

2017

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO



Caixa de Assistência
dos Funcionários do
Banco do Brasil

©2018 CASSI – Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

O conteúdo desta obra pode ser acessado na página <http://www.cassi.com.br>

Boletim Epidemiológico – CASSI 2017

Ano IV – nº 2

Tiragem: 4ª edição – 2018 – 200 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

CASSI – Caixa de Assistência dos Funcionários do
Banco do Brasil
Diretoria de Saúde e Rede de Atendimento
Gerência de Saúde

Divisão de Informação em Saúde
Endereço: SGAS 613, Conjunto E, Bloco A, L2,
Asa Sul, Brasília (DF) - CEP: 70.200-903
Tel: (61) 3212 5181
e-mail: informacaosaude@cassi.com.br
Homepage: www.cassi.com.br

Parceria (3ª Edição):

Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas – CGIAE/DANTPS/SVS/MS
(Morbimortalidade)

Diretoria de Saúde e Rede de Atendimento:

Luiz Satoru Ishiyama – Diretor

Gerência de Saúde (GS):

Frank Ney Sousa Lima – Gerente de Divisão
Phaedra Castro Oliveira – Gerente de Divisão
Taise Gonçalves Vieira – Gerente de Divisão

Divisão de Informação em Saúde:

Frank Ney Sousa Lima – Gerente de Divisão

Organização:

André Guimarães de Mattos Rodrigues – Analista

Revisão Técnica:

André Guimarães de Mattos Rodrigues – Analista
Cláudia Velloso Silva Melo – Especialista
Frank Ney Sousa Lima – Gerente de Divisão
Ivana Drummond Cordeiro – Analista

Autores:

Divisão de Informação em Saúde (DIS):

André Guimarães de Mattos Rodrigues – Analista
Cláudia Velloso Silva Melo – Especialista
Flávia Manguiera dos Santos – Analista

Divisão de Programas de Saúde (DPS):

Ivana Drummond Cordeiro – Analista

Colaboradores:

Ana Cláudia Medeiros de Souza – CGIAE/DANTPS/SVS/MS
Caroline da Silva Tonietto – CGIAE/DANTPS/SVS/MS
Dácio de Lyra Rabello Neto – CGIAE/DANTPS/SVS/MS
Maicon Cesar dos Reis de Abreu – Analista DPS/GS/CASSI
Marcy Gabrille Santos Oliveira – Estagiária GS/CASSI

Equipe de Apoio:

Lindenberg Jean da Silva – Analista DIS/GS/CASSI
Marcos Antônio da Silva – Auxiliar DIS/GS/CASSI
Wendell Levi Ramos Costa – Assistente DIS/GS/CASSI
Wesley Fanucci Souto Silva – Analista DIS/GS/CASSI

Capa, projeto gráfico e diagramação:

Divisão de Marketing e Comunicação

Caroline Teixeira de Moraes – Designer Gráfico
Leonardo Henrique Moreno Campos – Designer Gráfico

Título para Indexação:

Em Inglês: Epidemiological bulletin – CASSI 2017

Em Espanhol: Boletín epidemiológico – CASSI 2017

Ficha Catalográfica

Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil. Gerência de Saúde. **Boletim Epidemiológico – CASSI 2017**. Ano IV – nº 2 – Brasília – DF. 2018.

117p.

1. Epidemiologia. 2. Saúde coletiva. 3. Autogestão em saúde.

S U M Á R I O

	04 PREFÁCIO
	08 APRESENTAÇÃO
1.	10 INTRODUÇÃO
2.	12 CENÁRIO POPULACIONAL BRASILEIRO
3.	16 CENÁRIO POPULACIONAL DA CASSI
4.	22 CENÁRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
5.	30 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA POPULAÇÃO COM CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ESF
	33 5.1. DIABETES MELITUS
	37 5.2. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
	41 5.3. DISLIPIDEMIA
	45 5.4. OBESIDADE E SOBREPESO
	48 5.5. COMORBIDADES RELACIONADAS AO RISCO CARDIOVASCULAR
	53 5.6. NEOPLASIAS MALIGNAS
	57 5.7. SAÚDE MENTAL
6.	62 INFORMAÇÕES DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - PAF
	63 6.1. PERFIL POPULACIONAL DOS INSCRITOS NO PAF
	67 6.2. PERFIL DE CONSUMO DO PAF
	67 6.3. PERFIL DE AGRAVO DA POPULAÇÃO INSCRITA
7.	70 DIAGNÓSTICO POR UNIDADE DA FEDERAÇÃO E REGIÃO
	76 7.1. NORTE
	77 7.2. CENTRO-OESTE
	78 7.3. NORDESTE
	79 7.4. SUDESTE
	80 7.5. SUL
8.	82 MORTALIDADE, MORBIMORTALIDADE E LETALIDADE
	83 8.1. MORTALIDADE
	90 8.2. MORBIMORTALIDADE
	108 8.3. LETALIDADE
9.	102 CONSIDERAÇÕES FINAIS
	114 REFERÊNCIAS

O conhecimento de sua própria população é um recurso investigativo que busca o autoconhecimento. Esse processo de auto conhecer-se, incorporado na CASSI, é caracterizado por um conjunto articulado de ações coordenadas destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde dos indivíduos sob a ótica da integralidade do cuidado.

É essencial identificar os problemas de saúde da população, incorporando o maior conhecimento possível e integrando a área da Assistência ao modelo epidemiológico adotado. As informações são muito relevantes para o desenvolvimento e efetivação das políticas de saúde assumidas a partir de estudos dos diferentes fatores que intervêm na difusão e propagação de doenças, sua frequência, seu modo de distribuição, sua evolução e a colocação dos meios necessários à sua prevenção.

Por fim, o objetivo deste boletim é produzir conhecimento e tecnologia capazes de promover a saúde individual por meio de medidas de alcance coletivo. Sua formulação é feita em termos probabilísticos, de modo a, antecipadamente, indicar com precisão e objetividade, a natureza, a medida e a direção dos agravos em estudo.

Enseja-se que o emprego desse instrumento contribua para a qualificação da gestão, maior eficiência dos processos e melhor organização dos serviços.

Diretoria de Saúde e Rede de Atendimento

Boas-vindas a esta produção e aos leitores!

A publicação que ora acessam – Boletim Epidemiológico da CASSI - oportuniza conhecer e acompanhar os resultados das ações desenvolvidas durante a execução da assistência à saúde, dos serviços CASSI, ao longo de 2017.

Vivas para a ousadia da CASSI, uma empresa em que sua própria história é vanguarda. Desde quando foi pensada e sugerida por um funcionário do Banco do Brasil (BB) em 1944, passando pela autonomia administrativa, com a reforma estatutária de 1996 quando decidiu pela mudança no modelo assistencial, ela já surpreendia o mercado de saúde, especialmente o Suplementar. Implantou em 1997, os Serviços Próprios, para atuar com Atenção Integral à Saúde, inaugurou, no Rio de Janeiro, a primeira Unidade CLINICASSI, seguida posteriormente, pelas Unidades de Campinas, Belo Horizonte, Recife, Salvador e São Paulo. Lançou no DF em 1998, o SEMPRE SAÚDE, uma estratégia com ênfase na família e em 1999, em Curitiba teve uma ampliação para a Saúde da Família com atenção clínica, além de promoção de saúde e prevenção de doenças. Em 2001, após a aprovação do Documento Diretor para Implantação dos Serviços Próprios, a Estratégia de Saúde da Família - ESF, passou a ser a forma de estruturar o Sistema.

Em muitas partes do mundo, os benefícios da atenção primária foram adotados pela fé, conforme relatório Dawson 1920. Entretanto, após evidências dos benefícios da atenção primária, demonstrados por ocasião da publicação do estudo de comparação entre 12 Nações industrializadas, ocidentais, diferentes, indicando que os Países com uma orientação mais voltada para a atenção primária apresentavam melhores níveis de saúde e custos mais baixos (Starfield 2004), foi que a decisão estratégica da CASSI ganhou ainda mais legitimidade.

A organização dos Sistemas de Saúde em níveis primário (primeiro contato, local onde chegam a maioria dos problemas de saúde, procedimentos diagnósticos e terapêuticos de tecnologias leves), secundário (atenção especializada, procedimentos diagnósticos e terapêuticos de tecnologias duras e internações de baixa complexidade) e terciário (médica e alta complexidade) – é uma premissa básica para o funcionamento do Sistema.

A atenção médica orientada para a especialização, apresenta um claro problema: nenhuma organização tem recursos ilimitados para prover serviços de saúde, o que pode comprometer tanto o acesso quanto a equidade e, substancialmente, a sustentabilidade do sistema.

Múltiplos estudos confirmam que as características de adesão aos serviços se relacionam com os

resultados das intervenções, especialmente aquelas que têm a ver com as características humanitárias do profissional que faz a comunicação com o paciente. Os profissionais da ESF, apresentam fortemente estas prerrogativas.

O mundo todo teve dificuldades, inicialmente, em medir com segurança a efetividade dos serviços de APS. Hoje, essa dificuldade está superada, e a certeza das vantagens sanitárias e econômicas é concreta. A discussão não é mais se cabe ou não estruturar o sistema e os serviços desta forma. O que se discute são novos mecanismos para o gerenciamento populacional. O que se almeja é ser ainda mais efetivo e ter novas maneiras de se investir na melhoria e na ampliação do acesso, além das formas de remuneração dos Serviços de Saúde (por desempenho/valor, por capitação etc.) para assistir a maior parte da população CASSI, visando ampliar coberturas e resultados.

Desta forma, a equipe técnica e consultores da CASSI, estão desenvolvendo estudos de várias modalidades, considerando tipologias e topologias dos serviços, para verticalização integrada do Sistema de Saúde que sejam factíveis, custo efetivas e que assegurem a qualidade da assistência à saúde, dos participantes CASSI.

Com esta publicação, elaborada pela equipe da Gerência de Saúde, julgamos estar contribuindo para a discussão e evolução da reorganização do Sistema de Saúde CASSI e para os demais segmentos de saúde, especialmente as autogestões, dentro da Saúde Suplementar.

Ótima leitura!

Lourdes De Marchi Capeletto

Gerente de Atenção à Saúde

CASSI PR

1 ■ INTRODUÇÃO

A Epidemiologia é a disciplina que se dedica a estudar a frequência, a distribuição e os fatores determinantes dos diversos estados de saúde e agravos de grupos populacionais específicos, contribuindo com a aplicação desses atributos na melhoria da efetividade e qualidade das ações de saúde.

A análise da frequência envolve o número de eventos, assim como as taxas, riscos e agravos em uma população, permitindo compará-la com outros grupos. A distribuição está relacionada ao padrão de apresentação das condições de saúde considerando tempo, local e população estudada. Além da frequência, os estudos buscam identificar fatores relacionados ao surgimento dos agravos, suas possíveis causas e efeitos. Dessa forma, a Epidemiologia fornece subsídios essenciais para o planejamento e a organização das ações de saúde, assim como para a avaliação de sistemas, intervenções e procedimentos preventivos e terapêuticos.

O objetivo deste documento é descrever a frequência e distribuição de agravos e eventos em saúde em grupos populacionais específicos, em períodos de tempo delimitados, oferecendo fundamentos para a compreensão dos cenários epidemiológicos nas diversas Unidades CASSI.

São alvos da presente análise: participantes CASSI cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF); participantes CASSI do plano de Associados, participantes CASSI do plano de Associados cadastrados no Programa de Assistência Farmacêutica (PAF).

Os dados originam-se dos registros realizados pelos profissionais de saúde da ESF no Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP do Sistema Operacional CASSI – SOC e registros referentes ao PAF no PEP/SOC. Dados de mortalidade referem-se a participantes com registro de cancelamento do plano por “motivo óbito”. As informações sobre *causa mortis* (Morbimortalidade e Letalidade) da população em estudo resultaram de uma parceria com o Ministério da Saúde, que extraiu dados do Sistema de Informação de Mortalidade – SIM, já tabulados para a população CASSI sinalizada.

2 ■ CENÁRIO POPULACIONAL BRASILEIRO

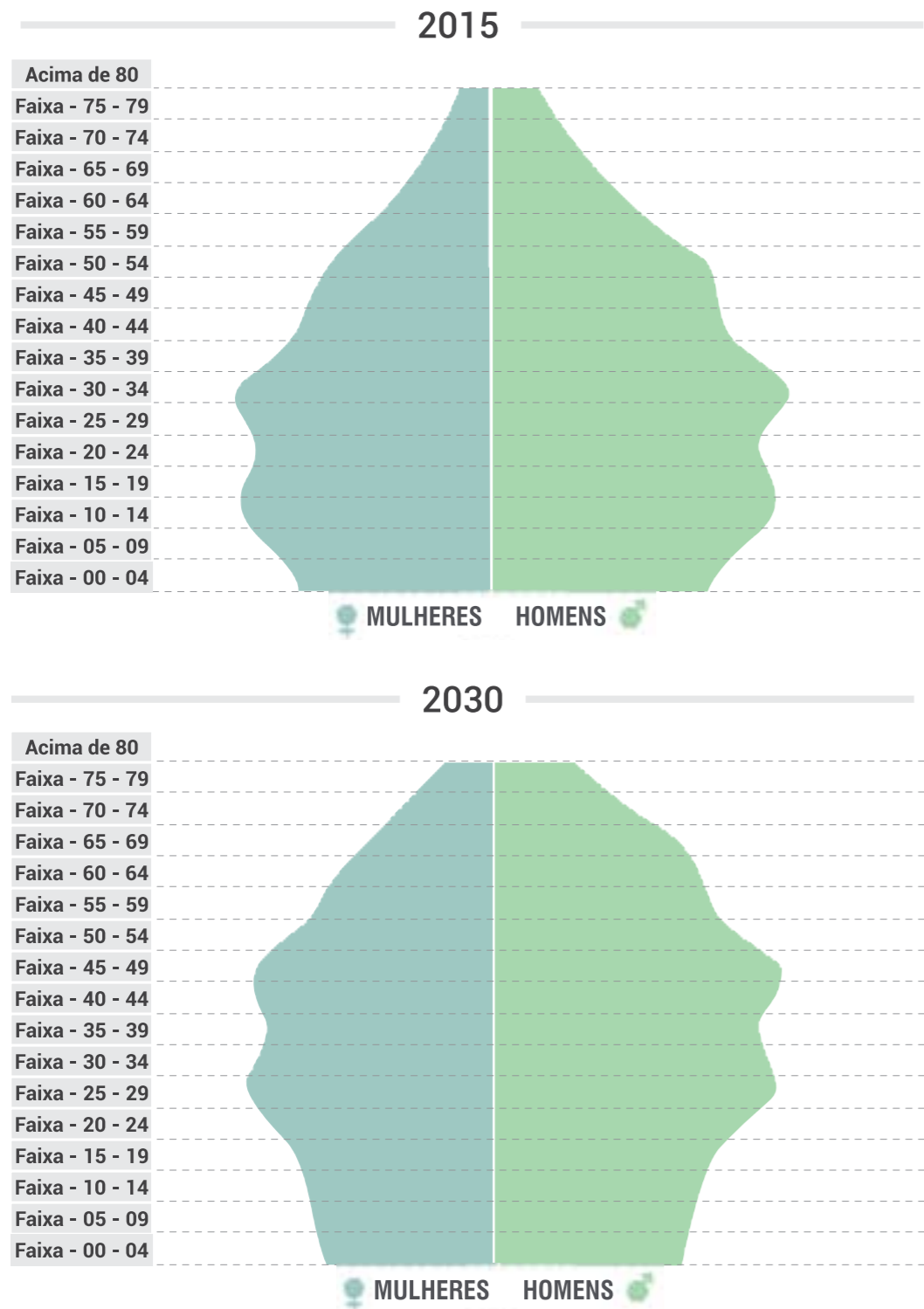
Dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) evidenciam o envelhecimento da população brasileira, observado no gráfico 1. Tal fenômeno, conhecido como transição demográfica, é atribuído principalmente à redução da taxa de fecundidade, além da queda na mortalidade em idades avançadas e outras conquistas advindas de avanços tecnológicos, como redução da mortalidade infantil.

A transição demográfica no Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, vem ocorrendo numa velocidade muito mais acentuada do que ocorreu em nações europeias, por exemplo. Essa constituição populacional produz um dos principais desafios na organização de diversos setores da sociedade, com especial impacto no planejamento dos sistemas de saúde.

As condições e problemas de saúde se alteram com o envelhecimento populacional, assim como sofrem influência de comportamentos, hábitos, determinantes sociais diversos e da evolução dos recursos terapêuticos disponíveis. As aceleradas transições demográfica, nutricional e tecnológica implicam em uma mudança na situação de saúde da população, caracterizando a transição epidemiológica, na qual as condições crônicas assumem importância significativa. No Brasil, onde ainda há superposição de parcela expressiva de população jovem e também iniquidades de acesso a diversos recursos, enfrenta-se a chamada tripla carga de doença: coexistência de alta prevalência de condições crônicas com presença ainda importante de doenças infecciosas, somadas às causas externas (terceiro maior fator de morbimortalidade no país).

Em um contexto praticamente global, de recursos escassos, a questão se torna ainda mais relevante devido ao concomitante aumento nos custos dos cuidados com a saúde, uma vez que o incremento da população idosa, aumenta a demanda por assistência médica. A mudança no perfil epidemiológico com predomínio de condições de curso crônico, com alto índice de complicações e comorbidades pressiona a evolução científica, com o advento de tecnologias cada vez mais caras e muitas vezes incorporadas sem critérios ou benefícios adequados.

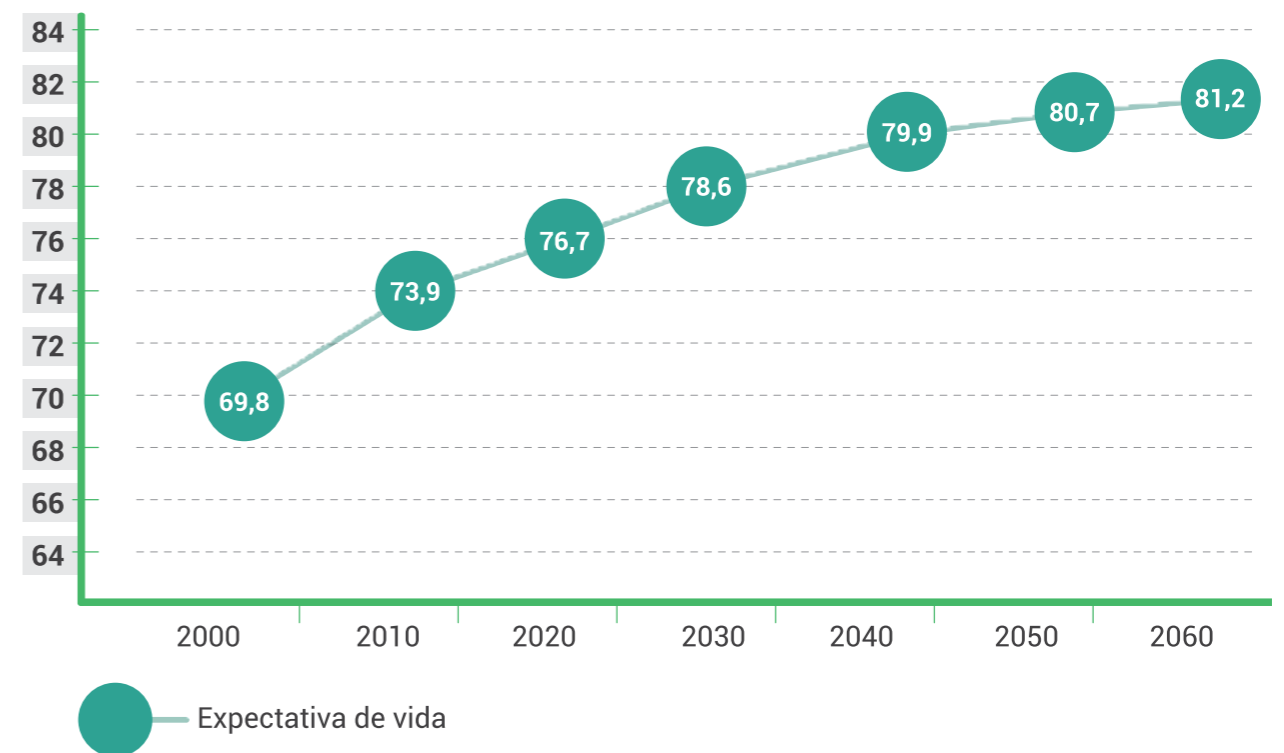
Gráfico 1: Distribuição da população brasileira por faixa etária e sexo



Fonte: IBGE. Diretoria de Pesquisa, Coordenação de População e Indicadores Sociais.

A projeção populacional realizada pelo IBGE prevê expansão da população brasileira até 2042, quando atingirá seu ponto máximo, com 228,4 milhões de habitantes. A partir de então, o número deve começar a cair, atingindo o valor de 218,2 em 2060, o mesmo projetado para 2025. Os idosos no Brasil deverão representar mais de um quarto da população em 2060 (26,7%). A esperança de vida ao nascer em 2013 foi projetada para 71,2 anos para homens e 74,8 para mulheres. Em 2060, sobe para 78 para homens e 84,4 anos para as mulheres, um aumento de 6,8 anos para os homens e 9,6 para as mulheres (gráfico 2).

Gráfico 2: Projeção da expectativa de vida ao nascer no Brasil de 2000 a 2060



Fonte: IBGE. Diretoria de Pesquisa, Coordenação de População e Indicadores Sociais.

3 CENÁRIO POPULACIONAL DA CASSI

Para elaboração deste boletim epidemiológico, foi considerada como população CASSI a totalidade de participantes com plano ativo (Associados, Funci CASSI e CASSI Família I e II), no dia 31 de dezembro de 2017, gerada após dezembro/2017, a partir da base *Standby* do Sistema Operacional CASSI (SOC).

O quadro 1 evidencia a distribuição da população CASSI, por faixa etária. Pode-se observar que os idosos (60 anos ou mais) representam pouco mais de um quinto da população (22,75%; 158.126 participantes), compatível com o envelhecimento do grupo. Destaca-se que a concentração das faixas etárias mais altas já é superior às faixas até 19 anos. A população CASSI é mais envelhecida do que a Brasileira.

Esse fenômeno, combinado à tendência de aumento da expectativa de vida e à transição epidemiológica, determina um conjunto de necessidades crescentes relacionadas aos cuidados com condições crônicas, com pressão por maior utilização, especialmente por serviços de alta densidade tecnológica, com impacto significativo na sustentabilidade dos planos. Para fazer frente a esse cenário, a organização dos serviços e sistemas de saúde deve enfatizar ações de promoção e prevenção, qualidade de resolutividade do tratamento, reabilitação e controle diferenciado dos casos mais complexos, além de integração entre os diversos pontos de atenção.

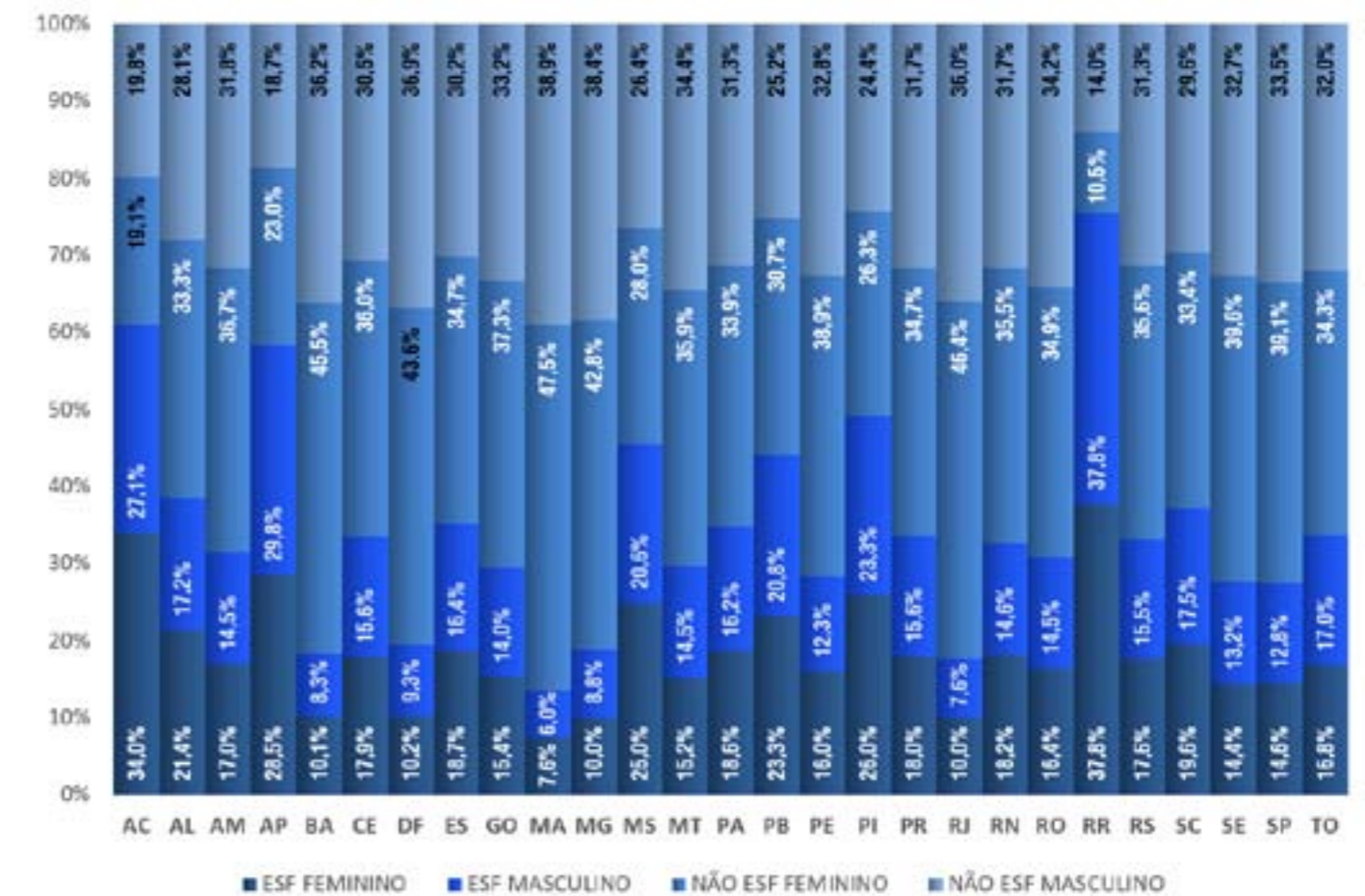


Quadro 1: Distribuição da população CASSI por Faixa Etária - 2017

POPULAÇÃO CASSI POR FAIXA ETÁRIA - 2017						
FAIXA ETÁRIA	FEMININO	%F	MASCULINO	%M	TOTAL	%T
Faixa - 00 - 04	17.679	4,71%	18.611	5,82%	36.290	5,22%
Faixa - 05 - 09	17.769	4,74%	18.434	5,77%	36.203	5,21%
Faixa - 10 - 14	16.269	4,34%	16.820	5,26%	33.089	4,76%
Faixa - 15 - 19	17.234	4,33%	16.805	5,26%	33.039	4,75%
Faixa - 20 - 24	19.199	5,12%	18.546	5,80%	37.745	5,43%
Faixa - 25 - 29	24.866	6,63%	20.776	6,50%	45.642	6,57%
Faixa - 30 - 34	34.460	9,18%	28.355	8,87%	62.815	9,04%
Faixa - 35 - 39	38.460	10,25%	32.371	10,13%	70.832	10,19%
Faixa - 40 - 44	27.622	7,36%	22.432	7,02%	50.054	7,20%
Faixa - 45 - 49	22.315	5,95%	19.261	6,02%	41.576	5,98%
Faixa - 50 - 54	24.448	6,52%	19.359	6,06%	43.807	6,30%
Faixa - 55 - 59	25.618	6,83%	20.097	6,29%	45.715	6,58%
Faixa - 60 - 64	28.763	7,67%	22.482	7,03%	51.245	7,37%
Faixa - 65 - 69	21.198	5,65%	17.651	5,52%	38.849	5,59%
Faixa - 70 - 74	13.062	3,48%	10.233	3,20%	23.295	3,35%
Faixa - 75 - 79	9.618	2,56%	8.243	2,58%	17.861	2,57%
Acima de 80	17.639	4,70%	9.237	2,89%	26.876	3,87%
TOTAL	375.220	53,99%	319.713	46,01%	694.933	100,00%

Fonte: CASSI/GS/DIS – Sistema Operacional CASSI – SOC (2017)

Gráfico 3: Distribuição da população CASSI e ESF por Unidade da Federação e Sexo – 2017



Fonte: CASSI/GS/DIS – Sistema Operacional CASSI – SOC (2017)

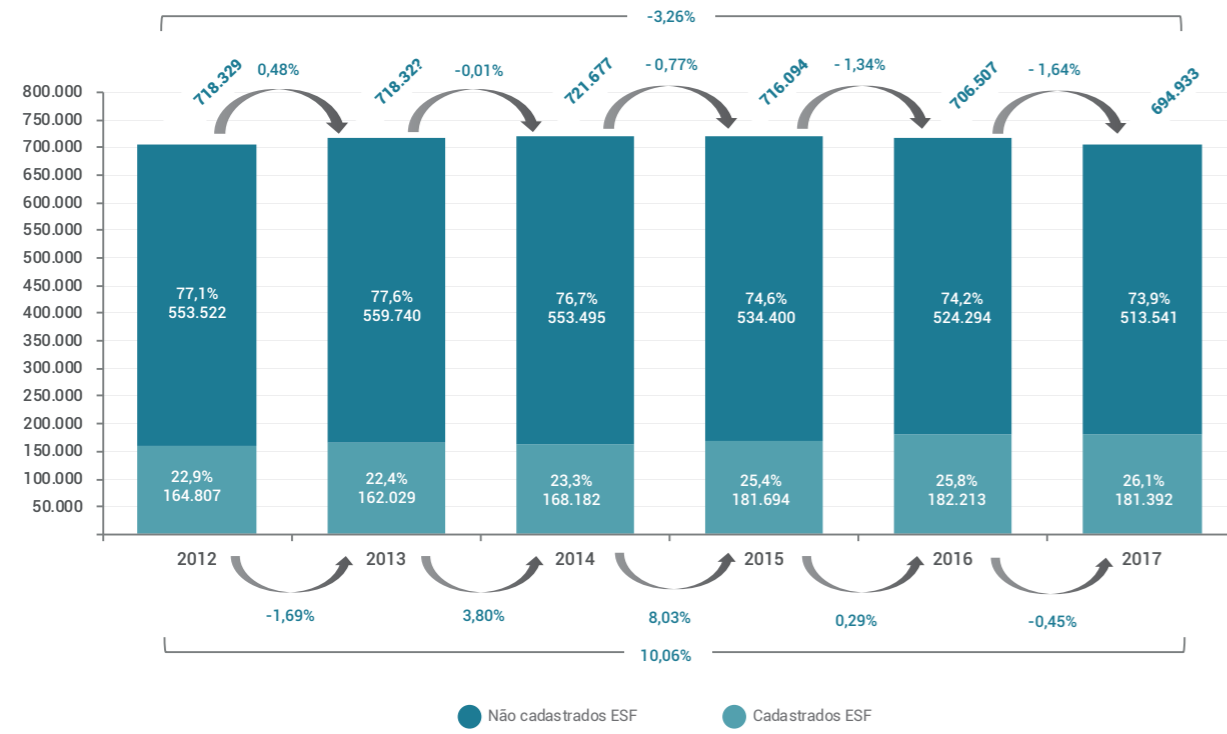
População de 2017 de 694.926 participantes – 6 participantes sem registro de UF de domicílio.

Nos últimos anos, retratados no gráfico 4, após leve elevação de 2012 para 2013, observa-se uma tendência à redução da população total, em percentuais crescentes. De acordo com dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), observa-se movimento semelhante após 2014 na população de beneficiários de planos de planos privados de saúde com assistência médica, em parte decorrente da crise econômica que vem se instalando no país.

Já na Atenção Primária a Saúde – APS, operacionalizada pela Estratégia Saúde da Família – ESF nos Serviços Próprios, houve um aumento significativo da população entre 2013 e 2015, impulsionado pelo esforço no cadastramento de participantes para atingir as metas por equipe. Embora tenha ocorrido uma nova queda no número total de participantes nos últimos 2 dois anos do período analisado, o gráfico evidencia crescimento proporcional progressivo, com mais de um quarto da população CASSI (26,1%) beneficiada com a abordagem APS/ESF em 2017.

O gráfico 3 demonstra a distribuição da população total CASSI por Unidades da Federação (UF), além da distribuição por sexo.

Gráfico 4: Distribuição da população CASSI e cadastrados na Estratégia Saúde da Família de 2012 a 2017



Fonte: CASSI/GS/DIS – Sistema Operacional CASSI – SOC (2017)



4 ■ CENÁRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE E FAMÍLIA

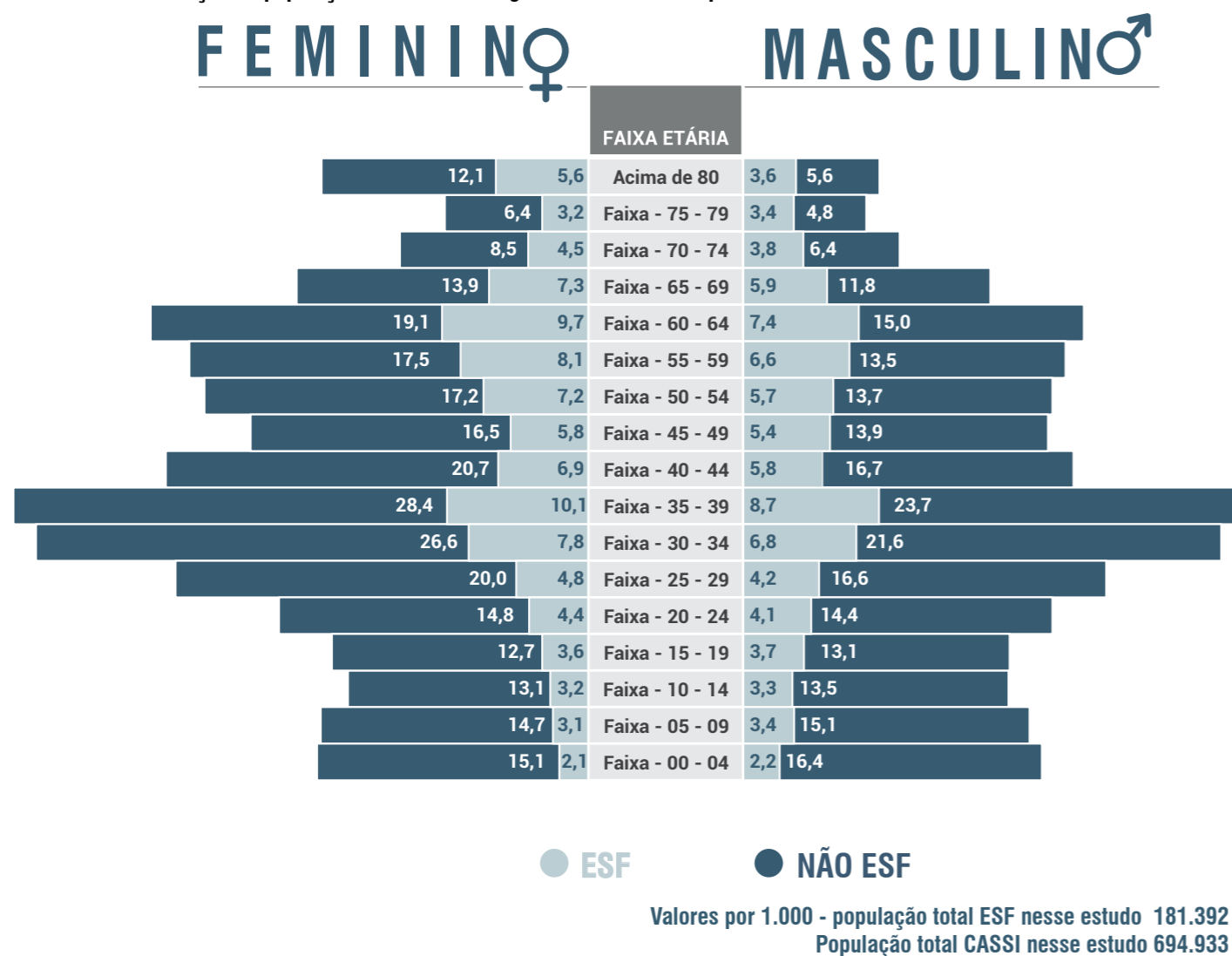
A CASSI organizou a atenção primária, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com a finalidade de oferecer Atenção Integral aos participantes e disponibilizar intervenções efetivas para o controle das condições de maior impacto na população.

Neste informe, considera-se população ESF o grupo que se encontrava cadastrado na Estratégia em 31 de dezembro de 2017.

O gráfico 5 destaca a relevância do envelhecimento na população ESF. A pirâmide populacional apresenta perfil idoso ainda mais acentuado do que na população CASSI. As doenças próprias do envelhecimento ganham maior expressão nessa população e como resultado dessa dinâmica há uma demanda crescente por serviços de saúde.



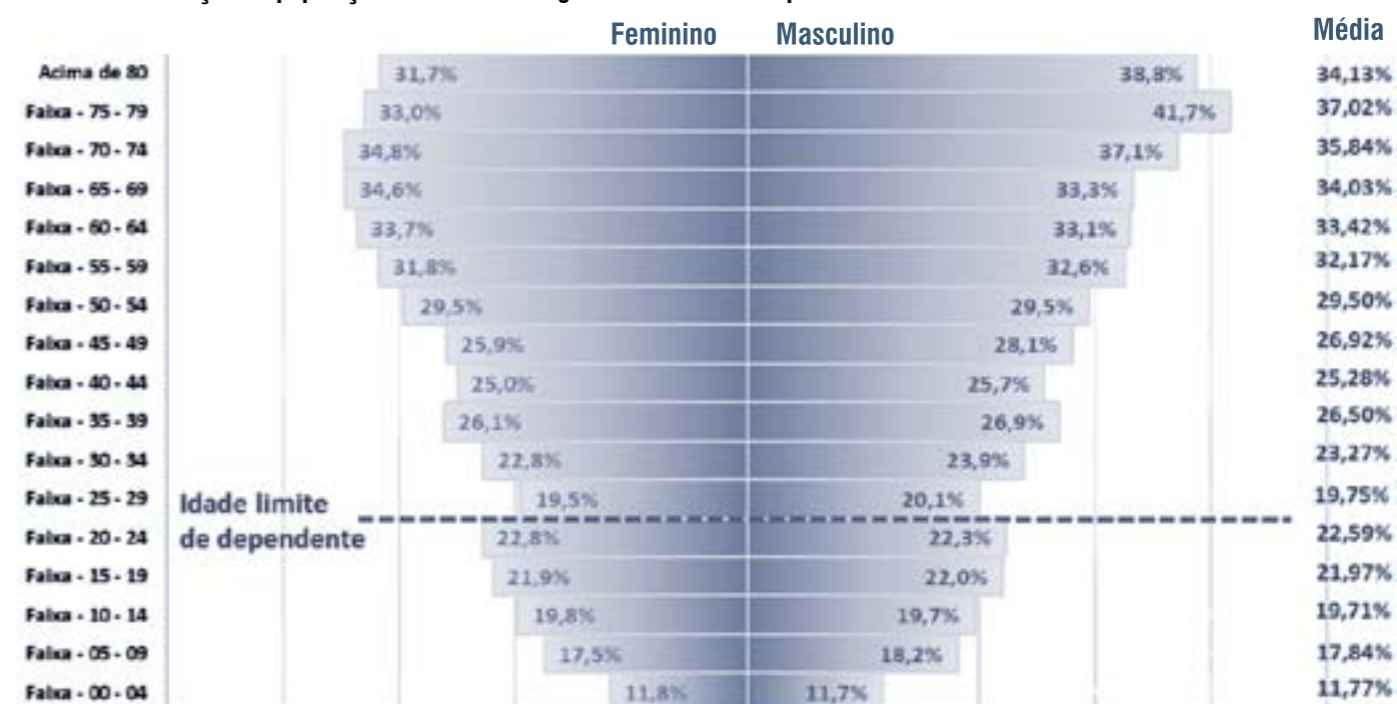
Gráfico 5: Distribuição da população CASSI e Estratégia Saúde da Família por Faixa Etária e Sexo – 2017



Fonte: SOC - Dados referentes ao mês de dezembro de 2017.
Na população ESF os dados são referentes aos participantes com módulo ativo no mês de dezembro de 2017.

A população CASSI cadastrada na ESF aumentou de 182.213 (Relatório Anual 2016) para 181.392 participantes no ano de 2017 (redução aproximada de 0,5%), porém a representatividade da ESF que era de 25,8%, em 2016, passa a representar 26,1% da população total CASSI.

Gráfico 6: Distribuição da população CASSI e Estratégia Saúde da Família por Faixa Etária e Sexo – 2017



Fonte: SOC - Dados referentes ao mês de dezembro de 2017.
Na população ESF os dados são referentes aos participantes com módulo ativo no mês de dezembro de 2017.

Embora em termos absolutos haja uma superioridade numérica do sexo feminino na população cadastrada na ESF, a participação relativa por sexo é bem distribuída, 25,98% da população feminina é cadastrada na ESF e 26,24% da população masculina.

Quadro 2: Distribuição da população cadastrada na Estratégia Saúde da Família por Faixa Etária e Sexo – 2017

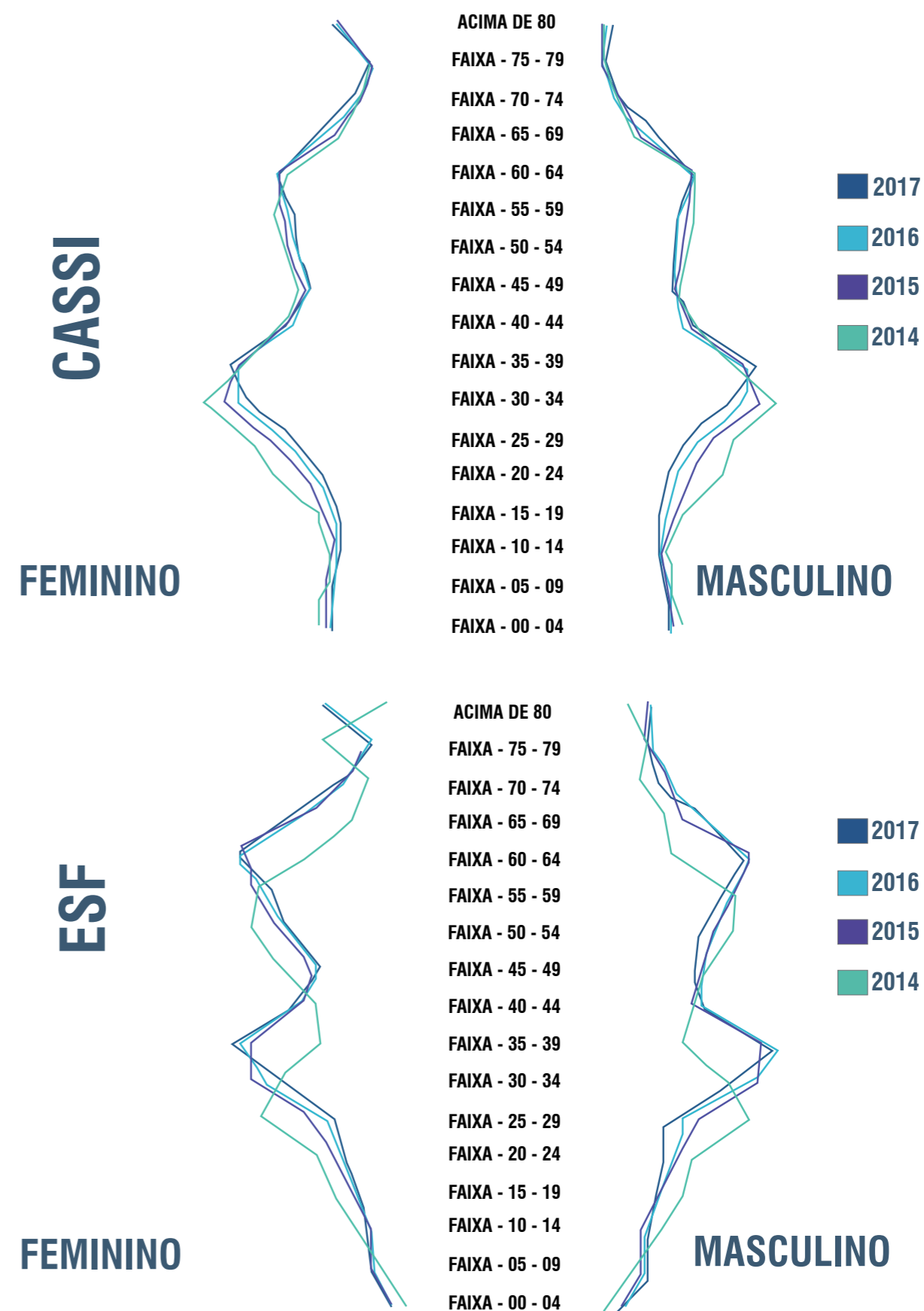
POPULAÇÃO CASSI/ESF POR FAIXA ETÁRIA - 2017						
FAIXA ETÁRIA	FEMININO	%F	MASCULINO	%M	TOTAL	%T
Faixa - 00 - 04	2.090	2,14%	2.180	2,60%	4.270	2,35%
Faixa - 05 - 09	3.103	3,18%	3.354	4,00%	6.457	3,56%
Faixa - 10 - 14	3.217	3,30%	3.306	3,94%	6.523	3,60%
Faixa - 15 - 19	3.554	3,65%	3.705	4,42%	7.259	4,00%
Faixa - 20 - 24	4.385	4,50%	4.143	4,94%	8.528	4,70%
Faixa - 25 - 29	4.840	4,96%	4.173	4,97%	9.013	4,97%
Faixa - 30 - 34	7.842	8,04%	6.774	8,07%	14.616	8,06%
Faixa - 35 - 39	10.056	10,32%	8.715	10,39%	18.771	10,35%
Faixa - 40 - 44	6.901	7,08%	5.754	6,86%	12.655	6,98%
Faixa - 45 - 49	5.790	5,94%	5.403	6,44%	11.193	6,17%
Faixa - 50 - 54	7.218	7,40%	5.703	6,80%	12.921	7,12%
Faixa - 55 - 59	8.149	8,36%	6.556	7,81%	14.705	8,11%
Faixa - 60 - 64	9.690	9,94%	7.437	8,86%	17.127	9,44%
Faixa - 65 - 69	7.343	7,53%	5.877	7,00%	13.220	7,29%
Faixa - 70 - 74	4.548	4,67%	3.801	4,53%	8.349	4,60%
Faixa - 75 - 79	3.174	3,26%	3.439	4,10%	6.613	3,65%
Acima de 80	5.584	5,73%	3.588	4,28%	9.172	5,06%
TOTAL	97.484	53,74%	83.908	46,26%	181.392	100,00%

Fonte: CASSI/GS/DIS – Sistema Operacional CASSI – SOC (2017)

COMPARAÇÃO ENTRE O DESENHO DA POPULAÇÃO GERAL CASSI E O DA POPULAÇÃO ESF

O Gráfico 7 mostra a evolução das populações CASSI e CASSI/ESF de 2014 a 2017. Há uma maior concentração proporcional de faixas etárias mais avançadas na Estratégia de Saúde da Família, em comparação com a população total CASSI. O envelhecimento da população CASSI ESF é mais acelerado quando comparado ao da CASSI.

Gráfico 7: Evolução das populações CASSI e ESF por faixa etária e sexo de 2014 a 2017



Fonte: CASSI/GS/DIS – Sistema Operacional CASSI – SOC (2014 - 2017)

Podemos observar, no Gráfico 8, a evolução das populações CASSI e CASSI/ESF de 2012 a 2017. Há um crescimento acelerado na População ESF de 2012 a 2015 e uma certa estabilidade após esse período. A população Total da CASSI mantém a trajetória de diminuição de sua população desde 2012.

Gráfico 8: Evolução das taxas de variação das populações CASSI e ESF entre 2012-2017



Fonte: CASSI/GS/DIS – Sistema Operacional CASSI – SOC (2017)

Esses percursos das populações CASSI e CASSI/ESF favoreceram um crescimento da População ESF/CASSI em relação à população Total da CASSI em termos proporcionais.



5 ■ PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA POPULAÇÃO COM CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ESF

As condições crônicas, como doenças cardiovasculares, diabetes, cânceres e doenças respiratórias, entre outras, são responsáveis por mais de dois terços das mortes no mundo. Apresentam história natural prolongada, com curso clínico lento, geralmente precedido de longo curso assintomático. Estão associadas a fatores de risco múltiplos e complexos e causas multifatoriais e possuem potencial para levar a diferentes níveis de complicações, incapacidade e até o óbito. Além disso, frequentemente estão associadas a maior utilização dos serviços de saúde, o que lhes confere importância no que se refere a organização dos sistemas de saúde.

Dentre as condições crônicas, as doenças cardiovasculares são as mais frequentemente relacionadas à mortalidade. Na população ESF, condições relacionadas ao risco cardiovascular se distribuem como descrito a seguir:



Já os portadores de neoplasias malignas compreendem o grupo menos numeroso de participantes (4.316 pacientes; 2,4% dos cadastrados – 2.498 mulheres e 1.818 homens). Embora, menos prevalentes que as condições cardiovasculares, os cânceres também vem aumentando em frequência, sendo mais comum em pacientes mais idosos. Além dos impactos relacionados aos custos do tratamento e das incorporações tecnológicas para acompanhamento e terapia, a abordagem do câncer em populações mais envelhecidas traz ainda a necessidade mais significativa de manter equilíbrio com outras doenças presentes e com os próprios efeitos do tratamento. Dessa forma, o potencial para piora da qualidade de vida vem aumentando e se torna fator relevante nas tomadas de decisão para a linha de cuidado oncológica.

Na população cadastrada na ESF, 36.378 participantes (20,05%) possuem registro diagnóstico de algum transtorno mental ao longo do tempo de acompanhamento na Estratégia.

O quadro 3 traz a distribuição de participantes ESF por UF e das morbidades crônicas associadas ao risco cardiovascular (obesidade, dislipidemia, diabetes e hipertensão), além das neoplasias malignas, nos sexos masculino e feminino.

Quadro 3: Morbidades por UF dos Participantes da ESF – 2017

UF	PARTICIPANTE ESF		OBESIDADE		DISLIPIDEMIA		DIABETES		HIPERTENSAO		NEOPLASIA	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
AC	7.607	6.933	925	863	2.186	2.295	710	736	1.461	1.507	147	84
AL	2.695	2.449	311	379	646	773	218	279	604	726	56	65
AM	2.131	1.760	157	158	286	340	87	110	240	309	32	23
AP	1.284	1.224	154	195	260	329	59	86	191	242	28	10
BA	2.156	1.728	198	227	545	511	137	161	398	403	38	28
CE	6.898	5.650	544	516	1.325	1.297	348	428	1.249	1.271	161	124
DF	3.432	3.000	457	461	1.083	1.059	279	383	799	868	120	101
ES	2.030	1.605	340	325	892	794	189	176	526	471	45	24
GO	2.726	2.443	278	286	718	747	198	216	603	624	63	51
MA	5.186	3.988	552	557	1.558	1.347	392	356	1.312	1.195	145	122
MG	1.978	1.772	199	261	545	636	90	174	362	404	42	37
MS	2.164	1.744	192	190	622	668	179	201	417	481	84	68
MT	1.993	1.834	185	202	656	685	167	173	441	540	64	38
PA	599	477	6	13	11	14	4	12	24	32	0	2
PB	653	556	43	58	116	140	72	59	144	164	15	5
PE	404	423	78	75	94	114	13	25	52	86	9	6
PI	2.086	1.814	190	248	239	262	136	145	337	367	37	33
PR	487	430	34	60	48	87	4	22	32	45	5	0
RJ	372	372	28	35	20	32	9	13	19	33	2	3
RN	506	511	22	40	35	60	15	21	44	72	5	4
RO	2.050	1.804	134	147	510	561	122	146	398	442	47	24
RR	6.199	5.446	648	699	1.788	1.708	464	509	1.471	1.501	136	101
RS	7.293	5.564	1.000	803	2.346	1.645	678	657	2.088	1.656	207	124
SC	16.670	14.679	1.992	1.930	4.603	4.468	1.408	1.543	3.344	3.604	462	308
SE	6.928	6.005	580	533	1.895	2.006	527	675	1.433	1.624	244	161
SP	6.872	6.041	606	591	1.871	1.901	434	517	1.521	1.534	163	138
TO	4.085	3.656	332	313	1.407	1.483	326	473	1.056	1.186	141	134
TOTAL	97.484	83.908	10.185	10.165	26.305	25.962	7.265	8.296	20.566	21.387	2.498	1.818
	181.392		20.350		52.267		15.561		41.953		4.316	

Fonte: CASSI/GS/DIS – Sistema Operacional CASSI – SOC – Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP CASSI (2017)

5.1. DIABETES MELLITUS

O diabetes é caracterizado por distúrbios metabólicos que apresentam em comum o aumento dos níveis sanguíneos de glicose, resultante de defeitos na ação e/ou na secreção de insulina. No diabetes mellitus tipo 2 (DM2) ocorre resistência à insulina, mas também comprometimento relativo da secreção de insulina (estudos evidenciaram que, no momento do diagnóstico de DM2, os indivíduos já apresentavam de cerca de 80% de redução na função pancreática). Já no DM1, o aspecto central é a deficiência absoluta de insulina, devido a destruição das células pancreáticas por auto-anticorpos. A resistência à insulina pode estar presente em grau variável, particularmente em associação com a epidemia de sobrepeso e obesidade na infância

Um aumento na prevalência de diabetes mellitus tipo 2 está ocorrendo em todo o mundo, coincidindo com o crescimento nas taxas de obesidade, especialmente em crianças e adolescentes. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento dessa condição, associada a elevado risco cardiovascular, são: obesidade (relacionada também a outros estados resistentes à insulina); história familiar positiva; gênero feminino; grupos raciais e etnias específicos e condições relacionadas à resistência insulínica.

Em 2012, a OMS estimava a prevalência média de diabetes no mundo em 10% da população, embora em algumas regiões, como as ilhas do Pacífico, esse valor pudesse chegar a 33%. A International Diabetes Federation (IDF) estima o número total de portadores de diabetes em aproximadamente 6% da população brasileira. Estudo multicêntrico, de prevalência da diabetes, encontrou a condição em 7,6% da amostra de 21.847 indivíduos entre 30 e 69 anos, evidenciando também a influência da faixa etária.

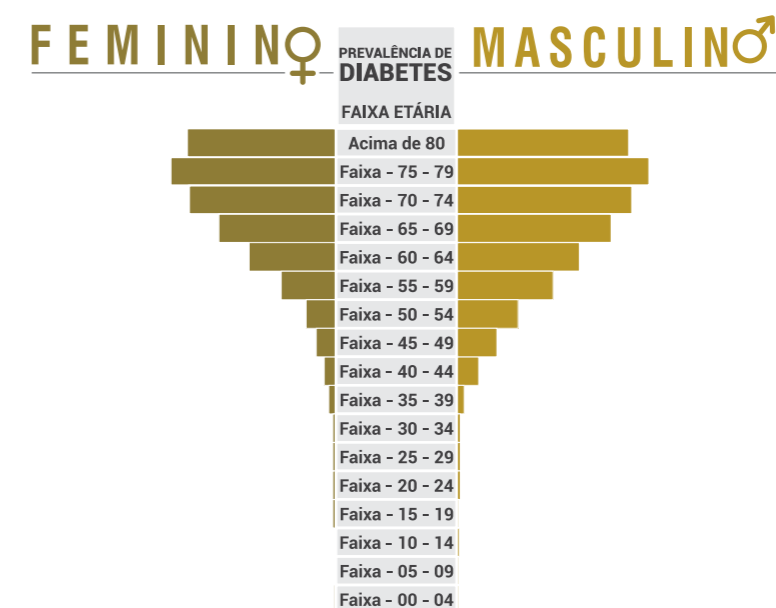
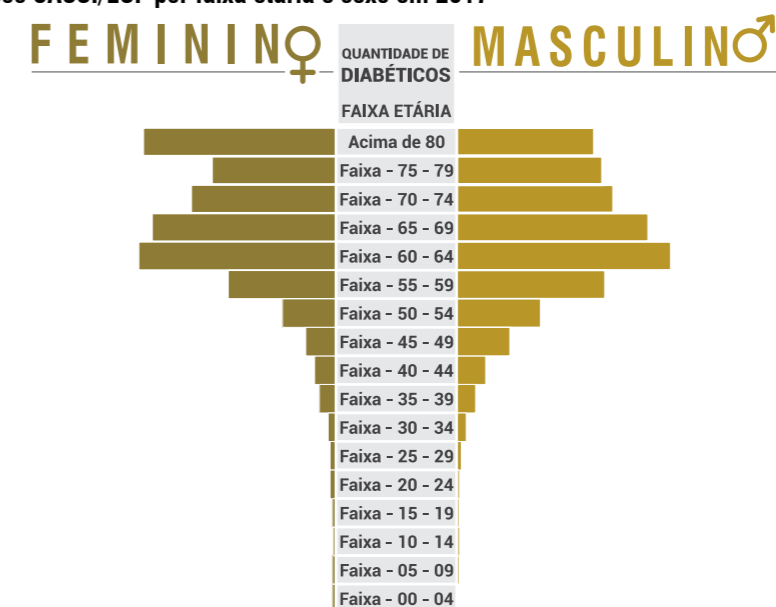
No quadro 4, observa-se aumento no número de casos de DM entre os cadastrados na ESF no ano de 2017, comparado a 2016 (de 15.199 para 15.561). Há incremento em ambos os sexos: crescimento de 3,1% para o sexo masculino e de 1,6% para mulheres (2,4% no total). A prevalência geral da população cadastrada na ESF é de 8,58%.

Quadro 4: Evolução da população diabética na Estratégia Saúde da Família por UF 2016/17

DIABETES MELLITUS POPULAÇÃO ESF											
UF	2016			2017			Δ % 2017/16			PARTICIPAÇÃO 2017	PREVALÊNCIA 2017
	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL	%F	%M	%T		
AC	4	8	12	4	12	16	0,0%	50,0%	33,3%	0,10%	1,49%
AL	133	153	286	137	161	298	3,0%	5,2%	4,2%	1,92%	7,67%
AM	59	51	110	72	59	131	22,0%	15,7%	19,1%	0,84%	10,84%
AP	8	19	27	13	25	38	62,5%	31,6%	40,7%	0,24%	4,59%
BA	389	442	831	348	428	776	-10,5%	-3,2%	-6,6%	4,99%	6,18%
CE	265	363	628	279	383	662	5,3%	5,5%	5,4%	4,25%	10,29%
DF	660	689	1.349	710	736	1.446	7,6%	6,8%	7,2%	9,29%	9,94%
ES	115	143	258	122	146	268	6,1%	2,1%	3,9%	1,72%	6,95%
GO	216	271	487	218	279	497	0,9%	3,0%	2,1%	3,19%	9,66%
MA	189	178	367	189	176	365	0,0%	-1,1%	-0,5%	2,35%	10,04%
MG	478	530	1.008	464	509	973	-2,9%	-4,0%	-3,5%	6,25%	8,36%
MS	84	106	190	87	110	197	3,6%	3,8%	3,7%	1,27%	5,06%
MT	57	82	139	59	86	145	3,5%	4,9%	4,3%	0,93%	5,78%
PA	133	139	272	136	145	281	2,3%	4,3%	3,3%	1,81%	7,21%
PB	180	198	378	198	216	414	10,0%	9,1%	9,5%	2,66%	8,01%
PE	395	355	750	392	356	748	-0,8%	0,3%	-0,3%	4,81%	8,15%
PI	86	168	254	90	174	264	4,7%	3,6%	3,9%	1,70%	7,04%
PR	504	638	1.142	527	675	1.202	4,6%	5,8%	5,3%	7,72%	9,29%
RJ	722	649	1.371	678	657	1.335	-6,1%	1,2%	-2,6%	8,58%	10,38%
RN	170	187	357	179	201	380	5,3%	7,5%	6,4%	2,44%	9,72%
RO	5	22	27	4	22	26	-20,0%	0,0%	-3,7%	0,17%	2,84%
RR	11	12	23	9	13	22	-18,2%	8,3%	-4,3%	0,14%	2,96%
RS	417	504	921	434	517	951	4,1%	2,6%	3,3%	6,11%	7,36%
SC	332	451	783	326	473	799	-1,8%	4,9%	2,0%	5,13%	10,32%
SE	153	166	319	167	173	340	9,2%	4,2%	6,6%	2,18%	8,88%
SP	1.374	1.504	2.878	1.408	1.543	2.951	2,5%	2,6%	2,5%	18,96%	9,41%
TO	13	19	32	15	21	36	15,4%	10,5%	12,5%	0,23%	3,54%
TOTAL	7.152	8.047	15.199	7.265	8.296	15.561	1,6%	3,1%	2,4%	100,00%	8,58%

Fonte: CASSI/GS/DIS – Sistema Operacional CASSI – SOC – Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP CASSI (2016/2017)

Gráfico 9: Diabéticos CASSI/ESF por faixa etária e sexo em 2017



Fonte: CASSI/GS/DIS – Sistema Operacional CASSI – SOC – Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP CASSI (2017) – Quantidade é a distribuição de casos por faixa etária

O quadro 5 traz a distribuição da população adulta (≥ 18 anos) cadastrada com diagnóstico de DM, por faixa etária, nos anos de 2016 e 2017, em comparação com dados da população brasileira do mesmo período, derivados do VIGITEL (Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico), do Ministério da saúde (MS). A prevalência geral de DM na população adulta CASSI/ESF é maior do que a da população brasileira. Esse fenômeno pode ser atribuído à concentração de população mais envelhecida, na qual a prevalência de diabetes é mais elevada, o que pressiona a taxa para cima.

Quadro 5: Prevalência de Diabetes Mellitus no Brasil e CASSI/ESF por Faixa Etária de adultos

FAIXA ETÁRIA	CASSI ESF		BRASIL	
	2016	2017	2016	2017
Faixa - 18 – 24	0,5%	0,5%	0,9%	0,7%
Faixa - 25 – 29	0,6%	0,7%	2,0%	1,7%
Faixa - 30 - 34				
Faixa - 35 – 39	1,8%	1,8%	5,2%	4,1%
Faixa - 40 – 44				
Faixa - 45 – 49	5,8%	6,0%	11,0%	8,7%
Faixa - 50 – 54				
Faixa - 55 – 59	13,7%	13,3%	19,6%	17,3%
Faixa - 60 – 64				
Faixa - 65 – 69	24,0%	24,2%	27,2%	23,5%
Faixa - 70 – 74				
Faixa - 75 – 79				
Acima de 80				
PREVALÊNCIA (≥ 18 anos)	9,4%	9,7%	8,9%	7,6%

Fonte: CASSI/GS/DIS – Sistema Operacional CASSI – SOC – Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP CASSI (2016/2017); MS/SVS/CGDANT - VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (2016 e 2017).

Considerando sua morbidade, seu curso crônico, o risco de mortalidade e os recursos necessários para seu tratamento e, principalmente, de suas complicações, o DM2 é considerado uma séria ameaça à saúde pública com potencial de impacto econômico significativo nos sistemas de Saúde. Além dos custos diretos com a assistência e em relação às complicações da doença, há os custos indiretos, com a queda na produtividade e os custos intangíveis associados a fatores como dor, ansiedade e perda de qualidade de vida.

5.2. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica caracterizada por elevação sustentada dos níveis da pressão arterial (PA). Trata-se do fator de risco mais importante e comum para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares prematuras, havendo aumento no risco a medida em que os níveis da pressão se elevam. A patogênese da hipertensão primária está relacionada a uma série de fatores que influenciam na estrutura e função cardiovascular e renal, como:

- Idade (a pressão aumenta com o avançar da idade, particularmente à pressão arterial sistólica, e ao aumento da incidência de hipertensão);
- Obesidade (além de estarem relacionados à elevação de níveis pressóricos no envelhecimento, a obesidade e o ganho de peso são os principais fatores de risco para a hipertensão);
- História familiar e fatores genéticos;
- Etnia (negros costumam ter maior prevalência de hipertensão, que tende a ser mais precoce, grave e causar mais complicações nesses pacientes);
- Redução do número de unidades filtradoras dos rins (néfrons);
- Dieta rica em sódio (> 3 g de cloreto de sódio / dia);
- Consumo excessivo de álcool;
- Inatividade física.

Na população ESF, os critérios para definição de Hipertensão Arterial seguem os propostos no Protocolo de Condutas em Hipertensão Arterial na Atenção Primária, compatíveis com a classificação adotada no sétimo reporte do Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure desde 2003 (7JCN).

Quadro 6: Evolução da população hipertensa na Estratégia Saúde da Família por UF 2016/17

HIPERTENSAO POPULAÇÃO ESF											
UF	2016			2017			% - 2017/16			PARTICIPAÇÃO 2017	PREVALÊNCIA 2017
	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL	%F	%M	%T		
AC	23	34	57	24	33	57	4,3%	-2,9%	0,0%	0,14%	5,36%
AL	374	374	748	389	385	774	4,0%	2,9%	3,5%	1,86%	20,09%
AM	131	128	259	133	138	271	1,5%	7,8%	4,6%	0,65%	23,38%
AP	25	62	87	27	62	89	8,0%	0,0%	2,3%	0,21%	11,88%
BA	1.359	1.318	2.677	1.342	1.306	2.648	-1,3%	-0,9%	-1,1%	6,37%	20,81%
CE	759	856	1.615	770	859	1.629	1,4%	0,4%	0,9%	3,92%	25,27%
DF	1.336	1.364	2.700	1.409	1.476	2.885	5,5%	8,2%	6,9%	6,94%	19,53%
ES	377	420	797	379	436	815	0,5%	3,8%	2,3%	1,96%	20,87%
GO	589	716	1.305	587	713	1.300	-0,3%	-0,4%	-0,4%	3,13%	25,33%
MA	563	477	1.040	544	488	1.032	-3,4%	2,3%	-0,8%	2,48%	27,04%
MG	1.547	1.520	3.067	1.580	1.570	3.150	2,1%	3,3%	2,7%	7,57%	25,41%
MS	235	296	531	239	303	542	1,7%	2,4%	2,1%	1,30%	13,93%
MT	181	229	410	191	234	425	5,5%	2,2%	3,7%	1,02%	16,49%
PA	342	360	702	338	365	703	-1,2%	1,4%	0,1%	1,69%	18,14%
PB	628	600	1.228	610	623	1.233	-2,9%	3,8%	0,4%	2,96%	23,86%
PE	1.261	1.101	2.362	1.296	1.160	2.456	2,8%	5,4%	4,0%	5,90%	26,82%
PI	346	379	725	355	394	749	2,6%	4,0%	3,3%	1,80%	19,97%
PR	1.329	1.467	2.796	1.402	1.559	2.961	5,5%	6,3%	5,9%	7,12%	22,38%
RJ	2.081	1.615	3.696	2.107	1.647	3.754	1,2%	2,0%	1,6%	9,02%	29,26%
RN	426	482	908	414	481	895	-2,8%	-0,2%	-1,4%	2,15%	23,46%
RO	36	49	85	33	47	80	-8,3%	-4,1%	-5,9%	0,19%	8,43%
RR	25	29	54	22	33	55	-12,0%	13,8%	1,9%	0,13%	7,45%
RS	1.484	1.474	2.958	1.501	1.493	2.994	1,1%	1,3%	1,2%	7,20%	23,04%
SC	1.064	1.184	2.248	1.076	1.173	2.249	1,1%	-0,9%	0,0%	5,41%	30,80%
SE	429	516	945	428	523	951	-0,2%	1,4%	0,6%	2,29%	24,99%
SP	3.215	3.446	6.661	3.274	3.537	6.811	1,8%	2,6%	2,3%	16,37%	21,96%
TO	27	51	78	34	56	90	25,9%	9,8%	15,4%	0,22%	8,23%
TOTAL	20.192	20.547	40.739	20.504	21.094	41.598	1,5%	2,7%	2,1%	100,00%	22,83%

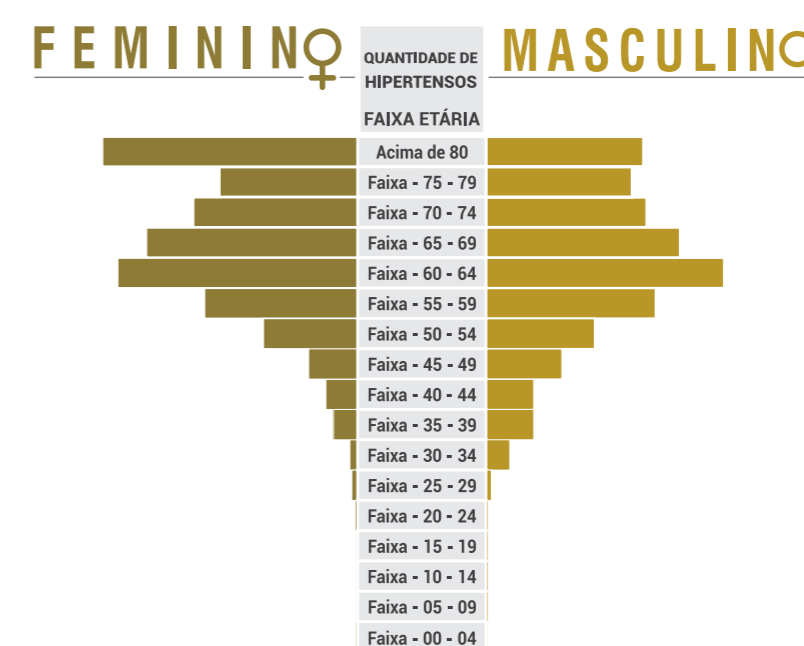
Fonte: CASSI/GS/DIS – Sistema Operacional CASSI – SOC – Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP CASSI (2016/2017)

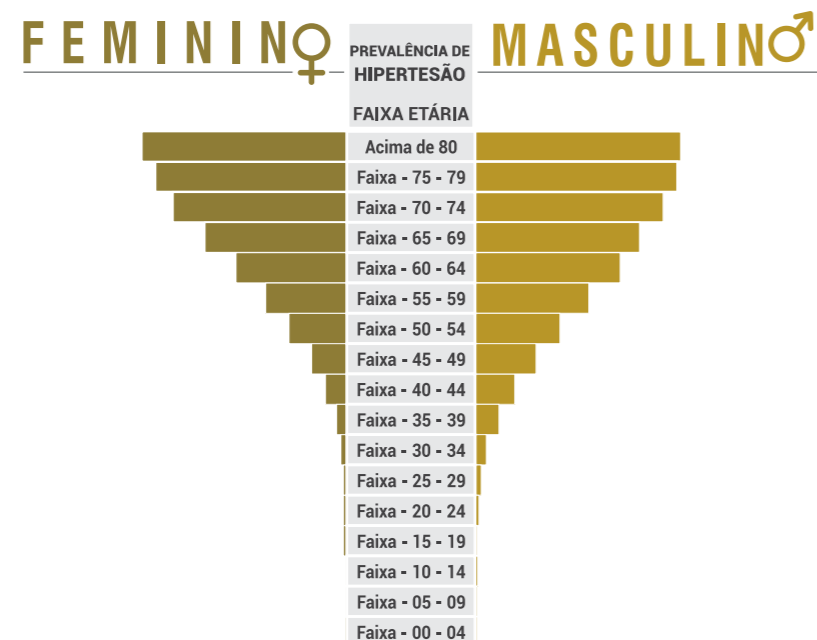
No ano de 2017, comparado a 2016, observa-se elevação na prevalência de HAS entre os cadastrados na ESF (de 40.739 para 41.598), com aumento percentual de 2,1% na população hipertensa (2,7% para o sexo masculino e de 1,5% para mulheres). A prevalência da população cadastrada na ESF é de 23,13% (quadro 6).

A prevalência da hipertensão arterial varia de acordo com a população estudada e com o método utilizado para a pesquisa. Dados decorrentes de inquéritos telefônicos costumam evidenciar uma frequência menor que a observada em estudos diretos, com medida da pressão. Isso se dá pelo fato de muitos indivíduos desconhecerem a presença de hipertensão e/ou não reconhecerem a importância de declarar. Ainda, no VIGITEL, pacientes que se declararam hipertensos sob tratamento não foram categorizados como hipertensos.

Segundo estimativa da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013, 22,3% da população estudada apresentava pressão arterial elevada, caracterizada como pressão arterial sistólica foi maior ou igual a 140 mmHg ou pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg (mulheres – 19,5%; homens – 25,3%). Assim como em outros levantamentos populacionais, a frequência de hipertensão aumenta com a idade, em ambos os sexos, chegando em torno de 46% das pessoas com 75 anos ou mais de idade.

Gráfico 10: Hipertensos CASSI/ESF por faixa etária e sexo em 2017





Fonte: CASSI/GS/DIS – Sistema Operacional CASSI – SOC – Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP CASSI (2017) – Quantidade é a distribuição de casos por faixa etária

No Brasil, dados do VIGITEL estimam a prevalência de HAS em 24,3% e confirmam o incremento com o avançar da idade (quadro 7).

Quadro 7: Prevalência de Hipertensão Arterial no Brasil e CASSI/ESF por Faixa Etária de adultos

FAIXA ETÁRIA	CASSI ESF		BRASIL	
	2016	2017	2016	2017
Faixa - 18 – 24	0,4%	0,3%	4,0%	3,7%
Faixa - 25 – 29	2,2%	2,2%	9,6%	10,1%
Faixa - 30 – 34				
Faixa - 35 – 39	7,2%	7,3%	19,1%	17,3%
Faixa - 40 – 44				
Faixa - 45 – 49				
Faixa - 50 – 54	20,1%	19,8%	34,1%	30,1%
Faixa - 55 – 59				
Faixa - 60 – 64				
Faixa - 65 – 69				
Faixa - 70 – 74	61,1%	60,6%	64,2%	60,9%
Faixa - 75 – 79				
Acima de 80				
PREVALÊNCIA (≥ 18 anos)	25,8%	26,2%	25,7%	24,3%

Fonte: CASSI/GS/DIS – Sistema Operacional CASSI – SOC – Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP CASSI (2016/2017) MS/SVS/CGDANT - VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (2016 e 2017).

Após metanálise de dados disponíveis quanto ao risco de desenvolvimento de agravos cardiovasculares associados a diferentes níveis pressóricos, o American College of Cardiology / American Heart Association (ACC / AHA) propôs, em 2017, novos parâmetros para definição de valores normais e elevados da pressão arterial, além dos estágios de hipertensão. Em se utilizando tais critérios, haveria um aumento substancial da população hipertensa no mundo (31,9% para 45,6%).

5.3. DISLIPIDEMIA

Dislipidemia refere-se a um conjunto de anormalidades no metabolismo dos lipídios que levam a alterações nas lipoproteínas plasmáticas, como aumento do colesterol total, colesterol de lipoproteína de baixa densidade (LDL-C), triglicérides ou lipoproteína (a), ou redução nos níveis do colesterol de lipoproteína de alta densidade (HDL-C) ou níveis de apo A-1. Constitui um dos principais fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento de doença aterosclerótica.

Sua denominação depende das partículas alteradas, e frequentemente assume caráter familiar. Na maioria dos casos, trata-se de herança poligênica cuja manifestação é fortemente influenciada por fatores como a obesidade (principalmente a obesidade central) e o teor de gordura saturada e colesterol da dieta. Já no grupo de herança monogênica, fatores externos tem menor influência sobre a manifestação do agravo, havendo maior risco para doença cardiovascular em indivíduos jovens. Entretanto, o tipo poligênico costuma ser a principal fonte de doença cardiovascular aterosclerótica, o que destaca a importância dos demais fatores, ditos modificáveis, como hábitos alimentares, níveis de atividade física e redução de sobrepeso e obesidade.

Estudo de amostra da população brasileira (estado de São Paulo) observou elevada prevalência de dislipidemia (59,74%, sendo o HDL-colesterol baixo a dislipidemia mais prevalente). As prevalências de dislipidemias de “alto risco”, caracterizadas por níveis séricos de colesterol total ≥ 240 mg/dl, ou LDL-colesterol ≥ 160 mg/dl e de hipertrigliceridemia (≥ 250 mg/dl), foi de 20,3% em homens e mulheres, em amostra representativa de população brasileira em cinco “áreas de estudo”.

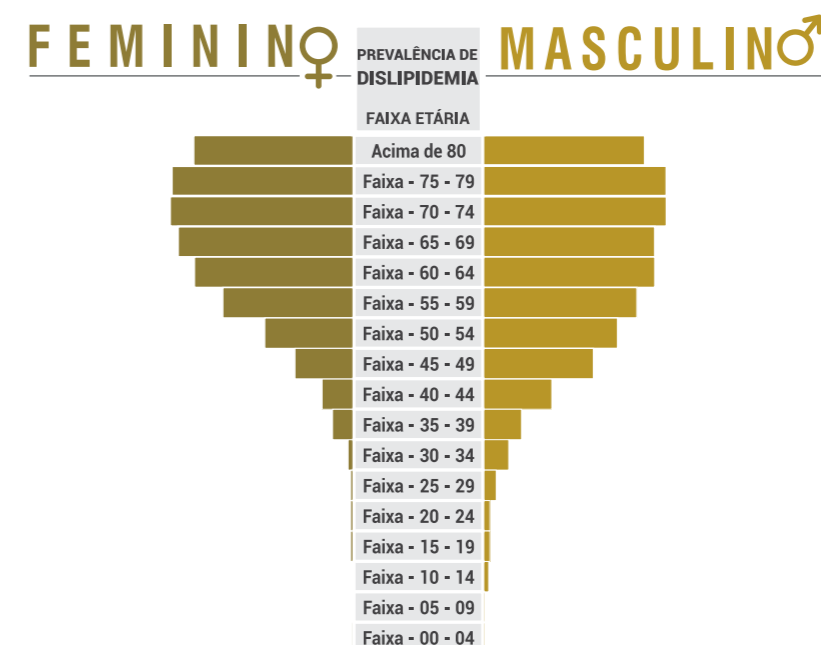
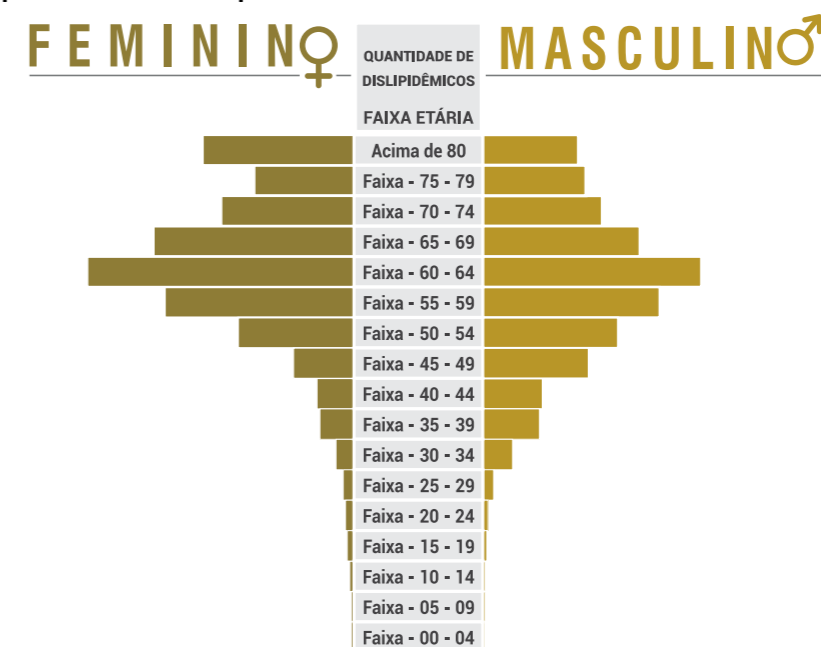
Na população ESF, também se observou aumento de 51.658 para 52.267 indivíduos com diagnósticos de dislipidemias registrados no PEP, de 2016 para 2017, como demonstrado no quadro 8; o incremento percentual foi de 1,2% na população agravada (0,7% em mulheres e 1,7% em homens). O aumento da prevalência da dislipidemia, pode ser explicado, também, pelas transições nutricional e epidemiológica.

Quadro 8: Evolução da população dislipidêmica na Estratégia Saúde da Família por UF 2016/17

DISLIPIDEMIA POPULAÇÃO ESF											
UF	2016			2017			% - 2017/16			PARTICIPAÇÃO 2017	PREVALÊNCIA 2017
	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL	%F	%M	%T		
AC	10	15	25	11	14	25	10,0%	-6,7%	0,0%	0,05%	2,32%
AL	526	475	1.001	545	511	1.056	3,6%	7,6%	5,5%	2,02%	27,19%
AM	86	101	187	116	140	256	34,9%	38,6%	36,9%	0,49%	21,17%
AP	56	88	144	94	114	208	67,9%	29,5%	44,4%	0,40%	25,15%
BA	1.587	1.498	3.085	1.325	1.297	2.622	-16,5%	-13,4%	-15,0%	5,02%	20,90%
CE	1.042	1.033	2.075	1.083	1.059	2.142	3,9%	2,5%	3,2%	4,10%	33,30%
DF	2.040	2.126	4.166	2.186	2.295	4.481	7,2%	7,9%	7,6%	8,57%	30,82%
ES	504	547	1.051	510	561	1.071	1,2%	2,6%	1,9%	2,05%	27,79%
GO	651	784	1.435	646	773	1.419	-0,8%	-1,4%	-1,1%	2,71%	27,59%
MA	892	780	1.672	892	794	1.686	0,0%	1,8%	0,8%	3,23%	46,38%
MG	1.876	1.726	3.602	1.788	1.708	3.496	-4,7%	-1,0%	-2,9%	6,69%	30,02%
MS	299	339	638	286	340	626	-4,3%	0,3%	-1,9%	1,20%	16,09%
MT	269	325	594	260	329	589	-3,3%	1,2%	-0,8%	1,13%	23,48%
PA	208	238	446	239	262	501	14,9%	10,1%	12,3%	0,96%	12,85%
PB	719	737	1.456	718	747	1.465	-0,1%	1,4%	0,6%	2,80%	28,34%
PE	1.512	1.298	2.810	1.558	1.347	2.905	3,0%	3,8%	3,4%	5,56%	31,67%
PI	541	617	1.158	545	636	1.181	0,7%	3,1%	2,0%	2,26%	31,49%
PR	1.810	1.893	3.703	1.895	2.006	3.901	4,7%	6,0%	5,3%	7,46%	30,16%
RJ	2.324	1.593	3.917	2.346	1.645	3.991	0,9%	3,3%	1,9%	7,64%	31,04%
RN	641	694	1.335	622	668	1.290	-3,0%	-3,7%	-3,4%	2,47%	33,01%
RO	52	105	157	48	87	135	-7,7%	-17,1%	-14,0%	0,26%	14,72%
RR	20	35	55	20	32	52	0,0%	-8,6%	-5,5%	0,10%	6,99%
RS	1.933	1.951	3.884	1.871	1.901	3.772	-3,2%	-2,6%	-2,9%	7,22%	29,21%
SC	1.450	1.491	2.941	1.407	1.483	2.890	-3,0%	-0,5%	-1,7%	5,53%	37,33%
SE	624	662	1.286	656	685	1.341	5,1%	3,5%	4,3%	2,57%	35,04%
SP	4.434	4.319	8.753	4.603	4.468	9.071	3,8%	3,4%	3,6%	17,36%	28,94%
TO	28	54	82	35	60	95	25,0%	11,1%	15,9%	0,18%	9,34%
TOTAL	26.134	25.524	51.658	26.305	25.962	52.267	0,7%	1,7%	1,2%	100,00%	28,81%

Fonte: CASSI/GS/DIS – Sistema Operacional CASSI – SOC – Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP CASSI (2016/2017)

Gráfico 11: Dislipidêmicos CASSI/ESF por faixa etária e sexo em 2017



Fonte: CASSI/GS/DIS – Sistema Operacional CASSI – SOC – Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP CASSI (2017) – Quantidade é a distribuição de casos por faixa etária

A prevalência da dislipidemia apresentou um discreto aumento em relação ao ano de 2016, na população total cadastrada na ESF (28,81%), mantendo tendência a redução nas faixas etárias mais avançadas (gráfico 11).

Quadro 9: Prevalência de Dislipidemia no Brasil e CASSI/ESF por Faixa Etária de adultos

FAIXA ETÁRIA	CASSI ESF		BRASIL	
	2016	2017	2016	2017
Faixa - 18 – 24	2,9%	3,0%	8,2%	INFORMAÇÕES NÃO DISPONIBILIZADAS NO VIGITEL 2017
Faixa - 25 – 29	5,6%	5,7%	12,5%	
Faixa - 30 – 34				
Faixa - 35 – 39	12,3%	12,3%	18,0%	
Faixa - 40 – 44				
Faixa - 45 – 49	33,0%	32,5%	30,0%	
Faixa - 50 – 54				
Faixa - 55 – 59	51,8%	51,2%	41,0%	
Faixa - 60 – 64				
Faixa - 65 – 69	58,9%	59,7%	40,9%	
Faixa - 70 – 74				
Faixa - 75 – 79				
Acima de 80				
PREVALÊNCIA (≥ 18 anos)	31,9%	32,5%	22,6%	

Fonte: CASSI/GS/DIS – Sistema Operacional CASSI – SOC – Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP CASSI (2016/2017) MS/SVS/CGDANT - VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (2016 e 2017).

E78.0 Hipercolesterolemia pura • E78.1 Hipertrigliceridemia pura • E78.2 Hiperlipidemia mista • E78.3 Hiperquilomicro-nemia • E78.4 Outras hiperlipidemias • E78.5 Hiperlipidemia não especificada • E78.6 Deficiências de lipoproteínas • E78.8 Outros distúrbios do metabolismo de lipoproteínas

5.4. OBESIDADE E SOBREPESO

A obesidade caracteriza-se por acúmulo de gordura corporal em uma extensão capaz de causar prejuízos à saúde. O aumento da prevalência do sobrepeso e da obesidade entre crianças, adolescentes e adultos em todo o mundo tem dado a esta condição crônica características de uma epidemia global.

O excesso de peso está relacionado a aumento no risco cardiovascular, além de desenvolvimento de muitos tipos de câncer. Já a ausência de excesso de gordura corporal teve um efeito preventivo do câncer em muitas neoplasias malignas, incluindo adenocarcinoma esofágico, cárdia e colorretal, hepatocelular, endometrial, ovariana, vesícula biliar, pancreática, renal, tireóide e câncer de mama pós-menopausa, mieloma múltiplo e meningioma.

A triagem de pacientes com tais condições pode permitir aconselhamento sobre riscos à saúde, mudanças no estilo de vida, tratamento apropriado da obesidade e redução nos fatores de riscos. O método mais amplamente utilizado para determinar a obesidade é o índice de massa corporal (IMC), definido pelo peso dividido pela altura ao quadrado (peso [em kg] /altura [em m]²). IMC igual ou maior do que 25 a 29 kg/m², caracteriza sobrepeso; IMC igual ou maior do que 30 kg/m², obesidade.

No Brasil, dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 (PNS 2013) mostraram que o sobrepeso aumenta com a idade até a faixa de 55 a 64 anos, sendo estimado que mais da metade da população apresentava excesso de peso. A partir dos 65 anos de idade, observa-se um declínio da prevalência do excesso de peso, tanto no sexo masculino quanto no feminino, sendo mais acentuada nos homens. Obesidade (IMC igual ou maior que 30 kg/m²) foi identificada em 16,8% dos homens e 24,4% das mulheres.

Na CASSI, são adotados os critérios propostos pela OMS em 2000 para a classificação do peso de acordo com o IMC, que estabelece associação com risco de comorbidades.

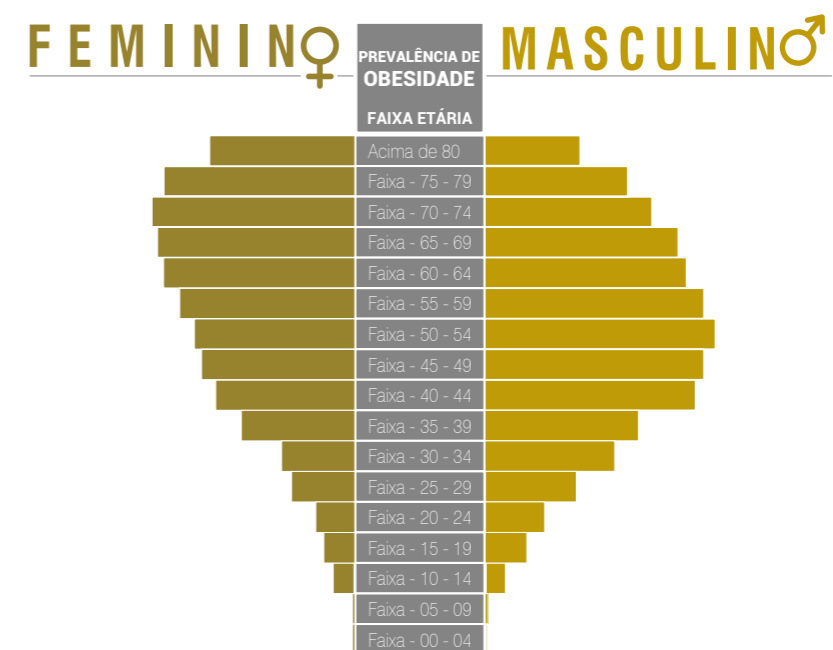
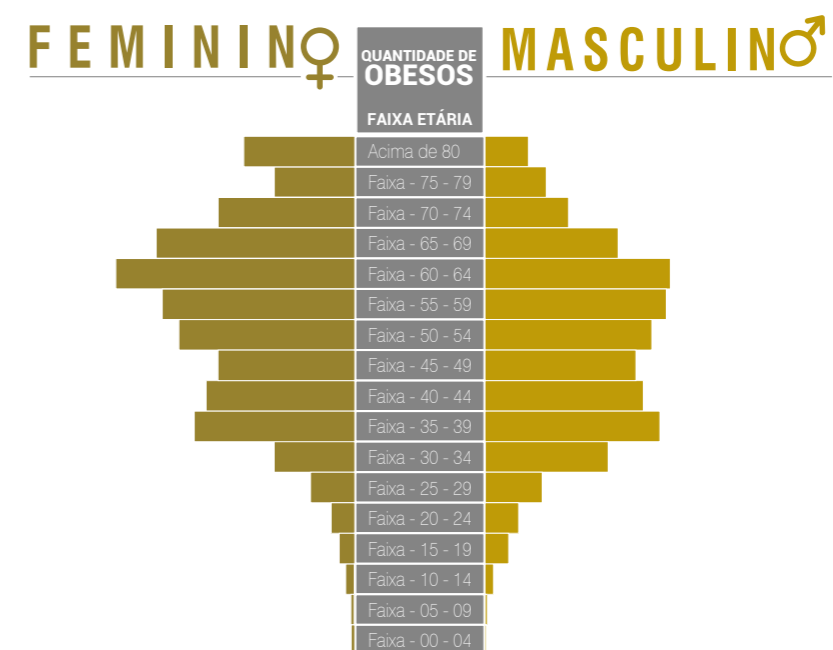
De acordo com tais parâmetros, verificou-se aumento de 0,5% na população adulta obesa cadastrada na ESF, comparando 2017 a 2016 (quadro 10). A prevalência de obesidade nessa população, considerando CID registrado, foi de 11,22%. Em adultos, o apurado para o Brasil em 2017 foi de 18,9% enquanto que para a CASSI ESF foi 12,6% (quadro 11).

Quadro 10: Evolução da população obesa na Estratégia Saúde da Família por UF 2016/17

OBESIDADE POPULAÇÃO ESF											
UF	2016			2017			% - 2017/16			PARTICIPAÇÃO 2017	PREVALÊNCIA 2017
	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL	%F	%M	%T		
AC	6	12	18	6	13	19	0,0%	8,3%	5,6%	0,09%	1,77%
AL	188	209	397	198	227	425	5,3%	8,6%	7,1%	2,09%	10,94%
AM	34	52	86	43	58	101	26,5%	11,5%	17,4%	0,50%	8,35%
AP	60	62	122	78	75	153	30,0%	21,0%	25,4%	0,75%	18,50%
BA	631	571	1.202	544	516	1.060	-13,8%	-9,6%	-11,8%	5,21%	8,45%
CE	459	464	923	457	461	918	-0,4%	-0,6%	-0,5%	4,51%	14,27%
DF	891	841	1.732	925	863	1.788	3,8%	2,6%	3,2%	8,79%	12,30%
ES	128	144	272	134	147	281	4,7%	2,1%	3,3%	1,38%	7,29%
GO	287	334	621	311	379	690	8,4%	13,5%	11,1%	3,39%	13,41%
MA	350	329	679	340	325	665	-2,9%	-1,2%	-2,1%	3,27%	18,29%
MG	691	721	1.412	648	699	1.347	-6,2%	-3,1%	-4,6%	6,62%	11,57%
MS	163	166	329	157	158	315	-3,7%	-4,8%	-4,3%	1,55%	8,10%
MT	155	196	351	154	195	349	-0,6%	-0,5%	-0,6%	1,71%	13,92%
PA	196	252	448	190	248	438	-3,1%	-1,6%	-2,2%	2,15%	11,23%
PB	281	288	569	278	286	564	-1,1%	-0,7%	-0,9%	2,77%	10,91%
PE	538	544	1.082	552	557	1.109	2,6%	2,4%	2,5%	5,45%	12,09%
PI	191	260	451	199	261	460	4,2%	0,4%	2,0%	2,26%	12,27%
PR	568	509	1.077	580	533	1.113	2,1%	4,7%	3,3%	5,47%	8,61%
RJ	1.023	815	1.838	1.000	803	1.803	-2,2%	-1,5%	-1,9%	8,86%	14,02%
RN	208	219	427	192	190	382	-7,7%	-13,2%	-10,5%	1,88%	9,77%
RO	41	67	108	34	60	94	-17,1%	-10,4%	-13,0%	0,46%	10,25%
RR	28	37	65	28	35	63	0,0%	-5,4%	-3,1%	0,31%	8,47%
RS	616	588	1.204	606	591	1.197	-1,6%	0,5%	-0,6%	5,88%	9,27%
SC	332	310	642	332	313	645	0,0%	1,0%	0,5%	3,17%	8,33%
SE	190	210	400	185	202	387	-2,6%	-3,8%	-3,3%	1,90%	10,11%
SP	1.938	1.844	3.782	1.992	1.930	3.922	2,8%	4,7%	3,7%	19,27%	12,51%
TO	6	12	18	22	40	62	266,7%	233,3%	244,4%	0,30%	6,10%
TOTAL	10.199	10.056	20.255	10.185	10.165	20.350	-0,1%	1,1%	0,5%	100,00%	11,22%

Fonte: CASSI/GS/DIS – Sistema Operacional CASSI – SOC – Prontuário Eletrônico do Paciente CASSI (2017)

Gráfico 12: Obesos CASSI/ESF por faixa etária e sexo em 2017



Fonte: CASSI/GS/DIS – Sistema Operacional CASSI – SOC – Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP CASSI (2017) – Quantidade é a distribuição de casos por faixa etária

Quadro 11: Prevalência de Obesidade e Sobrepeso no Brasil e CASSI/ESF por Faixa Etária de adultos

FAIXA ETÁRIA	CASSI ESF - OBESIDADE		BRASIL (2016)		BRASIL (2017)	
	2016	2017	OBESIDADE	SOBREPESO	OBESIDADE	SOBREPESO
Faixa - 18 – 24	4,0%	4,0%	8,5%	30,3%	9,2%	32,1%
Faixa - 25 – 29	7,5%	7,7%	17,1%	50,3%	16,5%	50,0%
Faixa - 30 – 34						
Faixa - 35 – 39	12,0%	12,2%	22,5%	61,1%	22,3%	60,9%
Faixa - 40 – 44						
Faixa - 45 – 49	15,3%	15,3%	22,8%	62,4%	23,3%	61,6%
Faixa - 50 – 54						
Faixa - 55 – 59	15,8%	15,8%	22,9%	62,4%	22,6%	61,0%
Faixa - 60 – 64						
Faixa - 65 – 69	14,2%	14,1%	20,3%	57,7%	20,3%	59,6%
Faixa - 70 – 74						
Faixa - 75 – 79						
Acima de 80						
PREVALÊNCIA (≥ 18 anos)	12,4%	12,6%	18,9%	53,8%	18,9%	54,0%

Fonte: CASSI/GS/DIS – Sistema Operacional CASSI – SOC – Prontuário Eletrônico do Paciente CASSI (2016 e 2017) MS/SVS/CGDANT - VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (2016 e 2017).

Nota: Percentual* de indivíduos com excesso de peso (IMC ≥ 25 kg/m²) no conjunto da população adulta (≥ 18 anos) das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade. Vigitel, 2017

5.5. COMORBIDADES RELACIONADAS AO RISCO CARDIOVASCULAR

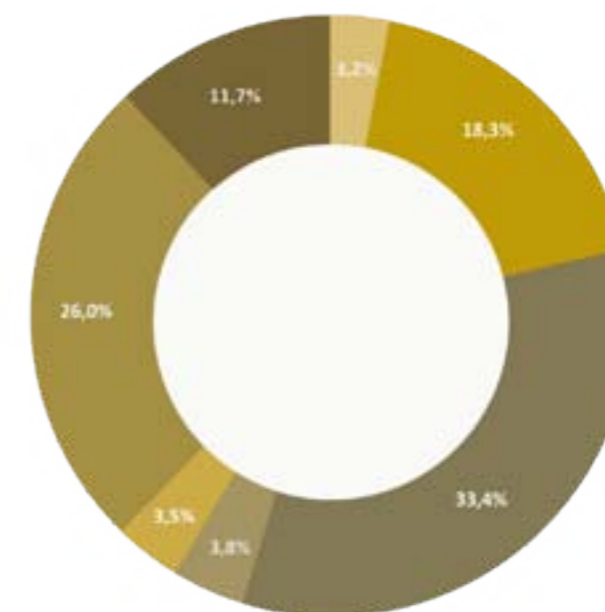
A definição de comorbidades costuma alterar-se de acordo com a perspectiva, sendo comumente aceito o entendimento de coexistência de outros agravos em relação a uma condição, ou condições em estudo.

Embora a hipertensão esteja associada a um aumento relativo do risco cardiovascular, independentemente de outros fatores, o risco absoluto depende da idade e de outros fatores de risco cardiovascular. A associação entre condições crônicas e fatores de risco, incluindo doença arterial coronariana (DAC) estabelecida, outras doenças ateroscleróticas, diabetes mellitus tipo 2 e apneia do sono, coloca os pacientes em uma categoria de alto risco para a mortalidade subsequente. Em pacientes com DAC, a prevalência de dislipidemia é maior do que na população geral.

Foi identificada, neste estudo, uma alta prevalência de condições associadas a maior risco cardiovascular nos participantes cadastrados na ESF. A existência de combinações de morbidades e comorbidades, como aspecto clínico, evidenciam a importância do rastreamento e diagnóstico de fatores de risco cardiovasculares, auxiliando na avaliação de risco para eventos cardiovasculares e, conseqüentemente, na orientação para uma abordagem terapêutica mais adequada para fazer frente à realidade diagnosticada, buscando redução na ocorrência de eventos cardiovasculares futuros e oferecendo benefícios relevantes à saúde dos participantes.

Na população ESF, um subgrupo de 70.015 pessoas apresenta algum tipo de condição crônica cardiovascular. Essa quantidade representa 38,6% de toda a população cadastrada na Estratégia. Observando essa população de forma mais detalhada constata-se que 45%, com doença crônica cardiovascular, tem mais de uma morbidade relacionada e, 11,7%, tem as três condições crônicas que aumentam substancialmente o risco Cardiovascular.

Gráfico 13: Número de casos de comorbidades cardiovasculares na população ESF em 2017



COMORBIDADES NOS PARTICIPANTES DA ESF NO ANO DE 2017

2.241	DIABÉTICOS
12.823	HIPERTENSOS
23.402	DISLIPIDÊMICO
2.684	DIABÉTICOS/HIPERTENSOS
2.419	DIABÉTICOS/DISLIPIDÊMICOS
18.229	HIPERTENSOS/DISLIPIDÊMICOS
8.217	DIABÉTICOS/HIPERTENSOS/DISLIPIDÊMICOS

Fonte: CASSI/GS/DIS – Sistema Operacional CASSI – SOC – Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP CASSI (2017)

No caso da Diabetes Mellitus, 14,4% tem apenas essa condição; ou seja, 85,6% dos diabéticos possuem ao menos mais uma morbidade. Observou-se que 17,3% dos diabéticos são também hipertensos; 15,6% são diabéticos e dislipidêmicos; e mais da metade dos diabéticos (52,8%) apresentam hipertensão e dislipidemia associadas.

Entre os participantes com Hipertensão Arterial Sistêmica, 69,4% têm uma ou mais condições associadas: 6,4% apresentam diabetes como comorbidade; 43,4%, dislipidemia; e 19,6% são também diabéticos e dislipidêmicos.

Por fim, os dislipidêmicos com mais de uma morbidade são 55,2% do total: 34,9% têm, também, hipertensão; 4,6% diabetes; e 15,7% dos dislipidêmicos têm, também, as outras duas morbidades.

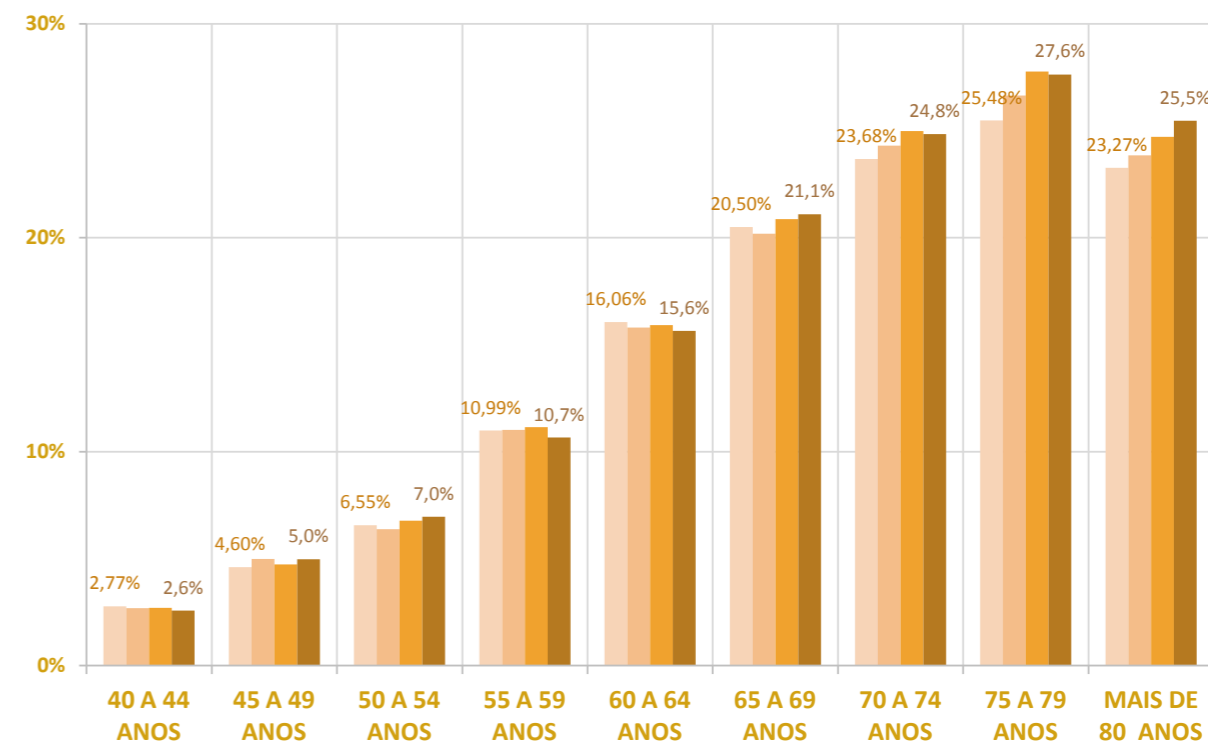
Quadro 12: Número de casos de comorbidades cardiovasculares na população CASSI/ESF por Faixa Etária - 2017

FAIXA ETÁRIA	DM + HAS + DIS		DM + HAS		DM + DIS		HAS + DIS	
	FEMININO	MASCULINO	FEMININO	MASCULINO	FEMININO	MASCULINO	FEMININO	MASCULINO
Abaixo de 01	-	-	-	-	-	-	-	-
Faixa - 01 – 04	-	-	-	-	-	-	-	-
Faixa - 05 – 09	-	-	-	-	-	-	-	-
Faixa - 10 – 14	-	-	-	-	2	-	1	-
Faixa - 15 – 19	-	-	-	-	3	-	-	4
Faixa - 20 – 24	-	-	-	1	5	2	2	4
Faixa - 25 – 29	-	1	1	4	2	6	4	17
Faixa - 30 – 34	1	11	6	21	8	24	18	100
Faixa - 35 – 39	13	26	23	49	34	53	80	244
Faixa - 40 – 44	22	57	52	93	47	101	117	318
Faixa - 45 – 49	54	136	89	191	95	225	287	681
Faixa - 50 – 54	134	258	194	341	213	400	701	1.073
Faixa - 55 – 59	318	503	431	650	494	714	1.364	1.725
Faixa - 60 – 64	671	862	872	1.071	969	1.102	2.424	2.604
Faixa - 65 – 69	686	780	892	1.005	880	954	2.199	2.053
Faixa - 70 – 74	590	640	745	844	732	769	1.736	1.747
Faixa - 75 – 79	511	618	677	795	586	717	1.450	1.575
Acima de 80	754	571	1.069	785	855	644	2.369	1.549
Total por sexo	3.754	4.463	5.051	5.850	4.925	5.711	12.752	13.694
Total por Agravo	8.217		10.901		10.636		26.446	

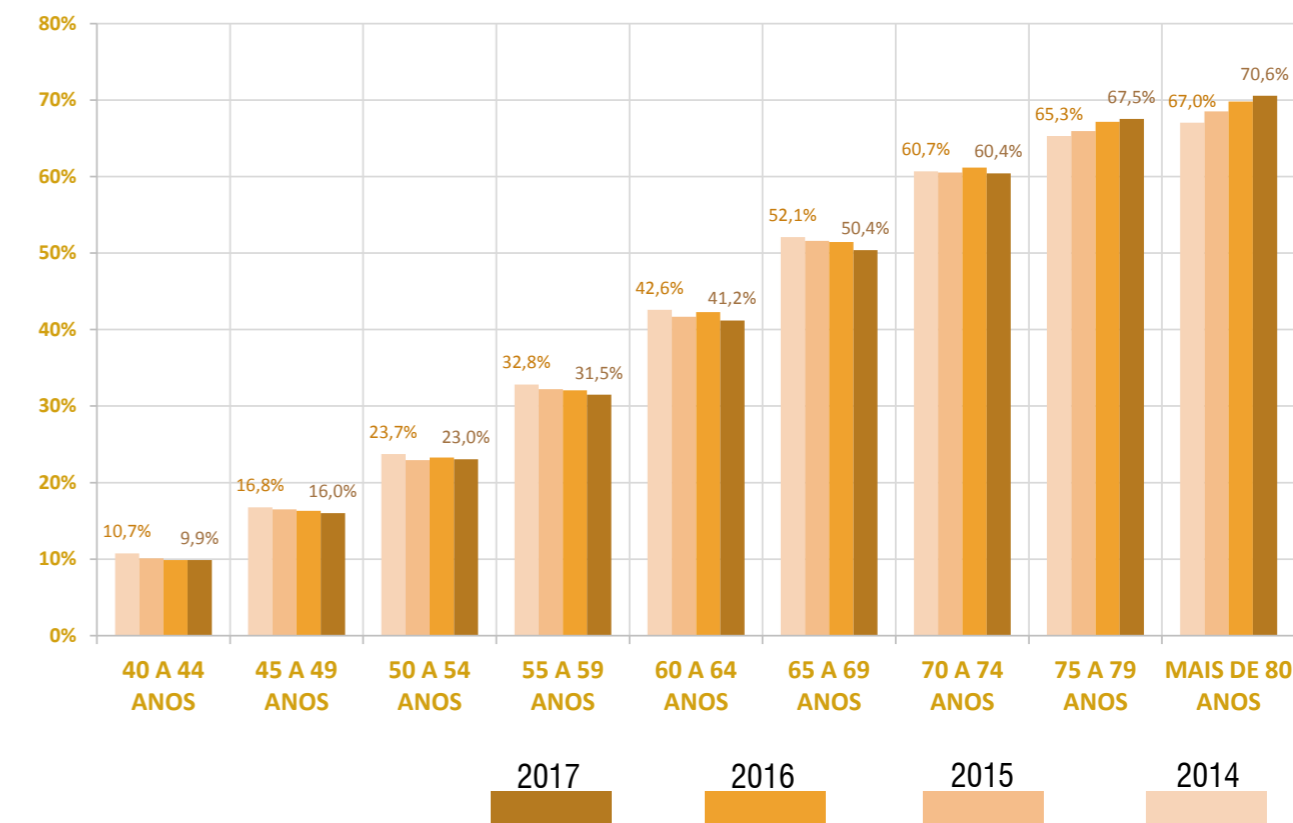
Fonte: CASSI/GS/DIS – Sistema Operacional CASSI – SOC – Prontuário Eletrônico do Paciente CASSI (2017)
DM: Diabetes Mellitus; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DIS: Dislipidemia.

Gráfico 14: Evolução dos casos de comorbidades cardiovasculares na população ESF de 2014 a 2017

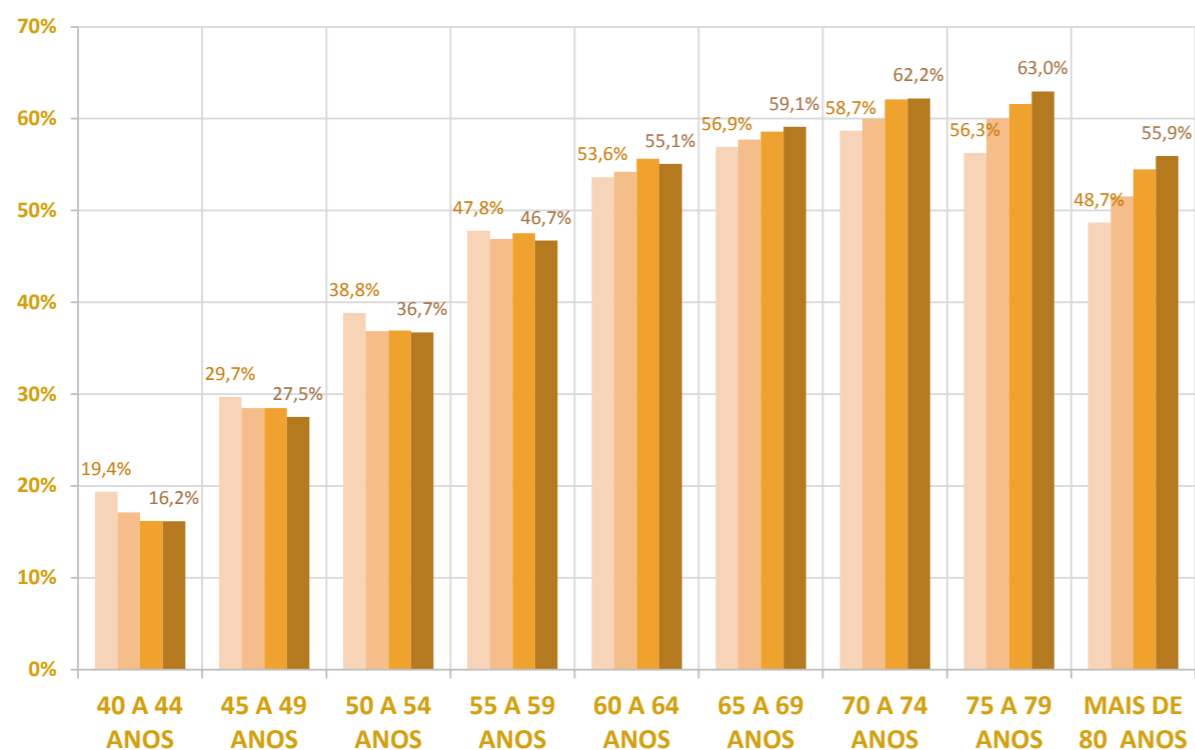
EVOLUÇÃO DA PREVALÊNCIA DE DIABETES MELLITUS POR FAIXA ETÁRIA DE 2014 A 2017 (40 anos ou mais)



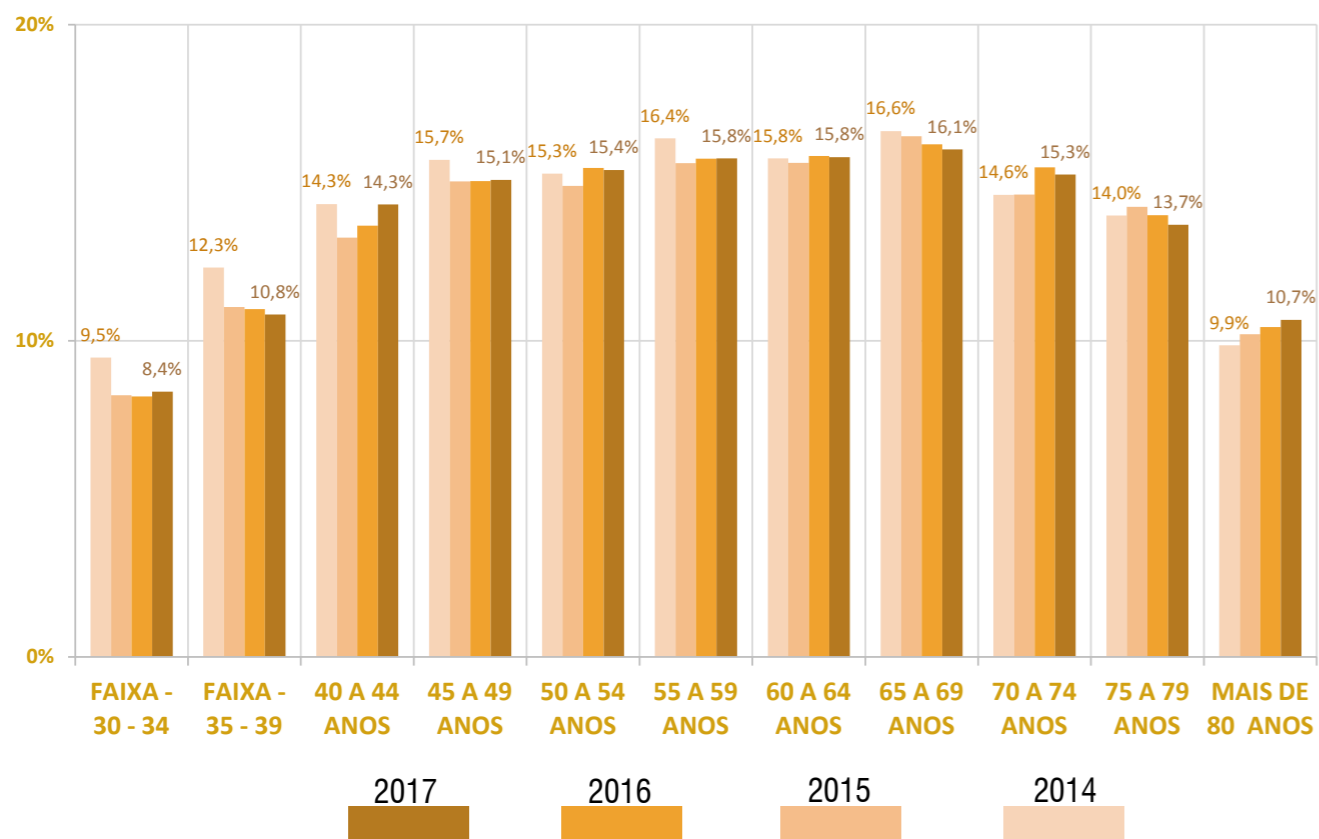
EVOLUÇÃO DA PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA POR FAIXA ETÁRIA DE 2014 A 2017 (40 anos ou mais)



EVOLUÇÃO DA PREVALÊNCIA DE DISLIPIDEMIA POR FAIXA ETÁRIA DE 2014 A 2017 (40 anos ou mais)



EVOLUÇÃO DA PREVALÊNCIA DE OBESIDADE POR FAIXA ETÁRIA DE 2014 A 2017 (30 anos ou mais)



Fonte: CASSI/GS/DIS – Sistema Operacional CASSI – SOC – Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP CASSI (2014 a 2017)

5.6. NEOPLASIAS MALIGNAS

O fenômeno da transição demográfica e as alterações nos hábitos de vida têm sido acompanhados de aumento nos fatores de risco de surgimento de câncer, como tabagismo, excesso de peso, inatividade física e mudanças nos padrões reprodutivos associados à urbanização e desenvolvimento econômico. Ainda, uma das principais condições associadas a maior prevalência de neoplasias é o envelhecimento.

A despeito do amplo investimento em pesquisas e dos avanços decorrentes no tratamento do câncer, este ainda é causa significativa de mortalidade; em algumas localidades, populações e grupos etários pode até ultrapassar as condições cardiovasculares. Trata-se de condição de elevado impacto na qualidade de vida, alta taxa de morbimortalidade e, ainda, seu tratamento contribui significativamente para o desequilíbrio da sustentabilidade dos sistemas de saúde, decorrente dos custos crescentes associados a tecnologias cada vez mais sofisticadas e incorporadas, muitas vezes, de forma acrítica. A existência de evidências quanto à possibilidade de prevenção de uma grande parte das neoplasias, por meio de intervenção em fatores de risco ambientais e de estilo de vida, além da redução de mortalidade com tratamento precoce mais efetivo, por meio do rastreamento de alguns tipos frequentes de câncer, demonstra a relevância de monitorar tais condições para conhecer as tendências relacionadas à etiologia e promover ações de controle e pesquisa adequadas.

Em 2012, havia cerca de 14 milhões de novos casos e 8,2 milhões de mortes relacionadas com câncer. Nos países ditos desenvolvidos, há predominância de cânceres associados a fatores de urbanização (pulmão, mama, próstata, colorretal). Já em países em desenvolvimento, ainda há elevada prevalência de neoplasias relacionadas a infecções (colo do útero, fígado, estômago).

No Brasil, observam-se taxas de incidência ajustadas por idade consideradas intermediárias, aproximando-se do padrão de países desenvolvidos, porém ainda com uma ocorrência significativa de câncer de colo de útero, estômago e esôfago. Estima-se, para o biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (cerca de 170 mil casos novos), ocorrerão 420 mil casos novos de câncer.

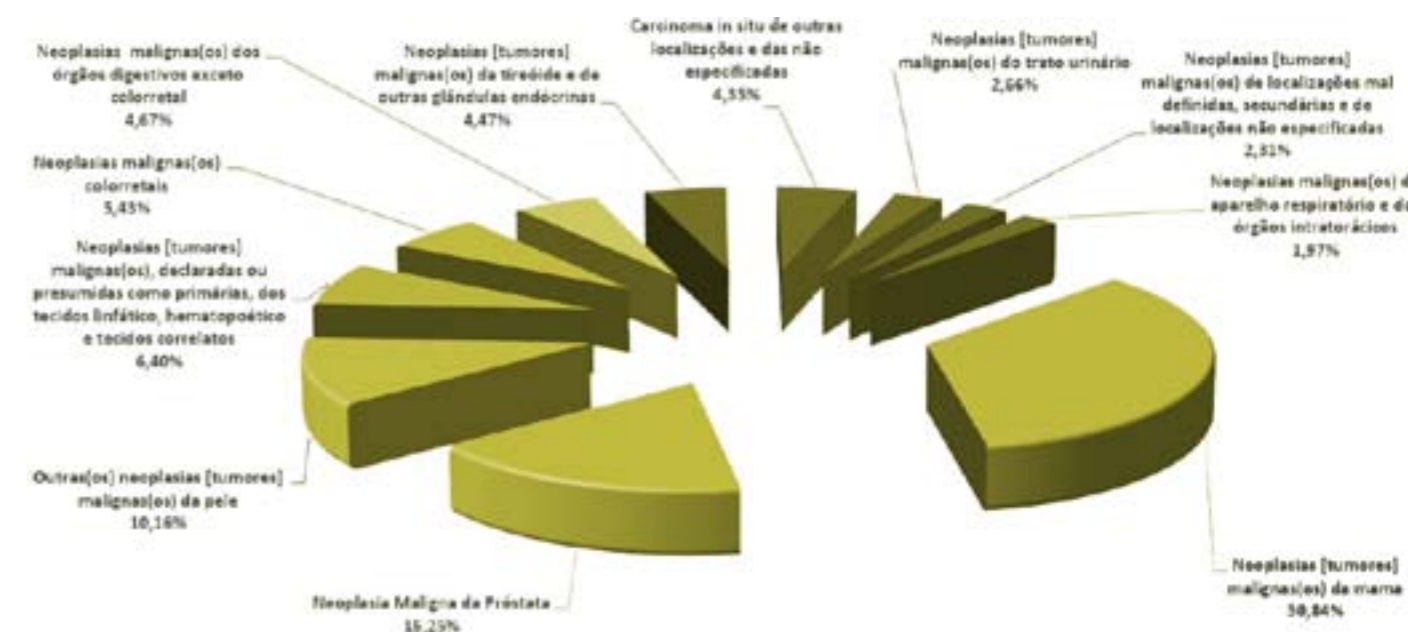
O quadro 13 demonstra que, de 2016 para 2017, manteve-se a tendência já identificada anteriormente de aumento no número de participantes com diagnóstico de neoplasias malignas, distribuídos por UF e gênero.

Quadro 13: Evolução do número de participantes com neoplasias malignas na população da Estratégia Saúde da Família por UF 2016/17

UF	2016			2017			Δ % - 2017/16			PARTICIPAÇÃO 2017	PREVALÊNCIA 2017
	FEMININO	MASCULINO	TOTAL	FEMININO	MASCULINO	TOTAL	%F	%M	%T		
AC	-	1	1	-	2	2	0,0%	100,0%	100,0%	0,05%	0,19%
AL	36	26	62	38	28	66	5,6%	7,7%	6,5%	1,53%	1,70%
AM	11	6	17	15	5	20	36,4%	-16,7%	17,6%	0,46%	1,65%
AP	7	3	10	9	6	15	28,6%	100,0%	50,0%	0,35%	1,81%
BA	154	132	286	161	124	285	4,5%	-6,1%	-0,3%	6,60%	2,27%
CE	117	90	207	120	101	221	2,6%	12,2%	6,8%	5,12%	3,44%
DF	130	78	208	147	84	231	13,1%	7,7%	11,1%	5,35%	1,59%
ES	33	22	55	47	24	71	42,4%	9,1%	29,1%	1,65%	1,84%
GO	43	47	90	56	65	121	30,2%	38,3%	34,4%	2,80%	2,35%
MA	41	23	64	45	24	69	9,8%	4,3%	7,8%	1,60%	1,90%
MG	129	100	229	136	101	237	5,4%	1,0%	3,5%	5,49%	2,04%
MS	27	23	50	32	23	55	18,5%	0,0%	10,0%	1,27%	1,41%
MT	31	10	41	28	10	38	-9,7%	0,0%	-7,3%	0,88%	1,52%
PA	38	28	66	37	33	70	-2,6%	17,9%	6,1%	1,62%	1,79%
PB	63	42	105	63	51	114	0,0%	21,4%	8,6%	2,64%	2,21%
PE	127	110	237	145	122	267	14,2%	10,9%	12,7%	6,19%	2,91%
PI	41	38	79	42	37	79	2,4%	-2,6%	0,0%	1,83%	2,11%
PR	216	158	374	244	161	405	13,0%	1,9%	8,3%	9,38%	3,13%
RJ	173	115	288	207	124	331	19,7%	7,8%	14,9%	7,67%	2,57%
RN	59	49	108	84	68	152	42,4%	38,8%	40,7%	3,52%	3,89%
RO	3	1	4	5	-	5	66,7%	-100,0%	25,0%	0,12%	0,55%
RR	2	3	5	2	3	5	0,0%	0,0%	0,0%	0,12%	0,67%
RS	146	123	269	163	138	301	11,6%	12,2%	11,9%	6,97%	2,33%
SC	129	126	255	141	134	275	9,3%	6,3%	7,8%	6,37%	3,55%
SE	60	35	95	64	38	102	6,7%	8,6%	7,4%	2,36%	2,67%
SP	427	278	705	462	308	770	8,2%	10,8%	9,2%	17,84%	2,46%
TO	5	4	9	5	4	9	0,0%	0,0%	0,0%	0,21%	0,88%
TOTAL	2.248	1.671	3.919	2.498	1.818	4.316	11,1%	8,8%	10,1%	100,00%	2,38%

O quadro 14 e o gráfico 15 refletem a distribuição das neoplasias de acordo com o sítio de acometimento e a classificação dos diagnósticos mais comuns na população em análise (responsáveis por quase 90% dos casos). Observa-se predominância das neoplasias de próstata (15,25%, entre homens) e mama (30,84%, entre mulheres), reproduzindo o perfil esperado para o Brasil e países desenvolvidos. Ao contrário dos dados nacionais, na população estudada, não se observa ocorrência significativa de câncer de colo de útero, o que poderia estar relacionado a uma menor taxa de detecção, ou ainda, ao perfil comportamental da população.

Gráfico 15: Prevalência das principais neoplasias na população ESF em 2017



Fonte: CASSI/GS/DIS – Sistema Operacional CASSI – SOC – Prontuário Eletrônico do Paciente CASSI (2017)

Quadro 14: Casos de neoplasias malignas na população da Estratégia Saúde da Família e prevalência no ano de 2017

GRUPOS NEOPLASIAS	RANKING %	NÚMERO CASOS	POPULAÇÃO ACOMETÍVEL	PREVALÊNCIA
Neoplasias [tumores] malignas(os) da mama	30,84%	1.551	97.484	1,59%
Neoplasia Maligna da Próstata	15,25%	767	83.908	0,91%
Outras(os) neoplasias [tumores] malignas(os) da pele	10,16%	511	181.392	0,28%
Neoplasias [tumores] malignas(os), declaradas ou presumidas como primárias, dos tecidos linfático, hematopoético e tecidos correlatos	6,40%	322	181.392	0,18%
Neoplasias malignas(os) colorretais	5,43%	273	181.392	0,15%
Neoplasias malignas(os) dos órgãos digestivos exceto colorretal	4,67%	235	181.392	0,13%
Neoplasias [tumores] malignas(os) da tireoide e de outras glândulas endócrinas	4,47%	225	181.392	0,12%
Carcinoma in situ de outras localizações e das não especificadas	4,35%	219	181.392	0,12%
Neoplasias [tumores] malignas(os) do trato urinário	2,66%	134	181.392	0,07%
Neoplasias [tumores] malignas(os) de localizações mal definidas, secundárias e de localizações não especificadas	2,31%	116	181.392	0,06%
Neoplasias malignas(os) do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos	1,97%	99	181.392	0,05%
Outras(os) neoplasias [tumores] malignas(os)	11,47%	577	-	-
		5.029	181.392	2,77%

Fonte: CASSI/GS/DIS – Sistema Operacional CASSI – SOC – Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP CASSI (2017)

Nota: O número de casos considerados neste quadro representa o total de diagnósticos notificados, podendo um paciente ter mais de um diagnóstico de neoplasia maligna. A quantidade é maior do que no quadro anterior (13), por tratar apenas de número de pacientes.

5.7. SAÚDE MENTAL

A saúde mental é uma parte integrante e essencial da saúde. A constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma: “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade”. Uma implicação importante dessa definição é que a saúde mental é mais do que a ausência de transtornos mentais ou deficiências. Trata-se de um estado de bem-estar no qual um indivíduo realiza suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e é capaz de fazer contribuições à sua comunidade.

Saúde mental e bem-estar são fundamentais para nossa aptidão coletiva e individual, como entes capazes, para pensar, nos emocionar, interagir uns com os outros e ganhar e desfrutar da vida, lembra a organização.

Nesta base, a promoção, proteção e restauração da saúde mental podem ser consideradas como uma preocupação vital dos indivíduos, comunidades e sociedades em todo o mundo.

Segundo estimativa da OMS, os transtornos mentais atingem cerca de 700 milhões de pessoas no mundo e contabilizam cerca de 14% da carga global de doenças.

Dentre eles a maioria de casos se refere aos transtornos depressivos e transtornos de ansiedade (transtornos mentais comuns), que são altamente prevalentes na população. Estima-se que mais de 300 milhões de pessoas sofram de depressão, equivalente a 4,4% da população mundial. Relatório global lançado pela OMS aponta que o número de casos de depressão aumentou 18,4 % entre 2005 e 2015: são 322 milhões de pessoas em todo o mundo, a maioria mulheres. No Brasil, a depressão atinge 11,5 milhões de pessoas (5,8% da população), enquanto distúrbios relacionados à ansiedade afetam mais de 18,6 milhões de brasileiros (9,3% da população).

A depressão é também o elemento principal para o suicídio. No ano de 2015, estima-se que 788.000 pessoas morreram devido ao suicídio. Cerca de 1,5% de todas as mortes no mundo, trazendo-o para o topo das 20 principais causas de morte em 2015.

No Brasil entre 2000 e 2012 houve um aumento de 10,4% na quantidade de mortes, sendo mais de 30% em jovens. E se estima que, até 2020, haverá um incremento de até 50% no número anual de mortes por suicídios.

Além da depressão, a entidade indica que, pelo mundo, 264 milhões de pessoas sofrem com transtornos de ansiedade, uma média de 3,6%. O número representa uma alta de 15% em comparação a 2005.

O desafio é enorme. Uma em cada quatro pessoas no mundo sofrerá um agravo na saúde mental durante a vida. A depressão será a segunda maior causa de incidência de doenças em países de renda média e a terceira maior em países de baixa renda até 2030.

A prevalência de transtornos mentais continua a aumentar, causando efeitos consideráveis sobre a saúde das pessoas e consequências graves no campo socioeconômico no campo dos direitos humanos em todos os países.

A cada ano, os baixos níveis de informação e a falta de acesso a tratamentos para depressão e ansiedade levam a uma perda econômica global estimada em mais de um trilhão de dólares. O estigma associado a esses transtornos mentais também permanece elevado.

Quadro 15: Quantidade de eventos de CID F (transtornos mentais e comportamentais) na população ESF

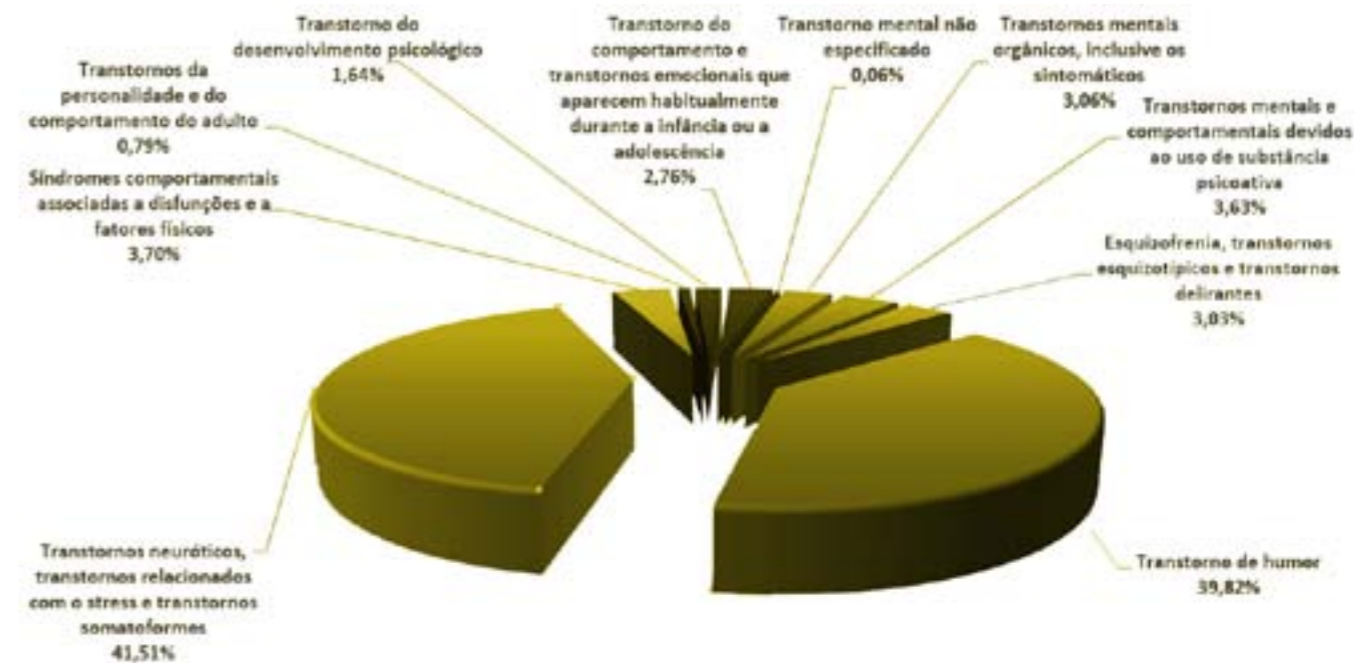
PARTICIPANTES CADASTRADOS NA ESF	2016		2017	
	182.213	% CID F	181.392	% CID F
NÚMERO DE EVENTOS DE CID F/POP ESF (DETECÇÃO)	24,23%	% ESF	25,89%	% ESF
Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	1.378	3,12%	1.439	3,06%
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa	1.724	3,90%	1.706	3,63%
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	1.371	3,11%	1.423	3,03%
Transtorno de humor	17.698	40,08%	18.706	39,82%
Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o stress e transtornos somatoformes	18.110	41,02%	19.498	41,51%
Síndromes comportamentais associadas a disfunções e a fatores físicos	1.624	3,68%	1.736	3,70%
Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto	343	0,78%	371	0,79%
Transtorno do desenvolvimento psicológico	661	1,50%	768	1,64%
Transtorno do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência	1.223	2,77%	1.295	2,76%
Transtorno mental não especificado	22	0,05%	29	0,06%
QUANTIDADE DE EVENTOS COM CID F REGISTRADOS NA ESF	44.154		46.971	

Fonte: CASSI/GS/DIS – Sistema Operacional CASSI – SOC – Prontuário Eletrônico do Paciente CASSI (2016 e 2017)

Observa-se, pela tabulação dos dados da população ESF/CASSI, que mesmo havendo uma redução absoluta nessa população, de 2016 para 2017, há um aumento no quantitativo dos principais eventos de sofrimento mental. Ou seja, o impacto desse aumento na saúde mental é mais do que proporcional, passando a representar 25,89% em 2017 frente aos 24,23% em 2016.

Existem, no PEP, 46.971 registros de CID do capítulo F (transtornos mentais e comportamentais - quadro 15), com destaque para os transtornos do humor (nos quais se classifica a depressão) e transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o stress e transtornos somatoformes (nos quais se encontram os diagnósticos de estresse e ansiedade) (gráfico 16).

Gráfico 16: Distribuição dos eventos com CID F (transtornos mentais e comportamentais) registrados na ESF no ano de 2017



Fonte: CASSI/GS/DIS – Sistema Operacional CASSI – SOC – Prontuário Eletrônico do Paciente CASSI (2017)

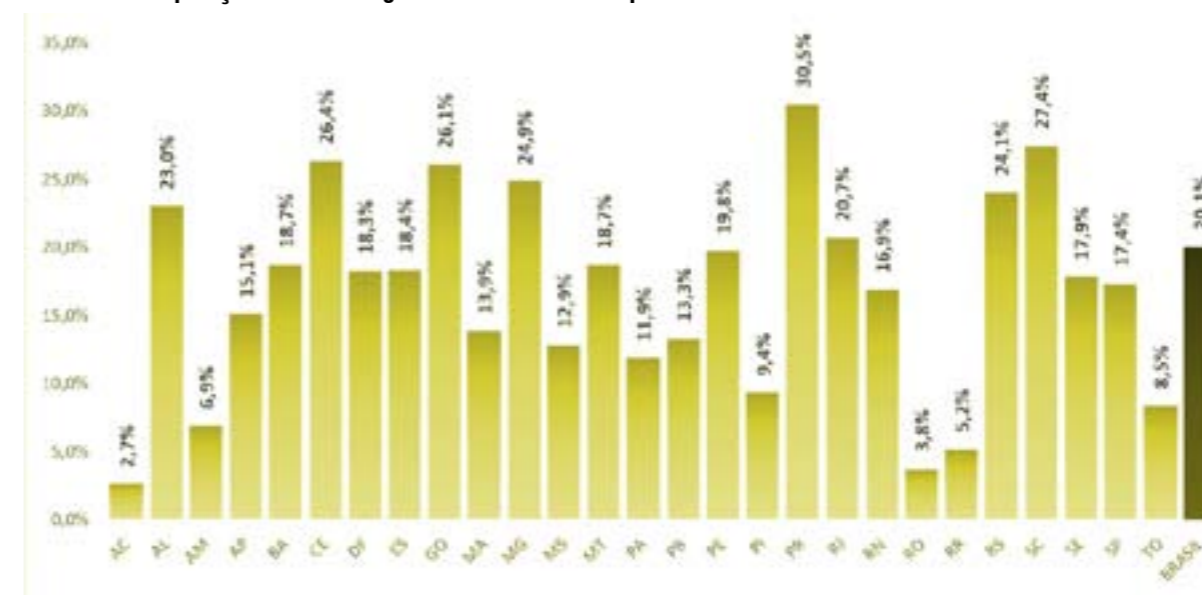
Quadro 16: Participantes cadastrados na ESF com algum episódio de CID F (transtornos mentais e comportamentais) por UF

UF	2016			2017		
	ESF	CID F 00 - 100	%	ESF	CID F 00 - 100	%
AC	1.064	29	2,73%	1.076	29	2,70%
AL	3.852	882	22,90%	3.884	895	23,04%
AM	1.159	69	5,95%	1.209	84	6,95%
AP	749	91	12,15%	827	125	15,11%
BA	12.726	2.437	19,15%	12.548	2.351	18,74%
CE	6.446	1.664	25,81%	6.432	1.697	26,38%
DF	14.775	2.434	16,47%	14.540	2.660	18,29%
ES	3.905	625	16,01%	3.854	708	18,37%
GO	5.133	1.292	25,17%	5.144	1.343	26,11%
MA	3.816	412	10,80%	3.635	505	13,89%
MG	12.398	2.871	23,16%	11.645	2.897	24,88%
MS	3.890	550	14,14%	3.891	501	12,88%
MT	2.578	455	17,65%	2.508	469	18,70%
PA	3.875	461	11,90%	3.900	465	11,92%
PB	5.168	673	13,02%	5.169	688	13,31%
PE	9.159	1.753	19,14%	9.174	1.815	19,78%
PI	3.751	333	8,88%	3.750	352	9,39%
PR	13.231	3.714	28,07%	12.933	3.943	30,49%
RJ	12.829	2.606	20,31%	12.857	2.666	20,74%
RN	3.815	641	16,80%	3.908	660	16,89%
RO	949	36	3,79%	917	35	3,82%
RR	738	40	5,42%	744	39	5,24%
RS	12.992	2.945	22,67%	12.913	3.107	24,06%
SC	7.302	2.029	27,79%	7.741	2.123	27,43%
SE	3.805	635	16,69%	3.827	684	17,87%
SP	31.015	5.119	16,50%	31.349	5.451	17,39%
TO	1.093	50	4,57%	1.017	86	8,46%
BRASIL	182.213	34.846	19,12%	181.392	36.378	20,05%

Fonte: CASSI/GS/DIS – Sistema Operacional CASSI – SOC – Prontuário Eletrônico do Paciente CASSI (2016 e 2017)

Na CASSI, 36.378 (20,05%) da população cadastrada na ESF apresenta registros de CID do capítulo F, ou seja, apresenta algum episódio de sofrimento psíquico. Destes, 39,82% sofrem de transtorno de humor e 41,51% de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o stress e transtornos somatoformes.

Gráfico 17: População ESF com algum transtorno mental por UF em 2017



Fonte: CASSI/GS/DIS – Sistema Operacional CASSI – SOC – Prontuário Eletrônico do Paciente CASSI (2017)

Verifica-se a ocorrência de episódios de transtornos mentais em mais de um quarto das populações ESF nas Unidades Paraná, Santa Catarina, Ceará e Goiás, acima da média nacional de 20,1% (30,5%, 27,4%, 26,4% e 26,1%, respectivamente). Também apresentam prevalências mais elevadas do que a média nacional as Unidades de Minas Gerais (24,9%), Alagoas (23,0%), Rio Grande do Sul (24,1%), Rio de Janeiro (20,7%), como demonstrado no gráfico 17.

6 ■ INFORMAÇÕES DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - PAF

O PAF é um benefício destinado aos participantes do Plano de Associados diagnosticados com doenças crônicas para as quais estejam previstas coberturas. Para os participantes dos Planos CASSI Família I e Funci CASSI a cobertura é exclusivamente para medicamentos oncológicos orais de uso domiciliar, definidos no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), não fazendo parte do benefício da Assistência Farmacêutica.

O PAF da CASSI se destaca por sua cobertura ampla e pela complexidade de sua operacionalização, que objetiva maior eficiência dos programas de saúde que contam com o suporte da assistência farmacêutica. O acompanhamento e a avaliação continuada das ações desenvolvidas são estratégias que contribuem para solidificar o modelo adotado pela CASSI.

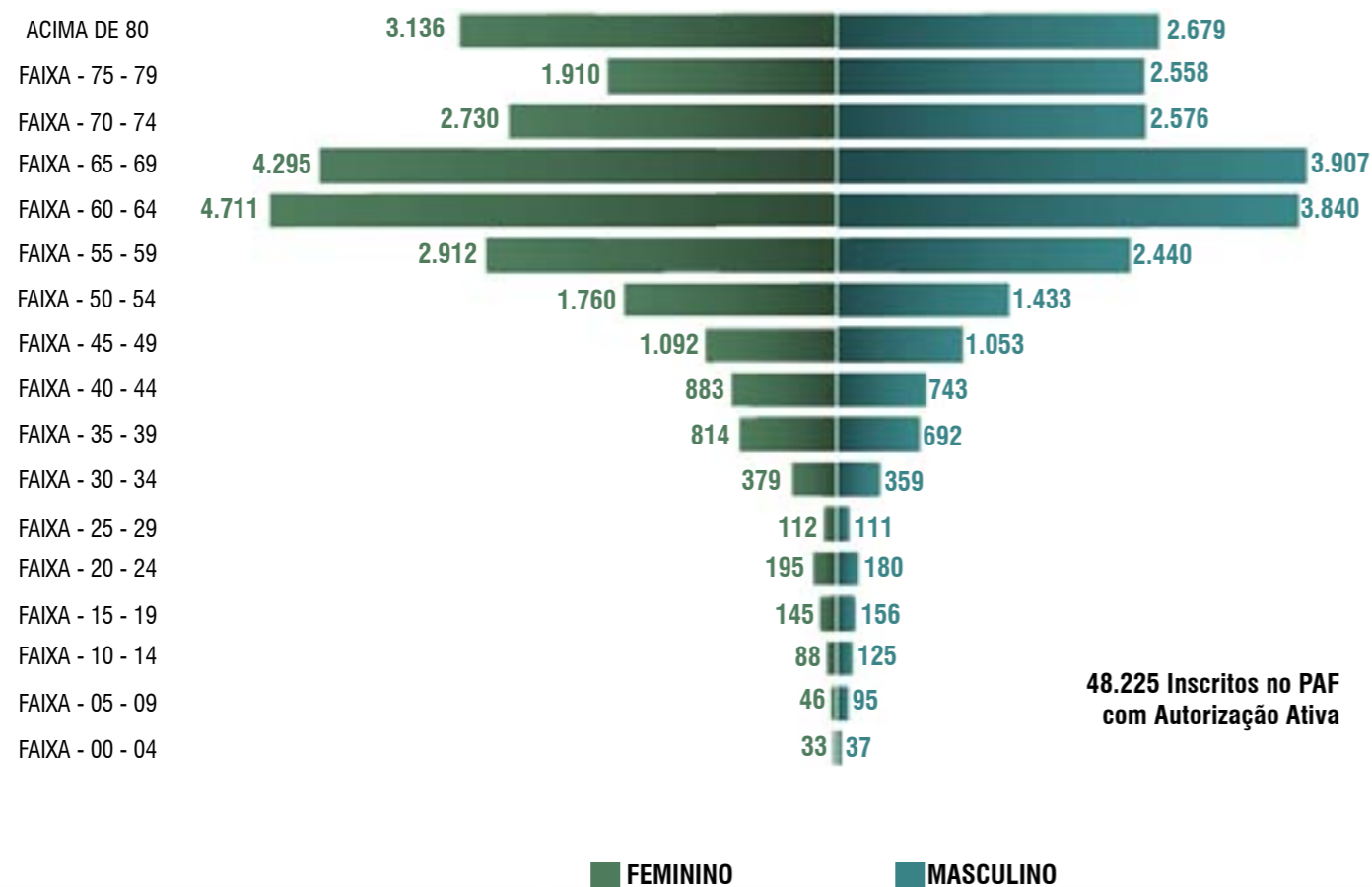
A sistematização do processo de autorização, controle das entregas e pagamento ao operador logístico, permitem a obtenção de dados, que possibilitam a construção de informações a respeito dos principais aspectos do Programa.

6.1. PERFIL POPULACIONAL DOS INSCRITOS NO PAF

A população do Programa oscila em função de novas inscrições, ou de exclusões. Para fins deste estudo, considerou-se o total de 48.225 participantes, como linha de corte, inscritos no mês de dezembro de 2017 e com autorização ativa. O gráfico a seguir, apresenta a distribuição da população PAF, segundo faixa etária e sexo.



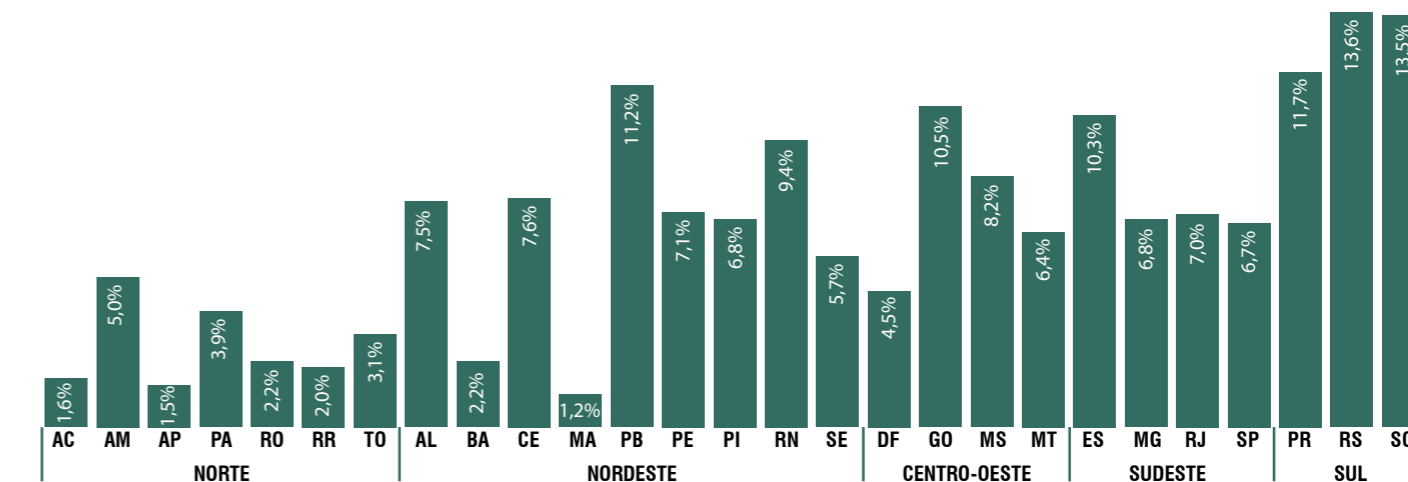
Gráfico 18 – Distribuição de Beneficiários do PAF por sexo e faixa etária – 2017



Fonte: SOC-CASSI PAF 2017

O gráfico a seguir, apresenta a distribuição da população PAF, segundo Unidade da Federação e Região em termos relativos à população total CASSI.

Gráfico 19 – Distribuição de Beneficiários do PAF proporcional à população CASSI por Unidade da Federação e Região – 2017

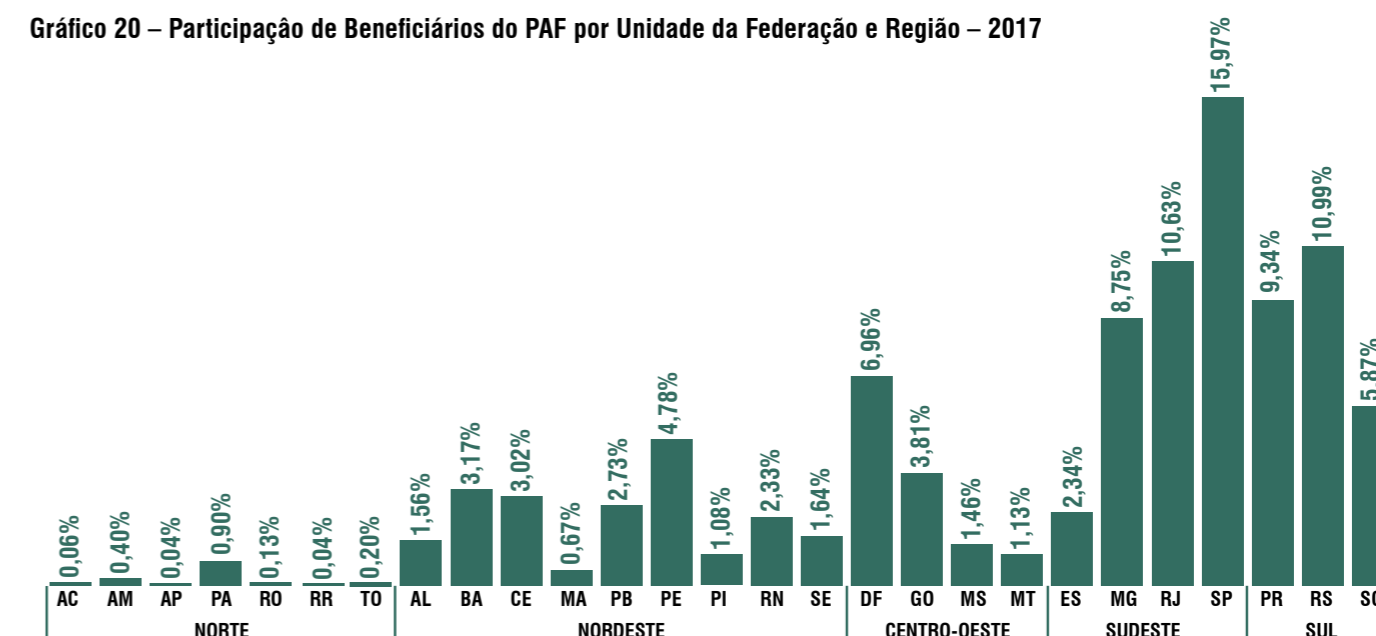


Fonte: SOC-CASSI PAF 2017

A população inscrita no PAF apresenta maior concentração na região Sul em relação à população CASSI. Aproximadamente 45 mil participantes (92,6%) possuem idades acima de 40 anos e as faixas etárias superiores (acima de 70 anos) concentram 32,3% da população total do Programa.

Há uma ligeira predominância do sexo feminino (52,3%) em termos comparativos absolutos, porém se considerarmos a demanda relativa das populações totais CASSI, a masculina tem 7,2% no PAF e a feminina 6,7%.

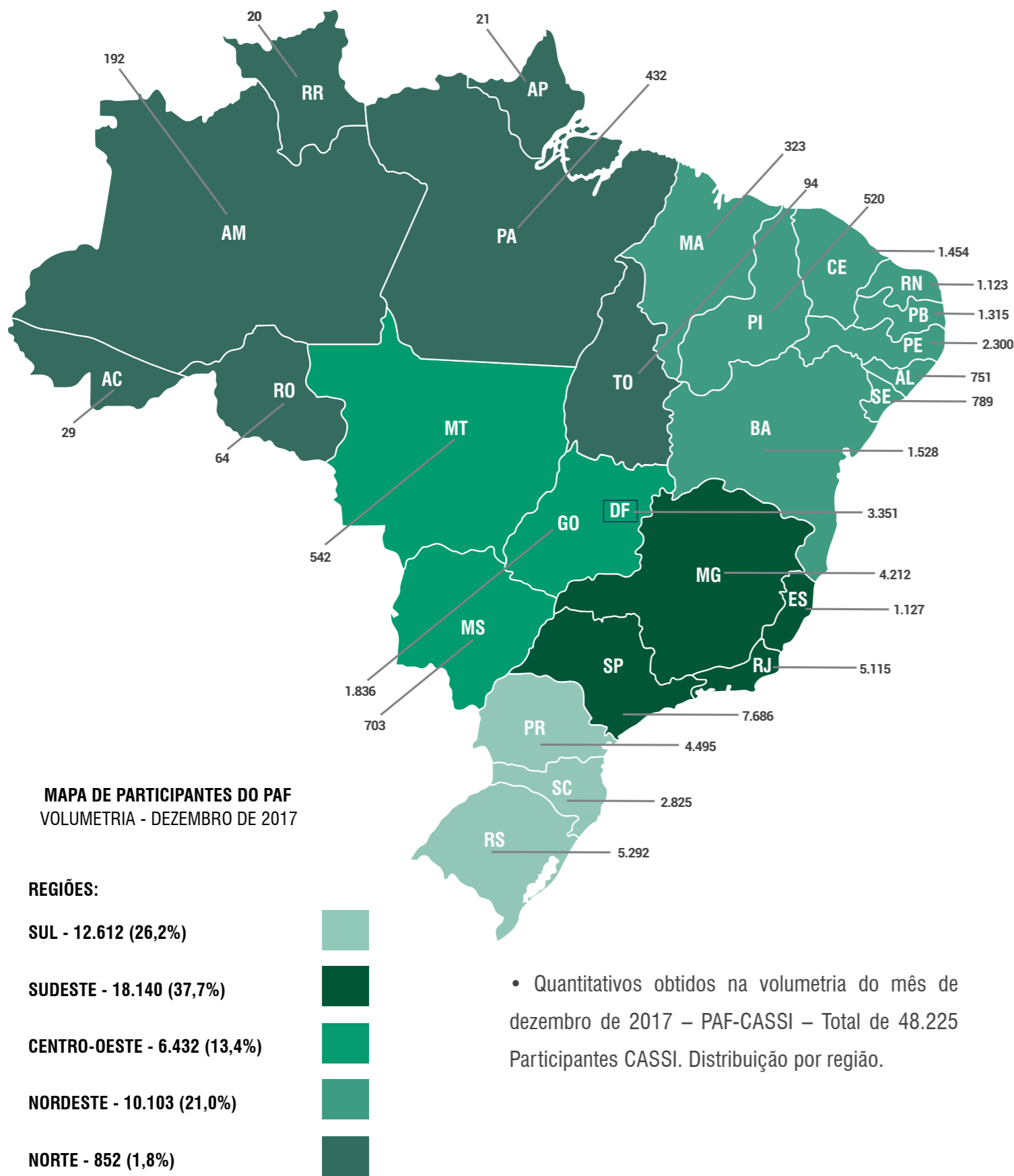
Gráfico 20 – Participação de Beneficiários do PAF por Unidade da Federação e Região – 2017



Fonte: SOC-CASSI PAF 2017

Segundo a distribuição por UF, destacam-se as Unidades São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, que concentram aproximadamente 38% da população de inscritos, conforme demonstrado no gráfico 20.

Figura 1 – Mapa de distribuição dos participantes do PAF por UF e Região



Fonte: SOC-CASSI PAF 2017

6.2. PERFIL DE CONSUMO DO PAF

As autorizações, para o uso do benefício, obedecem a avaliação de pelo menos três critérios técnicos: confirmação da condição crônica, pertinência técnica do medicamento prescrito e existência do item na lista de medicamentos da CASSI.

As prescrições podem ser originadas por médicos do quadro próprio da CASSI ou não. No caso dos participantes cadastrados na ESF, mesmo quando as prescrições são realizadas por médicos da rede credenciada, as autorizações são feitas pelos Médicos de Família, no contexto da Coordenação de Cuidados. Para os participantes residente fora da área de abrangência das CliniCASSI, as autorizações são feitas por meio de perícia documental, realizadas pelos Médicos Peritos e, eventualmente, por outros profissionais médicos do quadro próprio.

6.3. PERFIL DE AGRAVO DA POPULAÇÃO INSCRITA

Os principais agravos atendidos pelo PAF, em termos de volume de dispensação, com mais de 90% do total, são as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, doenças do aparelho circulatório, transtornos mentais e comportamentais, doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, doenças do aparelho digestivo e doenças do aparelho geniturinário.

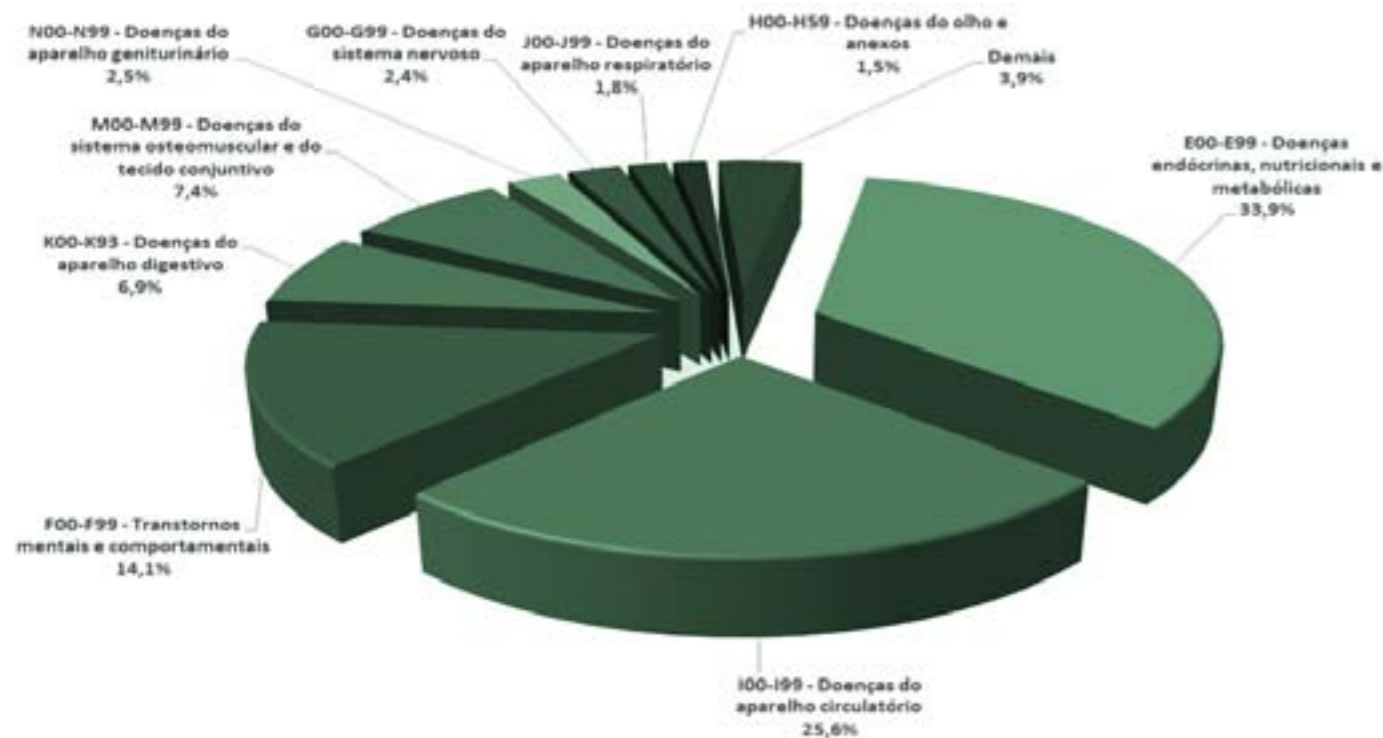
Tabela 1 – Distribuição da quantidade de registros CID categorizados, para os participantes ativos com autorização PAF em 2017 - Brasil

PAF - CID POR CATEGORIA	INSCRITOS PAF COM ATORIZAÇÃO			PAF QUANTIDADE DE EVENTOS		
	FEMININO	MASCULINO	TOTAL	FEMININO	MASCULINO	TOTAL
Dislipidemia	10.329	11.011	21.340	10.494	11.227	21.721
Hipertensão	9.597	11.428	21.025	9.646	11.507	21.153
Diabetes mellitus	3.745	5.157	8.902	4.030	5.621	9.651
Transtorno de humor	5.763	2.668	8.431	6.146	2.883	9.029
Doenças do esôfago, do estômago e do duodeno	4.104	3.328	7.432	4.126	3.352	7.478
Transtornos da glândula tireoide	4.207	1.622	5.829	4.216	1.625	5.841
Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o stress e transtornos somatoformes	3.116	1.655	4.771	3.190	1.705	4.895
Artropatias	2.712	1.850	4.562	2.815	1.959	4.774
Doenças isquêmicas do coração	1.029	2.753	3.782	1.068	2.922	3.990
Osteopatias e condropatias	2.864	405	3.269	2.877	405	3.282
Doenças dos órgãos genitais masculinos	-	2.459	2.459	-	2.459	2.459
Outras formas de doença do coração	932	1.230	2.162	963	1.301	2.264
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	928	851	1.779	973	879	1.852
Glaucoma	705	1.005	1.710	713	1.019	1.732
Neoplasias [tumores] malignas(os) da mama	1.427	10	1.437	1.434	10	1.444
Transtornos episódicos e paroxísticos	555	473	1.028	570	490	1.060
Distúrbios metabólicos	190	751	941	192	754	946
Outras doenças degenerativas do sistema nervoso	550	339	889	562	350	912
Doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares	807	920	1.727	813	929	1.742
Demais eventos				4.010	3.812	7.822

Fonte: SOC/CASSI - Número de tratamentos disponibilizados – Não reflete o número de participantes inscritos no PAF, pois muitos destes sofrem de mais de um dos agravos do quadro.

Dentre os participantes que utilizam medicamento, a Dislipidemia é a que representa maior percentual (44,3%), seguida da Hipertensão Arterial (43,6%), do Diabetes Mellitus (18,5%) e Transtorno de humor (17,5%).

Gráfico 21 – Distribuição da quantidade de registros CID categorizados, para os participantes ativos com autorização PAF em 2017 - Brasil



Fonte: SOC/CASSI - Número de tratamentos disponibilizados – não reflete o número de participantes inscritos no PAF, pois muitos destes sofrem de mais de um dos agravos.

Do total de autorizações, mais de 80% estão concentradas em Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, Doenças do aparelho circulatório, Transtornos mentais e comportamentais e Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo.

Tabela 2 – Distribuição da quantidade de registros CID agrupados por Capítulo, para os participantes ativos com autorização PAF em 2017 - Brasil

EVENTO PAF POR CAPITULO CID	FEMININO	MASCULINO	TOTAL
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E99)	19.238	19.379	38.617
Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)	12.417	16.755	29.172
Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)	10.340	5.745	16.085
Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)	4.388	3.512	7.900
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)	6.016	2.450	8.466
Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99)	215	2.620	2.835
Doenças do sistema nervoso (G00-G99)	1.518	1.253	2.771
Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	1.059	953	2.012
Doenças do olho e anexos (H00-H59)	733	1.034	1.767
Demais eventos	2.914	1.508	4.422
Total de autorizações PAF	58.838	55.209	114.047

Fonte: SOC/CASSI - Número de tratamentos disponibilizados – Não reflete o número de participantes inscritos no PAF, pois muitos destes sofrem de mais de um dos agravos do quadro.

Tabela 3 – Distribuição da quantidade de registros CID, para os participantes ativos com autorização PAF em 2017 - Brasil

DESCRIÇÃO EVENTO POR CID	FEMININO	MASCULINO	TOTAL
Hipertensão essencial (primária) - I10.X	9.469	11.276	20.745
Distúrbio não especificado do metabolismo de lipoproteínas - E78.9	5.961	6.112	12.073
Diabetes mellitus não-insulino-dependente - sem complicações - E11.9	2.524	3.419	5.943
Hipotireoidismo não especificado - E03.9	3.893	1.507	5.400
Episódio depressivo não especificado - F32.9	2.699	1.238	3.937
Hiperlipidemia mista - E78.2	1.653	2.071	3.724
Doença de refluxo gastroesofágico sem esofagite - K21.9	2.047	1.577	3.624
Hiperplasia da próstata - N40.X	1	2.434	2.435
Osteoporose não especificada - M81.9	2.072	327	2.399
Hiperlipidemia não especificada - E78.5	1.126	1.263	2.389
Hipercolesterolemia pura - E78.0	1.291	1.089	2.380
Doença isquêmica crônica do coração não especificada - I25.9	579	1.569	2.148
Doença de refluxo gastroesofágico com esofagite - K21.0	1.079	942	2.021
Artrose não especificada - M19.9	1.151	544	1.695
Transtorno ansioso não especificado - F41.9	1.096	591	1.687
Glaucoma não especificado - H40.9	608	853	1.461
Ansiedade generalizada - F41.1	939	505	1.444
Arritmia cardíaca não especificada - I49.9	600	755	1.355
Diabetes mellitus insulino-dependente - sem complicações - E10.9	534	685	1.219
Mama, não especificada - C50.9	1.173	7	1.180
Diabetes mellitus não especificado - sem complicações - E14.9	487	656	1.143
Transtorno misto ansioso e depressivo - F41.2	764	346	1.110
Episódio depressivo moderado - F32.1	765	314	1.079
Asma não especificada - J45.9	598	427	1.025
Transtorno depressivo recorrente sem especificação - F33.9	723	286	1.009
Demais eventos	15.006	14.416	29.422
Total de autorizações PAF	58.838	55.209	114.047

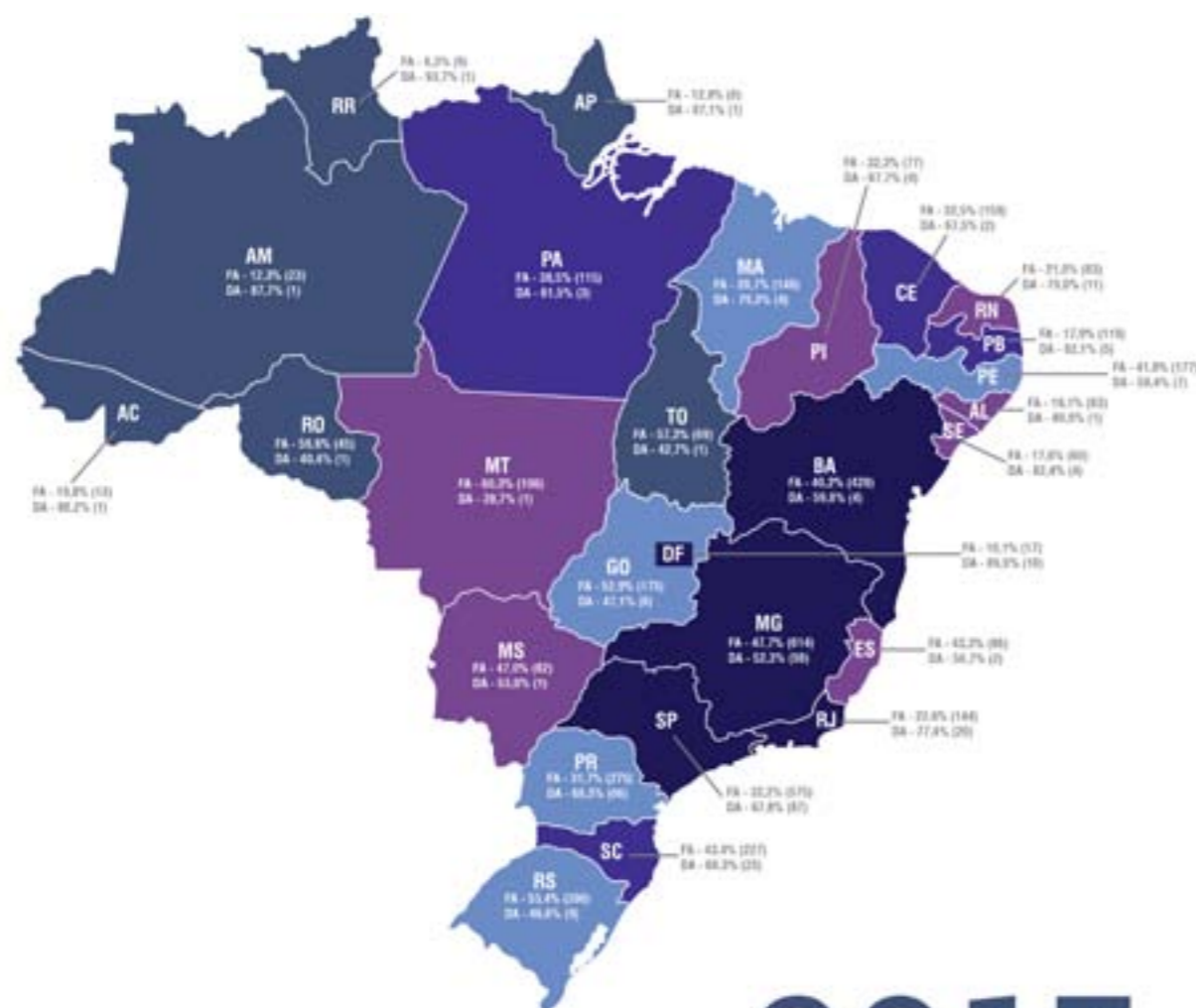
Fonte: SOC/CASSI - Número de tratamentos disponibilizados – não reflete o número de participantes inscritos no PAF, pois muitos destes sofrem de mais de um dos agravos do quadro.

7 ■ DIAGNÓSTICO POR UNIDADE DA FEDERAÇÃO E REGIÃO

O modelo de atenção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da CASSI colabora na organização das CliniCASSI. A realidade sócio-epidemiológica de cada localidade, em conjunto com a facilidade de acesso, construção de vínculos positivos e responsabilização pela continuidade do cuidado por parte dos profissionais e dos participantes, foram determinantes para a definição dos portes de cada Unidade, organização das CliniCASSI e distribuição das equipes de Estratégias de Saúde da Família (figura 2, quadros 17 e 18).



Figura 2: Mapa da área de abrangência da ESF - percentual de população com acesso e quantidade de municípios atendidos por UF e Porte.



FA - Fora da Área de Abrangência - % População (nº de municípios)
DA - Dentro da Área de Abrangência - % População (nº de municípios)

Porte	UFs	População	População por Área de Abrangência
Porte 1	SP, DF, RJ, BA e MG.	398.795	279.240
Porte 2	PR, RS, PE, GO e MA.	155.561	93.678
Porte 3	SC, CE, PB e PA.	63.873	41.850
Porte 4	ES, AL, MS, PI, RN, SE e MT.	71.894	48.539
Porte 5	AC, AM, AP, RO, RR e TO.	14.163	9.550

2017

Fonte: CASSI-Sede/Diretoria de Saúde e Rede de Atendimento/Gerência de Saúde/Divisão de Informação em Saúde (A população considerada para os critérios de área de abrangência foi de 704.287 participantes e 472.857 estavam domiciliados na área de abrangência das CliniCASSI, ou seja, 67,1% - Obs.: 18 participantes não têm a informação de UF de domicílio). Esse número não é aferido da mesma forma que a população geral, assim como a população base para a mortalidade.

Quadro 17: Distribuição da quantidade de CliniCASSI por Unidades e portes

		Porte 1					Porte 2					Porte 3			Porte 4					Porte 5						
SP	DF	BA	RJ	MG	PR	RS	PE	GO	MA	SC	CE	PB	PA	ES	AL	MS	PI	RN	SE	MT	AC	AM	AP	RO	RR	TO
14	03	04	06	05	03	06	02	01	01	04	01	02	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
32					13					08			07					06								
66																										

Fonte: CASSI-Sede/Diretoria de Saúde e Rede de Atendimento/Gerência de Saúde/Divisão de Informação em Saúde

Quadro 18: Distribuição da quantidade de Equipes de Saúde da Família por Unidade

		Porte 1					Porte 2					Porte 3			Porte 4					Porte 5						
SP	DF	BA	RJ	MG	PR	RS	PE	GO	MA	SC	CE	PB	PA	ES	AL	MS	PI	RN	SE	MT	AC	AM	AP	RO	RR	TO
24	12	10	10	09	10	10	07	04	03	06	05	04	03	03	03	03	03	03	03	02	01	01	01	01	01	01
65					34					18			20					06								
143																										

Fonte: CASSI-Sede/Diretoria de Saúde e Rede de Atendimento/Gerência de Saúde/Divisão de Informação em Saúde

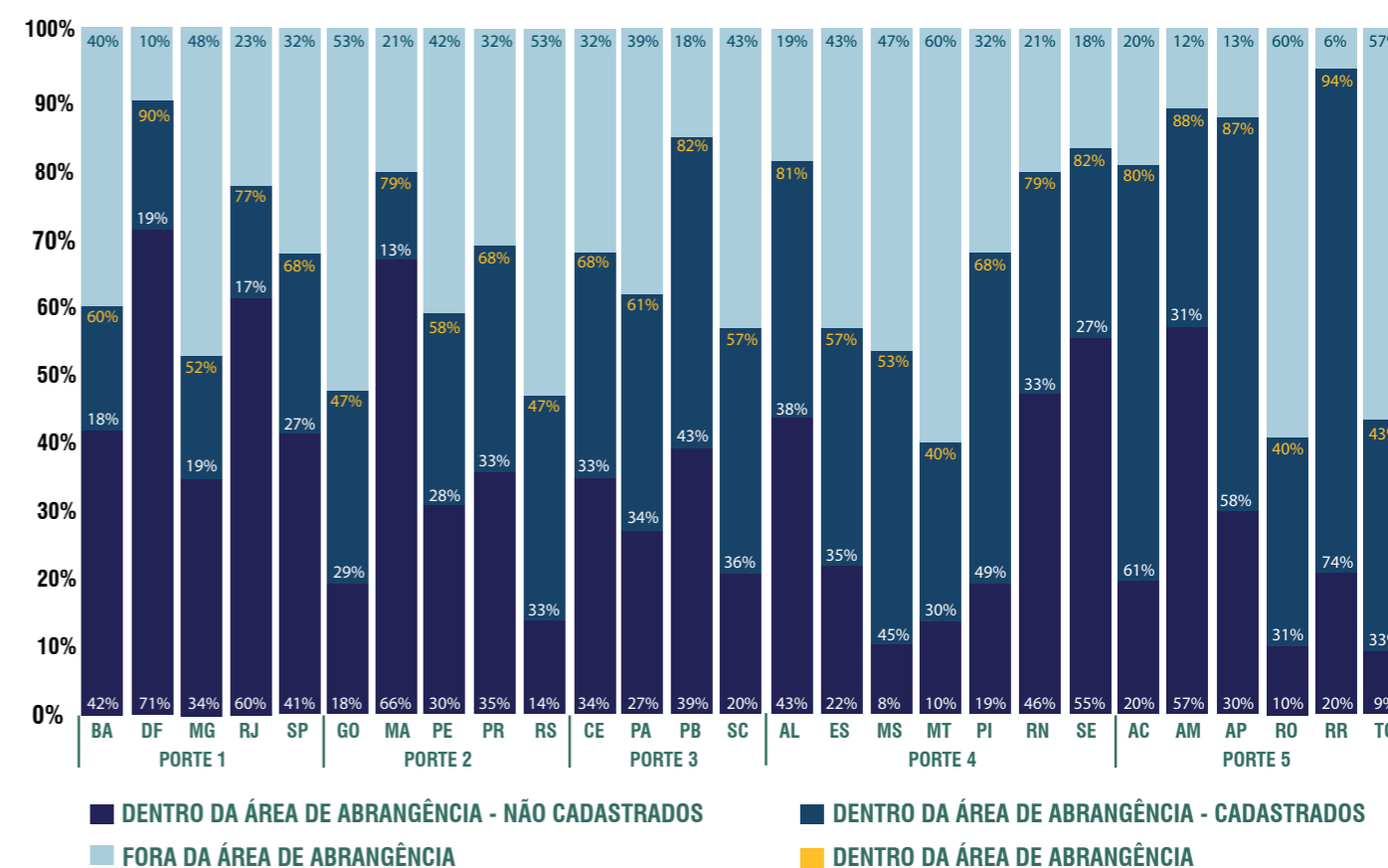
A capacidade instalada da ESF nas Unidades ainda está muito aquém de oferecer cobertura para a população total CASSI, exceto na Unidade Roraima. Nas demais Unidades de porte 5 observa-se uma relação mais favorável de cobertura, provavelmente devido ao quantitativo menor da população total. A população dentro da área de abrangência da rede própria é de 472.857 participantes, ou 67,1% da população total CASSI. A população cadastrada em relação à população da área de abrangência representa 38,4%. Ou seja, a base ajustada se dá pela impossibilidade de acesso à rede própria da população que está fora da área de abrangência, portanto não passível de cadastramento.

Quadro 19: Área de Abrangência (DA e FA) e Capacidade Instalada (CI) por Unidade no ano de 2017

UF	POPULAÇÃO CASSI	FORA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA (DA)			DENTRO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA (FA)				SITUAÇÃO DA CAPACIDADE INSTALADA (CI)					NECESSIDADE DE CI		
		FA	%	Municípios	DA	%	Cadastrado	%	Equipes	Capacidade	Excedente	%	Situação	Excedente	%	Limite
AC	1.777	351	19,8%	13	1.426	80,2%	1.076	75,5%	1	1.200	-124	-10,3%	OCIOSO	226	18,8%	ACIMA
AL	10.143	1.940	19,1%	83	8.203	80,9%	3.884	47,3%	3	3.600	284	7,9%	EXCEDENTE	4.603	127,9%	ACIMA
AM	3.885	476	12,3%	23	3.409	87,7%	1.209	35,5%	1	1.200	9	0,8%	EXCEDENTE	2.209	184,1%	ACIMA
AP	1.437	185	12,9%	8	1.252	87,1%	827	66,1%	1	1.200	-373	-31,1%	OCIOSO	52	4,3%	ACIMA
BA	66.817	27.653	40,2%	428	41.164	59,8%	12.548	30,5%	10	12.000	548	4,6%	EXCEDENTE	29.164	243,0%	ACIMA
CE	19.384	6.296	32,5%	159	13.088	67,5%	6.432	49,1%	5	6.000	432	7,2%	EXCEDENTE	7.088	118,1%	ACIMA
DF	76.596	7.700	10,1%	17	68.896	89,9%	14.540	21,1%	12	14.400	140	1,0%	EXCEDENTE	54.496	378,4%	ACIMA
ES	11.072	4.796	43,3%	86	6.276	56,7%	3.854	61,4%	3	3.600	254	7,1%	EXCEDENTE	2.676	74,3%	ACIMA
GO	17.711	9.371	52,9%	175	8.340	47,1%	5.144	61,7%	4	4.800	344	7,2%	EXCEDENTE	3.540	73,8%	ACIMA
MA	27.010	5.580	20,7%	146	21.430	79,3%	3.635	17,0%	3	3.600	35	1,0%	EXCEDENTE	17.830	495,3%	ACIMA
MG	62.329	29.748	47,7%	614	32.581	52,3%	11.645	35,7%	9	10.800	845	7,8%	EXCEDENTE	21.781	201,7%	ACIMA
MS	8.598	4.043	47,0%	82	4.555	53,0%	3.891	85,4%	3	3.600	291	8,1%	EXCEDENTE	955	26,5%	ACIMA
MT	8.501	5.122	60,3%	106	3.379	39,7%	2.508	74,2%	2	2.400	108	4,5%	EXCEDENTE	979	40,8%	ACIMA
PA	11.371	4.378	38,5%	115	6.993	61,5%	3.900	55,8%	3	3.600	300	8,3%	EXCEDENTE	3.393	94,3%	ACIMA
PB	11.885	2.133	17,9%	119	9.752	82,1%	5.169	53,0%	4	4.800	369	7,7%	EXCEDENTE	4.952	103,2%	ACIMA
PE	32.595	13.570	41,6%	177	19.025	58,4%	9.174	48,2%	7	8.400	774	9,2%	EXCEDENTE	10.625	126,5%	ACIMA
PI	7.688	2.486	32,3%	77	5.202	67,7%	3.750	72,1%	3	3.600	150	4,2%	EXCEDENTE	1.602	44,5%	ACIMA
PR	38.832	12.321	31,7%	275	26.511	68,3%	12.933	48,8%	10	12.000	933	7,8%	EXCEDENTE	14.511	120,9%	ACIMA
RJ	74.223	16.778	22,6%	144	57.445	77,4%	12.857	22,4%	10	12.000	857	7,1%	EXCEDENTE	45.445	378,7%	ACIMA
RN	11.975	2.520	21,0%	83	9.455	79,0%	3.908	41,3%	3	3.600	308	8,6%	EXCEDENTE	5.855	162,6%	ACIMA
RO	2.997	1.785	59,6%	45	1.212	40,4%	917	75,7%	1	1.200	-283	-23,6%	OCIOSO	12	1,0%	ACIMA
RR	1.008	64	6,3%	9	944	93,7%	744	78,8%	1	1.200	-456	-38,0%	OCIOSO	-256	-21,3%	ABAIXO
RS	39.413	21.041	53,4%	390	18.372	46,6%	12.913	70,3%	10	12.000	913	7,6%	EXCEDENTE	6.372	53,1%	ACIMA
SC	21.233	9.216	43,4%	227	12.017	56,6%	7.741	64,4%	6	7.200	541	7,5%	EXCEDENTE	4.817	66,9%	ACIMA
SE	13.917	2.448	17,6%	60	11.469	82,4%	3.827	33,4%	3	3.600	227	6,3%	EXCEDENTE	7.869	218,6%	ACIMA
SP	116.831	37.677	32,2%	575	79.154	67,8%	31.349	39,6%	24	28.800	2.549	8,9%	EXCEDENTE	50.354	174,8%	ACIMA
TO	3.059	1.752	57,3%	59	1.307	42,7%	1.017	77,8%	1	1.200	-183	-15,3%	OCIOSO	107	8,9%	ACIMA
CASSI	704.287	231.430	32,9%	4.295	472.857	67,1%	181.392	38,4%	143	171.600	9.792	5,7%	EXCEDENTE	301.257	175,6%	ACIMA

Fonte: CASSI-Sede/Diretoria de Saúde e Rede de Atendimento/Gerência de Saúde/Divisão de Informação em Saúde (A população considerada para os critérios de área de abrangência foi de 704.287 participantes e 472.857 estavam domiciliados na área de abrangência das CliniCASSI, ou seja, 67,1% - Obs.: 18 participantes não têm a informação de UF de domicílio). Esse número não é aferido da mesma forma que a população geral, assim como a população base para a mortalidade.

Gráfico 22: Relação entre a população total e a capacidade instalada da ESF nas Unidades, agrupadas por porte - 2017



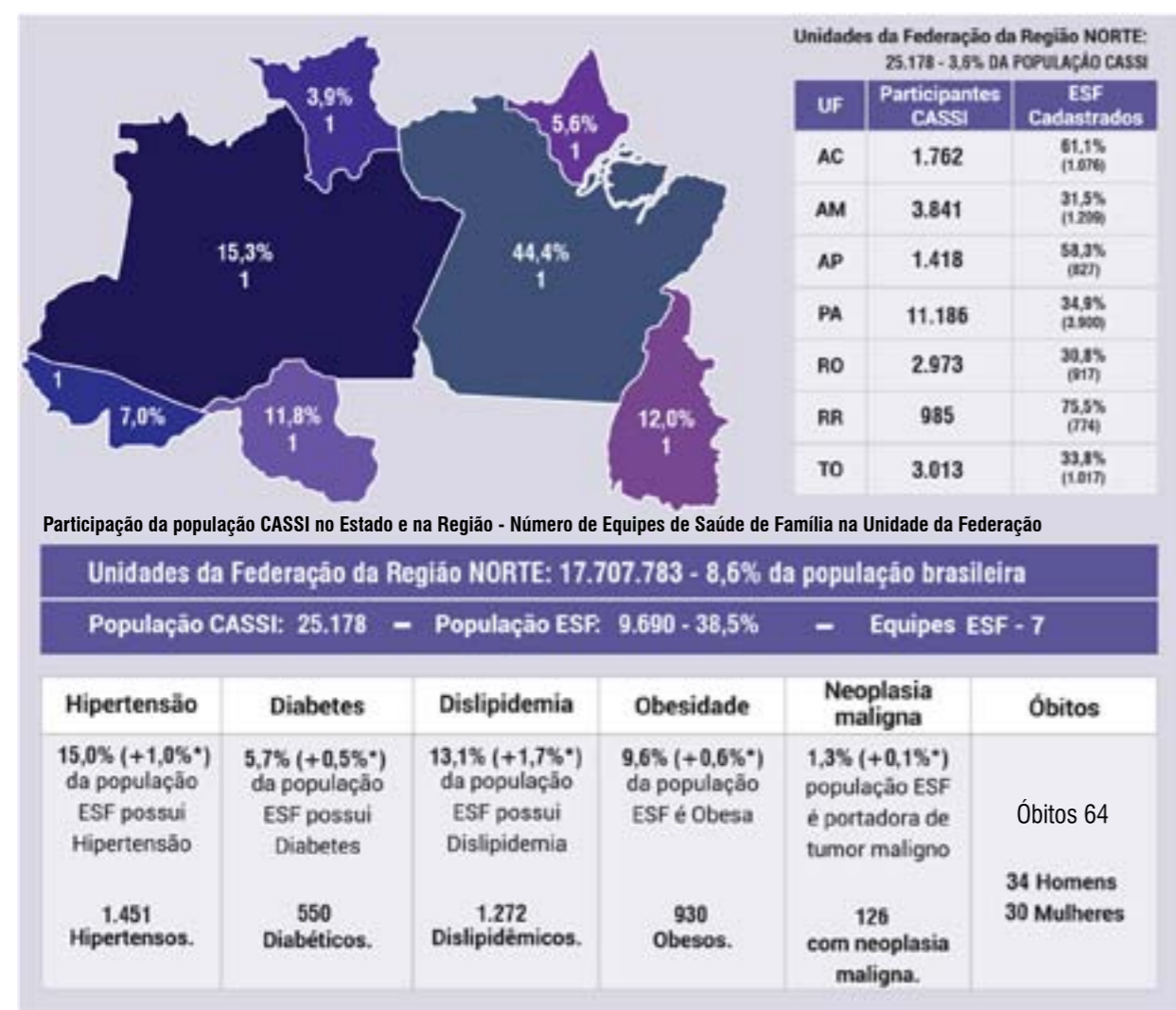
Fonte: CASSI-Sede/Diretoria de Saúde e Rede de Atendimento/Gerência de Saúde/Divisão de Informação em Saúde

O quadro 19 demonstra a relação entre a população fora da área de abrangência e dentro da área de abrangência de cada unidade da federação. Da população situada no raio de abrangência das CliniCASSI e que consta como cadastrada, não necessariamente, tem condições de ser absorvida pela ESF, pois isso depende da capacidade instalada. Porém é importante destacar que está assegurado a toda população dentro da área de abrangência o atendimento de demanda espontânea da rede própria.

A seguir estão retratadas as condições sócio-epidemiológicas das cinco regiões, com dados de distribuição demográfica de cada região (população CASSI e população ESF), disponibilidade de equipes ESF, prevalência de condições crônicas (relacionadas ao risco cardiovascular) e número de óbitos ocorridos em 2017 (figuras 3 a 7, quadros 20 a 24).

7.1. NORTE

Figura 3: Perfil da Região Norte



(*) Evolução 2016/17 – Variação em pontos percentuais em relação à base do período anterior

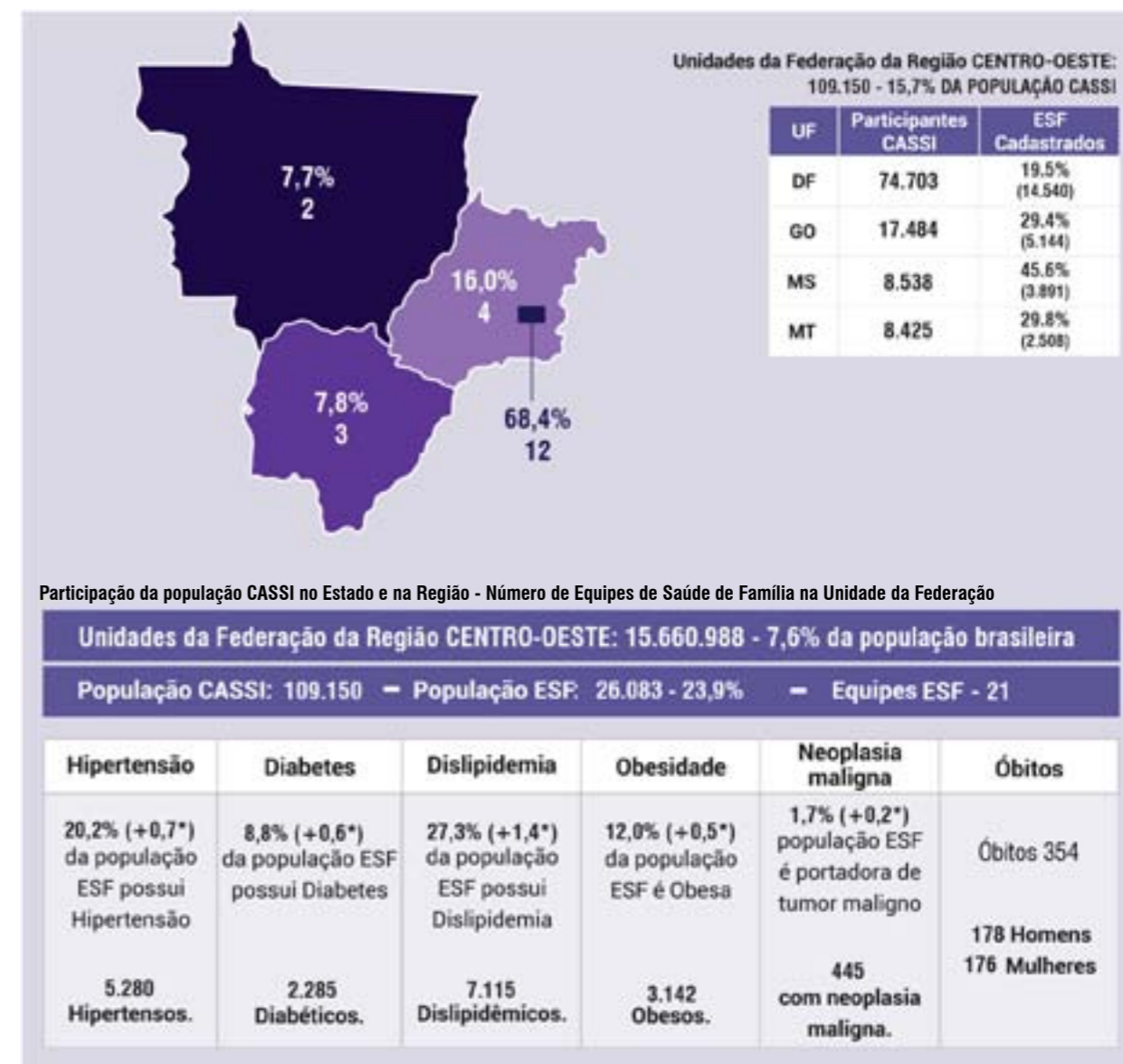
Quadro 20: População CASSI e ESF da Região Norte 2017

UF/REGIÃO	POPULAÇÃO CASSI			POPULAÇÃO ESF			POPULAÇÃO ASSISTIDA
	FEMININO	MASCULINO	TOTAL	FEMININO	MASCULINO	TOTAL	
AC	936	826	1.762	599	477	1.076	61,1%
AM	2.064	1.777	3.841	653	556	1.209	31,5%
AP	730	688	1.418	404	423	827	58,3%
PA	5.873	5.313	11.186	2.086	1.814	3.900	34,9%
RO	1.526	1.447	2.973	487	430	917	30,8%
RR	475	510	985	372	372	744	75,5%
TO	1.538	1.475	3.013	506	511	1.017	33,8%
NORTE	13.142	12.036	25.178	5.107	4.583	9.690	38,5%

Fonte: CASSI/GS/DIS – Sistema Operacional CASSI – SOC – Prontuário Eletrônico do Paciente CASSI (2017)

7.2 CENTRO-OESTE

Figura 4: Perfil da Região Centro-Oeste



(*) Evolução 2016/17 – Variação em pontos percentuais em relação à base do período anterior

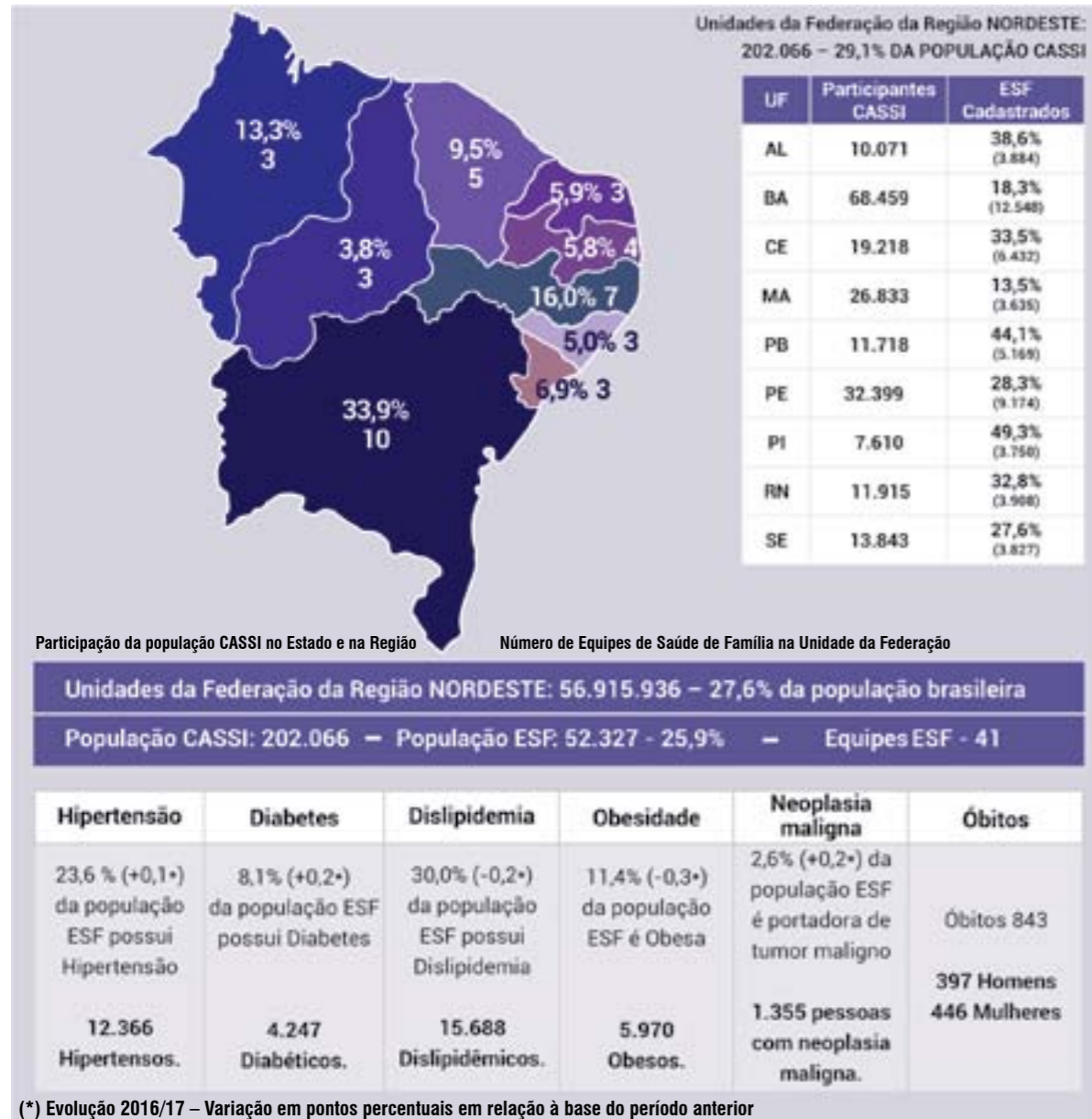
Quadro 21: População CASSI e ESF da Região Centro-Oeste 2017

UF/REGIÃO	POPULAÇÃO CASSI			POPULAÇÃO ESF			POPULAÇÃO ASSISTIDA
	FEMININO	MASCULINO	TOTAL	FEMININO	MASCULINO	TOTAL	
DF	40.201	34.502	74.703	7.607	6.933	14.540	19,5%
GO	9.224	8.260	17.484	2.695	2.449	5.144	29,4%
MS	4.524	4.014	8.538	2.131	1.760	3.891	45,6%
MT	4.305	4.120	8.425	1.284	1.224	2.508	29,8%
CENTRO-OESTE	58.254	50.896	109.150	13.717	12.366	26.083	23,9%

Fonte: CASSI/GS/DIS – Sistema Operacional CASSI – SOC – Prontuário Eletrônico do Paciente CASSI (2017)

7.3 NORDESTE

Figura 5: Perfil da Região Nordeste



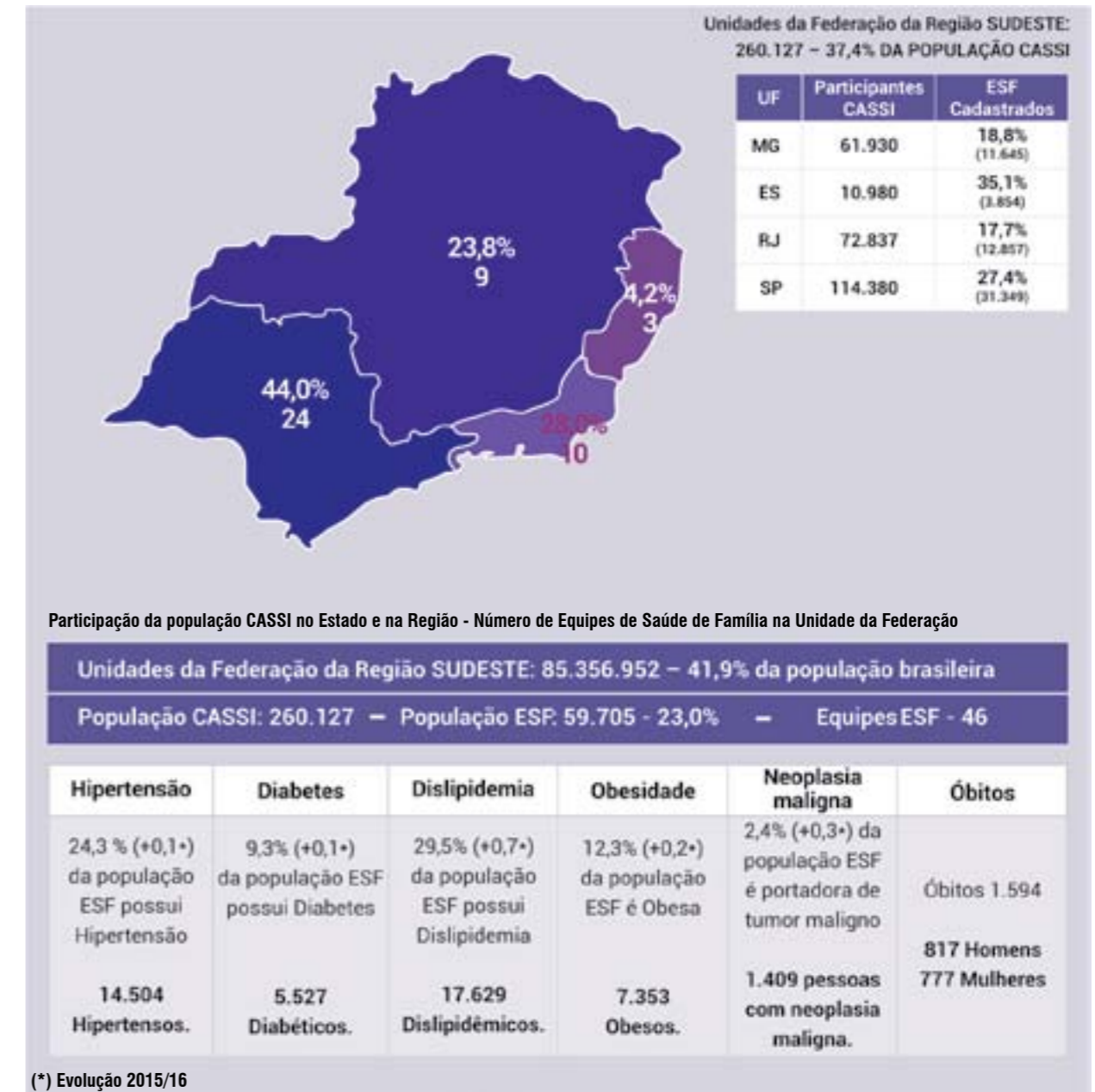
Quadro 22: População CASSI e ESF da Região Nordeste 2017

UF/REGIÃO	POPULAÇÃO CASSI			POPULAÇÃO ESF			POPULAÇÃO ASSISTIDA
	FEMININO	MASCULINO	TOTAL	FEMININO	MASCULINO	TOTAL	
AL	5.513	4.558	10.071	2.156	1.728	3.884	38,6%
BA	38.041	30.418	68.459	6.898	5.650	12.548	18,3%
CE	10.349	8.869	19.218	3.432	3.000	6.432	33,5%
MA	14.785	12.048	26.833	2.030	1.605	3.635	13,5%
PB	6.319	5.399	11.718	2.726	2.443	5.169	44,1%
PE	17.800	14.599	32.399	5.186	3.988	9.174	28,3%
PI	3.982	3.628	7.610	1.978	1.772	3.750	49,3%
RN	6.396	5.519	11.915	2.164	1.744	3.908	32,8%
SE	7.478	6.365	13.843	1.993	1.834	3.827	27,6%
NORDESTE	110.663	91.403	202.066	28.563	23.764	52.327	25,9%

Fonte: CASSI/GS/DIS – Sistema Operacional CASSI – SOC – Prontuário Eletrônico do Paciente CASSI (2017)

7.4 SUDESTE

Figura 6: Perfil da Região Centro-Oeste



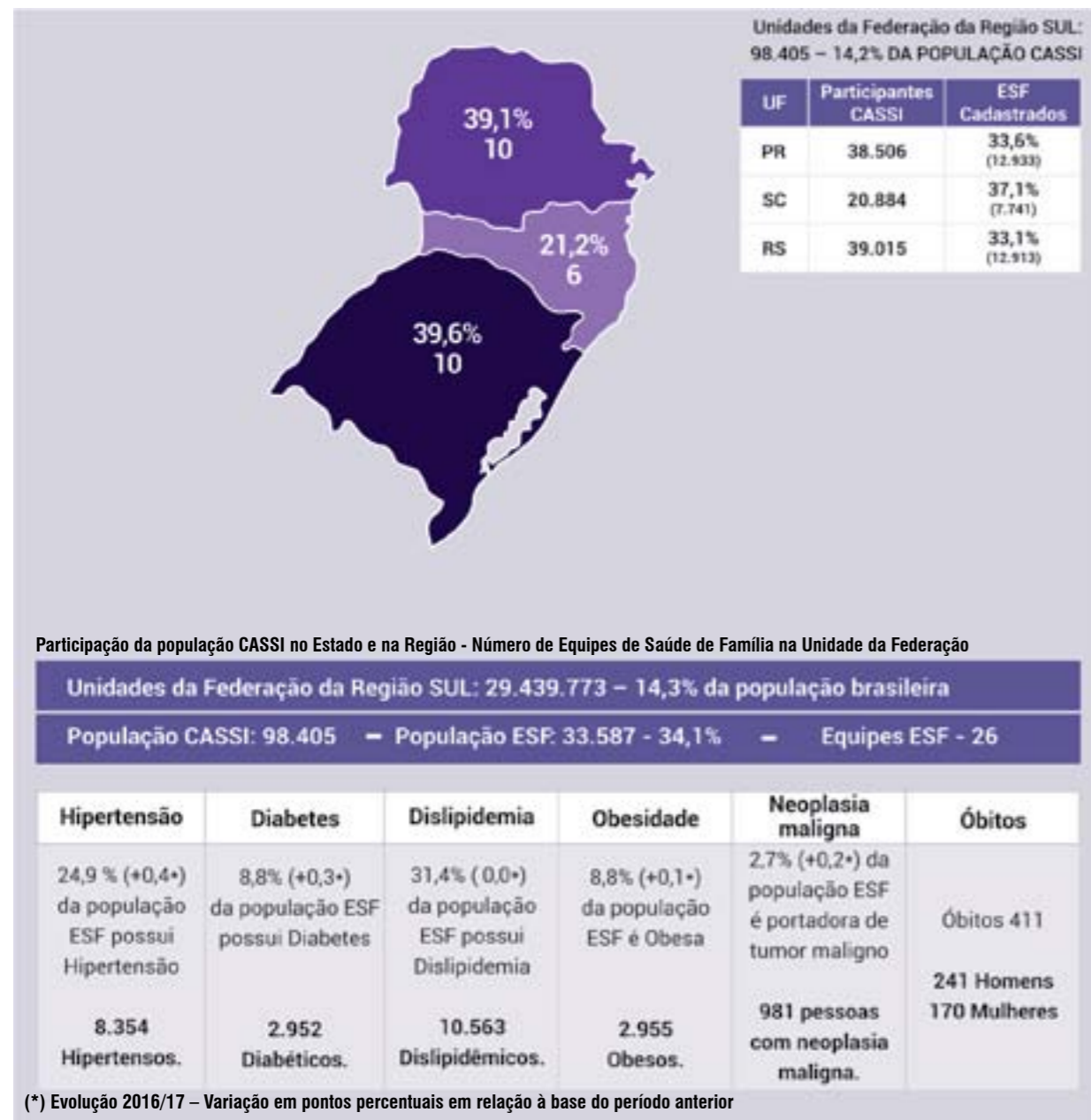
Quadro 23: População CASSI e ESF da Região Sudeste 2017

UF/REGIÃO	POPULAÇÃO CASSI			POPULAÇÃO ESF			POPULAÇÃO ASSISTIDA
	FEMININO	MASCULINO	TOTAL	FEMININO	MASCULINO	TOTAL	
ES	5.862	5.118	10.980	2.050	1.804	3.854	35,1%
MG	32.704	29.226	61.930	6.199	5.446	11.645	18,8%
RJ	41.085	31.752	72.837	7.293	5.564	12.857	17,7%
SP	61.400	52.980	114.380	16.670	14.679	31.349	27,4%
SUDESTE	141.051	119.076	260.127	32.212	27.493	59.705	23,0%

Fonte: CASSI/GS/DIS – Sistema Operacional CASSI – SOC – Prontuário Eletrônico do Paciente CASSI (2017)

7.5 SUL

Figura 7: Perfil da Região Sul



Quadro 24: População CASSI e ESF da Região Sul 2017

UF/REGIÃO	POPULAÇÃO CASSI			POPULAÇÃO ESF			POPULAÇÃO ASSISTIDA
	FEMININO	MASCULINO	TOTAL	FEMININO	MASCULINO	TOTAL	
PR	20.308	18.198	38.506	6.928	6.005	12.933	33,6%
RS	20.744	18.271	39.015	6.872	6.041	12.913	33,1%
SC	11.054	9.830	20.884	4.085	3.656	7.741	37,1%
SUL	52.106	46.299	98.405	17.885	15.702	33.587	34,1%

Fonte: CASSI/GS/DIS – Sistema Operacional CASSI – SOC – Prontuário Eletrônico do Paciente CASSI (2017)

8 ■ MORTALIDADE, MORBIMORTALIDADE E LETALIDADE

8.1. MORTALIDADE

Para a análise dos dados de mortalidade, foi considerada a população que esteve ativa ao longo do ano de 2017 e cujo plano foi cancelado por motivo óbito. Portanto, a população CASSI total foi de 729.399 participantes, dos quais 181.392 (97.484 mulheres e 83.908 homens) estiveram cadastrados na ESF.

A taxa bruta de mortalidade corresponde à relação entre o total de óbitos ocorridos durante um período e a população total. Tal medida representa o risco de uma pessoa de determinada população morrer no decorrer desse determinado período. É um dos mais importantes indicadores de saúde, pois expressa o fim do processo vital, as possíveis falhas na rede de assistência e a qualidade do cuidado. É um indicador muito influenciado pela distribuição etária da população. Populações muito envelhecidas podem ter altas taxas de mortalidade, pois se espera que os indivíduos morram em idades avançadas. Por outro lado, populações muito jovens também apresentam alta mortalidade geral devido a uma mortalidade infantil geralmente alta.

Ao longo do ano de 2017, foram registrados 3.266 cancelamentos por óbito no SOC (quadro 25). A taxa de mortalidade estimada para população CASSI foi menor do que a registrada para a população brasileira em 2017 (0,45% CASSI e 0,56% CASSI/ESF – quadro 25), com uma distribuição equilibrada entre os gêneros: foram registrados 1.599 óbitos em mulheres (0,41%) e 1.667 óbitos em homens (0,50%).



Quadro 25: Taxa de Mortalidade da População CASSI por UF e Sexo 2017

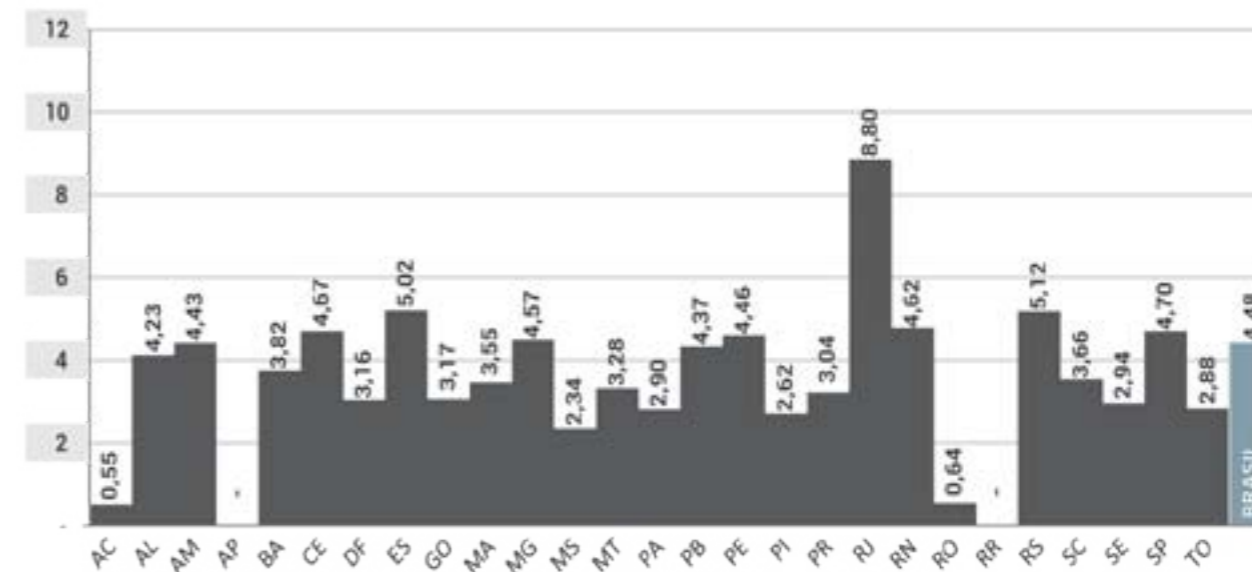
UF	ÓBITOS CASSI						ÓBITOS ESF					
	FEMININO	TAXA	MASCULINO	TAXA	GERAL	TAXA	FEMININO	TAXA	MASCULINO	TAXA	GERAL	TAXA
AC	1	1,03	-	-	1	0,55	1	1,67	-	-	1	0,93
AL	34	5,84	11	2,29	45	4,23	12	5,57	4	2,31	16	4,12
AM	7	3,21	11	5,85	18	4,43	4	6,13	6	10,79	10	8,27
AP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA	147	3,67	129	4,01	276	3,82	53	7,68	43	7,61	96	7,65
CE	34	3,14	60	6,45	94	4,67	17	4,95	33	11,00	50	7,77
DF	127	3,03	119	3,31	246	3,16	31	4,08	47	6,78	78	5,36
ES	28	4,53	30	5,58	58	5,02	6	2,93	12	6,65	18	4,67
GO	21	2,18	37	4,27	58	3,17	13	4,82	19	7,76	32	6,22
MA	62	3,96	39	3,05	101	3,55	12	5,91	12	7,48	24	6,60
MG	120	3,48	178	5,78	298	4,57	26	4,19	46	8,45	72	6,18
MS	11	2,31	10	2,38	21	2,34	4	1,88	6	3,41	10	2,57
MT	17	3,77	12	2,77	29	3,28	7	5,45	6	4,90	13	5,18
PA	20	3,24	14	2,51	34	2,90	10	4,79	6	3,31	16	4,10
PB	27	4,07	27	4,72	54	4,37	12	4,40	16	6,55	28	5,42
PE	87	4,68	64	4,19	151	4,46	41	7,91	28	7,02	69	7,52
PI	5	1,19	16	4,20	21	2,62	2	1,01	6	3,39	8	2,13
PR	47	2,22	75	3,95	122	3,04	30	4,33	33	5,50	63	4,87
RJ	364	8,42	311	9,30	675	8,80	57	7,82	53	9,53	110	8,56
RN	31	4,59	27	4,65	58	4,62	12	5,55	12	6,88	24	6,14
RO	1	0,63	1	0,66	2	0,64	1	2,05	-	-	1	1,09
RR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RS	91	4,19	118	6,17	209	5,12	33	4,80	43	7,12	76	5,89
SC	32	2,77	48	4,67	80	3,66	16	3,92	24	6,56	40	5,17
SE	19	2,41	24	3,56	43	2,94	6	3,01	11	6,00	17	4,44
SP	265	4,12	298	5,36	563	4,70	66	3,96	70	4,77	136	4,34
TO	1	0,63	8	5,22	9	2,88	-	-	4	7,83	4	3,93
VAZIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CASSI	1.599	4,06	1.667	4,96	3.266	4,48	472	4,84	540	6,44	1.012	5,58

Fonte: CASSI/GS/DIS – Sistema Operacional CASSI – SOC (2017)

Taxa bruta de mortalidade : Número total de óbitos, por mil participantes, na população CASSI e ESF/CASSI por residência.

Na CASSI, a taxa de mortalidade (por mil participantes) no Rio de Janeiro (8,80) se destaca em relação à média nacional de 4,48 e das demais UF (gráfico 23). Também acima da média nacional, porém sem tamanha diferença estão Rio Grande do Sul (5,12), Espírito Santo (5,02), São Paulo (4,70), Ceará (4,67), Rio Grande do Norte (4,62) e Minas Gerais (4,57).

Gráfico 23: Taxa bruta de mortalidade CASSI por mil participantes em 2017



Fonte: CASSI/GS/DIS – Sistema Operacional CASSI – SOC (2017)

Quadro 26: Taxa de mortalidade da população brasileira por UF e Sexo – 2016

UF	POPULAÇÃO BRASIL*			ÓBITOS						
	FEMININO	MASCLINO	TOTAL	FEMININO	TAXA	MASCU-LINO	TAXA	IGN	GERAL	TAXA
AC	404.807	411.880	816.687	1.406	3,47	2.357	5,72	-	3.763	4,61
AL	1.726.284	1.632.243	3.358.527	8.963	5,19	11.787	7,22	19	20.769	6,18
AM	1.981.297	2.020.370	4.001.667	6.550	3,31	10.237	5,07	12	16.799	4,20
AP	387.929	394.366	782.295	1.072	2,76	1.922	4,87	1	2.995	3,83
BA	7.732.758	7.543.808	15.276.566	36.367	4,70	51.674	6,85	53	88.094	5,77
CE	4.575.463	4.388.969	8.964.432	23.369	5,11	30.893	7,04	14	54.276	6,05
DF	1.567.545	1.409.671	2.977.216	5.273	3,36	6.777	4,81	-	12.050	4,05
ES	1.991.078	1.982.619	3.973.697	9.649	4,85	13.215	6,67	4	22.868	5,75
GO	3.344.858	3.350.997	6.695.855	15.101	4,51	22.942	6,85	31	38.074	5,69
MA	3.515.090	3.438.946	6.954.036	13.695	3,90	20.657	6,01	10	34.362	4,94
MG	10.559.089	10.438.471	20.997.560	59.359	5,62	75.837	7,27	61	135.257	6,44
MS	1.337.616	1.344.770	2.682.386	6.839	5,11	9.909	7,37	1	16.749	6,24
MT	1.615.194	1.690.337	3.305.531	6.416	3,97	11.109	6,57	10	17.535	5,30
PA	4.075.052	4.197.672	8.272.724	14.605	3,58	23.910	5,70	42	38.557	4,66
PB	2.061.771	1.937.644	3.999.415	12.807	6,21	15.225	7,86	9	28.041	7,01
PE	4.853.698	4.557.074	9.410.772	29.814	6,14	37.078	8,14	36	66.928	7,11
PI	1.642.934	1.568.477	3.211.411	8.076	4,92	11.089	7,07	22	19.187	5,97
PR	5.689.168	5.553.552	11.242.720	32.148	5,65	42.578	7,67	14	74.740	6,65
RJ	8.579.926	8.056.070	16.635.996	66.584	7,76	74.393	9,23	112	141.089	8,48
RN	1.763.660	1.711.338	3.474.998	9.298	5,27	12.616	7,37	8	21.922	6,31
RO	876.337	910.942	1.787.279	3.060	3,49	5.279	5,80	5	8.344	4,67
RR	250.685	263.544	514.229	804	3,21	1.353	5,13	-	2.157	4,19
RS	5.749.344	5.537.156	11.286.500	40.243	7,00	47.326	8,55	14	87.583	7,76
SC	3.444.987	3.465.566	6.910.553	17.697	5,14	22.562	6,51	11	40.270	5,83
SE	1.159.147	1.106.632	2.265.779	5.511	4,75	7.996	7,23	9	13.516	5,97
SP	22.713.819	22.035.880	44.749.699	134.837	5,94	161.454	7,33	68	296.359	6,62
TO	755.794	777.108	1.532.902	2.816	3,73	4.667	6,01	7	7.490	4,89
BRASIL	104.355.330	103.495.127	206.081.432	572.359	5,48	736.842	7,12	572	1.309.774	6,36

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2018) – Taxa por mil habitantes
 (*)2016: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/DATASUS. Para alguns anos, os dados aqui apresentados não são comparáveis com as estimativas populacionais fornecidas ao TCU, devido à diferenças metodológicas para estimar e projetar os contingentes populacionais. Veja a nota técnica para detalhes da metodologia.

Os quadros 27 e 28 evidenciam a distribuição da mortalidade por gênero e faixa etária, na população CASSI, cadastrados na ESF 2017 e na população brasileira 2016 (os dados brasileiros oficiais de 2017 ainda não estavam disponíveis no momento da elaboração desse documento).

Quadro 27: Taxa de mortalidade da população CASSI por Faixa Etária - 2017

FAIXA ETÁRIA	POPULAÇÃO CASSI*			ÓBITOS CASSI			PERCENTUAIS E TAXAS		
	FEMININO	MASCULINO	TOTAL	FEMININO	MASCULINO	TOTAL	% Óbitos	% Faixa	Taxa
Faixa - 00 - 04	18.394	19.366	37.760	10	12	22	0,67%	0,06%	0,03
Faixa - 05 - 09	18.481	19.180	37.661	0	4	4	0,12%	0,01%	0,01
Faixa - 10 - 14	16.807	17.410	34.217	2	0	2	0,06%	0,01%	0,00
Faixa - 15 - 19	16.870	17.505	34.375	4	6	10	0,31%	0,03%	0,01
Faixa - 20 - 24	22.686	22.120	44.806	3	11	14	0,43%	0,03%	0,02
Faixa - 25 - 29	26.595	22.182	48.777	10	13	23	0,70%	0,05%	0,03
Faixa - 30 - 34	36.610	30.181	66.791	9	20	29	0,89%	0,04%	0,04
Faixa - 35 - 39	40.177	33.870	74.047	20	21	41	1,26%	0,06%	0,06
Faixa - 40 - 44	28.691	23.355	52.046	13	18	31	0,95%	0,06%	0,04
Faixa - 45 - 49	23.166	19.884	43.050	29	30	59	1,81%	0,14%	0,08
Faixa - 50 - 54	25.156	19.915	45.071	43	39	82	2,51%	0,18%	0,11
Faixa - 55 - 59	26.309	20.665	46.974	53	63	116	3,55%	0,25%	0,16
Faixa - 60 - 64	29.289	22.945	52.234	79	140	219	6,71%	0,42%	0,30
Faixa - 65 - 69	21.663	18.069	39.732	102	146	248	7,59%	0,62%	0,34
Faixa - 70 - 74	13.472	10.557	24.029	105	178	283	8,67%	1,18%	0,39
Faixa - 75 - 79	10.014	8.540	18.554	133	233	366	11,21%	1,97%	0,50
Faixa - 80 +	19.211	10.064	29.275	984	733	1717	52,57%	5,87%	2,35
Idade Ignorada	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	393.591	335.808	729.399*	1.599	1.667	3.266	-	-	4,48

Fonte: CASSI/GS/DIS – Sistema Operacional CASSI – SOC (2018)

Taxa bruta de mortalidade: Número total de óbitos, por mil participantes, na população ESF/CASSI por residência.

(*) População considerada para fins de cálculo de mortalidade é diferente da população CASSI. É apreciada a quantidade de pessoas que passaram pela CASSI no ano.

Os óbitos da população cadastrada na ESF representaram 31,5% do total de óbitos da CASSI. Ou seja, a taxa é mais do que proporcional à população ESF que representa 24,5% da população total da CASSI considerada para fins de cálculo de mortalidade.

Quadro 28: Taxa de mortalidade da população ESF por Faixa Etária - 2017

FAIXA ETÁRIA	POPULAÇÃO ESF			ÓBITOS ESF			PERCENTUAIS		
	FEMININO	MASCU-LINO	TOTAL	FEMININO	MASCU-LINO	TOTAL	% Óbitos	% Faixa	Taxa
Faixa - 00 - 04	2.090	2.180	4.270	2	1	3	0,30%	0,07%	0,02
Faixa - 05 - 09	3.103	3.354	6.457	-	1	1	0,10%	0,02%	0,01
Faixa - 10 - 14	3.217	3.306	6.523	-	-	-	-	-	-
Faixa - 15 - 19	3.554	3.705	7.259	-	1	1	0,10%	0,01%	0,01
Faixa - 20 - 24	4.385	4.143	8.528	1	2	3	0,30%	0,04%	0,02
Faixa - 25 - 29	4.840	4.173	9.013	1	2	3	0,30%	0,03%	0,02
Faixa - 30 - 34	7.842	6.774	14.616	1	5	6	0,59%	0,04%	0,03
Faixa - 35 - 39	10.056	8.715	18.771	3	5	8	0,79%	0,04%	0,04
Faixa - 40 - 44	6.901	5.754	12.655	3	3	6	0,59%	0,05%	0,03
Faixa - 45 - 49	5.790	5.403	11.193	7	3	10	0,99%	0,09%	0,06
Faixa - 50 - 54	7.218	5.703	12.921	14	12	26	2,57%	0,20%	0,14
Faixa - 55 - 59	8.149	6.556	14.705	12	11	23	2,27%	0,16%	0,13
Faixa - 60 - 64	9.690	7.437	17.127	23	38	61	6,03%	0,36%	0,34
Faixa - 65 - 69	7.343	5.877	13.220	34	45	79	7,81%	0,60%	0,44
Faixa - 70 - 74	4.548	3.801	8.349	33	56	89	8,79%	1,07%	0,49
Faixa - 75 - 79	3.174	3.439	6.613	41	89	130	12,85%	1,97%	0,72
Faixa - 80 +	5.584	3.588	9.172	297	266	563	55,63%	6,14%	3,10
Idade Ignorada	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CASSI/ESF	97.484	83.908	181.392	472	540	1.012	-	-	5,58

Fonte: CASSI/GS/DIS – Sistema Operacional CASSI – SOC (2018)

Taxa bruta de mortalidade: Número total de óbitos, por mil participantes, na população ESF/CASSI por residência.

Quadro 29: Taxa de mortalidade da população brasileira por Faixa Etária e Sexo – 2016*

FAIXA ETÁRIA	POPULAÇÃO			ÓBITOS				PERCENTUAIS		
	FEMININO	MASCULINO	TOTAL	FEMININO	MASCULINO	IGN	TOTAL	% Óbitos	% Faixa	Taxa**
Faixa - 00 - 04	7.105.143	7.440.345	14.545.488	18.818	23.553	191	42.562	3,25%	0,29%	0,21
Faixa - 05 - 09	7.603.503	7.948.370	15.551.873	1.438	1.859	-	3.297	0,25%	0,02%	0,02
Faixa - 10 - 14	8.165.124	8.506.920	16.672.044	1.867	3.009	1	4.877	0,37%	0,03%	0,02
Faixa - 15 - 19	8.439.451	8.727.113	17.166.564	3.797	17.988	3	21.788	1,66%	0,13%	0,11
Faixa - 20 - 24	16.911.250	17.198.005	34.109.255	10.393	45.248	2	55.643	4,25%	0,16%	0,27
Faixa - 25 - 29	17.005.145	16.908.595	33.913.740	18.625	46.230	9	64.864	4,95%	0,19%	0,31
Faixa - 30 - 34	13.811.272	13.366.420	27.177.692	32.465	60.178	7	92.650	7,07%	0,34%	0,45
Faixa - 35 - 39	11.415.932	10.595.383	22.011.315	58.755	99.031	11	157.797	12,05%	0,72%	0,77
Faixa - 40 - 44	7.616.724	6.596.871	14.213.595	89.089	132.642	21	221.752	16,93%	1,56%	1,08
Faixa - 45 - 49	4.124.471	3.137.116	7.261.587	121.362	143.836	22	265.220	20,25%	3,65%	1,29
Faixa - 50 - 54	2.157.315	1.300.964	3.458.279	215.400	160.703	42	376.145	28,72%	10,88%	1,83
Faixa - 55 - 59	-	-	-	350	2.565	264	3.179	0,24%	-	-
Faixa - 60 - 64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Faixa - 65 - 69	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Faixa - 70 - 74	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Faixa - 75 - 79	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Faixa - 80 +	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Idade Ignorada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	104.355.330	101.726.102	206.081.432	572.359	736.842	573	1.309.774	-	-	6,36

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2018) – Por mil habitantes

(*):2016: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/DATA-SUS. Para alguns anos, os dados aqui apresentados não são comparáveis com as estimativas populacionais fornecidas ao TCU, devido a diferenças metodológicas para estimar e projetar os contingentes populacionais. Veja a nota técnica para detalhes da metodologia.

IGN - Ignorado

(**) Taxa bruta de mortalidade: Número total de óbitos, por mil habitantes, na população residente.

8.2. MORBIMORTALIDADE

A definição de morbimortalidade agrupa dois conceitos: a morbidade e a mortalidade. A mortalidade é a estatística sobre as mortes em uma população. A morbidade, por sua vez, se dá pela taxa de prevalência de determinada doença em uma população específica. Desta forma, a ideia de morbimortalidade aponta as doenças causadoras de morte em determinadas populações, espaços e tempos.

A ideia de morbimortalidade tem grande utilidade epidemiológica, pois disponibiliza informações relacionadas às causas de morte em uma população ou grupo de pessoas. A importância da utilização destas informações, por profissionais apropriados, permite analisar o porquê da presença dessas doenças, bem como de sua incidência sobre a morte das populações estudadas. Todos estes dados favorecem estabelecer parâmetros sobre a letalidade de uma doença, assim como os meios possíveis para limitar ou evitar esse tipo de desfecho.

O conceito de morbimortalidade é complexo, porém em sua simplificação pode ser aplicado a diferentes doenças e eventos, que não se limita a condição de saúde. O desfecho óbito pode ser resultado de determinada doença ou de alguma causa externa, mesmo em indivíduo saudável.

Quadro 30: Óbitos nas populações por capítulos do CID no ano de 2015

Grupo CID	BRASIL		CASSI		CADASTRADOS ESF		VINCULADOS ESF*		
	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	
Cap. IX	Doenças do aparelho circulatório	349.642	27,66%	758	25,1%	345	24,87%	109	24,17%
Cap. II	Neoplasias [Tumores]	209.780	16,59%	760	25,2%	353	25,45%	97	21,51%
Cap. XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	152.136	12,03%	183	6,1%	70	5,05%	12	2,66%
Cap. X	Doenças do aparelho respiratório	149.541	11,83%	457	15,2%	217	15,65%	80	17,74%
Cap. IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	76.235	6,03%	124	4,1%	59	4,25%	18	3,99%
Cap. XI	Doenças do aparelho digestivo	64.202	5,08%	156	5,2%	67	4,83%	33	7,32%
	Outros	262.639	20,78%	578	19,2%	276	19,90%	102	22,62%

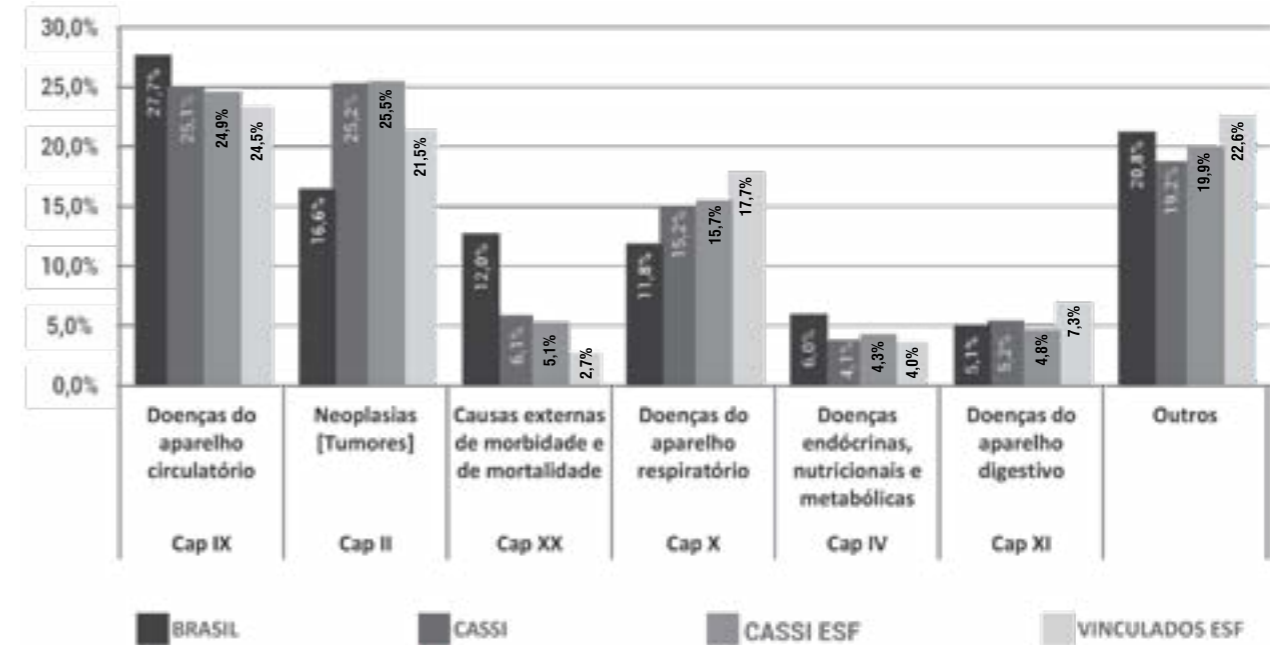
Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

2015 – ano mais recente de informações consolidadas sobre morbimortalidade, a partir dos dados do Ministério da Saúde.

*Vinculados ESF: participantes com 3 anos ou mais de cadastro na ESF e que, necessariamente, teve atendimento com médico de família nos últimos três anos consecutivos.

Considerando o ano de 2015, na comparação das populações do Brasil, CASSI, Cadastrados na ESF e Vinculados à ESF, no quadro 30, verifica-se que a distribuição dos dois primeiros capítulos do CID é bastante semelhante. Há uma inversão nas *causas mortis* por doenças do aparelho respiratório e causas externas, onde a população CASSI tem uma prevalência bem reduzida nesta última se comparada à população brasileira.

Gráfico 24: Distribuição de óbitos nas populações estudadas por causa mortis (capítulos do CID) no ano de 2015



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Como pode ser observada no gráfico 24, a prevalência das neoplasias tem um peso bem relevante na morbimortalidade das populações da CASSI em relação à população brasileira, assim como as Causas Externas tem menor expressão se comparada com os números brasileiros.

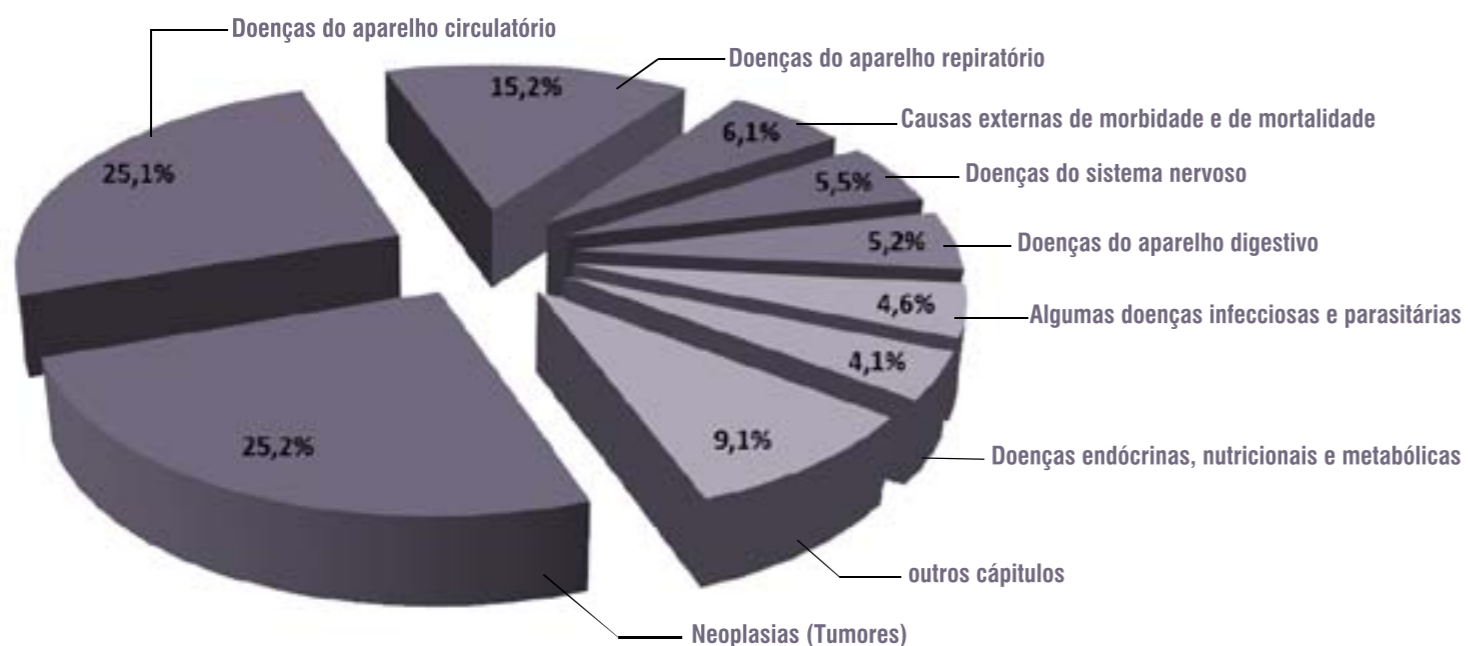
Quadro 31: Distribuição de óbitos na população CASSI por causa mortis (capítulos do CID) no ano de 2015

Grupo CID	Total	%	
Cap II	Neoplasias [Tumores]	760	25,2%
Cap IX	Doenças do aparelho circulatório	758	25,1%
Cap X	Doenças do aparelho respiratório	457	15,2%
Cap XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	183	6,1%
Cap VI	Doenças do sistema nervoso	166	5,5%
Cap XI	Doenças do aparelho digestivo	156	5,2%
Cap I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	139	4,6%
Cap IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	124	4,1%
	outros capítulos	273	9,1%

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Em 2015, as causas referentes a neoplasias malignas (Cap II), sistema circulatório/cardiovascular (Cap IX) e sistema respiratório (Cap X) foram responsáveis por 65,5% dos óbitos da população CASSI (quadro 31 e gráfico 25).

Gráfico 25: Distribuição de óbitos na população CASSI por causa mortis (capítulos do CID) no ano de 2015



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Nos quadros 32, 33 e 34 são dispostos os principais agravos, por ordem de magnitude, dentro de cada um dos principais capítulos vistos anteriormente na distribuição de óbitos na população CASSI no ano de 2015.

Embora as neoplasias de mama e próstata tenham sido as mais prevalentes na população CASSI em 2015 (dentre os cânceres-não pele, de acordo com os dados do Boletim Epidemiológico 2016), em relação a mortalidade, ficaram atrás dos tumores de pulmão, pâncreas e cólon.

Quadro 32: Distribuição de óbitos por capítulos do CID - causa mortis Neoplasias Malignas na população CASSI no ano de 2015

CAP II - Neoplasias [Tumores] - Causa (CID10 3C)	Óbitos CID C00-D48	%
C34 Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões	89	11,71%
C25 Neoplasia maligna do pâncreas	64	8,42%
C18 Neoplasia maligna do cólon	63	8,29%
C50 Neoplasia maligna da mama	60	7,89%
C61 Neoplasia maligna da próstata	46	6,05%
C22 Neoplasia maligna fígado vias biliares intra-	35	4,61%
C71 Neoplasia maligna do encéfalo	35	4,61%
C16 Neoplasia maligna do estômago	29	3,82%
C92 Leucemia mieloide	26	3,42%
C20 Neoplasia maligna do reto	22	2,89%
C85 Linfoma não-Hodgkin de outros tipos e tipo NE	22	2,89%
C67 Neoplasia maligna da bexiga	16	2,11%
C80 Neoplasia maligna sem especificação de localiza-	16	2,11%
C91 Leucemia linfóide	16	2,11%
C56 Neoplasia maligna do ovário	14	1,84%
C90 Mieloma múltiplo e Neoplasia maligna de plasmocitoma	14	1,84%
C32 Neoplasia maligna da laringe	13	1,71%
C15 Neoplasia maligna do esôfago	12	1,58%
C43 Melanoma maligno da pele	12	1,58%
C24 Neoplasia maligna outras partes e NE vias biliares	10	1,32%
C48 Neoplasia maligna tecidos moles retro- e peritônio	10	1,32%
C49 Neoplasia maligna tecidos conjuntivo e outros	10	1,32%
Outras Neoplasias	126	16,58%

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Quadro 33: Distribuição de óbitos por capítulos do CID - causa mortis Aparelho Circulatório na população CASSI no ano de 2015

CAP IX - Doenças do Aparelho Circulatório (CID10 3C)	Óbitos CID I00-I99	%
I21 Infarto agudo do miocárdio	191	25,20%
I25 Doença isquêmica crônica do coração	61	8,05%
I64 Acidente vascular cerebral NE como hemorrágica isquê-	60	7,92%
I50 Insuficiência cardíaca	57	7,52%
I67 Outras doenças cerebrovasculares	44	5,80%
I69 Sequelas de doenças cerebrovasculares	38	5,01%
I61 Hemorragia intracerebral	33	4,35%
I42 Cardiomiopatias	27	3,56%
I71 Aneurisma e dissecação da aorta	22	2,90%
I10 Hipertensão essencial	20	2,64%
I11 Doença cardíaca hipertensiva	19	2,51%
I26 Embolia pulmonar	19	2,51%
Outras doenças do aparelho circulatório	167	22,03%
Outras doenças do aparelho circulatório	148	19,7%

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Quadro 34: Distribuição de óbitos por capítulos do CID - causa mortis Aparelho Respiratório na população CASSI no ano de 2015

CAP X - Doenças do aparelho respiratório - Causa (CID10 3C)	Óbitos CID J00-J99	%
J18 Pneumonia p/microorganismo NE	237	51,86%
J44 Outra doença pulmonares obstrutivas crônicas	89	19,47%
J98 Outros transtornos respiratórios	27	5,91%
J15 Pneumonia bacteriana NCOP	25	5,47%
J84 Outras doenças pulmonares intersticiais	24	5,25%
J69 Pneumonite dev sólidos e líquidos	21	4,60%
J43 Enfisema	10	2,19%
J45 Asma	5	1,09%
J81 Edema pulmonar NE de outras formas	4	0,88%
Outras Doenças do Aparelho Respiratório	15	3,28%

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

No quadro 35 e gráfico 26, a seguir, a distribuição de óbitos por capítulo do CID na população cadastrada na ESF no ano de 2015 demonstra que as causas de óbitos dos Cap II, Cap IX e Cap X são responsáveis por 66% dos óbitos desta população.

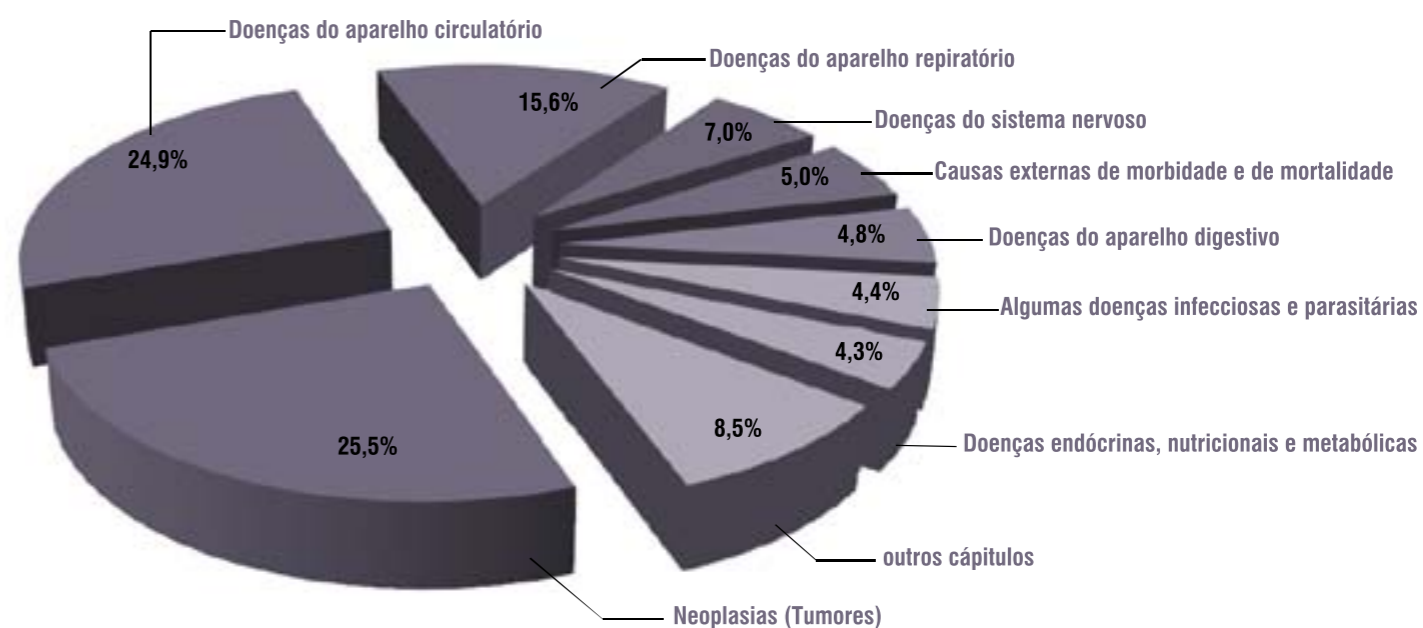
Quadro 35: Distribuição de óbitos nos cadastrados ESF por causa mortis (capítulos do CID) no ano de 2015

Grupo CID		Total	%
Cap II	Neoplasias [Tumores]	353	25,45%
Cap IX	Doenças do aparelho circulatório	345	24,87%
Cap X	Doenças do aparelho respiratório	217	15,65%
Cap VI	Doenças do sistema nervoso	97	6,99%
Cap XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	70	5,05%
Cap. XI	Doenças do aparelho digestivo	67	4,83%
Cap I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	61	4,40%
Cap IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	59	4,25%
	Outros capítulos	118	8,51%

} 66,0%

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Gráfico 26: Distribuição de óbitos nos cadastrados ESF por causa mortis (capítulos do CID) no ano de 2015



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Nos quadros 36, 37 e 38 são revelados os principais agravos, por ordem de magnitude, dentro de cada um dos principais capítulos vistos anteriormente na distribuição de óbitos nos cadastrados ESF no ano de 2015.

Quadro 36: Distribuição de óbitos por capítulos do CID - causa mortis Neoplasias Malignas na cadastrados ESF no ano de 2015

CAP II - Neoplasias [Tumores] - Causa (CID10 3C)	Óbitos CID C00-D48	%
C18 Neoplasia maligna do colón	35	9,92%
C34 Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões	35	9,92%
C25 Neoplasia maligna do pâncreas	33	9,35%
C50 Neoplasia maligna da mama	31	8,78%
C61 Neoplasia maligna da próstata	22	6,23%
C71 Neoplasia maligna do encéfalo	15	4,25%
C22 Neoplasia maligna fígado vias biliares intra-hepática	14	3,97%
C85 Linfoma não-Hodgkin de outros tipos e tipo NE	13	3,68%
C92 Leucemia mieloide	12	3,40%
C16 Neoplasia maligna do estomago	11	3,12%
C56 Neoplasia maligna do ovário	9	2,55%
C32 Neoplasia maligna da laringe	8	2,27%
C80 Neoplasia maligna sem especificação de localizado	8	2,27%
C67 Neoplasia maligna da bexiga	7	1,98%
C20 Neoplasia maligna do reto	6	1,70%
C48 Neoplasia maligna tecidos moles retro- e peritônio	6	1,70%
C49 Neoplasia maligna tecidos conjuntivo e outros tecidos	6	1,70%
Outras Neoplasias	82	23,23%

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Quadro 37: Distribuição de óbitos por capítulos do CID - causa mortis Aparelho Circulatório na cadastrados ESF no ano de 2015

CAP IX - Doenças do aparelho circulatório - Causa (CID10 3C)	Óbitos CID I00-I99	%
I21 Infarto agudo do miocárdio	73	21,16%
I25 Doença isquêmica crônica do coração	35	10,14%
I64 Acidente vascular cerebral NE como hemorrágico isquêmico	34	9,86%
I50 Insuficiência cardíaca	23	6,67%
I67 Outras doenças cerebrovasculares	23	6,67%
I69 Sequelas de doença cerebrovasculares	21	6,09%
I61 Hemorragia intracerebral	18	5,22%
I26 Embolia pulmonar	11	3,19%
I42 Cardiomiopatis	11	3,19%
I10 Hipertensão essencial	9	2,61%
I48 Flutter e fibrilação atrial	9	2,61%
I71 Aneurisma e dissecção da aorta	9	2,61%
I63 Infarto cerebral	8	2,32%
I11 Doença cardíaca hipertensiva	7	2,03%
I34 Transtorno não-reumáticos da valva mitral	6	1,74%
I35 Transtorno não-reumáticos da valva aórtica	6	1,74%
I49 Outras arritmias cardíacas	5	1,45%
Outras doenças do aparelho circulatório	37	10,72%

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Quadro 38: Distribuição de óbitos por capítulos do CID - causa mortis Aparelho Respiratório na cadastrados ESF no ano de 2015

CAP X - Doenças do aparelho respiratório - Causa (CID10 3C)	Óbitos CID J00-J99	%
J18 Pneumonia por microrganismo NE	116	53,46%
J44 Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	38	17,51%
J98 Outros transtornos respiratórios	15	6,91%
J15 Pneumonia bacteriana NCOP	14	6,45%
J84 Outras doenças pulmonares intersticiais	10	4,61%
J69 Pneumonite dev sólidos e líquidos	8	3,69%
J43 Enfisema	6	2,76%
J45 Asma	2	0,92%
J81 Edema pulmonar NE de outr form	2	0,92%
Outras Doenças do Aparelho Respiratório	6	2,76%

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Considerado a distribuição de óbitos por capítulo do CID na população vinculada à ESF no ano de 2015, constata-se que as causas de óbitos dos Cap IX, Cap II e Cap X são responsáveis por mais de 63% dos óbitos desta população (quadro 39 e gráfico 27).

Quadro 39: Distribuição de óbitos nos vinculados ESF por causa mortis (capítulos do CID) no ano de 2015

Grupo CID		Total	%
Cap IX	Doenças do aparelho circulatório	109	24,17%
Cap II	Neoplasias [Tumores]	97	21,51%
Cap X	Doenças do aparelho respiratório	80	17,74%
Cap VI	Doenças do sistema nervoso	45	9,98%
Cap XI	Doenças do aparelho digestivo	33	7,32%
Cap XIV	Doenças do aparelho geniturinário	18	3,99%
Cap IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	16	3,55%
Cap I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	13	2,88%
	Outros capítulos	40	8,87%

} 63,4%

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Gráfico 27: Distribuição de óbitos nos vinculados ESF por causa mortis (capítulos do CID) no ano de 2015



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Nos quadros 40, 41 e 42 são discriminados os principais agravos, por ordem de magnitude, dentro dos principais capítulos vistos anteriormente na distribuição de óbitos na população CASSI dos vinculados à ESF no ano de 2015.

Quadro 40: Distribuição de óbitos por capítulos do CID - causa mortis Aparelho Circulatório na vinculados ESF no ano de 2015

CAP IX - Doenças do aparelho circulatório - Causa (CID10 3C)	Óbitos CID 100-199	%
I21 Infarto agudo do miocárdio	25	22,94%
I25 Doença isquêmica crônica do coração	9	8,26%
I64 Acidente vascular cerebral NE como hemorrá-	9	8,26%
I50 Insuficiência cardíaca	8	7,34%
I61 Hemorragia intracerebral	8	7,34%
I67 Outras doenças cerebrovasculares	8	7,34%
I63 Infarto cerebral	5	4,59%
I69 Sequelas de doenças cerebrovasculares	5	4,59%
I35 Transtornos não-reumáticos da valva aórtica	4	3,67%
I10 Hipertensão essencial	3	2,75%
I11 Doença cardíaca hipertensiva	3	2,75%
I12 Doença renal hipertensiva	3	2,75%
I42 Cardiomiopatias	3	2,75%
Outras doenças do aparelho circulatório	16	14,68%

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Quadro 41: Distribuição de óbitos por capítulos do CID - causa mortis Neoplasias Malignas nos vinculados ESF no ano de 2015

CAP II - Neoplasias [Tumores] - Causa (CID10 3C)	Óbitos CID C00-D48	%
C34 Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões	14	14,43%
C50 Neoplasia maligna da mama	12	12,37%
C25 Neoplasia maligna do pâncreas	10	10,31%
C61 Neoplasia maligna da próstata	10	10,31%
C18 Neoplasia maligna do colón	9	9,28%
C71 Neoplasia maligna do encéfalo	6	6,19%
C85 Linfoma não-Hodgkin de outros tipos e tipo NE	4	4,12%
C19 Neoplasia maligna da junção reto sigmoide	2	2,06%
C24 Neoplasia maligna outras partes e NE vias biliares	2	2,06%
C44 Outr Neoplasia maligna da pele	2	2,06%
C56 Neoplasia maligna do ovário	2	2,06%
C67 Neoplasia maligna da bexiga	2	2,06%
C91 Leucemia linfóide	2	2,06%
Outras Neoplasias	20	20,62%

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Quadro 42: Distribuição de óbitos por capítulos do CID - causa mortis Aparelho Respiratório nos vinculados ESF no ano de 2015

CAP X - Doenças do aparelho respiratório - Causa (CID10 3C)	Óbitos CID J00-J99	%
J18 Pneumonia por microrganismo NE	44	55,00%
J44 Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	13	16,25%
J98 Outros transtornos respiratórios	7	8,75%
J15 Pneumonia bacteriana NCOP	5	6,25%
J43 Enfisema	3	3,75%
J69 Pneumonite dev sólidos e líquidos	3	3,75%
J84 Outras doenças pulmonares intersticiais	2	2,50%
J45 Asma	1	1,25%
J81 Edema pulmonar NE de outra forma	1	1,25%
J96 Insuficiência respiratória NCOP	1	1,25%

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

No quadro 43 e gráfico 28, a seguir, a distribuição de óbitos por capítulo do CID na população brasileira no ano de 2015 revela que as causas de óbitos dos Cap IX, Cap II, Cap X e Cap XX são responsáveis por 68,1% dos óbitos desta população, com ênfase na relevância das causas externas que representa quase o dobro no comparativo com a população CASSI.

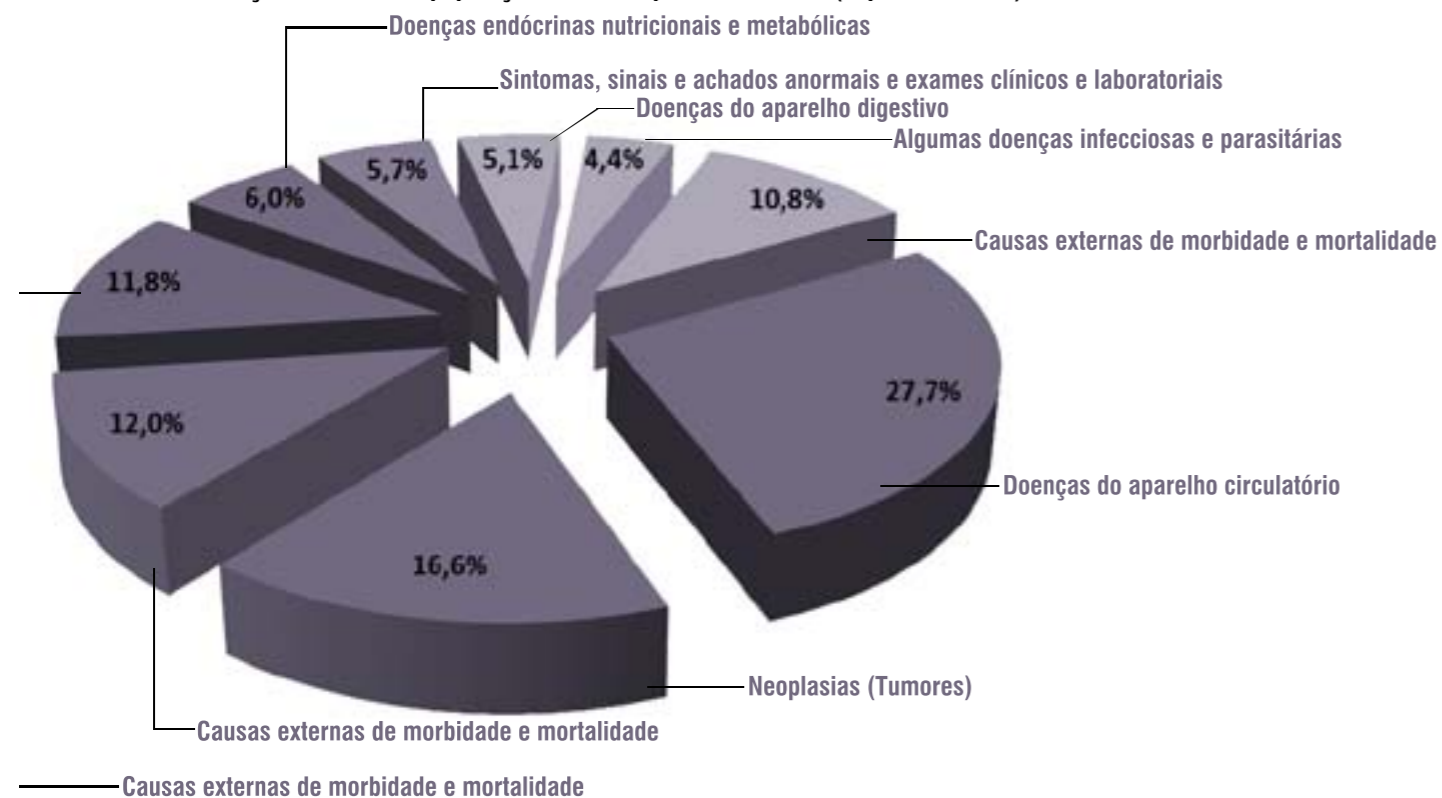
Quadro 43: Distribuição de óbitos na população brasileira por causa mortis (capítulos do CID) no ano de 2015

Grupo CID	Total	%
Cap IX Doenças do aparelho circulatório	349.642	27,66%
Cap II Neoplasias (tumores)	209.780	16,59%
Cap XX Causas externas de morbidade e mortalidade	152.136	12,03%
Cap X Doenças do aparelho respiratório	149.541	11,83%
Cap IV Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	76.235	6,03%
Cap XVIII Sintomas, sinais e achados anormais e exames clínicos e laboratoriais	71.713	5,67%
Cap XI Doenças do aparelho digestivo	64.202	5,08%
Cap I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	55.022	4,35%
Outras Causas	135.904	10,75%

} 68,1%

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Gráfico 28: Distribuição de óbitos na população brasileira por causa mortis (capítulos do CID) no ano de 2015



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Quadro 44: Distribuição de óbitos por capítulos do CID - causa mortis Aparelho Circulatório na população brasileira no ano de 2015

CAP IX - Doenças do aparelho circulatório - Causa (CID10 3C)	Óbitos CID 100-199	%
Doenças cerebrovasculares	100.520	28,75%
Infarto agudo do miocárdio*	90.811	25,97%
Outras doenças cardíacas	70.896	20,28%
Doenças hipertensivas	47.288	13,52%
Doenças isquêmicas do coração (Exceto Infarto Agudo do Mio-	21.052	6,02%
Febre reumática aguda e doença reumática crônica do coração	2.049	0,59%
Aterosclerose	1.087	0,31%
outras doenças do aparelho circulatório	15.939	4,56%

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (*) Total de Óbitos por Doenças Isquêmicas do Coração 111.863, incluindo Infarto Agudo do Miocárdio

Quadro 45: Distribuição de óbitos por capítulos do CID - causa mortis Neoplasias na população brasileira no ano de 2015

CAP II - Neoplasias [Tumores] - Causa (CID10 3C)	Óbitos CID C00-D48	%
Neoplasia maligna da traqueia, brônquios e pulmões	26.498	12,6%
Neoplasia maligna do cólon, reto e ânus	16.697	8,0%
Neoplasia maligna da mama	15.593	7,4%
Neoplasia maligna da próstata	14.484	6,9%
Neoplasia maligna do estômago	14.265	6,8%
Neoplasia maligna do fígado e vias biliares intra-hepáticas	9.711	4,6%
Neoplasia maligna do pâncreas	9.464	4,5%
Neoplasia maligna meninge, encéfalo e outras partes SNC	9.034	4,3%
Neoplasia maligna do esôfago	8.402	4,0%
Neoplasia maligna do lábio, cavidade oral e faringe	7.676	3,7%
Leucemia	6.837	3,3%
Neoplasia maligna do colo do útero	5.727	2,7%
Neoplasia Maligna da laringe	4.384	2,1%
Linfoma não-Hodgkin	4.260	2,0%
Neoplasia maligna da bexiga	3.905	1,9%
Neoplasia in situ, benigna, comportamento incerto	3.782	1,8%
Neoplasia maligna do corpo e partes não especificadas do útero	3.604	1,7%
Neoplasia maligna do ovário	3.536	1,7%
Mieloma múltiplo e neoplasias malignas de plasmócitos	2.889	1,4%
Neoplasia maligna da pele	1.794	0,9%
Restante das Neoplasias [Tumores]	37.238	17,8%

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Quadro 46: Distribuição de óbitos por capítulos do CID - causa mortis Causas Externas na população brasileira no ano de 2015

CAP XX – Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade - Causa (CID10 3C)	Óbitos CID V01-Y98	%
110 Agressões	58.138	38,21%
104 Acidentes de transporte	39.543	25,99%
105 Quedas	13.900	9,14%
113 Todas as outras causas externas	11391	7,49%
109 Lesões autoprovocadas voluntariamente	11.178	7,35%
111 Eventos(fatos) cuja intenção é indeterminada	9810	6,45%
106 Afogamento e submersões acidentais	5.226	3,44%
108 Envenenamento, intoxicação por ou expos a substância	1.069	0,70%
112 Intervenções legais e operações de guerra	942	0,62%
107 Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	939	0,62%

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

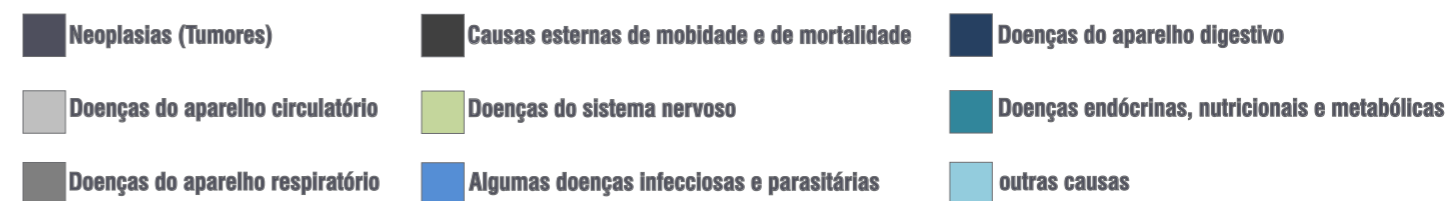
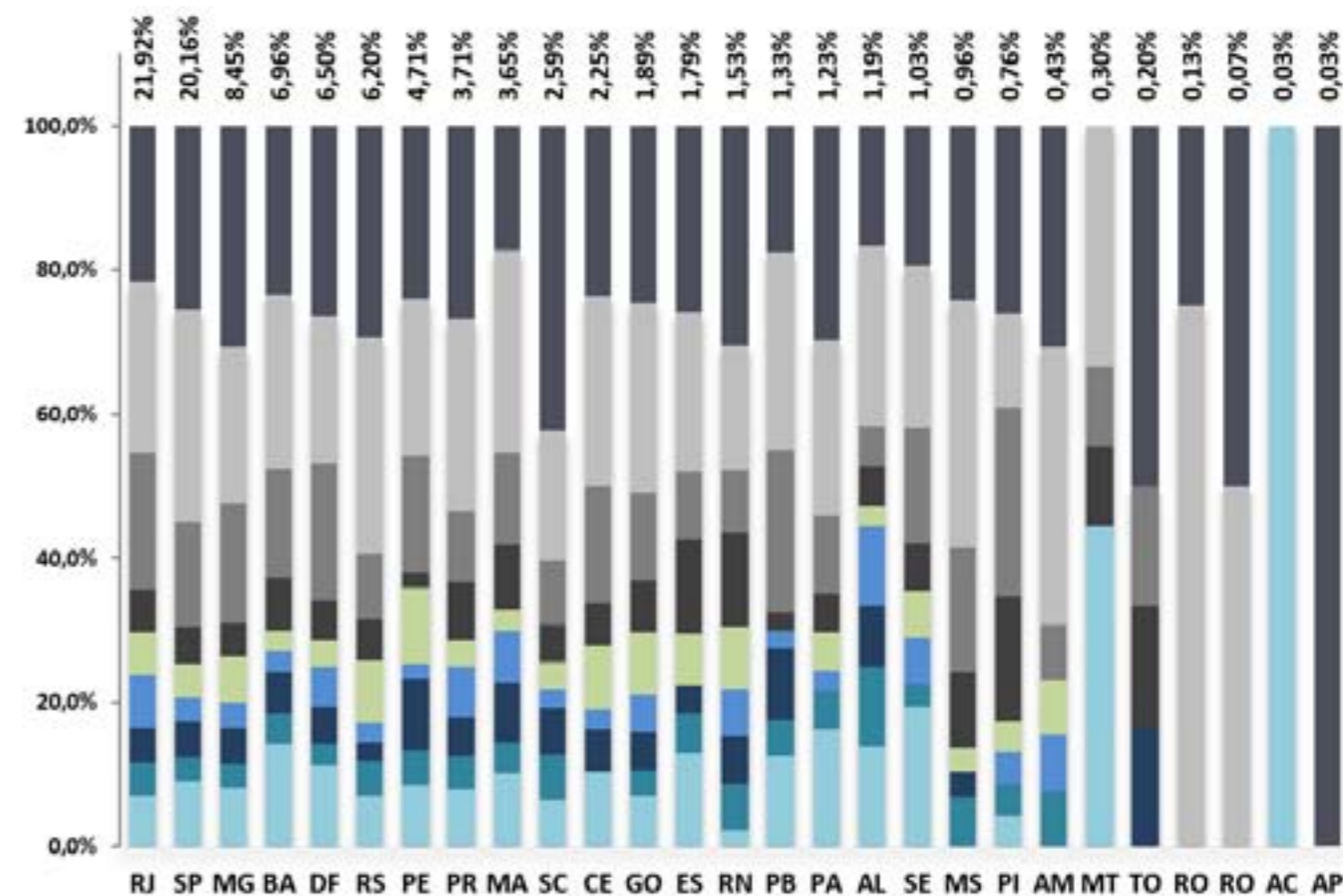
Quadro 47: Distribuição de óbitos por capítulos do CID - causa mortis Aparelho Respiratório na população brasileira no ano de 2015

CAP X - Doenças do aparelho respiratório - Causa (CID10 3C)	Óbitos CID V01-Y98	%
074 Pneumonia	77.334	51,71%
076 Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	42.917	28,70%
076.1 Asma	2.232	1,49%
075 Outras intercorrências agudas das vias aéreas inferiores	618	0,41%
073 Influenza (gripe)	301	0,20%
077 Restante doenças do aparelho respiratório	26.139	17,48%

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

O trabalho de identificação dos beneficiários CASSI, integrantes da tabela SIM (Sistema de Informação de Mortalidade) /Ministério da Saúde, elaborado a partir das informações da parceria CGIAE-DASIS-SVS, resultou no estudo de causa mortis dos óbitos de 2015 por faixa etária, sexo e unidade da federação.

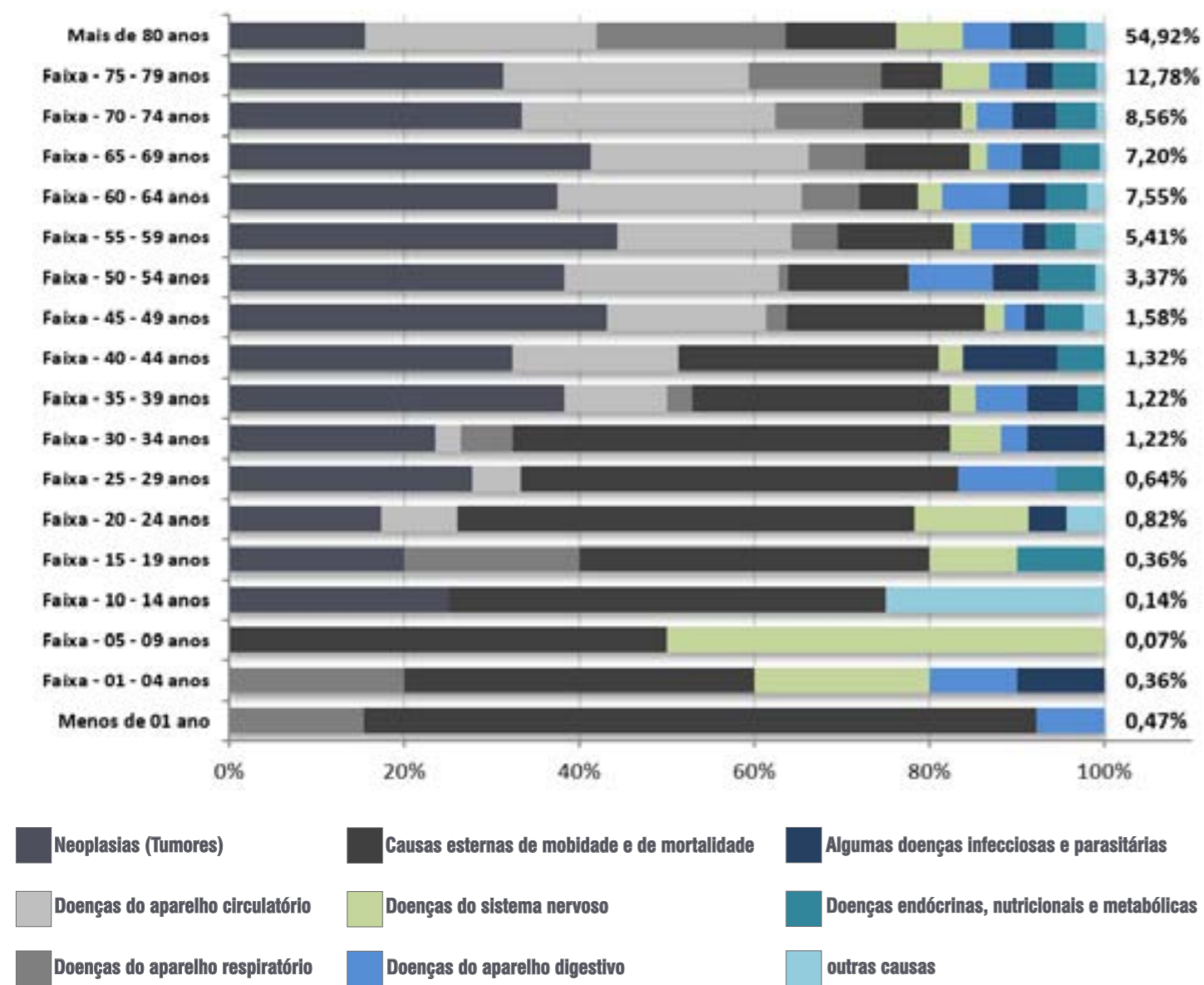
Gráfico 29: Distribuição por UF de óbitos na população CASSI por causa mortis (capítulos do CID) no ano de 2015



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

O gráfico 30 apresenta os óbitos na população CASSI por *causa mortis* (capítulos do CID) no ano de 2015 estratificado em 18 faixas etárias. As populações acima de 40 anos concentram mais de 90% dos óbitos da população CASSI. A mortalidade é crescente de acordo com as faixas compostas por idades mais elevadas. Como o volume de óbitos é bem maior conforme o avançar da idade, é natural que o reflexo das prevalências de óbitos tenha uma representação maior. Assim sendo, as doenças do aparelho circulatório e neoplasias malignas têm um impacto muito grande no total da população. As doenças do aparelho respiratório, mesmo tendo menor prevalência do que as causas externas nas populações, ganha representatividade por acometer faixas mais volumosas.

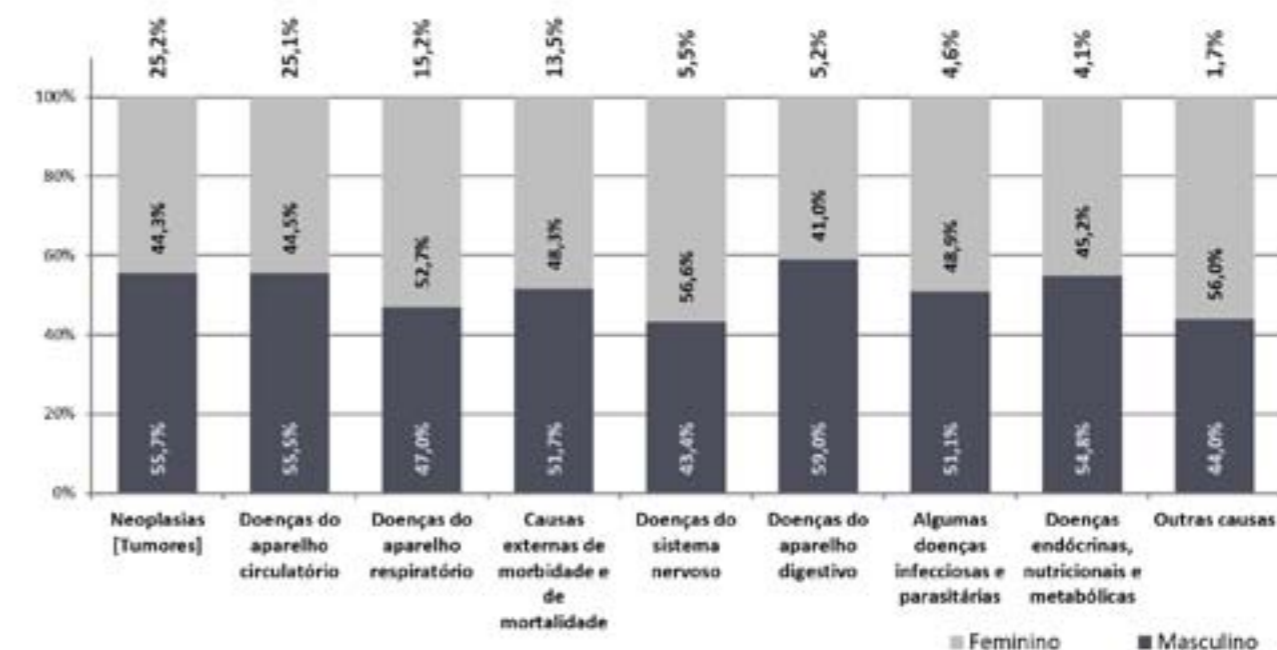
Gráfico 30: Distribuição por faixa etária de óbitos na população CASSI por *causa mortis* (capítulos do CID) no ano de 2015



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

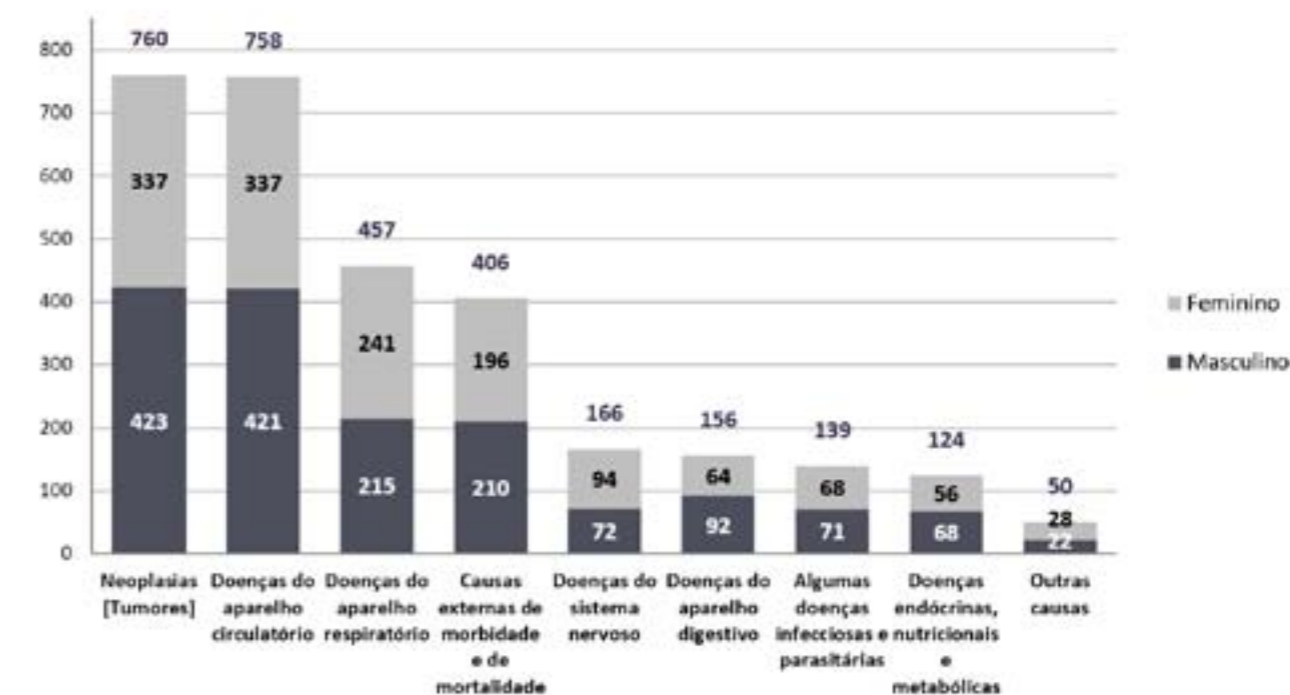
Os gráficos 31 e 32 tem relação com a distribuição das *causas mortis* por sexo. O primeiro corresponde à distribuição proporcional das morbimortalidades entre homens e mulheres. O segundo expõe os quantitativos de mortes por capítulo do CID, porém com a relevância de cada motivo também distribuída entre os gêneros.

Gráfico 31: Distribuição por Sexo de óbitos na população CASSI por *causa mortis* (capítulos do CID) do ano de 2015



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Gráfico 32: Mortalidade por Capítulo do CID 10 na população CASSI por Sexo: acumulado de 2015



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

8.3. LETALIDADE

O coeficiente de letalidade é resultante da relação entre o número de óbitos decorrentes de determinada causa e o número de pessoas que foram realmente acometidas pela doença, expressado sempre em percentual. A letalidade é definida como o maior ou o menor poder que uma doença tem de causar a morte dos indivíduos. É um indicador muito útil para avaliar o grau da natureza fatal do agravo. Ela pode ser nula em doenças não fatais, e chegar a 100% de letalidade: nesse caso a chance de óbito é total. Há, ainda, uma extensa faixa de níveis intermediários entre esses extremos.

Na presente publicação, como trata-se de um estudo em fase inicial, foram selecionados apenas alguns grupos de

Tabela 4 – Óbitos e Prevalência, em termos absolutos, e Coeficiente de letalidade da população CASSI por Grupo de CID em 2015

Grupo CID-10	Óbitos	Prevalência	Letalidade
Neoplasia do Aparelho Respiratório	44	98	44,90%
Neoplasias malignas dos olhos, do encéfalo e de outras partes do sistema nervoso	19	45	42,22%
Neoplasia Oral e Orofaringe	8	32	25,00%
Neoplasia do Aparelho Digestivo	115	483	23,81%
Neoplasias [tumores] malignas(os), declaradas ou presumidas como primárias,	49	263	18,63%
Neoplasias malignas dos ossos cartilagens articulares e outras localidades e NE	4	24	16,67%
Neoplasias [tumores] de comportamento incerto ou desconhecido	6	57	10,53%
Neoplasias do Aparelho Urinário	10	123	8,13%
Neoplasias malignas de localizações mal definidas, secundárias e de localizações	4	94	4,26%
Melanoma e outras(os) neoplasias [tumores] malignas(os) da pele	20	489	4,09%
Neoplasias do Órgão Reprodutor Feminino	44	1.318	3,34%
Neoplasias do Órgão Reprodutor Masculino	23	740	3,11%
Neoplasias malignas da tireoide e de outras glândulas endócrinas	6	200	3,00%
Doença Pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), Resultando em Neoplasias	-	1	-
Neoplasias [tumores] benignas(os)	1	-	-
CAP II - Neoplasias [Tumores] - Causa (CID10 3C)	353	3.967	8,90%

Fonte: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM
CASSI/GS/DIS – Prontuário Eletrônico do Paciente CASSI (2015)

Para exemplificar essa fase preliminar do objeto do trabalho, foram eleitos somente os tumores que têm maior prevalência e outros com maior coeficiente de letalidade (Tabela 5).

Tabela 5 – Óbitos e Prevalência, em termos absolutos, e Coeficiente de letalidade da população CASSI por CID em 2015

CID-10	Óbitos	Prevalência	Letalidade
Grupo das Neoplasia do Aparelho Respiratório Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões (C38)	35	69	50,70%
Grupo das Neoplasia do Aparelho Digestivo Neoplasia maligna do colón, da junção reto sigmoidoide e do reto (C18, C19 e C20)	43	251	17,13%
Grupa das Neoplasias do Órgão Reprodutor Masculino Neoplasia maligna da próstata (C61)	22	727	3,03%
Grupo das Neoplasias do Órgão Reprodutor Feminino Neoplasia maligna da mama (C50)	31	1.245	2,49%

Fonte: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM
CASSI/GS/DIS – Prontuário Eletrônico do Paciente CASSI (2015)

CÂNCER DE PULMÃO

As neoplasias do aparelho respiratório ocasionaram 44 óbitos na CASSI/ESF em 2015, sendo 35 dessas mortes por neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões (21 homens e 14 mulheres). O câncer de pulmão representa 1,7% dos casos oncológicos na CASSI/ESF. A sua prevalência na ESF, para o mesmo ano, foi de 69 pacientes, 38 homens e 31 mulheres. O coeficiente de letalidade apurado na CASSI/ESF para o ano de 2015 foi de 50,7% da população diagnosticada com neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões; a letalidade masculina é de 66,6% e a feminina é de 45,2%.

Segundo informações do Instituto Nacional de Câncer (INCA), no Brasil, a doença foi responsável por 26.498 mortes em 2015. A taxa de sobrevida relativa em cinco anos para câncer de pulmão é de 18% (15% para homens e 21% para mulheres). Apenas 16% dos cânceres são diagnosticados em estágio inicial (câncer localizado), para o qual a taxa de sobrevida de cinco anos é de 56%.

CÂNCER DE CÓLON E RETO OU COLORRETAL

O câncer de intestino abrange os tumores que se iniciam na parte do intestino grosso chamada cólon e no reto (final do intestino, imediatamente antes do ânus) e ânus. Também é conhecido como câncer de cólon e reto ou colorretal.

É tratável e, na maioria dos casos, curável, ao ser detectado precocemente, quando ainda não se espalhou para outros órgãos. Grande parte desses tumores se inicia a partir de pólipos, lesões benignas que podem crescer na parede interna do intestino grosso.

Em 2015, os óbitos acarretados pelas neoplasias do aparelho digestivo foram 115 na população CASSI/ESF, destes, 43 foram por neoplasia maligna do colón, da junção retossigmoide e do reto (27 homens e 16 mulheres). O câncer colorretal representa 6,3% de todas as neoplasias diagnosticadas e prevalência na ESF, para o mesmo ano, foi de 251 pacientes, 153 homens e 98 mulheres. O coeficiente de letalidade apurado, neste caso, na CASSI/ESF para o ano de 2015 foi de 17,1% da população diagnosticada com câncer colorretal, a letalidade masculina é de 17,6% e a feminina é de 16,3%.

CÂNCER DE MAMA

A Neoplasia maligna da mama, na CASSI, representa 31,4% do total de tumores do Capítulo II - Neoplasias [Tumores] - Causa (CID10 3C). O câncer de mama tem a maior prevalência entre as neoplasias (1.245 casos ou 1,27% da população acometível) e seu coeficiente de letalidade é de 2,49%, sendo 31 óbitos para 1.245 casos. Tanto a prevalência quanto a letalidade refletem de forma compatível o cenário nacional

O câncer de mama é o tipo da doença mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil, depois do de pele-não-melanoma, correspondendo a cerca de 25% dos casos novos a cada ano. No Brasil, esse percentual é de 29% (INCA).

CÂNCER DE PRÓSTATA

As neoplasias malignas da próstata correspondem a 18,3% dos casos de neoplasias malignas na CASSI/ESF. Em 2015, 22 óbitos foram motivados por esse tipo de tumor para uma prevalência de 727 casos, ou 0,87% da população vulnerável. O coeficiente de letalidade calculado nesse grupo de pessoas para o mesmo ano foi de 3,03% da população diagnosticada com a doença.

No Brasil, o câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens (atrás apenas do câncer de pele não-melanoma). A taxa de incidência é maior nos países desenvolvidos em comparação aos países em desenvolvimento.

De acordo com o INCA, mais do que qualquer outro tipo, é considerado um câncer da terceira idade, já que cerca de 75% dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos. O aumento observado nas taxas de incidência no Brasil pode ser parcialmente justificado pela evolução dos métodos diagnósticos (exames), pela melhoria na qualidade dos sistemas de informação do país e pelo aumento na expectativa de vida.

9 ■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mudanças na estrutura e/ou perfil epidemiológico de uma população em relação à saúde é um processo lento e, na maioria das vezes, imperceptível no curto prazo. Porém, é de extrema importância um olhar atento para essas pequenas transformações, pois serão bastante relevantes no longo prazo. É fundamental, portanto, reconhecer os fatores que influenciam e determinam a estrutura da população e as condições de saúde da mesma. É primordial diagnosticar os pontos de fragilidade dos sistemas de saúde para definir as estratégias de planejamento mais adequadas.

Os resultados almejados para as próximas décadas serão o fruto de planejamento imediato. Para determinar a melhor estratégia, é imperativo que a CASSI estude a condução de suas políticas de saúde, bem como sua forma de financiamento, à luz dos dados epidemiológicos da população.

A realidade mundial atual tem grandes desafios, também presentes na CASSI, como preservar a independência e a vida ativa com o envelhecimento e manter e/ou melhorar a qualidade de vida com a chegada da idade mais avançada. O aumento da longevidade é um prêmio desde que esses anos adicionais de vida venham com qualidade.

A população mais agravada ou com condições crônicas relevantes consome mais serviços de saúde; as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado à população menos agravada. O acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos dessa população são fundamentais para manter o controle das condições crônicas e múltiplas (comorbidades), que tendem a perdurar por um tempo maior com os anos de vida a mais. Portanto, conhecer as condições dessa população não é mais uma opção.

O impacto dessa transformação epidemiológica é gigantesco para os sistemas de saúde que devem reorganizar a atenção à saúde e as intervenções em um sistema integrado com respostas continuadas e efetivas à nova situação enfrentada pela população assistida. Os objetivos são: proporcionar adequado tratamento e controle, enfatizar a prevenção e a promoção de saúde (especialmente nas faixas etárias mais jovens) e buscar resultados em saúde, redução dos impactos e garantir a sustentabilidade do sistema.

REFERÊNCIAS

1. ABESO. Obesidade no Brasil: Dados Epidemiológicos / Levantamentos Oficiais / Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico). Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/30/Lancamento-Vigitel-28-04-ok.pdf>. Acesso em 13/03/2015.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2018.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2017.
4. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015; Sociedade Brasileira de Diabetes [organização Jose Egidio Paulo de Oliveira, Sergio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.
5. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS Debate – A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2014. 171 p. – (CONASS Debate, 3).
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).
7. Brawley OW. Avoidable cancer deaths globally. *CA Cancer J Clin.* 2011; 61 (2): 67
8. Burgoine T, Frouhi NG, Griffin SJ, Wareham NJ, Monsivais P. Associations between exposure to takeaway food outlets, takeaway food consumption, and body weight in Cambridgeshire, UK: population based, cross sectional study. *BMJ.* 2014 Mar 13;348:g1464.
9. CONASS Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde / Coordenador Fernando P Cupertino de Barros. – Brasília; CONASS, 2018. 116 p.: il; 15,5x24,5cm – (CONASS Debate; V.8)
10. Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, Islam S, Gupta R, Avezum A, Bahonar A, Chifamba J, Dagenais G, Diaz R, Kazmi K, Lanan F, Wei L, Lopez-Jaramillo P, Fanghong L, Ismail NH, Puoane T, Rosengren A, Szuba A, Temizhan A, Wielgosz A, Yusuf R, Yusufali A, McKee M, Liu L, Mony P, Yusuf S; PURE (Prospective Urban Rural Epidemiology) Study investigators. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *JAMA.* 2013 Sep 4;310(9):959-68.
11. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of cholesterol screening and high blood cholesterol among adults--United States, 2005, 2007, and 2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2012 Sep 7;61:697-702.
12. Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, Danaei G, Lin JK, Paciorek CJ, Singh GM, Gutierrez HR, Lu Y, Bahalim AN, Farzadfar F, Riley LM, Ezzati M; Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Body Mass Index). National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9•1 million participants. *Lancet.* 2011 Feb 12;377(9765):557-67.
13. Garcez et al. Prevalência de Dislipidemia Segundo Estado Nutricional em Amostra Representativa de São Paulo. *Arq Bras Cardiol.* 2014; [online]. ahead print, PP.0-0.
14. Hypertriglyceridemia. In DynaMed [database online]. EBSCO Information Services. <http://web.a.ebscohost.com/dynamed/detail?vid=10&sid=c36944eb-15c6-4a4a-9b18-0e2ecec55f5b%40sessi onmgr4003&hid=4206&bdata=Jmxhbm9cHQtYnlmc2I0ZT1keW5hbWVkLWxpdmUmc2NvcGU9c2I0ZQ%3d%3d#db=dme&AN=115419>. Updated December 31, 2014. Accessed March 04, 2015. Registration and login required.
15. Hypertcholesterolemia. In DynaMed [database online]. EBSCO Information Services. <http://web.a.ebscohost.com/dynamed/detail?vid=10&sid=c36944eb-15c6-4a4a-9b18-0e2ecec55f5b%40sessi onmgr4003&hid=4206&bdata=Jmxhbm9cHQtYnlmc2I0ZT1keW5hbWVkLWxpdmUmc2NvcGU9c2I0ZQ%3d%3d#db=dme&AN=115419>. Updated December 31, 2014. Accessed March 04, 2015. Registration and login required.
16. IBGE. Pesquisa nacional de saúde : 2013 : ciclos de vida : Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2015. 92 p.
17. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017.
18. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. Belgium: IDF. 2013.
19. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, Lackland DT, LeFevre ML, MacKenzie TD, Ogedegbe O, Smith SC Jr, Svetkey LP, Taler SJ, Townsend RR, Wright JT Jr, Narva AS, Ortiz E. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA.* 2014 Feb 5;311(5):507-20.
20. Mendes, EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.
21. Moxey PW, Gogalniceanu P, Hinchliffe RJ, Loftus IM, Jones KJ, Thompson MM, Holt PJ. Lower extremity amputations--a review of global variability in incidence. *Diabet Med.* 2011 Oct;28(10):1144-53.
22. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *JAMA.* 2014 Feb 26;311(8):806-14.
23. Peters SA, Huxley RR, Woodward M. Diabetes as a risk factor for stroke in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of 64 cohorts, including 775,385 individuals and 12,539 strokes. *Lancet.* 2014 Jun 7; 383(9933):1973-80.)
24. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global Cancer Statistics, 2012. *CA Cancer J Clin.* 2015; 65 (2): 87.
25. United Nations Children’s Fund, World Health Organization, The World Bank. Levels and trends in child malnutrition: UNICEF-WHO-The World Bank joint child malnutrition estimates. UNICEF, New York; WHO, Geneva; The World Bank, Washington, DC; 2012. Disponível em: http://www.who.int/nutgrowthdb/jme_unicef_who_wb.pdf. Acesso em 16/03/2015.
26. UNICEF. Situação Mundial da Infância 2014 em Números – Cada criança conta: Revelando disparidades, promovendo os direitos das crianças. Disponível em: http://www.unicef.org/sowc2014/numbers/documents/english/SOWC2014_In%20Numbers_28%20Jan.pdf. Acesso em 16/03/2015.
27. Xavier H. T., Izar M. C., Faria Neto J. R., Assad M. H., Rocha V. Z., Sposito A. C., Fonseca F. A., dos Santos J. E., Santos R. D., Bertolami M. C., Faludi A. A., Martinez T. L. R., Diament J., Guimarães A., Forti N. A., Moriguchi E., Chagas A. C. P., Coelho O. R., Ramires J. A. F.; Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol* 2013.
28. Bahia LR, Araujo DV, Schaan BD, Dib SA, Negrato CA, Leao MPS et al. The costs of type 2 diabetes mellitus outpatient care in the Brazilian Public Health System. *Value in Health.* 2011;14:s137-40.
29. Emerging Risk Factors Collaboration, Seshasai SR, Kaptoge S, Thompson A, Di Angelantonio E, Gao P, Sarwar N, Whincup PH, Mukamal KJ, Gillum RF, Holme I, Njølstad I, Fletcher A, Nilsson P, Lewington S, Collins R, Gudnason V, Thompson SG, Sattar N, Selvin E, Hu FB, Danesh J. Diabetes mellitus, fasting glucose, and risk of cause-specific death. *N Engl J Med.* 2011 Mar 3;364(9):829-41.
30. Adler AI, Erqou S, Lima TA, Robinson AH). See comment in PubMed Commons below Association between glycosylated haemoglobin and the risk of lower extremity amputation in patients with diabetes mellitus-review and meta-analysis. *Diabetologia.* 2010 May;53(5):840-9.
31. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.
32. Ford ES, Li C, Zhao G, Pearson WS, Mokdad AH. Hypertriglyceridemia and its pharmacologic treatment among US adults. *Arch Intern Med.* 2009 Mar 23;169(6):572-8.
33. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010 / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. - 3.ed. - Itapevi, SP : AC Farmacêutica, 2009.
34. Dawes MG, Bartlett G, Coats AJ, Juszcak E. Comparing the effects of white coat hypertension and sustained hypertension on mortality in a UK primary care setting. *Ann Fam Med.* 2008 Sep-Oct;6(5):390-6.
35. Funatogawa I, Funatogawa T, Yano E. Do overweight children necessarily make overweight adults? Repeated cross sectional annual nationwide survey of Japanese girls and women over nearly six decades. *BMJ.* 2008 Aug 21;337:a802.
36. Boden-Albala B1, Cammack S, Chong J, Wang C, Wright C, Rundek T, Elkind MS, Paik MC, Sacco RL. Diabetes, fasting glucose levels, and risk of ischemic stroke and vascular events: findings from the Northern Manhattan Study (NOMAS). *Diabetes Care.* 2008 Jun;31(6):1132-7.
37. Franco OH, Steyerberg EW, Hu FB, Mackenbach J, Nusselder W. Associations of diabetes mellitus with total life expectancy and life expectancy with and without cardiovascular disease. *Arch Intern Med.* 2007 Jun 11;167(11):1145-51.
38. Jeerakathil T, Johnson JA, Simpson SH, Majumdar SR. Short-term risk for stroke is doubled in persons with newly treated type 2 diabetes compared with persons without diabetes: a population-based cohort study. *Stroke.* 2007 Jun;38(6):1739-43.
39. Venn AJ, Thomson RJ, Schmidt MD, Cleland VJ, Curry BA, Gennat HC, Dwyer T. Overweight and obesity from childhood to adulthood: a follow-up of participants in the 1985 Australian Schools Health and Fitness Survey. *Med J Aust.* 2007 May 7;186(9):458-60.
40. Balkau B, Deanfield JE, Després JP, Bassand JP, Fox KA, Smith SC Jr, Barter P, Tan CE, Van Gaal L, Wittchen HU, Massien C, Haffner SM. International Day for the Evaluation of Abdominal Obesity (IDEA): a study of waist circumference, cardiovascular disease, and diabetes mellitus in 168,000 primary care patients in 63 countries. *Circulation.* 2007 Oct 23;116(17):1942-51.
41. Pejic RN, Lee DT. Hypertriglyceridemia. *J Am Board Fam Med.* 2006 May-Jun;19(3):310-6.
42. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, DePalma SM, Gidding S, Jamerson KA, Jones DW, MacLaughlin EJ, Muntner P, Ovbigele B, Smith SC Jr, Spencer CC, Stafford RS, Taler SJ, Thomas RJ, Williams KA Sr, Williamson JD, Wright JT Jr. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension.* 2018;71(6):e13. Epub 2017 Nov 13.
43. Pinheiro, Anelise Rizzolo de Oliveira; Freitas, Sérgio Fernando Torres de; Corso, Arlete Catarina Tiltoni. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Rev. Nutr. Campinas,* v. 17, n. 4, p. 523-533, Dec. 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732004000400012&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732004000400012>.
44. Franco OH, Peeters A, Bonneux L, de Laet C. Blood Pressure In Adulthood And Life Expectancy With Cardiovascular Disease In Men And Women: Life Course Analysis. *Hypertension.* 2005 Aug;46(2):280-6.
45. Pereira MA, Kartashov AI, Ebbeling CB, Van Horn L, Slattery ML, Jacobs DR Jr, Ludwig DS. Fast-food habits, weight gain, and insulin resistance (the CARDIA study): 15-year prospective analysis. *Lancet.* 2005 Jan 1-7;365(9453):36-42.

46. Wannamethee SG, Shaper AG, Whincup PH. Alcohol and adiposity: effects of quantity and type of drink and time relation with meals. *Int J Obes (Lond)*. 2005 Dec;29(12):1436-44.
47. Vasan RS, Pencina MJ, Cobain M, Freiberg MS, D'Agostino RB. Estimated risks for developing obesity in the Framingham Heart Study. *Ann Intern Med*. 2005 Oct 4;143(7):473-80.
48. Hu G, Sarti C, Jousilahti P, Peltonen M, Qiao Q, Antikainen R, Tuomilehto J. The impact of history of hypertension and type 2 diabetes at baseline on the incidence of stroke and stroke mortality. *Stroke*. 2005 Dec;36(12):2538-43.)
49. Copenhagen City Heart Study. Almdal T, Scharling H, Jensen JS, Vestergaard H. The independent effect of type 2 diabetes mellitus on ischemic heart disease, stroke, and death: a population-based study of 13,000 men and women with 20 years of follow-up. *Arch Intern Med*. 2004 Jul 12;164(13):1422-6.
50. Hu FB, Li TY, Colditz GA, Willett WC, Manson JE. Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in women. *JAMA*. 2003 Apr 9;289(14):1785-91.
51. Repetto G, Rizzolli J, Bonatto C. Prevalência, riscos e soluções na obesidade e sobrepeso: Here, There, and Everywhere. *Arq Bras Endocrinol Metab* [online]. 2003, vol.47, n.6, pp. 633-635. ISSN 0004-2730.
52. Lima-Costa, MF. Epidemiologia do Envelhecimento no Brasil. In: Rouquayrol, MZ; Filho, NA. *Epidemiologia & saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. 728p.
53. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al; National Heart, Lung, and Blood Institute, National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*. 2003 Dec;42(6):1206-52.
54. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R; Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*. 2002 Dec 14; 360(9349): 1903-13.
55. Vasan RS1, Beiser A, Seshadri S, Larson MG, Kannel WB, D'Agostino RB, Levy D. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: The Framingham Heart Study. *JAMA*. 2002 Feb 27;287(8):1003-10.
56. World Health Organization. Diabetes: the cost of diabetes. WHO fact sheet. September 2002, n. 236.
57. Yusuf S, Reddy S, Ounpuu S, Anand S. Global burden of cardiovascular diseases: Part II: variations in cardiovascular disease by specific ethnic groups and geographic regions and prevention strategies. *Circulation*. 2001 Dec 4;104(23):2855-64.
58. Stratton IM, Adler AI, Neil HAW, Matthews DR, Manley SE, Cull CA et al. (on behalf of the UK Prospective Diabetes Study Group. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *BMJ* 2000; 321:405-12.
59. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2000.
60. Alli C, Avanzini F, Bettelli G, Colombo F, Torri V, Tognoni G. The long-term prognostic significance of repeated blood pressure measurements in the elderly: SPAA (Studio sulla Pressione Arteriosa nell'Anziano) 10-year follow-up. *Arch Intern Med*. 1999 Jun 14; 159(11): 1205-12.
61. National Heart, Lung, and Blood Institute; National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: the evidence report. September 1998. <http://www.nhlbi.nih.gov/>
62. Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med*. 1997 Sep 25; 337(13): 869-73.
63. Martins, IS et al. Doenças cardiovasculares ateroscleróticas, dislipidemias, hipertensão, obesidade e diabetes melito em população da área metropolitana da região Sudeste do Brasil: II - Dislipidemias. *Rev. Saúde Pública* [online]. 1996, vol.30, n.1, pp. 75-84. ISSN 0034-8910.
64. Malerbi DA, Franco LJ. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. *Diabetes Care*. 1992 Nov; 15(11): 1509-16.
65. Fredrickson DS, Levy RI, Lees RS. Fat transport in lipoproteins--an integrated approach to mechanisms and disorders. *N Engl J Med*. 1967 Jan 5; 276(1):34-42 contd.
66. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Authors: Issue Date: 2017
67. Ribeiro, GF. Abordagem Ambulatorial do Paciente com DPOC e Comorbidades. *Gaz. méd. Bahia* 2008;78 (Suplemento 2):52-58
68. <https://nacoesunidas.org/novo-relatorio-da-oms-traz-informacoes-sobre-estatisticas-de-saude-em-todo-o-mundo/>
69. http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/bra.pdf?ua=1
70. <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4783409U2>
71. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
72. <https://www.inca.gov.br>