

# DIRETRIZES E OPERACIONALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA EM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) PARA O ESTADO DE SÃO PAULO

São Paulo  
2023



Governador do Estado

**Tarcísio de Freitas**

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo

**Eleuses Paiva**

Coordenador da CCD

**Regiane A Cardoso de Paula**

Diretor Técnico do CVE

**Tatiana Lang D' Agostini**

Diretor Técnico da DVDCNT

**Marco Antonio de Moraes**

Coordenadora da VIGIDANT

**Mírian Matsura Shirassu**

Elaboradores do projeto

**Luciane Simões Duarte**

**Mirian Matsura Shirassu**

**Marco Antonio de Moraes**

**2023**

### FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pelo Centro de Documentação – Coordenadoria de Controle de Doenças/SES

©reprodução autorizada pelo autor, desde que citada a fonte

São Paulo (Estado) Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac".

Diretrizes e operacionalização da vigilância epidemiológica em doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) para o Estado de São Paulo/Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". - São Paulo: SES/CCD/CVE, 2024.

1. Doença Crônica. 2. Doenças Transmissíveis. 3. Serviços de Vigilância Epidemiológica. I. Título. II. Marco Antonio de Moraes.

SES/CCD/CD 110/24

NLM QZ 185

## SUMÁRIO

Apresentação.....	5
Introdução.....	5
1. O que são Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)? .....	6
2. Quais as DCNT e os fatores de risco monitorados? .....	7
3. As DCNT são um problema de Saúde Pública?.....	7
4. Critérios para inclusão das DCNT como doenças sob vigilância .....	7
5. Referências consideradas na elaboração dessas Diretrizes .....	8
6. Objetivo da Vigilância em DCNT.....	8
7. Método da Vigilância em DCNT .....	8
8. Diretrizes da Vigilância em DCNT .....	9
9. Finalidades das Diretrizes da Vigilância em DCNT .....	10
10. Operacionalização da Vigilância Epidemiológica em DCNT.....	9
REFERÊNCIAS .....	13
ANEXOS.....	15

## Apresentação

Este documento é uma iniciativa da Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DVDCNT) por meio da Coordenação de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (VIGIDANT) que reflete a difusão, o intercâmbio e a ampliação de conhecimentos nesta área. Tem como objetivos estabelecer as diretrizes e a operacionalização para Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (VIGIDCNT) na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, promovendo assim a aplicação prática da vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no estado de São Paulo.

O presente documento pretende contribuir para nortear e facilitar a operacionalização das atividades constantes no cotidiano dos serviços prestados à população paulista especificamente na VIGIDCNT.

Esse produto está composto inicialmente por elucidações conceituais sobre o tema em questão, elencando as principais doenças crônicas não transmissíveis e seus principais fatores de risco a serem monitorados, destacando tratar-se de um sério problema de saúde pública em diferentes cenários e territórios.

O referido manual agrupa também critérios para inclusão das DCNT como doenças sob vigilância (não necessariamente de notificação compulsória), detalhando os objetivos, métodos, diretrizes e finalidades dessas diretrizes da Vigilância em DCNT.

Esse documento se preocupa também em trazer a operacionalização da vigilância epidemiológica de DCNT no estado de São Paulo, apresentando a definição de caso, os indicadores recomendados (fichas técnicas dos indicadores de DCNT), o papel da vigilância estadual e municipal, assim como a avaliação e monitoramento da rede dessa referida vigilância em nosso estado.

A publicação deste manual vem ao encontro com a produção da saúde que apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de políticas transversais, integradas, intra e intersetoriais, construindo redes de compromisso e co-responsabilidade direcionadas à melhoria da qualidade de vida de nossa população.

Destacamos que apesar da gama de temas aqui tratados, não há a pretensão de esgotar a questão abordada, porém acreditamos que o conjunto final de textos aqui apresentados possibilitará uma ampla imersão nas ações de VIGIDCNT, contribuindo para o desenvolvimento desta importante área da saúde.

## **Introdução:**

Diretrizes são linhas que definem e regulam um traçado ou um caminho a seguir, são orientações, guias, rumos, instruções ou indicações para se estabelecer um plano, uma ação, um negócio, entre outros caminhos estabelecidos para guiar a tomada de decisões em diferentes áreas, processo ou atividade.

Elas têm como propósito principal garantir a qualidade, eficiência e segurança nas práticas desenvolvidas, além de promover uma uniformidade e padronização que facilitem a gestão e o controle dos processos.

As diretrizes podem ser aplicadas em diferentes contextos, desde o âmbito governamental até o empresarial, ou outro, visando otimizar a realização dos objetivos estabelecidos e a promoção do bem-estar das pessoas envolvidas. Em resumo, as diretrizes são ferramentas importantes para a gestão estratégica e organizacional, orientando e norteando as decisões e ações necessárias para alcançar os resultados esperados.

Cabe destacar ainda que as diretrizes institucionais devem ser criadas com base em um processo participativo, envolvendo diferentes atores da organização, garantindo que as diretrizes reflitam os valores e a visão estratégica da instituição, além de aumentar a probabilidade de que elas sejam implementadas com sucesso.

Destacamos que as diretrizes institucionais devem ser acompanhadas de instrumentos de monitoramento e avaliação, a fim de que seja possível verificar o grau de aderência das práticas da organização às orientações estabelecidas, e a partir dessa avaliação, fazer ajustes necessários garantindo que a organização esteja sempre alinhada com as suas metas e objetivos.

Em contrapartida a operacionalização de ações se constitui em um processo de transformar uma estratégia ou plano em ações práticas e tangíveis, colocando em prática todas as etapas necessárias para alcançar um objetivo específico, garantindo que todas as atividades sejam executadas de forma eficiente e eficaz.

A operacionalização é fundamental para o real sucesso de qualquer estratégia ou plano de ações, e é através desse processo que as ideias abstratas se transformam em ações concretas. Sem uma operacionalização adequada, as estratégias podem se tornar apenas conceitos teóricos, sem impacto real no dia a dia da organização.

### **1. O que são Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)?**

As DCNT possuem as seguintes características: história natural prolongada, relação causal complexa, em que os fatores podem não ser suficientes e necessários, etiologia múltipla, resultado da interação de fatores de risco, longo curso assintomático (período de latência), em geral lento e permanente curso clínico (curso prolongado), manifestações clínicas com períodos de remissão e exacerbação, lesões celulares irreversíveis e evolução para graus variados de incapacidade

(deficiências e incapacidades funcionais) ou morte (Malta DC., et al. 2018).

## **2. Quais as DCNT e os fatores de risco monitorados?**

O termo DCNT inclui uma gama de doenças, e foi introduzido no cenário de estatísticas globais de saúde no início dos anos 90 pelo estudo da Carga Global de Doenças (*Global Burden of Disease - GBD*) (Murray et al., 1992). Em 2011, a primeira Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre Prevenção e Controle de DCNT enfatizou, oficialmente, a ação global em quatro doenças (doenças cardiovasculares, neoplasias malignas, doenças respiratórias crônicas e diabetes) e em quatro fatores de risco (tabagismo, uso abusivo de álcool, alimentação não saudável e inatividade física) (United Nations General Assembly, 2011). Essa ação ficou conhecida como "Agenda 4 X 4 DCNT" (United Nations General Assembly, 2011). Contudo, em 2018, a terceira Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas recomendou a inclusão dos transtornos mentais e da poluição atmosférica, e a agenda passou a ser conhecida como "Agenda 5 X 5 DCNT" (United Nations General Assembly, 2018).

## **3. As DCNT são um problema de Saúde Pública?**

As DCNT matam 41 milhões de pessoas por ano em todo o mundo, o que representa 71% de todas as mortes globais (WHO, 2022). Na Região das Américas são 5,5 milhões de mortes por ano por DCNT (PAHO, 2019). Em relação a morte prematura, de pessoas de 30 a 69 anos, as DCNT matam 15 milhões por ano (WHO, 2022) e na Região das Américas são 2,2 milhões de mortes por ano. Globalmente, as doenças cardiovasculares são responsáveis pela maioria das mortes por DCNT (17,9 milhões de pessoa/ano), seguidas por cânceres (9,0 milhões), doenças respiratórias crônicas (3,9 milhões) e diabetes (1,6 milhões) (WHO, 2022). Esses quatro grupos de doenças são responsáveis por mais de 80% de todas as mortes.

Assim, podem ser consideradas como problema de Saúde Pública, em virtude do impacto no indivíduo (anos potenciais de vida perdidos, incapacidade, dor e desconforto, custo do tratamento, e o impacto na família) e no impacto na sociedade (mortalidade, morbidade, custos do tratamento e socioeconômico).

## **4. Critérios para inclusão das DCNT como doenças sob vigilância (não necessariamente de notificação)**

Diante desses dados epidemiológicos, as DCNT possuem magnitude, transcendência e vulnerabilidade. Entende-se magnitude quando a doença é de elevada frequência, que afeta grandes contingentes populacionais e se traduz por altas taxas de incidência, prevalência, mortalidade e anos potenciais de vida perdidos. A Transcendência pode ser dividida em severidade, medida por taxas de letalidade, de hospitalização e de sequelas; relevância social, avaliada, subjetivamente, pelo valor imputado pela sociedade à ocorrência da doença, e que se

manifesta pela sensação de medo, de repulsa ou de indignação; relevância econômica, avaliada por prejuízos decorrentes de restrições comerciais, redução da força de trabalho, absenteísmo escolar e laboral, custos assistenciais e previdenciários, entre outros. A vulnerabilidade é observada pela disponibilidade concreta de instrumentos específicos de prevenção e controle da doença, propiciando a atuação efetiva dos serviços de saúde sobre indivíduos e coletividades (Brasil, 2002).

## 5. Referências consideradas na elaboração dessas Diretrizes

Conforme a Política Nacional de Vigilância em Saúde, a vigilância em saúde é compreendida como:

"processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças" (Brasil, 2018).

O mesmo documento define a vigilância epidemiológica como:

"conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças, transmissíveis e não-transmissíveis, e agravos à saúde" (Brasil, 2018).

O plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano de DANT) apresenta como um dos eixos estratégicos a vigilância, informação, avaliação e monitoramento (Brasil, 2021).

## 6. Objetivo da Vigilância em DCNT

A vigilância em DCNT apresenta quatro objetivos, são eles: 1º. Reduzir a incidência e a prevalência, 2º. Retardar o aparecimento de complicações e incapacidades, 3º. Aliviar a gravidade e 4º. Prolongar a vida com qualidade (Malta DC., et al. 2018).

## 7. Método da Vigilância em DCNT

O método da vigilância nas DCNT difere das doenças transmissíveis, pois não há interesse em conhecer casos individualizados, uma vez que etiologia das DCNT é multicausal. Deve-se estabelecer os níveis de exposição aos fatores de risco, os quais estão associados a diversas doenças e, muitas vezes, ao mesmo tempo (Malta DC., et al. 2018).

## 8. Diretrizes da Vigilância em DCNT

As diretrizes da vigilância em DCNT estão fundamentadas nos três componentes essenciais da vigilância em DCNT, que são: 1. Monitoramento dos fatores de risco, 2. Monitoramento da mortalidade e morbidade e, 3. Avaliação da capacidade de resposta dos sistemas de saúde, que inclui capacidade de atuar na prevenção de DCNT em termos de políticas ou planos, infraestrutura, recursos humanos e acesso a serviços de saúde e medicamentos (Malta DC., et al. 2018).

Em relação ao monitoramento dos fatores de risco, a proposta é seguir a recomendação do Plano de DANT, que recomenda o monitoramento de dez indicadores e respectivas metas para 2030, são eles: 1º. Reduzir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes em 2%; 2º. Deter o crescimento da obesidade em adultos; 3º. Aumentar a prevalência da prática de atividade física no tempo livre em 30%; 4º. Aumentar o consumo recomendado de frutas e de hortaliças em 30%; 5º. Deter o consumo de alimentos ultraprocessados; 6º. Reduzir em 30% o consumo regular de bebidas adoçadas; 7º. Reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%; 8º. Reduzir a prevalência de tabagismo em 40%; 9º. Reduzir a mortalidade por DCNT atribuída à poluição atmosférica; e 10º. Atingir 90% de cobertura vacinal contra o HPV (Brasil, 2021).

Não há sistema de informação para obter informações de modo contínuo a respeito dos fatores de risco, logo o monitoramento é realizado por meio dos inquéritos em saúde, por exemplo: a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares (PeNSE), a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) e a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Assim, ressalta-se a importância dos inquéritos em saúde para o monitoramentos dos fatores de risco para as DCNT na população.

Sobre o monitoramento da mortalidade, o Brasil disponibiliza informações sobre os óbitos no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). A proposta também é seguir o Plano de DANT, o qual utiliza o SIM do Ministério da Saúde e, para o cálculo da taxa de mortalidade, utiliza a população residente do Ministério da Saúde e a população padrão do Censo de 2010 da população brasileira.

No que se refere a morbidade, os inquéritos em saúde, novamente, oferecem informação a respeito da prevalência referida de algumas DCNT na população. Embora seja possível avaliar as internações hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS) como uma aproximação da morbidade, utilizando o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do Ministério da Saúde, essa informação é restrita ao ambiente hospitalar e ao sistema público, ou seja, não é representativa da prevalência das DCNT na população. Dessa forma, a internação hospitalar pode ser utilizada considerando suas limitações.

A respeito da capacidade de resposta do sistema de saúde, a avaliação também pode ser realizada por meio dos inquéritos de saúde. Recomenda-se, na última diretriz da Organização Panamericana de Saúde, adotar os indicadores propostos no Compêndio de Indicadores para o Monitoramento da Resposta Regional e Global às Doenças Não Transmissíveis nas Américas

(PAHO, 2015).

## 9. Finalidades das Diretrizes da Vigilância em DCNT

Pretende-se fortalecer a realização de inquéritos em saúde, pois são fontes de informação para fatores de risco, morbidade e capacidade de resposta do sistema de saúde.

O estabelecimento das Diretrizes da Vigilância em DCNT possibilita a proposição de indicadores de fatores de risco, mortalidade, morbidade e capacidade de resposta dos sistemas de saúde. Dessa forma, espera-se contribuir para a implementação e o fortalecimento de uma rede estadual de vigilância epidemiológica de DCNT integrada aos serviços de atenção às referidas doenças e seus fatores de risco e de proteção.

## 10. Operacionalização da Vigilância Epidemiológica em Doenças Crônicas Não Transmissíveis

### 10.1. Definição de caso

#### Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)

O grupo de **DCNT** sob vigilância incluem:

- doenças do aparelho circulatório CID-10 I00-I99,
- câncer CID-10 C00-C97,
- diabetes CID-10 E10-E14, e
- doenças respiratórias crônicas CID-10 J30-J98, exceto J36.

#### Fatores de risco e de proteção

- Obesidade em crianças

Índice de massa corporal (IMC) para idade (Sisvan)

- Obesidade em adolescentes

Obesidade graus I, II e III pelo Índice de Massa Corporal (IMC) para idade (Sisvan)

- Obesidade em adultos (Vigitel ESP)

Índice de massa corporal (IMC)  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ , calculado a partir do peso em quilos dividido pelo quadrado da altura em metros.

- Prática de atividade física no tempo livre (Vigitel ESP)

Prática de pelo menos 150 minutos semanais de atividade física de intensidade moderada. Desconsideradas atividades com duração inferior a 10 minutos.

- Consumo recomendado de frutas e de hortaliças (Vigitel ESP)

Consumo de frutas e de hortaliças em pelo menos cinco dias da semana e quando a soma das porções consumidas diariamente desses alimentos totaliza pelo menos cinco.

- Consumo de alimentos ultra processados (Vigitel ESP)

Consumo de cinco ou mais grupos de alimentos ultra processados no dia anterior à entrevista.

- Consumo regular de bebidas adoçadas (Vigitel ESP)

Consumo de refrigerante (ou refresco/suco artificial) em cinco ou mais dias da semana.

- Consumo abusivo de bebidas alcoólicas (Vigitel ESP)

Consumo abusivo de bebidas alcoólicas: cinco ou mais doses (homem) ou quatro ou mais doses (mulher) em uma única ocasião, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias.

- Tabagismo (Vigitel ESP)

Considerado fumante o indivíduo que respondeu positivamente à questão "Atualmente, o(a) Sr.(a) fuma?", independentemente do número de cigarros, da frequência e da duração do hábito de fumar.

## **10.2. Indicadores recomendados (Anexo 1)**

Os indicadores de Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT) foram recomendados pelo Ministério da Saúde no Plano de DANT<sup>1</sup> publicado em 2021. Esses indicadores foram elaborados com o intuito de alcançar os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU) até 2030.

---

1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

O Plano de DANT recomenda o monitoramento de cinco indicadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), são eles: 1º Taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT; 2º. Probabilidade incondicional de morte prematura (30 a 69 anos) por DCNT; 3º. Taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de mama; 4º. Taxa padronizada de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por câncer de colo do útero e 5º. Taxa padronizada

de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer do aparelho digestivo. Dentre esses indicadores recomendados, verifica-se a necessidade de detalhar a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) para cada DCNT, ou seja, calcular a taxa de mortalidade prematura para cada doença que compõe esse conjunto, são elas: doenças cardiovasculares, cânceres (neoplasia malignas), diabetes e respiratórias crônicas.

Também são monitorados os fatores de risco para as DCNT e recomenda-se a vigilância das seguintes prevalências: obesidade em crianças e adolescentes, obesidade em adultos, prática de atividade física no tempo livre, consumo recomendado de frutas e de hortaliças, consumo de alimentos ultra processados, consumo regular de bebidas adoçadas, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, e tabagismo.

A inclusão de indicadores de capacidade de resposta dos sistemas de saúde deverá ser pactuada nas regiões de saúde e RRAS.

### **10.3. Papel da VE estadual**

- coordenar o sistema de VE de DCNT;
- definir e acompanhar a capacidade institucional para a execução das ações de VE de DCNT;
- instrumentalizar os GVE para a capacitação e o acompanhamento das vigilâncias municipais;
- estabelecer um programa de educação permanente em VE de DCNT;
- estimular e executar projetos integrados de intervenção para redução da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis;
- organizar, consolidar, criticar, analisar e divulgar dados referentes à morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no estado;
- executar pesquisas e inquéritos na área de doenças crônicas não transmissíveis;
- identificar e implantar inovações em VE de DCNT;
- executar outras atividades que lhe forem atribuídas na sua área de atuação.

### **10. 4. Papel da VE municipal**

- organizar, consolidar, criticar, analisar e divulgar dados referentes à morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no município;
- executar projetos integrados de intervenção para redução da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis.

### **10.5. Avaliação e monitoramento da rede de VE de DCNT**

- Proporção de GVE com capacidade institucional mínima para a VE de DCNT
- Proporção de municípios com capacidade institucional mínima para a VE de DCNT
- Proporção de atividades de educação permanente realizados em relação ao total planejado
- Proporção de municípios com planos de enfrentamento de DCNT em relação ao total de municípios do estado

## REFERÊNCIAS

Malta DC, Moura L, Silva Júnio JB. Epidemiologia das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil. In: Rouquayrol & Gurgel. Rouquayrol: epidemiologia & saúde. Rio de Janeiro: MedBook; 2018. p. XX-XX

Murray C.J., Yang G., Qiao X. Adult mortality: Levels, patterns and causes. In: Feachem R.G.A., Kjellstrom T., Murray C.J.L., Over M., Phillips M.A., editors. *The health of adults in the developing world*. Oxford University Press; New York: 1992. pp. 23–111.

United Nations General Assembly. 2011. Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/710899/?ln=en> Acessado em: 28/07/2023.

United Nations General Assembly. 2018. Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/1648984> Acessado em: 28/07/2023.

WHO. World Health Organization. Noncommunicable diseases. Key facts. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> Acessado em: 28/07/2023.

PAHO. Pan American Health Organization. Noncommunicable diseases in the Region of the Americas: facts and figures. 2019. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51483> Acessado em: 28/07/2023.

Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Guia de vigilância epidemiológica / Fundação Nacional de Saúde. 5. ed. Brasília: FUNASA, 2002

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho de Saúde. Resolução Nº 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

PAHO. Pan American Health Organization. Compendium of Indicators for Monitoring Regional and Global Noncommunicable Disease Response in the Americas.

## ANEXO 1 – Ficha técnica dos indicadores

### Taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por Doenças Crônicas não Transmissíveis(DCNT)

<b>Nome do indicador</b>	Taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças cardiovasculares
<b>Definição do indicador</b>	Esse indicador mede o número de óbitos por 100.000 habitantes pelos grupos de doenças crônicas não transmissíveis - DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) na população residente de 30 a 69 anos, em determinado local e ano. O grupo de DCNT incluem: doenças do aparelho circulatório CID-10 I00-I99, câncer CID-10 C00-C97, diabetes CID-10 E10-E14, e doenças respiratórias crônicas CID-10 J30-J98, exceto J36.
<b>Propósito do indicador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Expressa a intensidade com a qual a mortalidade pelo conjunto de DCNT atua na população de 30 a 69 anos.</li> <li><input type="checkbox"/> Taxas elevadas podem estar associadas a baixas condições socioeconômicas ou refletir elevada proporção de pessoas idosas na população total, pois a taxa é influenciada pela estrutura da população quanto à idade e ao sexo. Importante parâmetro para planejamento e pactuação de serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, voltados aos portadores de doenças crônicas.</li> <li><input type="checkbox"/> As taxas de mortalidade padronizadas permitem a comparação temporal e entre regiões.</li> </ul>
<b>Usos</b>	Monitorar a qualidade da atenção à saúde e bem-estar da população de 30 a 69 de idade e evitar a morte até esta idade.
<b>Método do cálculo</b>	<p><b>Numerador:</b> Número de óbitos esperados na população-padrão de 30 a 69 anos para o conjunto de DCNT (CID-10 I00-I99), em determinado local e ano. Observação: o número de óbitos esperados é calculado por meio da taxa bruta de mortalidade (número de óbitos para o conjunto de DCNT na população de 30 a 69 anos / população de 30 a 69 anos X100.000) e a população-padrão.</p> <p><b>Denominador:</b> População-padrão de 30 a 69 anos residente, em determinado local e ano.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Coeficiente
<b>Unidade de medida</b>	Óbitos por 100.000 habitantes
<b>Frequência de mensuração</b>	Anual
<b>Área de referência</b>	Estado de São Paulo
<b>Período</b>	Os dados oficiais são publicados 14 meses após o final do ano de ocorrência.
<b>Nível de desagregação</b>	Redes de Regiões de Atenção à Saúde (RRAS), Regiões de Saúde (RS), Departamentos Regionais de Saúde (DRS), Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE), município, estado de São Paulo, e sexo.
<b>Fonte dos dados</b>	<p><b>Numerador (óbitos):</b> DATASUS. Sistema de Mortalidade (SIM). Link para acesso: <a href="http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10sp.def">http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10sp.def</a></p> <p><b>Denominador (população-padrão):</b> Informações de Saúde (TABNET DATASUS). Demográficas e Socioeconômicas. População</p>

	Residente. Censos (1980, 1991, 2000 e 2010), Contagem (1996) e projeções intercensitárias (1981 a 2012), segundo faixa etária, sexo e situação de domicílio. A população-padrão utilizada será a do Brasil, no ano de 2010, de acordo com o Censo Populacional. Link para acesso: <a href="https://datasus.saude.gov.br/populacao-residente">https://datasus.saude.gov.br/populacao-residente</a>
<b>Limitações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> O uso de dados de mortalidade derivados de sistemas de registro contínuo está condicionado a correções, devido à subenumeração de óbitos, frequente em áreas menos desenvolvidas.</li> <li><input type="checkbox"/> Possíveis flutuações na enumeração de óbitos, sobretudo em áreas com número reduzido de eventos, recomendam o uso de médias trienais.</li> <li><input type="checkbox"/> A base de dados demográficos utilizada para o cálculo do indicador pode apresentar imprecisões inerentes à coleta de dados ou à metodologia empregada para elaborar estimativas populacionais.</li> <li><input type="checkbox"/> As projeções demográficas perdem precisão à medida que se distanciam dos anos de partida das projeções.</li> <li><input type="checkbox"/> Como a taxa é fortemente influenciada pela estrutura etária da população, a análise comparada entre populações de composição distinta exige padronização das estruturas etárias. As taxas padronizadas devem ser utilizadas apenas para análises comparativas.</li> </ul>

### Taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por cânceres (neoplasias malignas)

<b>Nome do indicador</b>	Taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por cânceres (neoplasias malignas)
<b>Definição do indicador</b>	Esse indicador mede o número de óbitos por 100.000 habitantes pelos grupos de doenças crônicas não transmissíveis - DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) na população residente de 30 a 69 anos, em determinado local e ano. O grupo de DCNT incluem: doenças do aparelho circulatório CID-10 I00-I99, câncer CID-10 C00-C97, diabetes CID-10 E10-E14, e doenças respiratórias crônicas CID-10 J30-J98, exceto J36.
<b>Propósito do indicador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Expressa a intensidade com a qual a mortalidade pelo conjunto de DCNT atua na população de 30 a 69 anos.</li> <li><input type="checkbox"/> Taxas elevadas podem estar associadas a baixas condições socioeconômicas ou refletir elevada proporção de pessoas idosas na população total, pois a taxa é influenciada pela estrutura da população quanto à idade e ao sexo. Importante parâmetro para planejamento e pactuação de serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, voltados aos portadores de doenças crônicas.</li> <li><input type="checkbox"/> As taxas de mortalidade padronizadas permitem a comparação temporal e entre regiões.</li> </ul>
<b>Usos</b>	Monitorar a qualidade da atenção à saúde e bem-estar da população de 30 a 69 de idade e evitar a morte até esta idade.
<b>Método do cálculo</b>	<b>Numerador:</b> Número de óbitos esperados na população-padrão de 30 a 69 anos para o conjunto de DCNT (CID-10 C00-C97), em determinado local e ano. Observação: o número de óbitos esperados é calculado por meio da taxa bruta de mortalidade (número de óbitos para o conjunto de DCNT na população de 30 a 69 anos / população de 30 a 69 anos X100.000) e a população-padrão.

	<b>Denominador:</b> População-padrão de 30 a 69 anos residente, em determinado local e ano.
<b>Tipo de indicador</b>	Coeficiente
<b>Unidade de medida</b>	Óbitos por 100.000 habitantes
<b>Frequência de mensuração</b>	Anual
<b>Área de referência</b>	Estado de São Paulo
<b>Período</b>	Os dados oficiais são publicados 14 meses após o final do ano de ocorrência.
<b>Nível de desagregação</b>	Redes de Regiões de Atenção à Saúde (RRAS), Regiões de Saúde (RS), Departamentos Regionais de Saúde (DRS), Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE), município, estado de São Paulo, e sexo.
<b>Fonte dos dados</b>	<b>Numerador (óbitos):</b> DATASUS. Sistema de Mortalidade (SIM). Link para acesso: <a href="http://tabnet.datasus.gov.br/cqj/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10sp.def">http://tabnet.datasus.gov.br/cqj/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10sp.def</a> <b>Denominador (população-padrão):</b> Informações de Saúde (TABNET DATASUS). Demográficas e Socioeconômicas. População Residente. Censos (1980, 1991, 2000 e 2010), Contagem (1996) e projeções intercensitárias (1981 a 2012), segundo faixa etária, sexo e situação de domicílio. A população-padrão utilizada será a do Brasil, no ano de 2010, de acordo com o Censo Populacional. Link para acesso: <a href="https://datasus.saude.gov.br/populacao-residente">https://datasus.saude.gov.br/populacao-residente</a>
<b>Limitações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> O uso de dados de mortalidade derivados de sistemas de registro contínuo está condicionado a correções, devido à subnumeração de óbitos, frequente em áreas menos desenvolvidas.</li> <li><input type="checkbox"/> Possíveis flutuações na enumeração de óbitos, sobretudo em áreas com número reduzido de eventos, recomendam o uso de médias trienais.</li> <li><input type="checkbox"/> A base de dados demográficos utilizada para o cálculo do indicador pode apresentar imprecisões inerentes à coleta de dados ou à metodologia empregada para elaborar estimativas populacionais.</li> <li><input type="checkbox"/> As projeções demográficas perdem precisão à medida que se distanciam dos anos de partida das projeções.</li> <li><input type="checkbox"/> Como a taxa é fortemente influenciada pela estrutura etária da população, a análise comparada entre populações de composição distinta exige padronização das estruturas etárias. As taxas padronizadas devem ser utilizadas apenas para análises comparativas.</li> </ul>

### Taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por diabetes

<b>Nome do indicador</b>	Taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por diabetes
<b>Definição do indicador</b>	Esse indicador mede o número de óbitos por 100.000 habitantes pelos grupos de doenças crônicas não transmissíveis - DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) na população residente de 30 a 69 anos, em determinado local e ano. O grupo de DCNT incluem: doenças do aparelho circulatório CID-10 I00-I99, câncer CID-10 C00-C97, diabetes CID-10 E10-E14, e doenças respiratórias crônicas CID-10 J30-J98, exceto J36.
<b>Propósito do indicador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Expressa a intensidade com a qual a mortalidade pelo conjunto de DCNT atua na população de 30 a 69 anos.</li> <li><input type="checkbox"/> Taxas elevadas podem estar associadas a baixas condições socioeconômicas ou refletir elevada proporção de pessoas idosas</li> </ul>

	<p>na população total, pois a taxa é influenciada pela estrutura da população quanto à idade e ao sexo. Importante parâmetro para planejamento e pactuação de serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, voltados aos portadores de doenças crônicas.</p> <p><input type="checkbox"/> As taxas de mortalidade padronizadas permitem a comparação temporal e entre regiões.</p>
<b>Usos</b>	Monitorar a qualidade da atenção à saúde e bem-estar da população de 30 a 69 de idade e evitar a morte até esta idade.
<b>Método do cálculo</b>	<p><b>Numerador:</b> Número de óbitos esperados na população-padrão de 30 a 69 anos para o conjunto de DCNT (CID-10 E10-E14), em determinado local e ano. Observação: o número de óbitos esperados é calculado por meio da taxa bruta de mortalidade (número de óbitos para o conjunto de DCNT na população de 30 a 69 anos / população de 30 a 69 anos X100.000) e a população-padrão.</p> <p><b>Denominador:</b> População-padrão de 30 a 69 anos residente, em determinado local e ano.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Coeficiente
<b>Unidade de medida</b>	Óbitos por 100.000 habitantes
<b>Frequência de mensuração</b>	Anual
<b>Área de referência</b>	Estado de São Paulo
<b>Período</b>	Os dados oficiais são publicados 14 meses após o final do ano de ocorrência.
<b>Nível de desagregação</b>	Redes de Regiões de Atenção à Saúde (RRAS), Regiões de Saúde (RS), Departamentos Regionais de Saúde (DRS), Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE), município, estado de São Paulo, e sexo.
<b>Fonte dos dados</b>	<p><b>Numerador (óbitos):</b> DATASUS. Sistema de Mortalidade (SIM). Link para acesso: <a href="http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defctohtm.exe?sim/cnv/obt10sp.def">http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defctohtm.exe?sim/cnv/obt10sp.def</a></p> <p><b>Denominador (população-padrão):</b> Informações de Saúde (TABNET DATASUS). Demográficas e Socioeconômicas. População Residente. Censos (1980, 1991, 2000 e 2010), Contagem (1996) e projeções intercensitárias (1981 a 2012), segundo faixa etária, sexo e situação de domicílio. A população-padrão utilizada será a do Brasil, no ano de 2010, de acordo com o Censo Populacional. Link para acesso: <a href="https://datasus.saude.gov.br/populacao-residente">https://datasus.saude.gov.br/populacao-residente</a></p>
<b>Limitações</b>	<p><input type="checkbox"/> O uso de dados de mortalidade derivados de sistemas de registro contínuo está condicionado a correções, devido à subenumeração de óbitos, frequente em áreas menos desenvolvidas.</p> <p><input type="checkbox"/> Possíveis flutuações na enumeração de óbitos, sobretudo em áreas com número reduzido de eventos, recomendam o uso de médias trienais.</p> <p><input type="checkbox"/> A base de dados demográficos utilizada para o cálculo do indicador pode apresentar imprecisões inerentes à coleta de dados ou à metodologia empregada para elaborar estimativas populacionais.</p> <p><input type="checkbox"/> As projeções demográficas perdem precisão à medida que se distanciam dos anos de partida das projeções.</p> <p><input type="checkbox"/> Como a taxa é fortemente influenciada pela estrutura etária da população, a análise comparada entre populações de composição distinta exige padronização das estruturas etárias. As taxas padronizadas devem ser utilizadas apenas para análises comparativas.</p>

## Taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças respiratórias crônicas

<b>Nome do indicador</b>	Taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças respiratórias crônicas
<b>Definição do indicador</b>	Esse indicador mede o número de óbitos por 100.000 habitantes pelos grupos de doenças crônicas não transmissíveis - DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) na população residente de 30 a 69 anos, em determinado local e ano. O grupo de DCNT incluem: doenças do aparelho circulatório CID-10 I00-I99, câncer CID-10 C00-C97, diabetes CID-10 E10-E14, e doenças respiratórias crônicas CID-10 J30-J98, exceto J36.
<b>Propósito do indicador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Expressa a intensidade com a qual a mortalidade pelo conjunto de DCNT atua na população de 30 a 69 anos.</li> <li><input type="checkbox"/> Taxas elevadas podem estar associadas a baixas condições socioeconômicas ou refletir elevada proporção de pessoas idosas na população total, pois a taxa é influenciada pela estrutura da população quanto à idade e ao sexo. Importante parâmetro para planejamento e pactuação de serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, voltados aos portadores de doenças crônicas.</li> <li><input type="checkbox"/> As taxas de mortalidade padronizadas permitem a comparação temporal e entre regiões.</li> </ul>
<b>Usos</b>	Monitorar a qualidade da atenção à saúde e bem-estar da população de 30 a 69 de idade e evitar a morte até esta idade.
<b>Método do cálculo</b>	<p><b>Numerador:</b> Número de óbitos esperados na população-padrão de 30 a 69 anos para o conjunto de DCNT (J30-J98, exceto J36), em determinado local e ano. Observação: o número de óbitos esperados é calculado por meio da taxa bruta de mortalidade (número de óbitos para o conjunto de DCNT na população de 30 a 69 anos / população de 30 a 69 anos X100.000) e a população-padrão.</p> <p><b>Denominador:</b> População-padrão de 30 a 69 anos residente, em determinado local e ano.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Coeficiente
<b>Unidade de medida</b>	Óbitos por 100.000 habitantes
<b>Frequência de mensuração</b>	Anual
<b>Área de referência</b>	Estado de São Paulo
<b>Período</b>	Os dados oficiais são publicados 14 meses após o final do ano de ocorrência.
<b>Nível de desagregação</b>	Redes de Regiões de Atenção à Saúde (RRAS), Regiões de Saúde (RS), Departamentos Regionais de Saúde (DRS), Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE), município, estado de São Paulo, e sexo.
<b>Fonte dos dados</b>	<p><b>Numerador (óbitos):</b> DATASUS. Sistema de Mortalidade (SIM). Link para acesso: <a href="http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10sp.def">http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10sp.def</a></p> <p><b>Denominador (população-padrão):</b> Informações de Saúde (TABNET DATASUS). Demográficas e Socioeconômicas. População Residente. Censos (1980, 1991, 2000 e 2010), Contagem (1996) e projeções intercensitárias (1981 a 2012), segundo faixa etária, sexo e situação de domicílio. A população-padrão utilizada será a do Brasil, no ano de 2010, de acordo com o Censo Populacional. Link para acesso: <a href="https://datasus.saude.gov.br/populacao-residente">https://datasus.saude.gov.br/populacao-residente</a></p>

<b>Limitações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❑ O uso de dados de mortalidade derivados de sistemas de registro contínuo está condicionado a correções, devido à subnumeração de óbitos, frequente em áreas menos desenvolvidas.</li> <li>❑ Possíveis flutuações na enumeração de óbitos, sobretudo em áreas com número reduzido de eventos, recomendam o uso de médias trienais.</li> <li>❑ A base de dados demográficos utilizada para o cálculo do indicador pode apresentar imprecisões inerentes à coleta de dados ou à metodologia empregada para elaborar estimativas populacionais.</li> <li>❑ As projeções demográficas perdem precisão à medida que se distanciam dos anos de partida das projeções.</li> <li>❑ Como a taxa é fortemente influenciada pela estrutura etária da população, a análise comparada entre populações de composição distinta exige padronização das estruturas etárias. As taxas padronizadas devem ser utilizadas apenas para análises comparativas.</li> </ul>
-------------------	--

### Probabilidade incondicional de morte prematura (30 a 69 anos) por Doenças Crônicas não Transmissíveis

<b>Nome do indicador</b>	Probabilidade incondicional de morte prematura (30 a 69 anos) por Doenças Crônicas não Transmissíveis
<b>Definição do indicador</b>	Esse indicador expressa a probabilidade (expressa em porcentagem) que um indivíduo de 30 anos de idade tem de morrer antes de atingir 70 anos de qualquer doença não transmissível (doença cardiovascular CID-10 I00-I99, câncer CID-10 C00-C97, diabetes mellitus CID-10E10-E14 ou doenças respiratórias crônicas CID-10 J30-J98, exceto J36), assumindo que o indivíduo experimentaria as taxas de mortalidade atuais em cada idade e não morreria de qualquer outra causa de morte (por exemplo, lesões ou HIV/AIDS).
<b>Propósito do indicador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❑ Expressa a intensidade com a qual a mortalidade pelo conjunto de DCNT atua na população de 30 a 69 anos.</li> <li>❑ Probabilidades elevadas podem estar associadas a baixas condições socioeconômicas ou refletir elevada proporção de pessoas idosas na população total, pois a taxa é influenciada pela estrutura da população quanto à idade e ao sexo. Importante parâmetro para planejamento e pactuação de serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, voltados aos portadores de doenças crônicas.</li> </ul>
<b>Usos</b>	Monitorar a qualidade da atenção à saúde e bem-estar da população de 30 a 69 de idade e evitar a morte até esta idade.
<b>Método do cálculo</b>	A probabilidade incondicional de morte prematura por DCNT (CID-10 I00-I99; C00-C97; E10-E14; J30-J98, exceto J36) será aferida calculando-se, inicialmente, a taxa de mortalidade específica por idade para cada faixa etária de 5 anos entre 30 e 69 anos: $(\text{taxa} \times 5) / (1 + \text{taxa} \times 2,5)$ . A probabilidade incondicional de morte por DCNT na faixa de idade entre 30 e 69 anos será calculada como: $1 - \text{produto} (1 - \text{taxa específica para a faixa de idade})$ .
<b>Tipo de indicador</b>	Probabilidade
<b>Unidade de medida</b>	Porcentagem (%)
<b>Frequência de mensuração</b>	Anual
<b>Área de referência</b>	Estado de São Paulo

<b>Período</b>	Os dados oficiais são publicados 14 meses após o final do ano de ocorrência.
<b>Nível de desagregação</b>	Redes de Regiões de Atenção à Saúde (RRAS), Regiões de Saúde (RS), Departamentos Regionais de Saúde (DRS), Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE), município, estado de São Paulo, e sexo.
<b>Fonte dos dados</b>	<b>Numerador (óbitos):</b> DATASUS. Sistema de Mortalidade (SIM). Link para acesso: <a href="http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10sp.def">http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10sp.def</a> <b>Denominador (população-padrão):</b> Informações de Saúde (TABNET DATASUS). Demográficas e Socioeconômicas. População Residente. Projeção da População das Unidades da Federação por sexo e grupos de idade: 2000-2030. Link para acesso: <a href="https://datasus.saude.gov.br/populacao-residente">https://datasus.saude.gov.br/populacao-residente</a>
<b>Meta para alcançar os ODS</b>	Reduzir 2% ao ano (reduzir 1/3 até 2030 - reduzir 30%, ano de referência 2015).
<b>Limitações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> O uso de dados de mortalidade derivados de sistemas de registro contínuo está condicionado a correções, devido à subenumeração de óbitos, frequente em áreas menos desenvolvidas.</li> <li><input type="checkbox"/> Possíveis flutuações na enumeração de óbitos, sobretudo em áreas com número reduzido de eventos, recomendam o uso de médias trienais.</li> <li><input type="checkbox"/> A base de dados demográficos utilizada para o cálculo do indicador pode apresentar imprecisões inerentes à coleta de dados ou à metodologia empregada para elaborar estimativas populacionais.</li> <li><input type="checkbox"/> As projeções demográficas perdem precisão à medida que se distanciam dos anos de partida das projeções.</li> </ul>

### Taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de mama

<b>Nome do indicador</b>	Taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de mama
<b>Definição do indicador</b>	Número total de óbitos de mulheres de 30 a 69 anos por câncer de mama, por 100.000 habitantes, na população feminina em determinado local e ano. Os óbitos por câncer de mama serão considerados aqueles registrados no código C50 (neoplasia de mama).
<b>Propósito do indicador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Expressa a intensidade com a qual a mortalidade pelo câncer de mama atua na população de mulheres de 30 a 69 anos.</li> <li><input type="checkbox"/> Taxas elevadas podem estar associadas a baixas condições de assistência à saúde. Importante parâmetro para planejamento e pactuação de serviços de saúde, em todos os níveis de atenção.</li> <li><input type="checkbox"/> As taxas de mortalidade padronizadas permitem a comparação temporal e entre regiões.</li> </ul>
<b>Usos</b>	Monitorar a qualidade da atenção à saúde e bem-estar da população de 30 a 69 de idade e evitar a morte até esta idade.
<b>Método do cálculo</b>	<b>Numerador:</b> Número de óbitos esperados na população-padrão feminina de 30 a 69 anos para o CID-10 C50, em determinado local e ano. Observação: o número de óbitos esperados é calculado por meio da taxa bruta de mortalidade (número de óbitos por CID-10 C50 na população feminina de 30 a 69 anos / população feminina de 30 a 69 anos X 100.000) e a população-padrão feminina. <b>Denominador:</b> População-padrão feminina de 30 a 69 anos residente, em determinado local e ano.
<b>Tipo de indicador</b>	Coefficiente
<b>Unidade de medida</b>	Óbitos por 100.000 habitantes

<b>Frequência de mensuração</b>	Anual
<b>Área de referência</b>	Estado de São Paulo
<b>Período</b>	Os dados oficiais são publicados 14 meses após o final do ano de ocorrência.
<b>Nível de desagregação</b>	Redes de Regiões de Atenção à Saúde (RRAS), Regiões de Saúde (RS), Departamentos Regionais de Saúde (DRS), Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE), município, estado de São Paulo.
<b>Fonte dos dados</b>	<b>Numerador (óbitos):</b> DATASUS. Sistema de Mortalidade (SIM). Link para acesso: <a href="http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10sp.def">http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10sp.def</a> <b>Denominador (população-padrão):</b> Informações de Saúde (TABNET DATASUS). Demográficas e Socioeconômicas. População Residente. Censos (1980, 1991, 2000 e 2010), Contagem (1996) e projeções intercensitárias (1981 a 2012), segundo faixa etária, sexo e situação de domicílio. A população-padrão utilizada será a do Brasil, no ano de 2010, de acordo com o Censo Populacional. Link para acesso: <a href="https://datasus.saude.gov.br/populacao-residente">https://datasus.saude.gov.br/populacao-residente</a>
<b>Meta para alcançar os ODS</b>	Reduzir 0,7% ao ano (reduzir 10% até 2030, ano de referência 2015).
<b>Limitações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> O uso de dados de mortalidade derivados de sistemas de registro contínuo está condicionado a correções, devido à subenumeração de óbitos, frequente em áreas menos desenvolvidas.</li> <li><input type="checkbox"/> Possíveis flutuações na enumeração de óbitos, sobretudo em áreas com número reduzido de eventos, recomendam o uso de médias trienais.</li> <li><input type="checkbox"/> A base de dados demográficos utilizada para o cálculo do indicador pode apresentar imprecisões inerentes à coleta de dados ou à metodologia empregada para elaborar estimativas populacionais.</li> <li><input type="checkbox"/> As projeções demográficas perdem precisão à medida que se distanciam dos anos de partida das projeções.</li> <li><input type="checkbox"/> Como a taxa é fortemente influenciada pela estrutura etária da população, a análise comparada entre populações de composição distinta exige padronização das estruturas etárias. As taxas padronizadas devem ser utilizadas apenas para análises comparativas.</li> </ul>

### Taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de colo de útero

<b>Nome do indicador</b>	Taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de colo do útero
<b>Definição do indicador</b>	Número total de óbitos de mulheres de 30 a 69 anos por câncer de colo do útero, por 100.000 habitantes, na população feminina em determinado local e ano. Os óbitos por câncer de mama serão considerados aqueles registrados no código C53 (neoplasia de colo do útero).
<b>Propósito do indicador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Expressa a intensidade com a qual a mortalidade pelo câncer de colo do útero atua na população de mulheres de 30 a 69 anos.</li> <li><input type="checkbox"/> Taxas elevadas podem estar associadas a baixas condições de assistência à saúde. Importante parâmetro para planejamento e pactuação de serviços de saúde, em todos os níveis de atenção.</li> <li><input type="checkbox"/> As taxas de mortalidade padronizadas permitem a comparação temporal e entre regiões.</li> </ul>
<b>Usos</b>	Monitorar a qualidade da atenção à saúde e bem-estar da população de 30 a 69 de idade e evitar a morte até esta idade.

<b>Método do cálculo</b>	<b>Numerador:</b> Número de óbitos esperados na população-padrão feminina de 30 a 69 anos para o CID-10 C53, em determinado local e ano. Observação: o número de óbitos esperados é calculado por meio da taxa bruta de mortalidade (número de óbitos por CID-10 C53 na população feminina de 30 a 69 anos / população feminina de 30 a 69 anos X 100.000) e a população-padrão feminina. <b>Denominador:</b> População-padrão feminina de 30 a 69 anos residente, em determinado local e ano.
<b>Tipo de indicador</b>	Coeficiente
<b>Unidade de medida</b>	Óbitos por 100.000 habitantes
<b>Frequência de mensuração</b>	Anual
<b>Área de referência</b>	Estado de São Paulo
<b>Período</b>	Os dados oficiais são publicados 14 meses após o final do ano de ocorrência.
<b>Nível de desagregação</b>	Redes de Regiões de Atenção à Saúde (RRAS), Regiões de Saúde (RS), Departamentos Regionais de Saúde (DRS), Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE), município, estado de São Paulo.
<b>Fonte dos dados</b>	<b>Numerador (óbitos):</b> DATASUS. Sistema de Mortalidade (SIM). Link para acesso: <a href="http://tabnet.datasus.gov.br/cqi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10sp.def">http://tabnet.datasus.gov.br/cqi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10sp.def</a> <b>Denominador (população-padrão):</b> Informações de Saúde (TABNET DATASUS). Demográficas e Socioeconômicas. População Residente. Censos (1980, 1991, 2000 e 2010), Contagem (1996) e projeções intercensitárias (1981 a 2012), segundo faixa etária, sexo e situação de domicílio. A população-padrão utilizada será a do Brasil, no ano de 2010, de acordo com o Censo Populacional. Link para acesso: <a href="https://datasus.saude.gov.br/populacao-residente">https://datasus.saude.gov.br/populacao-residente</a>
<b>Meta para alcançar os ODS</b>	Reduzir 1,3% ao ano (reduzir 20% até 2030, ano de referência 2015).
<b>Limitações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> O uso de dados de mortalidade derivados de sistemas de registro contínuo está condicionado a correções, devido à subenumeração de óbitos, frequente em áreas menos desenvolvidas.</li> <li><input type="checkbox"/> Possíveis flutuações na enumeração de óbitos, sobretudo em áreas com número reduzido de eventos, recomendam o uso de médias trienais.</li> <li><input type="checkbox"/> A base de dados demográficos utilizada para o cálculo do indicador pode apresentar imprecisões inerentes à coleta de dados ou à metodologia empregada para elaborar estimativas populacionais.</li> <li><input type="checkbox"/> As projeções demográficas perdem precisão à medida que se distanciam dos anos de partida das projeções.</li> <li><input type="checkbox"/> Como a taxa é fortemente influenciada pela estrutura etária da população, a análise comparada entre populações de composição distinta exige padronização das estruturas etárias. As taxas padronizadas devem ser utilizadas apenas para análises comparativas.</li> </ul>

### Taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer do aparelho digestivo

<b>Nome do indicador</b>	Taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer do aparelho digestivo
<b>Definição do indicador</b>	Número total de óbitos de 30 a 69 anos por câncer do aparelho digestivo, por 100.000 habitantes, em determinado local e ano. Os óbitos por câncer do aparelho digestivo serão considerados aqueles

	registrados nos códigos C15-C25, C26.0, C26.8, C26.9, C45.1, C48, C77.2, C78.4-C78.8.
<b>Propósito do indicador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Expressa a intensidade com a qual a mortalidade pelo câncer do aparelho digestivo atua na população de 30 a 69 anos.</li> <li><input type="checkbox"/> Taxas elevadas podem estar associadas a baixas condições socioeconômicas e de assistência à saúde. Importante parâmetro para planejamento e pactuação de serviços de saúde, em todos os níveis de atenção.</li> <li><input type="checkbox"/> As taxas de mortalidade padronizadas permitem a comparação temporal e entre regiões.</li> </ul>
<b>Usos</b>	Monitorar a qualidade da atenção à saúde e bem-estar da população de 30 a 69 de idade e evitar a morte até esta idade.
<b>Método do cálculo</b>	<p><b>Numerador:</b> Número de óbitos esperados na população-padrão de 30 a 69 anos para o CID-10 C15-C25, C26.0, C26.8, C26.9, C45.1, C48, C77.2, C78.4-C78.8, em determinado local e ano. Observação: o número de óbitos esperados é calculado por meio da taxa bruta de mortalidade (número de óbitos por CID-10 C15-C25, C26.0, C26.8, C26.9, C45.1, C48, C77.2, C78.4-C78.8 na população de 30 a 69 anos / população de 30 a 69 anos X 100.000) e a população-padrão.</p> <p><b>Denominador:</b> População-padrão de 30 a 69 anos residente, em determinado local e ano.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Coeficiente
<b>Unidade de medida</b>	Óbitos por 100.000 habitantes
<b>Frequência de mensuração</b>	Anual
<b>Área de referência</b>	Estado de São Paulo
<b>Período</b>	Os dados oficiais são publicados 14 meses após o final do ano de ocorrência.
<b>Nível de desagregação</b>	Redes de Regiões de Atenção à Saúde (RRAS), Regiões de Saúde (RS), Departamentos Regionais de Saúde (DRS), Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE), município, estado de São Paulo, e sexo.
<b>Fonte dos dados</b>	<p><b>Numerador (óbitos):</b> DATASUS. Sistema de Mortalidade (SIM). Link para acesso: <a href="http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10sp.def">http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10sp.def</a></p> <p><b>Denominador (população-padrão):</b> Informações de Saúde (TABNET DATASUS). Demográficas e Socioeconômicas. População Residente. Censos (1980, 1991, 2000 e 2010), Contagem (1996) e projeções intercensitárias (1981 a 2012), segundo faixa etária, sexo e situação de domicílio. A população-padrão utilizada será a do Brasil, no ano de 2010, de acordo com o Censo Populacional. Link para acesso: <a href="https://datasus.saude.gov.br/populacao-residente">https://datasus.saude.gov.br/populacao-residente</a></p>
<b>Meta para alcançar os ODS</b>	Reduzir 0,7% ao ano (reduzir 10% até 2030, ano de referência 2015).
<b>Limitações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> O uso de dados de mortalidade derivados de sistemas de registro contínuo está condicionado a correções, devido à subnumeração de óbitos, frequente em áreas menos desenvolvidas.</li> <li><input type="checkbox"/> Possíveis flutuações na enumeração de óbitos, sobretudo em áreas com número reduzido de eventos, recomendam o uso de médias trienais.</li> <li><input type="checkbox"/> A base de dados demográficos utilizada para o cálculo do indicador pode apresentar imprecisões inerentes à coleta de dados ou à metodologia empregada para elaborar estimativas populacionais.</li> <li><input type="checkbox"/> As projeções demográficas perdem precisão à medida que se distanciam dos anos de partida das projeções.</li> </ul>

	<p>□ Como a taxa é fortemente influenciada pela estrutura etária da população, a análise comparada entre populações de composição distinta exige padronização das estruturas etárias. As taxas padronizadas devem ser utilizadas apenas para análises comparativas.</p>
--	---

### Obesidade em crianças

<b>Nome do indicador</b>	Obesidade em crianças
<b>Método do cálculo</b>	<b>Numerador:</b> Somatória de crianças menores de cinco anos classificadas com obesidade pelo Índice de Massa Corporal (IMC) para idade, no estado de São Paulo. <b>Denominador:</b> Somatória de crianças menores de cinco anos que foram atendidas no estado de São Paulo.
<b>Tipo de indicador</b>	Proporção
<b>Unidade de medida</b>	Porcentagem (%)
<b>Frequência de mensuração</b>	Anual
<b>Área de referência</b>	Estado de São Paulo
<b>Nível de desagregação</b>	Estado de São Paulo
<b>Fonte dos dados</b>	<b>Numerador (IMC para idade):</b> Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) - Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Link para acesso: <a href="https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index">https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index</a> <b>Denominador (população de crianças atendidas):</b> Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) - Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Link para acesso: <a href="https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index">https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index</a>
<b>Meta para alcançar os ODS</b>	Reduzir 0,18% ao ano (reduzir 2% até 2030, ano de referência 2019).

### Obesidade em adolescentes

<b>Nome do indicador</b>	Obesidade em adolescentes
<b>Método do cálculo</b>	<b>Numerador:</b> Somatória de adolescentes classificadas com obesidade graus I, II e III pelo Índice de Massa Corporal (IMC) para idade, no estado de São Paulo. <b>Denominador:</b> Somatória de adolescentes que foram atendidos no estado de São Paulo.
<b>Tipo de indicador</b>	Proporção
<b>Unidade de medida</b>	Porcentagem (%)
<b>Frequência de mensuração</b>	Anual
<b>Área de referência</b>	Estado de São Paulo
<b>Nível de desagregação</b>	Estado de São Paulo
<b>Fonte dos dados</b>	<b>Numerador (IMC para idade):</b> Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) - Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Link para acesso: <a href="https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index">https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index</a> <b>Denominador (população de adolescentes atendidos):</b> Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) - Relatórios

	do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Link para acesso: <a href="https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index">https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index</a>
<b>Meta para alcançar os ODS</b>	Reduzir 0,2% ao ano (reduzir 2% até 2030, ano de referência 2019).

### Obesidade em adultos

<b>Nome do indicador</b>	Obesidade e adultos
<b>Método do cálculo</b>	Prevalência do Inquérito Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) do estado de São Paulo
<b>Tipo de indicador</b>	Proporção
<b>Unidade de medida</b>	Porcentagem (%)
<b>Frequência de mensuração</b>	Anual
<b>Área de referência</b>	Estado de São Paulo
<b>Nível de desagregação</b>	Estado de São Paulo
<b>Fonte dos dados</b>	Inquérito Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) do estado de São Paulo <a href="http://tabnet.saude.sp.gov.br/deftohtm.exe?tabnet/vigitel.def">http://tabnet.saude.sp.gov.br/deftohtm.exe?tabnet/vigitel.def</a>
<b>Meta para alcançar os ODS</b>	Deter a obesidade, ou seja, não apresentar aumento ao longo do tempo.

### Prevalência da prática de atividade física no tempo livre

<b>Nome do indicador</b>	Prevalência da prática de atividade física no tempo livre
<b>Método do cálculo</b>	Prevalência do Inquérito Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) do estado de São Paulo
<b>Tipo de indicador</b>	Proporção
<b>Unidade de medida</b>	Porcentagem (%)
<b>Freq de mensuração</b>	Anual
<b>Área de referência</b>	Estado de São Paulo
<b>Nível de desagregação</b>	Estado de São Paulo
<b>Fonte dos dados</b>	Inquérito Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) do estado de São Paulo <a href="http://tabnet.saude.sp.gov.br/deftohtm.exe?tabnet/vigitel.def">http://tabnet.saude.sp.gov.br/deftohtm.exe?tabnet/vigitel.def</a>
<b>Meta para alcançar os ODS</b>	Aumentar 3% ao ano (aumentar 30% até 2030, ano de referência 2019). Ressalta-se que o ano de 2014 será utilizado como ano de comparação, proxy, do ano de 2019 adotado pelo Ministério da Saúde, mas será mantido o valor da meta de 3% ao ano.

### Consumo recomendado de frutas e de hortaliças

<b>Nome do indicador</b>	Consumo recomendado de frutas e de hortaliças
<b>Método do cálculo</b>	Prevalência do Inquérito Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) do estado de São Paulo
<b>Tipo de indicador</b>	Proporção
<b>Unidade de medida</b>	Porcentagem (%)
<b>Frequência de mensuração</b>	Anual
<b>Área de referência</b>	Estado de São Paulo

<b>Nível de desagregação</b>	Estado de São Paulo
<b>Fonte dos dados</b>	Inquérito Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) do estado de São Paulo <a href="http://tabnet.saude.sp.gov.br/deftohtm.exe?tabnet/vigitel.def">http://tabnet.saude.sp.gov.br/deftohtm.exe?tabnet/vigitel.def</a>
<b>Meta para alcançar os ODS</b>	Aumentar 3% ao ano (aumentar 30% até 2030, ano de referência 2019). Ressalta-se que o ano de 2014 será utilizado como ano de comparação, proxy, do ano de 2019 adotado pelo Ministério da Saúde, mas será mantido o valor da meta de 3% ao ano.

### Consumo de alimentos ultraprocessados

<b>Nome do indicador</b>	Consumo de alimentos ultraprocessados
<b>Método do cálculo</b>	Prevalência do Inquérito Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) do estado de São Paulo
<b>Tipo de indicador</b>	Proporção
<b>Unidade de medida</b>	Porcentagem (%)
<b>Frequência de mensuração</b>	Anual
<b>Área de referência</b>	Estado de São Paulo
<b>Nível de desagregação</b>	Estado de São Paulo
<b>Fonte dos dados</b>	Inquérito Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) do estado de São Paulo <a href="http://tabnet.saude.sp.gov.br/deftohtm.exe?tabnet/vigitel.def">http://tabnet.saude.sp.gov.br/deftohtm.exe?tabnet/vigitel.def</a>
<b>Meta para alcançar os ODS</b>	Reduzir o consumo de alimentos ultraprocessados, ou seja, não apresentar aumento ao longo do tempo

### Consumo regular de bebidas adoçadas

<b>Nome do indicador</b>	Consumo recomendado de frutas e de hortaliças
<b>Método do cálculo</b>	Prevalência do Inquérito Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) do estado de São Paulo.
<b>Tipo de indicador</b>	Proporção
<b>Unidade de medida</b>	Porcentagem (%)
<b>Frequência de mensuração</b>	Anual
<b>Área de referência</b>	Estado de São Paulo
<b>Nível de desagregação</b>	Estado de São Paulo
<b>Fonte dos dados</b>	Inquérito Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) do estado de São Paulo. <a href="http://tabnet.saude.sp.gov.br/deftohtm.exe?tabnet/vigitel.def">http://tabnet.saude.sp.gov.br/deftohtm.exe?tabnet/vigitel.def</a>
<b>Meta para alcançar os ODS</b>	Reduzir 3% ao ano (reduzir 30% até 2030, ano de referência 2019). Ressalta-se que o ano de 2014 será utilizado como ano de comparação, proxy, do ano de 2019 adotado pelo Ministério da Saúde, mas será mantido o valor da meta de 3% ao ano.

### Consumo abusivo de bebidas alcoólicas

<b>Nome do indicador</b>	Consumo abusivo de bebidas alcoólicas
<b>Método do cálculo</b>	Prevalência do Inquérito Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) do estado de São Paulo.

<b>Tipo de indicador</b>	Proporção
<b>Unidade de medida</b>	Porcentagem (%)
<b>Frequência de mensuração</b>	Anual
<b>Área de referência</b>	Estado de São Paulo
<b>Nível de desagregação</b>	Estado de São Paulo
<b>Fonte dos dados</b>	Inquérito Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) do estado de São Paulo. <a href="http://tabnet.saude.sp.gov.br/deftohtm.exe?tabnet/vigitel.def">http://tabnet.saude.sp.gov.br/deftohtm.exe?tabnet/vigitel.def</a>
<b>Meta para alcançar os ODS</b>	Reduzir 1% ao ano (reduzir 10% até 2030, ano de referência 2019). Ressalta-se que o ano de 2014 será utilizado como ano de comparação, proxy, do ano de 2019 adotado pelo Ministério da Saúde, mas será mantido o valor da meta de 1% ao ano.

### Prevalência de tabagismo

<b>Nome do indicador</b>	Prevalência de tabagismo
<b>Método do cálculo</b>	Prevalência do Inquérito Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) do estado de São Paulo.
<b>Tipo de indicador</b>	Proporção
<b>Unidade de medida</b>	Porcentagem (%)
<b>Freq. de mensuração</b>	Anual
<b>Área de referência</b>	Estado de São Paulo
<b>Nível de desagregação</b>	Regiões do estado de São Paulo ou Redes de Regiões de Atenção à Saúde (RRAS), e estado de São Paulo.
<b>Fonte dos dados</b>	Inquérito Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) do estado de São Paulo. <a href="http://tabnet.saude.sp.gov.br/deftohtm.exe?tabnet/vigitel.def">http://tabnet.saude.sp.gov.br/deftohtm.exe?tabnet/vigitel.def</a>
<b>Meta para alcançar os ODS</b>	Reduzir 4% ao ano (reduzir 40% até 2030, ano de referência 2019). Ressalta-se que o ano de 2014 será utilizado como ano de comparação, proxy, do ano de 2019 adotado pelo Ministério da Saúde, mas será mantido o valor da meta de 4% ao ano.



**CVE** CENTRO DE VIGILÂNCIA  
EPIDEMIOLÓGICA  
"Prof. Alexandre Vranjac"



Secretaria de  
**Saúde**



**SÃO PAULO**  
GOVERNO DO ESTADO