

Barriga Verde

Informativo Epidemiológico

Setembro 2022

www.dive.sc.gov.br

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Gerência de Análises Epidemiológicas e
Doenças e Agravos Não Transmissíveis



SUMÁRIO

Apresentação.....	5
Introdução.....	6
Métodos.....	8
A Mortalidade por DCNT no estado de Santa Catarina.....	9
Anos Potenciais de Vida Perdidos.....	22
Mortalidade por Covid-19 com menção das principais causas de DCNT na declaração de óbito.....	24
As internações por DCNT no estado de Santa Catarina.....	26
Fatores de risco e proteção para as DCNT.....	32
• Obesidade.....	32
• Tabagismo.....	34
• Bebida alcoólica.....	36
• Alimentação.....	36
• Atividade física.....	37
• Saúde da mulher.....	40
• Diagnóstico de doenças crônicas.....	41
Compromisso estadual para redução da mortalidade por DCNT.....	42
• O Programa Estadual de Controle do Tabagismo.....	42
• Plano Estadual de Enfrentamento às DCNT.....	44
• O Programa Gente Catarina.....	45
Considerações finais.....	46

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. Número, proporção e taxa de mortalidade por DCNT por capítulo da CID-10. SC, 2019, 2020 e 2021.....	10
QUADRO 2. Número, proporção e taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) por DCNT por capítulo da CID-10. SC, 2019, 2020 e 2021.....	12
QUADRO 3. Número, proporção e taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) por DCNT. SC, 2001, 2006, 2011, 2016 e 2021.....	13
QUADRO 4. Número, proporção e taxa de mortalidade pelas principais causas de DCNT, segundo o sexo, por faixa etária (30 a 69 anos de idade). SC, 2021.....	15
QUADRO 5. Número, proporção e taxa de mortalidade pelas principais causas de DCNT, de 30 a 69 anos, por região de residência. SC, 2019, 2020 e 2021.....	16
QUADRO 6. Número, proporção e taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) pelas principais causas de DCNT, por região de residência, SC, 2021.....	19
QUADRO 7. Número, proporção e taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) por DCNT segundo sexo e causas mais frequentes por grupo. SC, 2021.....	20
QUADRO 8. Número e proporção de anos potenciais de vida perdidos pelas principais causas de DCNT. SC, 2017 a 2021.....	23
QUADRO 9. Número, proporção e taxa de mortalidade por Covid-19 com menção de DCNT na declaração de óbito, na faixa etária de 30 a 69 anos de idade. SC, 2020 e 2021.....	25
QUADRO 10. Número, proporção e taxa de mortalidade por Covid-19 com menção de DCNT na declaração de óbito, por sexo, na faixa etária de 30 a 69 anos de idade. SC, 2020 e 2021.....	25
QUADRO 11. Número, proporção e taxa de internação por DCNT entre 30 a 69 anos, por região de saúde. SC, 2019, 2020 e 2021.....	27
QUADRO 12. Número, proporção e taxa de internação por DCNT entre 30 a 69 anos, por região de saúde. SC, 2019, 2020 e 2021.....	39

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) por DCNT SC, 2001, 2006, 2011, 2016, 2021.....	14
FIGURA 2. Distribuição da taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) pelas principais causas de DCNT, por faixa etária. SC, 2021.....	14
FIGURA 3. Distribuição espacial da taxa de mortalidade precoce (30 a 69 anos de idade) (por 100 mil habitantes) pelas principais causas de DCNT, segundo região de residência. SC, 2019.....	17
FIGURA 4. Distribuição espacial da taxa de mortalidade precoce (30 a 69 anos de idade) (por 100 mil habitantes) pelas principais causas de DCNT, segundo região de residência. SC, 2021.....	17
FIGURA 5. Distribuição espacial da taxa de internação entre 30 a 69 anos (por 10.000 habitantes) pelas principais causas de DCNT, segundo região de residência. Santa Catarina, 2019.....	28
FIGURA 6. Distribuição espacial da taxa de internação entre 30 a 69 anos pelas principais causas de DCNT, segundo região de residência. SC, 2021.....	28
FIGURA 7. Taxa de internação por DCNT, de 30 a 69 anos. SC, 2019, 2020 e 2021.....	29
FIGURA 8. Taxa de internação por DCNT, por faixa etária (30 a 69 anos de idade). SC, 2021.....	30
FIGURA 9. Frequência, valor e média de tempo de permanência (em dias) das internações hospitalares por DCNT, de 30 a 69 anos. SC, 2019 a 2021.....	31
FIGURA 10. Número de pacientes que iniciaram o tratamento para cessação do tabagismo, e número e proporção de pacientes abstinentes na 4 ^ª sessão. SC, 2017 a 2021.....	43
FIGURA 11. Número de pacientes que iniciaram o tratamento para cessação do tabagismo, e número e proporção de pacientes abstinentes na 4 ^ª sessão por Região de Saúde. SC, 2017 a 2021.....	44

APRESENTAÇÃO

A vigilância em saúde no contexto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) reúne um conjunto de ações que possibilitam conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência dessas doenças e de seus fatores de risco na população, identificando seus condicionantes sociais e econômicos. Essas informações também são importantes para auxiliar no planejamento de ações e serviços de saúde e determinar as prioridades de políticas públicas em saúde.

De uma perspectiva da prevenção, a vigilância dos principais fatores de risco é um ponto de partida apropriado para conhecer os hábitos da população e promover ações e políticas de saúde que possam impactar na saúde das pessoas. Um sistema de vigilância das DCNT, bem como de seus fatores de risco, é parte integrante do sistema de saúde pública e, como parte dos sistemas de informação de saúde, tal vigilância fornece informações para a tomada de decisão e indução de ações de promoção da saúde, prevenção e controle de DCNT no território. Desse modo, este boletim tem por objetivo traçar o perfil epidemiológico das DCNT e seus fatores de risco no Estado de Santa Catarina.

INTRODUÇÃO

No início do século XX, as doenças infecciosas eram as principais causas de óbito na população mundial. No entanto, observa-se um processo de transição epidemiológica, com repercussões na saúde mundial. A transição epidemiológica é um processo amplo, que modifica o padrão de morbimortalidade populacional e, geralmente, vem acompanhado por outros processos transicionais: demográfico, socioeconômico, tecnológico e nutricional (ISTILLI et al., 2020).

A situação de saúde no mundo e no Brasil segue um mesmo processo, que se caracteriza por uma transição demográfica acelerada e por um perfil epidemiológico de tripla carga de doenças. Ou seja, uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma marcante presença das condições crônicas, trazendo neste contexto as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 2021; FIGUEIREDO, 2021).

As DCNT, constituídas principalmente pelas doenças do aparelho circulatório, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes, representam a maior carga de morbimortalidade no Brasil e no mundo, e caracterizam-se por um conjunto de patologias de múltiplas causas e fatores de risco, longos períodos de latência e curso prolongado. Essas doenças têm origem não infecciosa e podem resultar em incapacidades funcionais (BOCCOLINI, 2016). Globalmente, estima-se que por ano, as DCNT sejam responsáveis por 41 milhões de óbitos (70% de todas as mortes) (WHO, 2020). No Brasil, a elevada carga das DCNT corresponde a 76% das causas de morte anuais (MALTA, 2017).

As DCNT compartilham fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade; e os fatores de risco não modificáveis, como raça, sexo e hereditariedade (BRASIL, 2021a). A inatividade física e o excesso de peso são responsáveis, respectivamente, por 3,2 e 2,8 milhões de mortes/ano. Ao tabagismo e ao consumo abusivo de álcool são atribuídas 2,3 e 6 milhões de mortes ao ano respectivamente (MELO et al., 2019).

Dentre as características mais evidentes deste problema podem-se destacar o alto grau de incapacidades, a diminuição da qualidade de vida, bem como a morte prematura. Esses quatro grupos de doenças são responsáveis por mais de 80% de todas as mortes prematuras por DCNT. Considera-se morte prematura aquela que ocorre nas pessoas entre as idades de 30 a 69 anos, entendida como a expressão do valor social da morte. Quando a morte ocorre em uma fase em que a vida é potencialmente produtiva, ela atinge não apenas o indivíduo e o grupo em que está inserido, mas também a coletividade como um todo, uma vez que fica desprovida de seu potencial econômico e intelectual e do futuro que teria na sociedade (MASCARELLO et al., 2022).

A epidemia de DCNT resulta em consequências devastadoras para os indivíduos, famílias e comunidades e sobrecarrega consequentemente os sistemas de saúde. A cada ano, mais de 15 milhões de pessoas morrem em decorrência de DCNT e 85% dessas mortes prematuras ocorrem em países de baixa e média renda por estarem mais vulneráveis, mais expostas aos riscos e terem menor acesso aos serviços de saúde e às práticas de promoção à saúde e prevenção das doenças (MALTA et. al., 2017; WHO, 2021).

Em estudo sobre a carga global das doenças, foi demonstrado que, no Brasil, 77,2% dos anos de vida perdidos por incapacidade eram representados pelo grupo das DCNT. As piores situações foram encontradas nas regiões Norte e Nordeste, o que pode ser reflexo de piores condições de vida e de acesso aos serviços de saúde, dificultando o controle dos fatores de risco para o tratamento das doenças, determinando maior incidência de sequelas e mortalidade prematura (LEITE et al., 2015).

A Pesquisa Vigitel 2021, o maior e mais tradicional inquérito de saúde do Brasil, realizado nas 26 capitais estaduais e no Distrito Federal (DF) desde 2006, apontou importantes resultados; alguns indicando avanços e atingimento da meta, como no caso do tabagismo (9,1% de pessoas adultas fumantes) e, em outros, estagnação ou distanciamento das metas, como o aumento do sobrepeso (57,2%) e da obesidade (22,4%). Paralelamente, 18,2% das pessoas haviam consumido cinco ou mais ultraprocessados no dia anterior ao inquérito, 14% consomem refrigerantes ou sucos artificiais cinco ou mais vezes por semana, um em cada seis adultos não faz nenhuma atividade física, e 66% da população passa mais de três horas diárias em frente à televisão (BRASIL, 2021b).

O monitoramento das DCNT e de seus fatores de risco é prioridade no Brasil e acompanha os esforços globais que estão sendo desenvolvidos. A vigilância epidemiológica dessas doenças é essencial, uma vez que propicia melhor entendimento de sua distribuição, magnitude e tendência, além do reconhecimento dos fatores de risco. Assim, torna-se essencial o monitoramento contínuo da meta de redução da mortalidade prematura, possibilitando o debate com a sociedade sobre os avanços e limites.

Nessa vertente, políticas públicas foram elaboradas e implementadas para o enfrentamento das DCNT, com o estabelecimento de metas para redução da mortalidade prematura. Cabe destacar que a Organização Mundial de Saúde (OMS) disponibiliza o Plano Global de Ação para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis, que recomenda como meta a redução de 25% das mortes prematuras por DCNT até 2025 (OPAS, 2013). Em consonância, o Ministério da Saúde propôs o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT 2021-2030 com o objetivo similar de reduzir a taxa de mortalidade (TM) prematura em um terço até 2030 no Brasil (BRASIL, 2021a).

Paralelamente ao plano nacional, a Gerência de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos não Transmissíveis (GADNT) da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE) da Secretaria de Estado da Saúde (SES) de Santa Catarina elaborou o Plano Estadual de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, que foi pactuado e aprovado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) no ano de 2021. O plano estadual conta com articulação intersetorial com ações transversais e articuladas, a fim de cumprir as metas elaboradas a partir do diagnóstico situacional das DCNT no estado e conforme recomendações da OMS e Ministério da Saúde.

Devido a relevância das DCNT para o contexto de adoecimento da população, torna-se importante o monitoramento de estratos específicos, com intuito de entender como se dá o perfil da morbimortalidade no tempo e espaço no Estado de Santa Catarina, reunindo informações que possam incentivar a adoção de práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças direcionadas a esses grupos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo e analítico de séries temporais da mortalidade prematura (30 a 69 anos) e internações pelas quatro principais causas de DCNT, classificadas de acordo com a 10^a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), sob as doenças cardiovasculares (I00 - I99), doenças respiratórias (J30 - J98, exceto J36); neoplasias (C00 - C97); diabetes mellitus (E10 - E14), agrupadas de acordo com a categorização da OMS (WHO, 2013).

Foram analisados os óbitos registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e das internações hospitalares registradas do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), disponibilizados eletronicamente por meio de tabuladores desenvolvidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (Datasus). Também foram analisados os óbitos por Covid-19 que apresentaram menção de DCNT na declaração de óbito, considerando os anos de 2020 e 2021.

Os dados analisados, provenientes do SIM e do SIH, foram tabulados através do Tabwin e consolidados no Excel, no período de junho a agosto de 2022. Os filtros utilizados foram: causa (CID-10), ano do óbito (2001 a 2021), faixa etária (0 a 29, 30 a 69 anos e 70 anos e +), UF de residência (SC), 17 regiões de saúde de residência e sexo (masculino e feminino). As estimativas da população residente por sexo, faixa etária e região de saúde para os anos de 2001, 2006, 2011, 2016, 2019, 2020 e 2021 foram obtidas através do Sistema de Informações Demográficas e Socioeconômicas do Datasus – MS.

Para o cálculo da mortalidade prematura foi considerada a metodologia proposta pela OMS, que contabiliza os óbitos em pessoas com idade entre 30 e 69, estratificadas em intervalos de dez anos. As taxas de mortalidade para as DCNT foram calculadas segundo sexo, região de saúde e UF por 100.000 habitantes (WHO, 2013).

A taxa de mortalidade prematura pelo conjunto das quatro principais DCNT é um indicador de saúde utilizado em todo o mundo para acompanhar uma das metas propostas para a área da saúde nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). No Brasil, este indicador contribui para o monitoramento da mortalidade por essas causas, responsáveis pelo maior número de óbitos em todo o país. Além disso, é um importante parâmetro para o planejamento e pactuação dos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, voltados às pessoas com doenças crônicas. Seu uso para o monitoramento da qualidade da atenção à saúde e bem-estar da população de 30 a 69 anos deve-se ao reconhecimento da evitabilidade da morte até esta idade (SUPLICI et al., 2021).

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.]). Para o cálculo dos Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) foram coletadas informações do Tabnet e as taxas, calculadas separadamente por causa específica, considerando o fator multiplicador de mil habitantes (SC, 2010).

O presente boletim epidemiológico foi elaborado com dados secundários agregados de óbitos, internações e populações, obtidos nas bases de dados do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. As bases não contemplaram informações sigilosas como nome, endereço ou outras informações pessoais que possam caracterizar o indivíduo; de modo que foi dispensada a aprovação deste boletim por um Comitê de Ética em Pesquisa.

A MORTALIDADE POR DCNT NO ESTADO DE SANTA CATARINA

No triênio de 2019 a 2021 foram registrados mais de 150 mil óbitos no Estado de Santa Catarina, sendo que os óbitos devidos às quatro principais DCNT corresponderam a 56,8% do total. As doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório se mantiveram entre as três causas mais frequentes de morte, representando 51,6% do total (**quadro 1**).

Dentre as taxas de óbito por DCNT, as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas apresentaram o maior percentual de aumento (14,5%), indo de 33,7 óbitos a cada 100 mil habitantes em 2019 para 38,6 em 2021. Em relação às doenças do aparelho circulatório a TM foi de 160,4 óbitos por 100 mil habitantes em 2019 para 172,9 em 2021, representando um aumento de 7,8%. A análise das TM por neoplasia, segunda principal causa de mortalidade por DCNT no Estado, demonstrou um discreto aumento (1,1%), partindo de 129,5 óbitos por 100 mil habitantes em 2019 para 131,3 em 2021. Já as doenças do aparelho respiratório apresentaram uma redução 19,1% na taxa, indo de 72,8 em 2019 para 58,9 óbitos por 100 mil habitantes em 2021.

QUADRO 1: Número, proporção e taxa de mortalidade por DCNT por capítulo da CID-10. Santa Catarina, 2019, 2020 e 2021*

Causa (Cap CID10)	2019			2020			2021		
	n°	%	Taxa	n°	%	Taxa	n°	%	Taxa
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1596	3,7%	22,3	6736	14,3%	92,9	16369	27,2%	223,1
II. Neoplasias (tumores)	9275	21,5%	129,5	9346	19,8%	128,9	9632	16,0%	131,3
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	160	0,4%	2,2	164	0,3%	2,3	197	0,3%	2,7
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2415	5,6%	33,7	2513	5,3%	34,7	2829	4,7%	38,6
V. Transtornos mentais e comportamentais	465	1,1%	6,5	396	0,8%	5,5	524	0,9%	7,1
VI. Doenças do sistema nervoso	1512	3,5%	21,1	1557	3,3%	21,5	1775	3,0%	24,2
VII. Doenças do olho e anexos	1	0,0%	0,0	0	0,0%	0,0	0	0,0%	0,0
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	6	0,0%	0,1	5	0,0%	0,1	7	0,0%	0,1
IX. Doenças do aparelho circulatório	11489	26,7%	160,4	11468	24,3%	158,1	12690	21,1%	172,9
X. Doenças do aparelho respiratório	5215	12,1%	72,8	4105	8,7%	56,6	4320	7,2%	58,9
XI. Doenças do aparelho digestivo	2036	4,7%	28,4	2096	4,4%	28,9	2199	3,7%	30,0
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	158	0,4%	2,2	153	0,3%	2,1	166	0,3%	2,3
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	185	0,4%	2,6	176	0,4%	2,4	157	0,3%	2,1
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1302	3,0%	18,2	1251	2,7%	17,2	1498	2,5%	20,4
XV. Gravidez parto e puerpério	28	0,1%	0,4	36	0,1%	0,5	103	0,2%	1,4
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	1274	3,0%	17,8	1207	2,6%	16,6	1218	2,0%	16,6
XVII. Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas	402	0,9%	5,6	405	0,9%	5,6	399	0,7%	5,4
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	1214	2,8%	16,9	1238	2,6%	17,1	1587	2,6%	21,6
XIX. Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	3	0,0%	0,0	0	0,0%	0,0	0	0,0%	0,0
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	4331	10,1%	60,4	4331	9,2%	59,7	4487	7,5%	61,1
Total	43067	100,0%	601,1	47183	100,0%	650,6	60157	100,0%	819,7

Fonte: SIM/DIVE/GADNT/SES/SC, 2022.

*Dados de 2019, 2020 e 2021 gerados em 14/09/2022, sujeitos à revisão e alterações.

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

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

O **quadro 2** analisa o número absoluto de óbitos, a proporção e a TM por capítulo do CID-10, considerando a faixa etária de 30 a 69 anos, entre 2019 e 2021, a fim de verificar o perfil da mortalidade prematura, conforme indicador de saúde utilizado em todo o mundo para acompanhar uma das metas propostas para a área da saúde nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) e comparar às outras causas de mortalidade.

O perfil de mortalidade apresentou uma nova configuração na taxa de mortalidade prematura (TMP) por DCNT. Enquanto no **quadro 1**, ao considerar todas as faixas etárias, as doenças cardiovasculares apareceram na primeira posição, na análise do **quadro 2** percebe-se que, no triênio 2019–2021, as neoplasias assumiram a liderança, deixando na segunda posição as doenças cardiovasculares.

De forma semelhante à população geral, a maior variação entre as TMP no triênio ocorreu nas doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, que foi de 24,1 óbitos por 100 mil habitantes em 2019 para 28 em 2021, representando um aumento de 16,2%. A TMP por doenças do aparelho circulatório aumentou numa proporção de 8,1% no período, indo de 113,2 em 2019 para 122,4 em 2021. Já a TMP por neoplasias e doenças respiratórias crônicas sofreram redução de 1,8% e 16,4%, respectivamente.

QUADRO 2: Número, proporção e taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) por DCNT por capítulo da CID-10. Santa Catarina, 2019, 2020 e 2021*

Causa (Cap CID10)	2019			2020			2021		
	n°	%	Taxa	n°	%	Taxa	n°	%	Taxa
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	840	4,8%	22,7	3084	15,7%	81,9	9343	34,3%	243,6
II. Neoplasias (tumores)	5095	28,9%	137,9	5078	25,8%	134,8	5194	19,1%	135,4
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	59	0,3%	1,6	72	0,4%	1,9	69	0,3%	1,8
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	891	5,1%	24,1	952	4,8%	25,3	1075	4,0%	28,0
V. Transtornos mentais e comportamentais	291	1,1%	6,5	396	0,8%	5,5	524	0,9%	7,1
VI. Doenças do sistema nervoso	298	3,5%	21,1	1557	3,3%	21,5	1775	3,0%	24,2
VII. Doenças do olho e anexos	XXX	1,7%	7,9	282	1,4%	7,5	332	1,2%	8,7
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	4	1,7%	8,1	304	1,5%	8,1	382	1,4%	10,0
IX. Doenças do aparelho circulatório	4183	23,8%	113,2	4187	21,3%	111,2	4692	17,2%	112,4
X. Doenças do aparelho respiratório	1468	23,8%	113,2	4187	21,3%	111,2	4692	17,2%	122,4
XI. Doenças do aparelho digestivo	1033	8,3%	39,7	1216	6,2%	32,3	1272	4,7%	33,2
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	59	5,9%	28,0	1074	5,5%	28,5	1142	4,2%	29,8
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	92	0,3%	1,6	51	0,3%	1,4	58	0,2%	1,5
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	344	0,5%	2,5	81	0,4%	2,2	69	0,3%	1,8
XV. Gravidez parto e puerpério	21	2,0%	9,3	326	1,7%	8,7	357	1,3%	9,3
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	XXX	0,1%	0,6	23	0,1%	0,6	55	0,2%	1,4
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	34	0,2%	0,9	24	0,1%	0,6	37	0,1%	1,0
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	528	3,0%	14,3	543	2,8%	14,4	644	2,4%	16,8
XIX. Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	2	0,0%	0,1	0	0,0%	0,0	0	0,0%	0,0
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	2370	13,5%	64,1	2372	12,1%	63,0	2484	9,1%	64,8
Total	17612	100,0%	476,7	19672	100,0%	522,3	27207	100,0%	709,5

Fonte: SIM/DIVE/GADNT/SES/SC, 2022.

*Dados de 2019, 2020 e 2021 gerados em 14/09/2022, sujeitos à revisão e alterações.

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

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

Em Santa Catarina, quando se analisam as TMP registradas no período de 2001 a 2021 por intervalos de 5 anos, as doenças do aparelho circulatório aparecem como a causa mais frequente de óbitos por DCNT nos intervalos até 2011 (**quadro 3**), sendo que entre 2001 e 2021 obteve uma redução de 7,1% na TMP, indo de 145,8 óbitos/100 mil habitantes em 2001 para 135,4 em 2021. Já as neoplasias, que aparecem em primeira posição no ranking de mortalidade prematura por DCNT em 2016 e 2021, apresentaram um aumento de 21% na taxa no período de 20 anos, indo de 122,1 óbitos por 100 mil habitantes (2001) para 147,8 (2021). A TMP por diabetes aumentou em 15,4%, passando de 20,8 óbitos por 100 mil habitantes em 2001 para 24,1 em 2021 e a TMP por doenças respiratórias crônicas diminuiu em 35%, indo de 24 óbitos/ 100 mil habitantes em 2001 para 15,6 em 2021.

QUADRO 3: Número, proporção e taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) por DCNT. Santa Catarina, 2001, 2006, 2011, 2016 e 2021*

Causa (Cap CID10)	2001			2006			2011			2016			2021		
	n°	%	Taxa	n°	%	Taxa	n°	%	Taxa	n°	%	Taxa	n°	%	Taxa
D. Cardiovasculares	3378	46,6%	145,8	3444	45,6%	129,2	4124	43,7%	135,1	4222	41,3%	121,8	4693	41,9%	135,4
Neoplasias	2827	39,0%	122,1	3157	41,8%	118,4	4097	43,4%	134,2	4674	45,7%	134,8	5124	45,8%	147,8
D. Resp. Crônicas	556	7,7%	24,0	490	6,5%	18,4	594	6,3%	19,5	622	6,1%	17,9	540	4,8%	15,6
Diabetes Mellitus	481	6,6%	20,8	460	6,1%	17,3	618	6,6%	20,2	708	6,9%	20,4	836	7,5%	24,1
Total	7242	100%	312,7	7551	100%	283,2	9433	100%	309,1	10226	100%	294,9	11193	100%	322,8

Fonte: SIM/DIVE/GADNT/SES/SC, 2022.

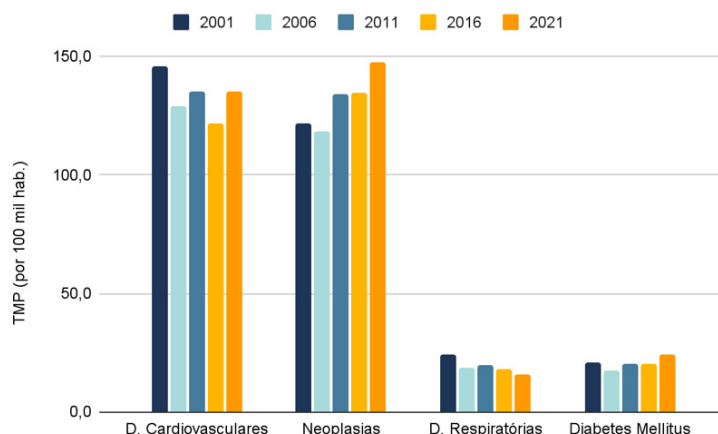
*Dados de 2001, 2006, 2011, 2016 e 2021 gerados em 14/09/2022, sujeitos à revisão e alterações.

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

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

A **figura 1** ilustra o comparativo das taxas de mortalidade prematura por DCNT (30 a 69 anos de idade), por intervalos de 5 anos. A queda observada principalmente nas taxas por doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas podem estar relacionadas às melhorias nas condições de vida, o acesso aos serviços de saúde, o declínio do tabagismo, além da melhoria em hábitos alimentares e na prática de atividade física (MALTA et al., 2019). A tendência de queda nas taxas de mortalidade prematura, que ocorre na maior parte do Brasil, coincide com resultados de pesquisas globais, que revelam as maiores reduções na sua carga na América Latina. Esse declínio tem sido atribuído, entre outros fatores, aos avanços no combate ao tabagismo (OLIVEIRA et al., 2022.). Entretanto, mesmo diante da redução de alguns indicadores relacionados a mortalidade neste grupo, ainda resta grande desafio no enfrentamento das DCNT no Estado, considerando o impacto da pandemia de Covid-19 nos serviços de saúde, assim como o aumento na TMP relacionada às neoplasias e diabetes mellitus.

FIGURA 1: Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) por DCNT. Santa Catarina, 2001, 2006, 2011, 2016, 2021*



Fonte: SIM/DIVE/GADNT/SES/SC, 2022.

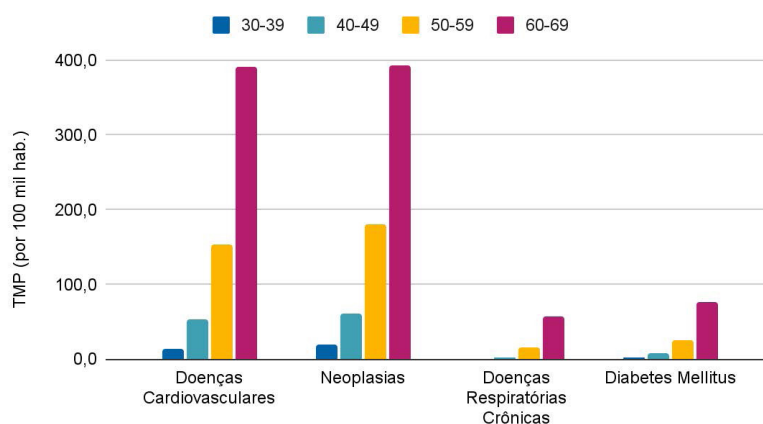
*Dados de 2001, 2006, 2011, 2016 e 2021 gerados em 14/09/2022, sujeitos à revisão e alterações.

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

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

Na **figura 2**, que representa os óbitos prematuros por DCNT ocorridos em 2021 em residentes de Santa Catarina, estratificados em intervalos etários de dez anos, é possível observar aumento diretamente proporcional entre a taxa e faixa etária. A TMP por doenças cardiovasculares foi de 13,7 óbitos por 100 mil habitantes em pessoas de 30 e 39 anos e 390,7 em pessoas com 60 a 69 anos. Nos óbitos causados por neoplasias, a taxa foi de 20,0 óbitos por 100 mil habitantes de 30 e 39 anos e 394,5 entre pessoas de 60 ao 69 anos; enquanto nas doenças respiratórias crônicas saltou de 0,7 (30 a 39 anos) para 56,9 (60 a 69 anos). Por sua vez, a TMP dos óbitos por diabetes foi de 2,4 (30 a 39 anos) para 77,1 (60 e 69 anos). Cabe ressaltar que, em todas as faixas etárias de óbito prematuro, as neoplasias ocupam a primeira posição entre as principais DCNT, seguidas das doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas.

FIGURA 2: Distribuição da taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) pelas principais causas de DCNT, por faixa etária. Santa Catarina, 2021*



Fonte: SIM/DIVE/GADNT/SES/SC, 2022.

*Dados de 2021 gerados em 14/09/2022, sujeitos à revisão e alterações.

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

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

Quando se trabalha com dados de mortalidade pelas principais DCNT é necessário observar sua distribuição de acordo com o sexo, conforme ilustra o **quadro 4**, cuja análise evidencia que as taxas de mortalidade prematura por DCNT em Santa Catarina no ano de 2021 foram maiores entre os indivíduos do sexo masculino. As maiores TMP ocorreram na faixa etária de 60 a 69 anos, para ambos sexos; sendo que o sexo masculino apresentou uma taxa de 389,4 óbitos por 100 mil habitantes, enquanto no sexo feminino foi de 256,4.

QUADRO 4: Número, proporção e taxa de mortalidade pelas principais causas de DCNT, segundo o sexo, por faixa etária (30 a 69 anos de idade). Santa Catarina, 2021*

Faixa Etária (OMS)	Masculino			Feminino		
	n°	%	Taxa	n°	%	Taxa
30-39a	1625	9,4%	83,7	823	7,9%	43,4
40-49a	2868	16,6%	147,8	1615	15,5%	85,2
50-59a	5276	30,4%	271,8	3110	29,9%	164,1
60-69a	7558	43,6%	389,4	4860	46,7%	256,4

Fonte: SIM/DIVE/GADNT/SES/SC, 2022.

*Dados de 2021 gerados em 14/09/2022, sujeitos à revisão e alterações.

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

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

Dados do Vigitel 2021 que no conjunto das 27 cidades do Brasil incluídas na pesquisa, que abrangeu Florianópolis, 4,7% dos indivíduos avaliaram negativamente o seu estado de saúde, sendo essa proporção maior em mulheres (5,5%) do que nos homens (3,7%). No entanto, o perfil de mortalidade apontou que as maiores taxas ocorreram no sexo masculino em todas as faixas etárias, como mostra o **quadro 4**, o que pode demonstrar uma incongruência entre a percepção de saúde do indivíduo e seu estado de saúde propriamente dito (BRASIL, 2021b).

Em 2018, os quatro principais grupos de DCNT foram responsáveis por 55% do total das mortes no Brasil, sendo que os homens apresentaram maior risco de morte nesses grupos de doenças, quando comparados às mulheres. Este quadro é ainda mais característico para as doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas, nas quais o risco para os homens foi 40% a 50% maior. Um risco que aumentou ainda mais nos homens que faziam uso prejudicial de álcool, mantinham dieta e estilo de vida pouco saudáveis e apresentavam pressão alta e/ou alto índice de massa corporal (BRASIL, 2021b).

Em geral, os homens buscam menos atendimento de saúde se comparados às mulheres, indicando várias razões para esse fenômeno, tanto no que tange o modo de organização dos serviços e programações de saúde, quanto nos aspectos sociais e culturais, que interferem nas relações dos homens com sua própria saúde e os serviços (ARAÚJO et al., 2021).

Estudo realizado por Araújo et al. (2021) com objetivo de compreender o percurso de homens em busca do cuidado em saúde identificou que muitos realizam a autoclassificação de seu estado de saúde, distinguindo entre as situações que supostamente indicariam a necessidade de buscar um serviço de saúde, daquelas que poderiam ser resolvidas por conta própria por meio da automedicação ou outras formas domésticas de cuidado.

Ao comparar homens e mulheres em estudo realizado por Mello et al. (2017), observou-se que os sujeitos do sexo masculino foram mais vulneráveis a doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e morreram mais prematuramente do que as mulheres. Este estudo recomendou o fortalecimento e a qualificação da atenção primária para, assim, fortalecer a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis.

Na análise realizada sobre a mortalidade pelas principais causas de DCNT entre 30 e 69 anos de idade, nos anos de 2019, 2020 e 2021, conforme a distribuição pelas 17 Regiões de Saúde de Santa Catarina, observou-se que a Região da Serra Catarinense apresentou as maiores taxas (por 100 mil habitantes) nos três anos, num total de 385,9, 421,4 e 381,8, respectivamente. Outra região que se destaca é a do Planalto Norte, que aparece na segunda posição em 2020 (357,5) e 2021 (359,3) e na terceira em 2019 (330,2), ano em que a Região de Laguna aparece em segundo lugar (342,1). As terceiras posições por taxa de mortalidade em 2020 e 2021 foram ocupadas, respectivamente, pelas regiões Carbonífera (349,3) e de Laguna (357,0), conforme expõe o **quadro 5**.

QUADRO 5: Número, proporção e taxa de mortalidade pelas principais causas de DCNT, de 30 a 69 anos, por região de residência. Santa Catarina, 2019, 2020 e 2021*

17 Regiões de Residência de SC	2019			2020			2021		
	n°	%	Taxa	n°	%	Taxa	n°	%	Taxa
Extremo Oeste	264	2,5%	215,0	217	2,1%	193,9	267	2,4%	212,4
Oeste	491	4,6%	262,1	506	4,8%	289,7	577	4,07%	296,7
Xanxerê	209	2,0%	208,6	207	2,0%	224,2	222	2,22%	215,7
Alto Vale do Itajaí	440	4,2%	291,6	474	4,5%	337,5	499	4,43%	320,1
Foz do Rio Itajaí	1010	9,6%	278,6	1019	9,8%	298,5	1078	9,55%	281,1
Médio Vale do Itajaí	995	9,4%	239,9	1017	9,7%	261,9	1097	9,81%	253,7
Grande Florianópolis	1827	17,3%	283,5	1823	17,5%	303,9	1943	17,34%	289,0
Meio Oeste	289	2,7%	294,0	280	2,7%	309,8	244	2,34%	242,1
Alto Vale Rio do Peixe	461	4,4%	322,8	459	4,4%	346,2	519	4,45%	353,9
Alto Uruguai Catarinense	207	2,0%	269,6	181	1,7%	260,3	161	1,42%	206,8
Nordeste	1108	10,5%	296,2	1031	9,9%	295,6	1104	9,84%	283,6
Planalto Norte	626	5,9%	330,2	628	6,0%	357,5	699	6,19%	359,3
Serra Catarinense	558	5,3%	385,9	544	5,2%	412,4	559	5,00%	381,8
Extremo Sul	314	3,0%	303,1	329	3,2%	344,1	379	3,34%	353,2
Carbonífera	733	6,9%	317,3	749	7,2%	348,9	734	6,54%	306,4
Laguna	669	6,3%	342,1	591	5,7%	326,4	720	6,42%	357,0
Vale do Itapocu	371	3,5%	238,5	380	3,6%	256,7	440	3,94%	269,3
Total	10572	100%	286,1	10435	100%	303,8	11242	100%	293,2

Fonte: SIM/DIVE/GADNT/SES/SC, 2022.

*Dados de 2021 gerados em 14/09/2022, sujeitos à revisão e alterações.

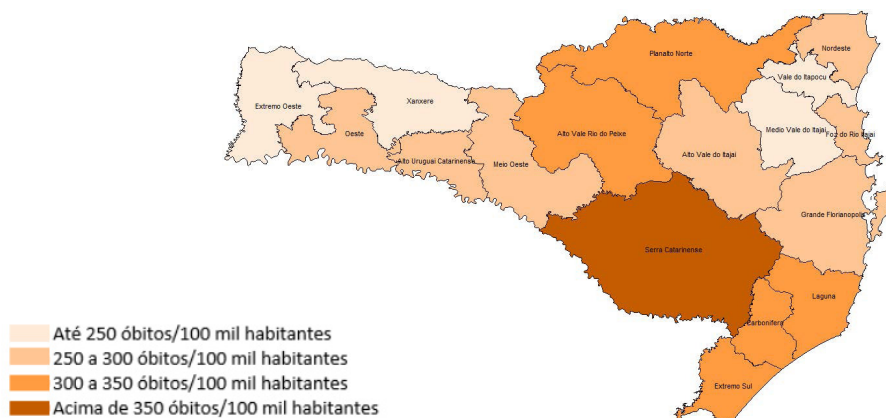
Nota¹: Taxa de Mortalidade por causa específica calculada por 100.000 habitantes.

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

Ao serem comparadas as taxas de mortalidade dos três anos analisados em cada região, percebe-se que houve um crescimento gradual nas regiões do Oeste (262,1; 289,7; 296,7), Alto Vale do Rio do Peixe (322,8; 346,2; 353,9), Planalto Norte (330,2; 357,5; 359,3), Extremo Sul (303,1; 344,1; 353,2) e Vale do Itapocu (238,5; 256,7; 269,3); enquanto as regiões do Alto Uruguai Catarinense (269,6; 260,3; 206,8) e Nordeste (296,2; 295,6; 283,6) tiveram uma diminuição gradual das taxas de mortalidade prematura (**quadro 5**).

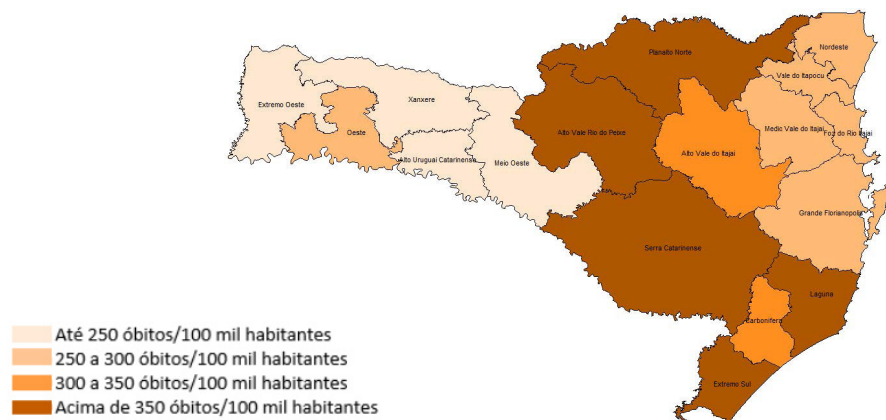
As **figuras 3 e 4** trazem os mapas que ilustram a distribuição espacial da TMP pelas principais causas de mortalidade por DCNT, distribuídas nas 17 regiões de saúde de Santa Catarina. Foram selecionados os anos de 2019 (antes da pandemia Covid-19) e 2021 (no curso da pandemia Covid-19) para que se permita visualizar a situação de saúde em distintos cenários epidemiológicos. As regiões foram classificadas em quatro divisões, conforme os intervalos das taxas de mortalidade selecionadas, como mostra a legenda dos mapas.

FIGURA 3: Distribuição espacial da taxa de mortalidade precoce (30 a 69 anos de idade) (por 100 mil habitantes) pelas principais causas de DCNT, segundo região de residência. Santa Catarina, 2019*



Fonte: Tabwin/Sistema de Informações sobre Mortalidade - DIVE/GADNT/SES/SC, 2022.
 *Dados gerados em 14/09/2022, sujeitos à revisão e alterações.

FIGURA 4: Distribuição espacial da taxa de mortalidade precoce (30 a 69 anos de idade) (por 100 mil habitantes) pelas principais causas de DCNT, segundo região de residência. Santa Catarina, 2019*



Fonte: Tabwin/Sistema de Informações sobre Mortalidade - DIVE/GADNT/SES/SC, 2022.
 *Dados gerados em 14/09/2022, sujeitos à revisão e alterações.

O **quadro 6** demonstra o número absoluto de óbitos, proporção e taxa de mortalidade devido a cada uma das quatro principais DCNT, conforme distribuição entre os residentes, de 30 a 69 anos, das 17 regiões de saúde de Santa Catarina, do ano de 2021. A análise do quadro demonstrou que a região do Extremo Sul apresentou a maior TMP para as doenças cardiovasculares (171,5 óbitos/100 mil habitantes), seguida das regiões de Laguna (163,6) e Serra Catarinense (163,2). Em relação às neoplasias se destacaram as regiões do Planalto Norte (176,3), Serra Catarinense (161,9) e Alto Vale do Itajaí (155,9). No que se refere às doenças respiratórias crônicas, a Serra Catarinense apresentou a maior TMP (22,5), seguida das regiões Extremo Sul (20,5) e Alto Vale do Itajaí (19,2). Já em relação a diabetes mellitus se destacaram as regiões do Alto Vale do Rio do Peixe (45,0), Planalto Norte (40,1) e Serra Catarinense (34,2).

A análise horizontal evidenciou a região da Serra Catarinense com TMP dentre as três mais altas em todas as quatro principais DCNT no ano de 2021: primeira nas doenças respiratórias crônicas, segunda nas neoplasias e terceira nas doenças cardiovasculares e diabetes mellitus. A região do Planalto Norte se destacou nas mais altas TMP em neoplasias e diabetes mellitus, e o Extremo Sul Catarinense na maior taxa para doenças cardiovasculares e segunda maior para doenças respiratórias crônicas.

QUADRO 6: Número, proporção e taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) pelas principais causas de DCNT, por região de residência, Santa Catarina, 2021*

17 Regiões de Residência de SC	D. Cardiovasculares			Neoplasias			D. Respiratórias			Diabetes Mellitus		
	n°	%	Taxa	n°	%	Taxa	n°	%	Taxa	n°	%	Taxa
Extremo Oeste	85	1,8%	67,6	146	2,8%	116,1	16	2,9%	12,7	50	2,4%	15,9
Oeste	227	4,8%	116,7	288	5,6%	148,1	28	5,1%	14,4	35	4,1%	18,0
Xanxerê	88	1,9%	85,5	104	2,0%	101,1	13	2,4%	12,6	17	2,0%	16,5
Alto Vale do Itajaí	199	4,2%	127,7	243	4,7%	155,9	30	5,5%	19,2	27	3,2%	17,3
Foz do Rio Itajaí	397	8,4%	103,5	512	9,9%	133,5	63	11,6%	16,4	106	12,5%	27,6
Médio Vale do Itajaí	447	9,5%	103,4	525	10,2%	121,4	40	7,4%	9,3	85	10,1%	19,7
Grande Florianópolis	828	17,6%	123,1	949	18,4%	141,1	70	12,9%	10,4	96	11,4%	14,3
Meio Oeste	92	2,0%	91,3	123	2,4%	122,1	11	2,0%	10,9	17	2,0%	16,9
Alto Vale Rio do Peixe	233	5,0%	158,9	192	3,7%	130,9	28	5,1%	19,1	66	7,8%	45,0
Alto Uruguai Catarinense	60	1,3%	77,1	77	1,5%	98,9	13	2,4%	16,7	11	1,3%	14,1
Nordeste	516	11,0%	132,6	465	9,0%	119,5	51	9,4%	13,1	72	8,5%	18,5
Planalto Norte	241	5,1%	123,9	343	6,7%	176,3	37	6,8%	19,0	78	9,2%	40,1
Serra Catarinense	239	5,1%	163,2	237	4,6%	161,9	33	6,1%	22,5	50	5,9%	34,2
Extremo Sul	184	3,9%	171,5	140	2,7%	130,5	22	4,0%	20,5	33	3,9%	30,8
Carbonífera	386	8,2%	161,1	273	5,3%	114,0	30	5,5%	12,5	45	5,3%	18,8
Laguna	330	7,0%	163,6	302	5,9%	149,8	38	7,0%	18,8	50	5,9%	24,8
Vale do Itapocu	155	3,3%	94,9	227	4,4%	138,9	21	3,9%	12,9	37	4,4%	22,6
Total	4707	100%	122,7	5146	100%	134,2	544	100%	14,2	845	100%	22,0

Fonte: SIM/DIVE/GADNT/SES/SC, 2022.

*Dados de 2021 gerados em 14/09/2022, sujeitos à revisão e alterações.

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

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

No grupo das doenças cardiovasculares, o infarto agudo do miocárdio foi a causa mais frequente de óbito prematuro em ambos os sexos no Estado em 2021, chegando a 31,1% nos homens e 21,7% nas mulheres. Dentre as neoplasias se destacaram no sexo masculino o câncer de brônquios e pulmões (16,1%) e nas mulheres o de mama (19%). A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) sobressaiu em ambos os sexos com mais de 80% dos óbitos prematuros por doenças respiratórias crônicas (**quadro 7**).

Em relação às neoplasias, as localizações topográficas primárias que se destacaram nos homens com as maiores TMP foram brônquios e pulmões (23,2 óbitos a cada 100 mil homens), estômago (12,60) e esôfago (10,5), e nas mulheres os cânceres primários de mama (23,5 óbitos por 100 mil mulheres), brônquios e pulmões (17,6) e colo do útero (8,9).

QUADRO 7: Número, proporção e taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) por DCNT segundo sexo e causas mais frequentes por grupo. Santa Catarina, 2021*

D. Cardiovasculares	Masculino				Feminino		
	n°	%	Taxa		n°	%	Taxa
Infarto agudo do miocárdio	928	31,1%	47,8	Infarto agudo do miocárdio	373	21,7%	19,7
D. Isquêmica crônica do coração	252	8,4%	13,0	Hipertensão essencial	168	9,8%	8,9
Hipertensão essencial	232	7,8%	12,0	Ac. vascular cerebral NE*	133	7,7%	7,0
Neoplasias							
Brônquios e pulmões	450	16,1%	23,2	Mama	445	19,0%	23,5
Estômago	245	8,7%	12,6	Brônquios e pulmões	334	14,2%	17,6
Esôfago	204	7,3%	10,5	Colo do útero	168	7,2%	8,9
Doenças respiratórias crônicas							
DPOC*	257	82,1%	13,2	DPOC*	188	81,0%	9,9
Enfisema	30	9,6%	1,5	Asma	19	8,2%	1,0
Asma	12	3,8%	0,6	Enfisema	18	7,8%	0,9
Diabetes Mellitus							
Não especificada	249	56,2%	12,8	Não especificada	208	51,74%	11,0
Não-insulino-dependente	122	27,5%	6,3	Não-insulino-dependente	115	28,61%	6,1
Insulino-dependente	71	16,0%	3,7	Insulino-dependente	78	19,40%	4,1

Fonte: : SIM/DIVE/GADNT/SES/SC, 2022.

*Dados de 2021 gerados em 14/09/2022, sujeitos à revisão e alterações.

*NE: Não especificada

*DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

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

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

No país, o câncer de pulmão é a neoplasia com maior taxa de mortalidade, tendo se tornado, de acordo com dados do INCA, uma das principais causas evitáveis de morte no fim do século XX, uma vez que está intimamente relacionado ao tabagismo. O diagnóstico é feito, geralmente, em estádios avançados por ser incomum a presença de sintomas nos estágios iniciais da doença, o que aumenta a probabilidade de ocorrência de sintomas debilitantes, fracasso das intervenções e desfechos desfavoráveis (INCA, 2015).

No que se refere à incidência, no Brasil, à exceção do câncer de pele não melanoma (CPNM), destacam-se nos homens os cânceres de próstata (29,2%), cólon e reto (9,1%) e pulmão (7,9%). Já nas mulheres, a maior incidência de tumor primário se refere a mama (29,7%), cólon e reto (9,2%) e colo do útero (7,5%) (INCA, 2020).

Para o ano de 2022 foram estimados 66.280 casos novos de câncer de mama no Brasil, o que representa uma taxa de incidência de 61,6 casos a cada 100 mil mulheres, com as mais altas taxas identificadas na Região Sudeste (81,06/100 mil) e Sul (71,16/100 mil). Para o Estado de Santa Catarina, as estimativas indicam uma incidência de câncer de colo de útero de 26,6 casos a cada 100 mil mulheres (970 novos casos), e de câncer de mama de 93,0 casos a cada 100 mil mulheres (3370 novos casos) em 2022 (INCA, 2019a).

Diante disso, tem-se na mortalidade prematura por DCNT um parâmetro importante na medida das condições de saúde de uma população, representando um instrumento útil para o planejamento e para a definição de prioridades na área da saúde. O monitoramento da sua tendência é fundamental para avaliar programas de intervenção e identificar os grupos populacionais que se encontram sob maior risco.

ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS POR DCNT

Para que se possa compreender o real impacto de uma doença na população, não basta analisar os óbitos por ela causados. Com a intenção de entender a magnitude dos efeitos à saúde gerados por mais de cem doenças, lesões e fatores de risco, em 1990 foi publicado o primeiro Global Burden of Disease (GBD) Study, ou Estudo da Carga Global da Doença, que incluiu oito regiões do mundo e foi capaz de gerar estimativas consistentes de morbidade e mortalidade por sexo, idade e regiões e apresentar medidas presumíveis e comparáveis de saúde.

O GBD introduziu uma nova métrica, o Disability-Adjusted Life-Year - DALY (anos de vida com ajustamento pela incapacidade), que expande o conceito de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) por morte prematura, e utiliza para seu cálculo, a soma dos APVP por Morte Prematura (YLL - years of life lost due to premature mortality) e dos Anos Vividos com Incapacidade, ou com saúde “não plena” (YLD - years lost due to disability) (WHO, 2008). Essa métrica, que evidencia os anos perdidos de vida plenamente saudável, por morte ou incapacidade (não necessariamente permanente), foi aplicada, também, no Relatório de Desenvolvimento Mundial (1993) e teve grande impacto na política de saúde, visto que evidenciou a carga oculta e negligenciada de algumas áreas da saúde (MORAN et al., 2014).

A comparação dos DALYs calculados para o Brasil, nos anos de 1990 e 2019, mostra que houve uma mudança significativa no perfil das doenças com maior taxa de DALY/100 mil. Em 1990 as duas primeiras causas de maior taxa de DALY eram os transtornos maternos e neonatais (5.914,08 DALYs/100 mil) e as doenças cardiovasculares (4.707,35 DALYs/100 mil), que nos dias atuais ocupam a oitava (1.550,06 DALYs/100 mil) e primeira posição (4.089,91 DALYs/100 mil), respectivamente. As neoplasias partiram de uma taxa de 2.407,83 DALYs/100 mil (1990) para 3.154,45 DALYs/100 mil em 2019 (GBD, 2022).

A projeção dos anos de vida ajustados por incapacidade (DALY) para 2030 prevê um aumento de 37% nos países de baixa renda e 11% nos países de média renda, comparando com a situação de 2008 (GOULART, 2011).

A medida de APVP, indicador que estima o número de anos de vida que a população deixou de viver ao morrer prematuramente (entre 30 e 69 anos), enfatiza as causas específicas de morte que acometem faixas etárias mais jovens, resultando em uma ordenação diferente dessas causas (MASCARELLO, 2022).

Para compor o **quadro 8** foram selecionadas as quatro principais causas de óbito por DCNT em Santa Catarina no período de 2017 a 2021. As neoplasias corresponderam à maior proporção de APVP em todos os anos analisados, seguidas das doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas e diabetes mellitus. No entanto, enquanto esse percentual diminuiu para as neoplasias e doenças respiratórias crônicas, aumentou para as doenças cardiovasculares e diabetes mellitus. No ano de 2021 foram mais de 123 mil anos de vida perdidos prematuramente, destes, 48,1% (59.419) foram devido a neoplasias, 41,6% (51.378) devido a doenças cardiovasculares, 6,7% (8.253) por diabetes mellitus e 3,6% (4.449) por doenças respiratórias crônicas.

QUADRO 8: Número e proporção de anos potenciais de vida perdidos pelas principais causas de DCNT. Santa Catarina, 2017 a 2021*

DCNT	2017			2018			2019			2020			2021		
	n°	%	Taxa	n°	%	Taxa	n°	%	Taxa	n°	%	Taxa	n°	%	Taxa
D. Cardiovasculares	46945	38,6%	49087	40%	47149	38,9%	48850	40,0%	51378	41,6%	41,3%	121,8	4693	41,9%	135,4
Neoplasias	61774	50,8%	62545	51%	61936	51,1%	61010	49,9%	59419	48,1%	45,7%	134,8	5124	45,8%	147,8
D. Resp. Crônicas	5548	4,6%	5348	4%	5137	4,2%	4261	3,5%	4449	3,6%	6,1%	17,9	540	4,8%	15,6
Diabetes Mellitus	7267	6,0%	6490	5%	6999	5,8%	8053	6,6%	8253	6,7%	6,9%	20,4	836	7,5%	24,1
Total	121534	100%	123470	100%	121221	100%	122174	100%	123499	100%	100%	294,9	11193	100%	322,8

Fonte: SIM/DIVE/GADNT/SES/SC, 2022.

*Dados de 2021 gerados em 14/09/2022, sujeitos à revisão e alterações.

Nota¹: Taxa de APVP por causa específica calculada por 1.000 habitantes.

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

MORTALIDADE POR COVID-19 COM MENÇÃO DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE DCNT NA DECLARAÇÃO DE ÓBITO

A Covid-19 é uma doença infecciosa causada pelo SARS-CoV-2, um novo coronavírus identificado na China em dezembro de 2019. Diante do cenário de pandemia, anunciado em março de 2020, foram realizados diversos estudos que identificaram que pessoas com fragilidades no sistema imunológico compunham os grupos de risco, a exemplo dos portadores de DCNT (BRASIL, 2020; WENZHONG e HUALAN, 2020; MALTA et al., 2021).

A mortalidade por Covid-19 depende não apenas do número de casos incidentes, mas também de fatores populacionais como estrutura etária e carga de comorbidades relacionadas ao desenvolvimento de formas severas da doença. Neste contexto, as DCNT são as principais comorbidades dos pacientes com Covid-19, sendo responsáveis pelo agravamento da condição clínica e pela elevação do tempo de internação e das taxas de mortalidade quando associada à infecção por SARS-CoV-2 (BRASIL, 2020; MALTA et al., 2021).



No Brasil, das pessoas que evoluíram a óbito por COVID-19, 70% eram portadoras de DCNT.

Fonte: elaboração própria, DIVE/GADNT/SES/SC, 2022.
FONTE do conteúdo: MALTA et al., 2021.

No **quadro 9** é possível visualizar o número de óbitos, proporção e taxa de mortalidade prematura por Covid-19 com menção de DCNT na declaração de óbito, no Estado de Santa Catarina. As doenças cardiovasculares foram mencionadas com maior frequência, com uma TMP de 21,2 óbitos por 100 mil habitantes no ano de 2020, triplicando para 63,5 em 2021. Em segundo se destacaram as neoplasias que tiveram suas taxas praticamente dobradas de um ano para o outro, passando de 3,5 para 6,4 óbitos por 100 mil habitantes, seguido das doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus respectivamente.

QUADRO 9: Número, proporção e taxa de mortalidade por Covid-19 com menção de DCNT na declaração de óbito, na faixa etária de 30 a 69 anos de idade. Santa Catarina, 2020 e 2021*

DCNT	2020			2021		
	n°	%	Taxa	n°	%	Taxa
D. Cardiovasculares	800	73,7%	21,2	2434	79,1%	63,5
Neoplasias	133	12,3%	3,5	244	7,9%	6,4
D. Resp. Crônicas	103	9,5%	2,7	268	8,7%	7,0
Diabetes Mellitus	49	4,5%	1,3	132	4,3%	3,4
Total	1085	100,0%	28,8	3078	100,0%	80,3

Fonte: SIM/DIVE/GADNT/SES/SC, 2022.

*Dados de 2020 e 2021 gerados em 14/09/2022, sujeitos à revisão e alterações.

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

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

Ao analisar a distribuição da mortalidade por Covid-19 com menção de DCNT na faixa etária prematura entre os sexos masculino e feminino (**quadro 10**), identifica-se que os homens obtiveram as maiores taxas, chegando a 46,9 óbitos a cada 100 mil habitantes em 2021. As doenças cardiovasculares predominaram em ambos os sexos nos dois anos, já as doenças respiratórias crônicas que estavam em terceiro lugar como as mais associadas ao óbito por Covid-19 em 2020, passaram a ser a segunda mais frequente causa em 2021.

QUADRO 10: Número, proporção e taxa de mortalidade por Covid-19 com menção de DCNT na declaração de óbito, por sexo, na faixa etária de 30 a 69 anos de idade. SC, 2020 e 2021.

Covid c/ menção DCNT	2020						2021					
	Masculino			Feminino			Masculino			Feminino		
	n°	%	Taxa	n°	%	Taxa	n°	%	Taxa	n°	%	Taxa
D. Cardiovasculares	515	76%	13,7	285	71%	7,6	1459	81%	38,0	975	76%	25,4
Neoplasias	75	11%	2,0	58	14%	1,5	123	7%	3,2	121	9%	3,2
D. Resp. Crônicas	62	9%	1,6	41	10%	1,1	142	8%	3,7	126	10%	3,3
Diabetes Mellitus	29	4%	0,8	20	5%	0,5	75	4%	2,0	57	4%	1,5
Total	681	100%	18,1	404	100%	10,7	1799	100%	46,9	1279	100%	33,4

Fonte: SIM/DIVE/GADNT/SES/SC, 2022.

*Dados de 2020 e 2021 gerados em 14/09/2022, sujeitos à revisão e alterações.

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

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

Desde o surgimento da Covid-19, os números de casos cresceram exponencialmente com impactos para a sociedade, a economia e a saúde dos indivíduos. As formas mais graves da doença estão associadas a grupos vulneráveis, como os portadores de DCNT (ESTRELA et al., 2020). Assim, a redução nas taxas de mortalidade pelo conjunto das quatro doenças mais incidentes das DCNT em 2021 na maioria das regiões de residência no estado de Santa Catarina pode estar relacionado ao impacto da pandemia do vírus SARS-CoV-2.

AS INTERNAÇÕES POR DCNT NO ESTADO DE SANTA CATARINA

As internações por DCNT refletem o estilo de vida adotado pela população e o acesso, a qualidade e o desempenho dos serviços prestados na atenção primária. Considera-se que o primeiro nível de atenção tem a resolutividade como um de seus atributos essenciais, de forma a resolver mais de 85% dos problemas de saúde da sua população (MELLO et al., 2019).

Em 2019, as três maiores taxas de internação entre pessoas de 30 a 69 anos pelas DCNT foram as apresentadas pelas regiões de Laguna (253,6 internações a cada dez mil habitantes), Xanxerê (246,6) e Meio Oeste (233,3). Em 2020, a região de Xanxerê assumiu o primeiro lugar, com a maior taxa de internação (195,9), enquanto Laguna caiu para a terceira colocação (185,9) e em segundo lugar assumiu a região do Alto Uruguai Catarinense (192,5). Em 2021, as regiões de Laguna e Xanxerê deixam de aparecer no ranking das três maiores taxas de internação, cedendo a primeira colocação à região Oeste (169,1), seguida pela Serra Catarinense (167,0) e Meio Oeste (165,2). As menores taxas de internação, nos três anos analisados, ocorreram na região Foz do Rio Itajaí, com 115,7 internações a cada mil habitantes em 2019, 106,9 em 2020 e 89,0 em 2021 (**quadro 11**).

Todas as regiões de saúde apresentaram queda na taxa de internação por DCNT, entre habitantes com 30 a 69 anos de idade, quando comparados os anos de 2019 e 2021, com destaque para Xanxerê, que em 2019 apresentava a maior taxa de internação (246,6/mil) e sofreu uma redução de 43,3% em 2021 (139,8).

QUADRO 11: Número, proporção e taxa de internação por DCNT entre 30 a 69 anos, por região de saúde. Santa Catarina, 2019, 2020 e 2021*

17 Regiões de Residência de SC	2019			2020			2021		
	n°	%	Taxa	n°	%	Taxa	n°	%	Taxa
Extremo Oeste	2222	3,5%	180,9	1688	3,2%	135,9	1402	2,9%	111,5
Oeste	4027	6,4%	215,0	3274	6,2%	171,5	3289	6,8%	169,1
Xanxerê	2471	3,9%	246,6	1988	3,8%	195,9	1439	3,0%	139,8
Alto Vale do Itajaí	2141	3,4%	141,9	2281	4,3%	148,8	2035	4,2%	130,5
Foz do Rio Itajaí	4195	6,7%	115,7	3988	7,5%	106,9	3414	7,1%	89,0
Médio Vale do Itajaí	6504	10,4%	156,8	6041	11,4%	142,5	5908	12,2%	136,7
Grande Florianópolis	8847	14,1%	137,3	7208	13,6%	109,3	7018	14,5%	104,4
Meio Oeste	2292	3,7%	233,2	1820	3,4%	183,0	1665	3,4%	165,2
Alto Vale Rio do Peixe	2804	4,5%	196,4	2277	4,3%	157,5	2148	4,4%	146,5
Alto Uruguai Catarinense	1569	2,5%	204,4	1490	2,8%	192,5	1279	2,6%	164,3
Nordeste	6198	9,9%	165,7	5102	9,6%	133,6	4667	9,7%	119,9
Planalto Norte	3375	5,4%	178,0	2899	5,5%	151,0	2594	5,4%	133,4
Serra Catarinense	3081	4,9%	213,1	2435	4,6%	167,5	2445	5,1%	167,0
Extremo Sul	1790	2,9%	172,8	1657	3,1%	157,2	1419	2,9%	132,2
Carbonífera	4130	6,6%	178,8	3187	6,0%	135,3	2677	5,5%	111,8
Laguna	4959	7,9%	253,6	3692	7,0%	185,9	3246	6,7%	161,0
Vale do Itapocu	2158	3,4%	138,7	1946	3,7%	121,9	1684	3,5%	103,1
Total	62763	100%	169,9	52973	100%	140,7	48329	100%	126,0

Fonte: SIM/DIVE/GADNT/SES/SC, 2022.

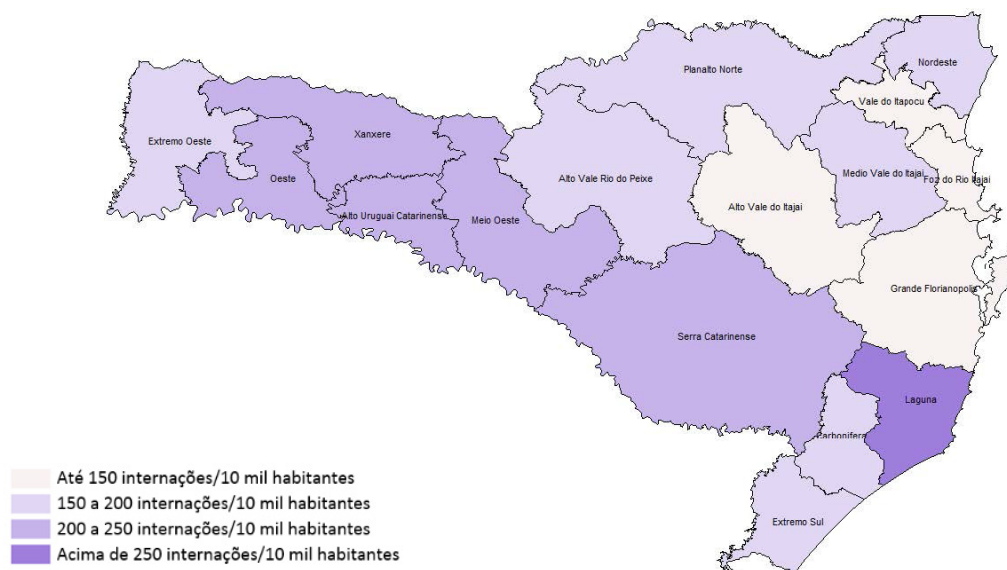
*Dados de 2019, 2020 e 2021 gerados em 16/09/2022, sujeitos à revisão e alterações.

Nota¹: Taxa de internação por causa específica calculada por 10.000 habitantes.

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

Nos anos pandêmicos (2020-2021) foi possível identificar queda nas taxas de internação em todas as 17 regiões do Estado em comparação ao ano de 2019 (figura 5 e 6), sendo que nenhuma alcançou taxas superiores a duzentas internações devidas a DCNT a cada 10 mil habitantes com idade entre 30 e 69 anos. Entretanto, essa redução pode não refletir a realidade, considerando o impacto causado nos serviços de saúde e nos hábitos da população, inclusive os relacionados à busca por atendimento.

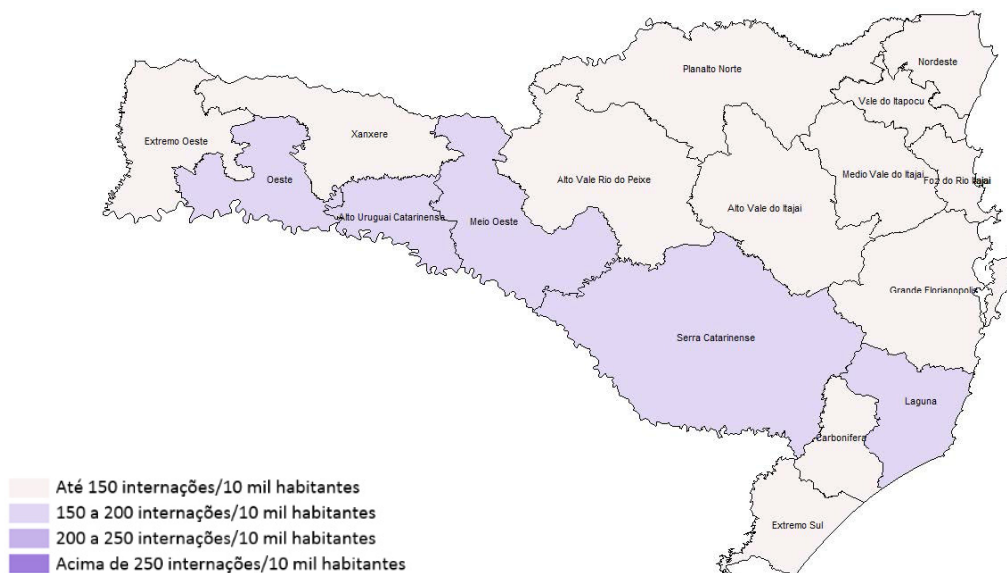
FIGURA 5: Distribuição espacial da taxa de internação entre 30 a 69 anos (por 10.000 habitantes) pelas principais causas de DCNT, segundo região de residência. Santa Catarina, 2019*



Fonte: Tabwin/Sistema de Informações sobre internação - SIH/DIVE/GADNT/SES/SC, 2022.

*Dados gerados em 16/09/2022, sujeitos à revisão e alterações.

FIGURA 6: Distribuição espacial da taxa de internação entre 30 a 69 anos (por 10.000 habitantes) pelas principais causas de DCNT, segundo região de residência. Santa Catarina, 2021*



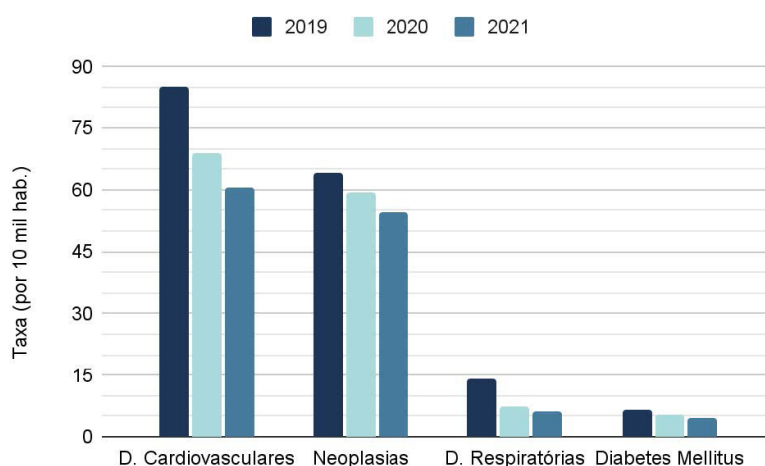
Fonte: Tabwin/Sistema de Informações sobre internação - SIH/DIVE/GADNT/SES/SC, 2022.

*Dados gerados em 16/09/2022, sujeitos à revisão e alterações.

Borges et al. (2020), em estudo realizado com o objetivo de apresentar o impacto da pandemia de Covid-19 em pacientes com doenças crônicas e a sua correlação ao acesso a serviços de saúde no ano de 2020 verificou que a maior parte dos indivíduos não procuraram atendimento de saúde (78,3%). Entre os que procuraram (21,7%), a maior parte conseguiu atendimento (86,1%), enquanto uma parcela menor não conseguiu (13,9%). A redução na procura por atendimento no início da pandemia demonstrou os efeitos das medidas regulatórias no comportamento das pessoas, que tinham medo de se contaminarem nos hospitais. Além disso, os serviços de saúde foram reorganizados para evitar a saturação, com a remarcação de cirurgias eletivas, por exemplo.

A **figura 7** traz o número, a proporção e a taxa de internação em relação a cada uma das quatro principais DCNT, no Estado, no período de 2019 a 2021, em pessoas de 30 a 69 anos de idade. As doenças cardiovasculares se destacaram com as mais altas taxas de internação nos três anos analisados, embora com diminuição de 28,9%, indo de 85,3 internações a cada 10.000 habitantes para 60,6. As doenças respiratórias crônicas, entre 2019 e 2021, diminuíram em 55,6% a taxa de internação (de 14,2 em 2019 para 6,3 em 2021). As neoplasias e a diabetes mellitus reduziram a taxa de internação de 2019 para 2021 em 7,6% e 14,1%, respectivamente.

FIGURA 7: Taxa de internação por DCNT, de 30 a 69 anos. Santa Catarina, 2019, 2020 e 2021*



Fonte: SIH/DIVE/GADNT/SES/SC, 2022.

*Dados de 2019, 2020 e 2021 gerados em 16/09/2022, sujeitos à revisão e alterações.

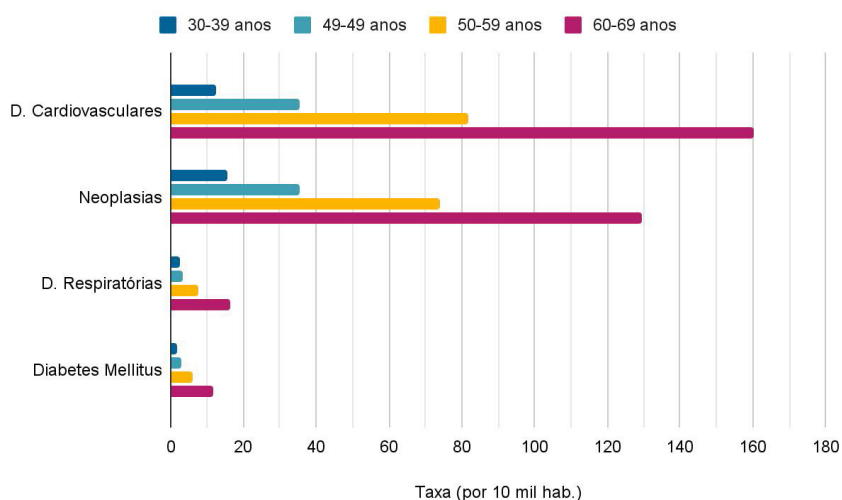
Nota¹: Taxa de internação por causa específica calculada por 10.000 habitantes.

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

Embora as internações tenham reduzido durante a pandemia, a gravidade daqueles que chegaram a ser internados aumentou, resultando em maior mortalidade hospitalar. O maior impacto se deu entre pessoas com doenças cardiovasculares, como infartos, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca, que ocorrem mais frequentemente naqueles indivíduos com diabetes, hipertensão e obesidade, ou seja, doenças crônicas que são fatores de maior gravidade para a Covid-19. Para as neoplasias, a redução foi menor em comparação às outras doenças. Uma hipótese é a de que o acompanhamento desses pacientes é mais próximo e, geralmente, as cirurgias não podem ser adiadas (BRANT et al., 2021).

Ao analisar as internações entre 2019 e 2021 pelas principais DCNT de acordo com as faixas etárias (**figura 8**), percebe-se que, assim como a taxa de mortalidade, a taxa de internação entre 60 a 69 anos é a maior para os quatro grupos de DCNT. No entanto, mesmo sendo preveníveis, as DCNT têm atingido faixas etárias cada vez mais jovens, que irão sofrer as consequências dessas doenças a longo prazo e utilizar com mais frequência os serviços de saúde. Ressalta-se que, na faixa etária de 30 a 39 anos, as neoplasias apresentam a maior taxa entre as quatro DCNT, com 5,7 internações por 10.000 habitantes.

FIGURA 8: Taxa de internação por DCNT, por faixa etária (30 a 69 anos de idade). Santa Catarina, 2021*



Fonte: SIH/DIVE/GADNT/SES/SC, 2022.

*Dados de 2021 gerados em 16/09/2022, sujeitos à revisão e alterações.

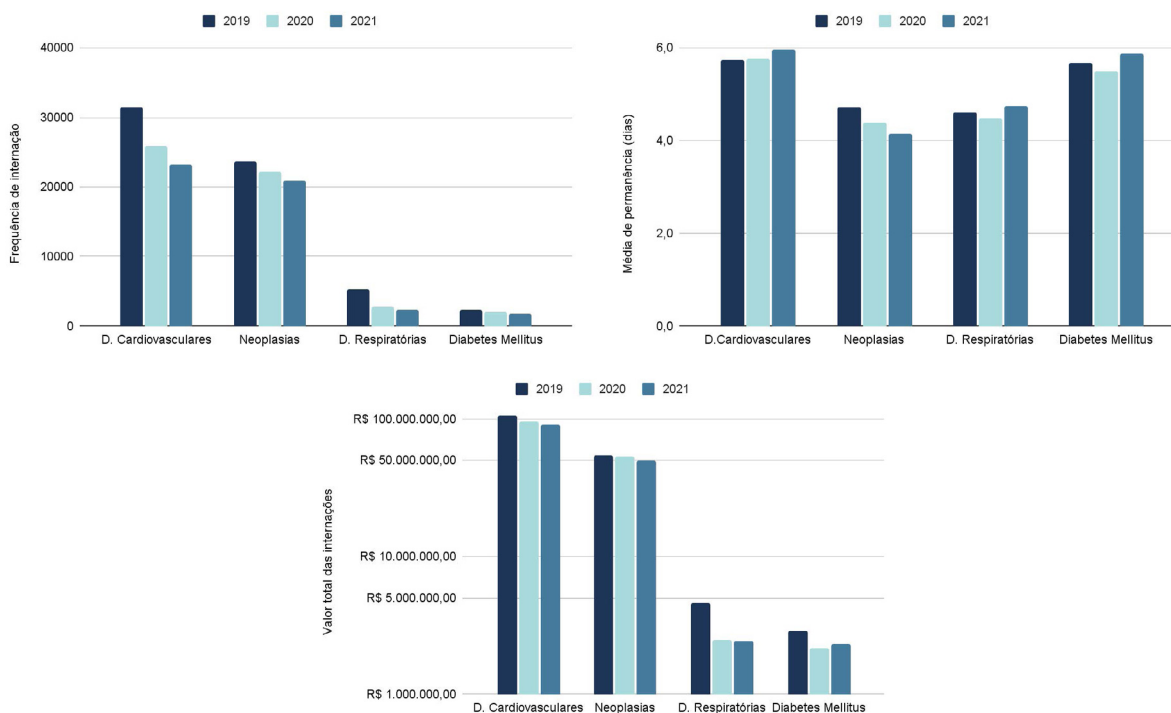
Nota¹: Taxa de internação por causa específica calculada por 10.000 habitantes.

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

Na **Figura 9** é possível visualizar a frequência, o valor e o tempo de permanência das internações hospitalares por DCNT em Santa Catarina, na faixa etária de 30 a 69 anos, nos anos de 2019 a 2021. Quantificar essa informação permite avaliar o ônus que recai sobre os sistemas de saúde devido à prevalência ou agravamento de uma enfermidade e é a primeira etapa para as análises de custo-efetividade do acompanhamento do doente.

As doenças cardiovasculares lideraram os maiores custos financeiros devido à frequência e tempo de permanência, no comparativo das quatro principais DCNT. Em relação à frequência de internação, as doenças cardiovasculares e neoplasias se destacaram. Já em relação ao tempo médio de permanência, sobressaíram as doenças cardiovasculares e a diabetes mellitus.

FIGURA 9: Frequência, valor e média de tempo de permanência (em dias) das internações hospitalares por DCNT, de 30 a 69 anos. Santa Catarina, 2019 a 2021.



Fonte: SIH/DIVE/GADNT/SES/SC, 2022.

*Dados de 2019, 2020 e 2021 gerados em 16/09/2022, sujeitos à revisão e alterações.

No período de janeiro de 2019 a dezembro de 2021, foram registradas 66.798 internações de pacientes com diagnóstico de neoplasia maligna no Estado, o equivalente a 40,7% das internações dentre as quatro principais DCNT. Segundo Machado et al. (2021) o tratamento oncológico apresenta um custo mais alto em comparação aos demais tratamentos oferecidos pelo SUS, tratamento que custava cerca de US\$ 3.796,00 por paciente em 2011, sendo que 30% estava relacionado às internações hospitalares e o restante a procedimentos ambulatoriais.

Estudos internacionais sobre custos em saúde apontam que há diferença de 70% nos gastos, quando comparados os indivíduos com e sem diabetes. Este impacto está relacionado a hospitalizações e medicamentos e pode representar metade das despesas em saúde no tratamento desta condição crônica (MATA-CASES et al., 2016; SAUNDANKAR et al., 2015). Pesquisas nacionais sobre internações hospitalares indicam o diabetes como uma das doenças que permite avaliar a qualidade da atenção primária ofertada à população (SANTOS et al., 2015; SOUZA et al., 2017; SCHILLING et al., 2017).

Os custos dos diagnósticos, tratamentos e acompanhamentos das DCNT são cada vez mais elevados, sem que se obtenham resultados eficazes nas taxas de morbimortalidade. Dessa forma, medidas que visam à redução de custo tornam-se importantes tanto para os pacientes quanto para os sistemas de saúde. Os custos com prevenção são menores do que os das internações e as investigações acerca da morbidade e dos gastos associados tornam-se fundamentais para a elaboração de indicadores que orientem a promoção da saúde e a prevenção de doenças crônicas, visando aprimorar a gestão do sistema de saúde (FIGUEIREDO et al., 2021).

FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA AS DCNT

Para que haja uma estratégia eficaz de prevenção e promoção da saúde, antes de tudo é preciso saber quais são os principais fatores de risco para o desenvolvimento das DCNT. Para tanto, recomenda-se realizar um mapeamento do perfil epidemiológico da população residente e acompanhar a prevalência desses fatores de risco, a fim de reduzir o avanço das doenças crônico-degenerativas. De acordo com a prevalência de cada fator em grupos populacionais específicos, os gestores podem intervir criando ações e programas para reduzir a exposição dessas pessoas aos riscos de desenvolver as DCNT.

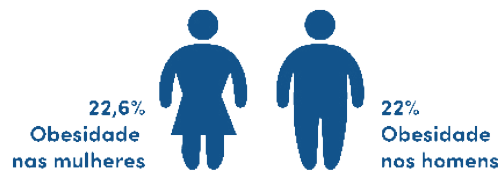
Os fatores de risco para o desenvolvimento das DCNT podem ser classificados como modificáveis ou não modificáveis. Entre os fatores modificáveis estão incluídos obesidade, hipertensão arterial, diabetes tipo 2, colesterol alto, sedentarismo, estresse, ingestão de álcool em grandes quantidades e tabagismo. Ressalta-se que o elevado índice de DCNT no Brasil está amplamente relacionado ao estilo de vida adotado pela população, havendo interferência de determinantes sociais e fatores econômicos, uma vez que as DCNT afetam principalmente populações de baixas escolaridade e renda, mais expostas aos fatores de risco e com menor acesso aos serviços de saúde (ESTRELA et al., 2020). Já os fatores não modificáveis incluem etnia, sexo, herança genética e idade. Este último é o mais importante, considerando a relação direta entre o envelhecimento e o aumento no risco de desenvolver doenças crônicas (CASADO et al., 2009; OMS, 2016).

Dessa forma, os esforços na área de promoção da saúde devem ser focados nos fatores modificáveis já que, em sua maioria, apresentam natureza comportamental. Além disso, é importante entender que as diferenças demográficas, sociais e econômicas de cada população atendida podem gerar diferentes padrões de mortalidade e de morbidade. Existe uma grande relevância dos fatores de risco comportamentais e de estilos de vida na saúde, por serem determinantes sociais significativos das condições crônicas. Há evidências de que o controle dos fatores de risco seria capaz de evitar 80% das doenças cardiovasculares e diabetes, e mais de 40% dos cânceres, por esta razão, torna-se imperativo o incremento dos investimentos em políticas públicas que visem minimizar o impacto desses fatores na saúde da população, contribuindo, assim, com a redução das taxas de mortalidade prematura (MENDES, 2012). Para tanto, deve-se incrementar investimentos em políticas públicas, a fim de minimizar o impacto dos fatores de risco modificáveis como o consumo de álcool e tabaco, dieta desequilibrada e sedentarismo na redução das TMP.



• OBESIDADE

A complexidade do perfil nutricional no Brasil revela a importância de um modelo de atenção à saúde que incorpore ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento das DCNT. O sobrepeso e a obesidade vem sofrendo significativo aumento na população nas duas últimas décadas. O modo de viver da sociedade moderna tem determinado um padrão alimentar que, aliado ao sedentarismo, não favorece a saúde da população.



- É um dos principais fatores de risco para doenças crônicas como hipertensão, intolerância à glicose, dislipidemia, doenças cardiovasculares, diabetes, osteoartrite e mais 13 tipos de câncer.



Fonte da imagem: elaboração própria, DIVE/GADNT/SES/SC, 2022.
Fonte do conteúdo: VIGITEL, 2021; BRASIL, 2022.

A obesidade, considerada uma epidemia mundial devido ao aumento progressivo nas últimas décadas em muitos países desenvolvidos e em desenvolvimento, é um dos mais importantes problemas de saúde global nos dias atuais, sendo associada a diversas DCNT, como doenças cardiovasculares, DM, doenças renais e distúrbios musculoesqueléticos, bem como a diversos tipos de câncer. A alimentação não saudável, o consumo de alimentos ultraprocessados altamente calóricos e a inatividade física têm sido considerados os principais fatores comportamentais associados à obesidade. Por sua vez, por influenciar os estilos de vida dos indivíduos, os aspectos psicológicos, sociais, culturais e ambientais têm sido considerados igualmente relevantes (SOUSA et al., 2021).

Conforme dados obtidos pela pesquisa Vigitel 2021, 57,2% da população brasileira apresenta excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$), sendo 59,9% dos homens e 55% das mulheres. O excesso de peso está presente em todas as faixas etárias a partir de 25 anos, com destaque para a faixa dos 45 aos 64 anos (64,4%). O Vigitel 2021 traz também que 22,4% dos adultos (18 anos ou mais) apresentam obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), com a proporção de 22% dos homens e 22,6% das mulheres. Esse percentual chega a 29,3% nas mulheres com o aumento da idade até os 64 anos, enquanto nos homens o maior percentual ocorre na faixa dos 25 aos 34 anos (25,5%). Há uma diminuição da proporção de obesos conforme aumenta o número de anos de escolaridade do indivíduo, tanto em homens quanto em mulheres, decrescendo de 25,8% a 19,0% quando se consideram ambos os sexos (BRASIL, 2021b).

Em Florianópolis, 21,4% dos homens e 19,2% das mulheres apresentam obesidade (20,2% da população geral), enquanto a proporção de adultos com excesso de peso é de 56,9%, sendo 59,5% dos homens e 54,4% das mulheres (BRASIL, 2021b).

Ao serem comparados os dados da Pesquisa de Orçamento Familiar de 2008–2009 e da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, observa-se que a prevalência do excesso de peso em adultos com idade ≥ 20 anos que dependem exclusivamente do SUS aumentou de 47% para 58% em homens, e de 48% para 59% em mulheres. O gasto total com cânceres associados ao excesso de peso em 2018 foi de R\$2,36 bilhões no Brasil, com previsão de chegar a R\$4,18 bilhões em 2030 e R\$5,66 bilhões em 2040 (INCA, 2021b).

• TABAGISMO



O tabagismo é uma pandemia global e uma importante questão de saúde pública com consequências sociais, ambientais, sanitárias e econômicas, que impõe a necessidade de implementação de medidas a fim de reduzir a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco. Tanto o tabagismo quanto 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, de modo que o uso do tabaco continua sendo líder global entre as causas de mortes evitáveis (WHO, 2014, 2018).

A indústria do cigarro produz o equivalente a 6 trilhões de cigarros ao ano, consumidos por aproximadamente 20% de toda população mundial. Nos últimos dez anos, cerca de 50 milhões de pessoas vieram a falecer em decorrência das complicações causadas pelo uso do tabaco, a maior parte residente em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento (INCA, 2016).

De acordo com o Vigitel 2021, a proporção de adultos fumantes no Brasil é de 9,1%, sendo maior entre os homens (11,8%), quando comparados às mulheres (6,7%). As maiores proporções tendem a ocorrer entre 35 e 64 anos, onde nos homens se destaca a faixa etária dos 35 a 44 anos (17,7%) e nas mulheres dos 55 aos 64 anos (10,3%). O número de anos escolares frequentados influencia positivamente nessa proporção, destacando que aqueles que não frequentam ou frequentaram até 8 anos de estudo exibem uma proporção de 12,9%. Em relação aos fumantes passivos no domicílio, 6,9% da população adulta relatou fazer parte desse grupo passivo, 7,6% dos homens e 6,4% das mulheres. Já no ambiente de trabalho, a proporção de fumantes passivos foi de 5,4% na população em geral, sendo amplamente maior entre os homens (8,1%) do que entre as mulheres (3,2%) (BRASIL, 2021b).

Considerando as capitais dos estados brasileiros e o DF, Florianópolis aparece na 11ª posição (8,8%) em relação à proporção de adultos fumantes de ambos os sexos (22ª posição entre os homens - 9% e terceira posição entre as mulheres - 8,7%), e 17ª posição (6,9%) quando se analisam os fumantes passivos no domicílio (BRASIL 2021b).

Mesmo com a conscientização da população sobre os malefícios causados pelo uso do cigarro e, portanto, queda no número de tabagistas, a indústria do tabaco vem se reinventando e conquistando novos públicos com a introdução do Narguilé e dos Dispositivos Eletrônicos para Fumar (DEF) (INCA, 2016).

O narguilé já existe faz muito tempo, antes mesmo da introdução do tabaco no velho mundo. Foi usado para fumar não só o tabaco, mas também flores, especiarias, frutas, café, marijuana e haxixe. Atualmente, cerca de 100 milhões de indivíduos fazem uso desse produto, tanto homens e mulheres adultos, quanto crianças e adolescentes jovens. Além disso, tornou-se um grave problema de saúde pública, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), pois muitos usuários acreditam que a fumaça do narguilé é muito menos prejudicial do que a fumaça do cigarro pelo fato de passar pela água, funcionando como filtro.

Na realidade, a água tem como função resfriar a fumaça, facilitando a inalação mais profunda e dessa forma, o vapor penetra mais intensamente nos pulmões, carregando muitos agentes causadores de graves danos à saúde, incluindo substâncias cancerígenas, metais pesados, inúmeras partículas tóxicas, além de altos níveis de nicotina, que são eficientemente disponibilizados por meio do narguilé (INCA, 2019).

É importante frisar que, muitas vezes o narguilé, é montado com objetos inadequados e improvisados, usando líquidos inflamáveis, que favorecem casos de incêndios com risco de graves queimaduras e até morte.

De acordo com pesquisa recente realizada pelo Inquérito Telefônico de Fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis em Tempos de Pandemia (COVITEL), a experimentação do narguilé no primeiro trimestre de 2022, foi de 9,8% para o sexo masculino e 5,0 % para o sexo feminino, se destacando na população de jovens entre 18 e 24 anos (17,0%). A região Sul do país obteve a segunda maior prevalência de experimentação (11,5%), ficando abaixo apenas da região Centro-Oeste (13,7%).

Já os DEF, foram introduzidos pela indústria do tabaco como uma “alternativa” para a cessação do tabagismo e redução de danos (INCA, 2016).

O primeiro DEF foi desenvolvido por Herbert A. Gilbert em 1963 na Pensilvânia, porém nunca chegou a ser comercializado pela tecnologia ineficiente da época. Em 2003, o chinês Hon Lik apresentou um novo modelo de cigarro eletrônico capaz de fornecer a nicotina da folha do tabaco em forma de aerossol. Os DEF's já estão na sua quarta geração, mas o mecanismo de funcionamento segue através do sistema de aquecimento que faz a liberação de um vapor líquido, parecido com a fumaça de um cigarro comum, contendo nicotina ou não (MORAIS et al., 2022).

O que aparentemente foi desenvolvido como uma alternativa mais “saudável” que os cigarros comuns, têm demonstrado não ser tão inofensivo assim, já que sua temperatura de vaporização chega a níveis superiores a 350°C, capaz de produzir reações químicas e mudanças nos compostos líquidos introduzidos, liberando substâncias potencialmente tóxicas. Pesquisas evidenciaram que nos cigarros eletrônicos há concentrações maiores de formaldeído (agente carcinogênico) do que em cigarros convencionais (INCA, 2016).

De acordo com pesquisa recente realizada pelo Inquérito Telefônico de Fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis em Tempos de Pandemia (COVITEL), chega a 19,7% a proporção de jovens entre 18 e 24 anos que realizou o experimento de cigarros eletrônicos no primeiro trimestre de 2022, com destaque para o sexo masculino (10,1%). A região Sul do país obteve a segunda maior prevalência de experimentação (10,2%), ficando abaixo apenas da região Centro-Oeste (11,2%).

Estudos recentes evidenciaram uma nova patologia decorrente do uso dos DEF's, chamada EVALI (E-cigarette or Vaping product use Associated Lung Injury), que se refere a lesões pulmonares associadas ao uso do cigarro eletrônico ou produto vaping. Esta patologia se manifesta por meio de sintomas respiratórios e gastrointestinais de diferentes graus, tendo como resultado a hipoxemia decorrente da lesão pulmonar. Desta forma, é extremamente relevante a discussão sobre o tema e a implementação de medidas específicas que possam captar prioritariamente a população jovem, tendo em vista a relevância, a amplitude e as consequências para a saúde pública (TUMEO et al., 2021b).



• BEBIDA ALCOÓLICA

Conforme a OMS, o consumo de álcool é uma atividade que contribui amplamente para a carga de doenças crônicas, de uma forma particular para o câncer, a ponto de afirmar que não existe limite seguro de ingestão de álcool quando se fala na sua prevenção, independente do tipo (cerveja, vinho, destilados) e da qualidade. Porém, embora ainda não exista um limite seguro, o risco aumenta substancialmente conforme aumenta o consumo (WHO, 2020).

O consumo de álcool é considerado abusivo a partir da ingestão de cinco ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião para os homens, e a partir de quatro ou mais doses em uma única ocasião para as mulheres (BRASIL, 2021b).

Os resultados do Vigitel 2021 apontaram que o consumo abusivo de bebidas alcoólicas nos trinta dias anteriores à entrevista entre os adultos foi referido em 18,3% dos casos, sendo 25% dos homens e 12,7% das mulheres. As maiores proporções ocorrem nas faixas etárias de 25 a 34, e 35 a 44 anos, tanto na população em geral (25,5% e 20%, respectivamente), como em homens (30,9% e 29,2%) e mulheres (20,8% e 12,8%). Já em relação a quantidade de anos escolares frequentados, o uso abusivo de bebida alcoólica referido foi diretamente proporcional, com 11,7% até oito anos de estudo e 22,5% acima de 12 anos (BRASIL, 2021b).

Florianópolis está entre as capitais do país com menor consumo abusivo de álcool entre adultos (20,5%), no entanto entre as mulheres ocupa a primeira posição com maior proporção de ingestão (17,5%) (BRASIL, 2021b).

Ao serem comparados os dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 e 2019, tem-se que o consumo de bebida alcoólica em qualquer quantidade por adultos com idade maior ou igual a vinte anos que dependem exclusivamente do SUS, aumentou de 50% para 96% entre os homens, e de 23% para 97% entre as mulheres. Os gastos totais com os cânceres associados ao consumo de bebida alcoólica no Brasil em 2018 foram de R\$1,7 bilhão, podendo chegar a 3 bilhões de reais em 2030 e 4 bilhões em 2040 (INCA, 2022).

• ALIMENTAÇÃO



De acordo com a OMS, uma dieta saudável não só combate a má nutrição, como é capaz de prevenir o desenvolvimento de diversas DCNT. As recomendações incluem, entre outras, o consumo diário pelos adultos de, ao menos, cinco porções de frutas e hortaliças (400 g/dia); a limitação do consumo de açúcar livre (isto é, aquele adicionado aos alimentos pelo consumidor ou fabricante) a no máximo 10% do total de calorias diárias ingeridas (correspondente a 50g, numa dieta de 2000 calorias diárias), embora o ideal seja de até 5%; e, a limitação do consumo de sal, presente principalmente nos alimentos ultraprocessados, a um máximo de 5g ao dia (uma colher de chá) (WHO, 2018).

Fazem parte da pesquisa do Vigitel perguntas relacionadas aos hábitos alimentares e, como resultado do inquérito de 2021, os dados apontam que a proporção de adultos que atingem o consumo diário recomendado de frutas e hortaliças é maior entre as mulheres (26,4%) do que entre homens (16,9%), o que equivale a 22,1% da população geral acima de 18 anos. Observa-se aumento progressivo na proporção conforme o avanço da idade (de 18,4%, entre 18 e 24 anos, para 25% em pessoas de 65 anos ou mais) e quanto maior o número de anos de estudo (17,8%, em indivíduos sem estudo ou com até 8 anos e 29,5% naqueles que estudaram por 12 anos ou mais). Na comparação entre as capitais e o DF, Florianópolis aparece na terceira posição, já que 28,3% da população adulta atinge o consumo recomendado; com os homens ocupando a quinta posição (24,9%) e as mulheres (33,6%) a segunda (BRASIL, 2021b).

Outro fator analisado foi o consumo de refrigerantes em cinco ou mais dias da semana, que foi de 14% na população adulta, sendo mais elevado entre os homens (17,2%) do que entre as mulheres (11,3%). Com o avançar da idade, a proporção diminui progressivamente, indo de 19,7% (entre 18 e 24 anos) a 8,7% (65 anos ou mais). A capital catarinense aparece na 14ª posição geral (12,3%), sendo que entre os homens ocupa a 21ª (9,9%) e a quinta entre as mulheres (14,4%) (BRASIL, 2021b).

No que se refere ao consumo de alimentos processados, o Vigitel questionou sobre o consumo de cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados no dia anterior à entrevista, onde identificou 30,9% da população geral, 27,7% dos homens e 33,7% das mulheres. Percebe-se um aumento diretamente proporcional à faixa etária, variando de 23,4% (18 a 24 anos) a 34,4% (65 anos ou mais), da mesma forma que ocorre aumento da proporção conforme aumentam os anos de escolaridade, de 26,8% naqueles com até 8 anos de escolaridade a 36,7% nos indivíduos que frequentaram 12 ou mais anos escolares. Florianópolis aparece na quinta posição, com uma proporção de 36,9% da população, com 32% dos homens (décima posição) e 41,4% das mulheres (terceira posição) (BRASIL, 2021b).

Comparando os dados da Pesquisa de Orçamento Familiar de 2008-2009 e 2017-2018, observa-se que a frequência de consumo de carne processada (qualquer quantidade), em adultos com idade ≥ 20 anos que dependem exclusivamente do SUS, aumentou de 34% para 64% em homens, e de 31% para 60% em mulheres. Os gastos totais em 2018 com câncer de intestino (colorretal) associado ao consumo de carne processada, foram de R\$545,22 milhões no país, com previsão de chegar a R\$1,03 bilhão em 2030 e R\$1,42 bilhão em 2040. De acordo com a OMS, não há limite seguro para o consumo de carne processada, no que se refere à prevenção do câncer. Assim, recomenda-se evitar o consumo de produtos como presunto, salsicha, linguiça, bacon, mortadela, salame e peito de peru (INCA, 2021b).



• ATIVIDADE FÍSICA

A OMS afirma que a atividade física regular confere à saúde dos adultos inúmeros benefícios, como por exemplo a diminuição da mortalidade por doenças cardiovasculares, a incidência de hipertensão, alguns tipos de câncer e diabetes. Além disso, é capaz de melhorar a capacidade cognitiva e a saúde mental, reduzindo sintomas de ansiedade e depressão e aumentando a qualidade de sono (WHO, 2020).

A edição de 2021 do Vigitel demonstrou que a prática de atividade física no tempo livre de pelo menos 150 minutos semanais com atividade moderada, é realizada por 43,1% dos homens e 31,3% das mulheres, diminuindo com o aumento da idade (de 50,6% para 21,8%) e aumentando quanto maior os anos de escolaridade (de 22,6% para 47,3%). A capital catarinense ocupa, entre as cidades pesquisadas, a sexta posição na população geral (42,2%), a décima entre os homens (46,6%) e a quarta entre as mulheres (39%) (BRASIL, 2021b).

A prática insuficiente de atividade física, ou seja, inferior a 150 minutos de atividade moderada ou a 75 minutos de atividade vigorosa, indicou que nesse quesito se enquadram 48,2% da população (mulheres 55,7% e homens 39,3%). A proporção de adultos fisicamente inativos entre os participantes da pesquisa foi de 15,8% (homens 15,6% e mulheres 16,1%), enquanto 66% dos adultos afirmaram que despendem três horas ou mais por dia assistindo à televisão, usando computador, tablet ou celular, sendo que essa proporção aumenta de forma diretamente proporcional ao número de anos de escolaridade (de 49,2% para 73%), e diminui de forma inversamente proporcional à faixa etária (83,2%, entre 18 e 24 anos, para 51% dos 65 anos para cima). Quando se comparam as capitais e o DF, Florianópolis ocupa a segunda posição nesse ranking (69,9%). No ranking dos fisicamente inativos ocupa a 23ª posição (13,2%) e em relação a prática insuficiente de atividade física a 25ª (42,2%) (BRASIL, 2021b).

A Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 revelou que a frequência de atividade física insuficiente como lazer em adultos com ≥ 20 anos, que dependem exclusivamente do SUS, foi de 70% em homens e de 77% em mulheres. O gasto total com cânceres que têm associação com a atividade física insuficiente no lazer em 2018 foi de R\$1,4 bilhão no Brasil. Estima-se que esses valores cheguem a R\$2,52 bilhões em 2030 e R\$3,44 bilhões em 2040 (INCA 2022).

Uma pesquisa global de opinião pública sobre as percepções em relação ao câncer, liderada pela União Internacional para o Controle do Câncer (UICC), em 2020, apontou que 70,4% dos brasileiros não reconhecem a atividade física como fator de proteção contra a doença e 69,5% não associam o excesso de peso à maior chance de desenvolver tumores malignos. Para a prevenção do câncer, recomenda-se ser fisicamente ativo como parte da rotina diária, limitando os hábitos sedentários, como passar muito tempo assistindo à televisão e usando o celular ou o computador (INCA 2022).

A inatividade física implica em importante fator de risco para DCNT, onde quanto maior a frequência das doenças, maiores são os gastos do SUS com internações. O **quadro 12** trata dos ciclos de vida e das formas de intervenção nas DCNT, considerando os fatores de risco e proteção.

QUADRO 12: Ciclos de vida e formas de intervenção das Doenças Crônicas não Transmissíveis.

CICLOS DE VIDA E FORMAS DE INTERVENÇÃO NAS DCNT	
Fetal	<ul style="list-style-type: none">· Nutrição materna· Pré natal regular, principalmente quanto a glicemias e PA
Infância	<ul style="list-style-type: none">· Suplementação alimentar saudável em grupos alvo de baixas condições socioeconômicas· Promoção do aleitamento materno
Adolescência	<ul style="list-style-type: none">· Programas de nutrição saudável nas escolas· Regulação da publicidade de alimentos· Redução do tempo frente a TV e promoção de exercícios· Proibição de venda de cigarros a menores
Vida adulta	<ul style="list-style-type: none">· Redução de fatores de risco: álcool e tabaco· Desenvolvimento de habilidades no preparo de alimentos saudáveis· Desenvolvimento de programas de bem estar no ambiente de trabalho· Detecção precoce e tratamento: hipertensão, colesterol alto, diabetes
Envelhecimento	<ul style="list-style-type: none">· Redução de fatores de risco: álcool e tabaco· Promoção de controle mediante formação de grupos de auto ajuda (tabaco e álcool)
Todos os estágios	<ul style="list-style-type: none">· “Frutas e vegetais cinco vezes ao dia”· “Trinta minutos de exercícios ao dia”· Prevenção do tabaco (ativo e passivo)· Acesso garantido aos cuidados primários em saúde· Mudanças culturais favoráveis às escolhas saudáveis· Promoção da segurança comunitária

Fonte do conteúdo: European Observatory of Health Systems, 2010 (adaptado).

SAÚDE DA MULHER

Os cânceres de mama e colo de útero estão entre as três neoplasias mais incidentes nas mulheres, configurando grande problema de saúde pública em todo mundo, uma vez que as taxas de morbimortalidade se mantêm crescentes há décadas. Os exames de Papanicolau e mamografia são efetivos na identificação precoce de neoplasias, porém muitas mulheres, ainda assim, não realizam esses exames regularmente (INCA, 2020).

O Ministério da Saúde preconiza a realização de mamografia pelo menos uma vez a cada dois anos para todas as mulheres entre 50 e 69 anos. Conforme dados da pesquisa Vigitel 2021, entre as mulheres entrevistadas nas 26 capitais e no DF, com idade entre 50 e 69 anos, 93,3% alegaram ter feito mamografia em algum momento da vida; dessas, 72,8% revelaram ter realizado o exame nos dois anos anteriores à pesquisa. Ao serem analisadas as cidades separadamente, Florianópolis aparece na 12ª posição entre as mulheres que realizaram o exame pelo menos uma vez na vida (92,8%), e na oitava posição daquelas que foram submetidas à mamografia nos dois anos anteriores à pesquisa (67,5%) (BRASIL, 2021b).

Em relação ao exame de citologia oncológica (Papanicolau), cuja recomendação do MS indica que as mulheres entre 25 e 64 anos devem realizar anualmente (ou a cada três anos, após dois exames anuais negativos), dados do Vigitel 2021 mostram que 82,5% das mulheres dessa faixa etária alegaram ter realizado o exame em algum momento da vida, sendo que 77,2% delas afirmaram ter realizado o exame nos últimos dois anos. Dentre as cidades pesquisadas, Florianópolis aparece em terceiro lugar entre as mulheres que realizaram o exame pelo menos uma vez (88,6%), e na quarta posição, juntamente com Cuiabá e Palmas, entre aquelas que foram submetidas ao exame nos últimos três anos (79%) (BRASIL, 2021b).

DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS CRÔNICAS

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, nos dias atuais, cerca de 600 milhões de indivíduos apresentem hipertensão arterial (HA) em todo o mundo. Estima-se ainda que, até 2025, esse número sofra um aumento de 60%, globalmente, e que haja cerca de 7,1 milhões de mortes anuais associadas à HA (WHO, 2011). A HA acarreta aumento dos custos aos sistemas de saúde, com importante impacto socioeconômico, e representa o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, sendo responsável por significativa contribuição na carga global das doenças e nos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade. Níveis elevados de pressão arterial aumentam a chance de doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença vascular encefálica, insuficiência renal crônica e óbito (MALTA, et al., 2018).

A pesquisa do Vigitel 2021 identificou uma frequência de 26,3% de diagnóstico médico de HAS em indivíduos com mais de 18 anos no Brasil, com um aumento expressivo à medida que se eleva a faixa etária (de 3,8% a 61,0%), e diminuição conforme aumenta o nível de escolaridade (de 44,6% a 17,1%). Entre as 27 capitais, Florianópolis ocupou o 21º lugar na proporção de homens (20,6%) que referiram diagnóstico de HAS e a 13ª posição na proporção de mulheres que referiram o mesmo diagnóstico (25,7%) (BRASIL, 2021b).

O diabetes mellitus é uma doença crônica que afeta cerca de 3% da população mundial, com prospecto de aumento até 2030, dado o envelhecimento populacional (MALTA; SZWARCOWALD, 2019). Pode apresentar complicações crônicas como neuropatia, retinopatia, cegueira, além de pé diabético, amputações e nefropatia (MUZY, et al., 2021). O diabetes mellitus (DM) é uma condição sensível à atenção primária (CSAP), ou seja, é uma enfermidade que poderia ser evitada e controlada a partir de um conjunto de ações oportunas e efetivas de profissionais e gestores no âmbito da atenção básica (ARRUDA et al., 2018).

Na pesquisa Vigitel 2021, 9,1% dos adultos entrevistados referiram ter recebido diagnóstico médico de DM (9,6% das mulheres e 8,6% dos homens), percentual que aumentou com o aumento da faixa etária (de 1,1% a 28,4%) e diminuiu com o aumento do nível de escolaridade (de 17,7% a 5,1%). Dentre as capitais brasileiras, Florianópolis apresentou a terceira menor proporção de homens e a quinta menor proporção de mulheres que referiram diagnóstico médico de DM (BRASIL, 2021b).

PAPEL DA APS | REDUÇÃO DA MORTALIDADE

A cobertura populacional pelas equipes de Atenção Básica tem sido considerada ordenadora do cuidado e eixo estruturante de programas e projetos, consolidando-se num indicador fundamental e um dos fatores responsáveis por reduzir aproximadamente 20% as taxas de mortalidade por DCNT (SUPLICI et al., 2021).

COMPROMISSO ESTADUAL PARA A REDUÇÃO DA MORTALIDADE POR DCNT

O PROGRAMA ESTADUAL DE CONTROLE DO TABAGISMO

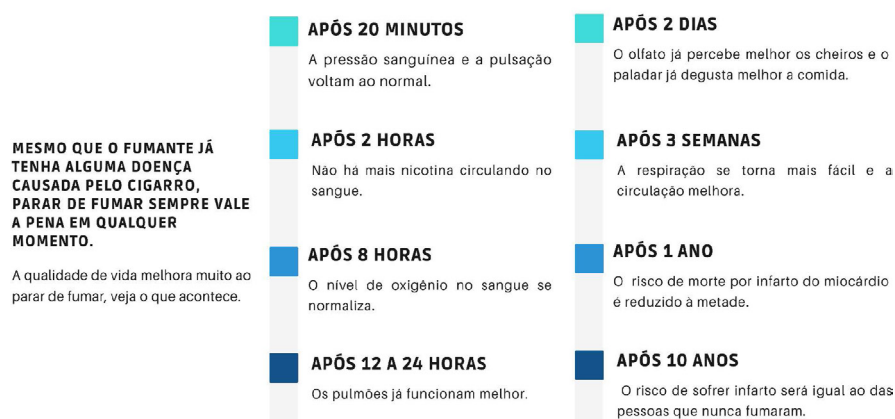
O tabagismo é reconhecido como uma doença crônica causada pela dependência à nicotina e se inclui na 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10) no grupo de transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas. Além de ser uma doença, é fator causal de aproximadamente 50 outras doenças incapacitantes e fatais, como câncer, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2022).

Como resposta a esse grave problema de saúde pública, em 1989, o Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA), instituiu o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). O Programa tem como objetivo geral reduzir a prevalência de fumantes e, conseqüentemente, a morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco (BRASIL, 2022). As secretarias estaduais de saúde possuem coordenações para o PNCT que, por sua vez, descentralizam as ações para os municípios, que também devem ter Coordenador para gerenciar o programa.

Para adesão ao PNCT, o gestor municipal deverá atualizar o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) das unidades que ofertam o tratamento do tabagismo, incluindo o código 119. De acordo com o preconizado pelo PCDT (BRASIL, 2022), o tratamento do tabagismo pode ser iniciado em qualquer nível de atenção à saúde, sendo preferencialmente na Atenção Primária à Saúde (APS). Os profissionais de saúde precisam ter formação em nível superior e serem capacitados para atuar no programa.

O tratamento das pessoas tabagistas inclui avaliação clínica, abordagem mínima ou intensiva, individual ou em grupo e, se necessário, terapia medicamentosa. Este último inclui os seguintes medicamentos: terapia de reposição de nicotina (adesivos e goma) e cloridrato de bupropiona. O tempo de tratamento total preconizado é de 12 meses e envolve as etapas de avaliação, intervenção e manutenção da abstinência (BRASIL, 2022).

A seguir, apresenta-se as etapas dos efeitos da cessação do tabagismo.

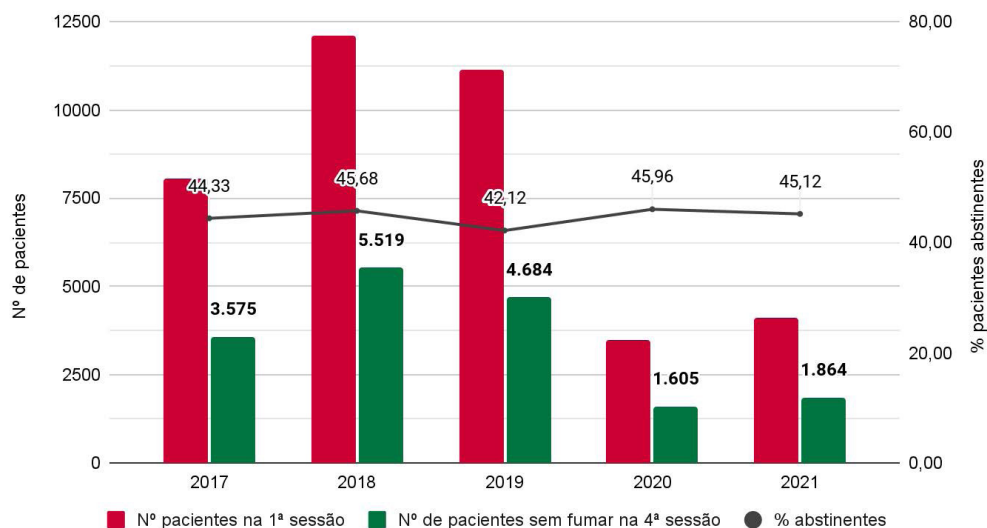


FONTE de imagem: elaboração própria, DIVE/GADNT/SES/SC, 2022.

FONTE do conteúdo: BRASIL, 2022.

O atendimento dos pacientes gera informações que são registradas em planilhas específicas. Essas informações contemplam dados sobre o primeiro mês de tratamento, as sessões de manutenção, número de unidades de saúde que realizaram atendimento, entre outras. Durante os anos de 2017 a 2021 cerca de 38.892 pessoas deram início ao tratamento de cessação do tabagismo através do PNCT implementado pelos municípios do Estado de Santa Catarina. É possível observar, por meio da **figura 10**, que a maior procura ocorreu no ano 2018, com 12.083 pessoas cadastradas, e o período de 2020 e 2021 apresentou os menores registros, provavelmente em decorrência da pandemia de Covid-19 que restringiu diversos serviços devido às medidas de isolamento implementadas. No entanto, ao analisar a proporção de pacientes que permaneceram em abstinência do tabaco ao fim do primeiro mês (4ª sessão), verifica-se que manteve-se praticamente constante em todo o período, o que demonstra a efetividade do programa.

FIGURA 10: Número de pacientes que iniciaram o tratamento para cessação do tabagismo, e número e proporção de pacientes abstinentes na 4ª sessão. Santa Catarina, 2017 a 2021.

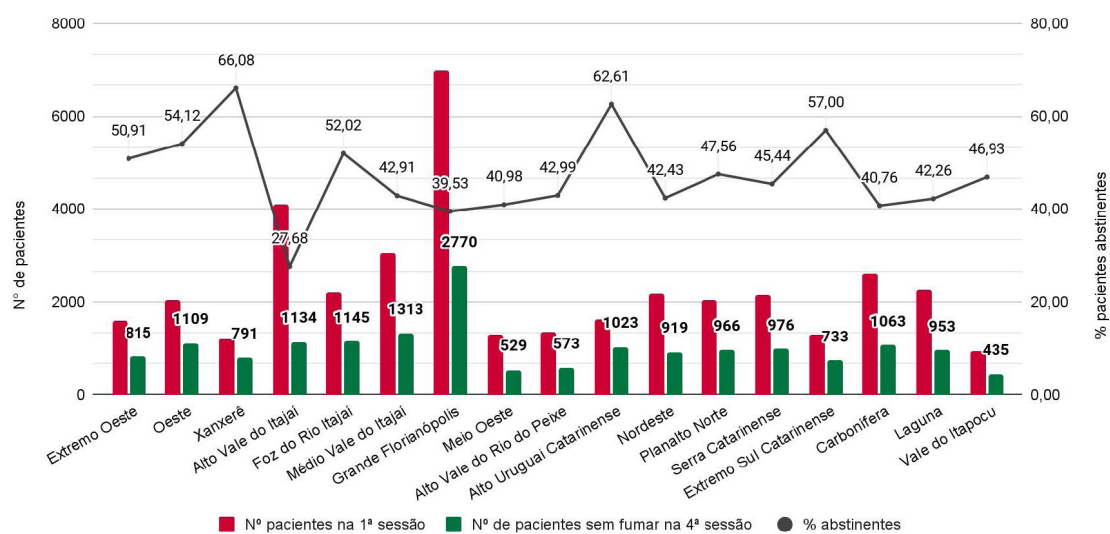


Fonte: Monitoramento Tratamento do Tabagismo. FORMSUS/DITAB/INCA/DIVE/GADNT/SES/SC, 2022.

*Dados de 2017 a 2021, gerados em 20 de julho de 2022.

Na **figura 11** é possível visualizar as informações por região de saúde do Estado de Santa Catarina. As regiões com maiores números de pacientes que participaram da 1ª sessão no período de 2017 a 2021 foram Grande Florianópolis (7.008), Alto Vale do Itajaí (4.097) e Médio Vale do Itajaí (3.060). Já as regiões que apresentaram maior número de pacientes abstinentes ao tabaco na 4ª sessão foram Grande Florianópolis (2.770), Médio Vale do Itajaí (1.313) e Foz do Rio Itajaí (1.145). Entretanto, ao avaliar os maiores percentuais de cessação do tabagismo, destacaram-se as regiões Xanxerê (66,1%), Alto Uruguai Catarinense (62,6%) e Extremo Sul Catarinense (57%).

FIGURA 11: Número de pacientes que iniciaram o tratamento para cessação do tabagismo, e número e proporção de pacientes abstinentes na 4ª sessão por Região de Saúde. Santa Catarina, 2017 a 2021.



Fonte: Monitoramento Tratamento do Tabagismo. FORMSUS/DITAB/INCA/DIVE/GADNT/SES/SC, 2022.

*Dados de 2017 a 2021, gerados em 20 de julho de 2022.

O PLANO ESTADUAL DE ENFRENTAMENTO ÀS DCNTS

O Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) é um importante instrumento de gestão com intuito de nortear o processo de planejamento de ações, controle, monitoramento e avaliação das DCNT no Estado de Santa Catarina, num esforço coletivo para o período de 2022 a 2030.

A proposta foi elaborada utilizando como referência as recomendações do Plano Nacional de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (BRASIL, 2021), por iniciativa da equipe da Gerência de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos Não Transmissíveis, da Diretoria de Vigilância Epidemiológica, que compõe a Superintendência de Vigilância em Saúde (SUV) da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

O Plano foi elaborado de forma conjunta e intersetorial, participando desse processo a Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DAPS), vinculada à Superintendência de Planejamento em Saúde (SPS), assim como representantes da Superintendência de Serviços Especializados e Regulação (SUR), Superintendência de Hospitais Públicos Estaduais (SUH), a Secretaria de Estado da Educação (SED) e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS).

O Plano tem como objetivo promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, 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. Dessa forma, pretende-se reduzir a taxa de mortalidade prematura em adultos, isto é, na faixa etária de 30 a 69 anos, pelo conjunto das quatro principais DCNT - doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes e doenças respiratórias crônicas.

O PROGRAMA GENTE CATARINA

O Programa Gente Catarina, do Governo do Estado de Santa Catarina, tem como objetivo principal melhorar a vida das pessoas por meio da elevação do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) nas 61 cidades que estão abaixo da média do Estado. O Programa teve início no ano de 2021 com cinco municípios da Serra Catarinense.

A iniciativa trabalha com uma frente de quatro eixos que integra diferentes secretarias e órgãos do executivo estadual para trabalhar de forma articulada e integrada. Os eixos tratam temas como: evasão escolar, mortalidade materna, infantil, prematura (Doenças Crônicas não Transmissíveis) e emprego e renda, tendo planos de ação divididos em empoderamento da comunidade escolar, com mapeamento das vocações, fortalecimento da saúde primária, além do monitoramento da violação de direitos.

O Programa busca integrar ações já em execução no território catarinense, como programas de transferência de renda, de combate à mortalidade infantil e por DCNT, de prevenção ao uso de drogas, de reforço escolar, entre outros, encorpando-os com ações específicas que atendam às necessidades locais e contribuindo para sanar lacunas e/ou dificuldades identificadas nessas mesmas ações. Busca-se uma customização caso a caso, de forma a realmente atender às necessidades de cada município a ser trabalhado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das perspectivas de redução do impacto das DCNT na população catarinense a partir de diversas ações propostas, ainda há um longo caminho a ser percorrido. Atingir as metas de redução de DCNT é um desafio global. As ações implantadas e previstas para os próximos anos estão pautadas nos eixos de promoção da saúde, vigilância e cuidado integral, buscando atuar sobre os fatores de risco e as condições que contribuem para a carga das DCNT na população. Destacam-se o enfrentamento ao tabagismo com o programa que está alinhado ao PNCT, o aumento do acesso aos serviços de saúde e a melhoria dos indicadores sociais que corroboram para a tendência de diminuição.

Aponta-se, ainda, a importância das ações de promoção à saúde, implementando políticas públicas intra e intersetoriais que facilitem práticas saudáveis, como alimentação adequada, redução do sal nos alimentos, espaços públicos para apoiar a atividade física, ambientes livres de fumo, regulamentação da propaganda de álcool e outras. Além disso, cabe o investimento na atenção primária de saúde e no acesso às tecnologias de média e alta complexidade, quando necessário, visando o cuidado integral dos portadores de DCNT.

Essas doenças têm curso prolongado e requerem abordagem longitudinal, integral, com investimento no autocuidado e no vínculo com os serviços de saúde. Essencialmente, deve-se atuar reduzindo iniquidades em saúde e garantindo acesso aos cuidados a toda a população, em especial aos grupos mais vulneráveis, dada a maior concentração das DCNT e seus fatores de risco na população de baixa renda e escolaridade como mostram as evidências científicas.

Diante ao exposto, ressalta-se a importância do estímulo ao desenvolvimento de estudos de diagnóstico e de intervenção com usuários dos serviços de saúde portadores de DCNT, pois é indispensável o reconhecimento das peculiaridades de cada contexto das regiões do Estado de Santa Catarina, para que os programas de atenção à saúde destes sujeitos possam ser delineados, implantados e avaliados de forma focal e estratégica.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, M.D.P. et al. Trajetórias de homens em busca do cuidado em saúde: desafios para a atenção primária em um contexto rural. *Revista Sustinere*, [S.l.], v. 9, p. 187 – 207, abr. 2021. ISSN 2359-0424. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/50915>>. Acesso em: 08 set. 2022. doi:<https://doi.org/10.12957/sustinere.2021.50915>.
- ARRUDA, G.O. et al. Internações por diabetes mellitus e a Estratégia Saúde da Família, Paraná, Brasil, 2000 a 2012. *Ciênc Saúde Colet* 2018; 23:543-52.
- BOCCOLINI, C.S.M. Morbimortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação atual e futura / Cristiano Siqueira Boccolini. – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2016. 25 p. – (Textos para discussão; n. 22) Bibliografia: p. 25.
- BORGES, M.M. et al. Custo direto de internações hospitalares por doenças crônicas não transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] (2022/Jul). [Citado em 01/09/2022]. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/custo-direto-de-internacoes-hospitalares-por-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-sensiveis-a-atencao-primaria-em-idosos/18436?id=18436>
- BORGES, K.N.G. et al. O impacto da pandemia de Covid-19 em indivíduos com doenças crônicas e a sua correlação com o acesso a serviços de saúde. *Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás “Candido Santiago”*. 2020;6(3):e6000013. Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/240/93>. Acesso em 22 ago 2022.
- BRANT, L.C.C et al. The impact of Covid-19 pandemic course in the number and severity of hospitalizations for other natural causes in a large urban center in Brazil. Data de publicação: 20/12/2021. Revista: *PLOS Global Public Health – Open Science Journal*. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000054>
- 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 20 ago. 2022.
- BRASIL. Dados apontam maior risco de mortalidade por doenças crônicas na população masculina. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/18058>. Acesso em 20 ago. 2022.
- 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: Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/#:~:text=O%20Plano%20de%20Enfrentamento%20das,sa%C3%BAde%20voltados%20C3%A0s%20doen%C3%A7as%20cr%C3%B4nicas. Acesso em: 08 set. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública. Boletim COE Covid-19 n. 13 [Internet]. Brasília (DF); 2020 [cited 2022 Jul 25]. Available from: <https://portalquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/21/BE13---Boletim-do-COE.pdf>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2021. 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 2021b*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo>. Acesso em 08 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Diretrizes para diagnóstico e tratamento da Covid-19 [Internet]. Brasília (DF); 2020. Available from: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/13/Diretrizes-COVID-13-4.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (Covid-19) na atenção primária à saúde [Internet]. Brasília (DF); 2020. Available from: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/20/20200318-ProtocoloManejo-ver002.pdf>

CASADO, L. et al. Fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil: uma Revisão Sistemática. Rev. Bras. Cancerol. 31º de dezembro de 2009 ;55(4):379-88. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1594>. Acesso em 10 ago.2022.

COVITEL - Inquérito Telefônico de Fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis em Tempos de Pandemia (Vital Strategies e UFPel) – 2022

ESTRELA, F. M. et al. Covid-19 e doenças crônicas: impactos e desdobramentos frente à pandemia. Revista Baiana De Enfermagem. 2020. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.36559>

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. Tackling Chronic Disease in Europe: Strategies, Interventions and Challenges. Observatory Studies Series nº 20, 2010.

FIGUEIREDO, A.E.B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. Ciência & Saúde Coletiva [online]. v. 26, n. 01 [Acessado 13 Setembro 2022], pp. 77-88. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020>.

GBD. Global Burden of Disease. Disponível em: <https://www.thelancet.com/lancet/visualisations/gbd-compare>. Acesso em 20 ago. 2022.

GOULART, F.A. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 2011. 96p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período x a x [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Cigarros eletrônicos: o que sabemos? Estudo sobre a composição do vapor e danos à saúde, o papel na redução de danos e no tratamento da dependência de nicotina, 2016.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: A incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015 [cited 2017 Mar 10]. Available from: http://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/edicao/Estimativa_2016.pdf. Acesso em 20 ago. 2022.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2020: A incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019a. Disponível em: http://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/edicao/Estimativa_2020.pdf. Acesso em 20 ago. 2022.

ISTILLI, P.T. et al. Avaliação da mortalidade prematura por doença crônica não transmissível. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(2):e20180440. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0440>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/zTDWP8hMt4GVD56TB4ttsrq/?format=pdf&lang=pt#:~:text=Estudo%20brasileiro%20mostrou%20que%20a,%2C4%25%20no%20sexo%20feminino>. Acesso em 20 ago. 2022.

LEITE, C.I. et al. Carga de doenças no Brasil e suas regiões, 2008. *Cad. Saúde Pública* 2015; 31(7):1551-1564.

MACHADO, A.S. et al. Perfil das internações por neoplasias no Sistema Único de Saúde: estudo de séries temporais. *Rev. Saúde Pública* vol.55 São Paulo 2021 Epub 12-nov-2021. Disponível em: <https://rsp.fsp.usp.br/search/?q=Analy%20da%20Silva%20Machado&isauthor=true&lang=pt-br/?/search/?q=Analy+da+Silva+Machado&isauthor=true>. Acesso em 22 ago. 2022.

MALTA, D.C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saude Publica.* 2017;51 Supl 1:4s.

MALTA, D.C. et al. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [online]. 2018, v. 21, suppl 1 [Acessado 26 Agosto 2022], e180021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720180021.supl.1>>. Epub 29 Nov 2018. ISSN 1980-5497.

MALTA, D.C. et al. Prevalência de diabetes mellitus determinada pela hemoglobina glicada na população adulta brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [online]. 2019, v. 22, n. Suppl 02 [Acessado 26 Agosto 2022] , E190006.SUPL.2. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720190006.supl.2>>. Epub 07 Out 2019. ISSN 1980-5497.

MALTA, D.C. et al. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [online]. 2019, v. 22 [Acessado 31 Agosto 2022] , e190030. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720190030>>. Epub 01 Abr 2019. ISSN 1980-5497.

MALTA, D.C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e mudanças nos estilos de vida durante a pandemia de Covid-19 no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [online]. 2021, v. 24 [Acessado 1 Setembro 2022] , e210009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720210009>>. Epub 03 Maio 2021. ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/1980-549720210009>.

MALTA, D.C. et al. Mortality due to non-communicable diseases in the Brazil, 1990 to 2015, according to estimates from the Global Burden of Disease study. *São Paulo Med J* 2017; 135(3):213-21. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2016.0330050117>

MASCARELLO, K.C. et al. Potential years of life lost by Covid-19 in the state of Espírito Santo and proportional mortality by age.. *J Bras Pneumol.* 2022;48(1):e20210489. Disponível em: <https://www.jornaldepneumologia.com.br/details/3638/pt-BR/anos-potenciais-de-vida-perdidos-devido-a-Covid-19-no-estado-do-espírito-santo-e-mortalidade-proporcional-por-idade-> Acesso em 20 ago. 2022.

MATA-CASES, M. et al. Direct medical costs attributable to type 2 diabetes mellitus: a population-based study in Catalonia, Spain. *Eur J Health Econ.* 2016;17(8):1001-10.

MELO, S.P.S.C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2019, v. 24, n. 8 [Acessado 1 Junho 2022] , pp. 3159-3168. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30742017>>. Epub 05 Ago 2019. ISSN 1678-4561.

MELLO, J.M. et al. Hospitalizations for ambulatory care sensitive noncommunicable diseases of the circulatory system. *Texto & Contexto – Enfermagem* [online]. 2017, v. 26, n. 1 [Accessed 31 August 2022] , e3390015. Available from: <<https://doi.org/10.1590/0104-07072017003390015>>. Epub 13 Apr 2017. ISSN 1980-265X.

MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em 10 ago. 2022.

MORAIS, G.H.D. et al. Injúria pulmonar relacionada ao uso de cigarro eletrônico (EVALI): uma revisão de literatura / pulmonary injury related to electronic cigarette use (evali). *Brazilian Journal Of Development*, [S.L.], v. 8, n. 4, p. 26495-26503, 13 abr. 2022. South Florida Publishing LLC. Disponível em: < <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/46496>>. Acesso em: 26 ago 2022.

MORAN, A.E. et al. The global burden of ischemic heart disease in 1990 and 2010: the Global Burden of Disease 2010 study. *Circulation*. 2014 Apr 8;129(14):1493-501. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.113.004046. Epub 2014 Feb 26.

MUZY, J. et al. Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 37, n. 5 [Acessado 26 Agosto 2022] , e00076120. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00076120>>. ISSN 1678-4464.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis nas Américas: Considerações sobre o fortalecimento da capacidade regulatória. Documento de Referência Técnica REGULA. Washington, DC; OPAS, 2016. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28583/9789275718667-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 10 ago 2022.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Anos Potenciais de Vida Perdidos – APVP por Morte Prematura. 2010. Disponível em: https://www.saude.sc.gov.br/?option=com_content&view=article&id=296. Acesso em 20 ago. 2022.

SANTOS, F.A. et al. Hospitalizações por diabetes em adultos e idosos no Ceará, 2001-2012. *Epidemiol Serv Saude*. 2014;23(4):655-63.

SAUNDANKAR, V et al. Type 2 Diabetes Mellitus Patients' Healthcare Costs Related to Inpatient Hospitalizations: A Retrospective Administrative Claims Database Study. *Adv Ther*. 2015;32(7):662-79.

SCHILLING, M. et al. Hospitalizations for primary care sensitive conditions: association with socioeconomic status and quality of family health teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy Plan*. 2017;32(10):1368-74.

SOUSA, A.P.M. et al. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em adultos nas capitais e no Distrito Federal, Brasil, 2019. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2021, vol.30, n.3 [citado 2022-08-26], e2020838. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742021000300309&lng=pt&nrm=iso>. Epub 19-Jul-2021. ISSN 1679-4974. <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742021000300014>.

SOUZA, D.K. et al. Estudo descritivo da evolução dos gastos com internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária no Brasil, 2000-2013. *Epidemiol Serv Saude*. 2017;26(2):285-94.

SUPLICI, S.E.R. et al. Mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis e cobertura da atenção básica: análise dos indicadores. Revista De Enfermagem Da UFSM, 11, e24. 2021. <https://doi.org/10.5902/2179769244513>

TUMEO, C.C. et al. E-cigarette or Vaping product use Associated Lung Injury (EVALI) in a 15 year old female patient – case report. Italian Journal Of Pediatrics, [S.L.], v. 48, n. 1, 19 jul. 2022. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9297547/>>. Acesso em: 26 ago 2022

WENZHONG, L.; HUALAN, L. Covid-19: Attacks the 1-Beta Chain of Hemoglobin and Captures the Porphyrin to Inhibit Human Heme Metabolism. ChemRxiv. 2020;6 DOI: <https://doi.org/10.26434/chemrxiv.11938173.v>

WHO. World Health Organization Library Cataloguing-in-Publication Data The global burden of disease: 2004 update. 1.Cost of illness. 2.World health - statistics. 3.Mortality - trends. I.World Health Organization. ISBN 978 92 4 156371 0 (NLM classification: W 74), 2008.

WHO. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: WHO, 2014. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000-2025. 2nd ed. Geneva: WHO, 2018.

WHO. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011. Disponível em: Disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/

WHO. World Health Organization. Noncommunicable diseases. 13 April 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> Acesso em: 31 ago 2022.

WHO. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable disease 2012-2025 [Internet]. Geneva: WHO; 2013. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CD52-7-p.pdf>

WHO. World Health Organization. Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2020. Geneva: World Health Organization; 2020.

WHO. World Health Organization. Healthy diet. Fact sheet n° 394. 2018. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/healthy-diet/healthy-diet-fact-sheet-394.pdf?sfvrsn=69f1f9a1_2&download=true. Acesso em 20 ago. 2022.

EXPEDIENTE

O informativo Epidemiológico Barriga Verde é um boletim 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.

Governador do Estado: Carlos Moisés da Silva | **Secretário de Estado da Saúde:** Aldo Batista Neto | **Superintendente de Vigilância em Saúde:** Eduardo Marques Macário | **Diretor de Vigilância Epidemiológica:** João Augusto Brancher Fuck | **Gerente de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos não Transmissíveis:** Aline Piaciski Arceno | **Elaboração:** Franciele Budziareck das Neves, Maria Fernanda Regueira Breda, Heloísa Anastácia da Silva, Adriana Elias, Veridiana Fagundes Nascimento e Humberto Moreira. | **Revisão Técnica:** Aline Piaciski Arceno e João Augusto Brancher Fuck | **Produção:** Núcleo de Comunicação DIVE/SC | **Supervisão e Revisão:** Patrícia Pozzo | **Diagramação:** Any Kayuri.

FICHA CATALOGRÁFICA

FICHA CATALOGRÁFICA SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Doenças Crônicas Não Transmissíveis em Santa Catarina. Boletim Barriga Verde. Informativo Epidemiológico. Santa Catarina: Secretaria de Estado da Saúde, 2022.

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

