

BARRIGA VERDE

Informativo Epidemiológico

Ano XIV - Edição Especial
Abril de 2017



www.dive.sc.gov.br



MORBIMORTALIDADE PREMATURA ANOS POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) E FATORES DE RISCOS, NA FAIXA ETÁRIA DE 30 A 69 NO ESTADO DE SANTA CATARINA, PERÍODO 2006 A 2015.

Através da Resolução 53.17 da Assembleia Mundial da Saúde: Prevenção e Controle de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em 20 de maio de 2000, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o estabelecimento de programas nacionais para prevenção e controle das principais Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT)¹.

As DCNT são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração². As quatro doenças de maior impacto mundial são as cardiovasculares, diabetes, câncer e respiratórias crônicas. Possuem fatores de risco em comum e modificáveis, os quais destacamos: o tabagismo, a alimentação não saudável, a inatividade física e o uso abusivo de álcool.

Em 2014, conforme relatório da OMS, as DCNT foram a principal causa de morte em nível mundial, sendo responsáveis por 38 Milhões (68%) dos 56 milhões de óbitos em 2012. Mais de 40% deles (16 milhões) foram mortes prematuras - com idade inferior a 70 anos - e a maioria dos óbitos prematuros (82%) ocorrem em países de baixa e média renda².

Seguindo essa tendência mundial, no Brasil, em 2013, as DCNT foram a causa de aproximadamente 72,6% das mortes (SIM/MS 2015). Isso configura um grande desafio para os gestores de saúde pelo forte impacto das DCNT na morbimortalidade e na qualidade de vida dos indivíduos afetados, a maior possibilidade de morte prematura e os efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral.

A presente análise teve como objetivo descrever, informar e empoderar gestores e profissionais de saúde sobre a situação epidemiológica da morbimortalidade prematura por DCNT e seus fatores de riscos na faixa etária de 30 a 69 anos no Estado de Santa Catarina.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO

Santa Catarina, nas últimas décadas, teve importantes transformações no seu padrão de morbidade, mortalidade, grupo etário e nutricional da população. Na figura 1, observam-se mudanças na pirâmide etária do estado, com o aumento da expectativa ao nascer sendo a maior do Brasil (78,7 anos) em 2015 segundo IBGE e, com isso, um incremento das causas de adoecimento e morte mais prevalentes nesse grupo corroborado pelo processo acelerado de urbanização e das constantes mudanças socioculturais.

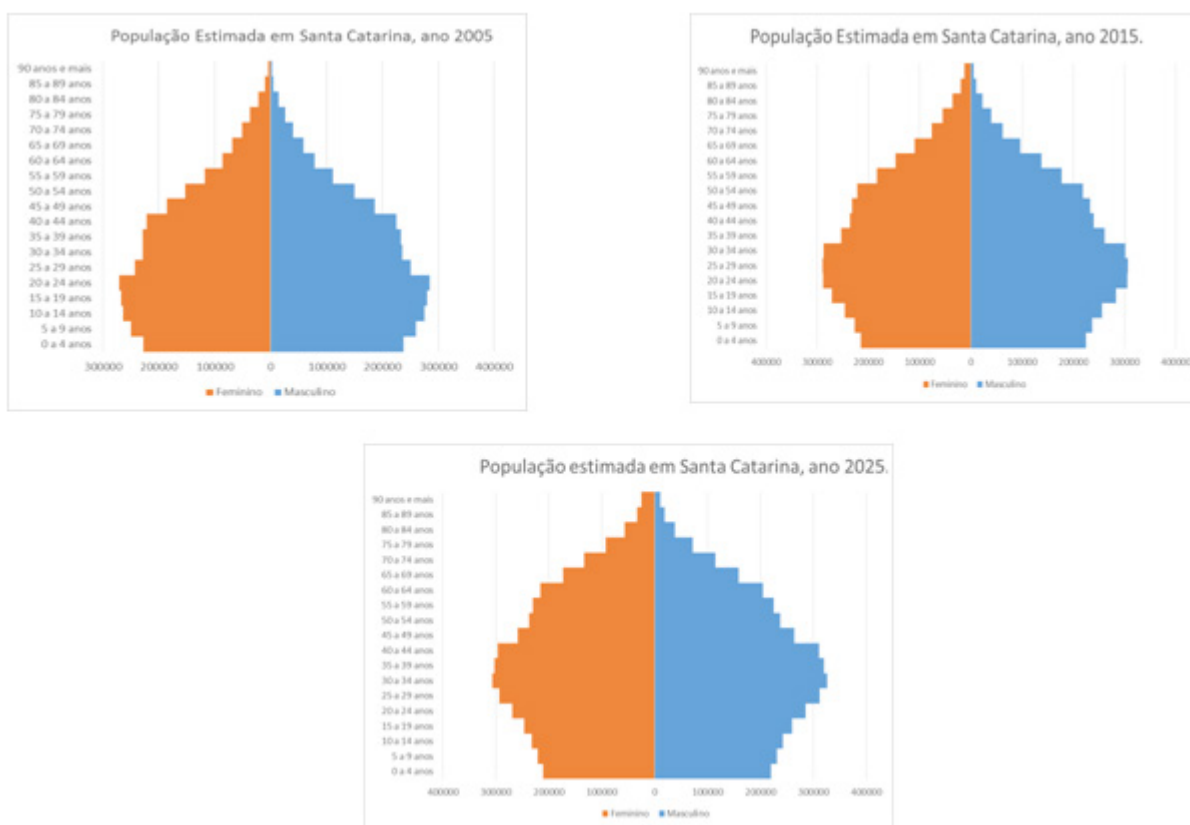


Figura 1. Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade em Santa Catarina, 2005, 2015, 2025. Fonte: IBGE

MORBIDADE HOSPITALAR

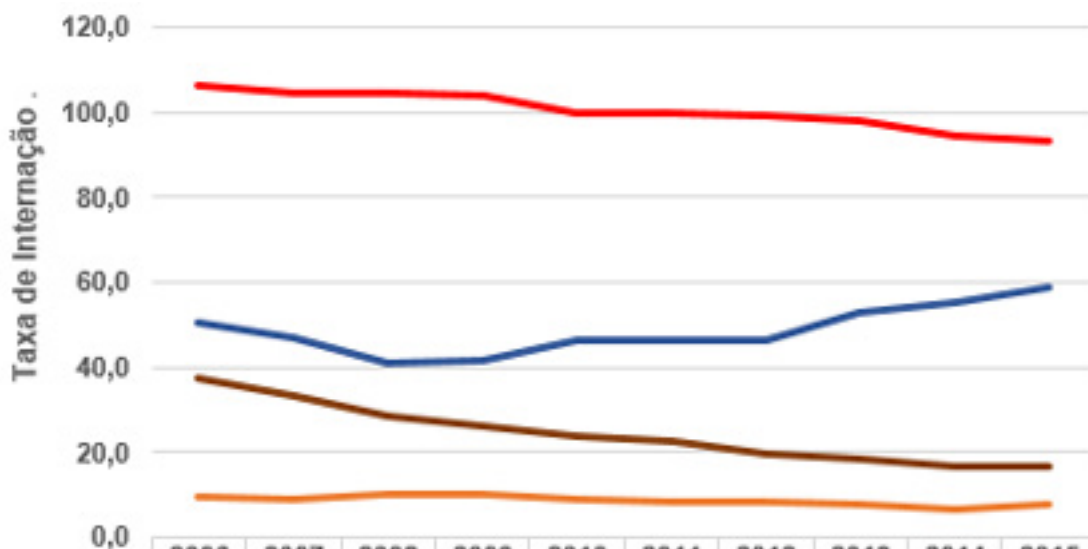
Foram analisadas 539.006 internações que ocorreram no Estado no período de 2006 a 2015 através do Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Selecionados os códigos do CID 10 das DCNT registradas na Autorização de Internação Hospitalar (AIH) pagas pelo SUS. Para tabulação e análise, foi utilizado o aplicativo Tabwin do DataSUS e apresentação gráfica o Excel da Microsoft Office.

A figura 2 mostra a elevada taxa de internações hospitalares no SUS por DCNT, as mais altas foram as Doenças Cardiovasculares, apresentando discreta tendência de redução observada a partir de 2010. A variação na série histórica a foi de 0,4%.

As neoplasias mostram forte tendência de aumento nas taxas de internações e um incremento de 8,6% em 2015 em relação a 2014 e no período da série uma variação de 4,6%.

As doenças respiratórias crônicas apresentam redução na série histórica de 4,4%.

O diabetes mellitus apresentou discreta redução de 0,5 % na taxa de internação ao longo da série analisada, e em 2015 um incremento de 3,1% em relação a 2014.



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
D. Cardiovasculares	106,3	104,5	104,5	104,3	100,1	100,1	99,3	98,2	94,5	93,5
Neoplasias	50,5	46,9	40,8	41,4	46,2	46,4	46,5	52,9	55,6	59,0
Doenças Respiratórias	37,1	33,1	28,7	26,3	23,9	22,6	19,5	18,5	16,8	16,7
Diabetes Mellitus	9,7	8,7	9,8	9,8	8,9	8,6	8,1	7,5	6,7	7,4

Figura 2. Taxa de internação hospitalar no SUS (por 10.000 hab.), das quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis do CID-10 segundo ano da internação. Santa Catarina 2006 a 2015.

Fonte: SIHSUS/DATASUS; IBGE

As doenças crônicas apresentam forte carga de morbididades relacionadas e foram responsáveis por elevado número de internações no Estado em 2015. Os valores pagos por internação para tratamento das DCNT conforme tabela 1 corresponderam a 39,3% do total de internações e o sexo masculino é o que mais interna (41,4%).

Quando analisado por tipo de DCNT e sexo, o valor pago por internações nas doenças cardiovasculares foi mais elevado no masculino (29,1%), entre as neoplasias malignas foi no sexo feminino (13,0%), nas doenças respiratórias crônicas também foi no feminino (1,4%) e no Diabetes Mellitus foi encontrado o mesmo valor em ambos os sexos (0,6%).

No Brasil, as DCNT estão entre as principais causas de internações hospitalares. Avaliações referentes à situação brasileira indicam que a perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar resultantes de apenas três DCNT (diabetes; doença do coração; e acidente vascular encefálico) levarão a uma perda na economia brasileira de US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015³.

Tabela 1. Gasto com internações hospitalares no SUS por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (em reais). Santa Catarina, 2015.

DCNT	Masculino		Feminino		Total	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%
D. Cardiovasculares	56.560.138,18	29,1	34.958.710,31	21,8	91.518.848,49	25,8
Neoplasias	20.512.953,85	10,6	20.779.787,47	13,0	41.292.741,32	11,7
Doenças Respiratórias	2.109.231,04	1,1	2.266.159,39	1,4	4.375.390,43	1,2
Diabetes Mellitus	1.100.898,32	0,6	917.005,82	0,6	2.017.904,14	0,6
Demais Internações	113.827.258,93	58,6	101.094.303,66	63,2	214.921.562,59	60,7
Total	194.110.480,32	100,0	160.015.966,65	100,0	354.126.446,97	100,0

Fonte: SIHSUS / DATASUS

A tabela 2 apresenta as DCNT mais frequentes que geraram elevadas proporções de internações no ano de 2015, agrupadas por categorias segundo grupos de causas. No sexo masculino, segundo doença cardiovascular, a mais frequente foi angina pectoris (28,2%), seguido pelo infarto agudo do miocárdio (24,0%) e no sexo feminino foram as varizes dos membros inferiores (32,4%), seguidas por insuficiência cardíaca (22,1%).

Nas neoplasias malignas, das internações ocorridas, as mais frequentes foram devido à neoplasia dos órgãos digestivos (64,2%), seguidas por aparelho respiratório e órgãos intratorax (14,0%) para o sexo masculino e, para o sexo feminino, foi a internação por neoplasia de mama (37,2%), seguida pela dos órgãos do aparelho digestivo (31,1%).

Nas internações por doenças respiratórias crônicas para o sexo masculino, a mais frequente foi devido a outras doenças pulmonares (76,9%), seguida por outros transtornos do nariz (10,4%) e, para o feminino, foram também outras doenças pulmonares (64,0%) e asma (25,3%).

Do total de 2481 internações decorrentes do diabetes mellitus, 1297 foram para o sexo feminino (52,3%) e 1184 para o sexo masculino (47,7%).

Tabela 2. Frequência e proporção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis que geraram internações hospitalares no SUS por tipo e sexo. Santa Catarina, 2015

Cardiovascular	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Angina Pectoris	2870	28,2	1897	20,3	4767	24,4
Insuficiência Cardíaca	2172	21,3	2064	22,1	4236	21,7
Varizes dos membros inferiores	1000	9,8	3033	32,4	4033	20,6
Infarto Agudo do miocárdio	2444	24,0	1039	11,1	3483	17,8
Acidente Vascular Cerebral	1703	16,7	1320	14,1	3023	15,5
Total	10189	100,0	9353	100,0	19542	100,0
Neoplasias Malignas	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Neoplasias da mama	13	0,3	2151	37,2	2164	21,5
Neoplasias órgãos digestivos	2748	64,2	1794	31,1	4542	45,2
Neoplasias da pele	585	13,7	455	7,9	1040	10,3
Neoplasias apar. resp. e órgãos intratorax	601	14,0	393	6,8	994	9,9
Neoplasias malignas do colo de útero	0	0,0	692	12,0	692	6,9
Neoplasias mal definidas local n.e.	335	7,8	290	5,0	625	6,2
Total	4282	100,0	5775	100,0	10057	100,0
Respiratórias Crônicas	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	Total	%
Outras Doenças Pulmonares Obstr. Crônicas	1901	76,9	1666	64,0	3567	70,3
Asma	210	8,5	658	25,3	868	17,1
Outros transtornos do nariz	256	10,4	144	5,5	400	7,9
Doenças crônicas das amígdalas e adenoides	49	2,0	71	2,7	120	2,4
Enfisema	57	2,3	63	2,4	120	2,4
Total	2473	100	2602	100	5075	100
Diabetes Mellitus	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	Total	%
	1184	47,7	1297	52,3	2481	100,0
Total	1184	100,0	1297	100,0	2481	100,0

Fonte: SIH/DIVE/SES/SC

As 16 Regiões de Saúde apresentam taxas conforme o tipo de DCNT (tabela 3). A taxa da doença cardiovascular foi mais elevada em 2015 nas regiões de Laguna (153,9), Serra Catarinense (140,6) e Extremo Sul Catarinense (109,5). Para as neoplasias malignas, destacamos as regiões do Alto Uruguai Catarinense (88,5), Oeste (84,8) e Extremo Oeste (81,8). As respiratórias foram mais elevadas nas regiões Carbonífera (48,5), Xanxerê (38,0) e Extremo Oeste (37,7) e o diabetes mellitus na Serra Catarinense (19,7), Extremo Sul Catarinense (12,4) e Laguna (12,0).

Tabela 3. Taxa de internação (por 10.000 hab.) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis segundo 16 Regiões de Saúde (CIR). Santa Catarina, 2015. Na Faixa etária de 30 a 69 anos.

Região de Saúde	Cardiovasculares	Neoplasia Maligna	Respiratórias Crônicas	Diabetes Mellitus
	TX	TX	TX	TX
Extremo Oeste	88,2	81,8	37,7	11,1
Oeste	79,0	84,8	19,3	7,2
Xanxerê	106,4	66,8	38,0	11,3
Alto Vale do Itajaí	107,4	60,2	16,0	6,9
Foz do Rio Itajaí	78,3	36,3	5,0	3,3
Médio Vale do Itajaí	98,3	43,2	10,3	7,2
Grande Florianópolis	83,2	61,5	8,5	4,4
Meio Oeste	82,5	77,1	19,6	9,4
Alto Vale do Rio do Peixe	93,9	66,6	15,1	9,3
Alto Uruguai Catarinense	99,4	88,5	19,7	7,7
Nordeste	67,9	55,8	7,4	3,3
Planalto Norte	90,8	50,8	14,4	11,9
Serra Catarinense	140,6	59,7	31,2	19,7
Extremo Sul Catarinense	109,5	52,1	28,7	12,4
Carbonífera	108,2	59,3	48,5	8,5
Laguna	153,9	72,2	21,3	12,0
Total	93,5	59,0	16,7	7,4

Fonte: SIH/DIVE/SES/SC; IBGE

MORTALIDADE

O Sistema de Informação sobre Mortalidade do SUS (SIM), alimentado a partir das Declarações de Óbitos (DO), foi utilizado para a análise dos óbitos que ocorreram no Estado no período de 2006 a 2015. Totalizando 89.238, os óbitos causados por DCNT foram selecionados através dos códigos do CID 10. Para tabulação e análise foi utilizado o aplicativo Tabwin do DataSUS e apresentação gráfica o Excel da Microsoft Office.

Na figura 3, percebem-se elevadas taxas de mortalidade das DCNT ao longo do período. Destacam-se os óbitos por doenças cardiovasculares e neoplasias. As doenças cardiovasculares apresentam tendência de redução a partir de 2011, sendo que em 2015 houve redução de 2,3% nos casos de óbito em comparação com 2014. E na série histórica a variação foi de 1,4%.

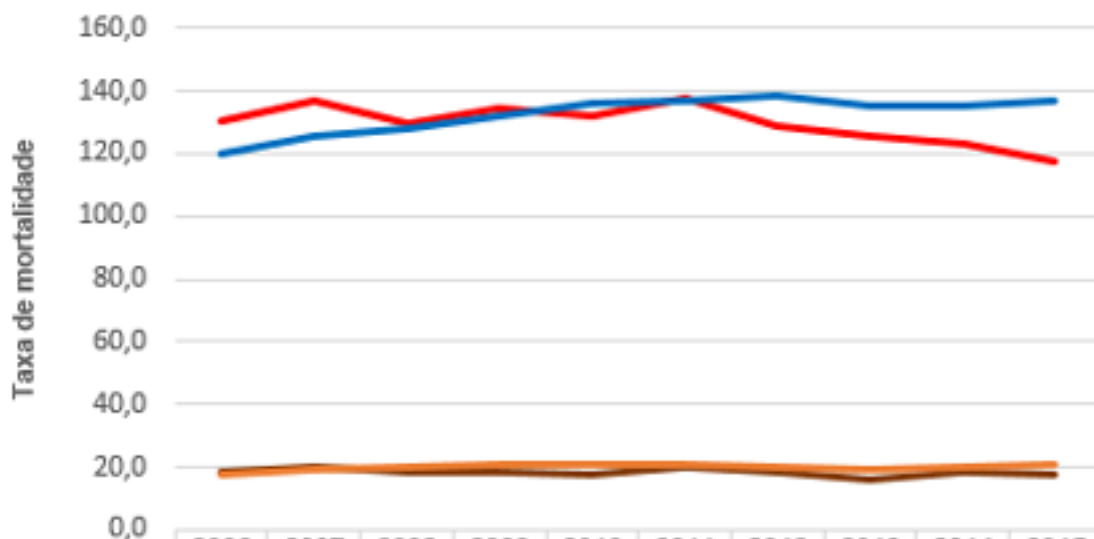
Já as neoplasias com tendência de aumento e incremento de 3,5% em 2015 em comparação com 2014, e na série uma variação de 4,4%.

As doenças respiratórias crônicas apresentaram redução de 3,8% em 2015 quando comparação com 2014. E na série histórica a variação foi de 1,9%.

Em 2015 ocorreu um incremento de 5,8% quando confrontado com 2014 para o diabetes mellitus, já a variação ao longo da série foi de 5,0%.

De todas as mortes ocorridas no Brasil em 2007, 58% foram atribuídas às quatro DCNT⁴.

As taxas de mortalidade por essas doenças são mais elevadas nos países de baixa e média renda. Países com progressivo envelhecimento da população estão dentre os que apresentam maior ocorrência de DCNT⁵.



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
D. Cardiovasculares	130,7	136,8	129,8	134,8	132,2	137,5	128,7	125,4	123,2	117,4
Neoplasias	119,8	125,5	128,1	132,2	135,7	136,6	138,4	135,1	135,3	136,5
Doenças Respiratórias	18,6	20,4	18,6	18,1	17,9	19,8	18,8	16,4	18,6	17,5
Diabetes Mellitus	17,5	18,9	20,4	20,9	20,8	20,6	20,0	19,5	20,1	20,7

Figura 3. Taxa de mortalidade (por 100.000 hab.) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Santa Catarina, 2006 a 2015. Fonte: SIM/DIVE/SES/SC; IBGE

De acordo com a tabela 4, em 2015 as DCNT foram responsáveis por 9.736 óbitos, sendo 4.550 por neoplasias; 3.913 por doenças cardiovasculares; 690 por diabetes mellitus e 583 por doenças respiratórias crônicas. Em relação ao gênero, o número mais elevado de mortes foi no sexo masculino, com 2.537 e no sexo feminino com 2.013, ambos por neoplasias.

Entre as doenças cardiovasculares, para o sexo masculino, a que constitui maior proporção de óbitos é o infarto agudo do miocárdio (54,5%), seguido pela doença isquêmica crônica do coração (14,4%). E para o sexo feminino, infarto agudo do miocárdio (45,3%) e acidente vascular cerebral (15,8%).

As mortes por neoplasia, no sexo masculino, representam 45,9% para brônquios ou pulmões e 21,0% para estômago. Já no sexo feminino, 44,6% para mama e se repetem como segunda causa brônquios ou pulmões com 29,0%.

A DPOC representa mais de 80% dos óbitos das doenças respiratórias crônicas em ambos os sexos. Sendo 83,5% no sexo masculino e 83,6% no sexo feminino.

Os óbitos por diabetes mellitus são mais frequentes no sexo masculino com 54,6%.

Tabela 4. Frequência e proporção de óbitos por DCNT segundo sexo e grupo de causas. Santa Catarina, 2015.

Doenças Cardiovasculares	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Infarto agudo do miocárdio	846	54,5	373	45,3	1219	51,3
Doença isquêmica crônica do coração	223	14,4	110	13,4	333	14,0
Acidente vascular cerebral	193	12,4	130	15,8	323	13,6
Hipertensão essencial	182	11,7	117	14,2	299	12,6
Insuficiência cardíaca	107	6,9	93	11,3	200	8,4
Total	1551	100,0	823	100,0	2374	100,00
Neoplasias	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Brônquios ou pulmões	469	45,9	256	29,0	725	38,1
Mama	5	0,5	394	44,6	399	20,9
Estômago	214	21,0	110	12,4	324	17,0
Esôfago	207	20,3	32	3,6	239	12,5
Pâncreas	126	12,3	92	10,4	218	11,4
Total	1021	100,0	884	100,0	1905	100,0
Doenças Respiratórias Crônicas	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
DPOC	293	83,5	194	83,6	487	83,5
Enfisema	30	8,5	17	7,3	47	8,1
Asma	10	2,8	14	6,0	24	4,1
Outros transtornos respiratórios	12	3,4	7	3,0	19	3,3
Bronquite crônica	6	1,7	0	0,0	6	1,0
Total	351	100,0	232	100,0	583	100,0
Diabetes Mellitus	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
	377	54,6	313	45,4	690	100,0
Total	377	100,0	313	100,0	690	100,0

Fonte: SIM/DIVE/SUV/SES/SC

A tabela 5 mostra a distribuição por Regiões de Saúde da taxa de mortalidade das DCNT no ano de 2015. A taxa mais elevada entre todos os valores encontrados foi na doença cardiovascular (181,9) na região da Serra Catarinense, seguida pelo Planalto Norte (143,7) e Carbonífera (142,9).

As taxas de 159,5; 151,9; 149,9, as mais elevadas entre as neoplasias, correspondem, respectivamente, às regiões da Serra Catarinense, Alto Vale do Itajaí e Planalto Norte.

As doenças respiratórias crônicas apresentaram maiores valores nas regiões do Alto Vale do Itajaí (25,4), do Extremo Sul (24,5), Alto Uruguai Catarinense (23,4).

Já o Diabetes Mellitus, na Serra Catarinense (49,3), em Laguna (35,2) e no Planalto Norte (33,3). Observa-se que três das quatro maiores taxas de mortalidade foram encontradas na região de Saúde da Serra Catarinense.

Tabela 5. Taxa de mortalidade (por 100.000 hab.) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis segundo Regiões de Saúde. Santa Catarina, 2015, na faixa etária de 30 a 69 anos.

Regiões de Saúde	Doenças Cardiovasculares	Neoplasias	Respiratórias Crônicas	Diabetes Mellitus
Extremo Oeste	95,0	136,9	15,7	12,2
Oeste	86,2	126,0	11,3	13,7
Xanxerê	86,0	149,4	17,2	19,3
Alto Vale do Itajaí	136,6	151,9	25,4	16,7
Foz do Rio Itajaí	112,9	134,6	16,5	28,3
Médio Vale do Itajaí	94,1	136,5	19,3	20,4
Grande Florianópolis	120,7	135,4	13,3	11,5
Meio Oeste	96,9	114,4	19,6	24,0
Alto Vale do Rio do Peixe	111,5	134,1	22,6	18,8
Alto Uruguai Catarinense	81,1	147,1	23,4	19,2
Nordeste	114,8	119,0	13,8	16,3
Planalto Norte	143,7	149,9	22,5	33,3
Serra Catarinense	181,9	159,5	22,5	49,3
Extremo Sul Catarinense	138,3	143,6	24,5	21,3
Carbonífera	142,9	143,9	20,3	15,9
Laguna	127,2	145,7	16,7	35,2

Fonte: SIM/DIVE/SUV/SES/SC; IBGE

FATORES DE RISCO

Considerados os quatro fatores de risco prioritários para o controle das DCNT, o tabaco, a má alimentação, o sedentarismo e o uso prejudicial de álcool, foram identificados pela OMS e pelas Nações Unidas (ONU) como responsáveis pela maior carga entre as DCNT, de acordo com o relatório da 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana de 2012. A OMS e a ONU também reconhecem a relevância em termos de saúde pública da hipertensão arterial e da obesidade como importantes fatores de risco nas mortes por DCNT⁶.

Por meio da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013, na população acima de 18 anos de idade, foi possível monitorar as metas de redução de DCNT pactuadas pelo Brasil com a OMS, já que foram coletadas nos domicílios, em âmbito nacional, amostras biológicas para realização de exames complementares que serão usadas para traçar o perfil bioquímico de condições clínicas ou pré-clínicas que necessitam de intervenção, incluindo indivíduos que não têm acesso aos serviços de saúde⁷.

Na análise da variável consumo de álcool habitual, entende-se como ingestão de bebida alcoólica nos últimos 30 dias independente da dose; e consumo de álcool abusivo como ingestão de cinco ou mais doses para homens e quatro ou mais doses para mulheres, em uma única ocasião nos últimos 30 dias para população acima de 18 anos. Observamos (tabela 6) que a proporção consumida de álcool no Estado (28,0%) é mais elevada que no Brasil (24,0%) e sendo mais acentuada no sexo masculino (41,7%). O consumo abusivo para o sexo masculino (17,3%) ultrapassa a média nacional (13,7).

O tabagismo é um dos principais fatores de risco evitáveis à saúde, podendo contribuir para o desenvolvimento de várias doenças crônicas como doenças cardiovasculares, diversos tipos de câncer, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, pneumonias e asma, problemas oculares como catarata e cegueira, entre outras⁷. Em relação ao fumante, o sexo masculino apresenta o percentual mais elevado (19,7%) no estado, acima da média nacional. No entanto, o fumo passivo em casa pelo sexo feminino apresenta o percentual mais elevado (10,3%). Dos indivíduos pesquisados que tentaram parar de fumar, o sexo feminino dispara (59,4%) acima da média nacional. Quanto aos que procuraram tratamento com profissional de saúde, o sexo feminino (18,8%) ultrapassa os dados do Brasil.

O excesso de peso ocorre quando a pessoa tem um peso corporal maior do que é orientado para a sua altura, no sexo masculino (53,1%) estão com excesso de peso no Estado. Em relação à obesidade, o sexo masculino (14,6%), feminino (14,0%) e a capital (14,3%) do Estado estão praticamente com a mesma proporção.

A prática regular de exercícios físicos ou esportes é considerada como fator de proteção à saúde das pessoas. As oportunidades para indivíduos adultos serem fisicamente ativos podem ser classificadas em quatro domínios: no lazer (no tempo livre), no trabalho, no deslocamento e no âmbito das atividades domésticas. O nível recomendado de atividade física no lazer é de, pelo menos, 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada ou de, pelo menos, 75 minutos de atividade física de intensidade vigorosa⁷.

Dos indivíduos suficientemente ativos no Estado, modalidade lazer, o sexo masculino (27,9%) é o mais frequente; no deslocamento, foi o sexo feminino (30,5%); no trabalho, foi o sexo masculino (49,4%); nas atividades domésticas, foi o sexo feminino (17,9%).

Tabela 6. Principais fatores de risco para as DNCT por sexo. Brasil e Santa Catarina, 2013.

Consumo de álcool*	%	Consumo abusivo de álcool**	%
Brasil	24	Brasil	13,7
Santa Catarina	28	Santa Catarina	11,4
Homens	41,7	Homens	17,3
Mulheres	15,2	Mulheres	5,7
Fumantes atuais	%	Fumo passivo em casa***	%
Brasil	14,7	Brasil	10,7
Santa Catarina	16	Santa Catarina	9,5
Homens	19,7	Homens	5,1
Mulheres	12,5	Mulheres	10,3
Tentaram parar de fumar	%	Procuraram tratamento com Profissional de saúde	%
Brasil	51,1	Brasil	8,8
Santa Catarina	50,3	Santa Catarina	12,7
Homens	44,4	Homens	7,3
Mulheres	59,4	Mulheres	18,8
Excesso de peso	%	Obesidade	%
Brasil	53	Brasil	17,9
Florianópolis	50,6	Florianópolis	14,3
Homens	53,1	Homens	14,6
Mulheres	39,5	Mulheres	14
Indivíduos suficientemente ativos			
Lazer		Deslocamento	
Brasil	22,5	Brasil	31,9
Santa Catarina	22,5	Santa Catarina	28,9
Homens	27,9	Homens	27,2
Mulheres	17,3	Mulheres	30,5

Trabalho		Atividades domésticas	
Brasil	33,6	Brasil	16,8
Santa Catarina	39,3	Santa Catarina	13,2
Homens	49,4	Homens	8,3
Mulheres	29,6	Mulheres	17,9
Indivíduos insuficientemente ativos**** (%)			
Nenhuma modalidade			
Brasil	46		
Santa Catarina	46,2		
Homens	40,6		
Mulheres	51,6		

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, IBGE, 2013. Pessoas com 18 anos de idade ou mais.

* Pelo menos uma vez por semana

**Ingestão de 4 ou + doses (mulher), e 5 ou + doses (homem), em uma mesma ocasião, nos últimos 30 dias

***Não fumante exposto à fumaça de cigarro em ambiente fechado

**** Pessoa que não pratica atividade física em nenhum domínio (tempo livre, trabalho, deslocamento, doméstico).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Santa Catarina, assim como o Brasil, está passando por uma transição demográfica e epidemiológica que é uma consequência da urbanização, das melhorias na atenção básica de saúde, das mudanças nos estilos de vida e da globalização.

É evidente, através dos dados apresentados, o grande desafio que a carga das DCNT representa para os gestores e a população catarinense nos próximos anos.

As intervenções de vigilância, monitoramento, controle, prevenção e promoção à saúde precisam ser amplas, efetivas e eficazes através de uma política de promoção à saúde sólida de caráter institucional, coletiva e intersetorial.

Recomendamos o desenvolvimento e implementação de estratégias de saúde para prevenir DCNT por meio de foco nos fatores de risco, fortalecimento dos serviços através da melhoria na qualificação das equipes da Estratégia de Saúde da Família/ESF, Programa Saúde na Escola/PSE e profissionais da atenção básica para prestar prevenção primária a indivíduos sob seus cuidados, desenvolver ações de promoção da saúde, melhoria da vigilância e do monitoramento de fatores de risco e de estratégias de prevenção, inclusão de indicadores de prevenção de fatores de risco nos pactos, utilização de indicadores para promoção da saúde no monitoramento de desempenho da ESF, promover escolhas de alimentos saudáveis pelos prestadores de serviços de saúde e de grupos comunitários, legislação para diminuir o conteúdo de sal nos alimentos processados, ampliar campanhas abrangentes de promoção de atividade física em comunidades, garantir a existência de atividade física nos programas de educação física nas escolas, promoção de alimentação saudável nas escolas, incentivar as hortas comunitárias, incentivar a criação de programas de atividade física no local de trabalho (por exemplo, uso das escadas ao invés dos elevadores), fortalecer o apoio aos programas de combate ao fumo, entre outros.

Seguindo as diretrizes construídas pelo MS, em 2016, a Divisão de DANT/ GEVRA realizou ações voltadas para informação e gestão, as quais destacamos: materiais educativos e informativos sobre fatores de risco e proteção para DCNT, materiais educativos e informativos sobre acidentes de trânsito, suicídio e violências, Fórum sobre Prevenção ao Suicídio, material informativo direcionado a profissionais de saúde no combate à violência, ao racismo e à discriminação institucional, o lançamento do movimento #secuidaSC, cujo objetivo principal é estimular a adoção de hábitos como a alimentação saudável, a prática da atividade física, a redução do consumo de álcool e a cessação do tabagismo, de forma a prevenir a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

A morbimortalidade decorrente das DCNT impõe um ônus socioeconômico substancial, que representa uma ameaça ao desenvolvimento da saúde pública do século XXI exigindo intervenções baseadas em evidências e de âmbito intersetorial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Prevention and control of noncommunicable diseases. 2000. Disponível em: < http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=1178&Itemid=965>. Acessado em 17/02/2017.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância das doenças crônicas não transmissíveis. Disponível em: <em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14125-vigilancia-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>>. Acessado em 10/02/2016.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011
4. SCHMIDT. M.I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. 2011. Disponível em: <<https://www.passeidireto.com/arquivo/18244437/schmidt-mi-et-al-2011--doencas-cronicas-nao-transmissiveis-no-brasil-carga-e-de>>. Acessado em 13/03/2017.
5. LIMA, Helen. Óbitos, internações e custos das doenças crônicas não transmissíveis no estado de Goiás no período de 2006 a 2012. 2013. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwjb4Mf5_93SAhWEPRoKHQBqBukQFgghMAE&url=https%3A%2F%2Frepositorio.bc.ufg.br%2Ftede%2Fbitstream%2Ftede%2F3369%2F5%2FTese%2520-%2520Helen%2520de%2520Lima%25202013.pdf&usq=AFQjCNH2YtFAkGR2BhNkLd8Dxvcqqgzog&bvm=bv.150120842,d.d2s&cad=r-ja>. Acessado em 17/03/2017.
6. OMS. 28ª Conferência sanitária pan-americana – 64ª sessão do comitê regional, 2012. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=24045&Itemid=270>. Acessado em 14/03/2017
7. BRASIL. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas. Brasil, Grandes regiões e unidade da federação. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2014.

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

Governo do Estado: João Raimundo Colombo e Eduardo Pinho Moreira | Secretário de Estado da Saúde: Vicente Caropreso | Secretário Adjunto: Murillo Ronald Capella | Superintendente de Vigilância em Saúde: Fábio Gaudenzi de Faria | Diretor de Vigilância Epidemiológica: Eduardo Marques Macário | Gerente de Vigilância de Agravos Infecciosos, Emergentes e Ambientais: Gladis Helena da Silva | Produção: Núcleo de Comunicação DIVE/SC