

Barriga Verde

Informativo Epidemiológico

Dezembro 2025

www.dive.sc.gov.br

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DAS DCNT NA SAÚDE DO HOMEM: MONITORAMENTO, FATORES DE RISCO E ESTRATÉGIAS DE PROTEÇÃO.



Gerência de Análises Epidemiológicas e
Doenças e Agravos Não Transmissíveis (GADNT)



GOVERNO DE
SANTA CATARINA
SECRETARIA DA SAÚDE

SUMÁRIO

Introdução.....	4
Objetivo.....	5
Metologia.....	5
Vigilância e Monitoramento das DCNT na Saúde do Homem.....	6
Resultados e Análise Interpretativa.....	6
Fatores de Risco e Proteção.....	12
Monitoramento e Manejo das DCNT.....	12
Políticas Públicas e Estratégias de Prevenção.....	13
Desafios e Perspectivas.....	13
Conclusão.....	14
Referências Bibliográficas.....	15

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Número e taxa de mortalidade prematura (TMP) no sexo masculino, por capítulo da CID-10. Santa Catarina, 2024*.	6
TABELA 2. Número e taxa de mortalidade prematura (TMP) por DCNT, no sexo masculino. Santa Catarina, 2014, 2019 e 2024*.	8
TABELA 3. Distribuição da taxa de mortalidade prematura (TMP), pelas principais causas de DCNT, por faixa etária, sexo masculino. Santa Catarina, 2024*.	9
TABELA 4. Número e taxa de mortalidade prematura (TMP) pelas principais causas de DCNT, por região de residência, sexo masculino. Santa Catarina, 2024*.	9
TABELA 5. Número e taxa de mortalidade prematura (TMP) por DCNT, no sexo masculino segundo causas mais frequentes por grupo. Santa Catarina, 2024*.	10

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) continuam sendo a principal causa de morte e incapacidade em todo o mundo e, no Brasil, constitui-se o mesmo cenário. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2024), cerca de 75% das mortes globais estão relacionadas às DCNT, e 18 milhões dessas ocorrem de forma prematura, antes dos 70 anos. Esse cenário reflete uma combinação complexa de determinantes sociais, ambientais e comportamentais, mas também evidencia lacunas persistentes na prevenção e no acesso ao cuidado.

Entre os homens, o impacto das DCNT é particularmente expressivo. A combinação de comportamentos de risco mais frequentes, menor procura por serviços de saúde e barreiras socioculturais associadas à masculinidade tradicional cria um ambiente de vulnerabilidade que se reflete nos indicadores de mortalidade. Em Santa Catarina, observa-se uma tendência de crescimento progressivo das doenças cardiovasculares, neoplasias e diabetes, especialmente em faixas etárias economicamente ativas, onde os efeitos das DCNT ultrapassam a esfera individual e atingem dimensões familiares e produtivas.

O presente boletim visa, portanto, aprofundar a leitura epidemiológica sobre a saúde do homem no contexto das DCNT, integrando dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), de 2014 a 2024, a uma análise interpretativa que considera fatores biológicos, sociais e estruturais. O documento também busca fortalecer a vigilância e subsidiar políticas públicas, em consonância com o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2021–2030 (BRASIL, 2021), Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Estado De Santa Catarina, (Aprovado pela Deliberação 262/CIB/2021) e com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH, 2008).

OBJETIVO

Analisar o cenário epidemiológico das DCNT entre homens residentes em Santa Catarina, identificando tendências, padrões regionais e determinantes sociais, e propor caminhos para o fortalecimento do monitoramento e manejo clínico das condições crônicas não transmissíveis, com foco na equidade e na integralidade do cuidado.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-analítico, fundamentado em dados secundários provenientes do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Foram incluídos óbitos de homens residentes em Santa Catarina, ocorridos entre 2014 e 2024, cujas causas básicas pertencem aos seguintes grupos de DCNT (CID-10):

- Doenças do aparelho circulatório (I00–I99);
- Neoplasias (C00–C97);
- Doenças respiratórias crônicas (J30–J98, exceto J36);
- Diabetes mellitus (E10–E14).

A taxa de mortalidade prematura (TMP) foi calculada considerando a população de 30 a 69 anos, conforme definição da OMS (2024). Os dados populacionais de referência foram obtidos junto ao IBGE. A análise contempla tendências temporais, diferenças regionais e distribuição por faixa etária. Complementarmente, foram consideradas informações do VIGITEL (2023) e da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2019) para contextualização dos fatores de risco e proteção.

VIGILÂNCIA E MONITORAMENTO DAS DCNT NA SAÚDE DO HOMEM

O monitoramento das DCNT entre homens apresenta desafios específicos, principalmente devido a fatores comportamentais, barreiras de acesso, normas sociais e culturais. Entretanto, a inclusão da perspectiva de gênero na vigilância é um passo essencial para compreender os padrões de adoecimento e mortalidade masculinos.

A vigilância das DCNT, articulada à Atenção Primária à Saúde (APS), tem papel central na identificação precoce de fatores de risco, na estratificação do risco cardiovascular global e na promoção de mudanças comportamentais. Em Santa Catarina, observa-se o fortalecimento dessa integração por meio do Plano DANT Estadual (SES/SC, 2021), que reforça a necessidade de instrumentos analíticos regionais e de devolutivas contínuas aos gestores. A qualificação dos dados do SIM e o uso de painéis de monitoramento ampliam a capacidade de resposta das vigilâncias municipais e regionais, tornando a informação mais acessível e estratégica para o planejamento.

RESULTADOS E ANÁLISE INTERPRETATIVA

No ano de 2024, foram registrados 12.931 óbitos prematuros (30 a 69 anos) em pessoas do sexo masculino, no Estado de Santa Catarina. As DCNT seguem como a principal causa, representando 55,5% de todas as mortes prematuras nessa faixa etária, mas o perfil geral também inclui forte contribuição de causas externas e doenças infecciosas, compondo um quadro multifatorial de determinantes biológicos e sociais.

Na **Tabela 1** constam o número de óbitos e a taxa de mortalidade prematura (TMP) no sexo masculino, segundo capítulo da CID-10, os quais podem ser avaliados os impactos por grupo de causas nessa população no Estado de Santa Catarina.

TABELA 1 – Número e taxa de mortalidade prematura (TMP) no sexo masculino, por capítulo da CID-10. Santa Catarina, 2024*.

CAUSA (CAP CID10)	N°	TMP
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	647	31,02
II. Neoplasias (tumores)	2940	140,96
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	35	1,68
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	605	29,01
V. Transtornos mentais e comportamentais	198	9,49
VI. Doenças do sistema nervoso	265	12,71
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	2	0,10
IX. Doenças do aparelho circulatório	3291	157,78
X. Doenças do aparelho respiratório	914	43,82
XI. Doenças do aparelho digestivo	869	41,66
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	45	2,16
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	54	2,59

XIV. Doenças do aparelho geniturinário	241	11,55
XVII. Malf cong deformatid e anomalias cromossômicas	24	1,15
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	449	21,53
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	2352	112,76

Fonte: SIM/DIVE/GADNT/SES/SC. *Dados de 2024 gerados em 11/11/2025, sujeitos à revisão e alterações.

Nota¹: Taxa de mortalidade prematura por causa específica calculada por 100.000 habitantes.

Nota²: Considerada a população masculina residente de 30 a 69 anos.

O Capítulo IX (Doenças do Aparelho Circulatório) permanece como a principal causa isolada de morte, com 3.291 óbitos (25,4%) e uma taxa de mortalidade prematura de 157,8 por 100 mil homens. As doenças isquêmicas do coração e os acidentes cerebrovasculares concentram a maior parte dos casos, refletindo o impacto de fatores de risco como tabagismo, hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade. O padrão observado sugere necessidade de intensificação das ações de prevenção secundária e do manejo clínico contínuo dos fatores cardiovasculares, conforme preconiza o Plano DANT 2021–2030 (BRASIL, 2021).

As neoplasias do Capítulo II ocupam a segunda posição, com 2.940 óbitos (22,7%) e taxa de 141,0/100 mil. Entre os tipos mais frequentes estão os cânceres de pulmão, estômago e pâncreas, fortemente associados a hábitos de vida e ao diagnóstico tardio. As diferenças regionais na mortalidade por neoplasias refletem desigualdades no acesso à atenção especializada, à detecção precoce e a diferentes fatores de risco. O dado reforça a importância da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH, 2008) e da ampliação das ações de rastreamento e controle do câncer nas regiões de saúde.

Esse resultado é consistente com a tendência nacional apontada pela OPAS (2024), que indica predomínio de doenças cardiovasculares e câncer entre as causas de morte prematura em homens da América Latina.

O Capítulo XX (Causas Externas de Morbidade e Mortalidade) aparece em terceiro lugar, com 2.352 óbitos (18,2%) e taxa de 112,8/100 mil, destacando o peso dos acidentes de transporte, agressões e outros eventos violentos. Essas causas acometem majoritariamente homens em idade produtiva, impactando fortemente os anos potenciais de vida perdidos. O enfrentamento demanda ações intersetoriais entre saúde, segurança, mobilidade e trabalho, conforme previsto na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001).

As doenças do aparelho respiratório do Capítulo X, somaram 914 óbitos (7,1%), com taxa de 43,8/100 mil, predominando a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e as pneumonias. A mortalidade respiratória mantém associação com o tabagismo ativo e passivo, a exposição ocupacional a poeiras e agrotóxicos e a poluição atmosférica. O controle do tabaco e a vigilância ambiental são ações estratégicas para reduzir essa carga, conforme apontam a OPAS (2024) e o Programa Brasil sem Tabaco (BRASIL, 2023).

Em seguida, o Capítulo XI (Doenças do Aparelho Digestivo) contabilizou 869 óbitos (6,7%) e taxa de 41,7/100 mil. A mortalidade digestiva está fortemente relacionada a doenças hepáticas alcoólicas, úlceras gástricas e duodenais, e condições gastrointestinais crônicas. O padrão indica a necessidade de integração entre vigilância de DCNT e saúde mental, com enfoque na redução de danos e no uso nocivo de álcool.

As doenças infecciosas e parasitárias (Capítulo I) somaram 647 óbitos (5,0%), com taxa de 31,0/100 mil. Apesar da redução histórica das doenças transmissíveis, as infecções e septicemias ainda representam causas importantes de mortalidade prematura, sobretudo em populações vulneráveis, evidenciando a persistência de desigualdades em determinantes sociais da saúde.

As doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas do Capítulo IV apresentaram 605 óbitos (4,7%), com taxa de 29,0/100 mil. O diabetes mellitus tipo 2 é a causa predominante e contribui indiretamente para a mortalidade cardiovascular. O controle glicêmico insuficiente e a baixa adesão terapêutica são desafios persistentes, que demandam fortalecimento da APS e ampliação de estratégias de autocuidado apoiado.

O Capítulo XVIII (Sintomas, sinais e achados anormais) somou 449 óbitos (3,5%), representando causas mal definidas. Esse percentual, embora relativamente baixo, indica possibilidade de sub-registro de causas básicas e reforça a importância de capacitações para o correto preenchimento das declarações de óbito e investigação de causas não especificadas.

Os capítulos VI (Doenças do Sistema Nervoso) e XIV (Doenças do Sistema Geniturinário) apresentaram 265 (2,0%) e 241 (1,9%) óbitos, respectivamente. Embora com menor impacto numérico, são relevantes pelo caráter incapacitante e pela necessidade de acompanhamento contínuo de doenças crônicas neurológicas e renais. Já os transtornos mentais e comportamentais (Capítulo V) responderam por 198 óbitos (1,5%), refletindo o impacto crescente dos transtornos relacionados ao uso de álcool e drogas, e a importância da integração entre vigilância e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Demais capítulos, como os referentes à pele (XII), sistema osteomuscular (XIII) e sangue e órgãos hematopoéticos (III), apresentaram participação inferior a 1%, mas devem continuar sendo monitorados pela vigilância.

Quando avaliados os dados de mortalidade prematura por DCNT na população masculina catarinense (30 a 69 anos), em uma comparação entre os anos de 2014 e 2024 (**Tabela 2**), identificou-se um aumento de 18,7% no total de óbitos, com o crescimento mais acentuado entre o diabetes mellitus (+26,3%) e as doenças cardiovasculares (+23,2%). Esse padrão reflete não apenas o envelhecimento populacional, mas também mudanças nos hábitos de vida e no ambiente urbano, incluindo o consumo elevado de alimentos ultraprocessados, o uso nocivo de álcool e o sedentarismo. O avanço do diabetes, em particular, pode ser interpretado como marcador de transição nutricional e da dificuldade de controle metabólico entre os homens em idade produtiva.

TABELA 2 – Número e taxa de mortalidade prematura (TMP) por DCNT, no sexo masculino. Santa Catarina, 2014, 2019 e 2024*.

DCNT	2014		2019		2024	
	Nº	TMP	Nº	TMP	Nº	TMP
Doenças Cardiovasculares	2.529	155,19	2.657	142,65	3.291	157,78
Neoplasias	2.497	153,23	2.733	146,73	2.909	139,47
Doenças Respiratórias Crônicas	471	28,90	455	24,43	516	24,74
Diabetes Mellitus	342	20,99	395	21,21	464	22,25
TOTAL	5.839	358,31	6.240	335,01	7.180	344,24

Fonte: SIM/DIVE/GADNT/SES/SC. *Dados de 2014, 2019 e 2024 gerados em 11/11/2025, sujeitos à revisão e alterações.

Nota¹: Taxa de Mortalidade por causa específica calculada por 100.000 habitantes.

Nota²: Considerada a população masculina residente de 30 a 69 anos.

A progressão das taxas de mortalidade prematura por faixa etária evidencia uma trajetória de risco cumulativo. As doenças cardiovasculares e neoplasias predominam em todas as faixas etárias, entretanto com maior impacto com o aumento da idade, o que é de se esperar. O salto expressivo nas faixas etárias de 50-59 anos para 60-69 anos no número de óbito por doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus reforça a importância da vigilância ativa e contínua durante a meia-idade, etapa em que a detecção e o controle de fatores de risco ainda podem alterar a história natural da doença (**Tabela 3**).

TABELA 3 – Distribuição da taxa de mortalidade prematura (TMP), pelas principais causas de DCNT, por faixa etária, sexo masculino. Santa Catarina, 2024*.

DCNT	FAIXA ETÁRIA							
	30-39 ANOS		40-49 ANOS		50-59 ANOS		60-69 ANOS	
	Nº	TMP	Nº	TMP	Nº	TMP	Nº	TMP
Doenças Cardiovasculares	159	23,51	408	68,62	935	200,80	1.789	512,14
Neoplasias	111	16,41	283	47,60	810	173,96	1.705	488,09
Doenças Respiratórias Crônicas	13	1,92	37	6,22	107	22,98	359	102,77
Diabetes Mellitus	20	2,96	38	6,39	118	25,34	288	82,45
TOTAL	303	44,81	766	128,83	1.970	423,09	4.141	1185,45

Fonte: SIM/DIVE/GADNT/SES/SC.*Dados de 2024 gerados em 11/11/2025, sujeitos à revisão e alterações.

Nota¹: Taxa de mortalidade prematura por causa específica calculada por 100.000 habitantes.

Nota²: Considerada a população masculina residente de 30 a 69 anos.

A análise regional da mortalidade prematura por DCNT entre homens em Santa Catarina, no ano de 2024, revelou expressivas desigualdades territoriais, como pode ser observado na **Tabela 4**.

TABELA 4 – Número e taxa de mortalidade prematura (TMP) pelas principais causas de DCNT, por região de residência, sexo masculino. Santa Catarina, 2024*.

17 REGIÕES RESID	DCV		N		DRC		DM		TOTAL	
	Nº	TMP	Nº	TMP	Nº	TMP	Nº	TMP	Nº	TMP
Extremo Oeste	78	117,16	106	159,21	26	39,05	13	19,53	223	334,95
Oeste	114	101,78	128	114,28	20	17,86	12	10,71	274	244,64
Xanxere	67	123,78	81	149,65	16	29,56	20	36,95	184	339,94
Alto Vale do Itajai	154	183,07	144	171,18	28	33,28	12	14,26	338	401,80
Foz do Rio Itajai	311	138,75	297	132,50	67	29,89	73	32,57	748	333,71
Medio Vale do Itajai	321	142,35	302	133,93	47	20,84	53	23,50	723	320,63
Grande Florianópolis	580	152,20	484	127,01	71	18,63	62	16,27	1197	314,11
Meio Oeste	59	113,06	68	130,31	16	30,66	8	15,33	151	289,36
Alto Vale Rio do Peixe	107	143,27	104	139,25	11	14,73	24	32,14	246	329,39
Alto Uruguai Catarinense	42	99,52	50	118,48	8	18,96	13	30,80	113	267,76
Nordeste	338	158,32	275	128,81	53	24,82	36	16,86	702	328,81
Planalto Norte	180	180,75	181	181,76	31	31,13	18	18,08	410	411,72
Serra Catarinense	170	221,05	126	163,84	20	26,01	21	27,31	337	438,20
Extremo Sul	123	205,31	103	171,93	22	36,72	23	38,39	271	452,35
Carbonífera	243	199,24	171	140,21	40	32,80	26	21,32	480	393,56
Laguna	284	271,52	160	152,97	19	18,16	18	17,21	481	459,86
Vale do Itapocu	120	129,45	129	139,16	21	22,65	32	34,52	302	325,79
TOTAL	3291	157,78	2909	139,47	516	24,74	464	22,25	7180	344,24

Fonte: SIM/DIVE/GADNT/SES/SC.*Dados de 2024 gerados em 11/11/2025, sujeitos à revisão e alterações.

Nota¹: Taxa de mortalidade prematura por causa específica calculada por 100.000 habitantes.

Nota²: Considerada a população masculina residente de 30 a 69 anos.

Legenda: DCV - Doenças Cardiovasculares; N - Neoplasias; DRC - Doenças Respiratórias crônicas; DM - Diabetes Mellitus.

As maiores taxas de mortalidade prematura por DCNT entre homens foram observadas nas regiões Laguna (459,9/100 mil), Extremo Sul Catarinense (452,4/100 mil), Serra Catarinense (438,2/100 mil) e Planalto Norte (411,7/100 mil), todas acima da média estadual (344,2/100 mil). Esses territórios apresentam maior concentração de população masculina em áreas rurais, forte presença de atividades agroindustriais e extrativas e maior exposição a fatores de risco ocupacionais e ambientais, como tabagismo, poeiras industriais, agrotóxicos e sedentarismo (IBGE, 2022; FECAM, 2023; SES/SC, 2021). Além disso, registram menor densidade de serviços especializados e maior dificuldade de acesso à média e alta complexidade, conforme diagnóstico situacional do Plano Estadual de Enfrentamento das DCNT (SES/SC, 2021).

As menores taxas de mortalidade prematura foram identificadas nas regiões Oeste Catarinense (244,64/100 mil) e Alto Uruguai Catarinense (267,76/100 mil). Esses territórios apresentam valores inferiores à média estadual.

De forma geral, os dados demonstraram que a mortalidade prematura masculina por DCNT é profundamente influenciada por determinantes territoriais e sociais. Assim, estratégias regionais específicas, fortalecimento da vigilância integrada, monitoramento contínuo e políticas de promoção da saúde voltadas à população masculina são essenciais para reduzir as desigualdades identificadas (OPAS, 2024; OMS, 2024).

A **Tabela 5** sintetiza as causas específicas mais frequentes de mortalidade prematura entre homens catarinenses (30–69 anos), detalhando os grupos de doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, neoplasias e diabetes mellitus. Os resultados reforçam a predominância das doenças cardiovasculares como principal grupo de causas, seguidas pelas neoplasias, configurando um padrão consistente com a literatura nacional e internacional sobre DCNT.

TABELA 5 – Número e taxa de mortalidade prematura (TMP) por DCNT, no sexo masculino segundo causas mais frequentes por grupo. Santa Catarina, 2024*.

DOENÇAS CARDIOVASCULARES	Nº	TMP
I21 Infarto agudo do miocárdio	1.037	49,72
I10 Hipertensão essencial	261	12,51
I25 Doença isquêmica crônica do coração	227	10,88
DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS	Nº	TMP
J44 Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	329	15,77
J43 Enfisema	32	1,53
J84 Outras doenças pulmonares intersticiais	26	1,25
NEOPLASIAS	Nº	TMP
C34 Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões	472	22,63
C16 Neoplasia maligna do estômago	230	11,03
C15 Neoplasia maligna do esôfago	194	9,30
DIABETES MELLITUS	Nº	TMP
E14 Diabetes mellitus NE	199	9,54
E11 Diabetes mellitus não-insulino-dependente	163	7,81
E10 Diabetes mellitus insulino-dependente	99	4,75

Fonte: SIM/DIVE/GADNT/SES/SC.*Dados de 2024 gerados em 11/11/2025, sujeitos à revisão e alterações.

Nota¹: Taxa de mortalidade prematura por causa específica calculada por 100.000 habitantes.

Nota²: Considerada a população masculina residente de 30 a 69 anos.

As doenças do aparelho circulatório apresentaram o maior impacto na mortalidade prematura masculina, com destaque para o infarto agudo do miocárdio (I21), que atingiu 1.037 óbitos e uma taxa de 49,72 por 100 mil habitantes em 2024. Esse valor, isoladamente, superou a taxa das principais neoplasias e evidenciou a elevada carga de risco cardiovascular entre os homens catarinenses.

A hipertensão essencial (I10) e a doença isquêmica crônica do coração (I25) complementaram o grupo, revelando o peso do controle inadequado dos fatores metabólicos, da adesão terapêutica irregular e do diagnóstico tardio. O conjunto dessas condições demonstra que a doença cardiovascular permanece como o eixo crítico do manejo clínico e da vigilância masculina.

No grupo respiratório, destacou-se a DPOC (J44), com 329 óbitos e uma taxa de 15,77/100 mil, seguida pelo enfisema (J43) e por outras doenças pulmonares intersticiais (J84). Essa configuração expõe o papel do tabagismo, ativo e passivo, e da exposição a poeiras e agentes químicos, especialmente entre trabalhadores da indústria e agricultura. Os dados reforçam a persistência de agravos respiratórios relacionados ao histórico de fumo, mesmo com a redução do tabagismo observada em décadas recentes.

Entre os cânceres, a neoplasia maligna dos brônquios e pulmões (C34) permaneceu como a principal causa específica do grupo, com 472 óbitos e taxa de 22,63/100 mil, mantendo uma forte relação com o consumo de tabaco e exposições ocupacionais.

O câncer de estômago (C16) e o de esôfago (C15) completaram o perfil das neoplasias mais incidentes, ambos associados a fatores comportamentais (álcool, dieta inadequada, tabagismo) e a desigualdades no acesso aos serviços diagnósticos. O conjunto reforça o papel estratégico das ações de prevenção primária, rastreamento dirigido e diagnóstico oportuno.

No grupo metabólico, o diabetes mellitus não especificado (E14) apresentou a maior carga, com 199 óbitos e taxa de 9,54/100 mil, seguido pelas formas não-insulino-dependente (E11) e insulino-dependente (E10). O avanço do diabetes na mortalidade prematura masculina aponta para desafios persistentes no controle glicêmico, no acompanhamento longitudinal e na adoção de estilos de vida saudáveis.

O padrão observado sugere que o diabetes não só contribui diretamente para a mortalidade prematura, como também funciona como amplificador de outras causas, especialmente cardiovasculares e renais.

FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO

A análise dos fatores de risco e proteção para as DCNT entre homens em Santa Catarina revela um conjunto de determinantes interligados, individuais, sociais e ambientais, que moldam o perfil epidemiológico observado.

De acordo com o VIGITEL 2023 (Brasil, 2023), 21,2% dos homens adultos brasileiros são fumantes, e o consumo abusivo de álcool atinge cerca de 27,4%, o dobro da prevalência observada entre as mulheres. O padrão alimentar masculino também é mais desfavorável, com menor adesão ao consumo diário de frutas e hortaliças e maior frequência de refeições fora de casa, frequentemente associadas a alimentos ultraprocessados e ricos em sódio. Esse cenário, somado à menor prática de atividade física no lazer e ao predomínio de jornadas laborais extenuantes, contribui para o aumento do sobrepeso, da obesidade e das doenças metabólicas.

Em Santa Catarina, estima-se que um em cada quatro homens apresente diagnóstico prévio de hipertensão arterial, e um em cada dez refira diagnóstico de diabetes mellitus, segundo dados do Plano DANT Estadual (SES/SC, 2021). O tabagismo, embora tenha declinado nas últimas décadas, permanece como importante fator de risco, especialmente entre homens de baixa escolaridade e trabalhadores da indústria e agricultura.

Entre os fatores protetores, destaca-se a atividade física regular, tanto no lazer quanto no deslocamento, e o consumo de alimentos in natura, orientados pelo Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014). A ampliação de espaços públicos seguros, políticas de mobilidade ativa e programas como a Academia da Saúde e o Brasil sem Tabaco representam avanços relevantes, mas ainda com cobertura desigual entre regiões.

MONITORAMENTO E MANEJO DAS DCNT

A resposta à crescente carga de DCNT entre homens exige estratégias integradas entre vigilância e atenção primária. O Plano DANT 2021–2030 (BRASIL, 2021) reforça a importância do monitoramento contínuo da mortalidade e da morbidade por DCNT, bem como do acompanhamento dos fatores de risco e proteção. Em Santa Catarina, o fortalecimento do papel estadual de vigilância das DCNT e das linhas de cuidado de hipertensão, diabetes e doenças renais crônicas tem contribuído para aprimorar a gestão do risco e orientar ações nos territórios.

Na prática, o monitoramento clínico do risco cardiovascular global é o eixo estruturante da abordagem à saúde do homem. A aferição regular da pressão arterial, glicemia e perfil lipídico, associada ao cálculo de risco global, permite classificar o paciente e definir condutas terapêuticas adequadas. A utilização de ferramentas padronizadas, como os escores de Framingham e o Protocolo de Estratificação de Risco do Ministério da Saúde (2021), deve ser incentivada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O manejo clínico das DCNT requer também ações educativas e acompanhamento multiprofissional. O estímulo ao autocuidado apoiado, a adesão terapêutica e a integração com a equipe de Saúde Bucal, eMulti (Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde) e grupos comunitários favorecem a manutenção dos resultados a longo prazo. As buscas ativas de homens 30–59 anos, especialmente aqueles com baixa adesão aos serviços, devem ser priorizadas, considerando-se a necessidade de horários estendidos de atendimento e abordagens em espaços não convencionais, como locais de trabalho e associações esportivas.

POLÍTICAS PÚBLICAS E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH, Brasil, 2008) propõe uma abordagem centrada nas especificidades masculinas, buscando superar barreiras culturais que dificultam o acesso dos homens aos serviços de saúde. Alinhada ao Plano DANT 2021–2030 (Brasil, 2021), Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT 2021–2030 (Santa Catarina, 2021) e às diretrizes da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2024), essa política reforça o princípio da integralidade e incentiva a ampliação do acesso, especialmente na Atenção Primária.

Entre as estratégias prioritárias, destacam-se:

- Integração das linhas de cuidado de hipertensão, diabetes, DRC e obesidade, com indicadores de desempenho específicos por sexo;
- Ampliação das ações de promoção da saúde, incluindo alimentação adequada, cessação do tabagismo e incentivo à atividade física;
- Articulação intersetorial, com foco em ambientes saudáveis de trabalho e políticas de prevenção do uso nocivo de álcool;
- Educação permanente em saúde, voltada à qualificação das equipes e à sensibilização sobre masculinidades e autocuidado.

Essas ações convergem para o compromisso assumido pelo Brasil junto à OMS e à OPAS de reduzir em 30% a mortalidade prematura por DCNT até 2030, meta incorporada nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS 3.4). O desafio, entretanto, permanece em operacionalizar estratégias de longo prazo que reduzam desigualdades regionais e promovam cuidado efetivo e contínuo.

DESAFIOS E PERSPECTIVAS

A análise dos dados demonstra que as DCNT entre homens são um problema de alta complexidade e forte determinação social. Os desafios incluem:

- Baixa procura masculina por atenção preventiva e diagnóstica;
- Desigualdade regional de cobertura e acesso à APS;
- Atraso na consolidação dos dados de mortalidade;
- Dificuldade na integração entre vigilância e assistência;
- Escassez de estratégias comunicacionais sensíveis ao gênero.

Superar essas barreiras requer fortalecer a governança da vigilância, ampliar a capilaridade da educação em saúde e aprimorar o uso das informações epidemiológicas na tomada de decisão. A abordagem territorial, o diálogo intersetorial e a valorização da participação social são caminhos para a construção de um cuidado mais equitativo.

CONCLUSÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis permanecem como a principal causa de morte entre homens em Santa Catarina. As evidências apontam para a necessidade de uma mudança de paradigma na forma como o cuidado masculino é estruturado: é preciso aproximar os homens dos serviços, reduzir barreiras de acesso e incorporar a perspectiva de gênero na vigilância e na APS.

Investir em ambientes saudáveis, educação em saúde, fortalecimento da atenção primária e monitoramento sistemático de indicadores é fundamental para reduzir a mortalidade prematura e ampliar a qualidade de vida dos homens catarinenses. Esse boletim reafirma o compromisso do Estado de Santa Catarina com a promoção da equidade e o enfrentamento das DCNT, alinhado às metas nacionais e internacionais de saúde pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica.pdf. Acesso em: 11 nov. 2025.
2. Brasil. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para a População Brasileira**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 11 nov. 2025.
3. Brasil. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021–2030**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/dcnt/plano-de-aco-es-estrategicas-para-o-enfrentamento-das-dcnt-2021-2030>. Acesso em: 11 nov. 2025.
4. Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf. Acesso em: 11 nov. 2025.
5. Brasil. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF: SVSA/DAENT, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/vigitel>. Acesso em: 11 nov. 2025.
6. FECAM. Federação Catarinense de Municípios. **Observatório de Desenvolvimento Regional de Santa Catarina: relatórios regionais de saúde e desenvolvimento**. Florianópolis: FECAM, 2023. Disponível em: <https://www.fecam.org.br/observatorio>. Acesso em: 11 nov. 2025.
7. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2022: resultados preliminares e características gerais da população, dos domicílios e dos territórios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/censo/>. Acesso em: 11 nov. 2025.
8. OMS. Organização Mundial da Saúde. **Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2024**. Geneva: World Health Organization, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240075975>. Acesso em: 11 nov. 2025.
9. OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Relatório Regional sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis nas Américas 2024**. Washington, DC: OPAS, 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/relatorio-regional-sobre-dcnt-nas-americas-2024>. Acesso em: 11 nov. 2025.
10. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Enfrentamento das DCNT 2021–2030. Florianópolis: SES/SC, 2021**. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/planos-e-programas/planos-dcnt>. Acesso em: 11 nov. 2025.
11. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE). **Perfis Regionais de Saúde de Santa Catarina 2022**. Florianópolis: DIVE/SES-SC, 2022. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/perfis-regionais-de-saude>. Acesso em: 11 nov. 2025.

EXPEDIENTE

O informativo Epidemiológico Barriga Verde é uma publicação técnica da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Rua Esteves Júnior, 390 – Anexo I – 1º andar – Centro – Florianópolis – CEP: 88010-002 – Fone: (48) 3664-7400. www.dive.sc.gov.br

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Governo do Estado: Jorginho dos Santos Mello | **Secretário de Estado da Saúde:** Diogo Demarchi Silva | **Superintendente de Vigilância em Saúde:** Fábio Gaudenzi | **Diretor de Vigilância Epidemiológica:** João Augusto Brancher Fuck | **Gerente de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos Não Transmissíveis:** Aline Piacessi Arceno | **Elaboração:** Franciele Budziareck das Neves | **Revisão técnica:** João Augusto Brancher Fuck | **Supervisão e Revisão:** Patrícia Pozzo | **Diagramação:** Alex Martins.

FICHA CATALOGRÁFICA

Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Panorama Epidemiológico das DCNT na Saúde do Homem: Monitoramento, Fatores de Risco e Estratégias de Proteção. Informativo Epidemiológico. Santa Catarina: Secretaria de Estado da Saúde, 2025.

GOVERNO DE SANTA CATARINA

Secretaria de Estado da Saúde

Sistema Único de Saúde

Superintendência de Vigilância em Saúde

Diretoria de Vigilância Epidemiológica

Gerência de Análises Epidemiológicas e Doenças
e Agravos Não Transmissíveis

