,9	189	25,0	518	29,2	182	30,5	984
7-27d	51	13,4	135	17,9	298	16,8	111	18,6	595
28d-5m	106	27,8	207	27,4	443	25,0	134	22,5	890
6-11m	40	10,5	81	10,7	166	9,4	65	10,9	352
Total	381	100,0	756	100,0	1773	100,0	596	100,0	3.506

Obs. Não estão incluídos os óbitos com residência ignorada.

Mortalidade por doenças crônicas não-transmissíveis

A análise da mortalidade mostra a importância das doenças crônicas não-transmissíveis como problema de saúde pública na cidade de São Paulo. Em parte isto se deve aos impactos do envelhecimento populacional já comentados anteriormente, e indica que cabe aos serviços de saúde ampliar e melhorar a qualidade da oferta de

ações voltadas a este segmento populacional. No entanto, além deste aspecto, também chama a atenção a precocidade da ocorrência destas mortes, como pode ser observado na **Tabela 10**. Nesta estão listados os óbitos por algumas das principais doenças crônicas não transmissíveis segundo a faixa etária. Observa-se que mais de 12% do total das mortes pelo conjunto de doenças crônicas não transmissíveis ocorreu antes dos 50 anos de idade. Destacaram-se os cânceres de mama e de colo do útero em que a faixa etária abaixo de 50 anos concentrou 25% e 34% do total de mortes por estas causas, respectivamente. Por estas evidências, entende-se que as doenças crônicas não-transmissíveis, longe de representarem um resíduo de causas de morte que atingem pessoas em idades avançadas, colocam-se entre as causas de morte que são evitáveis através da prevenção e do tratamento precoce e adequado.

Tabela 10

Óbitos pelas principais doenças crônicas não-transmissíveis por faixa etária Município de São Paulo – 1998

Doenças crônicas não-transmissíveis	<50 a	%	50 e +	%	ign.	Total
Infarto do miocárdio	779	13,1	5.176	86,8	6	5.961
Doenças cerebrovasculares	878	15,7	4.719	84,2	9	5.606
Bronquite, enfisema, asma	207	8,6	2.193	91,2	4	2.404
Outras doenças isquêmicas coração	117	5,4	2.062	94,5	2	2.181
Diabetes	190	9,4	1.832	90,5	3	2.025
Doenças hipertensivas	197	12,6	1.361	87,4	-	1.558
Insuficiência cardíaca	61	4,3	1.355	95,5	3	1.419
Miocardopatias	224	17,8	1.036	82,2	-	1.260
Câncer de pulmão, brônquios	100	8,0	1.146	92,0	-	1.246
Câncer de mama	254	25,1	757	74,9	-	1.011
Câncer de estômago	135	13,7	849	86,3	-	984
Câncer de cólon	66	10,6	555	89,2	1	622
Aneurisma aórtico	71	11,5	546	88,3	1	618
Câncer de próstata	4	0,7	586	99,3	-	590
Câncer de pâncreas	41	9,3	397	90,4	1	439
Câncer de esôfago	40	11,1	318	88,6	1	359
Câncer de fígado	41	12,3	292	87,7	-	333
Câncer de reto, jrs, anus	38	13,3	248	86,7	-	286
Câncer de colo do útero	92	34,1	178	65,9	-	270
Câncer de laringe	47	17,5	221	82,5	-	268
Arteriosclerose	7	2,7	252	97,3	-	259
Câncer útero porção não especificada	31	21,2	115	78,8	-	146
Hiperplasia de próstata	0	0,0	29	100,0	-	29
Subtotal *	3.620	12,1	26.223	87,8	31	29.874

* os percentuais nesta linha referem-se ao total de mortes.

A dificuldade no acesso ao controle e tratamento precoce fica melhor documentada através da análise segundo os distritos da cidade de São Paulo. Na região central é maior a proporção de idosos residentes, enquanto na região periférica predomina uma população jovem. A **Tabela 11** apresenta a faixa etária em que ocorreram as mortes por doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares, 1ª e 2ª causas de morte na capital paulista. Observa-se que a precocidade destas mortes é maior nos distritos que apresentam piores condições socioeconômicas e ambientais, indicando dificuldades no acesso ao serviço de saúde, à prevenção, ao tratamento, entre outras necessidades. O mesmo pode ser observado nas mortes por diabetes, DPOC, hipertensão arterial, e outras doenças crônicas não-transmissíveis, demonstrando a necessidade de se garantir um atendimento adequado para toda a população, em especial, aos grupos sociais que vivem em áreas com maiores níveis de carência. Em 19 distritos da cidade, as mortes pelas doenças cerebrovasculares e isquêmicas do coração atingiram, em sua maioria, as pessoas não idosas (com menos de 65 anos de idade). No entanto, ainda mais surpreendente foi constatar que em distritos como Grajaú, Cidade Tiradentes e Iguatemi, mais de 1 em cada 4 mortes por estas causas foram de pessoas que não haviam atingido sequer os 50 anos de idade.

Tabela 11

Óbitos por doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares, por faixa etária e distrito de residência, Município de São Paulo, 1998

DISTRITO	<50a	50-64a	65a e +	Total
001-AGUA RASA	20	49	136	205
002-ALT PINHEIR	2	8	56	66
003-ANHANGUERA	4	2	4	10
004-ARICANDUVA	24	32	94	150
005-ARTUR ALVIM	25	44	104	173
006-BARRA FUNDA	4	5	33	42
007-BELA VISTA	12	13	91	116
008-BELEM	2	17	81	100
009-BOM RETIRO	4	11	48	63
010-BRAS	11	14	27	52
011-BRASILANDIA	50	81	134	265
012-BUTANTA	9	13	86	108
013-CACHOEIRINH	37	48	100	185
014-CAMBUCI	7	12	73	92
015-CAMPO BELO	9	23	72	104
016-CAMPO GRAND	20	24	85	129
017-CAMPO LIMPO	35	37	70	142
018-CANGAIBA	29	44	95	168
019-CAPAO REDON	43	58	70	171
020-CARRAO	16	25	120	161
021-CASA VERDE	18	32	131	181
022-CID ADEMAR	56	74	120	250
023-CID DUTRA	57	42	104	203
024-CID LIDER	19	34	71	124
025-CID TIRADEN	42	34	33	109
026-CONSOLACAO	5	14	105	124
027-CURSINO	18	33	117	168
028-ERM MATARAZ	15	38	63	116
029-FREG DO O	41	46	155	242
030-GRAJAU	57	68	73	198
031-GUAIANAZES	27	34	49	110
032-IGUATEMI	20	19	29	68
033-IPIRANGA	10	28	156	194
034-ITAIM-BIBI	13	26	122	161
035-ITAIM PAULI	27	64	87	178
036-ITAQUERA	29	64	125	218
037-JABAQUARA	39	70	178	287
038-JACANA	23	39	99	161
039-JAGUARA	5	8	15	28
040-JAGUARE	7	6	37	50
041-JARAGUA	30	25	54	109
042-JD ANGELA	35	41	60	136
043-JD HELENA	32	33	61	126
044-JD PAULISTA	11	23	167	201
045-JD SAO LUIS	40	51	106	197
046-JOSE BONIFA	19	41	44	104
047-LAJEADO	24	27	51	102
048-LAPA	7	18	121	146
049-LIBERDADE	11	17	106	134

Continuação da Tabela 11:

050-LIMAO	17	29	93	139
051-MANDAQUI	23	42	102	167
052-MARSILAC	0	2	1	3
053-MOEMA	9	22	103	134
054-MOOCA	14	20	148	182
055-MORUMBI	5	9	31	45
056-PARELHEIROS	21	31	30	82
057-PARI	4	10	26	40
058-PQ DO CARMO	8	16	36	60
059-PEDREIRA	14	12	30	56
060-PENHA	25	58	182	265
061-PERDIZES	9	30	146	185
062-PERUS	10	28	28	66
063-PINHEIROS	7	20	108	135
064-PIRITUBA	30	56	129	215
065-PONTE RASA	22	45	90	157
066-RAPOSO TAVA	16	23	23	62
067-REPUBLICA	7	15	61	83
068-RIO PEQUENO	16	31	59	106
069-SACOMA	34	55	168	257
070-STA CECILIA	14	19	129	162
071-SANTANA	26	36	173	235
072-SANTO AMARO	19	25	121	165
073-SAO DOMINGO	18	15	58	91
074-SAO LUCAS	24	46	132	202
075-SAO MATEUS	24	49	79	152
076-SAO MIGUEL	27	43	99	169
077-SAO RAFAEL	13	25	40	78
078-SAPOPEMBA	39	91	180	310
079-SAUDE	16	39	159	214
080-SE	3	9	26	38
081-SOCORRO	14	13	41	68
082-TATUAPE	12	36	145	193
083-TREMEMBE	24	43	125	192
084-TUCURUVI	16	37	140	193
085-VL ANDRADE	11	13	19	43
086-VL CURUCA	26	43	68	137
087-VL FORMOSA	15	44	119	178
088-VL GUILHERM	12	26	84	122
089-VL JACUI	21	29	59	109
090-VL LEOPOLDI	6	9	35	50
091-VL MARIA	19	29	108	156
092-VL MARIANA	17	29	202	248
093-VL MATILDE	23	51	115	189
094-VL MEDEIROS	29	75	146	250
095-VL PRUDENTE	17	28	118	163
096-VL SONIA	7	18	62	87
880-END NAO LOC	20	19	47	86
990-END IGNORAD	32	25	28	85
Total	1.935	3.127	8.669	13.731

Mortalidade por causas externas

A importância da violência como causa de morte no município de São Paulo pode ser melhor avaliada analisando-se os principais tipos de causas externas por faixas etárias. Na **Tabela 12** observa-se que os homicídios predominaram entre as mortes pelas causas externas, respondendo por mais de 60% dessas. Entre as crianças abaixo de 10 anos e as pessoas acima dos 50 anos prevaleceram as mortes acidentais, sendo que entre menores de 5 anos estas foram por acidentes com sufocação; entre 5-9 anos predominaram acidentes de trânsito; dos 60 a 69 anos de idade também se destacaram os acidentes de trânsito, sendo que as quedas predominaram a partir dos 70 anos. Os atropelamentos foram responsáveis por 59,8% do total de mortes por acidentes de trânsito, na capital paulista em 1998. Entre as quedas e outros acidentes, diversas situações como acidentes domésticos e no trabalho poderiam ser evitados com cuidados básicos e melhorias nas condições de trabalho.

Porém, é o homicídio a principal marca da violência na capital, atingindo todas as faixas etárias, com maior concentração, no entanto, entre adolescentes e adultos jovens. Como pode ser observado na **Tabela 13**, o maior risco de morrer assassinado na cidade de São Paulo ocorre em suas regiões periféricas. Em regiões como Guaianazes, Brasilândia e Jardim Ângela, em 1998, o risco estimado de morrer assassinado foi cerca de 36 vezes o registrado na região dos “Jardins” (Jardim Paulista). Fica evidente a relação entre a violência e as condições de vida da população. Os baixos coeficientes de mortalidade nos distritos onde residem as populações em melhores condições sócio-ambientais mostram que São Paulo não seria uma cidade violenta, se fossem considerados apenas os assassinatos que afetaram suas populações de classes média e alta. Ressalta-se que para enfrentar um problema complexo como o dos homicídios na cidade de São Paulo é necessário mais que políticas pontuais setorializadas que não tem conseguido reverter o quadro crescente. Só um projeto global, criativo e urgente, que tome a redução dos homicídios como prioridade e busque atuar nos diferentes determinantes em suas diferentes configurações e que conte com a participação de todas as instâncias de governo e da sociedade civil pode contribuir para transformar a situação.

Tabela 12
Distribuição dos óbitos por causas externas segundo a faixa etária
Município de São Paulo, 1998

Causa externa	<10 a	10-19 a	20-49 a	50 a e +	ign.	Total	%
Homicídio	24	917	3.836	273	205	5.255	61,1
Ac Trânsito	46	170	643	293	41	1.193	13,9
Queda	25	23	191	331	-	570	6,7
Demais Causas Externas	19	35	308	110	56	528	6,1
Suicídio	-	42	326	120	5	493	5,7
Demais Acidentes	80	29	176	185	6	476	5,5
Afogamento	16	27	35	6	2	86	1,0
Total	210	1.243	5.515	1.318	315	8.601	100,0

Tabela 13

Número e coeficientes de mortalidade (por 100.000 hab.) por homicídios,
por distrito de residência, município de São Paulo, 1998

DISTRITO	Número	Coeficiente	DISTRITO	Número	Coeficiente
031-GUAIANAZES	81	87,99	004-ARICANDUVA	35	39,15
011-BRASILANDIA	211	84,80	095-VL PRUDENTE	37	39,00
042-JD ANGELA	202	84,64	076-SAO MIGUEL	40	38,49
010-BRAS	19	79,44	064-PIRITUBA	58	38,35
056-PARELHEIROS	73	78,23	009-BOM RETIRO	9	36,81
045-JD SAO LUIS	179	77,54	029-FREG DO O	50	36,18
080-SE	14	74,14	018-CANGAIBA	47	35,87
032-IGUATEMI	74	72,66	081-SOCORRO	13	35,67
019-CAPAO REDON	144	70,92	073-SAO DOMINGO	25	33,81
023-CID DUTRA	126	70,30	016-CAMPO GRAND	29	33,73
030-GRAJAU	213	70,01	059-PEDREIRA	40	33,71
077-SAO RAFAEL	73	68,74	038-JACANA	30	33,05
022-CID ADEMAR	160	68,17	072-SANTO AMARO	19	32,78
085-VL ANDRADE	40	68,06	021-CASA VERDE	28	32,58
013-CACHOEIRINH	96	65,36	034-ITAIM-BIBI	26	32,10
047-LAJEADO	88	64,47	054-MOOCA	19	31,36
078-SAPOPEMBA	154	60,67	060-PENHA	39	31,31
035-ITAIM PAULI	113	60,18	091-VL MARIA	34	31,07
069-SACOMA	129	58,87	083-TREMEMBE	46	30,55
025-CID TIRADEN	109	57,61	067-REPUBLICA	14	30,16
089-VL JACUI	62	54,38	020-CARRAO	21	27,54
086-VL CURUCA	78	53,94	074-SAO LUCAS	39	27,53
036-ITAQUERA	98	52,07	065-PONTE RASA	26	26,86
024-CID LIDER	51	51,68	049-LIBERDADE	16	26,85
037-JABAQUARA	107	50,54	088-VL GUILHERM	13	25,85
043-JD HELENA	73	50,24	039-JAGUARA	6	24,90
052-MARSILAC	4	50,09	070-STA CECILIA	17	23,67
058-PQ DO CARMO	28	49,37	087-VL FORMOSA	21	23,65
008-BELEM	19	47,81	012-BUTANTA	12	23,20
075-SAO MATEUS	77	46,99	093-VL MATILDE	22	23,02
062-PERUS	29	46,68	001-AGUA RASA	19	22,81
017-CAMPO LIMPO	75	45,97	007-BELA VISTA	13	20,93
057-PARI	6	45,84	014-CAMBUCI	6	19,94
090-VL LEOPOLDI	12	45,54	051-MANDAQUI	18	17,80
066-RAPOSO TAVA	40	44,98	079-SAUDE	20	17,50
028-ERM MATARAZ	48	44,02	071-SANTANA	20	15,41
027-CURSINO	44	43,33	084-TUCURUVI	15	15,31
046-JOSE BONIFA	45	43,26	006-BARRA FUNDA	2	14,62
094-VL MEDEIROS	61	43,2	082-TATUAPE	11	14,52
050-LIMAO	35	42,99	003-ANHANGUERA	5	14,29
005-ARTUR ALVIM	46	42,88	002-ALT PINHEIR	5	11,93
068-RIO PEQUENO	42	42,82	048-LAPA	6	10,00
040-JAGUARE	14	42,68	092-VL MARIANA	11	9,11
041-JARAGUA	52	42,33	063-PINHEIROS	6	9,10
033-IPIRANGA	38	41,77	061-PERDIZES	9	8,85
096-VL SONIA	32	41,11	053-MOEMA	4	5,49
015-CAMPO BELO	25	40,33	026-CONSOLACAO	2	3,61
055-MORUMBI	15	39,52	044-JD PAULISTA	2	2,39
			END IGNORADO	664	-

Mortalidade por Aids

Estudos anteriores, com dados do PRO-AIM, mostram que a mortalidade por Aids na cidade de São Paulo apresenta as tendências já conhecidas de feminilização e periferização (**Tabelas 14 e 15**). Entre os homens, o número de mortes foi crescente até 1994, sendo que entre as mulheres o crescimento foi até 1996. Entretanto, este quadro mostra o comportamento da mortalidade da cidade como um todo, sem revelar suas diferenças internas. A epidemia manteve altos índices de mortalidade na região do centro velho da cidade desde o início da década. No entanto, dados do PRO-AIM mostram que os distritos⁴ com maior crescimento da mortalidade foram Sapopemba, Santo Amaro, Capela do Socorro, São Mateus e Guaianazes, enquanto se observou queda em algumas regiões, em especial no centro nobre da cidade. Em 1996, pela primeira vez na história da epidemia na cidade, ocorreu uma diminuição no número total de óbitos por Aids, em especial após a introdução da terapia anti-retroviral combinada. Análises do primeiro impacto mostraram uma intensificação na queda que vinha acontecendo desde 1995, entre os homens, e uma redução na velocidade de crescimento, entre as mulheres. De 1996 a 1997 houve queda em ambos os sexos que foi mais intensa entre homens (34%) do que entre mulheres (19%). Entre 1997 e 1998 foi mantida a tendência de declínio, que, no entanto, foi de 19% entre os homens e de 23% entre as mulheres.

A Aids ainda se mantém como uma importante causa de morte em São Paulo, embora a redução na mortalidade tenha deslocado a sua posição da 5ª causa de morte em 1996 para 8ª em 1998. Segundo estudo do PRO-AIM, divulgado no Boletim N°25, a redução observada na mortalidade por Aids após a introdução da terapia anti-retroviral combinada foi menor entre as mulheres, na população residente nas periferias e entre pessoas com menor escolaridade e de baixa qualificação, e também entre as donas de casa. Assim como os homicídios e as doenças crônicas não transmissíveis, também com a Aids observa-se a importância de uma abordagem diferenciada dos problemas de saúde, com privilegiamento das populações de menor renda, escolaridade e qualificação e de residentes nas periferias, favelas, cortiços e áreas degradadas do centro da cidade.

Tabela 14
Evolução dos óbitos por Aids, segundo sexo e faixa etária
Município de São Paulo, 1991 a 1998

		< 1 ano	1 - 4 a	5 - 14 a	15 - 49a	50 e +	ign.	Total
1991	masculino	11	7	8	1.572	150	2	1.750
	feminino	11	12	2	246	24	2	297
	Total	22	19	10	1.818	174	4	2.047
1992	masculino	14	9	5	1.781	140	3	1.952
	feminino	9	12	9	311	28	1	370
	Total	23	21	14	2.092	168	4	2.322
1993	masculino	12	9	3	2.002	184	4	2.214
	feminino	13	9	4	446	36	0	508
	Total	25	18	7	2.448	220	4	2.722
1994	masculino	14	9	10	2.180	172	5	2.390
	feminino	12	13	9	474	43	1	552
	Total	26	22	19	2.654	215	6	2.942
1995	masculino	15	9	10	2.048	174	4	2.260
	feminino	21	8	8	578	72	2	689
	Total	36	17	18	2.626	246	6	2.949
1996	masculino	20	14	11	1.838	165	3	2.051
	feminino	17	13	7	636	46	1	720
	Total	37	27	18	2.474	211	4	2.771
1997	masculino	13	10	6	1.190	132	5	1.356
	feminino	15	11	13	482	62	1	584
	Total	28	21	19	1.672	194	6	1.940
1998	masculino	11	5	6	947	122	5	1.096
	feminino	9	4	7	396	33	1	450
	Total	20	9	13	1.343	155	6	1.546

⁴ Distritos e sub-distritos de paz. Abrangência de cartórios de registro civil da capital paulista.

Tabela 15
Número e coeficientes de mortalidade (por 100.000 hab.) por Aids,
por distrito de residência, município de São Paulo, 1998

DISTRITO	Número	Coef.	DISTRITO	Número	Coef.
080-SE	18	95,32	092-VL MARIANA	16	13,25
067-REPUBLICA	34	73,25	054-MOOCA	8	13,21
010-BRAS	10	41,81	051-MANDAQUI	13	12,85
070-STA CECILIA	29	40,38	035-ITAIM PAULI	24	12,78
007-BELA VISTA	24	38,63	095-VL PRUDENTE	12	12,65
009-BOM RETIRO	8	32,72	076-SAO MIGUEL	13	12,51
008-BELEM	11	27,68	047-LAJEADO	17	12,45
013-CACHOEIRINH	40	27,23	043-JD HELENA	18	12,39
014-CAMBUCI	8	26,58	018-CANGAIBA	16	12,21
038-JACANA	23	25,34	040-JAGUARE	4	12,19
021-CASA VERDE	21	24,43	025-CID TIRADEN	23	12,16
026-CONSOLACAO	13	23,47	042-JD ANGELA	29	12,15
057-PARI	3	22,92	086-VL CURUCA	17	11,76
078-SAPOPEMBA	56	22,06	065-PONTE RASA	11	11,36
006-BARRA FUNDA	3	21,93	083-TREMEMBE	17	11,29
049-LIBERDADE	13	21,82	023-CID DUTRA	20	11,16
063-PINHEIROS	14	21,24	034-ITAIM-BIBI	9	11,11
046-JOSE BONIFA	21	20,19	019-CAPAO REDON	22	10,83
060-PENHA	25	20,07	044-JD PAULISTA	9	10,75
048-LAPA	12	19,99	082-TATUAPE	8	10,56
088-VL GUILHERM	10	19,88	020-CARRAO	8	10,49
093-VL MATILDE	19	19,88	091-VL MARIA	11	10,05
064-PIRITUBA	30	19,83	022-CID ADEMAR	23	9,8
033-IPIRANGA	18	19,78	012-BUTANTA	5	9,67
077-SAO RAFAEL	21	19,77	062-PERUS	6	9,66
011-BRASILANDIA	49	19,69	089-VL JACUI	11	9,65
050-LIMAO	16	19,65	079-SAUDE	11	9,63
005-ARTUR ALVIM	21	19,58	053-MOEMA	7	9,6
041-JARAGUA	24	19,54	071-SANTANA	12	9,38
084-TUCURUVI	18	18,37	016-CAMPO GRAND	8	9,31
029-FREG DO O	25	18,09	096-VL SONIA	7	8,99
015-CAMPO BELO	11	17,74	061-PERDIZES	9	8,85
037-JABAQUARA	37	17,48	045-JD SAO LUIS	20	8,66
027-CURSINO	17	16,74	039-JAGUARA	2	8,3
094-VL MEDEIROS	23	16,29	081-SOCORRO	3	8,23
024-CID LIDER	16	16,21	055-MORUMBI	3	7,9
066-RAPOSO TAVA	14	15,74	090-VL LEOPOLDI	2	7,59
001-AGUA RASA	13	15,61	032-IGUATEMI	7	6,87
072-SANTO AMARO	9	15,53	031-GUAIANAZES	6	6,52
069-SACOMA	34	15,52	017-CAMPO LIMPO	10	6,13
068-RIO PEQUENO	15	15,29	056-PARELHEIROS	5	5,36
036-ITAQUERA	28	14,88	030-GRAJAU	16	5,26
028-ERM MATARAZ	16	14,67	002-ALT PINHEIR	2	4,77
087-VL FORMOSA	13	14,64	059-PEDREIRA	5	4,21
004-ARICANDUVA	13	14,54	085-VL ANDRADE	2	3,4
074-SAO LUCAS	20	14,12	END IGNORADO	72	-
058-PQ DO CARMO	8	14,10			
075-SAO MATEUS	23	14,04			
073-SAO DOMINGO	10	13,53			

Considerações finais

A cidade de São Paulo apresenta um perfil complexo de mortalidade, onde coexistem doenças crônicas não-transmissíveis, predominante nos países desenvolvidos, doenças infecciosas relacionadas ao subdesenvolvimento e doenças provocadas pela própria forma de organização e convívio social dos homens tais como as relacionadas à poluição ambiental, ao consumo de drogas ilegais ou não e à violência. É preciso ter consciência de que um quadro de saúde de tal complexidade, numa cidade com 10 milhões de habitantes e com tantos contrastes sociais, implica em investimento em políticas preventivas, de melhoria das condições gerais de vida, além de acesso e assistência à saúde de qualidade. Somente uma ação pública que envolva todos os setores da sociedade, de compromisso com a resolução efetiva dos diversos problemas de saúde pública existentes na cidade de São Paulo e de redução das iniquidades sociais verificadas, poderá fazer frente aos desafios impostos pela realidade sanitária da cidade de São Paulo.

Equipe Técnica do PRO-AIM

Marcos Drumond Jr

Margarida M. T. de Azevedo Lira

Katsue Shibao

Tania M. Vidal Nitrini

Maria Lúcia M. Bourroul

Mauro T. Taniguchi