

Análise da Mortalidade Precoce decorrente de Doenças Crônicas Não Transmissíveis em municípios de pequeno porte na Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte-MG

Katia Ferreira Costa Campos¹, Cláudia Renata Paula Orlando², Ana Paula de Lima Bezerra³, Paulo Henrique Viegas Martins⁴, Amanda Menezes Oliveira³, Paulo Henrique Rodrigues Mendes⁵, Mery Natali Silva Abreu¹, Mirela Castro Santos Camargos¹, Adriane Vieira¹, Vanessa de Almeida Guerra¹, Lizziane d'Ávila Pereira⁶

1- Docente no Departamento de Gestão em Saúde, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte-MG

2- Egressa da graduação Gestão de Serviços de Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte-MG; Especialista em Gestão Pública e Organizações de Saúde, Universidade Federal de Juiz de Fora. MG.

3- Discente da graduação em Gestão de Serviços de Saúde, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte-MG

4- Grupo Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte-MG

5- Egresso da graduação Gestão de Serviços de Saúde, pós graduando em Gestão e Auditoria em Saúde pela Santa Casa de misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte-MG

6-Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Belo Horizonte-MG

Resumo: Os indicadores de mortalidade constituem-se em importante direcionador para determinação das prioridades de investigação na área da saúde. No Brasil, sabe-se que há grandes complexidades e várias desigualdades no perfil da mortalidade da população. No entanto, deve-se levar em conta a prevalência das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) das quais as complicações geradas e que podem ser evitáveis, estão entre as principais causas de mortalidade prematura da população da faixa etária entre 30 a 69 anos. Desse modo, o objetivo deste trabalho foi estimar as taxas de mortalidade prematura precoce por DCNT, tendo como cenário os municípios de pequeno porte da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte. Nesse caso, foram analisadas a mortalidade prematura precoce, geral e específica, no período de 2014 a 2018, considerando os óbitos por doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. Para tal, foram utilizados dados do Sistema de Informação em Saúde. Trata-se de um estudo descritivo, que é parte integrante do projeto de pesquisa “*A gestão do Sistema Único de Saúde: um estudo sobre o planejamento em municípios de pequeno porte da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte*”. Os resultados encontrados, permitiram observar a existência de mortes prematuras nas populações dos locais em estudo, evidenciando a necessidade de intervenções. Espera-se, por meio desse estudo proporcionar uma reflexão em torno da importância do Planejamento em Saúde para o enfrentamento dos desafios decorrentes da prevalência das DCNT e seus agravos à qualidade de vida e saúde.

Palavras-chave: Planejamento; Doenças Crônicas Não Transmissíveis; Indicadores de Saúde; Gestão em Saúde.

INTRODUÇÃO:

Os indicadores de mortalidade alertam as autoridades para os problemas de maior magnitude e constituem importante guia para determinação das prioridades de investigação na área da saúde. Esses indicadores podem também ser utilizadas para avaliação de diversas ações, como por exemplo, a eficácia de medicação, distribuição de alimentos, programas de controle do câncer, incentivo a hidratação oral, entre outras (PEREIRA, 1995).

No Brasil, sabe-se que há grandes complexidades e várias desigualdades no perfil da mortalidade da população. Por exemplo, uma das grandes mudanças no perfil de mortalidade está relacionada com as causas de óbito, as quais demonstram que nas últimas décadas, o perfil da mortalidade mudou significativamente no país, observando, assim, um crescimento acelerado das mortes por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (SALTARELLI *et al.*, 2019). Por isso, é fundamental analisar a composição da mortalidade a partir dos grupos etários e das causas de morte.

As DCNT são constituídas por um conjunto de doenças de causas múltiplas, que duram longos períodos, são multifatoriais e não são infecciosas. Além de serem as principais causas de mortes no mundo, elas podem conduzir a elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral. Cabe ressaltar que apesar do rápido crescimento das DCNT, seu impacto pode ser revertido por meio de intervenções amplas e efetivas de promoção da saúde, que busquem a redução de seus fatores de risco, além de melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno (BRASIL, 2011; MALTA *et al.*, 2014). No Brasil, as DCNT constituem o problema de saúde de maior magnitude, sendo responsáveis por 72% das mortes, com destaque para os quatro grupos de causas de morte, a citar, cardiovasculares, cânceres, respiratórias crônicas e diabetes. As DCNT são responsáveis por grande custo econômico, repartido entre o sistema de saúde, a sociedade e as famílias. Essas doenças atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os de baixa escolaridade e renda, o que pode conduzir a uma elevação da pobreza dos que são acometidos pelas incapacidades, limitações e redução da força produtiva (MALTA *et al.*, 2019).

Os custos da saúde não param de crescer, mas as fontes de financiamento são finitas. Deste modo, ao pensarmos em ações de promoção e prevenção para uma sociedade que envelhece rapidamente, como é o caso do Brasil, o que está embutido nesta reflexão não é apenas o desejo de se oferecer mais anos de vida saudável à população, mas também um movimento que visa consolidar a importância de ações eficientes que permitam ao setor Saúde, particularmente o Sistema Único de Saúde (SUS), ter condições de ofertar atendimento a todos (VERAS, 2011).

O Ministério da Saúde coordenou o processo de elaboração do ‘Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022’, o qual está alinhado às diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e aborda os quatro principais fatores de risco modificáveis: tabagismo; alimentação inadequada; inatividade física; e consumo abusivo de bebidas alcoólicas. Tais fatores são responsáveis por grande parte da carga de DCNT, advinda de quatro grupos de agravos: cardiovasculares; cânceres; diabetes; e doenças respiratórias crônicas. Relevante mencionar que o Plano se fundamenta em três principais

diretrizes ou eixos: I. Vigilância, informação, avaliação e monitoramento; II. Promoção da saúde; e III. Cuidado integral (MALTA; SILVA JR, 2014)

Segundo Melo *et al.* (2019) as DCNT compartilham diversos fatores de risco, como, hereditariedade, raça, sexo, tabagismo, consumo excessivo de álcool, dislipidemias, consumo insuficiente de frutas, legumes e verduras e sedentarismo. A inatividade física e o excesso de peso são responsáveis, respectivamente, por 3,2 e 2,8 milhões de mortes/ano. Ao tabagismo e ao consumo abusivo de álcool são atribuídas 2,3 e 6 milhões de mortes ao ano.

Veras (2011) expõe que muitas condições crônicas estão ligadas a uma sociedade em envelhecimento, às escolhas de estilo de vida, além da predisposição genética. Contudo o que as DCNT têm em comum é o fato de precisarem de uma resposta complexa e de longo prazo, coordenada por profissionais de saúde de formações diversas, com acesso aos medicamentos e equipamentos necessários. A maioria dos cuidados de saúde hoje, no entanto, ainda está estruturada em torno de episódios agudos.

O monitoramento das DCNT e de seus fatores de risco é prioridade no Brasil. Essas ações acompanham os esforços globais que estão sendo desenvolvidos, visto que a vigilância epidemiológica dessas doenças pode propiciar o melhor entendimento sobre sua distribuição, magnitude e tendência. Entretanto, cabe ressaltar que essa ação ainda é incipiente em algumas populações (MELO *et al.*, 2019)

Dessa forma, as avaliações do risco de mortalidade prematura tornam-se uma importante ferramenta no acompanhamento de DCNT. Seus indicadores contribuem para o planejamento e monitoramento de ações de prevenção e tratamento dessas doenças, bem como para a avaliação do impacto de políticas de promoção da saúde e controle dos fatores de risco. O estudo da variação de taxas de mortalidade prematura permite inferir sobre a efetividade de políticas de saúde pública, indicar grupos populacionais de risco e redirecionar as ações de controle e monitoramento (CONFORTIN *et al.*, 2019).

No Brasil, observou-se o declínio das taxas de mortalidade na faixa etária de 5 a 69 anos em todos os grupos de causas evitáveis relacionadas às intervenções pelo SUS. Ocorreu declínio importante das doenças não transmissíveis, que se constituíram na principal causa de mortes evitáveis, antecipando o alcance das metas globais no enfrentamento das DCNT. Contudo, as tendências adversas da maioria dos fatores de risco trazem um enorme desafio e demandam ações e políticas adicionais e oportunas, especialmente as de natureza legislativa e regulatória e aquelas que fornecem atenção custo-efetiva às condições crônicas para indivíduos afetados por DCNT (MALTA *et al.*, 2018).

No que se refere à perspectiva da coordenação do cuidado, Pena *et al.* (2020) propõe que sejam interligados recursos comunitários, assistenciais e gerenciais, para que seja possível intervir em situações complexas, como é o caso das condições crônicas em saúde. Entretanto, diante da conjuntura econômica, há redução progressiva do papel do Estado em intervir na atenção à saúde, o qual o reflexo desse cenário na oferta de serviços é o prejuízo das condições de saúde da população, especialmente no que tange ao adoecimento crônico.

Nesse contexto, o planejamento local é importante por ser o espaço de racionalização de procedimentos e rotinas, ou seja, torna-se instrumento da prática da gestão, adequando-se à especificidade de cada situação. Em relação aos municípios de pequeno porte, estudos de Ohira, Cordoni e Nunes (2014) colocam ser comum a todos esses municípios, as ações para hipertensos e diabéticos, doenças crônicas degenerativas não transmissíveis, já que acometem-se um número grande de adultos devido à transição epidemiológica com tendência crescente.

Dessa forma, os pequenos municípios podem apresentar, dentre suas várias dificuldades, a de avaliar as condições de saúde de sua população. Assim, Ferraz *et al.* (2014) ressalta que as estatísticas de mortalidade são importantes indicadores para avaliar as condições de saúde e diversos problemas de vida de uma população. Neste contexto, Marinho *et al.* (2019) afirma que, ao analisar a mortalidade, é importante observar o grau de cobertura e a qualidade das informações sobre causas de morte para que haja redução do risco de construção de estimativas de mortalidade com problemas de sub-registro e/ou registro incorreto da causa do óbito.

Considerando este contexto das DCNT e o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “*A gestão do Sistema Único de Saúde: um estudo sobre o planejamento em municípios de pequeno porte da superintendência regional de saúde de Belo Horizonte*”, este artigo propõe a realização de análise dos dados secundários dos 16 municípios de pequeno porte I (até 20 mil habitantes), da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte em estudo, cenários da referida pesquisa. Buscou-se evidências que possam subsidiar futuramente no apoio gerencial aos municípios em relação à mortalidade precoce, tendo como base o planejamento em saúde no enfrentamento das DCNT.

Desse modo, o objetivo deste trabalho foi estimar as taxas de mortalidade prematura precoce por DCNT, tendo como cenário os municípios de pequeno da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte. Nesse caso, foram analisadas a mortalidade prematura precoce, geral e específica, no período de 2014 a 2018, considerando os óbitos por doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo desenvolvido a partir de um recorte dos resultados preliminares referentes ao projeto de pesquisa “*A gestão do Sistema Único de Saúde: um estudo sobre o planejamento em municípios de pequeno porte da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte*”. Neste trabalho, adotou-se como critérios de trajetória metodológica, a pesquisa do tipo descritiva e exploratória no qual Raupp & Beuren (2006) relatam tratarem de estudos que buscam descrever as características do fenômeno estudado e conhecer com maior profundidade sobre o tema, proporcionando uma visão geral sobre o assunto.

Para identificação das informações da mortalidade precoce, os dados foram extraídos por meio da base de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), perfazendo a direção: acesso à informação, informações de saúde (TABNET), estatísticas vitais, mortalidade geral, para o estado de Minas Gerais. Foram selecionados dados do período de 2014 a 2018, para os seguintes municípios: Belo Vale, Bonfim, Confins, Crucilândia, Florestal, Jaboticatubas, Mário Campos, Moeda, Nova União, Piedade dos Gerais, Raposos, Rio Acima, Rio Manso, Santana do Riacho, São José da Lapa e Taquaraçu de Minas, que compõem os municípios em estudo. Ressalta-se que esses municípios fazem parte da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte e são classificados como de pequeno porte I, ou seja, possuem uma população de até 20 mil habitantes.

Foram consideradas as variáveis faixa etária 30 a 69 anos, óbitos por DCNT (incluindo por doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, registrados nos códigos CID-10: I00 - I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14), óbitos por local de residência e a população do município. No caso da população, foi utilizada a projeção da Rede Integrada de Informações para a Saúde, disponível pelo Instituto Brasileiro de Geografia

e Estatística (IBGE), da população para 2015, sendo esta população padrão considerada para cálculo. Assim, foi possível isolar os possíveis efeitos da composição etária enquanto interferência aos resultados do indicador. Nesse sentido, Carvalho, Sawyer e Rodrigues (1998), apontam que utilizar o método da padronização no cálculo de indicadores tanto em casos de comparação de regiões quanto em comparativos da mesma população em anos diferentes, é uma maneira de eliminar o efeito que a composição etária pode causar nos resultados a serem analisados. Para além disso, cabe mencionar que a projeção mais atualizada e encontrada no período de coletas de dados o qual iniciou-se em maio de 2019, foi referente a 2015, contendo variáveis de município, sexo e idade.

Neste estudo, considerou-se como Mortalidade Prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis aqueles óbitos ocorridos em indivíduos entre 30 e 69 anos, que foram decorrentes das doenças do aparelho circulatório (Códigos I00-I99), neoplasias malignas (Códigos C00-C97), doenças do sistema respiratório (Códigos J30-J98) e diabetes mellitus (Códigos E10-E14). Dessa forma, para a construção do indicador utilizou-se como numerador os óbitos da faixa etária de 30 a 69 anos, ocorridos em ambos os sexos, que tiveram como causa as DCNT. Para o denominador do indicador, utilizou-se a população de 2015 pertencente a cada município. Por fim, este resultado foi multiplicado por 100.000

Mendonça *et al* (2016) colocam que, nos municípios de pequeno porte, os serviços de saúde são predominantemente a atenção básica e em geral situados em áreas geográficas mais isoladas, com situações de maior vulnerabilidade social e econômica. Sendo assim, insta salientar que em um contexto em que a descentralização e municipalização da gestão é fortalecida pela aprovação da Portaria nº 3.992/2017 que oportuna a análise de desempenho dos serviços de saúde nos municípios principalmente daqueles com contingente populacional inferior a 50 mil habitantes (pequeno porte), que representam cerca de 88% dos municípios brasileiros. É nesses municípios que se integra parte significativa do planejamento e execução das ações de saúde do país e, quanto menor o município, menor o orçamento e, conseqüentemente, maior a necessidade de aplicar criteriosamente recursos escassos (MAZON; FREITAS; COLUSSI, 2019).

Os dados foram organizados em tabelas e gráfico, permitindo uma visualização e análise do objeto estudado. Em primeira análise, optou-se por refletir acerca dos dados gerais sobre a Mortalidade Prematura, que podem ser visualizados no gráfico 1 e na tabela 1. Em segunda análise, para uma visão mais ampliada sobre o fenômeno mortalidade prematura, as informações foram trabalhadas de maneira específica, permitindo uma visualização sobre a taxa de óbitos, conforme causas, o que pode ser observado na tabela 2. Dessa forma, espera-se que esse estudo, ao responder à questão abordada, evidencie a potencialidade do planejamento para propiciar avanços na saúde e qualidade de vida.

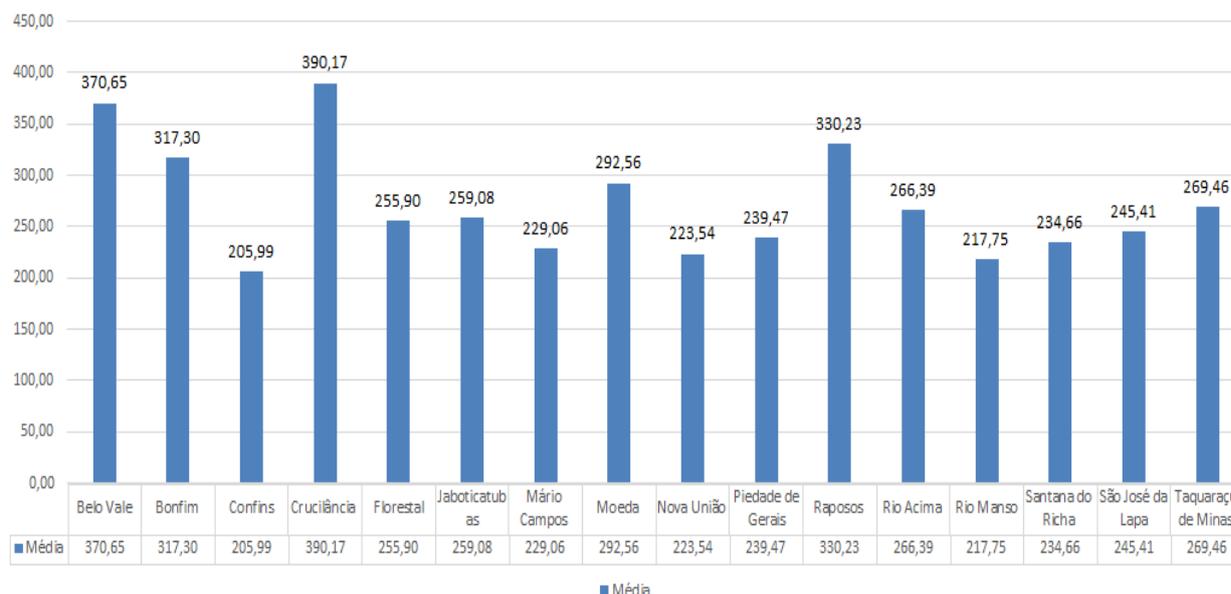
O estudo seguiu as recomendações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, por se tratar de uma pesquisa sobre dados secundários oficiais de domínio público, sem identificação dos sujeitos. A análise dos resultados encontra-se a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

A apresentação dos resultados e discussão será em torno da análise das informações e indicadores calculados, utilizando-se Sistema de Informação em Saúde. Para evidenciar os

resultados do indicador Mortalidade Prematura, foi construído o gráfico 1 com a média dos resultados para os 16 municípios em estudo, durante a série histórica analisada.

Gráfico 1 - Média da Mortalidade Prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis, municípios de pequeno porte I da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte, 2014-2018



Fonte: Elaboração própria, conforme dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, disponível no DATASUS.

Nota: Para o cálculo deste indicador considerou-se as mortes pelas principais Doenças crônicas não transmissíveis: doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas (registrados nos códigos CID-10: I00 - I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14), na faixa etária de 30 a 69 anos, utilizando a projeção da população para 2015, como população padrão para cálculo.

Ao visualizar o gráfico 1, é nítido que há a existência de mortes prematuras entre os municípios estudados. Percebe-se que nos municípios Crucilândia, Belo Vale, Raposos e Moeda são os locais onde a média da taxa de mortalidade prematura mostrou-se mais elevada no período avaliado. Entretanto, a prevalência de óbitos ainda que em pesos distribuídos de maneira diferente nas cidades em estudo, dada a observância das taxas calculadas, mostra a necessidade de instrumentos de planejamento voltados à melhoria da qualidade de vida, tendo em vista que as mortes prematuras podem ser evitadas

Nessa perspectiva, Silva, Cotta e Rosa (2013) apontam que, apesar da persistência e gravidade das DCNT, grande parte dessas doenças poderiam ser evitadas. As doenças mais frequentes (do aparelho circulatório, câncer e diabetes) compartilham dos mesmos fatores de riscos, sendo que a OMS dispõe de abordagens que propiciam prevenção e controle integrado baseadas na redução da hipertensão arterial, tabagismo, uso de álcool, inatividade física, dieta inadequada, obesidade e hipercolesterolemia, havendo potencialidade de diminuição de agravos, evitando a ocorrência de óbitos. Por isso, para compreender melhor as estatísticas de mortalidade e o perfil dos óbitos prematuro nas populações em estudo, é necessário um maior

detalhamento das informações. Permitindo uma melhor observação sobre o indicador, foi construída a tabela 1, demonstrando a taxa de Mortalidade por DCNT, para ambos os sexos, na faixa etária 30 a 69 anos, para a série histórica 2014 a 2018, contendo os resultados anuais, conforme município.

Tabela 1 - Mortalidade Prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis, municípios de pequeno porte I da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte, 2014 a 2018.

Município	2014	2015	2016	2017	2018
Belo Vale	370,64	345,94	345,94	345,94	444,77
Bonfim	409,42	230,30	358,24	358,24	230,30
Confins	280,90	187,27	249,69	249,69	62,42
Crucilândia	273,12	312,13	507,22	390,17	468,20
Florestal	255,90	199,03	255,90	284,33	284,33
Jaboticatubas	200,11	231,70	294,69	294,89	273,83
Mário Campos	252,86	312,36	118,99	267,74	193,37
Moeda	162,54	243,80	243,80	365,70	446,97
Nova União	69,86	349,28	209,57	104,79	384,21
Piedade dos Gerais	193,12	270,37	77,25	309,00	347,62
Raposos	397,27	384,85	360,02	310,37	198,63
Rio Acima	245,90	245,90	266,39	266,39	307,88
Rio Manso	263,94	65,98	263,94	296,93	197,95
Santana do Riacho	270,76	315,88	180,51	225,63	180,51
São José da Lapa	168,68	206,07	281,00	290,37	281,00
Taquaraçu de Minas	149,70	249,50	349,30	299,40	299,40

Fonte: Elaboração própria, conforme dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, disponível no DATASUS.

Nota: Para o cálculo deste indicador considerou-se as mortes pelas principais Doenças crônicas não transmissíveis: doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas (registrados nos códigos CID-10: I00 - I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14), na faixa etária de 30 a 69 anos, utilizando a projeção da população para 2015, como população padrão para cálculo.

A tabela 1 ao abordar as taxas de Mortalidade Prematura, dentre o período analisado, mostra que ocorreram variações no indicador, decorrentes das alterações no número de óbitos, conforme ano analisado tendo em vista que a população utilizada para cálculo foi padronizada. Dessa forma, ainda com as variações entre a taxa, percebe-se uma prevalência de mortes prematuras, decorrentes de agravos ocasionados pelas doenças crônicas, mostrando a necessidade de intervenções. Para tanto, na visão de Filho (2019), as DCNT são apontadas como uma das principais causas de mortes prematuras e por isso conhecer o perfil da população de uma determinada região com relação aos fatores de risco e prevenção para as DCNT é de extrema importância, dada a alta prevalência dessas patologias, a morbimortalidade, e o impacto negativo causado na qualidade de vida.

Assim, percebe-se que para avaliar possíveis medidas para melhor planejar e intervir sobre essa situação, é preciso uma análise para além das taxas gerais e médias da mortalidade,

mas englobando as taxas, conforme as causas principais. Desse modo, sendo possível uma melhor observância do fenômeno da morbimortalidade por DCNT. Diante disso, proporcionando uma percepção mais ampliada do fenômeno estudado, foi construída a tabela 2, evidenciando as taxas de mortalidade específica, de acordo com cada categoria de DCNT considerada no indicador Mortalidade Prematura, sendo estas, doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, representadas nos respectivos códigos das categorias CID-10, conforme abaixo.

Tabela 2- Mortalidade Prematura Média, segundo Doenças Crônicas Não Transmissíveis, municípios de pequeno porte I da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte, 2014 a 2018.

Município	Doenças do aparelho circulatório	Câncer	Doenças respiratórias crônicas	Diabetes
Bonfim	716,48	486,18	102,35	230,30
Confins	468,16	436,95	62,42	62,42
Crucilândia	858,37	546,23	351,15	195,08
Florestal	255,9	739,27	142,17	142,17
Jaboticatubas	631,91	410,24	147,45	105,32
Mário Campos	475,98	505,73	59,5	104,12
Moeda	365,7	893,95	40,63	162,54
Nova União	419,14	454,07	174,64	69,86
Piedade dos Gerais	573,37	502,12	38,62	38,62
Raposos	856,61	509,00	186,22	99,32
Rio Acima	676,23	491,80	81,97	81,97
Rio Manso	263,94	527,88	98,98	164,96
Santana do Riacho	586,64	491,80	45,13	45,13
São José da Lapa	1235,48	354,94	345,94	321,23
Taquaraçu de Minas	449,10	748,50	149,70	0,00

Fonte: Elaboração própria, conforme dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, disponível no DATASUS.

Nota: Para o cálculo deste indicador considerou-se as mortes pelas principais Doenças crônicas não transmissíveis: doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas (registrados nos códigos CID-10: I00 - I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14), na faixa etária de 30 a 69 anos, utilizando a projeção da população para 2015, como população padrão para cálculo.

Prosseguindo a análise, a tabela 2 mostra que as mortes prematuras estão distribuídas com pesos diferentes entre as causas doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, variando conforme cada município. No entanto, de maneira geral vê-se que as causas doenças do aparelho circulatório e câncer são as que possuem uma taxa específica mais alta, mostrando que são os principais motivos que levam os indivíduos a óbito no recorte analisado, população de 30 a 69 anos dos municípios de pequeno porte I da região metropolitana de Belo Horizonte. As demais causas diabetes e doenças respiratórias crônicas, com um peso menor, não deixam de ser causas expressivas de mortes prematuras.

Desse modo, a análise sobre a mortalidade prematura nos municípios com a população até 20 mil habitantes da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte, deixa evidente que as DCNT fazem parte da realidade dos locais de estudo, sendo responsáveis pelo óbito de adultos entre 30 e 69 anos, os quais não deveriam vir a falecer por decorrência de condições que podem ser controladas ou evitáveis com o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e dos programas de Promoção à saúde. Nesse sentido, Silva et al (2015), afirma que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis são responsáveis por uma grande carga da morbimortalidade do Brasil e por elevados gastos e preocupações no cenário da saúde pública. Havendo a demanda de investimentos nesse cenário. Pontua-se que, nesse âmbito, a Atenção Primária, como porta de entrada preferencial ao SUS constitui-se estratégia chave para melhor planejar estratégias.

Assim, de forma geral, esses achados permitem constatar que existe uma tendência de mortes prematuras pelas quatro principais doenças crônicas nos municípios estudados, sendo necessárias ações que efetivamente reduzam as mortes prematuras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discussões sobre a Mortalidade Prematura têm se tornado mais relevantes nas últimas décadas. Uma das razões para esse crescimento estar relacionado com o envelhecimento da população, que pode conduzir a maior prevalência das DCNT nas populações com maior proporção de pessoas nos grupos etários das idades mais avançadas.

Percebe-se que o monitoramento da mortalidade precoce é uma ferramenta importante para o planejamento da assistência ao paciente com DCNT e acompanhamento do seu estado de saúde, o qual os dados de mortalidade permite aos gestores planejar ações e pensar em práticas de cuidado alinhadas à realidade da população, potencializando as medidas de prevenção de risco e mortalidade em todos os níveis de atenção à saúde.

Tendo em vista essas mudanças nos padrões demográficos e epidemiológicos da população, assim como também os desafios para a área da saúde que eles podem gerar, é relevante que novos estudos que investiguem as tendências e variações das DCNT. Espera-se que esse estudo, ao investigar aspectos relacionados com as DCNT do ponto de vista do planejamento, apresente contribuições que possam ajudar na implementação de políticas de saúde que melhorem a qualidade de vida da população e possam conduzir a uma diminuição da sua mortalidade decorrente dessas doenças.

Limitações do Estudo

Este estudo apresenta limitações quanto à qualidade dos dados registrados pelo SIM, porém, devido a dados públicos, a análise não será anulada.

REFERÊNCIAS

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. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_diretrizes_objetivos_2013_2015.pdf>. Acesso em 26 Ago. 2020.

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. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em 26 Ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 3.992, de 28 de dezembro de 2017**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF; 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html. Acesso em 16 Ago. 2020.

CARVALHO, Jose Alberto Magno de; SAWYER, Diana Oya ; RODRIGUES, Roberto do Nascimento. **Introdução a Alguns Conceitos Básicos em Demografia**. Belo Horizonte, 1998. Disponível em: <<http://www.ernestoamaral.com/docs/indsoc-122/biblio/Carvalho1998.pdf>> Acesso em 26 Ago. 2020.

CONFORTIN, Susana Cararo et al . Mortalidade prematura pelas principais doenças crônicas não transmissíveis nos estados do Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 72, n. 6, p. 1588-1594, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000601588&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Jun. 2020.

FERRAZ, Lucimare et al. Principal Causa de Mortalidade na População Adulta: Municípios Produtores de Tabaco versus Urbanizados. **Rev. Bras. Cancerol [Online]**, v.60, n. 3, p. 231-237, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-778729?lang=es> Acesso em 23 Jun. 2020.

MALTA, Deborah Carvalho et al . Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, v. 23, n. 4, p. 599-608, Dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000400599&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Jun. 2020.

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA JR., Jarbas Barbosa da. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 389-395, Set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000300389&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 Ago. 2020. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000300002>.

MALTA, Deborah Carvalho et al . Mortes evitáveis no Sistema Único de Saúde na população brasileira, entre 5 e 69 anos, 2000 - 2013. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 21, e180008, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2018000100407&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 Ago. 2020.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia [online]**. 2019, v. 22, e190030. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/1980-549720190030>>. Acesso em 6 Ago. 2020.

MARINHO, Maria Fatima et al . Dados para a saúde: impacto na melhoria da qualidade da informação sobre causas de óbito no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, Rio de Janeiro , v. 22, supl. 3, e19005, 2019. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2019000400403&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Jun. 2020.

MAZON, Luciana Maria; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de; COLUSSI, Claudia Flemming. Financiamento e gestão: A eficiência técnica dos municípios catarinenses de pequeno porte nos gastos públicos com saúde. **Cien Saude Colet [periódico na internet]** (2019/Jul). Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/financiamento-e-gestao-a-eficiencia-tecnica-dos-municipios-catarinenses-de-pequeno-porte-nos-gastos-publicos-com-saude/17278?id=17278> Acesso em 16 Ago. 2020.

MELO, Silvia Pereira da Silva de Carvalho et al. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 24, n. 8, p. 3159-3168, 2019. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30742017>>. Acesso em 6 Ago. 2020.

MENDONÇA, Fernanda de Freitas et al . Participação dos municípios de pequeno porte no Projeto Mais Médicos para o Brasil na macrorregião norte do Paraná. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2907-2915, 2016 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902907&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Ago. 2020.

OHIRA, Regina Hitomi Fukuda; CORDONI, Luiz; NUNES, Elisabete Fátima Polo Almeida. Análise das práticas gerenciais na Atenção Primária à Saúde nos municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2014, v. 19, n. 11, p. 4439-4448. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.18582013>>. Acesso em 14 Ago. 2020.

PENA, Kamila da Silva et al . A transição do cuidado às condições crônicas face ao planejamento municipal regionalizado. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 41, n. spe, e20190168, 2020. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472020000200406&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 Ago. 2020.

PEREIRA, Mauricio Gomes. **Epidemiologia Teoria e Prática**. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1995, 1ª Edição. ISBN: 9788527703567. P. 106 – 107. Disponível em:

<https://www2.unifap.br/ppcs/files/2012/10/Material_02_ESP_PPGCS.pdf>. Acesso em 26 Ago. 2020.

FILHO, José Silva Pimentel. **Preditores de risco e doenças crônicas não transmissíveis em amostra populacional da cidade de Lagarto-SE**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Sergipe, Lagarto, 2019. Disponível em: <<https://ri.ufs.br/handle/riufs/12776>>. Acesso em 26 Ago. 2020.

RAUPP, Fabiano Maury; BEUREN, Ilse Maria. **Metodologia da Pesquisa Aplicável às Ciências**. São Paulo: Atlas, 2006. Disponível em: http://www.geocities.ws/cienciascontabeisfecea/estagio/Cap_3_Como_Elaborar.pdf. Acesso em: 12 Ago. 2020.

SALTARELLI, Rafaela Magalhães Fernandes et al . Mortes evitáveis por ações do Sistema Único de Saúde na população da Região Sudeste do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 887-898, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000300887&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Jun. 2020.

SILVA, Luciana Saraiva da; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; ROSA, Carla de Oliveira Barbosa. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 34, n.5, p. 343-350, 2013. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2013.v34n5/343-350/>>. Acesso em 26 Ago. 2020.

SILVA, João Victor Farias et al. A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS**, v. 2, n. 3, p. 91-100, 2015. Disponível em : <<https://periodicos.set.edu.br/fitsbiossaude/article/view/2079/0>> Acesso em 26 ago. 2020.

VERAS, Renato . Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 779-786, 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 Ago. 2020.