

Boletim Epidemiológico 2024

Morbimortalidade por DCNT, com foco nas Doenças do Aparelho Circulatório (DAC)

APRESENTAÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam um grave problema de saúde pública em escala global. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) revelam que, em 2019, as DCNT foram responsáveis por 74% dos óbitos no mundo e 75% no Brasil (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2024).

Os quatro principais grupos de DCNT são as neoplasias, diabetes, doenças do aparelho circulatório (DAC) e doenças do aparelho respiratório (DAR). Essas doenças constituem um conjunto de condições multifatoriais, caracterizadas por longo período de latência e curso prolongado, podendo resultar em incapacidades funcionais (BRASIL, 2021).

Dentre as DCNT, as doenças cardiovasculares representam a principal causa de mortalidade, respondendo por 44% do total de óbitos (18 milhões) e com projeções de manutenção dessa tendência até 2050. Destacam-se, nesse cenário, as doenças cardíacas isquêmicas e o acidente vascular cerebral (AVC), principais causas de incapacidade e mortalidade em todo o mundo. Adicionalmente, a hipertensão arterial, fator de risco preponderante para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, contribui significativamente para essa problemática (WHO, 2024).

Em face da relevância do tema, este boletim epidemiológico se propõe a analisar a morbimortalidade por DCNT no Distrito Federal, com foco especial nas doenças cardiovasculares. Serão abordados aspectos como a magnitude do problema, as tendências temporais, a distribuição espacial e os grupos populacionais mais afetados.

A análise detalhada da situação epidemiológica das DCNT, em especial das DAC, é crucial para subsidiar a formulação de políticas públicas eficazes de prevenção e controle, visando à redução da mortalidade prematura e à melhoria da qualidade de vida da população. As informações aqui apresentadas buscam contribuir para o aprimoramento das ações de vigilância, promoção da saúde e atenção integral às pessoas com DCNT no Distrito Federal, considerando as projeções do Global Burden of Disease (GBD) e o impacto crescente das DAC na sociedade.

OBJETIVO

Analisar o perfil de morbimortalidade prematura, com foco nas Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) em residentes do Distrito Federal entre 2013 e 2024.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, que visa caracterizar o perfil da morbimortalidade geral e prematura por doenças crônicas não transmissíveis, com foco nas doenças cardiovasculares, abrangendo o período de 2013 a 2024, no Distrito Federal.

O Distrito Federal, cuja a população corresponde a 3.204.070 habitantes, em 2024, está organizado em sete regiões de saúde, conforme o quadro 1 a seguir, com diferenças sociodemográficas e epidemiológicas, que serão abordadas neste boletim.

Quadro 1: Regiões de saúde do DF, em 2024.

Região de Saúde	Regiões Administrativas
Central	Varjão do Torto, Lago Norte, Sudoeste/Octogonal, Lago Sul, Cruzeiro e Plano Piloto
Centro-Sul	Núcleo Bandeirantes, Park Way, Estrutural, Riacho Fundo II e I, Guará, Candangolândia, SIA
Leste	São Sebastião, Paranoá, Jardim Botânico e Itapoã
Norte	Planaltina, Sobradinho I e II, Fercal
Oeste	Brazlândia e Ceilândia; Sol Nascente/Pôr do Sol
Sudoeste	Recanto das Emas, Águas Claras, Arniequeiras, Taguatinga, Vicente Pires e Samambaia
Sul	Gama e Santa Maria

Fonte: CODEPLAN, 2024.

Para elaboração do boletim, foi utilizado como fonte de dados, o Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, Sistema de Informações Hospitalares – SIH, InfoSaúde DF e o inquérito Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por

Inquérito Telefônico – Vigitel, cujos dados foram exportados entre setembro e outubro de 2024.

O período de análise do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) compreendeu os anos de 2013 a 2022. Essa delimitação temporal se deve ao fato de que, até o presente momento, o banco de dados apresentava a qualificação completa pela Gerência de Informações de Saúde (GIASS) somente até o ano de 2022.

Foram analisadas as variáveis dos óbitos e internações com causa básica por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em pessoas residentes no DF, tendo como causas específicas as doenças cardiovasculares (I00-I99), neoplasias (C00-C97), doenças respiratórias crônicas (J30-J98, exceto o J36) e diabetes (E10-E14). Esses constituem os grupos de doenças que compõem o conjunto das quatro principais DCNT, segundo categorias da décima edição da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID 10.

As medidas estatísticas aplicadas na análise foram frequência absoluta, percentual e taxa de mortalidade. Para o cálculo da taxa de mortalidade foram utilizados os dados populacionais da CODEPLAN.

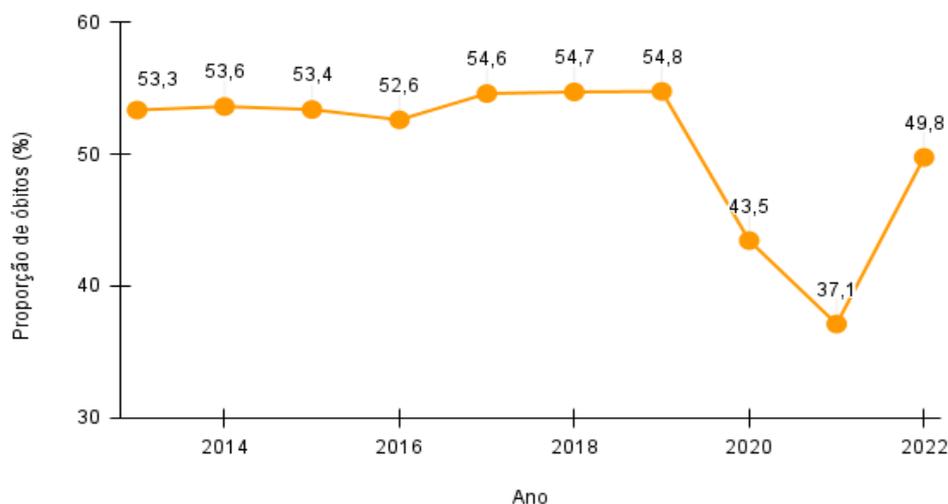
Os softwares utilizados para tabulação de dados foram: TabWin versão 3.2, TABNET e Microsoft Office Excel 2016 para confecção de tabelas e gráficos.

CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DO DISTRITO FEDERAL (DF)

1. Mortalidade por DCNT

No DF, as DCNT foram responsáveis por 50,7% (desvio padrão = 5,9%) de todos os óbitos registrados entre 2013 e 2022, como na figura 1. O maior percentual de mortes relacionadas às DCNT ocorreu em 2019 (54,8%), enquanto o menor índice foi registrado em 2021 (37,1%), durante a pandemia de COVID-19, que provavelmente impactou o perfil de mortalidade nesse período.

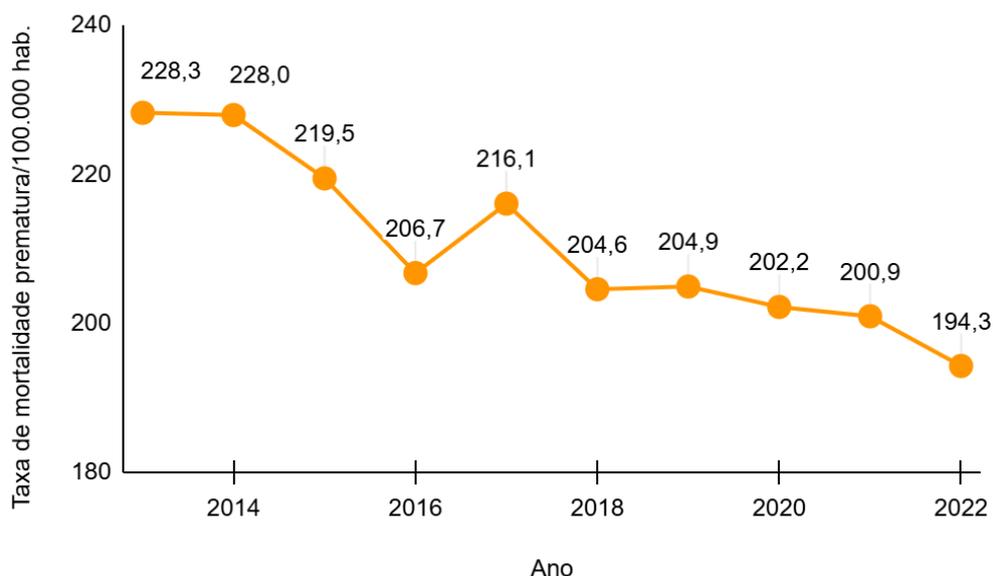
Figura 1 - Proporção de mortalidade geral (%) por DCNT. DF, 2013 a 2022.



Fonte: SIM. Data de extração dos dados: 19/09/2024

A taxa de mortalidade prematura por DCNT no DF, no mesmo período, foi de 210,5 óbitos/100.000 habitantes (desvio padrão = 11,77), em média, com tendência de queda, como mostra a figura 2. Esses achados evidenciam a persistência das DCNT como importante problema de saúde pública, demandando ações e políticas públicas eficazes para a prevenção e controle desses agravos.

Figura 2 - Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT em 100.000 habitantes. DF, 2013 a 2022.

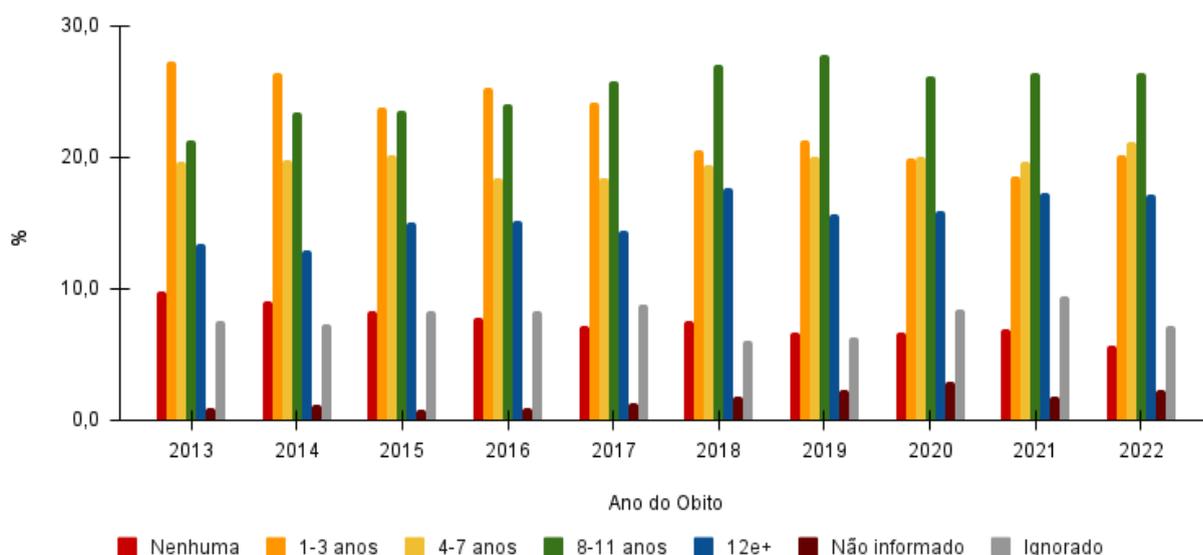


Fonte: SIM. Data de extração dos dados: 19/09/2024

O perfil predominante dos óbitos prematuros por DCNT no DF é caracterizado por indivíduos do sexo masculino (54,4%) e raça parda (47,4%). A análise da escolaridade revela uma transição ao longo dos anos: inicialmente, a maioria dos óbitos concentrava-se em

indivíduos com 8 a 11 anos de anos de estudo (25,2%), seguido por 1 a 3 anos (22,7%). Contudo, observa-se um aumento progressivo no nível de escolaridade entre os óbitos, evidenciado na figura 3, embora a maioria ainda não tenha concluído o ensino médio. Apesar dessa melhora no acesso à educação, a taxa de mortalidade por doenças crônicas permanece alta, indicando a necessidade de abordar outros fatores além da escolaridade para reduzir a mortalidade por DCNT.

Figura 3 - Proporção (%) de óbitos prematuros por DCNT segundo anos de estudo. DF, 2013 a 2022.



Fonte: SIM. Data de extração dos dados: 19/09/2024

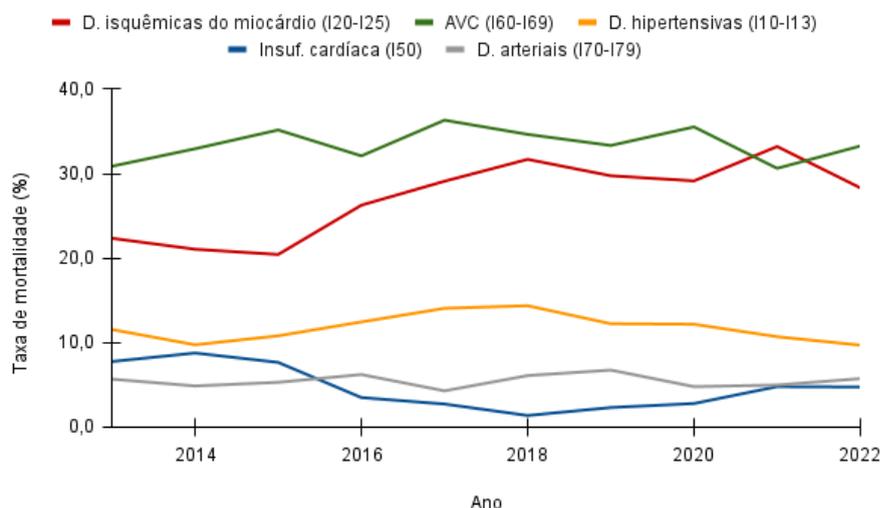
Dentre os óbitos prematuros atribuíveis às DCNT, observou-se predomínio de neoplasias (44,9%) e doenças do aparelho circulatório (42,4%), seguidas por diabetes mellitus (7,6%) e doenças do aparelho respiratório (5,2%). O perfil de doenças e mortalidade difere significativamente entre homens e mulheres. As DAC são a principal causa de morte e internação em homens de 30 a 69 anos, enquanto, nas mulheres, o câncer é a principal causa de morte e internação na mesma faixa etária.

2. MORTALIDADE POR DAC

As principais causas de óbito por DAC são infarto (CID I20-I25), AVC (CID I60-I69), hipertensão (CID I10-I15), insuficiência cardíaca (CID I50) e cardiomiopatias (CID I42), representadas nas figuras 4 e 5. É importante destacar que o ranking das quatro principais causas de óbito por DAC é o mesmo para ambos os sexos, havendo diferença apenas na

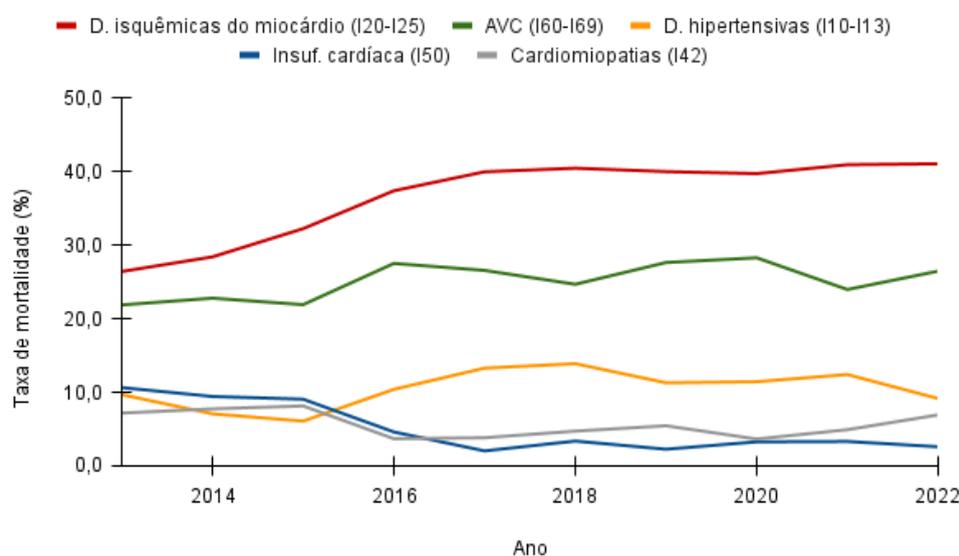
quinta posição: doenças arteriais (CID I70-I79) em mulheres e cardiomiopatias (CID I42) em homens.

Figura 4 - Taxa das principais causa de óbito prematuro por DAC no sexo feminino. DF, 2013 a 2022.



Fonte: SIM. Data de extração dos dados: 19/09/2024

Figura 5 - Taxa das principais causa de óbito prematuro por DAC no sexo masculino. DF, 2013 a 2022.

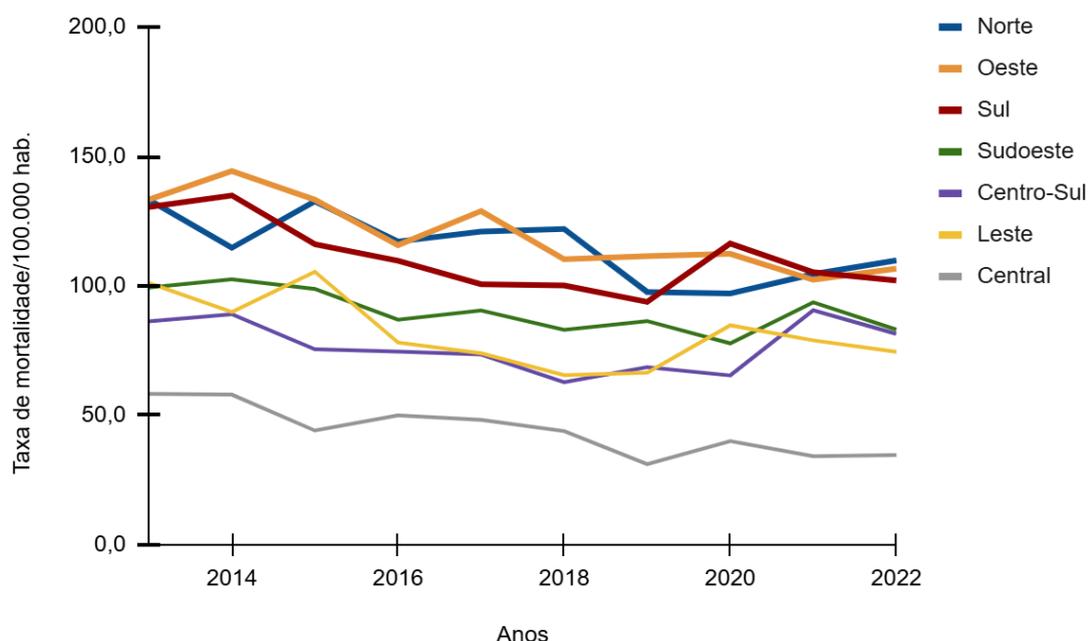


Fonte: SIM. Data de extração dos dados: 19/09/2024

Conforme mostra a figura 6, a região norte, oeste e sul apresentaram as maiores taxas de mortalidade prematura no último ano, 109,9, 106,7 e 102,1 óbitos por 100 mil habitantes, respectivamente. Observa-se queda das taxas de mortalidade prematura por DAC em todas

as regiões do DF ao considerar o ano base de 2013. A região central apresentou a maior redução, com 40,5%, seguida da leste, com 26,3%

Figura 6 - Taxa de mortalidade prematura por DAC segundo regiões de saúde em 100.000 habitantes.DF,2013 a 2022.

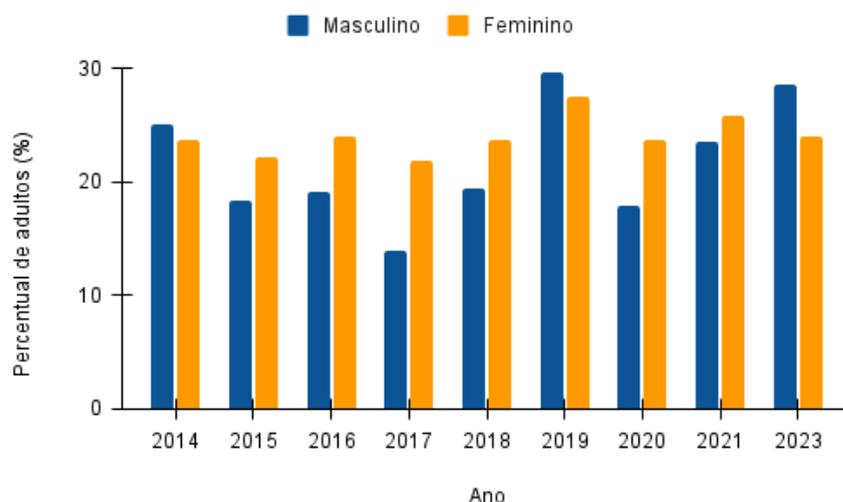


Fonte: SIM. Data de extração dos dados: 19/09/2024

3. MORBIDADE POR DAC

A prevalência de HAS autorreferida foi em média 22,9% entre adultos ≥ 18 anos residentes no DF, no período de 2014 a 2023 (IC95%). O sexo feminino apresentou em média 24% de hipertensos, enquanto o masculino 21,7% (figura 7). Dados similares foram encontrados no âmbito global e nacional. Quanto à prevalência global, a HAS apresentou aproximadamente 22% em 2014, variando de 30% no continente africano a 18% nas Américas. Conforme os dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, a prevalência de hipertensão referida pela população brasileira adulta foi de 21,4%, resultados semelhantes aos obtidos pelo inquérito vigitel que evidenciou prevalências de 22,7% em 2011, atingindo 24,3% em 2017 (LEITÃO et al., 2020).

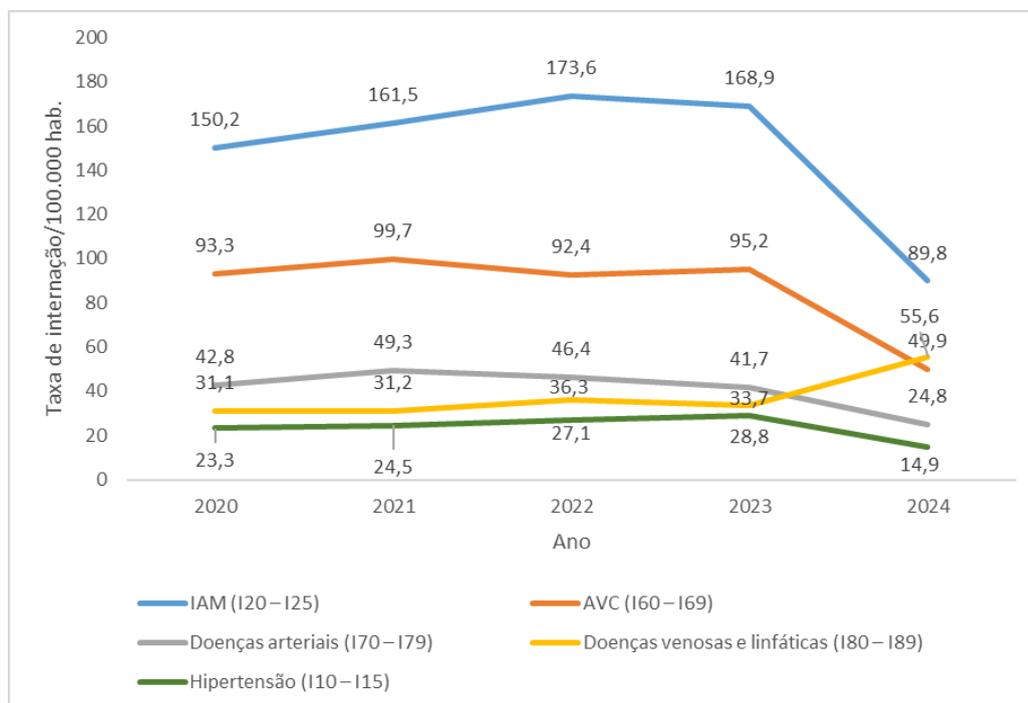
Figura 7- Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em pessoas acima de 18 anos de idade segundo sexo. DF, 2014 a 2023.



Fonte: VIGITEL, 2023.

As internações prematuras por DAC representam uma parcela significativa do total de internações gerais (10,8%; desvio padrão = 0,5%), sendo ainda maior entre as DCNT (51,8%; desvio padrão = 0,9%). Entre as principais causas de hospitalização prematura, destacam-se: infarto, AVC, doenças arteriais, doenças venosas e linfáticas, e hipertensão, como na figura 8. Essas condições, muitas vezes preveníveis, impactam negativamente a qualidade de vida dos indivíduos e geram altos custos para o sistema de saúde. Vale ressaltar que as doenças venosas e linfáticas, passaram a ser a segunda maior causa de internação em 2024, com aumento de 76,0% em relação à média dos anos anteriores, ultrapassando internações por AVC e doenças arteriais. O aumento de internações por doenças venosas e linfáticas foi devido ao mutirão de cirurgias vasculares ocorrido em 2024 pelo Programa Nacional de Redução das Filas (PNRF).

Figura 8 - Principais grupos de internação por DAC em pessoas de 30 a 69 anos, por 100.000 habitantes. DF, 2020 a 2024 (julho - projeção 12 meses).

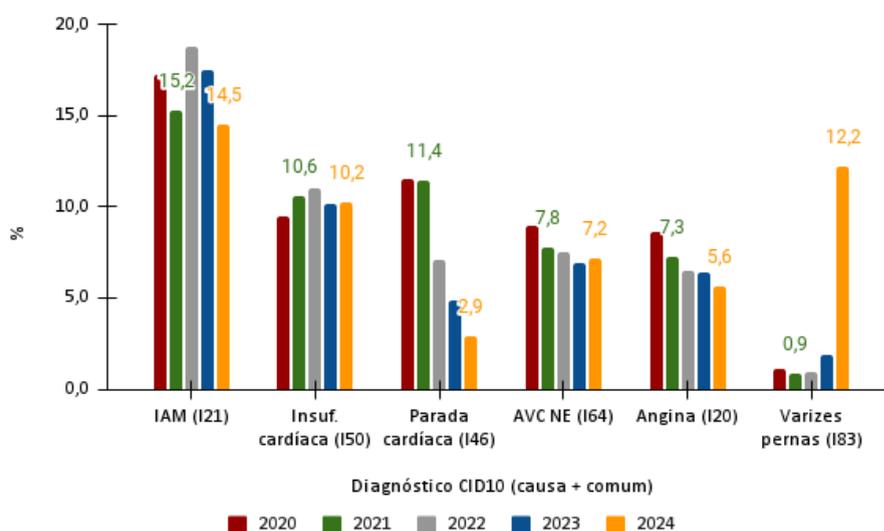


Fonte: SIH. Data de extração dos dados: 25/09/2024

Em relação aos CIDs específicos relacionados à internação prematura por DAC, observa-se que as causas principais são infarto agudo do miocárdio (I21), insuficiência cardíaca (I50), parada cardíaca (I46), acidente vascular cerebral não especificado (I64), angina (I20) e varizes em membros inferiores (I83), como na figura 9.

O código de parada cardíaca, em terceiro lugar no ranking de 2020 a 2024, não tem valor epidemiológico, pela sua inespecificidade. No entanto, observa-se que o valor elevado no período da pandemia de covid-19 pode ser reflexo da doença e do serviço no momento, mas após a epidemia, os valores passaram a refletir maior refinamento na anamnese e preenchimento das informações no prontuário eletrônico. Destaca-se ainda, o código de varizes em membros inferiores, com aumento de 545,6% em 2024 em relação à média de 2020 a 2023. Observou-se um incremento no número de cirurgias eletivas, em decorrência de uma iniciativa da SES/DF, a fim de reduzir a demanda reprimida, impactada durante o período da pandemia de COVID-19.

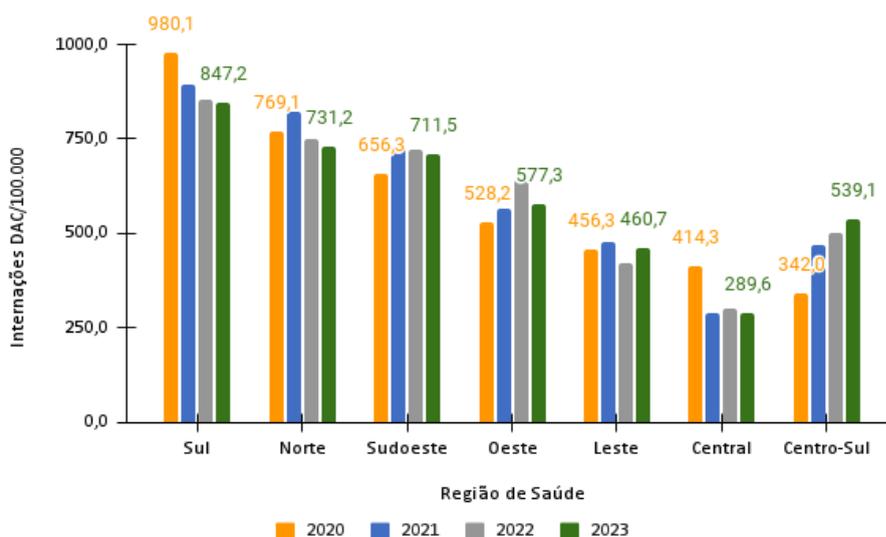
Figura 9 - Causas mais comuns de internação por DAC (%) em pessoas de 30 a 69 anos. DF, 2020 a 2024 (julho).



Fonte: SIH. Data de extração dos dados: 25/09/2024

A prevalência de internações por DAC no DF, avaliando o local de residência dos atendidos na rede pública de saúde do DF, é maior na região Sul (847,2/100.00) e menor na região Central (289,6/ 100.000) observando um aumento constante no decorrer do tempo na região Centro-Sul, conforme figura 10.

Figura 10 - Taxa de internações por DAC em 100.000 habitantes por região de saúde do DF e ano. DF, 2020 a 2023.



Fonte: InfoSaúde e CODEPLAN. Data de extração dos dados: 25/09/2024

As DAC representaram um fardo financeiro considerável para o sistema de saúde do DF em 2024. Até julho, as internações por DAC geraram gastos superiores a 43 milhões de

reais, correspondendo a 19,1% dos custos totais de internação na população geral. Esse impacto é ainda mais expressivo quando analisamos as internações prematuras, na faixa etária de 30 a 69 anos: as DAC consumiram 25% dos recursos destinados a essa população, totalizando 29 milhões de reais em custos potencialmente evitáveis. As causas de DAC que mais contribuíram para esses gastos, foram as doenças isquêmicas do coração (I20-I25), com 38,5% (desvio padrão = 1,4%) das internações, evidenciando a necessidade de ações preventivas direcionadas a essa faixa etária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As DCNT, especialmente as DAC, permanecem como um dos maiores desafios de saúde pública no Distrito Federal. Apesar da tendência de redução na mortalidade prematura por DCNT observada ao longo dos anos, as taxas ainda são altas, representando um impacto significativo na qualidade de vida, na produtividade econômica e nos custos do sistema de saúde.

A análise apresentada neste boletim destaca a necessidade de estratégias efetivas para a prevenção, detecção precoce e controle das DCNT. A hipertensão arterial, fator de risco predominante, e as principais causas de óbito, como infarto e acidente vascular cerebral, exigem intervenções que promovam hábitos saudáveis.

Adicionalmente, as desigualdades regionais apontam para a importância de ações específicas e direcionadas para as populações mais vulneráveis, com atenção especial às regiões Norte, Oeste e Sul, que apresentam as maiores taxas de mortalidade e internação prematura. A ampliação do acesso à assistência e a integração das políticas públicas de saúde com outras áreas, como educação e assistência social, são essenciais para abordar os determinantes sociais das DCNT.

Por fim, o impacto financeiro gerado pelas internações e óbitos por DAC reforça a urgência de investir em políticas de saúde pública que priorizem a prevenção, otimizem o manejo clínico dessas condições e promovam a equidade no acesso a serviços de saúde. Os dados apresentados neste boletim são um valioso subsídio para o planejamento e a execução de ações intersetoriais que busquem reduzir o impacto das DCNT, melhorar a qualidade de vida da população e garantir a sustentabilidade do sistema de saúde no DF.

RECOMENDAÇÕES

Com base nos dados epidemiológicos de Doenças do Aparelho Circulatório (DAC), as seguintes recomendações são propostas:

Aos profissionais da assistência integral à saúde:

- Garantir acesso rápido e eficaz ao diagnóstico e tratamento das DAC, especialmente para eventos agudos como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Cerebral (AVC);
- Fortalecer a atenção primária à saúde como porta de entrada para o sistema, com foco na:
 - Identificação precoce dos fatores de risco;
 - Acompanhamento dos pacientes com DAC;
 - Encaminhamento para serviços especializados quando necessário.
- Intensificar estratégias de controle dos fatores de risco modificáveis para DAC, com foco em:
 - Tabagismo;
 - Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS);
 - Dislipidemia;
 - Obesidade;
 - Sedentarismo;
 - Diabetes Mellitus;
 - Poluição do ar (ambiental e intradomiciliar).
- Implementar estratégias de promoção da saúde e prevenção primária, incluindo:
 - Campanhas de educação em saúde, com foco na população mais vulnerável (menor renda e escolaridade);
 - Incentivo à alimentação saudável e prática regular de atividade física;
 - Programas de apoio para cessação do tabagismo;
 - Controle do consumo de álcool.

À vigilância epidemiológica:

- Manter o monitoramento contínuo da morbimortalidade por DAC, com atenção especial à mortalidade prematura;
- Aprimorar os sistemas de informação em saúde, garantindo a qualidade dos dados e a atualização constante;
- Avaliar periodicamente o impacto das ações e programas implementados, com base em indicadores específicos;

- Realizar pesquisas e estudos epidemiológicos para aprofundar o conhecimento sobre as DAC no DF;
- Descentralizar as ações de vigilância de DCNT para as regiões de saúde;

Aos gestores:

- Fortalecer a capacitação dos profissionais de saúde para o manejo das DAC, com foco na prevenção, diagnóstico e tratamento;
- Promover a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde, garantindo a continuidade do cuidado;
- Incentivar a participação da comunidade nas ações de prevenção e controle das DA

REFERÊNCIAS

GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators. Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. **Lancet**. V. 403, 2024. DOI: 10.1016/S0140-6736(24)00757-8

GBD 2021 Forecasting Collaborators. Burden of disease scenarios for 204 countries and territories, 2022-2050: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. **Lancet**. 2024 May 18;403(10440):2204-2256. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00685-8. PMID: 38762325; PMCID: PMC11121021.

LEITÃO, V. B. G. et al. Prevalência de uso e fontes de obtenção de medicamentos anti-hipertensivos no Brasil: análise do inquérito telefônico VIGITEL. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 23, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200028>. Acesso em: 7 nov. 2024.

ROMEDER, J.M. & MCWHINNIE, J.R. Le développement des années potentielles de vie perdues comme indicateur de mortalité prématurée. **Rev. Epidém. Santé publ.**, v. 26, n. 1, p. 97-115, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The top 10 causes of death*. WHO [s.l.], 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. Acesso em: 14 nov. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Technical Advisory Group on Cardiovascular Disease Prevention Through Dietary Salt/Sodium Reduction Final Report—Phase 3. **Pan American Health Organization**, 2024. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/59313/9789275128442_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 14 nov. 2024.

Secretaria de Estado de Saúde - SES

Lucilene Maria Florêncio de Queiroz - Secretária



Subsecretaria de Vigilância à Saúde - SVS

Fabiano dos Anjos Pereira Martins - Subsecretário

Diretoria de Vigilância Epidemiológica - DIVEP

Juliane Maria Alves Siqueira Malta - Diretora

Gerência de Vigilância das Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção à Saúde - GVDANTPS

Laís de Moraes Soares - Gerente

Elaboração: Equipe técnica de Doenças Crônicas não Transmissíveis - DCNT

Andrielle Haddad de Oliveira Melo

Françoise Vieira Barbosa

Gabriela Alarcon Alves Lauria - Residente de Vigilância em Saúde (FEPECS)

Marcela Machado Botelho Magalhães

Revisão:

Mélquia da Cunha Lima

SEPS712/912, Bloco D
CEP: 70.390-125 - Brasília/DF
Email: dcnt.vedf@gmail.com

