

Barriga Verde

Informativo Epidemiológico

Fevereiro 2025

www.dive.sc.gov.br

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DAS DCNT NA SAÚDE DA MULHER: 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.....	5
Objetivo.....	6
Metologia.....	6
Vigilância e Monitoramento das DCNT na Saúde da Mulher.....	7
Indicadores de Saúde e Fontes de Dados.....	7
Indicadores de Saúde das DCNT.....	7
Fontes de Dados em Vigilância das DCNT.....	7
Integração e Utilização dos Dados.....	8
Estratégias de Monitoramento Regional e Nacional.....	8
Monitoramento Regional.....	8
Características do Monitoramento Regional.....	9
Exemplo de Iniciativas Regionais.....	9
Monitoramento Nacional.....	9
Principais Estratégias Nacionais.....	10
Exemplo de Política Nacional.....	10
Desafios e Perspectivas.....	10
Resultados.....	11
Panorama Epidemiológico das DCNT na Saúde da Mulher em Santa Catarina.....	11
Todas as Causas Versus as DCNT.....	12
Principais DCNT que Afetam Mulheres.....	14
Perfil Epidemiológico por Ciclo de Vida.....	15

Fatores de Risco e Proteção.....	19
Determinantes Sociais de Saúde.....	19
Desigualdade de Gênero.....	19
Acesso Limitado aos Serviços de Saúde.....	20
Condições Econômicas Desfavoráveis.....	20
Intervenções para Diminuir os Determinantes Sociais de Saúde.....	21
Comportamentos de Risco.....	21
Fatores de Risco Comportamentais.....	22
Fatores de Risco Metabólicos.....	22
Fatores de Risco Ambientais.....	22
Intervenções para Reduzir os Comportamentos de Risco.....	23
Fatores Protetores.....	23
Prática de Atividades Físicas.....	23
Alimentação Equilibrada.....	24
Acesso a Programas de Promoção da Saúde.....	24
Impacto dos Fatores Protetores.....	24
 Políticas Públicas e Estratégias de Prevenção.....	 25
Brasil Sem Tabaco.....	25
Iniciativas de Alimentação Saudável.....	25
Políticas de Incentivo à Atividade Física.....	26
Redução das Disparidades Regionais.....	26
 Conclusão.....	 27
 Referências Bibliográficas.....	 28

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Evolução da Taxa de Mortalidade Prematura (TMP) por DCNT em mulheres. Santa Catarina, 2023.	16
--	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. Número e taxa de mortalidade (TM) por DCNT, todas as faixas etárias, sexo feminino. Santa Catarina, 2013, 2018 e 2023*.	12
QUADRO 2. Número e taxa de mortalidade prematura (TMP) no sexo feminino, por capítulo da CID-10. Santa Catarina, 2023*.	13
QUADRO 3. Número e taxa de mortalidade prematura (TMP) por DCNT, sexo feminino e causas mais frequentes por grupo. Santa Catarina, 2023*.	15
QUADRO 4. Distribuição da taxa de mortalidade prematura (TMP), pelas principais causas de DCNT, por faixa etária, sexo feminino. Santa Catarina, 2023*.	15
QUADRO 5. Número e taxa de mortalidade prematura (TMP) pelas principais causas de DCNT, por região de residência, sexo feminino. Santa Catarina, 2023*.	18

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) continuam sendo a principal causa de morte e incapacidade nas Américas, o que alerta os países para a necessidade de preparar sistemas de saúde voltados a uma população que envelhece rapidamente. De acordo com o relatório da Organização Pan-Americana de Saúde, o número total de mortes aumentou em 31% entre 2000 e 2019 nas Américas, um aumento percentual maior do que em qualquer outra região da Organização Mundial da Saúde (OMS) (OPAS, 2024).

Análise da OMS informa que as DCNT mataram pelo menos 43 milhões de pessoas em 2021, o equivalente a 75% das mortes não relacionadas à pandemia em todo o mundo. Em 2021, 18 milhões de pessoas morreram de alguma DCNT antes dos 70 anos, sendo que 82% dessas mortes prematuras ocorrem em países de baixa e média renda. O uso de tabaco, a inatividade física, o uso nocivo de álcool, dietas pouco saudáveis e a poluição do ar aumentam o risco de morrer de uma DCNT (WHO, 2024).

Neste cenário, a saúde da mulher enfrenta desafios significativos devido ao impacto crescente das principais DCNT, como doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. Estas condições estão entre as maiores causas de morbimortalidade em mulheres no Brasil e no mundo, exigindo abordagens específicas que levem em consideração os determinantes biológicos, sociais e culturais que influenciam sua saúde.

As transformações, associadas ao processo de urbanização, à redução das taxas de mortalidade e fecundidade, bem como aos avanços tecnológicos, contribuíram para que as mulheres passassem a adotar comportamentos de risco para o desenvolvimento de DCNT. Esses comportamentos estão frequentemente relacionados à rotina capitalista, caracterizada por um estilo de vida imediatista, maior consumo de alimentos processados e ultraprocessados e uma postura passiva em relação aos cuidados com a saúde. Além disso, observa-se que práticas de estilo de vida saudável são mais prevalentes entre homens do que entre mulheres, o que representa um desafio adicional para a promoção da saúde, prevenção e controle dessas doenças na população feminina (Cestaria, et al., 2023; Malta et al., 2023).

O estilo de vida pode ser definido como um conjunto de decisões, padrões comportamentais, valores e atitudes individuais, passíveis de controle e capazes de influenciar a saúde da população (Madeira, et al., 2018; Braga, Fiúza, Remoaldo, 2017). No entanto, devido à frequente responsabilidade das mulheres pela organização alimentar e pelo cuidado do lar, elas tendem a priorizar as necessidades dos familiares em detrimento da própria saúde. Essa dinâmica contribui para a adoção de comportamentos de risco, com repercussões negativas na qualidade de vida e prejuízos ao desempenho das atividades diárias (Fabrício et al., 2023).

Neste contexto, é necessário aprofundar a compreensão sobre os fatores de risco e determinantes sociais que influenciam o desenvolvimento de DCNT entre mulheres. Ademais, a avaliação das políticas públicas e das estratégias governamentais para a promoção de um estilo de vida saudável desponta como um passo essencial para diminuir os impactos dessas doenças. Assim, o presente relatório busca descrever o panorama epidemiológico das DCNT na saúde da mulher em Santa Catarina e os principais desafios e oportunidades na vigilância e enfrentamento das DCNT, com ênfase na saúde feminina, considerando as particularidades biológicas, sociais e culturais que moldam os comportamentos e as condições de saúde dessa população.

OBJETIVO

Descrever o panorama epidemiológico das DCNT na saúde da mulher em Santa Catarina e os principais desafios e oportunidades na vigilância e enfrentamento das DCNT.

METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma análise descritiva, retrospectiva e analítica de séries temporais, abordando os padrões de mortalidade em todas as faixas etárias, incluindo a mortalidade prematura (30 a 69 anos), relacionadas às quatro principais causas de DCNT.

No Brasil, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) constitui uma ferramenta essencial para o monitoramento dos padrões de mortalidade por diversas causas e sua evolução ao longo do tempo, sendo uma fonte de dados de alcance nacional e alta relevância para a análise epidemiológica (Malta et al., 2023).

Para o cálculo da mortalidade prematura foi adotada a metodologia proposta pelo Ministério da Saúde, que considera os óbitos de indivíduos com idades entre 30 e 69 anos, estratificados em intervalos decenais. A taxa de mortalidade específica foi calculada utilizando-se, no numerador, o número de óbitos atribuídos a uma causa específica em um determinado ano e abrangência geográfica, e, no denominador, a população exposta ao risco no mesmo período e região.

A seleção das causas básicas dos óbitos baseou-se nos códigos da 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Foram incluídas as doenças cardiovasculares (I00-I99), doenças respiratórias (J30-J98, exceto J36), neoplasias malignas (C00-C97) e diabetes mellitus (E10-E14).

VIGILÂNCIA E MONITORAMENTO DAS DCNT NA SAÚDE DA MULHER

INDICADORES DE SAÚDE E FONTES DE DADOS

Os sistemas de vigilância em saúde são instrumentos essenciais para compreender a magnitude, distribuição e tendências das DCNT na população feminina. Por meio da coleta, análise e interpretação de dados, esses sistemas permitem o planejamento e a avaliação de políticas públicas, bem como o monitoramento de fatores de risco, morbidade e mortalidade (SES, 2022).

INDICADORES DE SAÚDE DAS DCNT

Os indicadores de saúde relacionados às DCNT na população feminina englobam uma ampla gama de dados que fornecem subsídios para a análise epidemiológica e a formulação de intervenções. Entre os principais indicadores, destacam-se (SES, 2022):

- **Prevalência de Fatores de Risco:** Taxas de tabagismo, obesidade, sedentarismo, hipertensão arterial, consumo inadequado de frutas e vegetais, e ingestão de álcool.
- **Mortalidade Específica por DCNT:** Taxas ajustadas de mortalidade por doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes e doenças respiratórias crônicas.
- **Indicadores de Detecção Precoce:** Cobertura de exames de rastreamento, como mamografias e citologias oncóticas.
- **Internações Hospitalares:** Taxas de hospitalização por complicações relacionadas a DCNT, como acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca.

Esses indicadores são fundamentais para identificar desigualdades em saúde e direcionar recursos para as populações femininas mais vulneráveis.

FONTES DE DADOS EM VIGILÂNCIA DAS DCNT

A obtenção de informações sobre a saúde da mulher e o impacto das DCNT envolve o uso de diversas fontes de dados, incluindo:

- **VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico):**
Este sistema fornece informações regulares sobre a prevalência de fatores de risco e proteção na população adulta brasileira, incluindo recortes por sexo. Os dados do VIGITEL permitem monitorar tendências de comportamentos relacionados à saúde, como o consumo de tabaco, padrões alimentares e prática de atividades físicas entre mulheres.
- **SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade):**
O SIM é a principal fonte de dados para monitoramento da mortalidade por DCNT no Brasil. O sistema permite a análise de causas específicas de morte, incluindo aquelas mais prevalentes em mulheres, como doenças cardiovasculares e cânceres ginecológicos e de mama.

- **SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação):**

Embora focado em agravos de notificação compulsória, o SINAN pode fornecer informações sobre condições relacionadas a DCNT, como intoxicação por substâncias nocivas e agravos relacionados à violência, que também afetam a saúde da mulher.

- **SIAB e e-SUS AB (Sistema de Informação da Atenção Básica):**

Esses sistemas são utilizados para monitorar ações e indicadores na atenção primária, incluindo dados sobre controle de fatores de risco, como hipertensão e diabetes, e adesão a programas de promoção da saúde.

- **Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e IBGE:**

A PNS fornece dados populacionais detalhados sobre condições de saúde e fatores de risco, enquanto o IBGE contribui com informações socioeconômicas que ajudam a contextualizar as desigualdades em saúde.

INTEGRAÇÃO E UTILIZAÇÃO DOS DADOS

A integração entre as diferentes fontes de dados permite uma análise mais abrangente do cenário das DCNT na saúde da mulher. Essa abordagem possibilita a identificação de grupos de risco, a definição de prioridades em saúde e a avaliação do impacto de políticas públicas.

Para garantir que os sistemas de vigilância sejam efetivos, é essencial:

- Investir em tecnologias de coleta e análise de dados;
- Fortalecer a capacitação dos profissionais envolvidos na vigilância epidemiológica;
- Promover a disseminação dos dados para gestores e profissionais de saúde, facilitando a tomada de decisão baseada em evidências.

O monitoramento contínuo das DCNT na população feminina é indispensável para alcançar uma saúde mais equitativa, com intervenções direcionadas que promovam a redução da morbimortalidade e a melhoria da qualidade de vida das mulheres.

ESTRATÉGIAS DE MONITORAMENTO REGIONAL E NACIONAL

As estratégias de monitoramento das DCNT na saúde da mulher são fundamentais para identificar tendências epidemiológicas, desigualdades regionais e fatores determinantes que impactam essa população. Esses esforços subsidiam políticas públicas mais direcionadas e efetivas, promovendo equidade em saúde e redução da carga de morbimortalidade feminina.

MONITORAMENTO REGIONAL

O monitoramento em nível regional permite uma análise detalhada das especificidades de cada território, considerando fatores como estrutura de serviços de saúde, determinantes sociais, culturais e econômicos, e padrões epidemiológicos.

CARACTERÍSTICAS DO MONITORAMENTO REGIONAL

- **Identificação de Desigualdades Locais:**

Em regiões de maior vulnerabilidade, o monitoramento é essencial para destacar disparidades no acesso a serviços preventivos e no manejo das DCNT. Por exemplo, mulheres de áreas rurais ou periferias urbanas podem enfrentar barreiras geográficas ou econômicas, comprometendo a detecção precoce de condições como hipertensão ou câncer.

- **Fortalecimento da Rede de Atenção Primária:**

A coleta de dados nos serviços de atenção básica, por meio de sistemas como o e-SUS AB e o SIAB, fornece informações sobre fatores de risco e adesão ao tratamento de DCNT em nível local, permitindo ajustes nas estratégias de atenção primária.

- **Capacitação Regionalizada:**

Capacitar gestores e profissionais de saúde regionais para interpretar dados epidemiológicos e propor intervenções adaptadas às necessidades específicas de cada área é uma prioridade estratégica.

EXEMPLO DE INICIATIVAS REGIONAIS

Programas como o **Plano de Enfrentamento às DCNT** em estados brasileiros têm demonstrado a importância do monitoramento local para priorizar ações voltadas à redução de fatores de risco, como o incentivo à alimentação saudável e à prática de atividades físicas em comunidades específicas.

No Estado de Santa Catarina, o Plano De Ações Estratégicas Para O Enfrentamento Das DCNT (2021), tem como objetivo promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas e sustentáveis, baseadas em evidências, na busca da prevenção de fatores de risco, da promoção da saúde da população e do fortalecimento dos serviços de saúde voltados às doenças crônicas. O plano enfatiza a importância da vigilância epidemiológica para monitoramento e avaliação das DCNT, da qualificação da atenção primária como porta de entrada para o cuidado integral e da articulação intersetorial para enfrentar os determinantes sociais de saúde. Entre as estratégias, destacam-se a ampliação do acesso a ações preventivas, o incentivo à adoção de hábitos saudáveis, o fortalecimento da linha de cuidado das DCNT e a promoção da equidade no acesso aos serviços, especialmente para populações em situação de vulnerabilidade (SES, 2021).

MONITORAMENTO NACIONAL

No âmbito nacional, o monitoramento das DCNT é conduzido por sistemas de vigilância integrados, que fornecem uma visão abrangente do impacto das DCNT na população feminina. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano de DANT) apresenta-se como um instrumento fundamental para a implementação de políticas públicas voltadas à prevenção e controle das DCNT no país.

Alinhado às metas globais estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), o plano estrutura ações intersetoriais que visam reduzir a morbimortalidade por essas doenças, promover ambientes saudáveis e fortalecer a atenção à saúde, com foco na equidade e na integralidade do cuidado (Brasil, 2021).

PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS NACIONAIS

- **Unificação de Dados Epidemiológicos:**

Sistemas como o VIGITEL, o SIM e a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) são fundamentais para o monitoramento contínuo dos fatores de risco e morbimortalidade por DCNT, possibilitando comparações temporais e geográficas.

- **Definição de Metas e Indicadores:**

O Brasil adota metas alinhadas aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e ao Plano de Ação Global para a Prevenção e Controle das DCNT da OMS, além do Caderno de Indicadores do Plano de DANT (2021-2030). Essas metas incluem a redução da mortalidade prematura por DCNT em mulheres e a ampliação do acesso a serviços de saúde preventiva e de qualidade.

- **Estratégias Intersectoriais:**

A integração de diferentes setores, como educação, assistência social e saúde, é essencial para abordar determinantes sociais que influenciam a vulnerabilidade feminina às DCNT. Programas de transferência de renda e políticas de acesso à educação têm impacto direto na redução de fatores de risco como obesidade e sedentarismo.

EXEMPLO DE POLÍTICA NACIONAL

O **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil (2021-2030)** é uma referência em políticas públicas nacionais. O plano prioriza ações de vigilância e promoção da saúde, incluindo campanhas direcionadas à prevenção de câncer de mama, colo do útero e ao controle da hipertensão arterial entre as mulheres. Alguns exemplos de metas que envolvem a saúde da mulher são: reduzir a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de mama em 10%; reduzir a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de colo do útero em 20%; tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer (Brasil, 2021).

DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Embora os sistemas de monitoramento regional e nacional tenham avançado, ainda existem desafios, como a subnotificação de dados, a heterogeneidade na qualidade das informações e a dificuldade de integração entre as diferentes fontes de dados.

Ao integrar os esforços regionais e nacionais, o Brasil pode construir um sistema de monitoramento robusto e equitativo, capaz de subsidiar políticas públicas eficazes para a promoção da saúde das mulheres e o enfrentamento das DCNT.

RESULTADOS

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DAS DCNT NA SAÚDE DA MULHER EM SANTA CATARINA

As principais causas das mortes de mulheres em Santa Catarina, entre 2013 a 2023, correspondem aos grandes componentes das DCNT: as Neoplasias (tumores), as Doenças Cardiovasculares (DCV) e as Doenças Respiratórias Crônicas (DRC).

O **Quadro 1** evidencia uma tendência de crescimento na mortalidade por DCNT entre as mulheres em Santa Catarina, com destaque para o aumento nas mortes por doenças cardiovasculares e neoplasias.

- O número total de óbitos femininos por DCNT aumentou de 10.119 em 2013 para 13.874 em 2023, representando um crescimento de 37,2% ao longo do período.
- A taxa de mortalidade aumentou de 301,1 para 346,4 por 100.000 habitantes, indicando uma tendência de alta consistente.

Mortalidade por Doença Cardiovascular (DCV)

- Se manteve como a principal causa de morte entre as DCNT.
- O número de óbitos subiu de 4.885 (2013) para 6.236 (2023), com um crescimento de 27,7%.
- A taxa de mortalidade passou de 145,4 para 155,7/100.000 habitantes, reforçando a necessidade de estratégias de prevenção, especialmente para hipertensão e doenças cerebrovasculares.

Neoplasias (tumores)

- A segunda principal causa de morte por DCNT entre mulheres.
- O número de óbitos subiu de 3.255 para 4.894 entre 2013 e 2023.
- A taxa de mortalidade por câncer cresceu de 96,9 para 122,2/100.000 habitantes.
- Destaca-se a importância do rastreamento precoce, especialmente para câncer de mama e câncer do colo do útero.

Doenças Respiratórias Crônicas (DRC)

- O número de óbitos aumentou de 1.016 para 1.361 no período analisado.
- A taxa de mortalidade subiu de 30,2 para 34,0/100.000 habitantes.
- O tabagismo, os agrotóxicos e a exposição ambiental são fatores de risco relevantes para esta categoria.

Diabetes Mellitus (DM)

- Foi a causa de morte com maior aumento percentual entre as DCNT.
- O número de óbitos subiu de 963 para 1.383, um crescimento de 43,6%.
- A taxa de mortalidade passou de 28,7 para 34,5/100.000 habitantes.
- Este crescimento está associado ao aumento da obesidade e da resistência à insulina, indicando a necessidade de políticas voltadas à alimentação saudável e atividade física.

QUADRO 1 – Número e taxa de mortalidade (TM) por DCNT, todas as faixas etárias, sexo feminino. Santa Catarina, 2013, 2018 e 2023*.

DCNT	2013		2018		2023	
	Nº	TM	Nº	TM	Nº	TM
D.Cardiovasculares	4.885	145,4	5.280	144,0	6.236	155,7
Neoplasias	3.255	96,9	4.093	111,6	4.894	122,2
D.Respiratórias Crônicas	1.016	30,2	1.205	32,9	1.361	34,0
Diabetes Mellitus	963	28,7	1.044	28,5	1.383	34,5
TOTAL	10.119	301,1	11.622	316,9	13.874	346,4

Fonte: SIM/DIVE/GADNT/SES/SC, 2025. *Dados de 2013, 2018 e 2023 gerados em 27/01/2025, sujeitos à revisão e alterações.

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

Nota²: Considerada a população feminina residente de todas as faixas etárias.

TODAS AS CAUSAS VERSUS AS DCNT

O Quadro 2 mostra que as neoplasias e as doenças cardiovasculares são as principais responsáveis pela mortalidade prematura em mulheres de 30 a 69 anos em Santa Catarina. Os números relativos às doenças respiratórias e metabólicas demonstram seu impacto e reforçam a necessidade de ações preventivas voltadas à redução de fatores de risco como tabagismo, sedentarismo e obesidade. Percebe-se, ainda, a alta ocorrência de causas externas de morte, como acidentes e violência, que destaca a necessidade de políticas intersetoriais para reduzir esses eventos evitáveis. Ainda assim, o conjunto das DCNT corresponde a 73,8% do total de óbitos de todas as causas no ano de 2023.

Neoplasias (tumores) lideram a mortalidade prematura

As neoplasias malignas representam a principal causa de óbitos prematuros, com 2.644 mortes registradas e uma taxa de mortalidade de 124,9 por 100.000 habitantes. Esse dado reforça a importância da detecção precoce e do acesso a tratamentos eficazes, especialmente para tipos mais prevalentes, como câncer de mama e câncer do colo do útero.

Doenças cardiovasculares (DCV) como segunda maior causa de morte

As doenças do aparelho circulatório, como infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral (AVC), são a segunda maior causa de mortalidade prematura, com 1.759 óbitos e uma taxa de 83,1 por 100.000 habitantes. Esse dado reflete o impacto de fatores de risco como hipertensão, obesidade e sedentarismo.

Doenças respiratórias crônicas (DRC) em terceiro lugar

Com 593 óbitos e uma taxa de 28,0 por 100.000 habitantes, as doenças respiratórias crônicas, incluindo Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e enfisema, apresentam impacto significativo, possivelmente relacionado ao tabagismo, exposição à agrotóxicos e à poluição ambiental.

Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, incluindo diabetes mellitus (DM)

Essas doenças, que incluem principalmente o diabetes mellitus, registraram 506 óbitos, com uma taxa de mortalidade de 23,9 por 100.000 habitantes. O aumento da incidência do diabetes tipo 2 está fortemente associado a fatores comportamentais como alimentação inadequada e falta de atividade física.

QUADRO 2 – Número e taxa de mortalidade prematura (TMP) no sexo feminino, por capítulo da CID-10. Santa Catarina, 2023*.

CAUSA (CAPÍTULO DA CID-10)	FEMININO	
	Nº	TMP
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	350	16,5
II. Neoplasias (tumores)	2.644	124,9
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	31	1,5
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	506	23,9
V. Transtornos mentais e comportamentais	50	2,4
VI. Doenças do sistema nervoso	195	9,2
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	0,0
IX. Doenças do aparelho circulatório	1.759	83,1
X. Doenças do aparelho respiratório	593	28,0
XI. Doenças do aparelho digestivo	367	17,3
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	25	1,2
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	51	2,4
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	192	9,1
XV. Gravidez parto e puerpério	18	0,9
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	28	1,3
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	126	6,0
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	515	24,3

Fonte: SIM/DIVE/GADNT/SES/SC, 2025. *Dados de 2023 gerados em 06/01/2025, sujeitos à revisão e alterações.

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

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

PRINCIPAIS DCNT QUE AFETAM MULHERES

Conforme o **Quadro 3**, as neoplasias malignas foram um dos principais grupos de causas de morte feminina, com destaque para:

- **Câncer de mama (C50):** 475 óbitos (22,4/100.000).
- **Câncer de pulmão (C34):** 305 óbitos (14,4/100.000).
- **Câncer do colo do útero (C53):** 188 óbitos (8,9/100.000).

O câncer de mama foi a principal causa de óbitos por neoplasia, refletindo a importância de estratégias de rastreamento precoce, como mamografias. O câncer de pulmão se destaca devido à alta mortalidade, possivelmente relacionada ao tabagismo, à exposição a agrotóxicos e à poluição do ar. Estudo mostra evidências de que, por exemplo, os agrotóxicos, aumentam o risco de morte também por câncer de estômago e esôfago. Além disso, a atividade agrícola também está associada à prevalência de câncer de pele e lesões precursoras (Sarpa; Friedrich, 2022). O câncer do colo do útero, ainda que prevenível por meio da vacinação contra HPV e exames preventivos, mantém taxas preocupantes.

As doenças cardiovasculares continuam sendo um fator importante na mortalidade feminina:

- **Infarto agudo do miocárdio (I21):** 389 óbitos (18,4/100.000).
- **Doenças cerebrovasculares (I60-I64, AVC):** 339 óbitos (16,0/100.000).
- **Hipertensão essencial (I10):** 123 óbitos (5,8/100.000).

A alta taxa de mortalidade por infarto e AVC reflete o impacto dos fatores de risco como hipertensão arterial, obesidade e diabetes. A hipertensão essencial aparece como um fator subjacente relevante, indicando a necessidade de ampliação no rastreamento e controle da pressão arterial.

O diabetes mellitus contribuiu significativamente para a mortalidade prematura, com as seguintes subdivisões:

- **Diabetes mellitus não especificado (E14):** 166 óbitos (7,8/100.000).
- **Diabetes mellitus tipo 2 (E11):** 123 óbitos (5,8/100.000).
- **Diabetes mellitus tipo 1 (E10):** 104 óbitos (4,9/100.000).

A predominância do diabetes tipo 2 destaca o papel dos fatores comportamentais, como dieta inadequada e sedentarismo.

As doenças respiratórias crônicas também representam um peso significativo na mortalidade prematura:

- **DPOC (J44.0/J44.9):** 243 óbitos (11,5/100.000).
- **Enfisema (J43):** 23 óbitos (1,1/100.000).
- **Asma (J45.9):** 21 óbitos (1,0/100.000).

A DPOC é a principal causa respiratória, o que pode indicar o impacto do tabagismo e da exposição a poluentes e agrotóxicos.

QUADRO 3 – Número e taxa de mortalidade prematura (TMP) por DCNT, sexo feminino e causas mais frequentes por grupo. Santa Catarina, 2023*.

DCNT	Nº	TMP
Neoplasias		
C34 Neopl malig dos bronquios e dos pulmões	305	14,4
C50 Neopl malig da mama	475	22,4
C53 Neopl malig do colo do útero	188	8,9
Cardiovasculares		
I21 Infarto agudo do miocárdio	389	18,4
I10 Hipertensao essencial	123	5,8
I60-I64 D. Cerebrovasculares (AVC)	339	16,0
Diabetes Mellitus		
E14 Diabetes mellitus NE	166	7,8
E11 Diabetes mellitus nao-insulino-dependente	123	5,8
E10 Diabetes mellitus insulino-dependente	104	4,9
Respiratórias		
J44.0/J44.9 DPOC	243	11,5
J43 Enfisema NE	23	1,1
J45.9 Asma NE	21	1,0

Fonte: SIM/DIVE/GADNT/SES/SC, 2025. *Dados de 2023 gerados em 30/01/2025, sujeitos à revisão e alterações.

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

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

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO POR CICLO DE VIDA

De acordo com o **Quadro 4**, a mortalidade prematura é maior em mulheres na faixa de 60–69 anos (715,3/100.000), com destaque para as neoplasias (329,6/100.000) e doenças cardiovasculares (260,2/100.000). A carga de doenças cardiovasculares e neoplasias aumenta com a idade, enquanto as doenças respiratórias crônicas e diabetes têm impacto menor.

QUADRO 4 – Distribuição da taxa de mortalidade prematura (TMP), pelas principais causas de DCNT, por faixa etária, sexo feminino. Santa Catarina, 2023*.

DCNT	FAIXA ETÁRIA							
	30-39 ANOS		40-49 ANOS		50-59 ANOS		60-69 ANOS	
	Nº	TPM	Nº	TPM	Nº	TPM	Nº	TPM
D.Cardiovasculares	70	10,6	208	35,5	505	102,5	989	260,2
Neoplasias	167	25,3	391	66,7	804	163,2	1.253	329,6
D.Respiratórias Crônicas	11	1,67	25	4,3	103	20,9	227	59,7
Diabetes Mellitus	14	2,13	32	5,5	100	20,3	250	65,8
TOTAL	262	39,8	656	133,2	1.512	307,0	2.719	715,3

Fonte: SIM/DIVE/GADNT/SES/SC, 2025.*Dados de 2023 gerados em 27/01/2025, sujeitos à revisão e alterações.

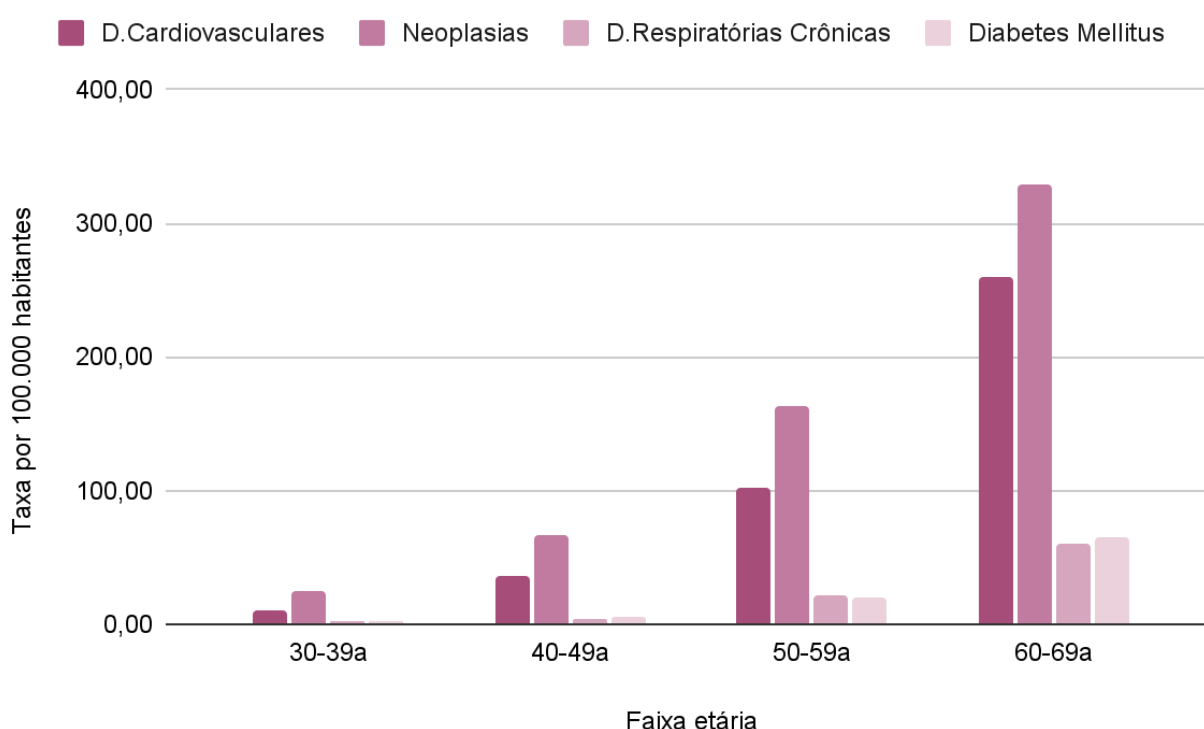
Nota¹: Taxa de mortalidade prematura por causa específica calculada por 100.000 habitantes.

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

Tendências específicas por faixa etária

- **30-39 anos:** Predomínio de neoplasias (25,3/100.000), que representam mais de 63% das causas nessa faixa. Isso indica a relevância de estratégias precoces de rastreamento e tratamento.
- **40-49 anos:** A taxa de doenças cardiovasculares quase triplica em relação à faixa etária anterior, reforçando a necessidade de intervenções precoces para controle de fatores de risco como hipertensão e obesidade.
- **50-59 anos:** A taxa de mortalidade total dobra em relação à faixa anterior. Esse aumento abrupto sinaliza o impacto cumulativo de fatores de risco ao longo da vida.
- **60-69 anos:** Os valores mais elevados refletem o pico de impacto das DCNT e a necessidade de manejo intensivo e reabilitação.

FIGURA 1 – Evolução da Taxa de Mortalidade Prematura (TMP) por DCNT em mulheres. Santa Catarina, 2023.



Fonte: SIM/DIVE/GADNT/SES/SC, 2025.*Dados de 2023 gerados em 27/01/2025, sujeitos à revisão e alterações.

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

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

Pessoas de todas as faixas etárias, regiões e países são afetadas pelas DCNT. Essas condições são frequentemente associadas a faixas etárias mais velhas, mas cerca de 18 milhões de mortes por DCNT ocorrem antes dos 70 anos (mortalidade prematura). As DCNT causam mais mortes nessa faixa etária (30 a 69 anos) do que todas as outras causas de morte combinadas (OMS, 2024).

Na vida da mulher há marcos concretos e objetivos que sinalizam diferentes fases, tais como a menarca, a gestação, ou a última menstruação. São episódios marcantes para seu corpo e sua história de vida, que em cada cultura recebem significado diverso (Brasil, 2008).

Além do fato concreto da interrupção dos ciclos menstruais, as mulheres nessa fase podem apresentar aumento das taxas de colesterol, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, neoplasias benignas e malignas, obesidade, distúrbios urinários, osteoporose e doenças auto-imunes (Brasil, 2008).

As pesquisas que tratam das DCNT demonstram o quanto esses agravos acometem as mulheres de maneira crescente, mesmo sendo jovens, e, conseqüentemente, afetam as questões reprodutivas (Bonita R, Beaglehole, 2014; Mopufu, *et. al.*, 2011; Araújo, 2018; Denny, *et al.*, 2012). A hipertensão arterial em mulheres progride com o decorrer da idade. Ressalta-se que, em faixas etárias mais jovens, a pressão é mais alta entre homens, mas a elevação pressórica por década se apresenta maior em mulheres (Barroso, *et. al.*, 2020).

Quanto às diferenças de sexo e idade, pode-se observar que as prevalências de obesidade são semelhantes para homens e mulheres até os 40 anos, mas entre a idade 40 a 65 anos as mulheres passam a apresentar prevalência duas vezes maior que os homens (Brasil, 2008).

O **Quadro 5** apresenta uma distribuição regional da mortalidade prematura (30 a 69 anos) em Santa Catarina, na população feminina, analisando as principais causas associadas às DCNT.

Mortalidade Total e Regionalização

Regiões como Serra Catarinense (380,2/100 mil), Planalto Norte (293,5/100 mil) e Alto Vale do Itajaí (286,8/100 mil) apresentaram os maiores índices.

Distribuição por Causas de DCNT

- **Doenças Cardiovasculares (DCV):** Representam a maior parte das mortes em várias regiões, com destaque para a Serra Catarinense (155,4/100 mil). Este dado indica necessidade de políticas regionais mais robustas para prevenção e manejo de fatores de risco como hipertensão e obesidade.
- **Neoplasias (N):** A segunda maior causa de mortalidade, com alta taxa no Planalto Norte (150,3/100 mil) e Serra Catarinense (152,9/100 mil). Esses números reforçam a importância de programas de rastreamento, como mamografias e exames ginecológicos, além do tratamento precoce.
- **Doenças Respiratórias Crônicas (DRC):** Menos prevalentes, mas com maior impacto na Serra Catarinense (50,5/100 mil). Fatores ambientais e ocupacionais podem influenciar esses números, especialmente em áreas rurais.
- **Diabetes Mellitus (DM):** Apresenta uma distribuição mais homogênea, com destaque novamente para a Serra Catarinense (21,5/100 mil) e Alto Vale do Rio do Peixe (43,4/100 mil). Este dado sugere necessidade de estratégias voltadas ao manejo metabólico e à promoção de estilos de vida saudáveis.

Disparidades Regionais

Regiões como a **Grande Florianópolis** (227,3/100 mil) e **Extremo Oeste** (207,5/100 mil) apresentam taxas abaixo da taxa estadual. Por outro lado, regiões como a **Serra Catarinense** e o **Alto Vale do Itajaí** apresentam as maiores taxas de mortalidade.

QUADRO 5 – Número e taxa de mortalidade prematura (TMP) pelas principais causas de DCNT, por região de residência, sexo feminino. Santa Catarina, 2023*.

DCNT	DCV		N		DRC		DM		TOTAL	
	Nº	TMP	Nº	TMP	Nº	TMP	Nº	TMP	Nº	TMP
Extremo Oeste	48	73,8	68	104,5	10	15,4	9	13,8	135	207,5
Oeste	73	67,3	124	114,3	11	10,1	13	12,0	221	203,7
Xanxerê	43	79,5	58	107,3	9	16,6	12	22,2	122	225,6
Alto Vale do Itajaí	84	102,1	114	138,6	22	26,7	16	19,4	236	286,8
Foz do Rio Itajaí	175	76,1	297	129,2	35	15,2	54	23,5	561	244,1
Médio Vale do Itajaí	151	65,7	263	114,4	29	12,6	36	15,7	479	208,4
Grande Florianópolis	296	74,3	492	123,6	67	16,8	50	12,6	905	227,3
Meio Oeste	43	82,9	66	127,3	6	11,6	9	17,4	124	239,2
Alto Vale Rio do Peixe	68	92,3	89	120,8	14	19,0	32	43,4	203	275,5
Alto Uruguai Catarinense	30	71,7	44	105,2	5	12,0	9	21,5	88	210,3
Nordeste	138	63,8	232	107,2	25	11,6	28	12,9	423	195,5
Planalto Norte	98	98,9	149	150,3	24	24,2	20	20,2	291	293,5
Serra Catarinense	123	155,4	121	152,9	40	50,5	17	21,5	301	380,2
Extremo Sul	54	87,9	74	120,5	12	19,5	24	39,1	164	266,9
Carbonífera	148	118,0	177	141,1	17	13,5	16	12,8	358	285,3
Laguna	125	116,3	125	116,3	25	23,3	19	17,7	294	273,5
Vale do Itapocu	62	67,1	120	129,9	17	18,4	30	32,5	229	247,9
TOTAL	1.759	83,1	2.613	123,5	368	17,4	394	18,6	5.134	242,6

Fonte: SIM/DIVE/GADNT/SES/SC, 2025. *Dados de 2023 gerados em 28/01/2025, sujeitos à revisão e alterações.

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

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

FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO

DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

Os determinantes sociais de saúde desempenham um papel central no aumento da vulnerabilidade das mulheres às DCNT. Os determinantes sociais da saúde são definidos como as condições sociais em que os indivíduos vivem e trabalham, bem como as características estruturais que moldam o curso de vida (OPAS, 2012). Esses determinantes são frequentemente referidos como “a causa das causas”, pois explicam as desigualdades em saúde.

A má condição de saúde das populações mais vulneráveis, o gradiente social da saúde dentro dos países e as significativas disparidades sanitárias entre e dentro das nações são resultados de uma distribuição desigual de recursos e oportunidades, manifestada em níveis global, nacional e regional. Essa distribuição desigual gera injustiças que impactam diretamente as condições de vida das populações e limitam seu potencial para alcançar uma vida saudável e próspera (OPAS, 2012).

Estudos apontam relação entre determinantes sociais, piores condições socioeconômicas e piores desfechos em saúde com maior susceptibilidade ao desenvolvimento das DCNT, bem como a suas comorbidades e maiores taxas de mortalidade (Pearce, 2015; Barreto, 2017; Williams, *et. al.*, 2018).

DESIGUALDADE DE GÊNERO

As normas, os papéis e as relações de gênero podem influenciar os resultados de saúde e afetar a obtenção da saúde, do bem-estar mental, físico e social. A desigualdade de gênero limita o acesso aos serviços de saúde de qualidade e contribui para a alta de taxas de morbidade e mortalidade evitáveis em mulheres e homens ao longo da vida. É necessário desagregar dados e conduzir análises de gênero para identificar diferenças sexuais e de gênero nos riscos e oportunidades de saúde, além de projetar intervenções apropriadas, visto que abordar a desigualdade de gênero melhora o acesso e os benefícios dos serviços de saúde (OPAS, s/d).

As normas, papéis e relações de gênero resultam em diferenças entre homens e mulheres em (OPAS, s/d):

- Exposição a fatores de risco ou vulnerabilidade;
- Investimento doméstico em nutrição, cuidados e educação;
- Acesso e utilização dos serviços de saúde;
- Experiências em contextos de cuidados de saúde; e
- Impactos sociais em problemas de saúde.

A “não discriminação com base no sexo” e a “igualdade entre homens e mulheres” constituem princípios jurídicos fundamentais de igualdade de gênero consagrados pela Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW). Esses princípios estão refletidos tanto no texto da referida convenção quanto em todas as áreas de sua aplicação, incluindo o campo dos cuidados em saúde (UNDURRAGA; COOK, 2012). Em específico, o Artigo 12 da CEDAW estabelece que: Os Estados-Partes adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra as mulheres na esfera dos cuidados da saúde a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso aos serviços de assistência à saúde, inclusive os referentes ao planejamento familiar (ONU, 1979).

A violência de gênero também é um fator agravante, pois afeta a saúde das mulheres de diversas formas, levando muitas vezes a agravamentos em quadros de saúde física, como lesões, consequências psicossociais, como afastamentos do trabalho, alta relação entre transtornos mentais, como depressão, tentativas de suicídio e uso nocivo de álcool, tabaco e outras drogas (Teixeira; Paiva, 2021).

ACESSO LIMITADO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Barreiras econômicas, geográficas e culturais dificultam o acesso das mulheres aos serviços de saúde. Em muitas regiões, mulheres de baixa renda têm menos chances de realizar exames preventivos, como mamografias ou citologias oncológicas, resultando em diagnósticos tardios de condições como câncer de mama e de colo do útero.

A redução no acesso a medicamentos expõe principalmente os idosos e pessoas com DCNT, maiores usuários desses programas, situação que deve se agravar à medida que avance a transição demográfica e epidemiológica (Palmeira, *et. al.*, 2022).

O Relatório da Situação da População Mundial (2022) informa que a qualidade dos serviços, das informações e do apoio é geralmente pior para as mulheres em áreas rurais e assentamentos informais, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento (UNFPA, 2022). Além disso, sabe-se que o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior ao de homens, sendo que as mulheres trabalham durante mais horas do que os homens e que pelo menos metade do seu tempo é gasto em atividades não remuneradas, o que, por si só, diminui o seu acesso aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde (UNFPA, 2022).

Outro aspecto relevante é a baixa oferta de serviços que abordem as especificidades femininas, como clínicas de saúde integradas que atendam tanto às necessidades reprodutivas quanto ao manejo de DCNT. Ademais, a falta de investimentos em infraestrutura e programas de saúde pública voltados à mulher agrava a desigualdade de acesso.

CONDIÇÕES ECONÔMICAS DESFAVORÁVEIS

As DCNT atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (Malta, *et al.*, 2015). As condições econômicas têm impacto direto na saúde das mulheres. Mulheres em situação de pobreza enfrentam maior exposição a ambientes insalubres, alimentação inadequada, insegurança alimentar e a fatores que contribuem para o desenvolvimento de DCNT, como obesidade, diabetes e hipertensão arterial. Existem diferenças importantes na distribuição da morbimortalidade dessas doenças segundo fatores socioeconômicos, como educação, ocupação, renda, gênero e etnia, ocasionando diferentes acessos a serviços, padrões de consumo, entre outros (Mopofu, *et. al.*, 2011; Pearce, *et. al.*, 2015).

Estudo mostra que diversos indicadores de DCNT têm pior desempenho entre as mulheres em idade reprodutiva beneficiárias do Bolsa Família. Salienta-se que essa não é uma relação causal, e aponta-se para a importância do Bolsa Família como um marcador de desigualdade entre as mulheres (Bernal, *et. al.*, 2019).

Além disso, mulheres de baixa renda frequentemente priorizam as necessidades da família em detrimento de sua própria saúde, retardando o diagnóstico e o tratamento de condições crônicas. Essa situação é agravada pela precariedade do trabalho informal, que afeta principalmente mulheres e geralmente não oferece benefícios como assistência médica (UNFPA, 2022).

INTERVENÇÕES PARA DIMINUIR OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

Para minimizar os impactos dos determinantes sociais de saúde nas DCNT na saúde da mulher, é essencial investir em políticas públicas estruturadas que promovam equidade e bem-estar, como (Borde, 2015; Antunes, 2015; Carrapato *et al.*, 2017; Ribeiro *et al.*, 2024):

- Implementação de estratégias macroeconômicas, regulatórias e de proteção ambiental deve ser direcionada à promoção do desenvolvimento sustentável, com a redução das desigualdades socioeconômicas, o enfrentamento das múltiplas formas de violência e a mitigação dos efeitos adversos da degradação ambiental sobre a sociedade.
- Desenvolvimento de políticas que assegurem a melhoria das condições de vida da população, garantindo o acesso universal a recursos essenciais, como abastecimento de água potável, saneamento básico, moradias adequadas, ambientes laborais seguros, serviços de saúde e educação de qualidade. Essas iniciativas devem ser integradas e coordenadas entre os distintos níveis governamentais, superando abordagens fragmentadas.
- Políticas de promoção da saúde devem priorizar o fortalecimento dos laços de solidariedade e confiança, a construção de redes de apoio e a ampliação da participação comunitária em ações coletivas voltadas à melhoria das condições de saúde e qualidade de vida, com atenção especial às populações em situação de vulnerabilidade.
- Formular estratégias que incentivem mudanças comportamentais voltadas à redução de riscos e à promoção da saúde. Essas medidas devem abranger programas educativos, campanhas de comunicação, ampliação do acesso a alimentos nutritivos, criação de espaços públicos destinados à prática de atividades físicas e restrição da publicidade de produtos prejudiciais, como tabaco e álcool.

COMPORTAMENTOS DE RISCO

Os comportamentos de risco desempenham um papel crucial no aumento da prevalência das DCNT entre as mulheres. Estilos de vida não saudáveis, como tabagismo, dietas desequilibradas, sedentarismo e consumo de álcool, estão fortemente associados ao desenvolvimento e progressão de condições como hipertensão, diabetes, obesidade, doenças cardiovasculares e câncer.

A investigação sobre a Motivação para a Adoção de um Estilo de Vida Saudável (MEVS) entre mulheres, com ênfase na adesão a padrões alimentares saudáveis, consumo moderado de álcool, abstinência ao tabagismo, manutenção de um peso corporal adequado e prática regular de atividade física, está relacionada à redução do risco de mortalidade prematura por doenças crônicas. Além disso, essa abordagem contribui para a diminuição dos custos associados a internações hospitalares decorrentes de complicações relacionadas a essas condições (Li Y, *et. al.*, 2018).

Estudo mostra que mulheres com DCNT têm menos chances de realizar atividades por prazer ou satisfação (Fabrício, *et. al.*, 2023). Por isso, iniciativas que promovam a atividade física devem considerar essas barreiras, incentivando a prática de exercícios por meio de programas comunitários, espaços públicos acessíveis e ações educativas que valorizem a importância do movimento na promoção da saúde.

FATORES DE RISCO COMPORTAMENTAIS

Os fatores de risco comportamentais estão associados ao aumento da probabilidade de desenvolvimento de DCNT, sendo os principais (OMS, 2024):

- Uso de tabaco (incluindo os efeitos da exposição ao fumo passivo);
- Dietas inadequadas (caracterizadas pelo consumo excessivo de sal, açúcar e gorduras);
- Uso do álcool; e
- Inatividade física.

Esses comportamentos são fortemente influenciados por fatores ambientais, sociais e comerciais, que moldam as escolhas e estilos de vida da população.

FATORES DE RISCO METABÓLICOS

Os fatores de risco comportamentais desempenham papel crucial no desencadeamento de quatro alterações metabólicas principais, as quais aumentam significativamente o risco de DCNT (OMS, 2024):

- Hipertensão arterial, incluindo pressão arterial elevada;
- Sobrepeso e obesidade;
- Hipercolesterolemia e outras dislipidemias; e
- Hiperglicemia, incluindo diabetes mellitus.

Entre os fatores de risco metabólicos, a hipertensão arterial destaca-se como a principal responsável por mortes atribuíveis globalmente, associada a 25% das mortes por DCNT. Outras alterações relevantes incluem glicemia elevada e excesso de peso/obesidade (OMS, 2024).

FATORES DE RISCO AMBIENTAIS

Os fatores ambientais também exercem influência significativa sobre o desenvolvimento de DCNT. Dentre eles, a poluição do ar, tanto interna quanto externa, é o mais impactante, sendo responsável por aproximadamente 6,7 milhões de óbitos globais. Desse total, cerca de 5,6 milhões estão diretamente relacionados a DCNT, como acidente vascular cerebral, doença cardíaca isquêmica, doença pulmonar obstrutiva crônica e câncer de pulmão (OMS, 2024).

INTERVENÇÕES PARA REDUZIR OS COMPORTAMENTOS DE RISCO

A redução dos comportamentos de risco requer uma abordagem integrada, que inclua (Brasil, 2021):

- **Educação em Saúde:** Campanhas que aumentem a conscientização sobre os impactos desses comportamentos e incentivem mudanças de hábitos.
- **Regulamentação e Políticas Públicas:** Taxação de produtos nocivos, como cigarros e bebidas alcoólicas, e restrições à publicidade de alimentos ultraprocessados e bebidas alcoólicas.
- **Promoção de Ambientes Saudáveis:** Garantir o acesso a espaços públicos para atividade física e a alimentos saudáveis, especialmente em áreas de maior vulnerabilidade.
- **Suporte Psicológico e Social:** Intervenções para abordar os determinantes emocionais e sociais que influenciam os comportamentos de risco.

A identificação precoce e o enfrentamento dos comportamentos de risco são passos essenciais para reduzir a carga de DCNT na população feminina, promovendo saúde e bem-estar ao longo da vida.

FATORES PROTETORES

Os fatores protetores desempenham um papel fundamental na redução do risco de desenvolvimento das DCNT e na promoção da saúde das mulheres. Práticas como a adoção de uma alimentação equilibrada, a prática regular de atividades físicas e o acesso a programas de promoção da saúde são medidas que, além de prevenir o surgimento dessas doenças, também contribuem para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar geral (Campos, *et. al.*, 2018; Brasil, 2023; Haikal *et. al.*, 2023).

PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS

A prática regular de atividade física é amplamente reconhecida como um dos principais fatores na prevenção das DCNT, desempenhando um papel fundamental na promoção da saúde e na redução de riscos associados a essas condições. Exercícios de intensidade moderada, como caminhadas, natação, dança e ciclismo, contribuem para a manutenção do peso corporal adequado, a regulação dos níveis de colesterol e glicose no sangue, além da melhoria da função cardiovascular (Brasil, 2023).

Entre as mulheres, a atividade física proporciona benefícios adicionais, incluindo a prevenção da osteoporose e a regulação do sistema hormonal, favorecendo o equilíbrio da saúde reprodutiva. Além disso, seu impacto positivo na saúde mental auxilia no manejo do estresse, da ansiedade e da depressão, fatores frequentemente relacionados a comportamentos de risco (Leitão *et. al.*, 2000).

Dados da Carga Global de Doenças (GBD 2017), publicados em 2020, indicam uma taxa estimada de 58 casos de doença arterial coronariana para cada 100 mil mulheres no Brasil. Outras enfermidades cardiovasculares prevalentes nesse grupo incluem tromboembolismo, arritmias e insuficiência cardíaca (Brasil, 2022).

Estratégias como programas comunitários de incentivo à prática de exercícios e a criação de espaços públicos seguros para atividades esportivas mostram-se eficazes na ampliação do acesso e adesão à atividade física entre mulheres de diferentes faixas etárias e contextos socioeconômicos.

ALIMENTAÇÃO EQUILIBRADA

Uma alimentação saudável é essencial para prevenir a má nutrição e reduzir o risco de DCNT. A má alimentação e a falta de atividade física são os principais riscos à saúde global. Práticas alimentares saudáveis devem ser incentivadas desde cedo, com a amamentação contribuindo para o crescimento e desenvolvimento cognitivo da criança e oferecendo benefícios a longo prazo, como a diminuição do risco de obesidade e DCNT (OPAS, s/d).

Considerando os adultos acompanhados na Atenção Primária à Saúde (dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), em 2021, observou-se que 67,56% apresentavam excesso de peso e 33% apresentavam obesidade. Em mulheres atendidas, o excesso de peso é maior do que em homens, alcançando uma taxa de 68,2% ou 7,3 milhões de mulheres e a obesidade alcança uma taxa de 34,2% ou 3,6 milhões de mulheres usuárias do SUS (Brasil, 2022).

A qualidade de vida (QV) é frequentemente comprometida em pessoas com excesso de peso devido a prejuízos na saúde física, psicológica e social. Nota-se que o aumento das variáveis antropométricas favorece a ocorrência de baixa autoestima, depressão e insatisfação com a aparência do corpo, interferindo negativamente na QV (Horta, *et.al.*, 2013).

ACESSO A PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Os programas de promoção da saúde têm um papel estratégico na criação de ambientes que favorecem escolhas saudáveis e no fornecimento de suporte para mudanças de estilo de vida. Para as mulheres, esses programas podem incluir (Brasil, 2021):

- **Exercícios Físicos em Grupo:** Iniciativas como aulas comunitárias de yoga, dança ou pilates, que promovam o bem-estar físico e fortalecem laços sociais.
- **Educação Nutricional:** Oficinas e palestras que ensinem sobre a importância de escolhas alimentares saudáveis e o preparo de refeições balanceadas.
- **Prevenção ao Tabagismo e ao Consumo de Álcool:** Ações voltadas para redução do uso dessas substâncias, incluindo suporte psicológico e campanhas educativas.
- **Saúde Mental e Emocional:** Programas que abordem o impacto do estresse e ofereçam estratégias de enfrentamento, como o suporte terapêutico.

IMPACTO DOS FATORES PROTETORES

A combinação de fatores protetores não apenas diminui o risco de DCNT, mas também tem efeitos duradouros na qualidade de vida das mulheres, promovendo maior longevidade com menos incapacidade (Brasil, 2021).

Essas práticas fortalecem a saúde reprodutiva e mental, sendo determinantes para o bem-estar em todas as fases da vida. Investir em políticas públicas, educação em saúde e ambientes que facilitem escolhas saudáveis é essencial para garantir que as mulheres tenham acesso a esses fatores protetores, reduzindo a carga das DCNT e promovendo uma sociedade mais saudável e equitativa.

POLÍTICAS PÚBLICAS E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

As políticas públicas desempenham um papel central na prevenção das DCNT, especialmente no que se refere à saúde das mulheres. Por meio de ações coordenadas e estratégias intersetoriais, é possível reduzir fatores de risco, promover hábitos saudáveis e mitigar desigualdades em saúde. Programas como o **Brasil sem Tabaco**, iniciativas de alimentação saudável e políticas de incentivo à prática de atividade física são exemplos de intervenções que têm contribuído para a melhoria da saúde da população feminina.

BRASIL SEM TABACO

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) é uma das principais iniciativas do Ministério da Saúde no enfrentamento do tabagismo, um dos maiores fatores de risco para DCNT. O PNCT articula a Rede de tratamento do tabagismo no SUS, o Programa Saber Saúde, as campanhas e outras ações educativas e a promoção de ambientes livres da fumaça do tabaco (Brasil, 2023).

Esse programa inclui:

- **Campanhas Educativas:** Ações de conscientização sobre os riscos do tabagismo, como o impacto na saúde cardiovascular, no câncer de pulmão e no câncer de mama.
- **Cessação do Tabagismo:** Oferecimento de suporte gratuito em unidades de saúde, incluindo terapia medicamentosa e grupos de apoio.
- **Regulação e Taxação:** Aumento de impostos sobre produtos derivados do tabaco, restrições à publicidade e advertências nas embalagens.

O impacto do programa tem sido significativo, com uma redução expressiva na prevalência de tabagismo entre mulheres nas últimas décadas. Contudo, os desafios persistem, principalmente mediante aumento do uso de dispositivos eletrônicos para fumar, especialmente entre jovens mulheres (Brasil, 2015).

INICIATIVAS DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

A alimentação equilibrada é um pilar essencial na prevenção das DCNT. Diversas políticas e programas têm promovido hábitos alimentares saudáveis entre as mulheres:

- **Guia Alimentar para a População Brasileira:** Publicado pelo Ministério da Saúde, orienta sobre escolhas alimentares baseadas em alimentos in natura e minimamente processados, enfatizando a redução de produtos ultraprocessados na dieta (Brasil, 2014).
- **Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE):** Incentiva a oferta de alimentos frescos e nutritivos nas escolas, promovendo a educação alimentar desde a infância, com impacto positivo na saúde futura das mulheres (Brasil, 2008).
- **Rotulagem Nutricional:** A inclusão de informações claras nos rótulos de alimentos ultraprocessados ajuda as consumidoras a fazer escolhas mais conscientes, reduzindo o consumo excessivo de sódio, açúcares e gorduras saturadas (Brasil, 2014).
- **Estratégia de Saúde da Família (ESF):** Parte do Sistema Único de Saúde (SUS), a ESF desenvolve ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, incluindo orientações nutricionais para famílias, com atenção especial às mulheres, gestantes e crianças.

- **Programa Academia da Saúde:** Implementado pelo Ministério da Saúde, este programa incentiva a prática de atividades físicas e a adoção de hábitos saudáveis, incluindo a educação alimentar e nutricional, contribuindo para a prevenção de DCNT entre mulheres e toda a população.
- **Políticas de segurança alimentar:** Como a ampliação do acesso à hortifrutigranjeiros por meio de feiras populares e agricultura familiar, também desempenham papel importante, especialmente para mulheres em situação de vulnerabilidade.

POLÍTICAS DE INCENTIVO À ATIVIDADE FÍSICA

O incentivo à prática regular de atividades físicas é essencial para a prevenção de DCNT, como obesidade, diabetes e hipertensão. O Plano de Ação Global sobre atividade física, lançado em junho de 2018 pela Organização Mundial da Saúde, mostra como os países podem reduzir a inatividade física em adultos e adolescentes em 15% até 2030. Políticas e programas nesse campo incluem (Brasil, 2022; WHO, 2018):

- **Academias da Saúde:** Espaços comunitários que oferecem infraestrutura para exercícios físicos e ações de promoção da saúde, com enfoque na atenção primária.
- **Campanhas de Conscientização:** Ações como o Dia do Desafio do Ministério do Esporte e outras campanhas nacionais promovem a prática de atividades físicas, destacando seus benefícios para a saúde física e mental.
- **Mobilidade Ativa:** Incentivo ao uso de bicicletas e à caminhada como formas de deslocamento, com investimentos em ciclovias e calçadas acessíveis.

REDUÇÃO DAS DISPARIDADES REGIONAIS

Outro desafio significativo é a redução das disparidades regionais no acesso aos serviços de saúde. O Brasil apresenta uma heterogeneidade marcante em termos de infraestrutura de saúde, recursos humanos e condições sociais que impactam diretamente a saúde da mulher.

Fatores Contribuintes:

- **Desigualdade Socioeconômica:** As regiões com menor desenvolvimento econômico frequentemente têm acesso limitado a serviços de saúde de qualidade. Isso resulta em maiores taxas de morbimortalidade por DCNT entre mulheres que residem em áreas mais pobres.
- **Distribuição de Recursos:** A concentração de recursos de saúde em centros urbanos e regiões mais desenvolvidas cria um cenário de desigualdade, dificultando o acesso a cuidados preventivos e tratamentos adequados em regiões menos favorecidas.
- **Atenção à Saúde Fragmentada:** A falta de articulação entre os serviços de saúde pública e a atenção básica pode comprometer a continuidade do cuidado e a efetividade das ações de prevenção.

Apesar dos avanços já alcançados, é essencial reconhecer os obstáculos que ainda precisam ser superados para garantir uma cobertura efetiva de programas preventivos e reduzir as disparidades regionais no acesso aos serviços de saúde.

CONCLUSÃO

O estudo sobre as DCNT na saúde da mulher em Santa Catarina revela que essas enfermidades são a principal causa de mortalidade feminina, com destaque para doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes e doenças respiratórias crônicas. A mortalidade prematura por DCNT está em crescimento, tornando essencial o fortalecimento da vigilância epidemiológica, da atenção primária e das políticas de prevenção.

Fatores de risco como tabagismo, alimentação inadequada, sedentarismo e consumo de álcool continuam influenciando negativamente a saúde das mulheres, sendo necessário investir em estratégias de promoção da saúde e acesso a diagnósticos precoces. Além disso, determinantes sociais, como desigualdade de gênero e dificuldades no acesso aos serviços de saúde, exigem ações intersetoriais para mitigar suas consequências.

O monitoramento e a vigilância das DCNT devem ser aprimorados por meio da integração de sistemas de informação, garantindo uma análise mais precisa da evolução dessas doenças e permitindo a formulação de intervenções baseadas em evidências. O fortalecimento da atenção primária à saúde é crucial para garantir a continuidade do cuidado e ampliar o acesso a serviços de prevenção e tratamento.

Para reduzir o impacto das DCNT, recomenda-se o aprimoramento dos sistemas de monitoramento, a capacitação de profissionais de saúde e o desenvolvimento de políticas públicas mais eficazes. A adoção de abordagens integradas e sustentáveis contribuirá para melhorar a qualidade de vida das mulheres e reduzir as desigualdades no acesso à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARAÚJO, F. G. Tendência da prevalência de sobrepeso, obesidade, diabetes e hipertensão em mulheres brasileiras em idade reprodutiva, Vigitel 2008–2015. 2018. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.
2. ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. Intervenções em saúde pública e seu impacto nas desigualdades sociais em saúde. *Tempo Social*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 161-175, 2015.
3. BARRETO, M. L. Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017227.02742017.
4. BARROSO, W. K. S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021.
5. BERNAL, R. T. I. et al. Indicadores de doenças crônicas não transmissíveis em mulheres com idade reprodutiva, beneficiárias e não beneficiárias do Programa Bolsa Família. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 22, supl. 2, e190012.supl.2, 2019. DOI: 10.1590/1980-549720190012.supl.2.
6. BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R. Women and NCDs: overcoming the neglect. *Global Health Action*, v. 7, n. 1, p. 23742, 2014. DOI: 10.3402/gha.v7.23742.
7. BORDE, Elis; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, Mario; PORTO, Marcelo Firpo de Souza. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 841-854, jul.-set. 2015. DOI: 10.1590/0103-1104201510600030023.
8. BORDE, Elis; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, Mario; PORTO, Marcelo Firpo de Souza. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 841-854, jul.-set. 2015. DOI: 10.1590/0103-1104201510600030023.
9. BRAGA, Gustavo Bastos; FIÚZA, Ana Louise Carvalho; REMOALDO, Paula Cristina Almeida. O conceito de modo de vida: entre traduções, definições e discussões. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 19, n. 45, p. 370-396, mai./ago. 2017. DOI: [10.1590/15174522-019004521](https://doi.org/10.1590/15174522-019004521).
10. BRASIL. Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica; altera as Leis nº 10.880, de 9 de junho de 2004, e nº 11.273, de 6 de fevereiro de 2006; e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l11947.htm. Acesso em: 5 fev. 2025.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Cigarros eletrônicos: o que sabemos? Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cigarros_eletronicos_estudo_composicao_vapor_danos_saude.pdf. Acesso em: 5 fev. 2025.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. 1. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 156 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/g/guia-alimentar>. Acesso em: 5 fev. 2025.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em 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: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doencas_cronicas_agrivos_2021_2030.pdf. Acesso em: 5 fev. 2025.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doencas_cronicas_agrivos_2021_2030.pdf. Acesso em: 5 fev. 2025.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. 1. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 156 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/g/guia-alimentar>. Acesso em: 5 fev. 2025.

16. BRASIL. Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica; altera as Leis nº 10.880, de 9 de junho de 2004, e nº 11.273, de 6 de fevereiro de 2006; e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l11947.htm. Acesso em: 5 fev. 2025.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Políticas públicas de atividade física: análise de documentos governamentais em âmbito mundial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. 110 p. ISBN 978-65-5993-354-9. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politicas_publicas_atividade_fisica.pdf. Acesso em: 5 fev. 2025.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. 131 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2023.pdf. Acesso em: 5 fev. 2025.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Cigarros eletrônicos: o que sabemos? Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cigarros_eletronicos_estudo_composicao_vapor_danos_saude.pdf. Acesso em: 5 fev. 2025.
20. CARRAPATO, Pedro; CORREIA, Pedro; GARCIA, Bruno. Determinantes da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 676-689, 2017. DOI: 10.1590/S0104-12902017170304.
21. DENNY, C. H. et al. Racial and ethnic disparities in preconception risk factors and preconception care. Journal of Women's Health, v. 21, n. 7, p. 720-729, 2012. DOI: 10.1089/jwh.2011.3259.
22. HORTA, Paula Martins et al. Qualidade de vida entre mulheres com excesso de peso e doenças crônicas não transmissíveis. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 34, n. 4, p. 121-129, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1983-1447&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 5 fev. 2025.
23. LI, Y. et al. The impact of healthy lifestyle factors on life expectancies in the US population. Circulation, v. 138, n. 4, p. 345-355, 2018.
24. MADEIRA, Francilene Batista et al. Estilos de vida, habitus e promoção da saúde: algumas aproximações. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 106-115, 2018. DOI: 10.1590/S0104-12902018170520.
25. MALTA, D. C. et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 18, supl. 2, p. 3-16, dez. 2015. DOI: 10.1590/1980-5497201500060002.
26. MALTA, D. C. et al. Carga das Doenças Crônicas Não Transmissíveis nos Países de Língua Portuguesa. Ciência & Saúde Coletiva, v. 28, n. 5, p. 1549-1562, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.11622022>. Acesso em: 5 fev. 2025.
27. MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p. ISBN 978-85-7967-078-7.
28. MPOFU, J. J. et al. Associations between noncommunicable disease risk factors, race, education, and health insurance status among women of reproductive age in Brazil – 2011. Preventive Medicine Reports, v. 3, p. 333-337, 2016. DOI: 10.1016/j.pmedr.2016.03.015.
29. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Alimentação saudável. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/alimentacao-saudavel>. Acesso em: 5 fev. 2025.
30. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Alimentação saudável. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/alimentacao-saudavel#:text=Uma%20alimenta%C3%A7%C3%A3o%20saud%C3%Avel%20ajuda%20a,riscos%20globais%20para%20a%20sa%C3%BAde>. Acesso em: 5 fev. 2025.
31. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher (CEDAW). 1979. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw1.pdf. Acesso em: 06 fev. 2025.
32. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). Leading causes of death and disease burden in the Americas: Noncommunicable diseases and external causes. Washington, D.C.: PAHO, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275128626>. Acesso em: 5 fev. 2025.

33. PALMEIRA, N. C. et al. Análise do acesso a serviços de saúde no Brasil segundo perfil sociodemográfico: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 31, n. 3, e2022966, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222022000300013>. Acesso em: 5 fev. 2025.
34. PEARCE, N. et al. Global prevention and control of NCDs: limitations of the standard approach. *Journal of Public Health Policy*, v. 36, n. 4, p. 408-425, 2015. DOI: 10.1057/jphp.2015.29.
35. RIBEIRO, Kelen Gomes et al. Determinantes Sociais da Saúde dentro e fora de casa: captura de uma nova abordagem. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 140, e8590, jan.-mar. 2024. DOI: 10.1590/2358-289820241408590P.
36. SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Estado de Santa Catarina. Florianópolis, SC, 2021. Disponível em: <[se houver link, inserir aqui]>. Acesso em: 5 fev. 2025.
37. SILVA, Marcos Valério Santos da; MIRANDA, Gilza Brena Nonato; ANDRADE, Marcieni Ataíde de. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 589-599, 2017. DOI: 10.1590/1807-57622016.0420.
38. SARPA, Marcia; FRIEDRICH, Karen. Exposição a agrotóxicos e desenvolvimento de câncer no contexto da saúde coletiva: o papel da agroecologia como suporte às políticas públicas de prevenção do câncer. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. Esp. 2, p. 407-425, jun. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E227>. Acesso em: 11 fev. 2025.
39. TEIXEIRA, Júlia Magna da Silva; PAIVA, Sabrina Pereira. Violência contra a mulher e adoecimento mental: percepções e práticas de profissionais de saúde em um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, e310214, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310214>. Acesso em: 5 fev. 2025.
40. UNDURRAGA, Verónica; COOK, Rebecca. Article 12. In: FREEMAN, Marsha A.; CHINKIN, Christine; RUDOLF, Beate (org.). *The UN Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women: A Commentary*. Oxford: Oxford University Press, 2012. p. 51-70.
41. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Noncommunicable diseases. 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Acesso em: 5 fev. 2025.
42. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Plano de ação global para a atividade física 2018-2030: mais pessoas ativas para um mundo mais saudável. Genebra: WHO, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241514187>. Acesso em: 5 fev. 2025.
43. WILLIAMS, J. et al. A systematic review of associations between non-communicable diseases and socioeconomic status within low- and lower-middle-income countries. *Journal of Global Health*, v. 8, n. 2, 2018. DOI: [10.7189/jogh.08.020409](https://doi.org/10.7189/jogh.08.020409).

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 | **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 da Mulher: 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



**GOVERNO DE
SANTA
CATARINA**
SECRETARIA DA SAÚDE