XXIX SEPE
Simpósio de Ensino, Pesquisa e Extensão
Teaching, Research and Extension Symposium
Presente e futuro:
uso consciente da Inteligência Artificial
Today and tomorrow:
the conscious use of Artificial Intelligence
E-book
ISBN 978-65-5852-415-1
20 A 22 DE OUTUBRO DE 2025
OCTOBER 20th to 22nd, 2025
UFN Universidade Franciscana Franciscan University

DOI: https://doi.org/10.48195/sepe2025.29883

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: INTERNAÇÕES E ÓBITOS VIA PAINEL DE MONITORAMENTO

Maiany Mazuim de Bitencourt[1]*; Natalia Alini Haubenthal[2]; Ana Paula Seerig Ana Paula Seerig[3]; Juliana Silveira Colomé[4]

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis constituem a principal causa de morbimortalidade em Santa Maria, refletindo padrões observados em nível nacional e global. Os dados do Painel de Monitoramento demonstram que, ao longo da última década, essas doenças foram responsáveis por 13.548 óbitos e 30.824 internações, com predominância das doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes e doenças respiratórias crônicas. As diferenças na letalidade e impacto hospitalar entre os distintos grupos de doenças crônicas não transmissíveis destacam a influência de fatores socioeconômicos, comportamentais e metabólicos na morbimortalidade local. Apesar de avanços expressivos em atenção primária, políticas preventivas e ampliação da cobertura do sistema de saúde, a carga das doenças crônicas não transmissíveis permanece elevada, evidenciando desafios persistentes na redução da mortalidade prematura e no manejo de fatores de risco modificáveis, como tabagismo, hipertensão e obesidade. A análise detalhada dos indicadores locais ressalta a importância do monitoramento contínuo como ferramenta estratégica para subsidiar políticas públicas, identificar populações vulneráveis e orientar intervenções direcionadas à prevenção e promoção da saúde. Adicionalmente, achados indicam que o fortalecimento de modelos de cuidado integrados, combinados com estratégias de educação em saúde e uso de tecnologias digitais, é fundamental para otimizar a coordenação do cuidado, promover a autogestão dos pacientes e melhorar os desfechos clínicos. A pandemia de COVID-19 evidenciou ainda a necessidade de estratégias adaptativas para garantir a continuidade do cuidado em situações de crise, priorizando grupos vulneráveis e mantendo o acesso a serviços essenciais. Dessa forma, políticas públicas intersetoriais, planejamento baseado em evidências e ações integradas de prevenção e tratamento são cruciais para enfrentar de maneira eficaz a crescente carga das doenças crônicas não transmissíveis no município. A

[1]* Maiany Mazuim de Bitencourt, Acadêmica de Odontologia, Universidade Franciscana (UFN, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil). E-mail: maiany.mazuim@ufn.edu.br; ORCID: 0009-0001-4905-6289;

[2] Natalia Alini Haubenthal. Acadêmica do Curso de Medicina, Universidade Franciscana, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: n.haubenthal@ufn.edu.br. ORCID: https://orcid.org/0009-0004-7758-4857.

[3] Ana Paula Seerig. Preceptora do PET-Saúde Equidade. E-mail: anapaulaseerig@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-6675-1013.

[4] Juliana Silveira Colomé. Juliana Silveira Colomé. Orientadora. Doutora em Enfermagem. Coordenadora de Grupo do PET-Saúde Equidade. Universidade Franciscana, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: juliana @ufn.edu.br. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8059-1482.

articulação entre vigilância, cuidado clínico e promoção da saúde constitui um caminho indispensável para reduzir desigualdades, melhorar a qualidade de vida da população e alcançar resultados sustentáveis em saúde.

Palavras-chave: Fatores de Risco; Gestão em saúde; Indicadores de Morbimortalidade; Políticas de Saúde; Vigilância em Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2024) define as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como aquelas consideradas de longa duração e que correm por um conjunto de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais. Dentre as principais DCNT, destacam-se o infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral (AVC), neoplasias malignas, doenças respiratórias crônicas (como por exemplo a Doença Pulmonar Obstrutiva e Asma) e diabetes mellitus. Além disso, é importante ressaltar que há uma classificação dos fatores de risco, sendo eles fatores de risco metabólicos, que são aqueles referentes à pressão arterial elevada, obesidade, níveis elevados de glicose e lipídios no sangue; aqueles que se referem à hábitos, como por exemplo o uso de tabaco, alimentação não saudável, uso do álcool e atividade física insuficiente denominados fatores de risco comportamentais; já os fatores de risco ambientais referem-se à poluição do ar, as quais contribuem para as estatísticas do AVC, DPOC e câncer de pulmão (Organização Mundial da Saúde, 2024).

As DCNTs representam a principal causa de morbimortalidade global, sendo responsáveis por, aproximadamente, 71 a 74% de todas as mortes no mundo, segundo estimativas recentes do *Global Burden of Disease* e análises globais da Organização Mundial da Saúde (OMS) (Bennett *et al*, 2018). Entre as DCNTs, destacam-se as doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes, que juntas respondem por cerca de 80% das mortes por DCNTs (Bai *et al*, 2023).

A mortalidade decorrente das DCNTs apresenta variações regionais significativas, em países de baixa e média renda, essas taxas permanecem elevadas ou, em muitos casos, continuam em ascensão. Regiões como a África Subsaariana, por exemplo, concentram uma proporção expressiva de mortes prematuras (antes dos 70 anos de idade), registrando até 64% dos óbitos totais atribuídos às DCNTs (Bennett *et al*, 2018; Barry *et al*, 2025). Inversamente proporcional em países de alta renda onde observa-se tendência de redução das taxas de mortalidade por DCNTs. Em 2016, estimou-se que 40,5 milhões de pessoas morreram por DCNTs no mundo, das quais 15,2 milhões (38%) tinham entre 30 e 70 anos (Bennett *et al*, 2018).

No que diz respeito à morbidade, a carga das DCNTs é expressa em anos de vida ajustados por incapacidade, com impacto significativo na qualidade de vida e na expectativa de vida livre de doenças. Estudos de coorte demonstraram que, a partir dos 45 anos, o risco de desenvolver ao menos uma DCNT ao longo da vida ultrapassa 90%, e cerca de um terço dos indivíduos acometidos evoluem para multimorbidade, ou seja, apresentam duas ou mais DCNTs concomitantemente. A presença de fatores de risco modificáveis, como tabagismo, hipertensão e sobrepeso, está associada à antecipação do início das DCNTs e maior tempo de vida com incapacidade (Licher *et al*, 2019).

Além disso, as DCNTs são responsáveis por aproximadamente metade de toda a carga global de incapacidade, com doenças cardiovasculares, neoplasias e doenças respiratórias crônicas figurando entre as principais causas de anos de vida perdidos e vividos com incapacidade (Bai *et al*, 2023; Viegi *et al*, 2020). No cenário atual, por exemplo, a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) caracteriza-se por ser a sétima principal causa

de anos de vida perdidos globalmente, com tendência de ascensão para as próximas décadas (Viegi *et al*, 2020).

No Brasil, as DCNTs representam o principal grupo de causas de morbidade e mortalidade, sendo responsáveis por aproximadamente 72% dos óbitos em anos recentes (Malta *et al*, 2024). No estado do Rio Grande do Sul, as DCNTs seguem em linha com o padrão nacional observado no Brasil. Dados do *Global Burden of Disease* mostram que, entre 1990 e 2021, houve uma redução significativa nas taxas de mortalidade, anos de vida perdidos e anos de vida ajustados por incapacidade atribuídos às DCNTs, com quedas de aproximadamente 37,7%, 38,3% e 34,5%, respectivamente, até 2019. Contudo, entre 2019 e 2021, esses indicadores se estabilizaram, refletindo o impacto da pandemia de COVID-19 e de medidas de austeridade, o que compromete o alcance da meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável de redução de um terço da mortalidade prematura por DCNT até 2030 (Collaborators *et al*, 2018; Malta *et al*, 2024).

Portanto, compreender os padrões locais de morbimortalidade é importante para subsidiar políticas e intervenções em saúde. O monitoramento sistemático permite identificar populações vulneráveis, fatores de risco predominantes e tendências temporais, contribuindo para a prevenção, a promoção da saúde e a redução da mortalidade prematura. Dados locais fortalecem a tomada de decisão baseada em evidências, reforçando o papel de painéis de monitoramento como ferramenta estratégica para gestão e planejamento em saúde. Desse modo, foi desenvolvida uma análise quantitativa descritiva como uma das atividades iniciais de estudantes do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/ PET-Saúde Equidade da Universidade Franciscana, em parceria com a Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria – Rio Grande do Sul. Assim, este trabalho tem como objetivo discutir o perfil epidemiológico das DCNTs prevalentes e suas nuances na cidade de Santa Maria.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo com base nos dados secundários do Painel de Monitoramento da Morbimortalidade por DCNT no Rio Grande do Sul, por meio do sítio eletrônico SES/RS : Painel de Doencas Cronicas nao Transmissiveis Prematuras, para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no município de Santa Maria (SM), Rio Grande do Sul (RS). Os dados usados são referentes aos indivíduos, de todas as faixas etárias, que foram à óbito e à quantidade de internações por DCNT no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, no período temporal de janeiro de 2015 a dezembro de 2024, sendo obtidos no dia 27 de agosto de 2025.

Tendo em vista o caráter público da base de dados disponibilizada pelo Governo do Estado do Rio Grande do Sul, esses dados podem ser utilizados livremente, sem que sejam infringidos quaisquer aspectos éticos e sem que haja necessidade de aprovação de nenhum Comitê de Ética em Pesquisa. O desenvolvimento do trabalho foi realizado durante as vivências do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/PET-Saúde Equidade, financiado pelo Ministério da Saúde e desenvolvido pela Universidade Franciscana em parceria com a Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria – RS.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

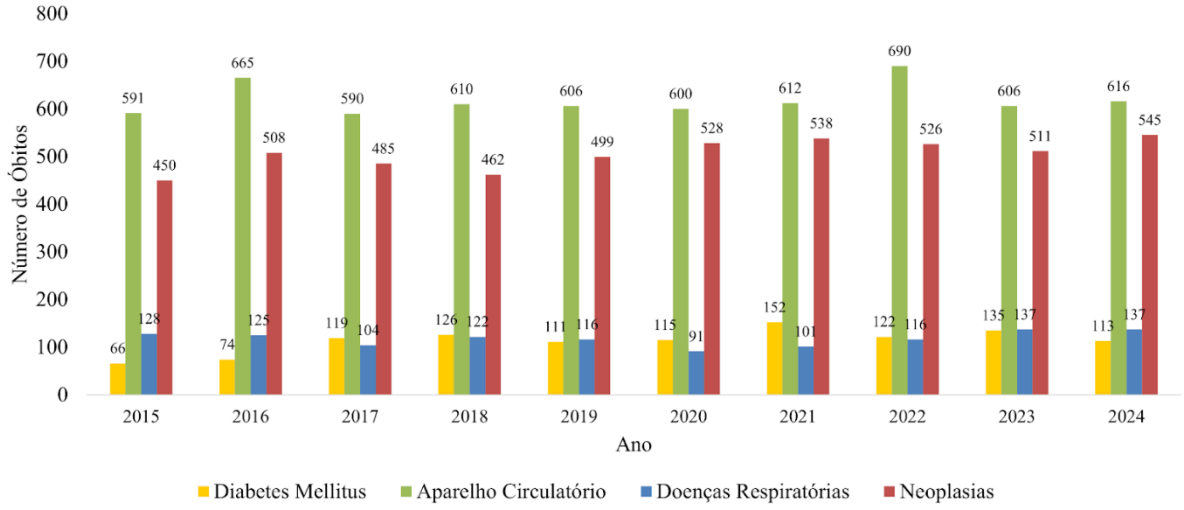
Os dados do Painel de Monitoramento de Morbimortalidade por DCNTs em Santa Maria, referentes à última década, revelam que doenças do aparelho circulatório, diabetes mellitus, neoplasias malignas e doenças respiratórias foram responsáveis por 13.548 óbitos e 30.824 internações, confirmando seu papel central na carga de morbimortalidade local.

Entre as DCNTs, as doenças do aparelho circulatório lideram em óbitos (6.186), enquanto houve 11.742 internações, alinhando-se ao padrão nacional e internacional de que

as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte por DCNTs (Bai *et al*, 2023; Bennett *et al*, 2018), podendo estar associado aos hábitos de alimentação pouco saudável e a inatividade física, podendo desencadear em hipertensão, obesidade, dislipidemias e glicemia elevada (Organização Mundial da Saúde, 2024).

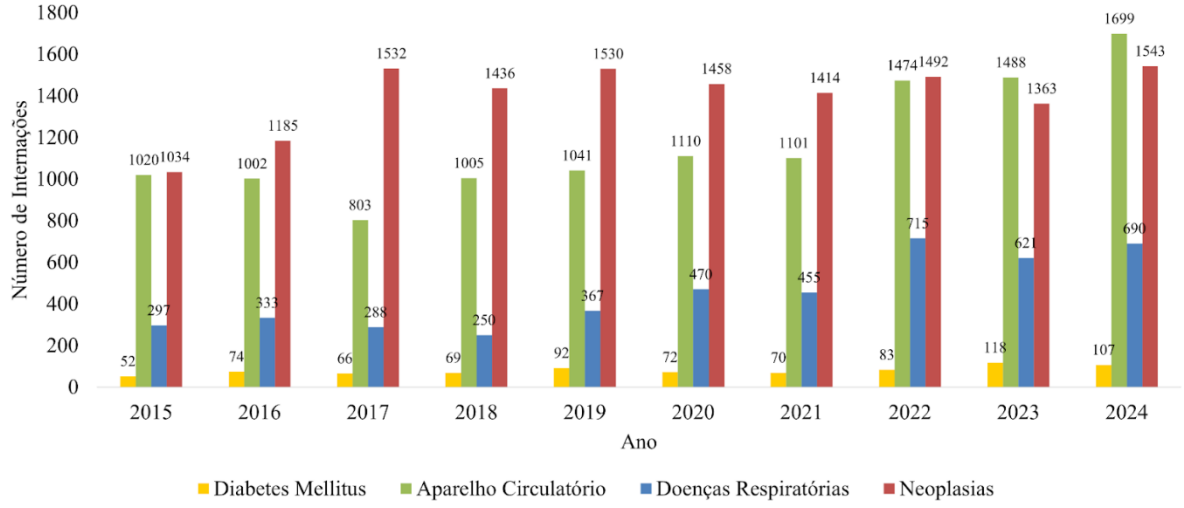
As neoplasias apresentaram elevada mortalidade (5.052 óbitos) e maior número de internações (13.987), onde pode-se inferir que essa alta letalidade, os possíveis desafios no diagnóstico precoce e acesso a tratamentos especializados configuram-se como as responsáveis por esses números (Viegi *et al*, 2020; Malta *et al*, 2024). Já as doenças do aparelho respiratório resultaram em 1.072 óbitos e 4.288 internações, enquanto a diabetes apresentou 1.133 óbitos e 803 internações, sugerindo que, apesar de menor demanda hospitalar, a mortalidade permanece relevante.

Gráfico 1: Grupos de agravos e números de óbitos em Santa Maria



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Gráfico 2: Quantidade de internação hospitalar de 2015 a 2024



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Esses padrões locais espelham tendências observadas em países de baixa e média renda, nos quais fatores socioeconômicos e comportamentais — como tabagismo, hipertensão e obesidade — contribuem para mortalidade prematura e aumento de anos de

vida ajustados por incapacidade (Licher *et al*, 2029; Malta *et al*, 2024). A análise evidencia diferenças na letalidade e no impacto hospitalar entre diferentes DCNTs, reforçando a importância do monitoramento contínuo como ferramenta estratégica para planejamento de políticas públicas, prevenção de complicações e priorização de intervenções direcionadas a grupos populacionais mais vulneráveis (Rio Grande do Sul, 2025).

Os dados obtidos a partir do Painel de Monitoramento de Morbimortalidade por DCNTs em Santa Maria ao longo da última década evidenciam que as doenças cardiovasculares, os cânceres, a diabetes e as doenças respiratórias crônicas representam a maior proporção de óbitos e internações hospitalares. Esses padrões refletem tendências nacionais e globais já descritas na literatura, indicando que, apesar de avanços na prevenção e no manejo das DCNTs, a carga dessas doenças permanece elevada e impacta significativamente a saúde pública local. A análise detalhada dos indicadores permite identificar grupos populacionais mais vulneráveis e estabelecer prioridades para políticas de prevenção, promoção da saúde e planejamento de serviços de atenção primária e hospitalar, reforçando o valor do monitoramento contínuo como ferramenta estratégica para gestão em saúde (Rio Grande do Sul; Guimarães *et al*, 2022).

No Brasil, estudos demonstram uma transição epidemiológica marcada pela redução das taxas de mortalidade por doenças infecciosas e pelo aumento da carga das DCNTs, fenômeno que acompanha o envelhecimento populacional, urbanização e mudanças nos estilos de vida (Collaborators *et al*, 2018; Malta *et al*, 2024). Entre 1990 e 2019, as taxas de mortalidade por DCNTs e indicadores de carga de doença reduziram-se cerca de 34–38%, refletindo avanços em atenção primária, políticas antitabagismo e cobertura do sistema público. Desde 2016, observa-se estabilização ou piora em alguns indicadores, possivelmente relacionados à austeridade fiscal e à pandemia de COVID-19 (Malta *et al*, 2024; Ribeiro *et al*, 2016).

É possível observar que as DCNTs afetam desproporcionalmente populações de menor nível socioeconômico, com maior carga de morbimortalidade nas regiões Norte e Nordeste (Malta *et al*, 2024; Marinho *et al*, 2018). O perfil de risco é fortemente influenciado por fatores comportamentais e metabólicos, destacando-se hipertensão arterial, tabagismo, alimentação inadequada, excesso de peso e hiperglicemia (Malta *et al*, 2024; Marinho *et al*, 2018; Nilson *et al*, 2022). O aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade é especialmente preocupante, com projeções indicando que, se mantida a tendência atual, haverá acréscimo substancial de casos e óbitos por DCNT até 2030 (Nilson *et al*, 2022).

No contexto das doenças cardiovasculares, que permanecem como principal causa isolada de morte, houve redução nas taxas ajustadas de mortalidade por infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca, embora com variações regionais e maior impacto negativo em homens e populações vulneráveis (Ribeiro *et al*, 2016; Siqueira; De Souza, 2020). Embora tenha ocorrido diminuição das internações hospitalares por DCNTs após a implementação de planos estratégicos nacionais, não se observou redução proporcional nas taxas de mortalidade, evidenciando desafios persistentes na reorganização do cuidado e controle dos fatores de risco (Guimarães *et al.*, 2022).

A pandemia de COVID-19 teve impacto substancial sobre as DCNTs, tanto diretamente quanto indiretamente. Pacientes com DCNTs — como hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, doenças pulmonares crônicas, câncer e doença renal crônica — apresentaram risco aumentado de complicações graves e mortalidade quando infectados pelo SARS-CoV-2, devido a mecanismos como maior expressão de receptores ACE2 e resposta inflamatória exacerbada (Minguni *et al*, 2023; Nikoloski *et al*, 2021).

Além do risco clínico direto, houve profundas consequências indiretas decorrentes das medidas de contenção da pandemia, como distanciamento social, lockdowns e sobrecarga dos sistemas de saúde. Diversos estudos documentaram redução significativa no

acesso a serviços de saúde, incluindo queda nas taxas de hospitalização e atendimentos ambulatoriais para DCNTs, atrasos em diagnósticos, cancelamento de consultas e diminuição da adesão ao tratamento. No Brasil, observou-se uma redução de 27% nas internações por DCNTs durante o período pandêmico, afetando todas as principais categorias de doenças crônicas (Guimarães *et al*, 2022).

Essas interrupções contribuíram para piora dos desfechos clínicos, aumento de morbidade e potencial elevação da mortalidade por DCNTs, especialmente em populações vulneráveis e regiões com infraestrutura limitada. Adicionalmente, o impacto psicossocial foi relevante: pacientes com DCNTs relataram maior prevalência de sintomas de ansiedade, depressão, solidão e mudanças negativas nos hábitos alimentares e de atividade física, além de aumento do consumo de substâncias em alguns grupos. Mulheres com DCNT, em particular, apresentaram maior sofrimento psicológico durante a pandemia (Basa *et al*,2024).

Dessa forma, a necessidade de estratégias adaptativas para garantir a continuidade do cuidado às DCNTs em situações de crise, incluindo o uso de tecnologias digitais e priorização do acesso a serviços essenciais, é de suma importância. O manejo das DCNTs deve ser mantido conforme as recomendações habituais, com supervisão intensificada, e a priorização desses pacientes em campanhas de vacinação é considerada fundamental (Basa *et al*, 2024; Guimarães *et al*, 2022).

Estudos recentes destacam que, embora haja avanços na produção de dados epidemiológicos sobre as DCNTs, a implementação de políticas públicas efetivas ainda enfrenta desafios significativos, especialmente em contextos locais. Coelho *et al* (2023), em revisão integrativa sobre municípios do Nordeste brasileiro, apontam que a oferta de programas de saúde voltados ao enfrentamento das DCNTs apresenta fragilidades, concentrando-se predominantemente no levantamento do perfil epidemiológico de doenças como hipertensão e diabetes, sem avançar para estratégias de cuidado integral e ações educativas mais abrangentes. Os autores ressaltam que as DCNTs estão fortemente associadas a determinantes sociais, culturais e comportamentais, sendo necessária a atuação intersetorial e a construção de uma cultura institucional de parceria e corresponsabilidade entre governo e sociedade. Além disso, destacam a importância da intervenção precoce em crianças e adolescentes, considerando a exposição a fatores de risco como sedentarismo, má alimentação e tabagismo, e a necessidade de políticas preventivas voltadas à modificação de comportamentos.

A efetividade das políticas depende de estudos que considerem o contexto local das condições crônicas e que reflitam as demandas tanto de gestores quanto de usuários, de modo a promover melhorias concretas na assistência e na promoção da saúde. O enfrentamento das DCNTs em regiões com desigualdade socioeconômica e insuficiência de ações integradas permanece limitado, reforçando a necessidade de ampliar pesquisas e intervenções que incorporem as especificidades epidemiológicas, sociais e culturais das populações (Coelho e*t al*, 2023).

Avanços recentes na gestão e no tratamento das DCNTs indicam que modelos de cuidado integrados e intervenções comunitárias desempenham papel central na melhoria da coordenação e da efetividade do cuidado. Revisões sistemáticas recentes evidenciam que estratégias voltadas para diabetes, hipertensão e doenças cardíacas têm buscado integrar serviços de atenção primária e especializados, promovendo continuidade assistencial para pacientes com múltiplas condições crônicas. Tais modelos de cuidados crônicos permitem acesso facilitado a serviços especializados, promovendo a adesão ao tratamento e melhorando os desfechos clínicos, especialmente em populações com maior vulnerabilidade socioeconômica (Da Cunha *et al*, 2024).

Além disso, a incorporação de tecnologias digitais na educação em saúde tem se mostrado uma ferramenta promissora para o autocuidado e autogestão das DCNTs,

permitindo que pacientes acessem informações personalizadas em tempo real, monitorem seus parâmetros de saúde e se comuniquem de forma mais eficiente com os profissionais de saúde. Essas intervenções digitais potencializam ações educativas e ampliam a participação do paciente no processo de cuidado, promovendo mudanças comportamentais e prevenção de complicações (Da Cunha *et al*, 2024).

Os resultados desses estudos indicam que a gestão eficaz das DCNTs requer um enfoque holístico, integrando estratégias farmacológicas e não farmacológicas, combinadas a modelos de atenção centrados no paciente. A personalização do tratamento, aliada à coordenação entre diferentes níveis de atenção e especialidades, é crucial para enfrentar a multimorbidade e reduzir a morbimortalidade associada às DCNTs. Assim, a importância de políticas e intervenções que promovam integração do cuidado, educação em saúde e utilização de tecnologias digitais, consolidando um modelo de gestão mais eficiente e sustentável frente à crescente carga das doenças crônicas na população (Da Cunha *et al*, 2024).

É incontestável que desafios atuais relacionados às DCNTs transcendem a esfera clínica e refletem um conjunto complexo de determinantes sociais, econômicos e ambientais. No Brasil, apesar da redução de mortalidade observada nas últimas décadas, a persistência de fatores de risco modificáveis, como tabagismo, obesidade, hipertensão arterial e inatividade física, sustenta uma elevada carga de morbimortalidade (Nilson *et al*, 2022; Malta *et al*, 2024). A transição demográfica e o envelhecimento populacional contribuem para o aumento da prevalência de multimorbidade, condição em que dois ou mais agravos crônicos coexistem, elevando os custos assistenciais e a demanda por serviços especializados de saúde (Malta *et al*, 2024).

Diante disso, com finalidade de modificar esse panorama, o Ministério da Saúde instituiu em 2006 a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual regulamenta a importância do cuidado integral às pessoas com DCNTs, uma vez que a atenção primária à Saúde (APS) é porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo assegura a longitudinalidade do cuidado, estabelecimento de vínculo entre a equipe de saúde e o indivíduo, realizando o acompanhamento da população com DCNTs. Além disso, a PNAB deixa explícito como eixos fundamentais a promoção de saúde e prevenção de fatores de risco modificáveis por meio de ações educativas, bem como apresenta estratégias de rastreamento populacional, diagnóstico precoce e estratificação de risco por meio das Estratégia Saúde da Família (ESF) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Dessa forma, essa política combate transversalmente o surgimento das DCNTs através da busca pela melhora da qualidade e a expectativa de vida saudável da população (Brasil, 2017).

No contexto local de Santa Maria, os dados do Painel de Monitoramento da Morbimortalidade por DCNT no Rio Grande do Sul evidenciam que as doenças cardiovasculares permanecem como a principal causa de óbito, enquanto neoplasias apresentam elevada letalidade e número de internações, reforçando a necessidade de estratégias que integrem prevenção, diagnóstico precoce e tratamento oportuno. Soma-se a isso a desigualdade no acesso a serviços de saúde, que dificulta o acompanhamento longitudinal, em especial para populações mais vulneráveis socioeconomicamente. O subfinanciamento crônico do SUS e as medidas de austeridade fiscal comprometem a capacidade do sistema em expandir ações de prevenção e vigilância, enquanto a pandemia de COVID-19 intensificou a fragilidade da rede assistencial, ampliando o risco de complicações e óbitos evitáveis. Nesse cenário, torna-se imprescindível fortalecer políticas públicas intersetoriais que contemplem não apenas o manejo clínico das DCNTs, mas também a promoção da saúde e a redução das desigualdades sociais, de forma a garantir respostas mais equitativas e sustentáveis frente à crescente carga dessas doenças, reforçando

a importância do cuidado integral e humanizado à saúde da população (Malta *et al*, 2024; Marinho *et al*, 2018; Nilson *et al*, 2022; Guimarães *et al*, 2022; Rio Grande do Sul, 2025).

CONCLUSÃO

As DCNTs continuam representando a principal causa de morbimortalidade no município de Santa Maria, acompanhando tendências já amplamente documentadas em âmbito nacional e internacional. Os dados disponibilizados pelo Painel de Monitoramento da Morbimortalidade por DCNT no Rio Grande do Sul evidenciam que, ao longo da última década, essas enfermidades foram responsáveis por 13.548 óbitos e 30.824 internações hospitalares, números que demonstram o impacto significativo dessas condições sobre a saúde da população e sobre a estrutura dos serviços assistenciais. Entre os principais grupos de DCNTs, destacam-se, com maior prevalência, as doenças cardiovasculares, as neoplasias malignas, o diabetes mellitus e as doenças respiratórias crônicas, que juntas concentram a maior parte dos casos graves e dos desfechos fatais.

Além da magnitude dos números, os achados apontam para diferenças expressivas na letalidade e na pressão exercida sobre os serviços de saúde entre os distintos grupos de doenças, evidenciando que a morbimortalidade local está intimamente relacionada a fatores socioeconômicos, comportamentais e metabólicos, como desigualdades no acesso aos cuidados, hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, tabagismo e consumo excessivo de álcool. Apesar dos avanços conquistados nas últimas décadas, sobretudo com a ampliação da atenção primária à saúde, o fortalecimento de políticas públicas de prevenção e o aumento da cobertura do sistema de saúde, a carga dessas doenças permanece elevada. Isso revela desafios persistentes na redução da mortalidade prematura, na melhoria do manejo clínico dos pacientes e na gestão eficaz dos fatores de risco associados.

Nesse contexto, a compreensão detalhada dos padrões locais de ocorrência e evolução das DCNTs assume papel estratégico, reforçando a necessidade de monitoramento contínuo como ferramenta essencial para subsidiar a formulação e a implementação de políticas públicas mais eficazes. O acompanhamento permanente desses indicadores permite o planejamento de intervenções direcionadas a grupos populacionais vulneráveis, favorecendo a promoção da saúde, a prevenção de complicações e a otimização da organização dos serviços assistenciais. Diante da complexidade que envolve o enfrentamento dessas enfermidades, os resultados obtidos apontam para a importância do fortalecimento de estratégias de vigilância em saúde, bem como da integração de ações de cuidado multiprofissional, como medidas fundamentais para conter a crescente carga das DCNTs no município e melhorar a qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

BAI, Jianjun. *et al.* Global epidemiological patterns in the burden of main non-communicable diseases, 1990–2019: Relationships with socio-demographic index. **International journal of public health**, v. 68, p. 1605502, 2023. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36726528/. Acesso em 27 ago. 2025.

BARRY, Abbie. *et al*. Non-communicable diseases in the WHO African region: analysis of risk factors, mortality, and responses based on WHO data. **Scientific Reports**, v. 15, n. 1, p. 12288, 2025. Disponível em: https://www.nature.com/articles/s41598-025-97180-3. Acesso em: 27 ago. 2025.

BASA, Muluken *et al*. The impact of COVID-19 on non-communicable disease patients in sub-Saharan African countries: A systematic review. **Plos one**, v. 19, n. 6, p. e0293376, 2024. Disponível em:

https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0293376. Acesso em: 27 ago. 2025.
BENNETT, James E. *et al.* NCD Countdown 2030: worldwide trends in non-communicable disease mortality and progress towards Sustainable Development Goal target 3.4. **The lancet**, v. 392, n. 10152, p. 1072-1088, 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30264707/. Acesso em: 27 ago. 2025.
BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 9 set. 2025.
COELHO, Ana Célia Rodrigues *et al*. The main challenges of public health policies to face chronic noncommunicable diseases in municipalities of Northeast Brazil. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 31, p. e31020095, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cadsc/a/xzLkqGLsQqhY8VpV4dxRbCh/abstract/?lang=pt. Acesso em: 27 ago. 2025.
COLLABORATORS, G. B. D. B. *et al*. Burden of disease in Brazil, 1990-2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **Lancet**, v. 392, n. 10149, p. 760-75, 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30037735/. Acesso em: 27 ago. 2025.
DA CUNHA, Letícia Veloso *et al*. Avanços Terapêuticos e estratégias de gestão para doenças crônicas não transmissíveis: uma análise das abordagens inovadoras no tratamento de diabetes, hipertensão e doenças cardíacas. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 5, p. 609-622, 2024. Disponível em: https://bjihs.emnuvens.com.br/bjihs/article/view/2071. Acesso em: 27 ago. 2025.
GUIMARÃES, Rafael Alves *et al*. Analysis of the impact of coronavirus disease 19 on hospitalization rates for chronic non-communicable diseases in Brazil. **PLoS One**, v. 17, n. 3, p. e0265458, 2022. Disponível em: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0265458. Acesso em: 29 ago. 2025.
LICHER, Silvan. *et al*. Lifetime risk and multimorbidity of non-communicable diseases and disease-free life expectancy in the general population: a population-based cohort study. **PLoS medicine**, v. 16, n. 2, p. e1002741, 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30716101/. Acesso em: 29 ago. 2025.
MALTA, Deborah Carvalho. *et al.* Noncommunicable disease burden in Brazil and its states from 1990 to 2021, with projections for 2030. **Public Health**, v. 236, p. 422-429, 2024. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39305660/. Acesso em 09 set. 2025.
MARINHO, Fatima. *et al*. Burden of disease in Brazil, 1990–2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet**, v. 392, n. 10149, p. 760-775, 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30037735/. Acesso em: 09 set. 2025.
MNGUNI, Ayanda Trevor *et al*. The interface between SARS-CoV-2 and non-communicable diseases (NCDs) in a high HIV/TB burden district level hospital setting, Cape Town, South Africa. **Plos one**, v. 18, n. 10, p. e0277995, 2023. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37796879/. Acesso em: 09 set. 2025.
NILSON, Eduardo AF. *et al*. The projected burden of non-communicable diseases attributable to overweight in Brazil from 2021 to 2030. **Scientific Reports**, v. 12, n. 1, p. 22483, 2022. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36577769/. Acesso em: 29 ago. 2025.

NIKOLOSKI, Zlatko *et al*. Covid-19 and non-communicable diseases: evidence from a systematic literature review. **BMC public health**, v. 21, n. 1, p. 1068, 2021. Disponível em: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-11116-w. Acesso em: 28 ago. 2025.
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Noncommunicable diseases: key facts. News-room, Fact sheets. Genebra: **Organização Mundial da Saúde**, 23 dez. 2024. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases. Acesso em: 9 set. 2025.
RIBEIRO, Antonio Luiz P. *et al.* Cardiovascular health in Brazil: trends and perspectives. **Circulation**, v. 133, n. 4, p. 422-433, 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26811272/. Acesso em: 29 ago. 2025.
RIO GRANDE DO SUL (RS). Secretaria Estadual de Saúde. Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Disponível em: https://ti.saude.rs.gov.br/dcnt/. Acesso em: 27 ago. 2025.
SIQUEIRA, Camila Alves dos Santos; DE SOUZA, Dyego Leandro Bezerra. Reduction of mortality and predictions for acute myocardial infarction, stroke, and heart failure in Brazil until 2030. **Scientific reports**, v. 10, n. 1, p. 17856, 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33082356/. Acesso em: 29 ago 2025.
VIEGI, Giovanni *et al*. Global burden of chronic respiratory diseases. **Journal of aerosol medicine and pulmonary drug delivery**, v. 33, n. 4, p. 171-177, 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32423274/. Acesso em: 09 set. 2025.
Este trabalho de acesso aberto está licenciado sob Creative Commons - Atribuição (CC BY 4.0).