

Barriga Verde

Informativo Epidemiológico

Janeiro 2025

www.dive.sc.gov.br

O CENÁRIO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO ESTADO DE SANTA CATARINA

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



GOVERNO DE
**SANTA
CATARINA**
SECRETARIA DA SAÚDE

SUMÁRIO

Introdução.....	4
Metologia.....	5
As Doenças Crônicas Não Transmissíveis em Santa Catarina.....	6
Mortalidade por DCNT no Estado de Santa Catarina.....	7
Internações por DCNT no Estado de Santa Catarina.....	11
A Vigilância do Câncer em Santa Catarina.....	12
Incidência de Câncer no Estado de Santa Catarina.....	12
Mortalidade por Câncer no Estado de Santa Catarina.....	14
Desafios para a Vigilância do Câncer.....	18
Avanços na Vigilância do Câncer.....	18
DCNT e seus Fatores de Risco.....	19
Fatores de Risco Modificáveis.....	19
Fatores de Proteção.....	20
Saúde Mental e as DCNT.....	20
Expectativa de Vida e Prevalência de DCNT.....	21
Metas para 2030.....	22
Intersectorialidade.....	23
Tabagismo.....	24
O Tabagismo na População Adolescente.....	24
O Tabagismo como Fator de Risco para o Desenvolvimento de DCNT.....	26
Conclusão.....	29
Referências Bibliográficas.....	30

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Taxa de incidência estimada de câncer (por 100.000 habitantes). Santa Catarina e Brasil, 2023–2025.	12
FIGURA 2. Frequência e taxa de incidência estimada de câncer (por 100.000 habitantes) das cinco topografias mais incidentes, de acordo com o sexo. Santa Catarina, 2023–2025.	13
FIGURA 3. Taxa de mortalidade por câncer (por 100.000 habitantes). Santa Catarina e Brasil, 2016, 2018, 2020 e 2022.	14
FIGURA 4. Frequência e taxa de mortalidade por câncer (por 100.000 habitantes) das cinco principais topografias, de acordo com o sexo. Santa Catarina, 2023*.	15
FIGURA 5. Taxa de mortalidade por câncer (por 100.000 habitantes) por região de saúde. Santa Catarina, 2023*.	16
FIGURA 6. Principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis.	19
FIGURA 7. Principais fatores de proteção para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis.	20
FIGURA 8. Pirâmide etária de Santa Catarina, 1970, 2000 e 2022.	21
FIGURA 9. Metas para o controle dos fatores de risco de DCNT. Brasil, 2021.	22
FIGURA 10. Fontes de informação para o monitoramento da prevalência de fatores de risco para as DCNT.	22

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Frequência de óbito e taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por capítulo da CID-10 e sexo. Santa Catarina, 2023*.	7
TABELA 2. Frequência de óbito e taxa de mortalidade prematura (por 100.000 habitantes) por capítulo da CID-10 e sexo. Santa Catarina, 2023*.	8
TABELA 3. Frequência de óbito e taxa de mortalidade prematura (por 100.000 habitantes) pelas quatro principais DCNT, de acordo com o sexo. Santa Catarina, 2023*.	9
TABELA 4. Frequência de óbito e taxa de mortalidade prematura (por 100.000 habitantes) pelas principais causas de DCNT, por faixa etária. Santa Catarina, 2023*.	9
TABELA 5. Número, proporção e taxa de mortalidade prematura (por 100.000 habitantes) pelas principais causas de DCNT, por região de saúde de residência. Santa Catarina, 2023*.	10
TABELA 6. Frequência e taxa de internação (por 10.000 habitantes) por DCNT, na faixa etária de 30 a 69 anos, por região de saúde. Santa Catarina, 2023*.	11
TABELA 7. Taxa de mortalidade por câncer (por 100.000 habitantes) das cinco principais topografias no sexo masculino, de acordo com a região de saúde. Santa Catarina, 2023*.	16
TABELA 8. Taxa de mortalidade por câncer (por 100.000 habitantes) das cinco principais topografias no sexo feminino, de acordo com a região de saúde. Santa Catarina, 2023*.	17
TABELA 9. Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental que fumaram cigarro alguma vez, por sexo e dependência administrativa da escola, segundo os maiores municípios das capitais das cinco regiões brasileiras, 2019.	25
TABELA 10. Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental que fumaram cigarro pela primeira vez com 13 anos ou menos, por sexo e dependência administrativa da escola, segundo os maiores municípios das capitais das cinco regiões brasileiras, 2019.	26

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são, atualmente, as principais responsáveis pela morbimortalidade no Brasil e no mundo, o que as torna um grande desafio para a saúde pública. Esse grupo engloba uma gama de enfermidades e condições de saúde, cujas principais são as doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas, as neoplasias e o diabetes *mellitus* (Malta; Pereira, 2023).

Além dos impactos diretos na saúde, as DCNT podem levar a incapacidade e perda na qualidade de vida dos indivíduos, bem como a mortes prematuras (entre 30 e 69 anos), aspectos responsáveis por uma série de efeitos socioeconômicos adversos.

O desenvolvimento dessas condições se dá de forma lenta e gradual, podendo passar despercebido por longo tempo, sendo influenciado por um conjunto complexo de fatores de risco. A elevada prevalência desses fatores associados às DCNT, evidencia a necessidade de estratégias eficazes de prevenção e controle. Para isso, é necessário que se compreenda a distribuição no território e a evolução das DCNT ao longo do tempo.

O monitoramento contínuo, tanto das doenças quanto dos fatores de risco, constitui ferramenta essencial da vigilância epidemiológica, no intuito de orientar, com base em informações concretas, a construção e a implementação de políticas públicas adequadas e essenciais para a redução da desigualdade em saúde e para a promoção de uma melhor qualidade de vida para a população.

Uma importante ferramenta para a vigilância epidemiológica é a Análise de Situação em Saúde (ASIS), essencial para definir prioridades, apoiar a construção de conhecimento e o desenvolvimento de políticas públicas de saúde. A ASIS permite estabelecer o perfil de saúde de uma população, identificando as DCNT mais prevalentes, seus determinantes, fatores de risco e as necessidades específicas da população, revelando lacunas e prioridades. Além disso, possibilita o monitoramento e a avaliação do impacto das intervenções, ajustando estratégias conforme necessário e fornecendo dados sólidos para decisões baseadas em evidências.

Dentre as estratégias adotadas pelo Estado de Santa Catarina, destaca-se o **Plano Estadual de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)**, que salienta a importância de ações coordenadas e intersetoriais. Esses esforços visam à redução da mortalidade prematura por DCNT e à mitigação dos seus impactos na sociedade. A vigilância das DCNT, juntamente com a análise dos fatores de risco, permite a elaboração de intervenções mais precisas e eficazes (Santa Catarina, 2021).

METODOLOGIA

A construção deste Boletim Epidemiológico foi conduzida a partir da análise descritiva e retrospectiva de dados secundários sobre as DCNT e seus fatores de risco no Estado de Santa Catarina.

Os dados de mortalidade foram obtidos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (MS), por meio do Painel de Monitoramento de Mortalidade, filtrados por local de residência e período de ocorrência (2023). Para a coleta de dados de internações hospitalares, foi utilizado o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) do Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Foram consideradas, nas tabulações, as doenças cardiovasculares (I00-I99), doenças respiratórias (J30-J98, exceto J36), neoplasias (C00-C97) e diabetes *mellitus* (E10-E14), de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10ª Revisão (CID-10), para a seleção dos óbitos e internações.

De forma complementar, para a obtenção das estimativas de incidência e de mortalidade por câncer no país, visando realizar o comparativo com os dados do Estado, foram utilizadas como fontes de informação as publicações do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e o Atlas de Mortalidade por Câncer (MS). As taxas de incidência e de mortalidade foram calculadas considerando o número de casos diagnosticados e de óbitos, respectivamente, a cada 100 mil habitantes. Para as populações estimadas estratificadas por sexo, faixa etária e local de residência, foram utilizados os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), obtidos por meio do Sistema de Informações Demográficas e Socioeconômicas do DATASUS.

Para o cálculo da mortalidade prematura, utilizou-se a metodologia proposta pelo MS, que considera os óbitos de pessoas com idade entre 30 e 69 anos, estratificados em intervalos de dez anos. Já para as internações hospitalares, foi considerado o cálculo presente no DATASUS, que determina o número de internações hospitalares pagas pelo SUS por causas selecionadas a cada 10.000 habitantes na população residente de 30 a 69 anos (BRASIL, [s.d.]).

Os dados foram coletados em momentos distintos durante os meses de agosto a outubro de 2024, e foram utilizados os programas *Tabwin* e Google Planilhas para o processamento e manipulação das informações.

Este Boletim Epidemiológico foi elaborado a partir de dados secundários agregados disponibilizados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. As bases de dados utilizadas não incluíram informações pessoais e, em virtude disso, não se fez necessária sua submissão à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM SANTA CATARINA

Estimativas indicam que as DCNT são responsáveis por 41 milhões de mortes anuais em todo o mundo, representando mais de 70% dos óbitos, dos quais 15 milhões são prematuros (<70 anos) (WHO, 2020). Em 2019, no Brasil, a mortalidade geral por DCNT foi de aproximadamente 76%, sendo que os óbitos prematuros (que compreendem os ocorridos entre 30 e 69 anos) corresponderam a 66,1% (Malta *et al.*, 2020). Esse panorama evidencia consequências alarmantes que transcendem a mortalidade, impactando indivíduos, famílias e comunidades, comprometendo a qualidade de vida, sobrecarregando a economia e os sistemas de saúde (Malta; Silva, 2018; Kwon *et al.*, 2020).

Os custos socioeconômicos das DCNT impactam diretamente a economia dos países, com uma estimativa de US\$7 trilhões para o período de 2011 a 2025 em nações de baixa e média renda. Dessa forma, a redução global das DCNT se torna essencial para o desenvolvimento sustentável no século XXI (Malta *et al.*, 2017).

No Brasil, as DCNT impõem um elevado investimento às pessoas afetadas, em virtude dos gastos associados, o que agrava o custo de vida das famílias. Para o sistema de saúde, essas doenças representam despesas diretas crescentes e figuram entre as principais causas de internações hospitalares (Brasil, 2024a).

O aumento da prevalência de fatores de risco, as medidas de austeridade fiscal adotadas nos últimos anos no Brasil e, mais recentemente, a crise sanitária decorrente da pandemia de Covid-19, representam desafios à continuidade da tendência de redução da mortalidade por DCNT (Cardoso *et al.*, 2021; Fernandes; Teixeira; Koch, 2023). Observa-se que esses fatores de risco frequentemente ocorrem de forma concomitante, o que resulta num aumento significativo do risco de desenvolvimento de doenças crônicas e de mortalidade, quando comparado ao risco envolvido com a exposição a um ou nenhum comportamento de risco (Rocha; Velásquez-Meléndez, 2019).

A Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), instituída pela Resolução nº 588/2018, reforça a importância da vigilância das DCNT como uma ação contínua e sistemática que visa a monitorar, prevenir e controlar agravos à saúde, com ênfase na redução da mortalidade prematura por essas doenças. Alinhada às diretrizes da PNVS, a vigilância das DCNT abrange todos os níveis de atenção à saúde e prioriza a coleta e análise de dados sobre os fatores de risco relacionados, como tabagismo, obesidade e inatividade física, permitindo uma atuação preventiva que reduz a carga dessas doenças na população (Brasil, 2018).

MORTALIDADE POR DCNT NO ESTADO DE SANTA CATARINA

Em 2023 foram registrados mais de 49 mil óbitos no Estado de Santa Catarina. As doenças do aparelho circulatório se destacaram com uma taxa de mortalidade de 173,5 a cada 100.000 habitantes, seguidas das neoplasias (142,5) e das doenças do aparelho respiratório (69,1). Dentre os capítulos da CID-10 que englobam as principais DCNT (II, IX, X e XI), as maiores taxas de mortalidade (TM) ocorreram entre os homens, exceto nas doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, que acometeram mais as mulheres, como pode ser observado em maiores detalhes na **Tabela 1**.

TABELA 1 – Frequência de óbito e taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por capítulo da CID-10 e sexo. Santa Catarina, 2023*.

CAUSA (CAPÍTULO DA CID-10)	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	TM	N	TM	N	TM
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.082	28,8	913	23,7	1.995	26,2
II. Neoplasias (tumores)	5.863	156,3	4.979	129,0	10.842	142,5
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	72	1,9	86	2,2	158	2,1
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1.411	37,6	1.650	42,8	3.061	40,2
V. Transtornos mentais e comportamentais	311	8,3	94	2,4	405	5,3
VI. Doenças do sistema nervoso	902	24,0	1317	34,1	2.219	29,2
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	6	0,2	2	0,1	8	0,1
IX. Doenças do aparelho circulatório	6.983	186,2	6.218	161,1	13.201	173,5
X. Doenças do aparelho respiratório	2.760	73,6	2.497	64,7	5.257	69,1
XI. Doenças do aparelho digestivo	1.380	36,8	992	25,7	2.372	31,2
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	104	2,8	112	2,9	216	2,8
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	92	2,5	108	2,8	200	2,6
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	774	20,6	929	24,1	1.703	22,4
XV. Gravidez parto e puerpério	0	0,0	36	0,9	36	0,5
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	616	16,4	528	13,7	1.144	15,0
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	221	5,9	201	5,2	422	5,5
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	701	18,7	414	10,7	1.115	14,7
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	3.651	97,3	1.290	33,4	4.941	64,9

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

*Dados preliminares. Legenda: n - número de óbitos; TM - Taxa de mortalidade.

A mortalidade prematura, assim denominada quando ocorre entre os 30 e 69 anos, gera grande impacto para a sociedade, uma vez que corresponde à mais importante fase econômica e socialmente ativa da população. Analisar as causas de óbito nesta etapa da vida, identificando as causas evitáveis e os fatores de risco a elas associados, permite avaliar a eficácia das políticas de prevenção e de promoção da saúde, assim como direcionar recursos e estratégias que visem a diminuir essas mortes e a melhorar a qualidade de vida da população, reduzindo, assim, o impacto socioeconômico das doenças e agravos evitáveis.

Na **Tabela 2** tem-se o número de óbitos e a taxa de mortalidade por capítulo da CID-10 segundo sexo, na faixa etária prematura, em Santa Catarina, no ano de 2023. No sexo masculino se destacaram as doenças do aparelho circulatório (3.091 casos, com 157,6 óbitos a cada 100.000 habitantes), seguidas pelas neoplasias (2.959; 150,8) e pelas causas externas (2.195; 111,9). Já entre as mulheres sobressaíram primeiramente as neoplasias (2.642; 128,8), seguidas pelas doenças do aparelho circulatório (1.759; 85,8) e pelas doenças do aparelho respiratório (593; 28,9).

Os dados apresentados pelas **Tabelas 2 e 3** refletem uma tendência global em que as DCNT, particularmente as doenças cardiovasculares e as neoplasias, aparecem como responsáveis por uma parcela importante dos óbitos no Estado de Santa Catarina. As taxas elevadas sugerem que, apesar dos avanços na medicina, ainda existe uma necessidade pungente de fortalecer as ações de prevenção.

TABELA 2 – Frequência de óbito e taxa de mortalidade prematura (por 100.000 habitantes) por capítulo da CID-10 e sexo. Santa Catarina, 2023*.

CAUSA (CAPÍTULO DA CID-10)	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	TMP	N	TMP	N	TMP
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	597	30,4	350	17,1	947	48,3
II. Neoplasias (tumores)	2.959	150,8	2.642	128,8	5.601	285,5
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	27	1,4	31	1,5	58	3,0
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	589	30,0	506	24,7	1.095	55,8
V. Transtornos mentais e comportamentais	245	12,5	50	2,4	295	15,0
VI. Doenças do sistema nervoso	229	11,7	195	9,5	424	21,6
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	2	0,1	1	0,0	3	0,2
IX. Doenças do aparelho circulatório	3.091	157,6	1.759	85,8	4.850	247,2
X. Doenças do aparelho respiratório	867	44,2	593	28,9	1.460	74,4
XI. Doenças do aparelho digestivo	800	40,8	367	17,9	1.167	59,5
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	46	2,3	25	1,2	71	3,6
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	48	2,4	51	2,5	99	5,0
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	194	9,9	192	9,4	386	19,7
XV. Gravidez parto e puerpério	0	0,0	18	0,9	18	0,9
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	1	0,1	0	0,0	1	0,1
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	23	1,2	28	1,4	51	2,6
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	418	21,3	126	6,1	544	27,7
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	2.195	111,9	515	25,1	2.710	138,1

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

*Dados preliminares. Legenda: n - número de óbitos; TMP - Taxa de mortalidade prematura.

Dentre os óbitos prematuros devidos às quatro principais DCNT (**Tabela 3**), registrados em 2023 em Santa Catarina, as neoplasias se destacaram, contabilizando 5.539 óbitos (282,3 a cada 100.000 habitantes); depois foram as doenças cardiovasculares, com 4.850 óbitos (247,2 a cada 100.000 habitantes), seguidas pelas doenças respiratórias crônicas e pela diabetes *mellitus*. No sexo masculino a maior TMP foi devido às doenças cardiovasculares (157,6), seguido pelas neoplasias e as doenças respiratórias crônicas. Já no sexo feminino a maior TMP foi devido as neoplasias, seguido pelas doenças cardiovasculares e pelo diabetes *mellitus*.

TABELA 3 – Frequência de óbito e taxa de mortalidade prematura (por 100.000 habitantes) pelas quatro principais DCNT, de acordo com o sexo. Santa Catarina, 2023*.

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	TMP	N	TMP	N	TMP
Doenças Cardiovasculares	3.091	157,6	1.759	85,8	4.850	247,2
Neoplasias	2.928	149,2	2611	127,3	5.539	282,3
Doenças Respiratórias Crônicas	510	26,0	368	17,9	878	44,8
Diabetes <i>mellitus</i>	448	22,8	394	19,2	842	42,9
TOTAL	6.977	355,6	5.132	250,2	12.109	617,2

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

*Dados preliminares. Legenda: n - número de óbitos; TMP - Taxa de mortalidade prematura.

É importante destacar que existem diferenças entre as frequências e taxas quando comparadas as tabelas baseadas nos capítulos da CID-10 e aquelas que se baseiam nos principais grupos de DCNT. Isto ocorre porque são usadas classificações distintas para as duas tabulações. Quando se fala em DCNT, são incluídas as quatro principais doenças cuja causa básica se enquadra neste grupo específico. Por outro lado, os capítulos da CID-10 incluem uma ampla gama de doenças, abrangendo várias condições de saúde. Assim, devido a essa diferença na abrangência, a quantidade de doenças consideradas na lista de DCNT é menor, resultando em taxas de mortalidade distintas.

Quando estratificados por faixa etária os óbitos prematuros, percebe-se o aumento das taxas de acordo com o aumento da idade. Com exceção dos óbitos ocorridos entre 30 e 39 anos, os homens apresentaram TMP mais elevadas que as mulheres em todas as faixas de idade. Além disso, a diferença entre os sexos se acentuou ainda mais com o aumento da idade (**Tabela 4**).

TABELA 4 – Frequência de óbito e taxa de mortalidade prematura (por 100.000 habitantes) pelas principais causas de DCNT, por faixa etária. Santa Catarina, 2023*.

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	TMP	N	TMP	N	TMP
30-39 anos	244	38,4	268	42,1	512	40,2
40-49 anos	750	136,2	660	117,1	1.410	126,5
50-59 anos	2.043	451,6	1.492	307,5	3.535	377,0
60-69 anos	3.940	1219,7	2.712	741,8	6.652	966,0
TOTAL	6.977	355,6	5.132	250,2	12.109	301,7

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

*Dados preliminares. Legenda: n - número de óbitos; TMP - Taxa de mortalidade prematura.

O estudo da mortalidade por DCNT em 2023, de acordo com as regiões de saúde do Estado, evidencia, uma vez mais, a disparidade existente entre os diferentes territórios catarinenses, conforme pode ser avaliado na **Tabela 5**.

Embora as maiores frequências de óbito prematuro por DCNT em Santa Catarina, em 2023, tenham se dado nas regiões da Grande Florianópolis, Foz do Rio Itajaí e Médio Vale do Itajaí, as maiores taxas de mortalidade ocorreram na Serra Catarinense (409,7 óbitos a cada 100.000 habitantes), Planalto Norte (368,4) e Carbonífera (362,4). O Alto Uruguai Catarinense apresentou o menor número de óbitos, entretanto a menor taxa ocorreu na região Oeste (241,3).

As regiões da Serra Catarinense, Carbonífera e Laguna tiveram como principal causa de morte prematura por DCNT, as doenças cardiovasculares. Em todas as demais regiões (14), as neoplasias ocuparam o primeiro lugar em número de óbitos. As maiores TMP por neoplasia ocorreram no Planalto Norte (169,7 a cada 100.000 habitantes), Serra Catarinense (164,9) e Alto Vale do Itajaí (155,4). As doenças respiratórias crônicas apresentaram taxas mais elevadas nas regiões Serra Catarinense (38,3), Planalto Norte (35,2) e Laguna (30,3). Já o diabetes *mellitus* teve maiores taxas nas regiões do Vale do Itapocu (37,1), Alto Vale do Rio do Peixe (36,8) e Extremo Sul (33,4).

TABELA 5 – Número, proporção e taxa de mortalidade prematura (por 100.000 habitantes) pelas principais causas de DCNT, por região de saúde de residência. Santa Catarina, 2023*.

REGIÃO DE SAÚDE	DCV		NEO		DRC		DM		TOTAL	
	N	TMP	N	TMP	N	TMP	N	TMP	N	TMP
Alto Uruguai Cat.	65	79,6	112	137,1	14	17,1	24	29,4	215	263,2
Alto Vale do Itajaí	215	133,6	250	155,4	48	29,8	29	18,0	542	336,9
Alto V. Rio do Peixe	181	125,6	186	129,1	25	17,4	53	36,8	445	308,9
Carbonífera	423	177,4	356	149,3	47	19,7	38	15,9	864	362,4
Extremo Oeste	128	99,7	173	134,8	35	27,3	15	11,7	351	273,4
Extremo Sul	170	145,8	174	149,2	27	23,1	39	33,4	410	351,5
Foz do Rio Itajaí	471	110,8	586	137,8	91	21,4	124	29,2	1.272	299,1
Grande Florianópolis	841	114,5	1.013	138,0	132	18,0	104	14,2	2.090	284,6
Laguna	360	175,8	271	132,4	62	30,3	47	23,0	740	361,4
Médio Vale do Itajaí	423	97,2	577	132,6	78	17,9	91	20,9	1.169	268,6
Meio Oeste	112	110,9	144	142,5	17	16,8	22	21,8	295	292,0
Nordeste	441	108,1	486	119,2	74	18,1	65	15,9	1.066	261,4
Oeste	177	84,4	265	126,4	35	16,7	29	13,8	506	241,3
Planalto Norte	270	139,7	328	169,7	68	35,2	46	23,8	712	368,4
Serra Catarinense	281	185,4	250	164,9	58	38,3	32	21,1	621	409,7
Vale do Itapocu	175	99,9	243	138,7	39	22,3	65	37,1	522	298,0
Xanxerê	117	111,4	125	119,1	28	26,7	19	18,1	289	275,3
TOTAL	4.850	120,9	5.539	138,0	878	21,9	842	21,0	12.109	301,7

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

*Dados preliminares. Legenda: n - número de óbitos; TMP - Taxa de mortalidade prematura; DCV - doenças cardiovasculares; NEO - neoplasias; DR - doenças respiratórias crônicas; DM - diabetes *mellitus*.

INTERNAÇÕES POR DCNT NO ESTADO DE SANTA CATARINA

No ano de 2023 foram registradas mais de 93 mil internações hospitalares no SUS, de pessoas com 30 a 69 anos de idade, devido às DCNT. O maior número de internações ocorreu nas regiões da Grande Florianópolis (12.292), Médio Vale do Itajaí (10.116) e Foz do Rio Itajaí (8.479). Proporcionalmente à população residente, as maiores taxas de internação ocorreram nas regiões de Laguna (329,4 casos a cada 10.000 habitantes), Serra Catarinense (317,6) e Extremo Oeste (291,9). Em 11 regiões o número de internações foi maior entre as mulheres. Na **Tabela 6** é possível obter mais informações.

TABELA 6 – Frequência e taxa de internação (por 10.000 habitantes) por DCNT, na faixa etária de 30 a 69 anos, por região de saúde. Santa Catarina, 2023*.

REGIÃO DE SAÚDE	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	TIH	N	TIH	N	TIH
Alto Uruguai Catarinense	883	217,2	917	223,4	1.800	220,3
Alto Vale do Itajaí	1.808	224,9	1.818	225,9	3.626	225,4
Alto Vale do Rio do Peixe	1.678	234,1	1.864	257,6	3.542	245,9
Carbonífera	3.241	279,1	3.337	272,9	6.578	275,9
Extremo Oeste	1.853	287,5	1.894	296,3	3.747	291,9
Extremo Sul Catarinense	1.617	284,6	1.743	291,3	3.360	288,1
Foz do Rio Itajaí	4.033	196,8	4.446	201,8	8.479	199,4
Grande Florianópolis	6.007	170,5	6.285	164,6	12.292	167,4
Laguna	3.311	331,7	3.433	327,2	6.744	329,4
Médio Vale do Itajaí	4.901	230,8	5.215	234,0	10.116	232,4
Meio Oeste	1.206	240,4	1.319	259,3	2.525	249,9
Nordeste	3.926	197,1	3.816	182,8	7.742	189,8
Oeste	2.757	263,5	2.603	247,7	5.360	255,6
Planalto Norte	2.763	287,7	2.853	293,5	5.616	290,6
Serra Catarinense	2.143	289,8	2.671	344,0	4.814	317,6
Vale do Itapocu	1.849	214,1	1.932	217,6	3.781	215,8
Xanxerê	1.567	301,7	1.488	280,5	3.055	291,0
SANTA CATARINA	45.543	232,1	47.634	232,2	93.177	232,2

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

*Dados preliminares. Legenda: n - número de óbitos; TIH - Taxa de internação hospitalar no SUS;

É importante destacar que a Portaria nº 221/2008, do Ministério da Saúde, instituiu a Lista Brasileira de Internações Sensíveis à Atenção Primária, composta por 19 grupos de causas, de acordo com a CID-10, dos quais 7 incluem DCNT (Lôbo et al, 2019). As internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) correspondem a internações devidas a um conjunto de agravos de saúde cuja intervenção efetiva no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) pode reduzir a necessidade de hospitalizações e de cuidados de alta complexidade. O índice ICSAP é um indicador da efetividade da APS, que permite identificar as demandas da população e avaliar o uso adequado dos recursos médico-hospitalares, servindo como subsídio para gestores no planejamento e avaliação das ações no sistema de saúde.

A VIGILÂNCIA DO CÂNCER EM SANTA CATARINA

A vigilância do câncer é crucial para monitorar o comportamento da doença e proteger a saúde da população de forma efetiva. As altas taxas de incidência da doença representam um desafio significativo, dada sua elevada frequência no Estado, o que interfere direta e profundamente na sociedade. Além disso, os impactos econômicos no setor de saúde são consideráveis, visto que os gastos com tratamento e controle do câncer são altos e representam um peso substancial para os recursos de saúde pública. Outro fator crucial são as desigualdades sociais, com disparidades significativas de acesso aos serviços de saúde e da qualidade do tratamento ofertado entre diversas regiões geográficas.

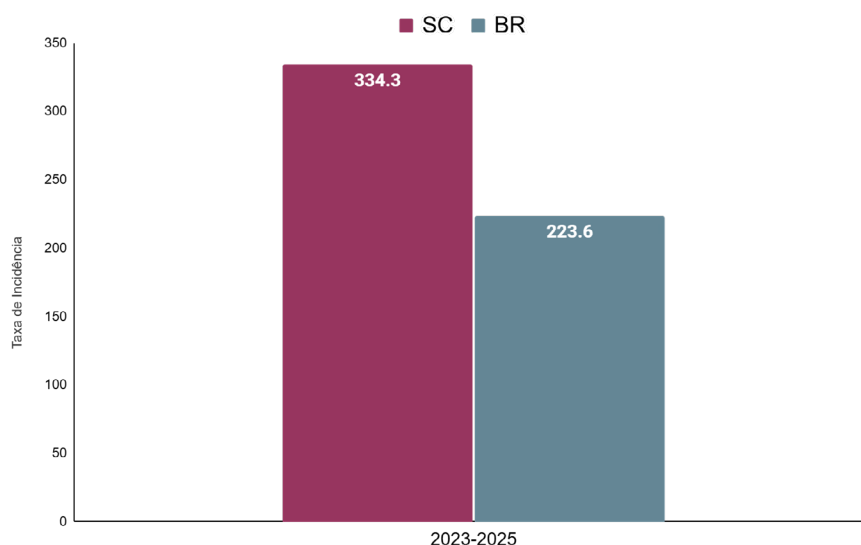
Com a vigilância efetiva do câncer tem-se o monitoramento contínuo das taxas de incidência, prevalência e mortalidade, os quais constituem dados fundamentais para entender o comportamento da doença, e realizar o planejamento e a implementação de políticas de saúde pública para sua prevenção e controle. Da mesma forma, o monitoramento dos principais fatores de risco associados ao câncer pode orientar a construção de estratégias de prevenção e promoção da saúde, visando à redução da incidência da doença.

As taxas de incidência e de mortalidade por câncer em Santa Catarina refletem um cenário preocupante, uma vez que são mais altas do que a média nacional, principalmente para determinados tipos de câncer, aspecto que salienta a importância de medidas e intervenções direcionadas. A avaliação por região de saúde mostra diferenças consideráveis, que revelam as desigualdades existentes quanto ao acesso aos serviços de saúde e à qualidade do tratamento disponibilizado dentro do Estado. Esses dados destacam a necessidade de políticas públicas específicas para reduzir tais desigualdades e melhorar a saúde da população de maneira equitativa.

INCIDÊNCIA DE CÂNCER NO ESTADO DE SANTA CATARINA

Os cânceres mais incidentes em Santa Catarina são os de mama, o colorretal e o pulmonar. Conforme demonstra a **Figura 1**, é notável a diferença entre as taxas de incidência de câncer no Estado e no Brasil. Para o triênio 2023–2025, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimou que serão diagnosticados anualmente, em Santa Catarina, 334,3 casos a cada 100 mil habitantes; enquanto nacionalmente a taxa de incidência estimada anual será de 223,6.

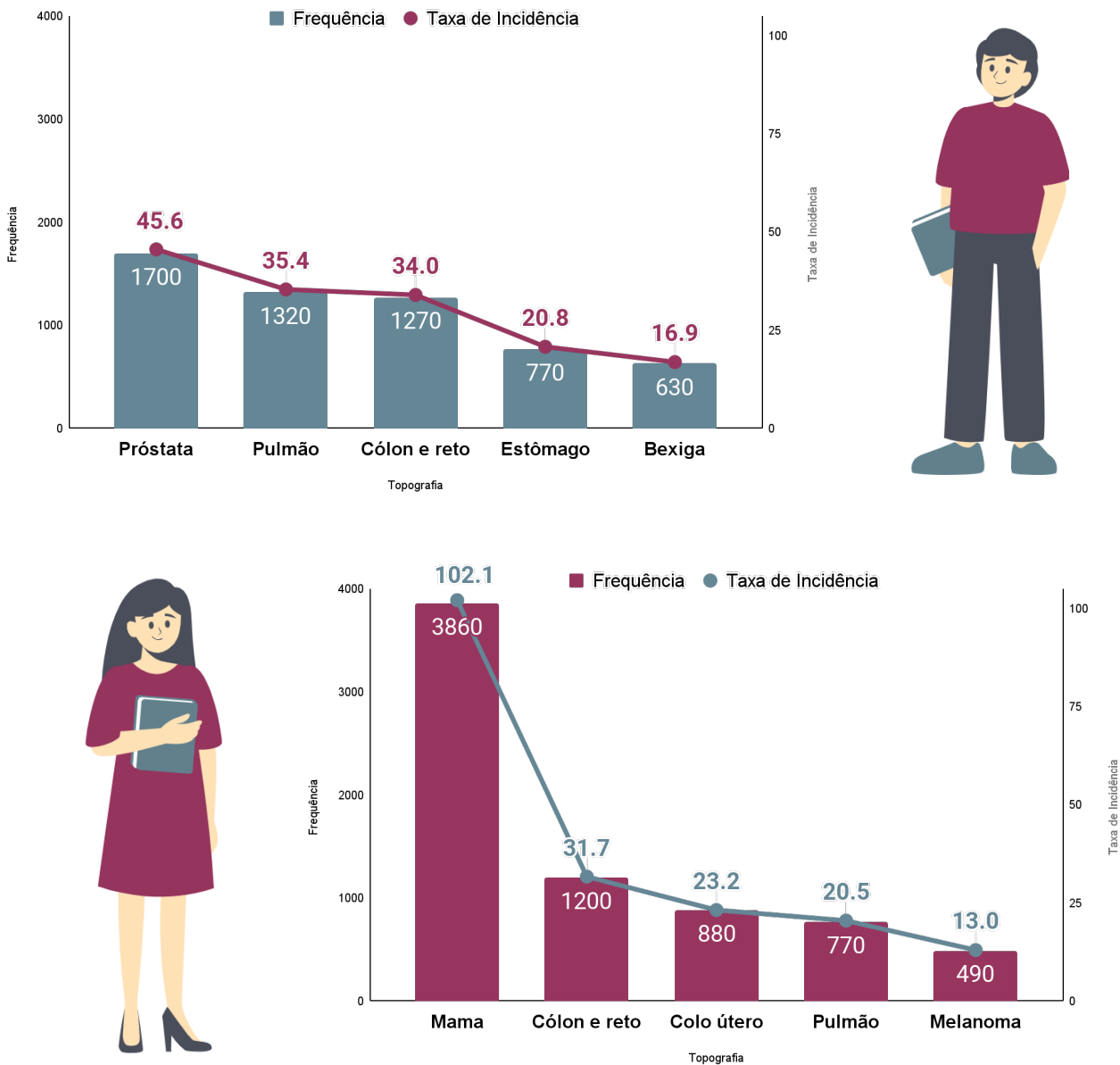
FIGURA 1 – Taxa de incidência estimada de câncer (por 100.000 habitantes). Santa Catarina e Brasil, 2023–2025.



Fonte: INCA (2022).

As principais topografias de câncer, de acordo com a incidência estimada, evidenciam diferenças significativas entre os sexos em Santa Catarina. Nos homens, destacam-se o câncer de próstata, com 1.700 diagnósticos e uma taxa de incidência estimada de 45,6 casos a cada 100 mil habitantes, seguido pelo câncer de pulmão (1.320/35,4), cólon e reto (1.270/34,0), estômago (770/20,8) e bexiga (630/16,9). Entre as mulheres, o câncer de mama lidera com 3.860 casos e uma taxa de incidência estimada de 102,1 casos a cada 100 mil habitantes, seguido pelo câncer de cólon e reto (1.200/31,7), colo do útero (880/23,2), pulmão (770/20,5) e melanoma cutâneo (490/13,0) (**Figura 2**).

FIGURA 2 – Frequência e taxa de incidência estimada de câncer (por 100.000 habitantes) das cinco topografias mais incidentes, de acordo com o sexo. Santa Catarina, 2023–2025.

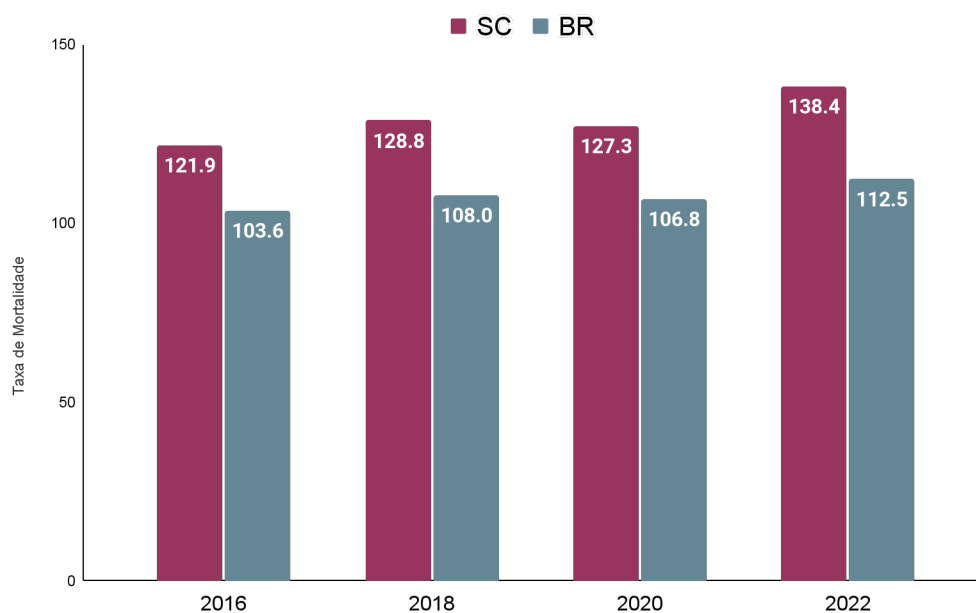


Fonte: INCA (2022).

MORTALIDADE POR CÂNCER NO ESTADO DE SANTA CATARINA

A taxa de mortalidade (TM) por câncer no Estado tem se apresentado maior que no país nos últimos anos, com tendência de aumento, como pode ser observado na **Figura 3**. Em 2016, a TM em SC foi de 121,9 óbitos por 100 mil habitantes, subindo para 128,8 em 2018, 127,3 em 2020 e atingindo 138,4 em 2022. No mesmo período, as taxas de mortalidade no Brasil foram de 103,6 em 2016, 108,0 em 2018, 106,8 em 2020 e 112,5 em 2022. Essas diferenças destacam a necessidade de uma análise aprofundada dos fatores locais que contribuem para a maior mortalidade em Santa Catarina, visando à implementação de estratégias mais eficazes de prevenção e controle do câncer.

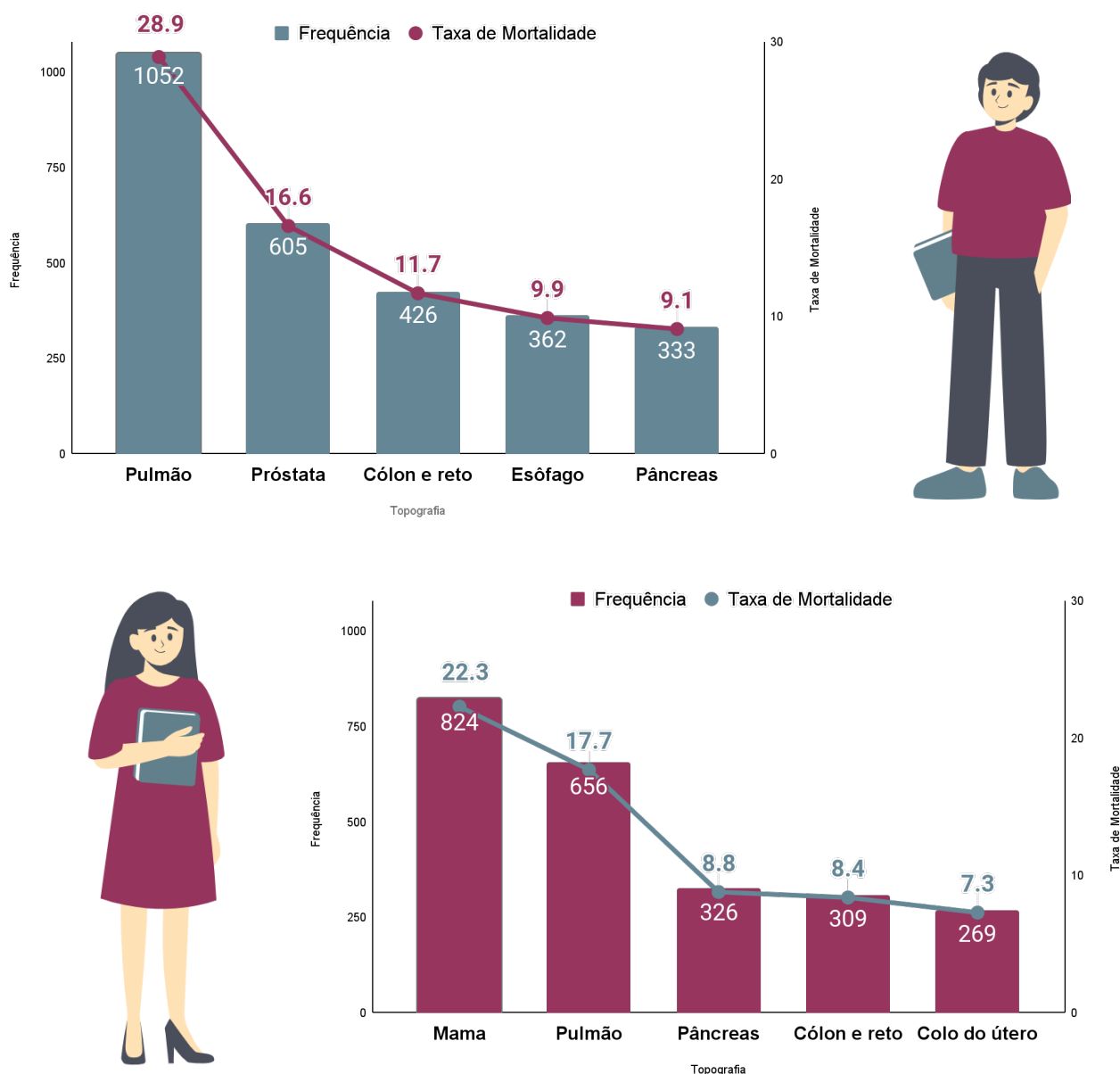
FIGURA 3 – Taxa de mortalidade por câncer (por 100.000 habitantes). Santa Catarina e Brasil, 2016, 2018, 2020 e 2022.



Fonte: Atlas de Mortalidade por Câncer/MS.

A análise das topografias responsáveis pelas mais altas taxas de mortalidade por câncer em Santa Catarina em 2023, destacaram as diferenças entre os sexos. Entre os homens sobressaíram os óbitos por câncer de pulmão, com 1.052 casos e uma taxa de mortalidade equivalente a 28,9 óbitos a cada 100 mil habitantes, seguido pelas neoplasias de próstata, com 605 óbitos e uma taxa de 16,6, cólon e reto (426/11,7), esôfago (362/9,9) e pâncreas (333/9,1). Enquanto isso, o câncer de mama foi responsável pelo maior número de óbitos em mulheres, com 824 casos e uma taxa de 22,3 óbitos a cada 100 mil habitantes, seguido pelo câncer de pulmão (656/17,7), pâncreas (326/8,8), cólon e reto (309/8,4) e colo do útero (269/7,3), conforme ilustrado na **Figura 4**.

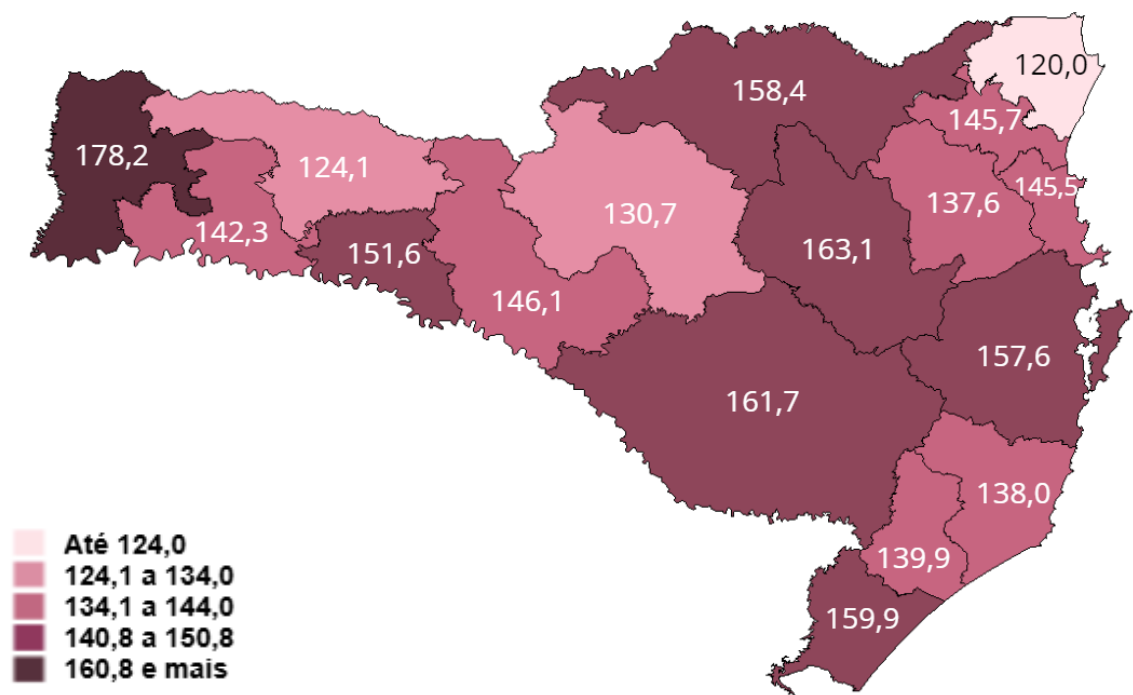
FIGURA 4 – Frequência e taxa de mortalidade por câncer (por 100.000 habitantes) das cinco principais topografias, de acordo com o sexo. Santa Catarina, 2023*.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Dados preliminares.

A **Figura 5** retrata a distribuição das taxas de mortalidade por câncer de acordo com a região de saúde de residência no ano de 2023, considerando ambos os sexos e todas as faixas etárias. Através da sua análise, percebe-se a ampla disparidade entre as regiões catarinenses, retratada pela amplitude existente entre as taxas encontradas. A região com a menor TM por câncer foi a região Nordeste, onde ocorreram 120,0 óbitos a cada 100 mil habitantes. Destacaram-se, ainda, as regiões de Xanxerê e do Alto Vale do Rio do Peixe, com TM de, respectivamente, 124,4 e 130,7. No outro extremo dessa análise, surge o Extremo Oeste, onde foram registrados 178,2 óbitos a cada 100 mil habitantes, de acordo com os dados do SIM; logo abaixo estão as TM das regiões do Alto Vale do Itajaí (163,1) e da Serra Catarinense (161,7).

FIGURA 5 – Taxa de mortalidade por câncer (por 100.000 habitantes) por região de saúde. Santa Catarina, 2023*.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Dados preliminares.

A **Tabela 7** demonstra as cinco topografias com as mais altas taxas de mortalidade, de acordo com a região de saúde de residência dos indivíduos do sexo masculino, no ano de 2023. Pode-se perceber que a neoplasia de brônquios e pulmões foi a principal responsável pelos óbitos entre os homens em 15 das 17 regiões de saúde, com taxas que variaram de 18,7 óbitos a cada 100.000 habitantes na região Nordeste até 41,5 no Extremo Oeste. Apenas nas regiões do Planalto Norte e do Alto Uruguai Catarinense o câncer de pulmão não foi o maior responsável pelos óbitos masculinos, onde se destacou o câncer de próstata, com taxas de 26,7 e 30,7, respectivamente. As demais topografias dentre as cinco com maiores taxas no Estado foram a colorretal, com TM entre 5,9 em Xanxerê e 21,5 no Planalto Norte; a de estômago, que variou de 7,3 no Planalto Norte e 17,1 no Alto Vale do Itajaí; e, por fim, a de pâncreas, um câncer bastante letal, que costuma ter altas taxas de mortalidade mesmo com baixas taxas de incidência.

TABELA 7 – Taxa de mortalidade por câncer (por 100.000 habitantes) das cinco principais topografias no sexo masculino, de acordo com a região de saúde. Santa Catarina, 2023*.

REGIÕES DE SAÚDE	BRÔNQUIOS E PULMÕES	PRÓSTATA	CÓLON E RETO	ESTÔMAGO	PÂNCREAS	TODAS AS TOPOGRAFIAS
Extremo Oeste	41.5	19.5	16.1	17.0	13.6	208.6
Serra Catarinense	28.0	18.2	17.5	16.8	7.0	187.0
Foz do Rio Itajaí	26.9	14.4	16.0	9.0	8.7	181.0
Xanxerê	26.6	18.7	5.9	15.8	9.9	176.9
Meio Oeste	26.9	14.5	18.6	14.5	7.2	175.9
Alto Vale do Itajaí	23.6	19.0	16.4	17.1	8.5	172.4
Extremo Sul	36.2	7.8	7.8	13.7	9.8	168.0
Gde Florianópolis	35.0	17.5	16.0	11.1	11.6	156.6
Médio Vale do Itajaí	33.1	16.9	14.7	9.3	10.3	156.2
Nordeste	18.7	11.5	17.1	10.4	6.7	156.1

REGIÕES DE SAÚDE	BRÔNQUIOS E PULMÕES	PRÓSTATA	CÓLON E RETO	ESTÔMAGO	PÂNCREAS	TODAS AS TOPOGRAFIAS
Vale do Itapocu	21.0	18.5	16.0	5.6	5.6	155.8
Carbonífera	29.4	11.3	17.6	16.7	10.4	152.8
Planalto Norte	22.0	26.7	21.5	7.3	8.4	151.5
Alto Vale R. do Peixe	21.5	20.1	14.8	8.7	9.4	147.7
Alto Uruguai	26.5	30.7	7.0	15.4	8.4	145.0
Laguna	38.3	16.2	8.1	15.1	4.9	141.5
Oeste	31.6	13.9	11.8	11.8	10.7	128.0
SANTA CATARINA	29.0	16.6	15.2	11.7	9.1	159.3

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Dados preliminares.

Quando analisados os óbitos por câncer por região de saúde entre as mulheres de Santa Catarina, ocorridos no ano 2023 (**Tabela 8**), percebe-se que o câncer de mama apresentou as mais altas taxas em 13 das 17 regiões. Destacam-se o Vale do Itapocu, que apresentou a mais alta TM pela doença (33,2 por 100 mil habitantes) e a região de Xanxerê, que registrou a menor TM (9,8). A Serra Catarinense apresentou um cenário peculiar, onde o câncer de mama e o câncer de pulmão compartilharam a liderança nas causas de óbito por neoplasia, ambos com uma TM de 27,6. Na região do Meio Oeste, o câncer de pulmão sobressaiu como principal causa de óbito por neoplasia nas mulheres, com TM de 27,6. Esta neoplasia foi responsável, ainda, pelas maiores TM por câncer no Planalto Norte (19,3) e em Xanxerê (18,7).

TABELA 8 – Taxa de mortalidade por câncer (por 100.000 habitantes) das cinco principais topografias no sexo feminino, de acordo com a região de saúde. Santa Catarina, 2023*.

REGIÕES DE SAÚDE	MAMA	BRÔNQUIOS E PULMÕES	CÓLON E RETO	PÂNCREAS	COLO DO ÚTERO	TODAS AS TOPOGRAFIAS
Extremo Oeste	22.5	19.9	9.5	14.7	2.6	147.1
Oeste	19.4	13.4	10.8	9.1	6.5	128.5
Xanxerê	9.8	18.7	7.9	8.9	2.0	103.3
A. Vale do Itajaí	23.9	16.6	10.6	12.6	10.6	139.5
Foz do R. Itajaí	26.3	16.1	14.2	7.9	10.0	139.7
M. Vale do Itajaí	23.5	16.5	10.9	7.5	6.1	122.6
G. Florianópolis	21.8	19.0	16.6	9.6	8.8	143.5
Meio Oeste	18.4	27.6	12.3	14.3	4.1	136.1
A. Vale R. do Peixe	16.1	15.4	13.4	6.0	9.4	119.9
Alto Uruguai	15.1	9.6	17.9	9.6	8.2	127.7
Nordeste	22.4	11.6	10.6	7.9	4.8	112.5
Planalto Norte	14.6	19.3	13.5	7.8	10.4	141.1
Serra Catarinense	27.6	27.6	11.1	12.4	6.9	155.5
Extremo Sul	27.8	26.9	10.6	5.8	5.8	139.2
Carbonífera	22.6	17.3	11.1	8.0	5.3	132.1
Laguna	21.1	20.6	7.4	4.8	5.3	120.5
Vale do Itapocu	33.2	18.8	9.4	10.6	10.6	135.2
SANTA CATARINA	22.3	17.7	12.2	8.8	7.3	132.2

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Dados preliminares.

DESAFIOS PARA A VIGILÂNCIA DO CÂNCER

A vigilância do câncer em Santa Catarina enfrenta alguns desafios para que se possa aprimorar a eficiência das políticas de saúde contra essa doença. As disparidades regionais se destacam como um dos principais entraves pois, além do fator de distribuição geográfica, envolvem uma interação complexa de fatores sociais, ambientais e econômicos, além de aspectos culturais que impactam na incidência e na mortalidade por câncer. Porém, talvez mais importantes do que os aspectos citados, os grandes determinantes da disparidade observada entre as regiões são a desigualdade no acesso a serviços de saúde, nas condições de vida e até o nível de conhecimento da população, o que afeta a possibilidade do diagnóstico precoce e da prevenção da doença.

Regiões desenvolvidas economicamente e com melhor infraestrutura, normalmente situadas em áreas urbanas, possuem maior disponibilidade de serviços de saúde, o que leva a melhor acesso a exames preventivos, diagnóstico precoce e tratamentos especializados; enquanto em regiões mais distantes, principalmente rurais, os serviços de saúde são por vezes insuficientes, dificultando a oferta de atendimento qualificado, já que faltam especialistas e unidades de referência, além de dificuldades no transporte para realização de tratamento fora do domicílio.

Ademais, a alta rotatividade dos profissionais de saúde pode prejudicar a continuidade das estratégias de vigilância adotadas, comprometendo a qualidade dos dados disponíveis e, conseqüentemente, das intervenções realizadas. Outra questão que se destaca é a escassez na oferta de capacitação técnica especializada, fomentando a necessidade de investimentos em treinamento contínuo para os profissionais envolvidos no processo de vigilância. A complexidade tecnológica na integração de dados provenientes dos diferentes sistemas de informação de saúde representa um obstáculo significativo, assim como a baixa cobertura dos registros de câncer, que precisa ser ampliada para aumentar a precisão e a abrangência dos dados coletados.

AVANÇOS NA VIGILÂNCIA DO CÂNCER

Para avançar na vigilância do câncer em Santa Catarina, é necessário fortalecer os registros de câncer, tanto os hospitalares (RHC) quanto os de base populacional (RCBP), ampliando sua cobertura e qualidade.

Investir em capacitação e treinamento contínuo para os profissionais de saúde é essencial para garantir a eficácia das medidas de vigilância. Além disso, é fundamental ampliar a integração tecnológica entre os diferentes sistemas de informação, a fim de facilitar o fluxo de dados e permitir a análise integrada.

Monitorar continuamente os fatores de risco associados ao câncer e estabelecer parcerias e colaborações entre diferentes setores e instituições também são estratégias fundamentais para aprimorar a vigilância do câncer e reduzir incidência e mortalidade da doença no estado.

DCNT E SEUS FATORES DE RISCO

As DCNT são causadas por diversos fatores, que abrangem vários aspectos da vida de um indivíduo, incluindo determinantes socioeconômicos, culturais, políticos e ambientais. Existem fatores de risco modificáveis e não modificáveis (idade e hereditariedade), fatores de risco intermediários (hipertensão, dislipidemia, sobrepeso, obesidade, intolerância à glicose, entre outros) e outros fatores de risco que, embora menos prevalentes, também contribuem para as DCNT (Dumit *et al*, 2012).

FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a maior parte dos diagnósticos e mais de um terço das mortes mundiais por DCNT devem-se a um pequeno grupo de fatores de risco, na sua maioria, modificáveis. Os principais fatores de risco modificáveis para as DCNT são o uso de tabaco, a inatividade física e a dieta inadequada (**Figura 6**). O uso abusivo de álcool faz parte dos chamados “outros fatores de risco”, devido à complexa relação entre seu consumo e as DCNT. Estudos polêmicos sugerem que uma pequena quantidade de álcool poderia agir como protetor no desenvolvimento de doenças cardiovasculares em indivíduos de meia-idade e idosos. No entanto, pesquisas mais recentes afirmam que não há uma quantidade segura para o consumo de álcool. Assim, tanto o uso excessivo quanto, possivelmente, o uso de qualquer quantidade de álcool podem levar a diversas doenças crônicas, como cirrose, pancreatite e vários tipos de câncer (fígado, esôfago, língua, entre outros); sendo responsáveis por 3% dos óbitos por DCNT, com quase metade desses óbitos sendo atribuídos a ferimentos intencionais ou não (WHO, 2005).

Alterações nos padrões alimentares e na prática de atividade física da população são consideradas fatores centrais nesse cenário epidemiológico, configurando-se como fatores de risco comuns para a maioria das DCNT. Entre as mudanças nos padrões alimentares, destaca-se o aumento significativo do consumo de alimentos ultraprocessados, que, em geral, apresentam alta densidade energética, além de elevados teores de gorduras, açúcar e sódio (Brasil, 2024a).

FIGURA 6 – Principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis.



Fonte: Elaborado pelo autor (DIVE. 2024).

FATORES DE PROTEÇÃO

Os fatores de proteção contra as DCNT, ilustrados na **Figura 7**, são essenciais na prevenção e no controle dessas condições, promovendo diretamente a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida. Chamados assim por sua capacidade de reduzir de forma significativa o risco de desenvolvimento das DCNT, os fatores de proteção também ajudam o organismo a responder melhor caso elas se manifestem. Entre os principais fatores de proteção, destacam-se a prática regular de atividades físicas, que contribui para o fortalecimento cardiovascular, a manutenção de um peso saudável e o controle do estresse; e a adoção de uma alimentação equilibrada e rica em nutrientes, especialmente com o consumo adequado de frutas e verduras. Além disso, viver em um ambiente saudável, livre de poluição e de agentes químicos nocivos, diminui a exposição a fatores ambientais prejudiciais. Esses hábitos, quando somados a outros fatores, como o gerenciamento do estresse e o sono de qualidade, formam um conjunto de práticas que atuam de forma sinérgica na prevenção das DCNT.

FIGURA 7 – Principais fatores de proteção para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis.



Fonte: Elaborado pelo autor (DIVE. 2024).

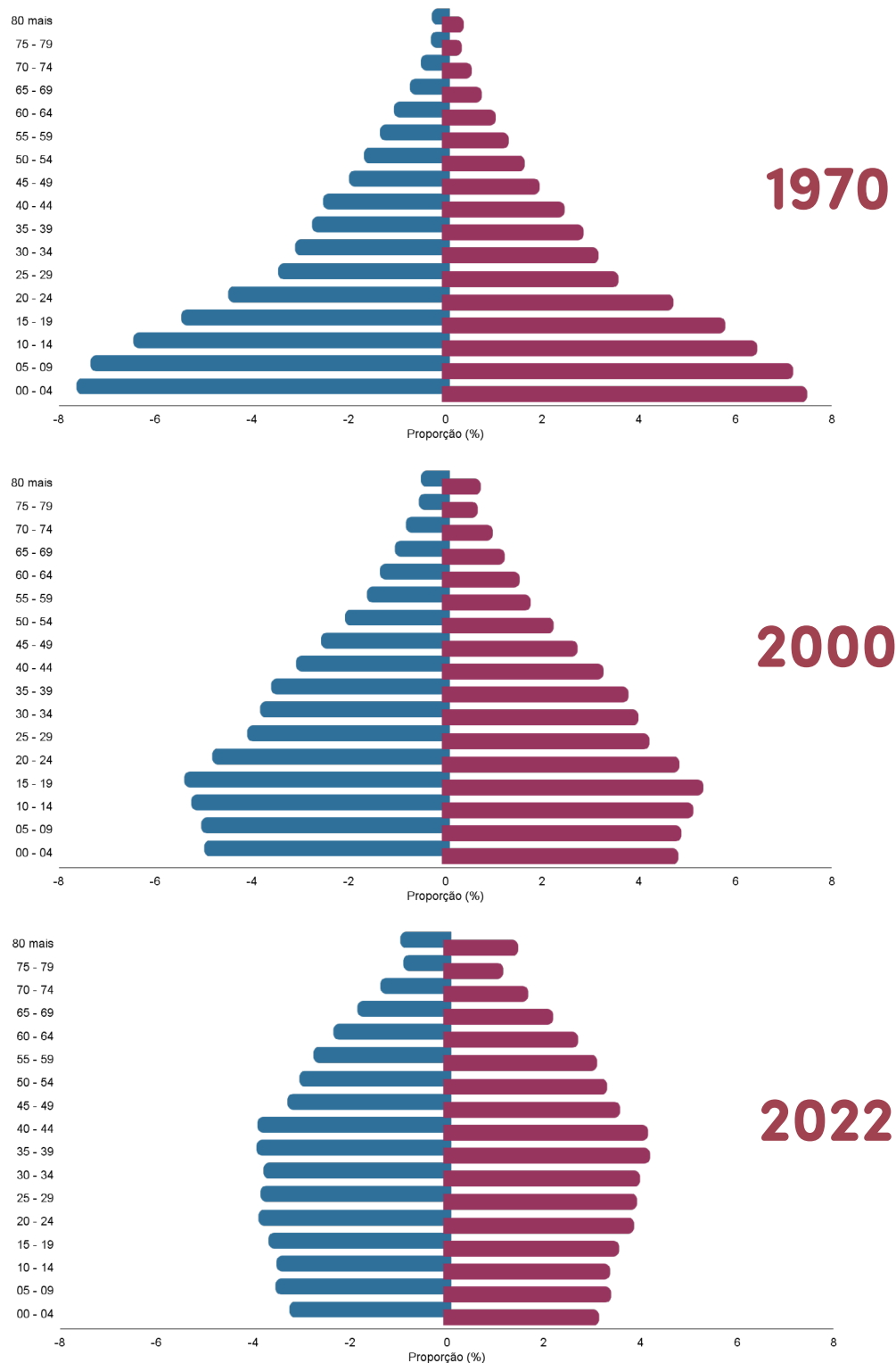
SAÚDE MENTAL E AS DCNT

Outro aspecto importante associado às DCNT é a saúde mental do indivíduo. As doenças mentais, além de serem consideradas doenças crônicas por si só, apresentam uma associação bidirecional com as DCNT. Por exemplo, a depressão pode piorar o prognóstico de doenças como o diabetes, ao mesmo tempo em que a prevalência de depressão pode aumentar após um acidente vascular cerebral (Silva *et al.*, 2017).

EXPECTATIVA DE VIDA E PREVALÊNCIA DE DCNT

Santa Catarina possui a mais alta expectativa de vida do país. De acordo com informações do IBGE, em 2019, a expectativa de vida ao nascer no Estado era de 79,9 anos, superando em 3,3 anos a média nacional e em 1,1 ano a média norte-americana, de acordo com dados do Centro para Controle e Prevenção de Doenças (CDC, 2020). Esta elevada expectativa de vida tem transformado a estrutura etária do estado nos últimos anos, como se observa na **Figura 8**, resultando numa maior prevalência de DCNT e dos seus fatores de risco, como sedentarismo, obesidade e depressão.

FIGURA 8 – Pirâmide etária de Santa Catarina, 1970, 2000 e 2022.

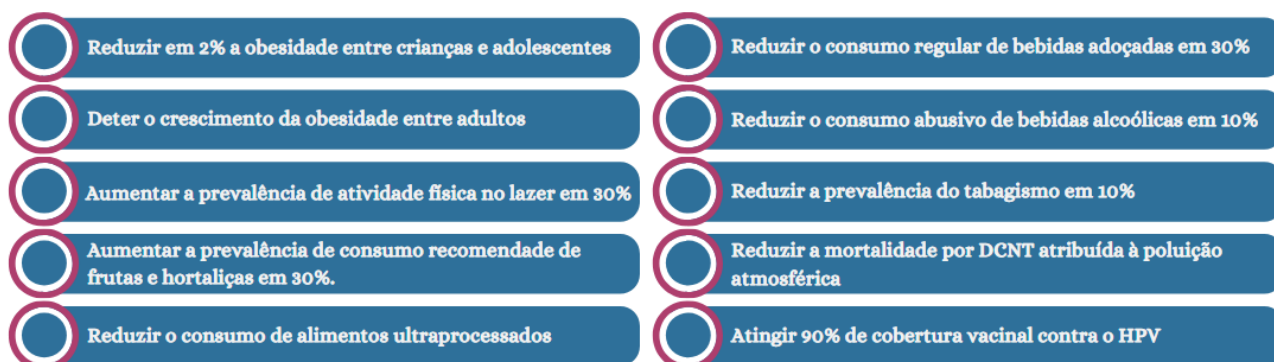


Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

METAS PARA 2030

Embora os fatores de risco para DCNT sejam de conhecimento geral da população, observa-se que não são adotadas medidas preventivas adequadas pelos indivíduos. Assim, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021–2030, fundamentado nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), estabeleceu dez metas e seus respectivos indicadores a serem alcançadas no Brasil até o ano de 2030, referentes aos fatores de risco relacionados às DCNT, conforme **Figura 9**.

FIGURA 9 – Metas para o controle dos fatores de risco de DCNT. Brasil, 2021.



Fonte: Elaborado pelo autor (DIVE. 2024).

O Plano de ação estabelece, ainda, formas de monitoramento e de avaliação dessas metas, levando em conta diversas fontes de informação, como as ilustradas na **Figura 10**.

FIGURA 10 – Fontes de informação para o monitoramento da prevalência de fatores de risco para as DCNT.



Fonte: Elaborado pelo autor (DIVE. 2024).

INTERSETORIALIDADE

A abordagem dos desafios relacionados às DCNT requer uma conduta intersetorial; o que implica na colaboração entre diferentes setores da sociedade, como saúde, trabalho, educação, meio ambiente e urbanismo. Essa cooperação é fundamental para elaborar estratégias eficazes de prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco.

Os determinantes das DCNT não são apenas biológicos, mas também ambientais, sociais e econômicos. Portanto, somente através da colaboração entre os mais diversos setores é possível promover ambientes saudáveis, capazes de diminuir a prevalência dos fatores de risco e das próprias DCNT.

No que tange à educação, a implementação de programas educativos nas escolas pode informar crianças e adolescentes sobre a importância de uma alimentação saudável e da atividade física, assim como educar sobre os perigos do consumo de álcool e tabaco.

Quando se fala em trabalho, ambientes capazes de promover a saúde, com a implantação de pausas para exercícios, campanhas antitabagismo e iniciativas que abordem a importância da saúde mental, podem reduzir significativamente os fatores de risco, principalmente aqueles relacionados ao sedentarismo.

Pensando na relação entre a saúde e o urbanismo, percebe-se que ambientes urbanos que estimulam estilos de vida mais saudáveis, com a criação de parques, ciclovias e espaços públicos adequados para a prática de esportes coletivos, também são capazes de auxiliar na diminuição da prevalência das DCNT e seus fatores de risco.

TABAGISMO

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2024), substâncias psicoativas são compostos naturais ou sintéticos que atuam no sistema nervoso e, assim, geram alterações nos pensamentos, nas emoções e também no comportamento. O uso dessas substâncias poderá implicar no desenvolvimento de transtornos de dependência, que se apresentam como uma necessidade incontrolável de consumir a substância, e que acarreta não só diversos problemas na saúde, mas também nos âmbitos interpessoal, familiar, acadêmico e profissional.

Atualmente, o tabagismo é considerado uma doença pediátrica, pois a maior parte dos seus dependentes iniciou o seu uso até os 19 anos. E quanto mais precocemente se inicia, piores serão as consequências no futuro, atrelado ainda a uma maior dificuldade de abandonar seu uso devido a dependência causada. (INCA, 2022).

O TABAGISMO NA POPULAÇÃO ADOLESCENTE

A chamada “*Gateway Hypothesis*”, ou Efeito da Porta de Entrada (**Figura 10**), sugere que o uso precoce de substâncias lícitas, principalmente o tabaco, seria responsável pelo risco aumentado para o uso de substâncias mais prejudiciais, lícitas e ilícitas, como álcool, maconha e até drogas mais pesadas, como cocaína e heroína. Esta hipótese leva em conta características como fatores de risco comuns ao uso dessas substâncias, como influência social, problemas de comportamento e questões psicológicas, como depressão e ansiedade, entre outros. Também atuariam mecanismos biológicos, já que existem evidências sugerindo que o ato de fumar seja capaz de alterar o sistema de recompensa do cérebro, tornando os indivíduos mais suscetíveis aos efeitos de outras substâncias. A nicotina, por exemplo, é conhecida por afetar o sistema de dopamina, que está diretamente ligado à sensação de prazer e recompensa.

FIGURA 10 – Teoria da Porta de Entrada.



Fonte: Elaborado pelo autor (DIVE. 2024).

Existem diversos estudos longitudinais, realizados por organizações como o *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) e *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA), que demonstram que adolescentes fumantes têm mais chances de experimentar outras substâncias ao longo da vida, corroborando, assim, a teoria do Efeito Porta de Entrada (Ren, 2019).

Adolescentes que fumam têm três vezes mais chance de consumir álcool, oito vezes mais chances de fumar maconha e 22 vezes mais chances de usar cocaína, quando comparados a adultos na mesma condição. Esses dados destacam o impacto do tabagismo precoce, não apenas como um risco à saúde, uma vez que aumenta o risco de câncer e outras DCNT, mas também como um fator de risco para o uso de outras substâncias mais prejudiciais (*Campaign for Tobacco-Free Kids*, 2018).

Além disso, adolescentes que fumam comumente se envolvem em casos de agressão e apresentam comportamento sexual de risco, além de sofrerem de problemas de saúde mental como depressão profunda, levando à tentativa de suicídio (*American Lung Association*, 2024)

O tabagismo na adolescência está ligado ao desejo crescente de integrar-se ao grupo. Pessoas próximas, como amigos e até mesmo ídolos, como cantores, influenciadores digitais, atores, podem desenvolver papel crucial na tomada de decisão na experimentação de derivados de tabaco, pois isso instiga a curiosidade, e geralmente essa descoberta é vista por eles como uma forma recreativa (INCA, 2022).

O tabaco e o álcool são as substâncias psicoativas mais frequentemente veiculadas entre adolescentes, fato que contraria o ritmo global, que evidencia a queda do uso de tabaco na população em geral. Os estudos apontam que essa temática para os adolescentes gera muita tensão a nível de saúde pública, haja vista a intensa revolução provocada pela indústria do tabaco através da popularização de novos produtos como os Dispositivos Eletrônicos para Fumar (DEFS). Essa questão chama a atenção e traz uma maior responsabilidade de desenvolvimento de novas estratégias, não só para os órgãos fiscalizadores em sua ação, mas também para que os educadores e profissionais de saúde adequem a sua abordagem a esse público (Malta *et al.*, 2022).

A Lei 13.106, desde março de 2015, efetuou a alteração do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), tornando crime “Vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar, ainda que gratuitamente, de qualquer forma, a criança ou a adolescente, bebida alcoólica ou, sem justa causa, outros produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica” (Brasil, 2015).

TABELA 9 – Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental que fumaram cigarro alguma vez, por sexo e dependência administrativa da escola, segundo os maiores municípios das capitais das cinco regiões brasileiras, 2019.

MUNICÍPIOS DAS CAPITAIS	SEXO		DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA		TOTAL
	HOMEM	MULHER	PÚBLICA	PRIVADA	
Manaus	17,6	26,8	23,5	10,8	22,1
Fortaleza	23,0	30,9	32,5	16,8	26,9
Belo Horizonte	21,1	26,7	26,9	16,3	24,0
São Paulo	13,5	21,9	20,7	10,5	18,2
Curitiba	14,1	24,3	22,9	8,6	19,2
Florianópolis	21,8	24,1	28,2	11,9	23,0
Brasília	21,9	24,3	26,9	11,6	23,1

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE, 2019).

TABELA 10 – Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental que fumaram cigarro pela primeira vez com 13 anos ou menos, por sexo e dependência administrativa da escola, segundo os maiores municípios das capitais das cinco regiões brasileiras, 2019.

MUNICÍPIOS DAS CAPITAIS	SEXO		DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA	
	HOMEM	MULHER	PÚBLICA	PRIVADA
Manaus	8,3	18,3	14,0	6,7
Fortaleza	10,9	18,5	18,1	8,5
Belo Horizonte	11,3	18,4	17,4	8,9
São Paulo	9,3	15,5	15,0	5,9
Curitiba	12,2	18,5	18,7	5,7
Florianópolis	14,2	11,5	14,9	8,3
Brasília	16,7	16,7	19,3	8,6

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE, 2019).

O TABAGISMO COMO FATOR DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE DCNT

O tabagismo e a exposição passiva ao tabaco são importantes fatores de risco para o desenvolvimento de uma série de doenças crônicas tais como câncer, doenças pulmonares e doenças cardiovasculares (WHO, 2018). O uso do tabaco é identificado como a principal causa evitável de doenças e mortes prematuras globalmente, além de ser um problema significativo de saúde pública, contribuindo direta ou indiretamente para mais de oito milhões de óbitos anuais (OPAS, 2019). Segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), o uso do tabaco, associado à substância psicoativa nicotina, é classificado como um dos transtornos mentais e comportamentais (BRASIL, 2020).

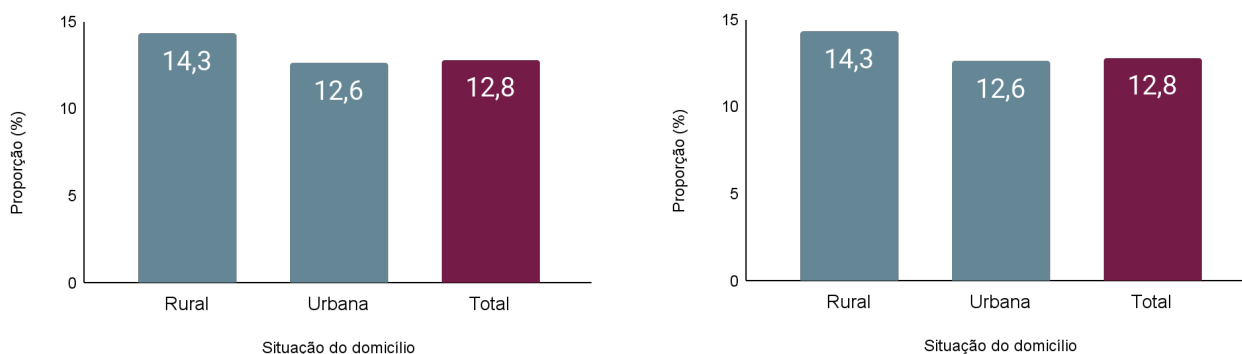
No Brasil, dados epidemiológicos indicam que o tabaco é fator de risco para mais de 50 doenças, estando diretamente relacionado ao câncer e a doenças cardiovasculares (INCA, 2018). Além disso, o tabagismo torna os indivíduos mais suscetíveis a desenvolver complicações de Síndromes Respiratórias Agudas Graves. Segundo a OMS, o tabagismo é a principal causa de morte prevenível no mundo, o que exige ações interventivas e a expansão de medidas para seu enfrentamento, devido aos altos custos para o sistema de saúde e para a economia (INCA, 2020; WHO, 2019).

Para controlar o tabagismo mundialmente, a principal estratégia da OMS foi a criação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), em vigor desde 2005. No Brasil, a Política Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), estruturada em 1986, gerou um vasto material legislativo regulador e restritivo do tabaco. Ao longo dos anos, essas ações normatizadoras compuseram um importante conjunto de conhecimentos no campo do controle do tabagismo, conferindo ao Brasil o status de referência mundial nesse tema. Entre as medidas legislativas antitabagistas, destaca-se a Constituição Federal de 1988, que concebeu a saúde como direito de todos e dever do Estado, por meio da institucionalização do SUS. Esse marco importante abrange ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde (de Moraes Bezerra *et al.*, 2021).

O Programa de Cessação do Tabagismo (PCT) tem como objetivo a abstinência do cigarro, focando na dependência física, psicológica e comportamental. A cessação do tabagismo é um processo complexo e multifatorial, que envolve tanto a esfera física quanto a psicossocial do indivíduo. Assim, é essencial que os programas de cessação oferecidos pela rede SUS estejam preparados para tratar os três tipos de dependência (física, psicológica e comportamental), visando ao menor índice de recaída (Silveira, 2021).

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2019), 12,8% das pessoas (ou 20,4 milhões de indivíduos) utilizavam à época produtos derivados do tabaco, sejam fumados ou não, de forma diária ou ocasional. A análise por localização do domicílio mostrou uma maior proporção de usuários na área rural (14,3%) em comparação com a urbana (12,6%). Entre as grandes regiões, a prevalência variou de 10,7% na Região Norte a 14,7% na Região Sul (**Figura 11**).

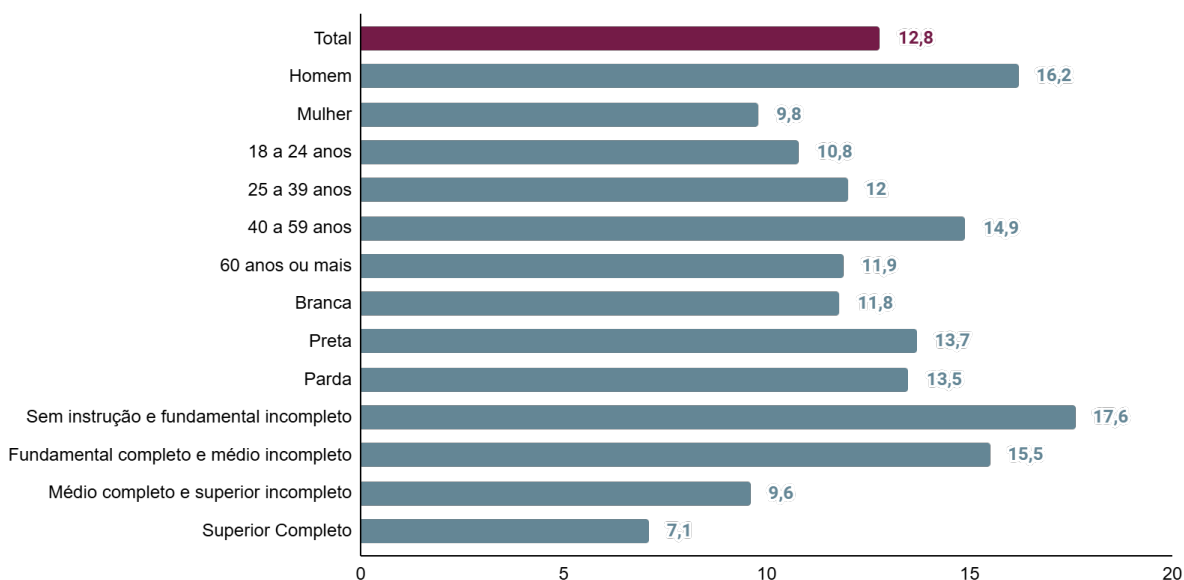
FIGURA 11 – Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade usuárias atuais de produtos derivados do tabaco, segundo a situação do domicílio e as regiões geográficas de residência – 2019.



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2019).

Os homens apresentaram uma proporção de usuários maior (16,2%) do que as mulheres (9,8%). O índice variou conforme o nível de instrução: as pessoas sem educação formal ou com ensino fundamental incompleto apresentaram as maiores taxas de uso atual de tabaco (17,6%). Considerando a faixa etária, o grupo entre 40 e 59 anos apresentou o maior percentual de usuários de produtos derivados do tabaco (14,9%). Mais detalhes podem ser observados na **Figura 12**.

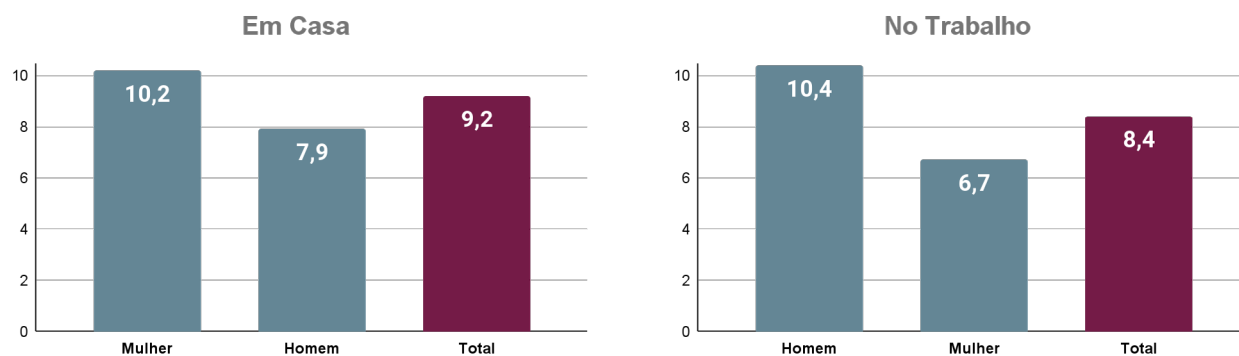
FIGURA 12 – Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade usuárias atuais de produtos derivados do tabaco, por sexo, grupos de idade, cor ou raça e nível de instrução. Brasil, 2019.



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2019).

No ambiente doméstico, 9,2% das pessoas que não fumavam estavam expostas à fumaça de produtos de tabaco. As mulheres não fumantes tiveram uma exposição maior (10,2%) em comparação aos homens (7,9%). No local de trabalho, 8,4% dos não fumantes que trabalhavam em ambientes fechados estavam expostos ao fumo passivo. Nesse cenário, os homens foram mais afetados (10,4%) do que as mulheres (6,7%) (Figura 13).

FIGURA 13 – Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade não fumantes expostas ao fumo passivo em casa e no trabalho em ambiente fechado, por sexo. Brasil, 2019



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2019).

CONCLUSÃO

Analisando os aspectos abordados, conclui-se que, com uma das mais altas expectativas de vida do país, Santa Catarina enfrenta mudanças demográficas que resultam em uma maior prevalência de DCNT e seus fatores de risco. A estrutura etária do estado está se transformando, e, com isso, aumentam as demandas por estratégias de prevenção e controle eficazes. A abordagem intersetorial é essencial para o sucesso dessas estratégias. A integração entre os setores de saúde, educação, trabalho, meio ambiente e urbanismo é capaz de criar ambientes saudáveis e reduzir os fatores de risco, considerando que medidas preventivas adequadas ainda não são amplamente adotadas pela população e, portanto, a luta contra as DCNT em Santa Catarina exige esforços coordenados e contínuos.

A análise da mortalidade e das internações por DCNT em Santa Catarina, à luz da PNVS, evidencia a necessidade de uma atuação regionalizada, com foco em territórios mais vulneráveis. As elevadas taxas de mortalidade prematura em determinadas regiões reforçam a importância da vigilância integrada e intersetorial, que permita identificar e mitigar fatores de risco locais, alinhando-se ao princípio da equidade na atenção à saúde.

A magnitude da participação das DCNT nas internações sugere a necessidade urgente de políticas públicas efetivas de prevenção e controle, com ênfase na promoção de hábitos de vida saudáveis e na ampliação do acesso à atenção primária, visando a reduzir a carga dessas doenças. O acompanhamento contínuo e a vigilância das internações por DCNT podem subsidiar os gestores na formulação de estratégias mais eficazes para o enfrentamento dessas condições, promovendo uma resposta mais ágil e integrada às necessidades de saúde da população catarinense.

Conforme estabelecido pela PNVS, o fortalecimento da vigilância em saúde é essencial para a redução das desigualdades em saúde e o enfrentamento das DCNT. A vigilância contínua e a articulação intersetorial são estratégias fundamentais para garantir uma resposta rápida e eficaz aos desafios impostos por essas doenças, promovendo a saúde da população e a prevenção de agravos.

As causas predominantes de morte prematura e internações refletem a crescente prevalência de fatores de risco modificáveis, como tabagismo, obesidade, sedentarismo e alimentação inadequada. Isso reforça a importância de políticas de saúde pública focadas na promoção de hábitos saudáveis e no controle de fatores de risco, visando à prevenção primária e secundária das DCNT.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Lung Association. Children and Teens [Internet]. Available from: <http://www.lung.org/stop-smoking/about-smoking/facts-figures/children-teens-and-tobacco.html>.
2. Campaign for Tobacco-Free Kids. (2018). Health harms from smoking and other tobacco use. 2024. Retrieved from <https://assets.tobaccofreekids.org/factsheets/0194.pdf>
3. Brasil. Taxa de internação hospitalar (SUS) por causas selecionadas – D.29. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/idb2010/d29.pdf>. Acesso em: 11 set. 2024.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 95 p. : il. – (Cadernos de Atenção Primária, n. 29). ISBN 978-85-334-1729-8. Acesso em: 04 set. 2024.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Caderno de Indicadores do Plano de Dant 2021-2030 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 85 p. il. Disponível em: <https://www.saude.gov.br>. Acesso em: 27 ago. 2024.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde: 2024-2027. Brasília: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: <https://digisusgmp.saude.gov.br/storage/conteudo/W2jOMcLWqx1wLMZMqx7Y6MMVFCjxGgRIWzGlcOqC.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2024.
7. Brasil. Lei Nº 13.106, de 17 de março de 2015. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente, para tornar crime vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar bebida alcoólica a criança ou a adolescente; e revoga o inciso I do art. 63 do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 – Lei das Contravenções Penais. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2015. Acesso em 24 de julho 2024
8. Borges, M. M. et al. Direct healthcare cost of hospital admissions for chronic non-communicable diseases sensitive to primary care in the elderly. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 1, p. 231-242, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023281.08392022EN>. Acesso em: 12 set. 2024.
9. Cardoso, L. S. DE M. et al. Premature mortality due to non-communicable diseases in Brazilian municipalities estimated for the three-year periods of 2010 to 2012 and 2015 to 2017. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 24, p. e210005, 2021.
10. CDC. Centro Nacional de Estatísticas de Saúde. A expectativa de vida nos EUA aumentou em 2019, antes da pandemia. 2020. Disponível em: https://www.cdc.gov/nchs/pressroom/nchs_press_releases/2020/202012.htm#:~:text=As%20a%20result%2C%20life%20expectancy,to%2078.8%20years%20in%202019. Acesso em: 24/10/2024.
11. De Moraes Bezerra, Jade et al. Gastos com DPOC e câncer de pulmão, brônquios e traqueia para o SUS relacionados à Cidade de Altamira (PA) entre os anos de 2017 e 2020. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 5, p. e5910514627-e5910514627, 2021.
12. Dumith, S.C. et al. Clustering of risk factors for chronic diseases among adolescents from Southern Brazil. *Prev Med.* 2012;54(6):393-396. doi:10.1016/j.ypmed.2012.03.014.
13. Fernandes, L. de O.; Teixeira, N. W.; Kock, K. de S. Relação do tabagismo, inatividade física, consumo de álcool e população idosa com a mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis: um estudo ecológico com base de dados mundial. *Society and Development*, v. 12, n. 3, e14812340643, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i3.40643>. Acesso em: 27 ago. 2024.
14. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Atlas Geográfico Escolar: Pirâmide etária 1970-2022. Disponível em: <<https://atlasescolar.ibge.gov.br/brasil/3051-caracteristicas-demograficas/idade/21898-piramide-etaria-1970-2022.html>>. Acesso em: 24/10/2024.
15. INCA. Instituto Nacional de Câncer. Atlas de Mortalidade por Câncer. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/centrais-de-conteudo/aplicativos/atlas-de-mortalidade-por-cancer>.
16. INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015.

17. INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017.
18. INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro. 2019.
19. INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro. 2022.
20. INCA. Instituto Nacional de Câncer. Crianças, adolescentes e jovens. 2022. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/inca/pt-br/assuntos/causas-e-prevencao-do-cancer/tabagismo/criancas-adolescentes-e-jovens>>. Acesso em 24 de julho 2024
21. INCA. Instituto Nacional de Câncer. Dia Nacional de Combate ao Fumo. 2013. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//manual-narguile-2013.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2024.
22. INCA. Instituto Nacional de Câncer. Custos atribuíveis ao tabagismo. 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/custos-atribuveis-ao-tabagismo>
23. Kwon, S. H. et al. Association between morbidity of non-communicable disease and employment status: a comparison between Korea and the United States. BMC Public Health, v. 20, n. 1, p. 763, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08883-3>. Acesso em: 27 ago. 2024.
24. Lôbo IKV et al. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária de Menores de um ano, de 2008 a 2014, no estado de São Paulo, Brasil. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2019Sep;24(9):3213–26. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.29932017>
25. Malta, D. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. Revista de Saúde Pública, v. 51, supl. 1, p. 4s, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/141848>. Acesso em: 12 set. 2024.
26. Malta, D. C. et al. Trends in mortality due to noncommunicable diseases in the Brazilian adult population: national and subnational estimates and projections for 2030. Popul Health Metrics, v. 18, Suppl 1, p. 16, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12963-020-00216-1>. Acesso em: 27 ago. 2024.
27. Malta, D. C.; Pereira, C. A. Doenças e agravos não transmissíveis e inquéritos em saúde. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 26, Supl. 1, e230001.supl.1, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/HZDTZM7ctTHSpyxdZmjQcJt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 ago. 2024.
28. Malta, D. C.; Silva, M. M. A. As doenças e agravos não transmissíveis, o desafio contemporâneo na Saúde Pública. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 5, p. 1350, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.31552017>. Acesso em: 27 ago. 2024.
29. Malta, D. C. et al. Mortalidade por doenças cardiovasculares segundo o sistema de informação sobre mortalidade e as estimativas do estudo carga global de doenças no Brasil, 2000–2017. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 115, n. 2, p. 152–160, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20190867>. Acesso em: 27 ago. 2024.
30. Malta, D. C. et al. O uso de cigarro, narguilé, cigarro eletrônico e outros indicadores do tabaco entre escolares brasileiros: dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2019. (2022) Revista Brasileira de Epidemiologia [online]. v. 25. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/rbepid/2022.v25/e220014/>>. Acesso em 24 de julho 2024
31. Mello, J. M. et al. Internações por doenças crônicas não transmissíveis do sistema circulatório, sensíveis à atenção primária à saúde. Texto & Contexto Enfermagem, v. 26, n. 1, e3390015, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003390015>. Acesso em: 12 set. 2024.
32. OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Abuso de substâncias. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/abuso-substancias>>. Acesso em 24 de julho 2024
33. PNS. Pesquisa nacional de saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2020.- <https://www.pns.iciet.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/liv101764.pdf>
34. Ren M, Lotfipour S. Nicotine Gateway Effects on Adolescent Substance Use. West J Emerg Med. 2019 Aug 20;20(5):696–709. doi: 10.5811/westjem.2019.7.41661. PMID: 31539325; PMCID: PMC6754186.

35. Rocha, F. L.; Velásquez-Meléndez, G. Simultaneity and aggregation of risk factors for noncommunicable diseases among Brazilian adolescents. *Escola Anna Nery*, v. 23, n. 3, p. e20180320, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0320>. Acesso em: 27 ago. 2024.
36. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Estado de Santa Catarina. 2021. Disponível em: <<https://dive.sc.gov.br/index.php/component/phocadownload/category/32-doencas-cronicas-nao-transmissiveis?download=1098:plano-de-acoes-estrategicas-para-o-enfrentamento-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt-no-estado-de-santa-catarina>>. Acesso em 10 Set. 2024.
37. Santos, V. C. F. et al. Perfil das internações por doenças crônicas não-transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos da metade sul do RS. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 34, n. 3, p. 124-131, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-144720130003000124&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 12 set.
38. Silva, A.R. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. *J.bras.psiquiatr* [Internet]. 2017Jan;66(1):45-51. Available from: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000149>
39. Silveira, K. M. et al. Relação das dependências física, psicológica e comportamental na cessação do tabagismo. *Contextos Clínic*, São Leopoldo, v. 14, n. 2, p. 540-562, ago. 2021. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822021000200009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 jul. 2024.
40. WHO. World Health Organization. Preventing Chronic Diseases: a vital investment. Geneva, 2005.
41. WHO. World Health Organization. International Agency For Research on Cancer. Global Cancer Observatory. Disponível em:- <https://gco.iarc.fr/>
42. WHO. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic - Offer help to quit tobacco use. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516204>

EXPEDIENTE

O informativo Epidemiológico Barriga Verde 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:** Aline Piacessi Arceno, Maria Fernanda Regueira Breda, Adriana Elias, Veridiana Fagundes Nascimento, Franciele Budziareck das Neves e Heloísa Anastácia da Silva | **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. O Cenário das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Estado de Santa Catarina. Informativo Epidemiológico. Santa Catarina: Secretaria de Estado da Saúde, 2024.

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



GOVERNO DE
**SANTA
CATARINA**
SECRETARIA DA SAÚDE