

Perfil de Mortalidade do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil

Sarah de Caldas Costa Sousa^{1*}

Élyta Palloma Rodrigues Brito^{2**}

Milena Nunes Alves de Sousa^{3***}

Resumo

Objetivo: Identificar o perfil de mortalidade do município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Métodos: Pesquisa exploratória-descritiva e documental, realizada por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que disponibilizou informações para análises objetivas da situação sanitária da cidade de Florianópolis. Para análise qualitativa dos achados, foram utilizados dados de artigos obtidos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Resultados: O estudo evidenciou que as doenças do aparelho circulatório são a principal causa de mortalidade proporcional (31,1%), seguidas pelas neoplasias (23,2%). Esse demonstrou ainda que as doenças infecciosas e parasitárias estão entre as causas menos comuns de mortalidade, representando apenas 4,6% dessa, como é descrito nos estudos epidemiológicos atuais.

Conclusão: Segundo os resultados apresentados, é interessante que se desenvolva programas de assistência preventiva nas faixas etárias jovens, tendo em vista que a pesquisa demonstra que os óbitos por doenças do aparelho circulatório aumentam com a idade.

Palavras-chaves: Epidemiologia; Mortalidade; Transição Epidemiológica.

Abstract

Objective: To identify the profile of mortality of the municipality of Florianópolis, Santa Catarina, Brazil.

Methods: Descriptive and exploratory research, conducted through the Department of Informatics of the unified health system (DATASUS), which provided information for objective analysis of the health situation of the city of Florianópolis. For qualitative analysis of the findings, we used data from items obtained in the Virtual Health Library (VHL).

Results: The study showed that circulatory diseases are the main cause of mortality (31.1%), followed by neoplasms (23.2%). This demonstrated that the infectious and parasitic diseases are less common causes of mortality, representing just 4.6% of that, as is described in epidemiological studies.

Conclusion: According to the results, it is interesting to develop preventive assistance programs in young age groups, since research shows that deaths by circulatory diseases increase with age.

Keywords: Epidemiology; Mortality; Epidemiological Transition.

¹ Acadêmica do Curso de Medicina das Faculdades Integradas de Patos, Patos-PB, Brasil.

² Acadêmica do Curso de Medicina das Faculdades Integradas de Patos, Patos-PB, Brasil.

³ Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Doutora e Pós-Doutora em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca, Franca-SP, Brasil. Docente do Curso de Medicina das Faculdades Integradas de Patos, Patos-PB, Brasil.

Introdução

O perfil de mortalidade no Brasil tem sofrido mudanças consideráveis. A transição epidemiológica vem ocorrendo de forma acelerada. Houve redução das causas de morte por doenças infecciosas e parasitárias (DIP), e em paralelo a isso ocorreu um aumento das mortes ocasionadas por doenças crônicas.

Teixeira (2012) conceituou transição epidemiológica como complexas mudanças nos padrões saúde/doença e nas interações entre elas, com repercussões de outros fatores subsequentes e determinantes demográficos, econômicos e sociais. Esse conceito proposto pelo autor é composto de proposições centrais, tais como: existe uma prolongada e gradativa mudança nos padrões de mortalidade e adoecimento, havendo a substituição de doenças infecciosas e parasitárias pelas crônicas degenerativas e danos produzidos pelo homem. Nesta transição de padrões do processo saúde-doença ocorreram mudanças mais significativas em mulheres jovens e crianças; as mudanças que caracterizam a transição epidemiológica estão diretamente relacionadas às transições demográficas e aos padrões e ritmo de vida dos indivíduos.

Segundo Duarte e Barreto (2012), o declínio das DIP tem sido confirmado por uma tendência histórica, graças ao êxito alcançado na área da saúde em relação às doenças passíveis de prevenção por imunização. Além disso, atrelado a esse fator está à melhora nos níveis de nutrição, alcançados com a revolução agrícola. Os autores ainda afirmam que fatores como envelhecimento, urbanização, mudanças sociais e econômicas e a globalização impactaram o modo de vida dos brasileiros, em consequência disso, confluente para o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis tem crescido devido a condicionantes como obesidade e sedentarismo.

No Brasil, as doenças do aparelho circulatório estão entre as causas mais frequentes de morte nos últimos anos, sendo responsável por 30% dessas. Em seguida estão as neoplasias, e posteriormente as causas externas. Dentre as doenças que acometem o aparelho circulatório destacam-se as cardiovasculares, que correspondem a terceira principal causa de morte, tendendo a ocupar a primeira posição. Entre os fatores de agravamento desses males estão, o estilo de vida, o padrão alimentar com hábitos não saudáveis, o sedentarismo e uso crescente de drogas ilícitas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - SBC, 2005).

Apesar disso, o Brasil encontra-se ainda em um estágio intermediário da transição epidemiológica, tendo em vista que essa sofre mudanças nas diferentes regiões do país. Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), nas áreas

mais desenvolvidas que correspondem ao Sul e ao Sudeste há prevalência de doenças crônicas, destacando-se as do aparelho circulatório, enquanto que as regiões menos desenvolvidas como Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentam mortalidade mais elevada para doenças infecciosas e parasitárias. Essas diferenças se devem, principalmente, a fatores socioeconômicos, culturais e ambientais.

Logo, de acordo com Pereira, Alves-Souza e Vale (2015) há uma grande diversificação na situação epidemiológica do país, devido à distribuição irregular dos riscos e agravos em cada população, em que diferentes regiões do Brasil apresentam taxas e situações desiguais, essas podem diferir ainda no mesmo estado ou na mesma cidade, demonstrando assim, diferenças importantes nos diversos grupos populacionais em relação às condições de vida e trabalho no país.

Considerando-se a existência de diferenças regionais no Brasil, este estudo teve como objetivo identificar o perfil de mortalidade do município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

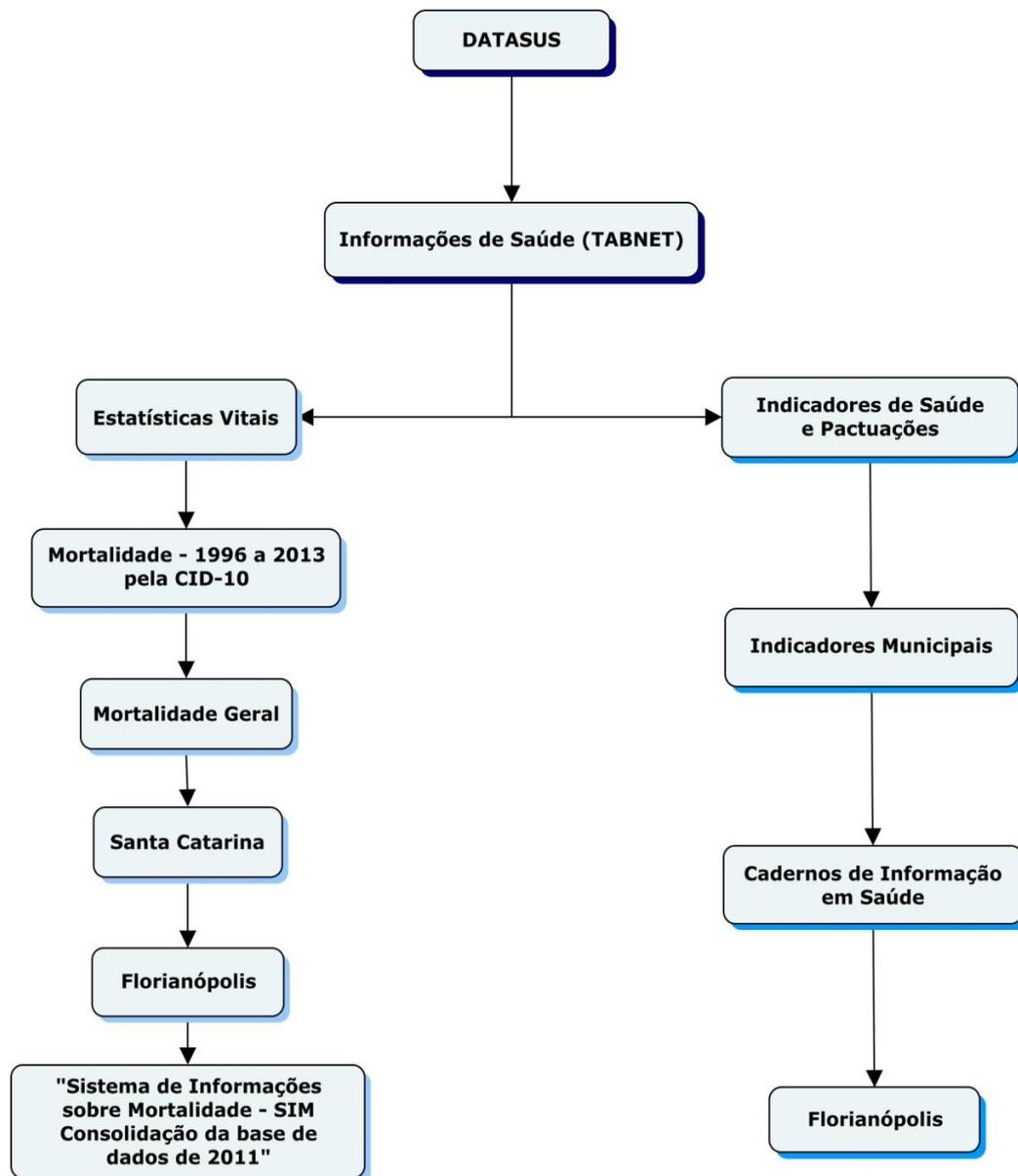
Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva e documental, que visa descrever as características de determinada população ou fenômeno, objetivando a maior familiaridade com o problema, tornando-o explícito (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS 2010). A pesquisa foi realizada por meio do DATASUS, esse se trata de um banco de dados com informações que contribuem para análises objetivas da situação sanitária, e tomadas de decisões baseadas em evidências no país.

Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina conta com 469 mil habitantes (IBGE, 2015). É a segunda cidade mais populosa do estado, sendo superada apenas pelo município de Joinville. Localiza-se no centro leste do estado, sendo banhada pelo oceano Atlântico. Destaca-se ainda por ser a capital brasileira com melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), da ordem de 0,847, segundo relatório divulgado pela ONU (2013).

O processo de identificação dos dados seguiu o fluxograma 1 abaixo, que trata sobre as informações de saúde do município de Florianópolis.

Fluxograma 1- Informações de Saúde do município de Florianópolis



Fonte: Autoria Própria, 2016.

Para análise qualitativa dos achados, foram utilizados dados de artigos obtidos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Este material subsidiou as análises objetivas da transição epidemiológica. Para a atualização do aporte teórico para a discussão mais bem fundamentada e atualizada o processo de seleção dos artigos contemplou os anos de 2010 a 2013.

Resultados

Tabela 1 – Mortalidade Proporcional (%) por faixa etária segundo grupo de causas – CID10/2008

Grupo de Causas	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-	12,5	-	-	-	12,4	5,2	2,0	1,9	4,6
II. Neoplasias (tumores)	-	-	-	10,0	-	18,0	36,8	22,4	24,6	23,2
IX. Doenças do aparelho circulatório	-	12,5	-	10,0	2,9	11,8	33,4	40,2	39,7	31,1
X. Doenças do aparelho respiratório	7,5	-	-	10,0	-	5,4	5,0	11,6	11,0	8,6
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	52,8	-	-	-	-	-	-	-	-	1,5
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	3,8	25,0	100,0	50,0	88,6	43,0	6,5	4,9	4,6	14,8
Demais causas definidas	35,8	50,0	-	20,0	8,6	9,4	13,1	19,0	18,2	16,3
Total	100,0									

Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.

Nota: Dados de 2008 são preliminares.

Conforme a tabela 1 verificou-se que durante o ano de 2008 as doenças do aparelho circulatório se caracterizaram como as principais causas de mortalidade, afetando, preferencialmente, indivíduos que se enquadram na faixa etária de 50 a 64 anos.

Tabela 2 – Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas (por 100.000 habitantes)

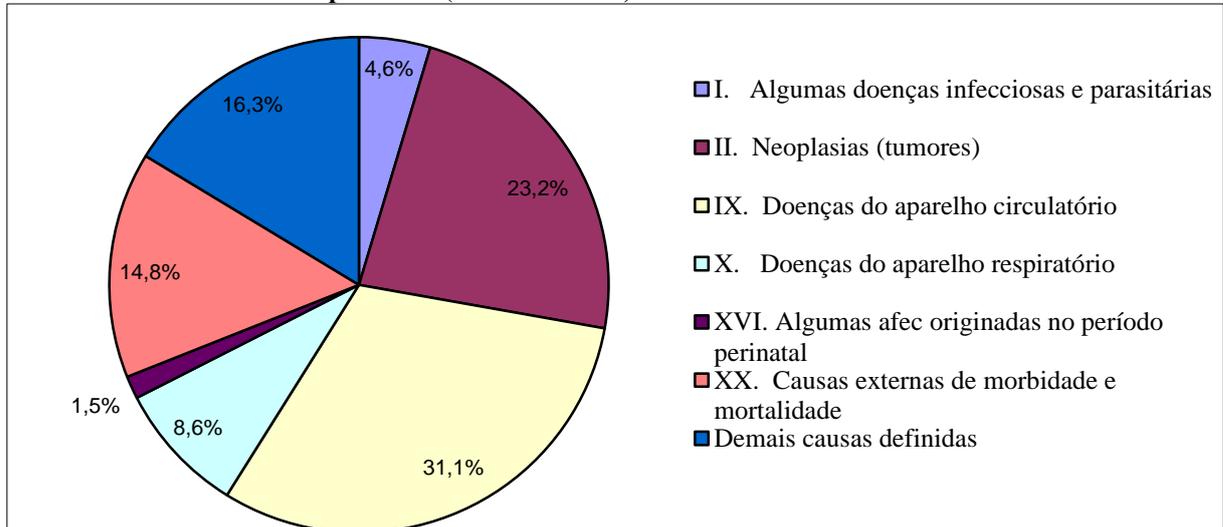
Causa do Óbito	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Aids	21,4	20,3	18,5	19,9	16,0	15,6	13,9
Neoplasia maligna da mama (/100.000 mulheres)	10,7	13,1	15,9	12,2	17,2	18,2	11,1
Neoplasia maligna do colo do útero (/100.000 mulh)	3,2	7,4	4,1	3,9	4,3	4,7	2,9
Infarto agudo do miocárdio	35,2	29,5	32,8	29,7	30,5	28,6	31,3
Doenças cerebrovasculares	39,4	34,4	38,1	32,8	35,4	30,5	30,1
Diabetes mellitus	16,4	12,2	14,6	12,3	14,3	14,2	16,4
Acidentes de transporte	22,2	22,2	24,6	24,2	26,6	19,2	25,8
Agressões	25,0	26,3	28,6	22,7	17,5	17,8	21,6

Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.

Nota: Dados de 2008 são preliminares.

De acordo com a tabela 2 nota-se que as doenças cerebrovasculares, seguidas do infarto agudo do miocárdio têm sido as principais causas de mortalidade nos últimos anos.

Gráfico 1 - Mortalidade Proporcional (todas as idades)



Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.

Nota: Dados de 2008 são preliminares.

Conforme o gráfico, as doenças do aparelho circulatório destacam-se como a principal causa de mortalidade proporcional (31,1%), seguidas pelas neoplasias (23,2%). Esse mostra ainda que as doenças infecciosas e parasitárias estão entre as causas menos comuns de mortalidade, representando apenas 4,6% dessa, como é descrito nos estudos epidemiológicos atuais.

Discussão

Este estudo traz um panorama na transição epidemiológica pela qual passa o município de Florianópolis. Segundo os resultados apresentados as doenças do aparelho circulatório responderam por 31,1% da carga de doenças da população considerada; as neoplasias responderam por 23,2%.

As doenças cardiovasculares (DCV) destacam-se como as principais causas de morte atualmente, dentre estas a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente, com taxa de 30% na população adulta. Essa corresponde a um fator de risco para a ocorrência de eventos como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Segundo Sebben et al. (2013), o Infarto Agudo do Miocárdio geralmente é causado pela oclusão súbita de uma artéria coronária em razão de fratura ou erosão de placas ateroscleróticas. O Acidente Vascular Encefálico conceitua-se como um sinal clínico de

rápido desenvolvimento de perturbação focal da função cerebral (SANTOS; TAVARES, 2012).

Várias condições favorecem o acometimento dos pacientes por IAM e AVC, dentre eles o excesso de peso, dislipidemia, tabagismo, sedentarismo e etilismo. Esses fatores de risco podem ser agrupados em três categorias: 1- fatores não modificáveis (sexo, história familiar de doenças do aparelho circulatório e escolaridade) 2- fatores potencialmente modificáveis (tabagismo, hipertensão arterial e etilismo) 3- fatores com menor implicância prognóstica (excesso de peso e sedentarismo).

Ademais, segundo Jardim (2010), a escolaridade é um fator que influencia a ocorrência das condições já citadas, tendo em vista a relação direta existente entre a Hipertensão Arterial e o sedentarismo com os baixos níveis dessa. Para Magrini; Martini (2012), a baixa escolaridade é um dos principais fatores que levam a HAS, o que é importante na implementação de programas de educação em HAS porque facilita o entendimento das orientações terapêuticas, médicas e de saúde, assim como, a aprendizagem de novos hábitos que melhorem a qualidade de vida.

O tabagismo destaca-se como principal fator de risco modificável de morbimortalidade cardiovascular. O *Nurses Health Study* (s.d apud FERNANDES; PINHO NETO; GEBARA, 2008) demonstrou que cerca de 30% dessas mortes ocorridas entre 1995 e 1999 foram relacionadas ao cigarro. Diversos estudos demonstram risco elevado de doenças do aparelho circulatório na população que compreende a faixa etária de 65 anos e mais, e colesterol total e fração do Low Density Lipoproteins (LDL) elevados.

Conforme Pititto, Moraes e Ferreira (2013) o consumo moderado de álcool vem-se mostrando favorável na redução de risco para doenças cardíacas. No entanto, o consumo de mais de três drinks diários vem sendo relacionado a inúmeros efeitos adversos relacionados às DCV, como arritmia, hipertensão arterial, derrame hemorrágico e morte súbita.

De acordo com dados do Ministério da Saúde (2011), aproximadamente 48,5% da população brasileira apresenta sobrepeso (índice de massa corporal maior ou igual a 25), sendo essa taxa de 44,7% para o sexo feminino e 52,6% para o sexo masculino. Esse fator contribui para o risco de doenças do aparelho circulatório. Conforme Fernandes, Pinho Neto, Gebara (2008), reduções de cerca de 5 a 10% do peso corporal já estão associadas à redução do risco cardiovascular, especialmente por afetar benéficamente os níveis de colesterol, pressão arterial, entre outros.

Segundo Santos et al. (2008) as DCV estão entre as mais importantes causas de morte nos países desenvolvidos e também naqueles em desenvolvimento, onde o seu crescimento

significativo alerta para o profundo impacto nas classes menos favorecidas e para a necessidade de intervenções eficazes, de baixo custo e caráter preventivo.

Esses afirmaram ainda que a nutrição adequada pode alterar a incidência e a gravidade das doenças que acometem as artérias coronárias, já que populações com diferentes dietas apresentavam variações na mortalidade cardiovascular. Liu et al. (2002) observaram que os mais altos consumos de vegetais e frutas (exceto batata) estavam associados ao risco mais baixo de DCV, principalmente infarto.

A *American Heart Association* (2013) confirma a importância das fibras alimentares, antioxidantes e outras substâncias na prevenção e controle das DCV, enfatizando, por isso a necessidade do consumo de vegetais, frutas e grãos integrais. Recomenda ainda a manutenção de peso saudável, auxiliado pela atividade física regular e consumo moderado de gorduras (< 30%), evitando assim o consumo excessivo de calorias.

Por fim, levando em consideração as características da transição epidemiológica e de saúde em Florianópolis, apesar de o banco de dados utilizado (DATASUS) ter sido realizado em 2009, muitas das questões analisadas são ainda presentes em termos de situação de saúde da população catarinense.

Conclusão

Este estudo possibilita um panorama da transição epidemiológica pela qual passa o município de Florianópolis, Santa Catarina. Segundo os resultados apresentados, as doenças do aparelho circulatório responderam pela maioria dos óbitos no município, seguidos pelas neoplasias (tumores) e as causas externas.

Dados comprovam que a mortalidade proporcional ocasionada por doenças do aparelho circulatório tiveram seus maiores indicadores nos anos de 2002 e 2004 e que essa acomete principalmente a faixa etária de 65 anos e mais, enquanto que as neoplasias atingem principalmente a faixa de 50 a 64 anos.

Esse resultado confirma a necessidade de assistência preventiva nas faixas etárias jovens, tendo em vista que a pesquisa demonstra que os óbitos por doenças do aparelho circulatório aumentam com a idade. Logo, o conhecimento das diferenças regionais interfere de forma significativa na redução desses.

Referências

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA) Science Advisory. Wine and your heart. A science advisory for healthcare professionals from the nutrition committee, council on cardiovascular nursing of The American Heart Association. *Circulation* 2013.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, p.520-532, 2012.

FERNANDES, C. E.; PINHO NETO, J. S. L.; GEBARA, O. C. E. I Diretriz Brasileira sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Mulheres Climatéricas e a Influência da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Associação Brasileira do Climatério (SOBRAC). **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, p.1-23, 2008.

JARDIM, T. S. V. et al. Fatores de risco cardiovasculares em coorte de profissionais da área médica - 15 anos de evolução. **Arq Bras Cardiol**, Jardins, p.332-338, 2010.

KAURK, F. S.; MANHÃES, F. C.; MEDEIROS, C. H. **Metodologia da pesquisa**: um guia prático. Bahia: Via Litterarum, 2010. 88 p.

LIU, S. et al. A prospective study of dietary fiber intake and risk of cardiovascular disease among women. **J Am Coll Cardiol**, v. 39, n. 1, p. 49-56, 2002.

MODENEZE, D. M. Qualidade de vida e diabetes: limitações físicas e culturais de um grupo específico Dissertação (Mestrado). Campinas: Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, 2004.

PEREIRA, R. A.; ALVES-SOUZA, R. A.; VALE, J. S. O processo de transição epidemiológica no Brasil: uma revisão da literatura. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, São Paulo, p.99-108, 2015.

RIQUE, A. B. R.; SOARES, E. A.; MEIRELLES, C. Mo. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. **Rev Bras Med Esporte**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 6, p.244-254, 2002.

SEBBEN, J. C. et al. Significado clínico de características histológicas de trombos de pacientes com infarto do miocárdio. **Arq. Bras. Cardiol**, Porto Alegre, p.502-510, 2013.

Originalmente publicado na Revista COOPEX/FIP (ISSN:2177-5052). 8ª Edição - Vol. 08 - Ano: 2017. No seguinte endereço: <http://coopex.fiponline.edu.br/artigos>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Atlas corações do Brasil**, capítulo 8 in 26,27, 2005.

TEIXEIRA, C. F. Transição epidemiológica, modelo de atenção à saúde e previdência social no Brasil: problematizando tendências e opções políticas. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 529-32, 2012.