



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

MONIQUE HELEN FARIA

**MORTALIDADE PREMATURA POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS EM SANTA CATARINA: UMA ANÁLISE TEMPORAL 2006 –
2015**

FLORIANÓPOLIS

2019

MONIQUE HELEN FARIA

**MORTALIDADE PREMATURA POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS EM SANTA CATARINA: UMA ANÁLISE TEMPORAL 2006 –
2015**

Trabalho de Conclusão de Curso, do Curso de
Graduação em Enfermagem da Universidade Federal
de Santa Catarina.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Selma Regina de Andrade

Coorientadora: Dr^a. Susana Cararo Confortin

FLORIANÓPOLIS

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Faria, Monique Helen
Mortalidade Prematura Por Doenças Crônicas Não
Transmissíveis, Em Santa Catarina: Uma Análise Temporal
2006 - 2015 / Monique Helen Faria ; orientadora, Selma
Regina de Andrade, coorientadora, Susana Cararo
Confortin, 2019.
44 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

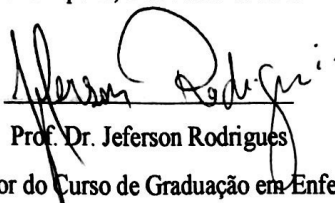
1. Enfermagem. 2. Enfermagem em Saúde Pública. 3.
Doenças Crônicas. 4. Mortalidade prematura. 5. Gestão em
saúde. I. de Andrade, Selma Regina . II. Cararo Confortin,
Susana. III. Universidade Federal de Santa Catarina.
Graduação em Enfermagem. IV. Título.

MONIQUE HELEN FARIA

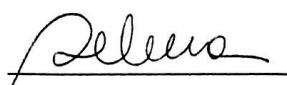
**MORTALIDADE PREMATURA POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS EM SANTA CATARINA: UMA ANÁLISE TEMPORAL 2006–2015**


Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado como requisito parcial para obtenção do Título de “Enfermeiro” e aprovado e sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

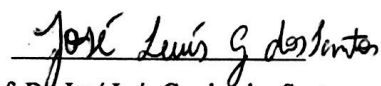
Florianópolis, 2 de Julho de 2019


Prof. Dr. Jeferson Rodrigues
Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem

Banca Examinadora:


Prof.ª Dr.ª Selma Regina de Andrade
Orientadora e Presidente


Prof.ª Dr.ª Kátia Cilene Godinho Bertocello
Membro efetivo


Prof. Dr. José Luís Guedes dos Santos
Membro efetivo

“O trabalho é árduo, mas a satisfação é plena.
(Salvador Costa)”

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado forças e persistência para finalizar a graduação na Universidade Federal de Santa Catarina, pois os desafios que passei para chegar até aqui foram muitos.

Gostaria de agradecer minha orientadora, Selma Regina de Andrade, pela amizade, compreensão, pela ajuda que me deu desde a chegada como bolsista de iniciação científica, por querer o meu bem, tanto na vida pessoal como na graduação, por me ajudar a enxergar um futuro melhor, por ser uma mãe para mim, e pelo suporte durante a elaboração deste estudo. Agradeço também minha coorientadora, Susana Cararo Confortin, por tentar guiar meu caminho para eu ser a melhor naquilo que estava fazendo, pela amizade, e pelos bons momentos que passamos juntas, que foram fundamentais.

Agradeço a minha família pelo suporte familiar e financeiro, principalmente meu pai, Ivo José Faria, que sempre confiou no meu potencial, me cuidou, me deu forças nos melhores e piores momentos da minha vida, por ser o melhor amigo que uma filha poderia ter, por ser meu exemplo, e por ser a luz que guia a minha vida. Não poderia de deixar de agradecer meu avô, José Antonio Faria (*in memoriam*), por ter acreditado no meu potencial, por sempre dizer que tudo daria certo e eu seria uma ótima enfermeira. Se hoje estou terminando a graduação, foi para dar orgulho a esses homens da minha vida!

Agradeço ao meu namorado que me incentivou, estive comigo durante os momentos mais delicados na faculdade, e aguentou minhas crises existenciais.

Agradeço aos amigos e colegas que fiz durante a graduação, e também aos professores que conheci ao longo dessa caminhada de cinco anos, com certeza ficarão guardados em meu coração.

Agradeço aos colegas que fiz no laboratório de pesquisa GEPADES, especialmente a mestrandia Alexandra que me apresentou ao grupo e possibilitou que eu conhecesse a professora Selma, que me ajudou, me deu conselhos, foi meu ombro amigo quando precisei e, além disso, me orientou durante o segundo ano de PIBIC.

Agradeço a todas aquelas pessoas que passaram na minha vida durante esses cinco anos de graduação, todas foram essenciais, seja as que se foram e deixaram um pouco de si, quanto aquelas que permanecem até hoje. Acredito que na vida nada seja em vão, tudo tem um propósito e significado perante Deus então “Entrego, Confio, Aceito e Agradeço” tudo à Deus.

RESUMO

Introdução: A mortalidade prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) é considerada um dado relevante para o monitoramento da efetividade de políticas para melhoria da qualidade do serviço e atenção a saúde. Além de refletirem negativamente na economia do país, causando gastos exorbitantes, que poderiam ser reduzidos com investimentos na prevenção e promoção da saúde. Os principais grupos de DCNT são doenças cardiovasculares, respiratórias, diabetes e neoplasias. **Objetivo:** Investigar a variação da taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelas quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), em Santa Catarina, no período de 2006 a 2015. **Método:** Estudo ecológico, com dados secundários disponibilizados pelo Ministério da Saúde, de acesso público, presentes na plataforma eletrônica DATASUS. Foram analisados adultos e idosos de 30 a 69 anos, residentes em Santa Catarina, que possuíram como motivo de causa básica de suas mortes as quatro principais DCNT, doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias e diabetes, de acordo com as categorias da CID-10, relacionadas aos códigos I00 a I99, C00 a C97, J30 a J98 e E10 a E14, respectivamente. Foi realizada análise descritiva dos dados, bem como o método de estimativa de modelos de regressão, utilizando o programa *Joinpoint*, versão 4.5.0.1. **Resultados:** Ocorrem 2.692.416 óbitos prematuros entre os anos de 2006 e 2015 pelo conjunto das quatro principais DCNT no Brasil. Destes, 91.046 ocorreram no Estado de Santa Catarina, sendo 54.155 do sexo masculino e 36.891 do sexo feminino. Observou-se redução na taxa de mortalidade prematura de 1,2% ao ano no grupo geral, 1,6% ao ano para homens e 0,7% ao ano para as mulheres, no período estudado. Dentre os grupos etários, a maior diminuição na taxa de mortalidade prematura foi no grupo de 50 a 59 anos, sendo de 3,5% ao ano no grupo geral. Para o sexo masculino, a redução foi de 3,5% ao ano. Enquanto que, o sexo feminino, apresentou duas variações nas taxas, sendo que de 2006 à 2008, houve redução de 7,4% ao ano, e de 2008 a 2015, redução de 1,4% ao ano nas taxas de mortalidade prematura. **Conclusão:** Foi possível observar que no grupo geral (de 30 a 69 anos), o Estado de Santa Catarina não atingiu o objetivo do Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis de redução de 2% ao ano da mortalidade prematura pelas quatro principais DCNT. No entanto, por faixa etária e por sexo, é possível observar que no grupo de 50 a 59 anos, tanto no sexo feminino quanto no masculino foi superada a expectativa do Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, o que revela que as políticas e programas criados para diminuição da mortalidade prematura estão surtindo efeito em determinados grupos etários.

Palavras-chaves: Doença crônica, Epidemiologia, Mortalidade prematura, Gestão em saúde, Enfermagem em saúde pública.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CGDANT	Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1: Fórmulas utilizadas para os cálculos. Florianópolis, SC, 2018.....	22
Quadro 2: Fórmulas utilizadas para os cálculos. Florianópolis, SC, 2018.....	27
Tabela 1: Taxa de mortalidade prematura pelas quatro principais doenças crônicas não transmissíveis, por sexo e grupo etário, no Estado de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2018.....	29
Tabela 2: Variação anual percentual média da taxa de mortalidade prematura pelas quatro principais doenças crônicas não transmissíveis, por sexo e faixa etária entre 30 a 69 anos no período de 2006 a 2015, no Estado de Santa Catarina. Florianópolis, SC, 2018.....	33

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. OBJETIVOS.....	12
2.1 OBJETIVO GERAL.....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3. SUSTENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
3.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	13
3.2 MORTALIDADE PREMATURA COMO INDICADOR DE SAÚDE.....	15
3.3 PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) DE 2011 A2022.....	18
4. MÉTODO.....	20
4.1 ABORDAGEM DO ESTUDO.....	20
4.2 LOCAL E POPULAÇÃO	20
4.3 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS.....	20
4.4 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS	21
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	22
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
5.1 MANUSCRITO: MORTALIDADE PREMATURA PELAS QUATRO PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS, EM SANTA CATARINA: UMA ANÁLISE TEMPORAL 2006-2015	23
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	40

1. INTRODUÇÃO

Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são constituídas por um conjunto de doenças de causas múltiplas, por longos períodos, multifatoriais e não são infecciosas (ROUQUAYROL; SILVA, 2013). As quatro DCNT de maior impacto são as doenças cardiovasculares, neoplásicas, respiratórias e diabetes (MALTA; SILVA; MOURA; MORAIS NETO, 2017).

Devido ao longo período de convívio com a doença crônica depois de instalada, as pessoas passam a se limitar em diferentes âmbitos de suas vidas e a terem restrições de diversas ordens. Desse modo, é possível afirmar que as DCNT refletem negativamente na economia, tanto do país quanto na das famílias com indivíduos com a doença, pois muitas vezes essas famílias passam a gastar seu dinheiro em tratamento e remédios caros a longo prazo. Impactam também no sistema de saúde, pois elas aumentam os custos por longos períodos, em medicações, tratamentos, internações e reinternações. As DCNT diminuem também a mão de obra do país tanto pelas mortes prematuras, quanto pela invalidez e debilidade das pessoas (ALVES; MORAIS NETO, 2015). Alves e Morais Neto (2015) revelaram que o Brasil, de 2006 até 2015, pode ter desperdiçado cerca de US\$ 4,18 bilhões relacionados às DCNT, mostrando o quanto esse prejuízo é significativo para a economia e a saúde da população. O país perdeu mão de obra e passou a ter mais gastos com remédios por longos períodos. Esses gastos estão associados com a redução anual de cerca de 2% do seu produto interno bruto (PIB) brasileiro (MALTA *et al.*, 2017).

A mortalidade de indivíduos de 30 a 69 anos pelas DCNT, também conhecido como óbito precoce, é denominada de mortalidade prematura, sendo considerado importante indicador de saúde universal. Este indicador contribui para monitorar a efetividade das políticas públicas nos fatores de risco, prevenção e controle das DCNT no país e no mundo. Pode fornecer dados para o monitoramento do andamento da qualidade de saúde de determinado município, estado, região ou país (BRASIL, 2016).

A mortalidade prematura relacionada às DCNT tem associação com fatores socioculturais, qualidade de vida, ocorrendo com maior frequência em indivíduos com menos informações, renda, e mais expostos a fatores de risco, tais como a obesidade, a alimentação não saudável, a inatividade física, o tabagismo e o uso de álcool (OLIVEIRA; FAORO; CUBAS, 2017).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 70% das mortes mundiais estejam relacionadas às DCNT, gerando cerca de 38 milhões de mortes, das quais 16 milhões ocorrem em pessoas com menos de 70 anos. No Brasil, 72,0% das mortes estão relacionadas às DCNT, sendo 31,3% por doenças cardiovasculares, 16,3% neoplásicas, 5,8% respiratórias e 5,2% por diabetes, ocorrendo principalmente em idosos e indivíduos com menor renda e/ou menor escolaridade. Já em países com alta renda per capita, acontecem cerca de 13,0% de mortes pelas DCNT (MALTA *et al.*, 2017; MALTA *et al.*, 2015; OLIVEIRA; FAORO; CUBAS, 2017).

O Brasil vem mostrando importante progresso em relação às DCNT, pois alcançou 13 dos 19 indicadores estabelecidos pela OMS. A implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) auxiliou nesse progresso, pois ela orienta ações para prevenção do uso de cigarro, para alimentação saudável, para a prática de atividade física, cuja ausência está relacionada aos principais causadores das DCNT (BRASIL, 2018).

Em 2015, a Organização das Nações Unidas (ONU), no evento da Cúpula das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável, uniu mais de 150 líderes de países para o desenvolvimento do movimento antipobreza, no qual foram firmados os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. O terceiro objetivo propõe assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos independentemente da idade (ONU, 2015). Nesse objetivo, existe a meta de que até 2030 aconteça a redução de até um terço da mortalidade prematura pelas DCNT do mundo, isso por meio de tratamento, prevenção e promoção do bem-estar geral (ONU, 2015).

No Brasil, foi criado o ‘Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)’, que tem como objetivo a redução de 2% ao ano da mortalidade prematura relacionada às DCNT, no período de 2011-2022 (BRASIL, 2011). Além disso, em 2016, o Ministério da Saúde lançou o Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, com 29 indicadores, sendo o 13º indicador refere-se à redução da taxa de mortalidade prematura pelas quatro principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas), seguindo o padrão de referência de redução de 2% ao ano (BRASIL, 2011).

A gestão de saúde necessita de tomada de decisão pelos gestores e estas são de grande responsabilidade e importância social, e necessariamente precisam ser tomadas embasadas em informações/dados concretos, reais, verdadeiros (LIMA; ANTUNES; SILVA, 2015).

Os indicadores de saúde são instrumentos para gestores, que conferem sustentação necessária para a administração/gestão. Eles diminuem o grau de incerteza sobre as situações

de saúde da população oferecendo o direcionamento para possíveis soluções e providências para esses problemas. Com base em indicadores, a gestão pode exercer suas funções básicas do planejamento, de execução e de avaliação das ações realizadas, para o desenvolvimento dos sistemas de saúde (LIMA; ANTUNES; SILVA, 2015).

A análise da mortalidade prematura pelas quatro principais causas (doenças circulatórias/cardiovasculares, neoplásicas, respiratórias e diabetes), tema de estreita relação com o trabalho do enfermeiro em todos os âmbitos de atuação, revela-se necessária em vista da carência de pesquisas sobre a variação deste indicador, em especial no estado de Santa Catarina (OLIVEIRA; FAORO; CUBAS, 2017)..

Berra, Miller e Jennings (2011) apresentaram a importância do enfermeiro na atuação com DCNT, com o foco, principalmente, em doenças cardiovasculares, mostrando que os enfermeiros e a equipe de enfermagem são os profissionais mais próximos do paciente, que conseguem desempenhar bom papel de educar, orientar e aconselhar. Além disso, são capazes de liderar e apoiar abordagens para reduzir a mortalidade prematura, na condição de gestores do cuidado, oferecendo orientações relacionadas ao tabaco, atividade física e mudança hábito de vida em geral. Desse modo, o enfermeiro tem importante papel na gestão e na prevenção da mortalidade prematura. Ao buscar a melhoria na qualidade da atenção, principalmente na atenção primária, este profissional pode atuar fortalecendo intervenções de redução do consumo álcool, sal, tabaco, promoção atividades físicas, reeducação alimentar, usando estratégias com ênfase nas DCNT, com a colaboração interdisciplinar e multiprofissional (GOPALANI *et al.*, 2017). O enfermeiro gestor pode contribuir, também, com a melhoria dos sistemas de vigilância, notificando as DCNT para medir os resultados e monitorar o progresso em relação ao tratamento e políticas públicas para estas doenças (GOPALANI *et al.*, 2017).

Considerando a importância estratégica do trabalho do enfermeiro no cuidado às pessoas com DCNT, desde a promoção da saúde até a prevenção de desfechos desfavoráveis; e considerando também que o indicador de mortalidade prematura é destacado por organizações nacionais e internacionais como essencial para o desenvolvimento sustentável das nações; este estudo poderá contribuir para verificar o progresso em relação as metas e objetivos planejados pelo plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT de 2011 a 2022 e, com isso, observar a evolução deste indicador no Estado de Santa Catarina com relação às metas nacionais e internacionais.

Assim, com o propósito de averiguar o percentual da variação da mortalidade prematura em Santa Catarina, questiona-se: Qual a variação média anual da taxa de

mortalidade prematura, entre indivíduos de 30 a 69 anos, pelas quatro principais DCNT, no período de 2006 a 2015, em Santa Catarina?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a variação da taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelas quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), em Santa Catarina, no período de 2006 a 2015.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Descrever o número de óbitos registrados no Sistema de Informações de Mortalidade, geral e por grupo etário, em Santa Catarina, no período de 2006 a 2015;
- ✓ Descrever a taxa de mortalidade bruta e ajustada geral e por grupo etário, em Santa Catarina, no período de 2006 a 2015;
- ✓ Analisar a variação da taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelas quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis, geral e por grupo etário, em Santa Catarina, no período de 2006 a 2015.

3. SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Este tópico apresenta a sustentação teórica deste estudo. Para dar suporte a esta sustentação, procedeu-se uma busca nas bases de dados eletrônicos Medline/PubMed e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) [Scielo, Lilacs e IBECs].

A consulta nas bases de dados deu-se por meio da combinação entre os descritores ou empregando-os de forma isolada, sendo os descritores: Doença crônica, Epidemiologia, Mortalidade prematura, Neoplasias, Diabetes Mellitus, Doenças Respiratórias, e Doenças Cardiovasculares. Deste modo, apresentam-se os conteúdos relacionados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis e os indicadores de saúde, especificamente a taxa de mortalidade prematura. Além disso, descrevem-se os principais aspectos contidos no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis de 2011 a 2022.

3.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As DCNT têm causas múltiplas, multifatoriais, grandes períodos de latência, duram um período prolongado, não tem causa infecciosa e elas se associam a incapacidades funcionais e deficiências. Costumam ser causadas por condições de vida, questões sociais e não só pelo estilo de vida que a pessoa leva (MALTA *et al.*, 2015).

Para Monteiro *et al.*, (2005), a maior representatividade de pessoas com doenças crônicas são os idosos, portanto, evidenciando que há relação direta entre o envelhecimento com a ocorrência de patologias crônicas não transmissíveis. Atualmente, a pirâmide etária do Brasil está em transição, pois está ocorrendo o aumento do número de idosos. Essa mudança acarreta mudanças no perfil epidemiológico das doenças, com aumento das DCNT e redução das doenças infecciosas (OLIVEIRA, FAORO; CUBAS, 2017).

No ano de 2011, as DCNT representaram 79,8% dos óbitos cadastrados no sistema de informação sobre mortalidade (SIM). Conforme Malta *et al.*, (2014), as principais DCNT estão relacionadas as doenças cardiovasculares e/ou circulatórias que causaram cerca de 30,4% de óbitos por DCNT; neoplasias malignas, 16,4%; doenças respiratórias, 6,0%; e o diabetes, 5,3%.

Na condição de aliado importante e negativo das DCNT, o tabagismo causa 71,0% dos casos de câncer de pulmão, 42,0% das doenças respiratórias crônicas e cerca de 10,0% das doenças cardiovasculares, pelo enrijecimento das paredes vasculares, que causam dificuldade

na irrigação dos tecidos, diminuição da pressão sanguínea. Outro aliado é o alcoolismo, pois estima-se que 50,0% de seus óbitos estejam associados às DCNT, como câncer e cirrose hepática (DUNCAN *et al.*, 2012). Outros fatores, como sedentarismo, a inatividade física aumentam cerca 20% a 30% o risco de mortalidade. A alimentação, adotada nas últimas décadas como o excesso de sal e gorduras, pode levar a hipertensão, aterosclerose, eventos cardiovasculares. O consumo elevado e/ou excessivo de carnes vermelhas e processadas pode acarretar doenças cardiovasculares e até diabetes (DUNCAN *et al.*, 2012). Um fator protetor para diminuição do risco de doenças cardiovasculares, câncer gástrico e colorretal é o consumo regular de frutas e legumes preferencialmente sem agrotóxicos, pois estes são cancerígenos (DUNCAN *et al.*, 2012).

O custo dessas doenças vai além do hospitalar. Inclui afastamentos de trabalho, perícias, aposentadorias, diminuição da mão de obra e produtividade, alterando o perfil econômico das famílias (MALTA *et al.*, 2015).

Existe a estimativa de que o Brasil gaste apenas com atendimentos ambulatoriais e hospitalizações cerca de US\$ 7,5 bilhões/ano, sem contar o que o governo gasta com as políticas de prevenção e afastamentos dos trabalhadores, causados pelas DCNT (OLIVEIRA; FAORO; CUBAS, 2017).

As tendências de redução na mortalidade pelas DCNT tiveram a contribuição de políticas públicas como o combate tabagismo e aumento do acesso à atenção primária de saúde com cuidado de qualidade. Houve aumento da cobertura da atenção básica no país, de até 60,0% da população e criação do Programa Academia da Saúde, que faz o incentivo aos exercícios físicos; o Programa Farmácia Popular, que passou a distribuir remédios para diabetes e hipertensão de modo gratuito para a população brasileira (BRASIL, 2011).

O aumento de impostos sobre o preço do cigarro, a proibição de fumar em locais fechados constituem promoção à saúde bem sucedida contra o tabagismo. O uso do tabaco diminuiu de 35,0% para 17,0%, entre os anos de 1989 até 2009, o que pode ter influenciado na diminuição de mortes por doenças respiratórias crônicas e cardiovasculares que ocorreram nesse período (DUNCAN *et al.*, 2012).

A vigilância das DCNT é de importância nacional e global. É imprescindível fazer o acompanhamento das DCNT, seus fatores de risco e sua morbimortalidade. O Ministério da Saúde dedica-se à melhoria da cobertura e da qualidade dos dados de mortalidade e morbidade no Brasil (MALTA *et al.*, 2015).

Os três componentes essenciais da vigilância de DCNT são: a) monitoramento dos fatores de risco; b) monitoramento da morbidade e

mortalidade específica das doenças; e c) respostas dos sistemas de saúde, que também incluem gestão, ou políticas, planos, infraestrutura, recursos humanos e acesso a serviços de saúde essenciais, inclusive a medicamentos (WHO, 2011, p.10).

Para vigilância das DCNT, o Ministério da Saúde criou a Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT)/SVS/MS), com a responsabilidade de instituir a vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), em todos os níveis de saúde. Essa possui ações como a vigilância integrada dos fatores de risco e proteção para as DCNT, monitoramento das doenças, de intervenções, e o incentivo de ações de prevenção, controle e promoção da saúde. Todas essas ações auxiliam os gestores de saúde no conhecimento sobre a distribuição, magnitude e a tendência das DCNT (MALTA *et al.*, 2006).

É de grande importância a prevenção de DANT, pois a vigilância dos episódios destas doenças na população, o monitoramento da prevalência dos fatores de risco das mesmas, do impacto econômico e social que elas geram, oferecem argumentos para tomada de decisão, criação de políticas e investimentos na área da saúde para prevenir as DCNT e outros agravos (MALTA *et al.*, 2006).

Em 2006 foi lançada a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), que compreende o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para DCNT. Esse ajuda a verificar a efetividade das políticas de promoção de saúde implantadas no Brasil, e seus resultados. Um bom exemplo são as políticas para redução ao uso do tabaco, que através de pesquisas, investigações telefônicas e análises de tendências, o VIGITEL demonstrou uma redução do uso de 15,0% para 10,8%, de 2006 a 2015 (MALTA *et al.*, 2014).

3.2 MORTALIDADE PREMATURA COMO INDICADOR DE SAÚDE

Os indicadores servem para expressar a situação sanitária de uma população, para a vigilância das condições de saúde, para fazer qualificações e comparações de dados (BRASIL, 2008). Para trazerem confiabilidade os indicadores dependem, por exemplo, do tamanho da população em risco, da frequência dos casos, se os dados são coletados, registrados e transmitidos. Eles são importante instrumento para gestores e ajudam a medir como está a situação de saúde em todos níveis de atenção (BRASIL, 2008).

Existem seis categorias de indicadores de saúde: mortalidade (sobrevida), de morbidade (funcionalidade), de recursos, de cobertura, demográficos e socioeconômicos (BRASIL, 2008).

Na década de 1950, a OMS havia criado três classificações para os indicadores. Existiam os indicadores que traduziam diretamente de saúde em uma população; os relacionados às condições ambientais que tinham influência direta sobre a saúde; e os indicadores que serviam para medir recursos materiais e humanos relacionados às atividades de saúde (SOÁREZ; PADOVAN; CICONELLI, 2005).

A taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis, foco do presente estudo, é um indicador universal de saúde e integra a categoria dos indicadores de sobrevivência, mortalidade. Este indicador revela a efetividade das políticas públicas implementadas para o controle dos fatores de risco e das DCNT e também para a prevenção do conjunto dessas enfermidades. Ele é avaliado e monitorado anualmente, sendo que o fechamento dos dados acontece sempre em fevereiro, 14 meses após acabar o ano, isso significa que os dados de 2010, por exemplo, serão fechados em fevereiro de 2012. Os indicadores de mortalidade prematura são disponibilizados online pelo DATASUS (BRASIL, 2014).

Todo indicador é caracterizado e cada um tem seu método de ser calculado, conceituado, denominado, sua forma de ser analisado e sua fonte de dados. Cada indicador é alimentado pela instituição que mais se identifica com seu tema, e eles disponibilizam seus dados brutos em planilhas eletrônicas que geralmente são preparadas pelo DATASUS, que disponibiliza esse conteúdo gratuitamente, sem identificação das pessoas (BRASIL, 2008).

A Organização das Nações Unidas (ONU), em 2015, aprovou os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, a serem cumpridos até o ano de 2030. Dentre estes objetivos, o terceiro tem como meta a redução de um terço da mortalidade prematura por DCNT no mundo, em que cada país membro deve organizar políticas e programas com ações de enfrentamento para essas doenças, para tentar alcançar a meta planejada (ONU, 2015).

No Brasil, a mortalidade prematura pelas DCNT é menos prevalente nas mulheres. Oliveira, Faoro, e Cubas (2017) afirmam que a maior prevalência das DCNT ocorre em homens, e estão associadas aos hábitos de vida, como: a obesidade, o uso abusivo de álcool e tabaco, a baixa ingestão de legumes, frutas e verduras e o excesso de peso. Além desses hábitos de vida, a baixa procura de serviços de saúde e a insuficiência de políticas públicas para esse grupo também agrava. Os homens possuem maior vulnerabilidade para a mortalidade prematura pelas DCNT (OLIVEIRA; FAORO; CUBAS, 2017).

De acordo com Gopalani *et al.*, (2017), a forma de avaliar o impacto das doenças crônicas não transmissíveis é através da mortalidade prematura, considerada quando ocorre em indivíduos de 30 a 69 anos.

A mortalidade prematura relacionada a doenças cardiovasculares são possivelmente evitáveis, mantendo bons hábitos alimentares, praticando exercícios físicos, e não fumando (AKESSON; LARSSON; DISCACCIATI; WOLK, 2014; O'FLAHERTY *et al.*, 2016).

Gopalani *et al.*, (2017), apresentaram os resultados de um estudo sobre a mortalidade prematura de 2003 a 2012 nos Estados Federados da Micronésia. No período citado, ocorreram 2.349 mortes prematuras e dessas 1.680 (71,5%) foram relacionadas às DCNT, 27,3% foram por diabetes, 33,2% por doenças circulatórias, 5,0% por câncer e cerca de 6,0% devido doenças respiratórias.

A Suécia, em 15 anos, de 1991 a 2006, conseguiu reduzir a mortalidade no país em 25,0%. Nesse período, 41,8% das mortes foram principalmente por doenças cardiovasculares, 51,7% por neoplasias, 2,6% por diabetes e 3,9% foram relacionadas a doenças respiratórias. Isso mostra que, dependendo do país, a causa mais prevalente de morte prematura por DCNT pode mudar (SANTOSA; ROCKLOV; HOGBERG; BYASS, 2015).

Lin *et al.* (2013) realizaram um estudo com dados de seis países, cujo resultado indicou que a criação da legislação de proibição de fumo, em locais não arejados, fez com que diminuísse, em média, cerca de 13,0% a ocorrência de infarto agudo do miocárdio. Isso porque a nicotina presente no cigarro está associada ao enrijecimento dos vasos sanguíneos dificultando a circulação sanguínea. Para Guzman Castillo *et al.* (2015), o declínio do uso do tabaco fez com que ocorressem diminuições no colesterol, pressão arterial e mortes por doenças cardíacas.

Os dados relacionados à mortalidade, seja prematura ou não, são obtidos a partir do preenchimento da declaração de óbito em todo Brasil. O Sistema de Informações de Mortalidade os coleta. Estes dados são de extrema importância para a gestão da saúde, no sentido de obtenção de diagnósticos com base em análises epidemiológicas, demográficas, estatísticas de saúde, etc. Essas informações permitem estabelecer e definir prioridades para os programas de prevenção e controle de doenças (BRASIL, 2011).

3.3 PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) DE 2011 A 2022

As DCNT são um problema mundial e apresentam magnitude significativamente diferente quando comparados a níveis de desenvolvimento econômico e social entre países. Aqueles com baixa renda *per capita* têm cerca de 80,0% de suas mortes prematuras relacionadas a elas, enquanto que países com alta renda apresentam somente 13,0% delas (OLIVEIRA; FAORO; CUBAS, 2017).

Em 2011, o Brasil, membro da ONU, por meio do Ministério da Saúde, criou o Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2011-2022, no qual sua meta principal é reduzir as taxas de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) no país, 2% ao ano até 2022. Foram criadas ações relacionadas ao tratamento, prevenção e diminuição de fatores de risco das doenças circulatórias, respiratórias, neoplásicas e diabetes, indicadores de saúde, programas, tudo para monitorar e cumprir as metas propostas e seus compromissos no enfrentamento das DCNT pelos próximos dez anos (OLIVEIRA; FAORO; CUBAS, 2017).

As Metas nacionais propostas incluem:

- ✓ Reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT em 2% ao ano;
- ✓ Reduzir a prevalência de obesidade em crianças;
- ✓ Reduzir a prevalência de obesidade em adolescentes;
- ✓ Deter o crescimento da obesidade em adultos;
- ✓ Reduzir as prevalências de consumo nocivo de álcool;
- ✓ Aumentar a prevalência de atividade física no lazer;
- ✓ Aumentar o consumo de frutas e hortaliças;
- ✓ Reduzir o consumo médio de sal;
- ✓ Reduzir a prevalência de tabagismo;
- ✓ Aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos;
- ✓ Aumentar a cobertura de exame preventivo de câncer de colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos;
- ✓ Tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer (BRASIL, 2011, p. 14).

Estas metas indicam as prioridades nacionais em termos de atuação para diminuir a mortalidade prematura relacionada as DCNT no país.

O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT de 2011 2022 fundamenta-se no delineamento de diretrizes e ações em: vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde; cuidado integral” (BRASIL, 2011, p. 14).

Dentro do eixo “Vigilância, informação, avaliação e monitoramento”, foram criadas ações como o portal para monitorar o plano via *internet*; pesquisas em para verificar como

está a morbidade, os custos das DCNT para o país, aferir a pressão das pessoas para identificar possíveis fatores de risco entre outras ações (BRASIL, 2011).

No eixo da “promoção da saúde” foram criadas políticas e programas relacionadas à diminuição dos fatores de risco, como programas contra o tabagismo, programas para atividade física, programas com intuito de diminuir o preço dos alimentos saudáveis e de uma rotulagem correta para saber os nutrientes contidos naquele alimento. Além desses, a prevenção da obesidade, cessação do uso de álcool aumentando impostos sobre as bebidas e proibindo a venda para menores de 18 anos, e programas de atenção integral ao idoso para que envelheçam com mais saúde (BRASIL, 2011).

O eixo relacionado ao “Cuidado integral”, incluiu programa como a farmácia popular com a distribuição de medicamentos de graça, programas para prevenção de neoplasias de mama e colo do útero, serviços domiciliares para pessoas que não conseguem ir até o serviço de saúde, entre outras ações visando o cuidado humanizado, integral e de qualidade para os pacientes (BRASIL, 2011).

4. MÉTODO

4.1 ABORDAGEM DO ESTUDO

Este estudo caracteriza-se como ecológico, de abordagem quantitativa integrante dos estudos epidemiológicos, que possibilita comparar condições de saúde, frequência de doenças, explanação de doenças, em países, estados, municípios (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

4.2 LOCAL E POPULAÇÃO

A população do Estado de Santa Catarina, pelo último censo de 2010, é de 6.248.436 indivíduos, e a população estimada para 2017 chegou a 7.001.161 milhões de pessoas, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O estado possui 295 municípios, e tem uma área de cerca de 95.737.954 km². Santa Catarina faz limite com o estado do Paraná e Rio Grande do Sul, com Oceano Atlântico e com a Argentina (BRASIL, 2018). O estado é um grande e diversificado pólo industrial, com setores tecnológicos, turismo, indústrias têxteis, construção civil, pecuária entre outros (SANTA CATARINA, 2018).

O estado é dividido em nove macrorregiões de saúde, o Vale do Itajaí, a Foz do Rio Itajaí, o Planalto Serrano, a Grande Florianópolis, o Nordeste, o Planalto Norte, o Sul, o Meio-Oeste e o Extremo Oeste. A capital do estado é Florianópolis (SANTA CATARINA, 2012).

4.3 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Neste estudo, foram utilizadas informações secundárias de acesso público e gratuito, disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, exibido na plataforma eletrônica DATASUS, em que não é possível identificar as pessoas que foram obtidos os dados. Os dados dispostos pelo DATASUS são informações das declarações de óbito da população de Santa Catarina, registrados no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM).

Os casos utilizados para análise estão relacionados às DCNT, contidas na 10^a Revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10): doenças do aparelho circulatório (I00 a I99), neoplasias malignas (C00 a C97), doenças do

sistema respiratório (J30 a J98), e diabetes mellitus (E10 a E14), em indivíduos com faixa etária entre 30 a 69 anos, do sexo feminino e masculino. Foi calculado o indicador de mortalidade prematura, pelas doenças citadas, entre os anos de 2006 a 2015, o recorte temporal de 10 anos para fidedignidade aos resultados.

Na faixa etária utilizada neste estudo, foram agrupados casos por grupo etário (30 a 39, 40 a 49, 50 a 59 e 60 a 69), de residentes em Santa Catarina, que tiveram como causa básica de suas mortes as quatro principais DCNT, de acordo com as categorias da CID-10, relacionadas aos códigos I00 a I99, C00 a C97, J30 a J98 e E10 a E14, (respectivamente doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias e diabetes mellitus).

As informações utilizadas no cálculo, referentes à população de Santa Catarina, foram obtidos através do censo de 2010 e de estimativas populacionais (2005 a 2009; 2011 e 2015) do IBGE.

4.4 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS

As quatro principais DCNT foram incluídas aos óbitos declarados como causas definidas, conforme o grupo etário. O fato de existir numerosas ocorrências de óbitos por causas mal definidas, em todas regiões do Brasil, implicou o uso de uma fórmula para compensação dos óbitos por causas específicas, com base em Oliveira, Silva e Klein (2005), o que levou à soma do total de óbitos ser superior, proporcionalmente.

A fórmula utilizada no cálculo foi: $X_c = X + (M * X) / (T - M)$, onde:

X é o número de mortes pelas quatro principais DCNT;

M é o número de mortes por causas mal definidas;

T é o número de mortes ocasionado por todas as causas;

X_c é o resultado do número compensado de mortes por causa específica, ou seja, o resultado esperado.

As taxas de mortalidade por 100.000 habitantes foram calculadas com relação a idade e ao sexo. Após isso, as taxas de mortalidade específicas foram padronizadas por um método direto, conforme Quadro 1.

Quadro 1. Fórmulas utilizadas para os cálculos. Florianópolis, SC, 2018.

	Numerador	Denominador	Constante
Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis	Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) por DCNT em determinado ano e local.	População residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local	100.000
Taxa de Mortalidade Específica pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis	Taxa Bruta por grupo etário X	População do censo 2010 por grupo etário / população do censo 2010 total	100.000
Média centrada em três termos	Soma da taxa ajustada, de 3 anos consecutivos	Dividido por 3	

A análise estatística dos dados foi realizada pelo método de estimativa de modelos de regressão. Foi calculada, também, a média móvel centrada em três termos, para atenuar a série histórica. Para o cálculo da média móvel de 2009 foi necessário calcular a média entre 2008, 2009 e 2010, cada três anos seguidos, geram uma média móvel.

Para realizar a regressão, foi utilizado o programa de estatística *Joinpoint*, versão 4.5.0.1 (*Statistical Research and Applications Branch, National Cancer Institute, Estados Unidos*), que possibilitou efetuar o cálculo da variação anual da mortalidade prematura entre o intervalo de tempo de 2005 até 2016. Além disso, o programa possibilitou efetuar a descrição detalhada em relação as tendências de mortalidade, e calcular a alternância anual da mortalidade prematura, porcentagens e a identificação de pontos que tiveram alternaram com o decorrer dos anos. Para a análise, foram selecionados aqueles que tiveram significância estatística $p < 0,05$. Em todo cálculo segmentado de reta, os limites de intervalo utilizados foram de 95% de confiança.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para este estudo foram utilizados dados secundários, fornecidos e publicados *online* pelo Ministério da Saúde. Tais dados são anônimos e de domínio público, fato que descartou as exigências de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Contudo, mantiveram-se todas as prerrogativas de referência e citação, especialmente à fonte governamental.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo serão apresentados na forma de manuscrito, seguindo a Instrução Normativa do Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina de 2017.

5.1 MANUSCRITO: MORTALIDADE PREMATURA POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS, EM SANTA CATARINA: UMA ANÁLISE TEMPORAL 2006-2015

RESUMO

Objetivo: investigar a variação da taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelas quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis em Santa Catarina, no período de 2006 a 2015. **Método:** Estudo ecológico, com dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, com população de 30 a 69 anos, residentes em Santa Catarina. O motivo da morte dos estudados foram as quatro principais DCNT, de acordo com as categorias da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, relacionadas a doenças cardiovasculares, neoplasias, respiratórias e diabetes. A análise foi feita pelo método de estimativa de modelos de regressão, no programa de estatística *Joinpoint*, versão 4.5.0.1. **Resultados:** Ocorrem 2.692.416 óbitos prematuros por DCNT no Brasil, 91.046 em Santa Catarina, 54.155 eram homens e 36.891 mulheres. Houve redução na taxa de mortalidade prematura de 1,2% ao ano no grupo geral, 1,6% ao ano para homens e 0,7% ao ano para as mulheres. A maior diminuição na taxa de mortalidade prematura ocorreu no grupo geral de 50 a 59 anos, com 3,5% ao ano. No sexo masculino, a redução foi de 3,5%. Enquanto o sexo feminino, apresentou duas variações de redução, sendo de 2006 à 2007, 7,4% e de 2008 a 2015, 1,4% ao ano. **Conclusão:** Foi possível observar que no grupo geral (de 30 a 69 anos), o Estado de Santa Catarina não atingiu a redução de 2% ao ano da mortalidade prematura pelas quatro principais DCNT. No entanto, por faixa etária e por sexo, é possível observar que no grupo de 50 a 59 anos, tanto para as mulheres quanto para os homens foi superada a expectativa do Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, revelando que as políticas e programas criados para diminuição da mortalidade prematura estão surtindo efeito em determinados grupos etários.

Palavras-chaves: Doença crônica, Epidemiologia, Mortalidade prematura, Gestão em saúde, Enfermagem em saúde pública.

INTRODUÇÃO

A mortalidade entre indivíduos de 30 a 69 anos por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), denominada como mortalidade prematura, é importante indicador de saúde, que contribuindo relevantemente para o monitoramento da efetividade de políticas públicas, relacionadas aos fatores de risco, prevenção e controle dessas doenças no mundo. Com base nos dados fornecidos pelas taxas de mortalidade prematura, é possível realizar o

monitoramento da qualidade de saúde de determinado município, estado, região ou país (BRASIL, 2016).

As quatro DCNT de maior impacto para a mortalidade prematura são, as doenças cardiovasculares, neoplásicas, respiratórias e diabetes (MALTA; SILVA; MOURA; MORAIS NETO, 2017).

Associando-se com fatores socioculturais e qualidade de vida, a mortalidade prematura relacionada às DCNT ocorre com maior frequência em indivíduos com menos informação e, renda, e mais expostos a fatores de risco, tais como a obesidade, a alimentação não saudável, a inatividade física, o tabagismo e o uso de álcool (OLIVEIRA; FAORO; CUBAS, 2017).

As DCNT têm reflexo negativo tanto para as famílias, com entes doentes, quanto para o país, devido ao gasto contínuo com remédios de alto custo para o tratamento a longo prazo (ALVES; MORAIS NETO, 2015; MALTA *et al.*, 2017). As DCNT são responsáveis por diminuir a mão de obra de um país tanto pelas mortes prematuras, quanto pela invalidez e debilidade das pessoas. Tratamentos caros e por longos períodos diminuem o retorno financeiro para as famílias e refletem na economia nacional. Estudos apontam a possibilidade de redução, anualmente, de cerca de 2% do produto interno bruto brasileiro, pela falta de retorno financeiro, gastos viciosos com remédios e aposentadorias prematuras (ALVES; MORAIS NETO, 2015; MALTA *et al.*, 2017).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 70% das mortes mundiais são relacionadas às DCNT, gerando cerca de 38 milhões de mortes, das quais 16 milhões ocorrem em pessoas com menos de 70 anos. No Brasil, 72,0% das mortes estão relacionadas às DCNT, sendo 31,3% por doenças circulatórias, 16,3% neoplásicas, 5,8% respiratórias e 5,2% por diabetes, ocorrendo principalmente em idosos e indivíduos com menor renda e/ou menor escolaridade. Em países com alta renda per capita, ocorrem cerca de 13,0% de mortes pelas quatro principais DCNT (MALTA *et al.*, 2017; MALTA *et al.*, 2015; OLIVEIRA; FAORO; CUBAS, 2017).

Segundo Malta *et al.*,(2015), o Sul do Brasil, em 2013, apresentou maior prevalência de indivíduos com DCNT (52,1%). As prevalências foram de 54,2% no Rio Grande do Sul, 52,3% no Paraná e 48,4% em Santa Catarina. No ano de 2015, 73,5% dos óbitos notificados em Santa Catarina, foram relacionados às DCNT, as mais prevalentes foram as doenças circulatórias/cardiovasculares (27,2%), seguido de câncer (21,0%), doenças respiratórias crônicas (6,9%) e diabetes (4,5%) (SANTA CATARINA, 2016).

O Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2011-2022, do governo brasileiro, focaliza a promoção, prevenção e tratamento dos quatro principais grupos de DCNT (doenças circulatórias, respiratórias, diabetes e neoplasias). Nele, está estabelecida a meta, de reduzir as taxas de mortalidade prematura, dos 30 aos 69 anos de idade, em 2% por ano até 2022 (ALVES; MORAIS NETO, 2015; BRASIL, 2011).

As DCNT revelam que os serviços de saúde devem planejar e adequar suas ações, orientadas pelo monitoramento do indicador de mortalidade prematura (MALTA et al., 2017). Enfermeiros desempenham o importante papel de educadores em saúde, orientando e aconselhando os usuários dos serviços (BERRA; MILLER; JENNINGS, 2011). Na equipe de saúde os enfermeiros desempenham a educação em saúde como uma atribuição, o que permite desenvolver abordagens para a redução da mortalidade prematura, orientando sobre prevenção, promoção e tratamento principalmente relacionados aos fatores de risco, como o uso tabaco, inatividade física e mudança hábito de vida em geral (BERRA; MILLER; JENNINGS, 2011).

Tendo em vista a relevância do indicador de mortalidade prematura pelas quatro principais DCNT para a atuação do enfermeiro nos diferentes cenários dos serviços de saúde, e a escassez de pesquisas sobre a variação deste indicador em Santa Catarina, este estudo propõe-se a explicar sobre a ocorrência das mortes prematuras no estado de Santa Catarina, segundo a faixa etária e sexo. Estes dados poderão auxiliar os enfermeiros na gestão do cuidado e qualificação dos serviços prestados relacionados com as DCNT.

Com base no exposto, questionou-se: Qual a variação média anual da taxa de mortalidade prematura, entre indivíduos de 30 a 69 anos, pelas quatro principais DCNT, no período de 2006 a 2015, em Santa Catarina?

O estudo tem o objetivo de investigar a variação da taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelas quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), em Santa Catarina, no período de 2006 a 2015.

MÉTODO

Estudo com abordagem quantitativa, do tipo ecológico, realizado com base nos estudos epidemiológicos, no período de 2006 a 2015 (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

Considerou-se a população de Santa Catarina, com idade de 30 a 69 anos, segundo censo de 2010, de 6.248.436 habitantes, e a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2017, de 7.001.161 habitantes (BRASIL, 2018). Para o cálculo,

foram utilizadas as informações referentes à população de Santa Catarina, do censo de 2010 e de estimativas populacionais (2005 a 2009; 2011 e 2015).

O estudo contou com dados registrados no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) disponibilizados pelo Ministério da Saúde de acesso público, e estão presentes na plataforma eletrônica DATASUS.

Os dados foram coletados segundo o sexo, por grupo etário (30 a 39, 40 a 49, 50 a 59 e 60 a 69), residentes em Santa Catarina, que possuíam como motivo de causa básica de suas mortes as quatro principais DCNT. De acordo com as categorias da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), relacionadas aos códigos I00 a I99, C00 a C97, J30 a J98 e E10 a E14, respectivamente referentes as doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias e diabetes mellitus. Assim, foi calculado o indicador de mortalidade prematura, pelas doenças citadas, entre os anos de 2006 a 2015, o recorte temporal de 10 anos para fidedignidade aos resultados.

A análise dos dados foi iniciada com um procedimento de compensação devido a numerosa quantidade de óbitos por causa mal definida. Esta compensação foi somada aos óbitos declarados pelas causas definidas das quatro principais DCNT (doenças do aparelho circulatório/cardiovasculares, doenças do aparelho respiratório, neoplasias malignas e diabetes mellitus), de acordo com o grupo etário.

O fato de existir numerosas ocorrências de óbitos por causas mal definidas, em todas regiões do Brasil, implicou o uso de uma fórmula para compensação dos óbitos por causas específicas, com base em Oliveira, Silva e Klein (2005), o que levou à soma do total de óbitos ser superior, proporcionalmente.

A fórmula utilizada no cálculo foi: $X_c = X + (M * X) / (T - M)$, onde:

X é o número de mortes pelas quatro principais DCNT;

M é o número de mortes por causas mal definidas;

T é o número de mortes ocasionado por todas as causas;

X_c é o resultado do número compensado de mortes por causa específica, ou seja, o resultado esperado.

Após o processo de compensação das mortes, foi executado o ajuste por padronização, e, ao final, obteve-se a taxa de mortalidade compensada e ajustada.

As taxas de mortalidade intrínsecas foram calculadas por 100.000 habitantes, com relação à idade e por sexo e depois disso, por um método direto, foram padronizadas as taxas de mortalidade específicas. A taxa bruta é calculada a partir do número de óbitos por grupo

etário por ano, dividida pela população de Santa Catarina por grupo etário e por ano, multiplicado por 100.000 (Quadro 2).

Quadro 2. Fórmulas utilizadas para os cálculos. Florianópolis, SC, 2018.

	Numerador	Denominador	Constante
Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis	Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) por DCNT em determinado ano e local.	População residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local	100.000
Taxa Bruta	Óbitos por grupo etário e por ano	População de Santa Catarina por grupo etário e por ano	100.000
Taxa Ajustada	Taxa Bruta por grupo etário X	População do censo 2010 por grupo etário / população do censo 2010 total	100.000

Para amenizar a série histórica, foi necessário calcular a média móvel, centrada em três termos, devido à inconstância dos pontos, por haver um número reduzido de casos para determinados grupos/faixa etária. Para exemplo do cálculo da média móvel de 2009 foi necessário calcular a média entre 2008, 2009 e 2010, ou seja para cada três anos seguidos, geram uma média móvel. Esta média foi realizada durante o período de 2005 a 2016.

A análise da estatística da variação da taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelas quatro principais DCNT, geral e por grupo etário, em Santa Catarina, no período de 2006 a 2015 foi realizada utilizando o programa *Joinpoint*, versão 4.5.0.1 (*Statistical Research and Applications Branch, National Cancer Institute*), Estados Unidos. Com ele, efetuou-se a descrição detalhada em relação às tendências de mortalidade, e calculou-se a alternância anual da mortalidade prematura, porcentagens e a identificação de pontos que se alternaram com o decorrer dos anos.

Como modelo para análise, foram selecionados aqueles que tiveram significância estatística, $p < 0,05$. Em todo cálculo segmentado de reta, os limites de intervalo utilizados foram de 95% de confiança.

Este estudo dispôs avaliação por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, por se tratar de dados públicos, disponíveis online em site do governo federal.

RESULTADOS

No período estudado, ocorreram 2.692.416 óbitos pelo conjunto das quatro principais DCNT foram registrados no Brasil. Destes, 91.046 óbitos ocorreram no Estado de Santa Catarina, sendo 54.155 do sexo masculino e 36.891 do sexo feminino. Dos óbitos registrados no Estado, 43.841 ocorreram no grupo etário de 60 a 69 anos (26.787 no sexo masculino). A taxa bruta, em 2006, foi de 1.479 óbitos por 100 mil habitantes, ao longo do período estudado ela foi reduzindo, e chegou a 1.043 óbitos por 100 mil habitantes em 2015. A respeito da taxa de mortalidade ajustada por idade, em 2006 eram 190 óbitos por 100 mil habitantes, reduzindo progressivamente para 142 óbitos por 100 mil habitantes em 2015.

Ocorreram 29.523 óbitos no grupo etário de 50 a 59 anos (17.986 no sexo masculino), onde a taxa bruta em 2006 foi de 606 óbitos por 100 mil habitantes, e a menor foi em 2015 com 415 óbitos por 100 mil habitantes. Referente a taxa ajustada, em 2006 foi de 125 óbitos por 100 mil habitantes, oscilando ao longo do período, chegando em 2015 com 91 óbitos por 100 mil habitantes.

No grupo etário de 40 a 49 anos, ocorreram 13.362 óbitos (7.228 no sexo masculino), a maior taxa bruta foi em 2006 com 180 óbitos por 100 mil habitantes e a menor foi em 2015 com 137 óbitos por 100 mil habitantes. Em relação taxa ajustada, foi de 53 óbitos por 100 mil habitantes em 2006, e de 42 óbitos por 100 mil habitantes em 2015.

E, por fim, no grupo etário dos 30 a 39 anos, ocorreram 4.320 óbitos (2.154 no sexo masculino), em que a maior taxa bruta foi em 2007 com 52 óbitos por 100 mil habitantes, e a menor foi 41 óbitos por 100 mil habitantes em 2015. Sobre a taxa ajustada, em 2006 foi de 16 óbitos por 100 mil habitantes, oscilando até 17 óbitos por 100 mil habitantes e chegando em 2015 com 14 óbitos por 100 mil habitantes.

Os dados relativos às taxas de mortalidade prematura pelas quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (por 100.000 habitantes), por sexo e grupo etário, no Estado de Santa Catarina constam na Tabela 1.

Tabela 1. Taxa de mortalidade prematura pelas quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (por 100.000 habitantes), por sexo e grupo etário, no Estado de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2018.

Ano	Óbitos	Geral		Masculino			Feminino		
		Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Óbitos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Óbitos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Geral									
2006	8623	350,81	348,28	5146	424,82	425,23	3473	278,52	273,01
2007	9080	336,02	339,13	5478	412,36	414,59	3588	261,20	265,29
2008	9064	330,57	334,56	5482	406,58	410,22	3570	256,15	260,61
2009	9473	337,10	331,48	5689	411,73	404,12	3778	264,49	260,75
2010	9583	326,78	333,38	5678	394,05	406,35	3903	261,62	262,60
2011	9970	336,27	332,39	6020	413,26	402,77	3947	261,70	264,15
2012	10010	334,14	327,33	5902	401,00	394,71	4101	269,14	261,38
2013	9867	311,60	318,48	5845	369,86	379,65	4018	253,29	257,86
2014	10068	309,71	309,12	5975	368,08	366,23	4087	251,14	251,87
2015	10201	306,05	310,11	6009	360,75	367,35	4188	251,17	252,55
60-69									
2006	4093	1479,28	190,47	2487	1913,44	249,40	1605	1094,17	137,87
2007	4228	1278,53	179,27	2596	1658,02	232,84	1628	934,96	131,07
2008	4255	1233,99	167,29	2639	1613,17	217,43	1612	889,45	121,86
2009	4386	1212,56	163,69	2696	1570,18	212,56	1689	889,04	119,49
2010	4563	1198,21	164,12	2794	1549,73	212,61	1769	882,07	120,44
2011	4785	1243,74	166,10	2940	1614,29	214,03	1845	910,73	122,95
2012	4883	1256,67	161,29	2946	1601,69	207,86	1933	944,81	119,17
2013	4818	1090,98	153,36	2972	1412,38	197,24	1845	798,09	113,46
2014	4976	1067,15	143,77	3066	1377,86	184,62	1910	783,55	106,47

2015	5123	1043,22	142,15	3099	1320,63	181,88	2023	789,02	105,73
50-59									
2006	2746	606,09	125,59	1690	758,79	156,93	1054	457,58	95,04
2007	2943	502,89	115,68	1852	645,45	146,60	1084	363,45	85,60
2008	2896	478,41	107,28	1803	607,56	136,37	1091	353,69	79,05
2009	3095	490,81	105,35	1910	618,32	131,69	1182	367,65	80,03
2010	3163	476,51	106,02	1879	581,26	133,05	1283	376,83	80,18
2011	3271	487,55	105,11	2046	626,26	131,93	1224	355,77	79,60
2012	3242	478,29	101,62	1990	602,93	127,59	1251	359,71	76,71
2013	3205	428,61	96,72	1929	521,69	118,41	1275	337,21	75,65
2014	3259	420,39	92,13	1918	500,34	111,56	1337	341,27	73,02
2015	3324	415,29	91,25	2015	508,88	109,93	1309	323,59	72,83
40-49									
2006	1345	180,91	53,11	748	202,50	59,55	597	159,46	46,61
2007	1425	166,25	50,87	781	184,61	56,87	641	147,65	44,79
2008	1475	170,36	50,36	817	191,44	56,35	652	148,52	44,29
2009	1546	175,73	49,56	855	197,16	55,69	689	154,38	43,36
2010	1432	158,04	48,63	795	177,91	54,81	635	138,17	42,45
2011	1474	160,92	46,34	824	182,55	51,00	647	139,35	41,67
2012	1411	152,48	45,57	722	158,33	49,00	687	146,37	42,08
2013	1396	150,17	44,16	736	157,61	46,99	658	142,32	41,19
2014	1369	146,54	42,69	761	162,08	45,15	606	130,38	40,06
2015	1292	137,54	42,45	660	139,62	45,56	629	134,82	39,13
30-39									
2006	440	44,66	16,96	222	45,29	17,78	278,52	43,74	16,12
2007	484	52,08	16,89	250	54,05	17,31	261,20	50,24	16,44

2008	438	47,35	17,24	223	48,27	17,69	256,15	46,24	16,76
2009	447	47,60	16,21	227	48,54	16,38	264,49	46,43	16,02
2010	426	43,34	15,85	211	42,90	15,67	261,62	43,97	16,02
2011	440	44,26	15,81	210	42,23	15,69	261,70	46,23	15,96
2012	475	47,28	15,74	244	48,72	15,23	269,14	45,90	16,27
2013		42,74	15,62	207	38,94	15,20	253,29	46,60	16,06
2014	465	43,21	14,99	230	42,01	14,38	251,14	44,48	15,62
2015	462	41,93	14,84	234	41,68	14,43	251,17	42,14	15,24

Obs: Considerou-se no óbito total o ajuste dado pela fórmula de compensação, que inclui óbitos declarados como causa mal definida e que poderiam ser pelas causas estudadas.

A Tabela 2 apresenta a variação anual percentual média da taxa mortalidade prematura pelas quatro principais DCNT (por 100.000 habitantes), por sexo e grupo etário, no período de 2006 a 2015, em Santa Catarina.

Observou-se redução significativa na taxa de mortalidade prematura pelas quatro principais DCNT de 1,2% ao ano no grupo geral (30-69 anos), diminuindo de 348 óbitos por 100 mil habitantes, em 2006, para 310 óbitos por 100 mil habitantes em 2015. Para os homens, houve redução de 1,6% ao ano, diminuindo de 425 óbitos por 100 mil habitantes em 2006, para 367 óbitos por 100 mil habitantes, em 2015. Para as mulheres, a redução foi de 0,7% ao ano, no período estudado, de 273 óbitos por 100 mil habitantes em 2006 para 252 óbitos por 100 mil habitantes, em 2015. Observa-se ainda que a taxa de mortalidade prematura é mais elevada em homens quando comparada as mulheres.

Dentre o grupo de 60 a 69 anos, houve redução, no grupo geral, de 2,8% ao ano, de 190 óbitos por 100 mil habitantes, em 2006, para 142 óbitos por 100 mil habitantes em 2015. Para os homens houve redução de 3,0% ao ano, de 249 óbitos por 100 mil habitantes em 2006, para 181 óbitos por 100 mil habitantes, em 2015. As mulheres tiveram redução da taxa de 2,5% ao ano.

No grupo de 50 a 59 anos, verificou-se a diminuição de 3,5% ao ano na taxa de mortalidade prematura no grupo geral, de 125 óbitos por 100 mil habitantes, em 2006, para 91 óbitos por 100 mil habitantes em 2015. Para o sexo masculino, a redução foi de 3,5%, enquanto que o sexo feminino apresentou duas variações, sendo que de 2006 a 2007 houve redução de 7,4% ao ano, de 95 óbitos por 100 mil habitantes em 2006, para 85 óbitos por 100 mil habitantes, em 2007; e de 2008 a 2015, houve a redução de 1,4% ao ano, diminuindo de 79 óbitos por 100 mil habitantes, em 2008, para 72 óbitos por 100 mil habitantes em 2015.

Dentre o grupo etário de 40 a 49 anos, houve diminuição na taxa de mortalidade prematura de 2,5% ao ano no grupo geral. No sexo masculino ocorreu diminuição de 3,2%, e no sexo feminino, de 1,7% ao ano.

No grupo etário de 30 a 39 anos ocorreu redução de 1,6% ao ano na taxa de mortalidade prematura no grupo geral, de 16 óbitos por 100 mil habitantes, em 2006, para 14 óbitos por 100 mil habitantes em 2015. Homens apresentaram redução de 2,5%, e as mulheres apresentaram redução de 0,6% ao ano.

Tabela 2 - Variação anual percentual média da taxa de mortalidade prematura (por 100.000 habitantes) pelas quatro principais doenças crônicas não transmissíveis, por sexo e faixa etária entre 30 a 69 anos no período de 2006 a 2015, no Estado de Santa Catarina. Florianópolis, SC, 2018.

	Geral		Homens		Mulheres	
	Período	Variação	Período	Variação	Período	Variação
Geral	2006-2015	-1.2 [^] (-1.5;-0.9)	2006-2015	-1.6 [^] (-2.0;-1.2)	2006-2015	-0.7 [^] (-1.0;-0.3)
60-69 anos	2006-2015	-2.8 [^] (-3.5;-2.0)	2006-2015	-3.0 [^] (-3.8;-2.3)	2006-2015	-2.5 [^] (-3.3;-1.7)
50-59 anos	2006-2015	-3.1 [^] (-3.8;-2.3)	2006-2015	-3.5 [^] (-4.3;-2.8)	2006-2015	-2.7 [^] (-3.5;-2.0)
	2006-2015	-3.1 [^] (-3.8;-2.3)	2006-2015	-3.5 [^] (-4.3;-2.8)	2006-2007	-7.4 [^] (-11.1;-3.5)
	-	(;)	-	(;)	2008-2015	-1.4 [^] (-2.0;-0.8)
40-49 anos	2006-2015	-2.5 [^] (-2.8;-2.3)	2006-2015	-3.2 [^] (-3.7;-2.7)	2006-2015	-1.7 [^] (-2.0;-1.4)
30-39 anos	2006-2015	-1.6 [^] (-2.0;-1.1)	2006-2015	-2.5 [^] (-3.0;-2.0)	2006-2015	-0.6 [^] (-1.1;-0.1)

DISCUSSÃO

Os resultados apresentaram redução na taxa de mortalidade prematura de 1,2% ao ano no grupo geral (30-69 anos), no período estudado. Enquanto que para os homens houve redução de 1,6% ao ano, para as mulheres, a redução foi de 0,7% ao ano. O grupo etário de 60 a 69 anos, no geral, apresentou redução de 2,8% ao ano e, isoladamente, 3,0% ao ano no sexo masculino e 2,5% no feminino. O grupo etário de 50 a 59 anos, no geral, teve o decréscimo de 3,1% ao ano, isoladamente, os homens tiveram redução de 3,5% ao ano e as mulheres 2,7%. O grupo de 40 a 49 anos, teve redução de 2,5% ao ano na mortalidade prematura, os homens reduziram 3,2% ao ano e as mulheres 1,7%. E, por fim, o grupo etário de 30 a 39 anos, teve o decréscimo de 1,6% ao ano na mortalidade prematura, e isoladamente, os homens, deste grupo etário, apresentaram redução de 2,5% e as mulheres apenas 0,6%.

Com base nos achados foi possível observar que Santa Catarina no grupo geral, não atingiu o objetivo de redução de 2% ao ano da mortalidade prematura relacionada às DCNT,

no período estudado. No entanto, as reduções das taxas bruta e ajustada demonstram progresso em direção do objetivo desejado.

Assim como em Santa Catarina, um estudo realizado no Paraná, de 2000 a 2013, demonstrou sua dificuldade em cumprir a meta nacional de redução da mortalidade prematura na taxa referencial. Naquele estado também houve redução maior do percentual para os homens do que para as mulheres (OLIVEIRA; FAORO; CUBAS, 2017; GOMES *et al.*, 2011).

Em relação ao sexo, é possível notar que as taxas de mortalidade prematura são mais elevadas no sexo masculino. Para Gomes *et al.*, (2011) os homens são maior proporção em relação à prática de hábitos não saudáveis como o tabagismo, a obesidade, a alimentação não saudável, uso abusivo de álcool, indicando que os homens tem fator aumentado para as DCNT. Além disso, possuem menor percepção sobre seu estado de saúde, assim demorando mais para buscar tratamento das doenças e, quando buscam já há um estágio mais avançado. Por outro lado, as mulheres acabam procurando os serviços, o que confere melhores resultados em relação ao tratamento e prevenção das DCNT, com conseqüente menor taxa de mortalidade prematura (OLIVEIRA; FAORO; CUBAS, 2017; GOMES *et al.*, 2011).

Em Santa Catarina o grupo de 60 a 69 anos atingiu o objetivo proposto pelo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e, isoladamente, independente do sexo, também houve o alcance do objetivo. Segundo Malta *et al.*, (2016), um importante fator que contribui para a redução da mortalidade nessa faixa etária, que costuma ser uma das mais afetadas pelas DCNT, foi a criação de ações para o envelhecimento ativo, com atividades físicas voltadas para os mais idosos. Foi criada, por exemplo, a Farmácia Popular, que disponibiliza medicamentos gratuitos para hipertensão, diabetes. A criação do Programa da Atenção Domiciliar, ou Melhor em Casa, os serviços de saúde vão até a casa dos idosos para oferecer tratamento.

O grupo etário de 50 a 59 anos, no geral e isoladamente por sexo, também atingiu o objetivo nacional. Nessa faixa etária, por exemplo, as mulheres alcançam a idade para rastreio de câncer de mama e procura dos serviços de atenção primária contribuem para a redução da morbimortalidade do câncer de mama e de colo do útero. O rastreio do câncer de próstata, o segundo tipo mais comum entre os homens, constitui medida que reduz a mortalidade prematura (INCA, 2018; GOMES *et al.*, 2011).

À parte do grupo geral, o grupo etário de 40 a 49 anos, teve alcance do objetivo de redução da taxa somente para os homens. Para Schwarz *et al.*, (2012), as principais causas de mortalidade prematura nessa faixa etária, nos homens, são devido a causas externas, como

acidentes de carro, e por doenças circulatórias e neoplasias. Além da Lei seca ter colaborado com a diminuição da mortalidade prematura nessa faixa etária. A criação da Política Nacional de Prevenção de Câncer (2013), que influenciou no diagnóstico e tratamento tanto para as mulheres quanto para os homens, assim como a Atenção ao Infarto Agudo do Miocárdio (2011); a Atenção ao Acidente Vascular Cerebral (2012), são ações que qualificam a assistência com protocolos de atendimento (MALTA *et al.*, 2016).

Para o grupo etário de 30 a 39 o objetivo proposto pelo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) foi alcançado parcialmente. Visto que as mulheres tiveram o valor da taxa inferior aos 2%. Considerando que esta faixa etária é considerada jovem e ativa, e que as DCNT são adquiridas a longo prazo por hábitos de vida, esperava-se menor número de mortes nesse grupo. Várias estratégias governamentais têm sido implementadas para conter óbitos prematuros por DCNT. Entre elas, destacam-se: Programa Academia da Saúde em 2011, que promoveu espaços físicos para as pessoas praticarem atividade física; Lei Seca que favoreceu o declínio no uso abusivo de álcool associado com a condução de veículos motorizados; a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, com estabelecimento de locais livre de fumo e a proibição do tabagismo em locais fechados (MALTA *et al.*, 2016).

O sexo masculino alcançou o objetivo proposto pelo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), em todas as faixas etárias propostas no estudo, e apresentaram diminuição da mortalidade prematura mais elevada do que as mulheres. A criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2009), ampliou o acesso a informação e serviços de saúde; a criação de campanhas como o novembro azul, para o diagnóstico e tratamento do câncer de próstata; a Lei seca, e a multa derivada dela que ajudaram no incentivo da diminuição do uso de álcool ao volante. Malta *et al.*, (2016) ainda afirma que de 2008 a 2013 houve redução de cerca de 20% da prevalência do uso de cigarro, tanto para os homens, quanto para mulheres, e isso se dá devido a adesão do Brasil à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em 2006. Então como os homens são maioria em relação a prática de hábitos não saudáveis, essas políticas, ações e informações de saúde, acabaram sendo mais efetivas para eles, garantindo aos homens melhor desempenho na diminuição da mortalidade prematura (OLIVEIRA; FAORO; CUBAS, 2017).

Como limitação deste estudo, destaca-se o uso de dados, que embora disponíveis online, são atualizados em atraso. Além disso a escassez de estudos sobre o tema, mostrando sua relevância para a atualidade.

CONCLUSÃO

Este estudo verificou a variação da taxa de mortalidade prematura no grupo etário de 60 a 69 anos pelas quatro principais DCNT, bruta e ajustada, geral e por grupo etário, em Santa Catarina, no período de 2006 a 2015. A tendência identificada foi de redução dessa taxa no período, ou seja, houve diminuição do número de acometimentos e mortes por estas doenças.

Contudo, identificou-se maior número de óbitos entre o sexo masculino e a maior taxa bruta de mortalidade ocorreu no grupo etário de 60 a 69. Foi possível verificar, também, que o grupo de 50 a 59 anos apresentou a maior diminuição 3,5% ao ano na taxa de mortalidade prematura no grupo geral. Assim, a investigação da variação da taxa de mortalidade prematura no Estado de Santa Catarina demonstrou avanços devido ao seu decréscimo, principalmente na faixa de 50 a 59 anos, indicando um cenário de redução para os próximos anos. No entanto, a variação obtida para a faixa etária de 30 a 39 anos suscita preocupação para os serviços de saúde, grupo no qual para o qual recomendam-se ações educativas e preventivas.

Em relação ao sexo, os resultados indicam que menos mulheres morrem por DCNT, mostrando que elas possuem fator de proteção relacionada aos homens. Com a análise temporal, foi possível observar que está ocorrendo maior redução na mortalidade prematura masculina anual, no entanto os homens ainda possuem maior vulnerabilidade a DCNT devido seus hábitos de vida.

REFERÊNCIAS

ALVES, C.G.; MORAIS NETO, O. L. Trends in premature mortality due to chronic non-communicable diseases in Brazilian federal units. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p.641-654, 2015.

BERRA, K.; MILLER, N.H.; JENNINGS, C. Nurse-Based Models for Cardiovascular Disease Prevention from Research to Clinical Practice. **European Journal Of Cardiovascular Nursing**, v. 10, n. 2, p.42-50, 2011.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Panorama 2010**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/panorama>. Acesso em: 28 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores**: 2016. 3ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **População residente: Censo 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Óbitos por Residência por Faixa Etária segundo Ano do Óbito por todas as causas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Óbitos por Residência por Faixa Etária segundo Ano do Óbito por causas mal definidas** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Óbitos por Residência por Faixa Etária segundo Ano do Óbito por causas mal definidas por Cid-10 I00 - I99, C00 - C97, J30 - J98 e E10 - E14**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

GOMES, R. *et al.* Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 983-992, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (INCA) PRÓ-ONCO. **Câncer de próstata**. Disponível: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata>. Acesso em 15 jan 2019.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 4, 2003.

MALTA, D. C.; SILVA, M.M.A.; MOURA, L.; MORAIS NETO, O.L. A implantação do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2003 a 2015: alcances e desafios. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 4, p.661-675, 2017.

MALTA, D.C. *et al.* Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 1, 2017.

MALTA, D.C. *et al.* A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 2, p. 3-16, 2015.

MALTA, D.C. *et al.* Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 2, p.1-2, 2016.

OLIVEIRA, G.M.M.; SILVA, N.A.S.; KLEIN, C.H. Mortalidade compensada por doenças cardiovasculares no período de 1980 a 1999 - Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 85, n. 5, p. 305-313, 2005.

OLIVEIRA, E.; FAORO, N.T.; CUBAS, R.F. Análise de tendência da taxa de mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis no estado do Paraná entre 2000 e 2013. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 18, n. 1, p.90-99, 2017.

SANTA CATARINA. **História**. Disponível em: <http://www.sc.gov.br/conhecasc/historia>. Acesso em: 28 out 2018.

SANTA CATARINA. Em Santa Catarina, a alimentação inadequada contribui para o aumento de doenças crônicas não transmissíveis. 2016. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/?option=com_content&view=article&id=5416:em-santa-catarina-a-alimentacao-inadequada-contribui-para-o-aumento-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis&catid=1311:ascom-assessoria-de-comunicacao-2016. Acesso em: 28 out 2018.

SCHWARZ, E. *et al.* Política de saúde do homem. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p.108-116, 2012.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar o presente estudo, foi possível constatar que, em Santa Catarina, a taxa mortalidade prematura, no geral, embora não tenha atingido o objetivo de reduzir 2% ao ano, conforme definições do ‘Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)’, a tendência é de decréscimo de óbitos por estas causa, mostrando um avanço na direção de seu alcance. Apesar dos homens apresentarem melhores números do que as mulheres, em relação ao decréscimo da mortalidade prematura, eles continuam sendo a população mais vulnerável, especialmente quanto aos fatores de risco, entre eles os hábitos alimentares, tabagismo, e outros hábitos de vida.

Os resultados obtidos demonstram que as ações governamentais propostas podem ter contribuído para eficácia do diagnóstico e tratamento das DCNT, visto que houve expressiva diminuição na taxa mortalidade prematura. As políticas associadas de diagnóstico e tratamento do câncer, crescimento na cobertura de exames citopatológicos, redução no consumo do cigarro e álcool e maior acesso a informações e serviços de saúde podem ter contribuído para a tendência de redução da mortalidade prematura.

Como uma experiência pessoal de investigação, este estudo permitiu ampliar os horizontes sobre a realização de uma pesquisa ecológica, além da obtenção de conhecimento sobre as possibilidades de gestão em enfermagem relacionadas ao indicador de saúde de mortalidade prematura. O método de análise foi facilitador para compreensão da organização dos dados. O cálculo da variação anual da mortalidade, por idade e sexo, esclareceu as hipóteses levantadas, e possibilitou a investigação da alternância anual que ocorre na mortalidade prematura.

Esse estudo reforça, que mesmo considerando o decréscimo da mortalidade prematura pelas quatro principais DCNT, ainda há necessidade de melhorar e criar políticas e programas que possam atingir a população e as faixa etárias mais vulneráveis, de 60 a 69 anos e 50 a 59 anos, e também a qualidade e integralidade da atenção em saúde, principalmente na atenção primária.

Em síntese, considera-se de grande importância o reforço das políticas públicas que promovam hábitos de vida que reduzam a possibilidade de instalação de uma doença crônica como de alimentação saudável, a prática de atividade física em espaços públicos, ambientes livres de fumo, além de políticas de redução das desigualdades sociais.

REFERÊNCIAS

AKESSON, A.; LARSSON, S.C.; DISCACCIATI, A.; WOLK, A. Low-risk diet and lifestyle habits in the primary prevention of myocardial infarction in men: a population-based prospective cohort study. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 64, n. 13, p. 1299-1306, 2014.

ALVES, C.G.; MORAIS NETO, O. L. Trends in premature mortality due to chronic non-communicable diseases in Brazilian federal units. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p.641-654, 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724**: Informação e documentação: trabalhos acadêmicos, apresentação. Rio de Janeiro: 2011.

BERRA, K.; MILLER, N.H.; JENNINGS, C. Nurse-Based Models for Cardiovascular Disease Prevention from Research to Clinical Practice. **European Journal Of Cardiovascular Nursing**, v. 10, n. 2, p.42-50, 2011.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Óbitos por Residência por Faixa Etária segundo Ano do Óbito por todas as causas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Óbitos por Residência por Faixa Etária segundo Ano do Óbito por causas mal definidas por Cid-10 I00 - I99, C00 - C97, J30 - J98 e E10 - E14**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **População residente: Censo 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores Básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2016**. 3ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015**. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2014

BRASIL. **Organização Pan-Americana da Saúde (Org.)**. Determinantes Sociais e Riscos para a Saúde, Doenças Crônicas não transmissíveis e Saúde Mental, 2018. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5495:governos-devem-intensificar-esforços-para-o-combate-as-doenças-crônicas-nao-transmissíveis-alerta-oms&Itemid=839. Acesso em: 19 abril 2018

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Panorama 2010**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/panorama>. Acesso em: 28 maio 2018.

DUNCAN, B.B. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 126-134, 2012.

GOMES, R. *et al.* Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 983-992, 2011.

GOPALANI, S.V. *et al.* Premature Mortality From Noncommunicable Diseases in the Federated States of Micronesia, 2003-2012. **Asia Pacific Journal Of Public Health**, v. 29, n. 3, p.171-179, 2017.

GUZMAN CASTILLO, M. *et al.* The contribution of primary prevention medication and dietary change in coronary mortality reduction in England between 2000 and 2007: a modelling study. **BMJ Open**, v. 5, n.1, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (INCA) PRÓ-ONCO. **Câncer de próstata**. Disponível: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata>. Acesso em 15 jan 2019.

LIMA, K.W.S.; ANTUNES, J.L.F.; SILVA, Z.P. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p.61-71, 2015.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 4, 2003.

LIN, H. *et al.* The effects of smoke-free legislation on acute myocardial infarction: a systematic review and meta analysis. **BMC Public Health**, v.13, n. 529, 2013.

MALTA, D. C.; SILVA, M.M.A.; MOURA, L.; MORAIS NETO, O.L. A implantação do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2003 a 2015: alcances e desafios. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 4, p.661-675, 2017.

MALTA, D.C. *et al.* A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 2, p. 3-16, 2015.

MALTA, D.C. *et al.* Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 2, p.1-2, 2016.

MALTA, D.C. *et al.* Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 1, 2017.

MALTA, D.C. *et al.* A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 3, 2006.

MALTA, D.C. *et al.* Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 4, p. 599-608, 2014.

MALTA, D.C. *et al.* Mortality due to noncommunicable diseases in Brazil, 1990 to 2015, according to estimates from the Global Burden of Disease study. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 135, n. 3, p.213-221, 2017.

MALTA, D.C.; SILVA JUNIOR, J.B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p.151-164, 2013.

MENDES, E.V. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p.431-436, 2018.

MONTEIRO C. A. *et al.* Surveillance of risk factors for chronic diseases through telephone interviews. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 47-57, 2005.

O'FLAHERTY M. *et al.* Exploring potential mortality reductions in 9 European countries by improving diet and lifestyle: a modelling approach. **International Journal of Cardiology**. v. 207, p. 286-291, 2016.

OLIVEIRA, E.; FAORO, N.T.; CUBAS, R.F. Análise de tendência da taxa de mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis no estado do Paraná entre 2000 e 2013. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 18, n. 1, p.90-99, 2017.

OLIVEIRA, G.M.M.; SILVA, N.A.S.; KLEIN, C.H. Mortalidade compensada por doenças cardiovasculares no período de 1980 a 1999 - Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 85, n. 5, p. 305-313, 2005.

ONU - Organização das Nações Unidas. **Agenda 2030: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Lisboa: UNRIC, 2015.

ROUQUAYROL, M.Z.; SILVA, M.G.C. **Rouquayrol epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SANTA CATARINA. Em Santa Catarina, a alimentação inadequada contribui para o aumento de doenças crônicas não transmissíveis. 2016. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/?option=com_content&view=article&id=5416:em-santa-catarina-a-alimentacao-inadequada-contribui-para-o-aumento-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis&catid=1311:ascom-assessoria-de-comunicacao-2016. Acesso em: 28 out 2018.

SANTA CATARINA. **História**. Disponível em: <http://www.sc.gov.br/conhecasc/historia>. Acesso em: 28 out 2018.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Plano diretor de regionalização**: PDR 2012. Florianópolis: IOESC, 2012.

SANTOSA, A.; ROCKLÖV, J.; HÖGBERG, U.; BYASS, P. Achieving a 25% reduction in premature non-communicable disease mortality: the Swedish population as a cohort study. **Bmc Medicine**, v. 13, n. 1, p.1-1, 2015.

SCHMIDT, M.I. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p.1949-1961, 2011.

SCHWARZ, E. *et al.* Política de saúde do homem. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p.108-116, 2012.

SOÁREZ, P.C.; PADOVAN, J.L.; CICONELLI, R.M. Indicadores de saúde no Brasil: um processo em construção. **Revista de Administração em Saúde**, v. 7, n. 27, p. 57-64, 2005.

WHO. World Health Organization. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization, 2011.

PARECER DO ORIENTADOR



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DISCIPLINA: INT 5182-TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II

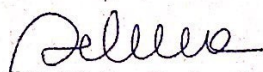
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO

Eu, Selma Regina de Andrade, professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, assino o presente parecer final sobre o Trabalho de Conclusão de Curso MORTALIDADE PREMATURA POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM SANTA CATARINA: uma análise temporal 200- 2015.

O TCC foi desenvolvido pela acadêmica **Monique Helen Faria** e, após apreciação da banca examinadora, composta pelos professores Dra. Kátia Cilene Godinho Bertocello e Dr. José Luís Guedes dos Santos, foi aprovado com nota 10,0 (dez).

O estudo atendeu todos os requisitos de um trabalho acadêmico, com rigor metodológico e relevância para o campo da Enfermagem e Saúde Coletiva. A pesquisa contemplou os passos teórico-metodológicos, recebendo destaque pela importância do tema e apropriação do conteúdo e do método pela aluna. O texto, construído com bibliografia atual e consistente, recebeu distinção pela coerência entre desenho do estudo, apresentação dos resultados e discussão realizada, conferindo mérito científico ao trabalho.

Florianópolis, 2 de julho de 2019.


Prof.^a Dr.^a Selma Regina de Andrade