

Boletim Epidemiológico

Internações e Óbitos Prematuros por Doenças Crônicas não Transmissíveis

Editorial

Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) têm origem nos Estados Unidos durante a década de 1990. São conceituadas por John Billings et al. (1993) como “Ambulatory Care Sensitive Conditions” (MACIEL; CALDEIRA; DINIZ, 2014).

Este conceito técnico abrange um conjunto de agravos de saúde cuja hospitalização pode ser efetivamente evitada mediante um tratamento apropriado, abrangendo tanto a prevenção primária da condição quanto o manejo adequado de doenças crônicas.

Tal sensibilidade indica que uma parcela dessas internações pode ser prevenida (MURARO; GIGANTE; NEDEL, 2013; MORIMOTO; COSTA, 2017).

No contexto brasileiro, o Ministério da Saúde instituiu o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em 2011.

A vigência era de 2011 a 2022. O objetivo principal do Plano era fomentar e implementar políticas públicas de saúde que fossem eficazes, integradas, sustentáveis e fundamentadas em evidências científicas, visando à prevenção e ao controle das DCNT e seus fatores de risco associados.

Também visava fortalecer os serviços de saúde direcionados a essas condições.

As DCNT representam uma causa significativa de morbimortalidade, com alta prevalência no território nacional. Isso acarreta um custo econômico substancial para o sistema de saúde e gera repercussões sociais negativas.

O Plano concentrou-se em quatro grupos principais de DCNT e seus fatores de risco: doenças cardiovasculares, cânceres (neoplasias malignas), diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas.

A maioria das condições, com exceção dos cânceres, é classificada como sensível às intervenções da Atenção Primária à Saúde (APS).

Em virtude dessa sensibilidade, essas condições são frequentemente utilizadas como indicadores para avaliar a efetividade dos serviços de saúde, mediante a análise das ICSAP, e demonstram uma relação direta com a cobertura da APS (Brasil, 2020; Braz et al., 2023).

Óbitos por DCNT

Os óbitos prematuros referem-se às mortes ocorridas antes da idade esperada, geralmente na faixa etária dos 30 aos 69 anos, sendo um indicador de saúde relevante em nível global e nacional.

As mortes prematuras por DCNT afetam predominantemente os países em desenvolvimento, nos quais cerca de um terço dos óbitos ocorrem em pessoas com menos de 60 anos de idade, enquanto nos países desenvolvidos a mortalidade prematura corresponde a menos de 13% dos casos (WHO, 2011).

A taxa de mortalidade prematura (TMP) por DCNT é um indicador utilizado pela Organização das Nações

Unidas (ONU) para acompanhar uma das metas propostas nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (Muzy et al., 2021).

No Brasil, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são responsáveis por mais da metade das mortes anuais.

Embora a Taxa de Mortalidade Prematura (TMP) por essas doenças esteja em declínio, ela ainda representa um grande desafio de saúde pública. Em 2019, o país registrou 738 mil óbitos por DCNT, o que correspondeu a 54,7% do total de mortes.

Desses, 41,8% (aproximadamente 308 mil) foram classificados como prematuros, ocorrendo em indivíduos com idade entre 30 e 69 anos. Isso representa uma TMP de 275,5 óbitos por 100 mil habitantes.

Apesar da redução em relação ao ano 2000, quando o percentual de óbitos prematuros por DCNT era de 47,4%, o número atual continua sendo elevado (SIH-SUS, 2019).

Internações e Óbitos por DCNT no Município de Porto Alegre

O presente Boletim Epidemiológico analisa as internações hospitalares e os óbitos prematuros ocorridos no Município de Porto Alegre, decorrentes dos quatro grupos de DCNT contemplados no plano de enfrentamento das DCNT no Brasil:

- as doenças cardiovasculares serão aqui referidas como doenças circulatórias, e englobam as doenças codificadas sob os CID-10 I00 a I99;
- os cânceres serão referidos como neoplasias, e dizem respeito às neoplasias malignas codificadas sob os CID-10 C00 a C97;
- o diabetes mellitus engloba os tipos de diabetes codificados sob os CID-10 E10 a E14;
- e as doenças respiratórias crônicas serão referidas apenas como doenças respiratórias, abarcando as doenças codificadas sob os CID-10 J30 a J98.

A análise abrangeu os anos de 2018 a 2024 no que diz respeito às internações hospitalares, e os anos de 2015 a 2024 no que diz respeito aos óbitos prematuros.

Foram utilizadas as informações contidas nos documentos de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) registrados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), bem como as informações constantes no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SUS).

Os dados referentes à população foram extraídos do banco de dados do Instituto Brasileiro de Geografia

e Estatística (IBGE), tendo como base os Censos de 2010 e 2022.

O cálculo dos indicadores de mortalidade foi realizado conforme a metodologia descrita em Nota Técnica CONASS (2019).

Nesse sentido, destaca-se, ainda, a atenção à proporcionalidade populacional, em Porto Alegre, quanto aos quesitos raça/cor, faixa etária e georreferenciamento para o cálculo das taxas apresentadas a seguir.

Cenário epidemiológico

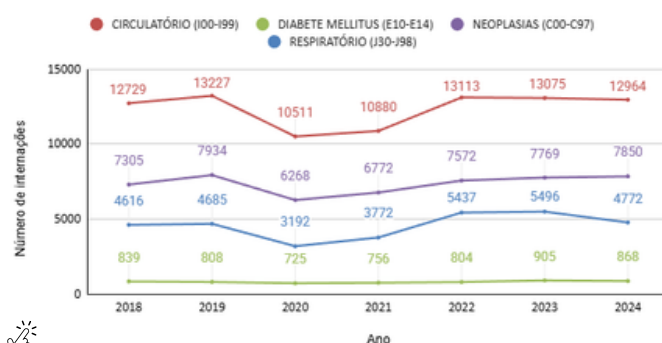
Internações e óbitos prematuros pelas DCNT

Entre as quatro DCNT avaliadas, as doenças circulatórias foram a principal causa de internação durante todo o período analisado, seguidas pelas neoplasias, pelas doenças respiratórias e pelo diabetes mellitus (figura 1).

Todas apresentaram um discreto aumento, em torno de 10%, na taxa de internações durante o período (figura 2).

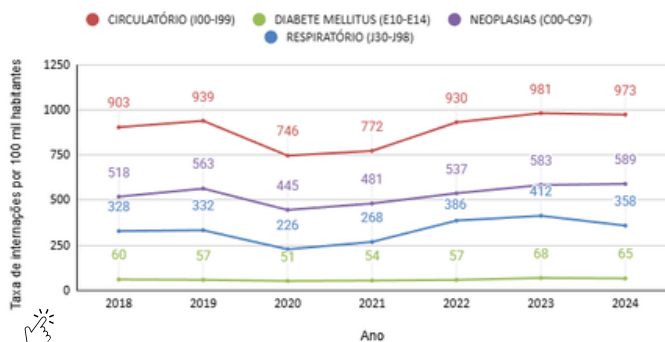
Observa-se ainda que todas as DCNT apresentaram uma queda no número e na taxa de internações nos anos de 2020 e 2021, coincidindo com a pandemia de COVID-19, em que o número de internações decorrentes da infecção pelo vírus se tornou proeminente.

Figura 1 - Número de internações por doenças circulatórias (CID-10 I00-I99), diabetes mellitus (CID-10 E10-E14), doenças respiratórias (CID-10 J30-J98) e neoplasias (CID-10 C00-C97), Porto Alegre, 2018-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Figura 2 - Taxa de internações por doenças circulatórias (CID-10 I00-I99), diabetes mellitus (CID-10 E10-E14), doenças respiratórias (CID-10 J30-J98) e neoplasias (CID-10 C00-C97), Porto Alegre, 2018-2024.



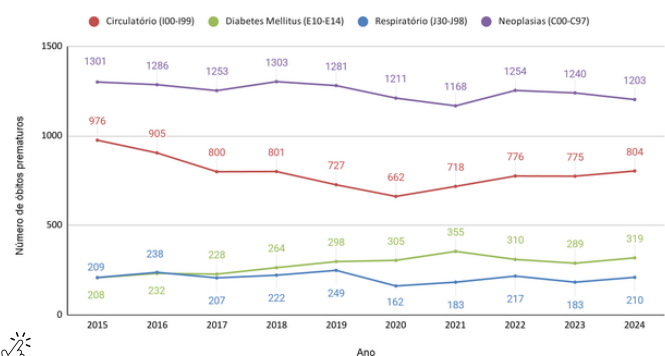
Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Já em relação aos óbitos prematuros, as neoplasias lideraram como principal causa de morte prematura durante todo o período analisado, seguidas pelas doenças circulatórias, pelo diabetes mellitus e pelas doenças respiratórias (figura 3).

As mortes por doenças circulatórias foram as que apresentaram a maior queda na taxa de mortalidade prematura (redução de 19,7%), enquanto as mortes por neoplasia apresentaram uma queda de apenas 9,8% na mesma taxa e as mortes por doenças respiratórias permaneceram relativamente estáveis no período (figura 4).

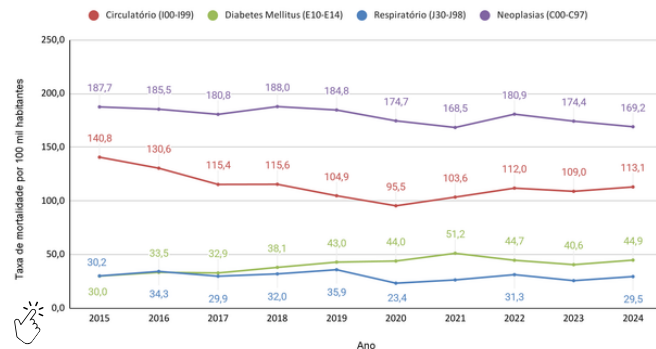
A única DCNT que despontou como causa crescente de óbitos prematuros foi o diabetes mellitus, com um aumento de 49,7% na taxa de mortalidade prematura ao longo de 10 anos (30 mortes por 100 mil habitantes em 2015 e 44,9 mortes por 100 mil habitantes em 2024).

Figura 3 - Número de óbitos prematuros por doenças circulatórias (CID-10 I00-I99), diabetes mellitus (CID-10 E10-E14), doenças respiratórias (CID-10 J30-J98) e neoplasias (CID-10 C00-C97), Porto Alegre, 2015-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Figura 4 - Taxa de mortalidade prematura por doenças circulatórias (CID-10 I00-I99), diabetes mellitus (CID-10 E10-E14), doenças respiratórias (CID-10 J30-J98) e neoplasias (CID-10 C00-C97), Porto Alegre, 2015-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Internações e óbitos prematuros por doenças circulatórias segundo CAUSA

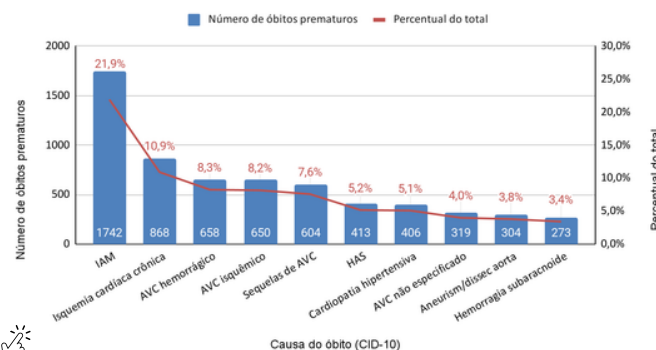
As principais causas de internação por doenças circulatórias diferiram das principais causas de óbitos prematuros ocasionados pelas mesmas doenças; quando analisadas as 10 principais causas de óbito prematuro por doenças circulatórias:

- o infarto agudo do miocárdio (IAM) liderou com 21,9% das mortes, seguido da isquemia cardíaca crônica (10,9%),
- do acidente vascular cerebral (AVC) hemorrágico (8,3%), do AVC isquêmico (8,2%),
- das sequelas de AVC (7,6%), da hipertensão arterial sistêmica (5,2%),
- da cardiopatia hipertensiva (5,1%) e do AVC não especificado (4,0%) (figura 5).

Já em relação às internações, o IAM apareceu em terceiro lugar (12,4%), atrás do AVC não especificado (13,4%) e da insuficiência cardíaca - esta última líder, com 17,7% do total de internações por doenças circulatórias (figura xx).

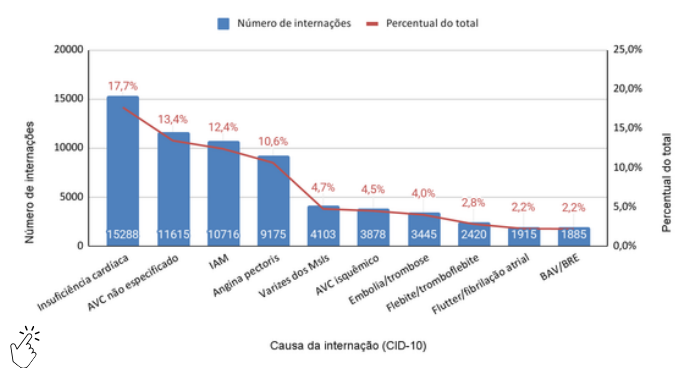
Outras causas frequentes de internação que se seguiram ao IAM podem ser vistas na figura 6.

Figura 5 - Distribuição e percentual de óbitos prematuros por doenças circulatórias (CID-10 I00-I99), segundo 10 principais causas de óbito (CID-10), Porto Alegre, 2015-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Figura 6 - Distribuição e percentual de internações por doenças circulatórias (CID-10 I00-I99), segundo 10 principais causas de internação (CID-10), Porto Alegre, 2018-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Internações e óbitos prematuros por doenças circulatórias segundo SEXO

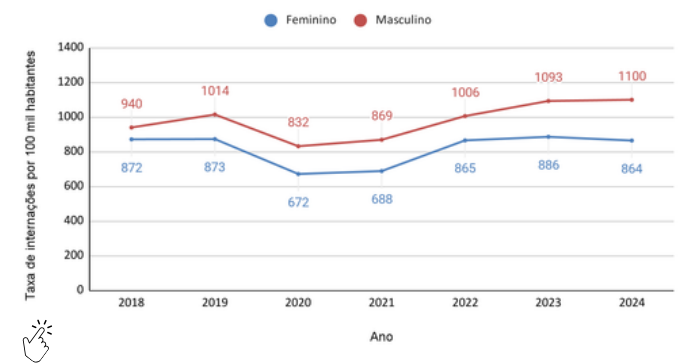
Em relação ao sexo, a taxa de internações por doenças circulatórias prevaleceu no sexo masculino durante o período analisado, com aumento de 17% ao longo do período, o que não se observou no sexo feminino, onde manteve-se estável (figura 7).

A exceção foram os anos de 2020 e 2021, com queda na taxa de internações em ambos os sexos, em função da pandemia de COVID-19.

Os óbitos prematuros por doenças circulatórias também prevaleceram no sexo masculino durante todo o período, com uma taxa de mortalidade prematura frequentemente equivalente ao dobro da taxa de mortalidade prematura encontrada no sexo feminino (figura 8).

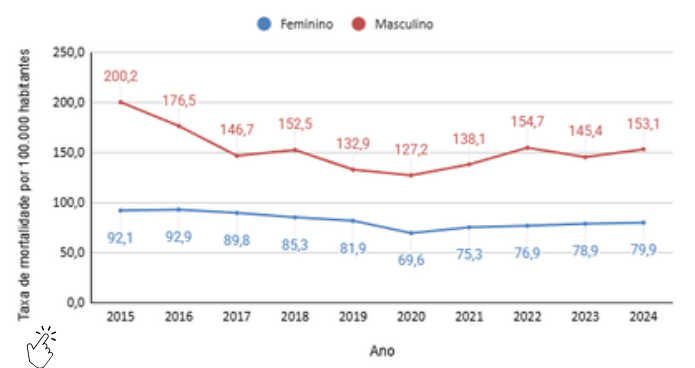
Essa taxa apresentou queda em ambos os sexos ao final dos 10 anos, sendo mais expressiva no sexo masculino: de 200,2 mortes por 100 mil habitantes em 2015 passou para 153,1 mortes por 100 mil habitantes em 2024 (uma queda de 23,5%), enquanto no sexo feminino a queda foi de 13,2% (92,1 mortes por 100 mil habitantes em 2015 para 79,9 mortes por 100 mil habitantes em 2024).

Figura 7 - Taxa de internações por doenças circulatórias (CID-10 I00-I99), por sexo, Porto Alegre, 2018-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Figura 8 - Taxa de mortalidade prematura por doenças circulatórias (CID-10 I00-I99), por sexo, Porto Alegre, 2015-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

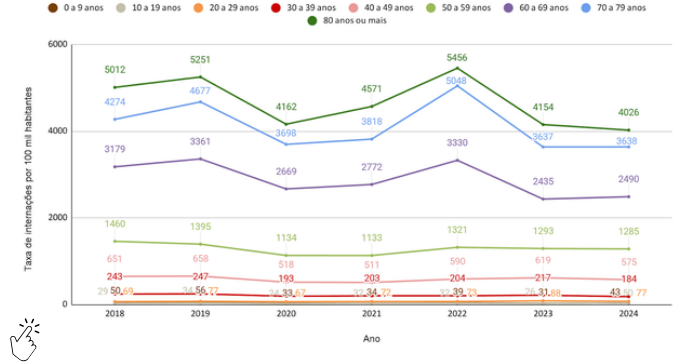
Internações e óbitos prematuros por doenças circulatórias segundo FAIXA ETÁRIA

Em relação à faixa etária, durante todo o período (2018-2024), a taxa de internações por doenças circulatórias prevaleceu na faixa etária de 80 anos ou mais, seguida das faixas etárias de 70-79 anos, 60-69 anos e 50-59 anos (figura 9).

Comportamento semelhante teve a taxa de mortalidade prematura, em que prevaleceu a faixa etária dos 60-69 anos, seguida dos 50-59 anos, 40-49 anos e 30-39 anos.

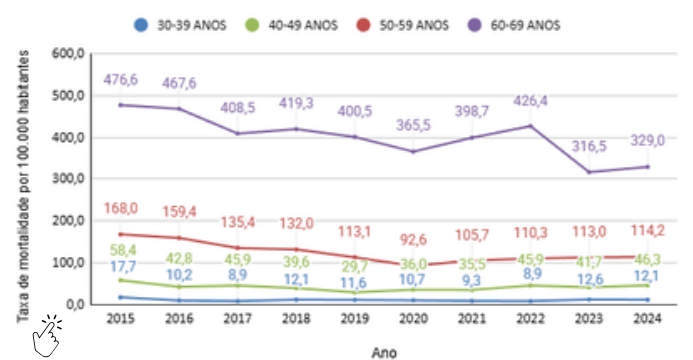
As taxas de mortalidade prematura por doenças circulatórias sofreram queda de quase 1/3 nas faixas etárias de 60-69 anos, 50-59 anos e 30-39 anos ao longo dos 10 anos analisados (31%, 32% e 32%, respectivamente), e queda de 1/5 na população de 40-49 anos (21%) (figura 10).

Figura 9 - Taxa de internações por doenças circulatórias (CID-10 I00-I99), por faixa etária, Porto Alegre, 2018-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Figura 10 - Taxa de mortalidade prematura por doenças circulatórias (CID-10 I00-I99), por faixa etária, Porto Alegre, 2015-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Internações e óbitos prematuros por doenças circulatórias segundo RAÇA/COR

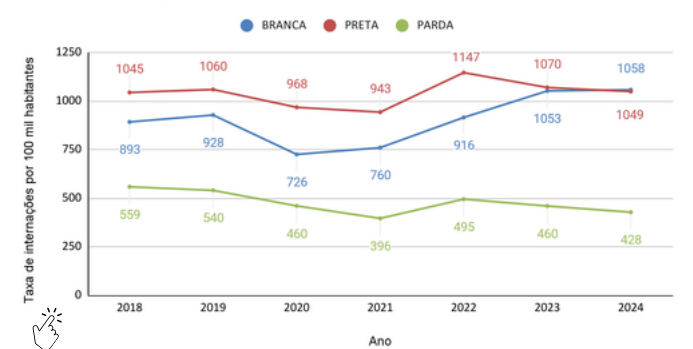
Quando analisadas as internações por doenças circulatórias segundo raça/cor, a taxa de internações prevaleceu na raça/cor preta em praticamente todo o período, com queda a partir de 2022 (desconsiderados os anos de 2020 e 2021, onde a queda pode ter sido devida à pandemia de COVID-19), sendo superada discretamente pela raça/cor branca em 2024 (figura 11). A raça/cor parda manteve-se em terceiro lugar em todo o período.

Quanto aos óbitos prematuros, a raça/cor preta teve as maiores taxas de mortalidade prematura durante todo o período, enquanto as raças/cor branca e parda se alternaram, com discreta prevalência da raça/cor parda (figura 12).

Todas apresentaram queda na taxa de mortalidade prematura ao final do período de 10 anos, sendo a queda de 21,9% na raça/cor branca, 18,4% na raça/cor preta e 15,5% na raça/cor parda.

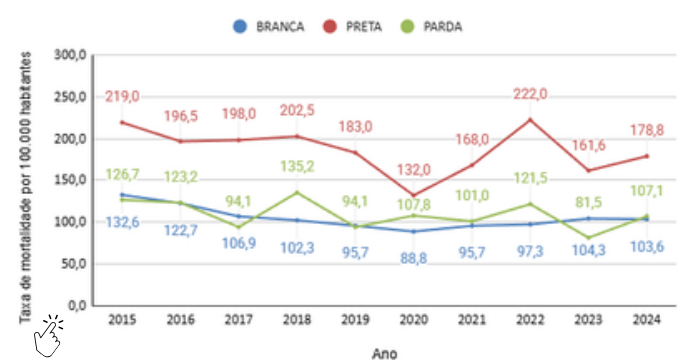
As raças/cor amarela e indígena, por apresentarem pequeno número de casos (menos de 50 casos/ano), não constam nas figuras apresentadas, mas seus números podem ser observados nas tabelas 1 e 2.

Figura 11 - Taxa de internações por doenças circulatórias (CID-10 I00-I99), por raça/cor, Porto Alegre, 2018-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Figura 12 - Taxa de mortalidade prematura por doenças circulatórias (CID-10 I00-I99), por raça/cor, Porto Alegre, 2015-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Tabela 1 - Número de internações por doenças circulatórias (CID-10 I00-I99), por raça/cor, Porto Alegre, 2018-2024.

RAÇA/COR	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
BRANCA	9971	10365	8103	8490	10227	10329	10386
PRETA	1503	1525	1393	1357	1650	1800	1765
PARDA	790	764	651	560	700	820	763
AMARELA	17	28	16	24	44	39	38
INDÍGENA	0	0	0	0	0	5	1
IGNORADO	448	545	348	449	492	82	11

Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Tabela 2 - Número de óbitos prematuros por doenças circulatórias (CID-10 I00-I99), por raça/cor, Porto Alegre, 2015-2024.

RAÇA/COR	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
BRANCA	748	692	603	577	540	501	540	549	558	554
PRETA	146	131	132	135	122	88	112	148	141	156
PARDA	74	72	55	79	55	63	59	71	70	92
AMARELA	0	0	1	2	1	2	3	2	4	0
INDÍGENA	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2
IGNORADO	7	9	7	7	8	7	3	5	0	0

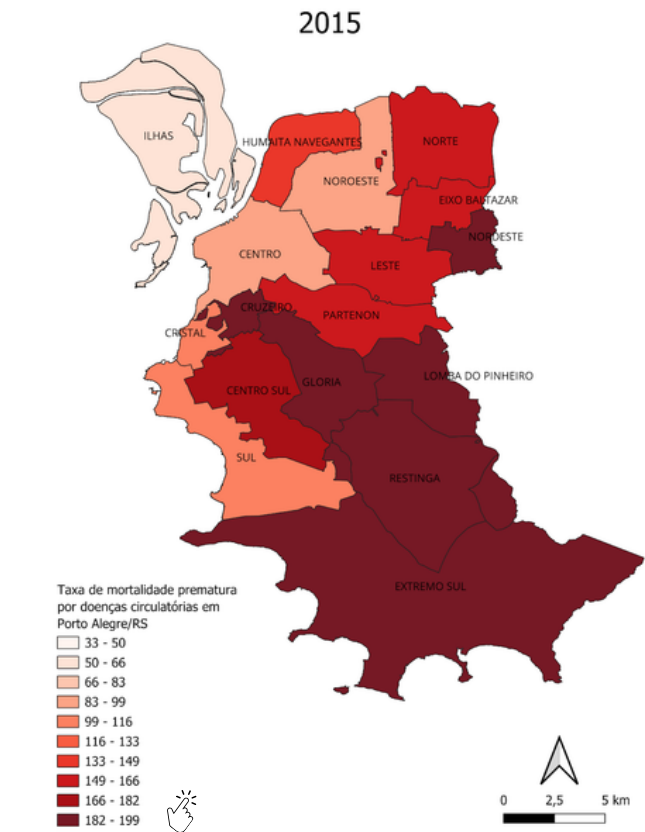
Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Internações e óbitos prematuros por doenças circulatórias segundo DISTRITOS SANITÁRIOS

Em relação aos Distritos Sanitários (DS), observou-se que em 2015 prevaleciam os óbitos prematuros no DS Glória (taxa de mortalidade prematura de 198 mortes por 100 mil habitantes), ao lado da Restinga (197), Cruzeiro (194), Extremo Sul (193), Lomba do Pinheiro (193), e Nordeste (190) (figura 13).

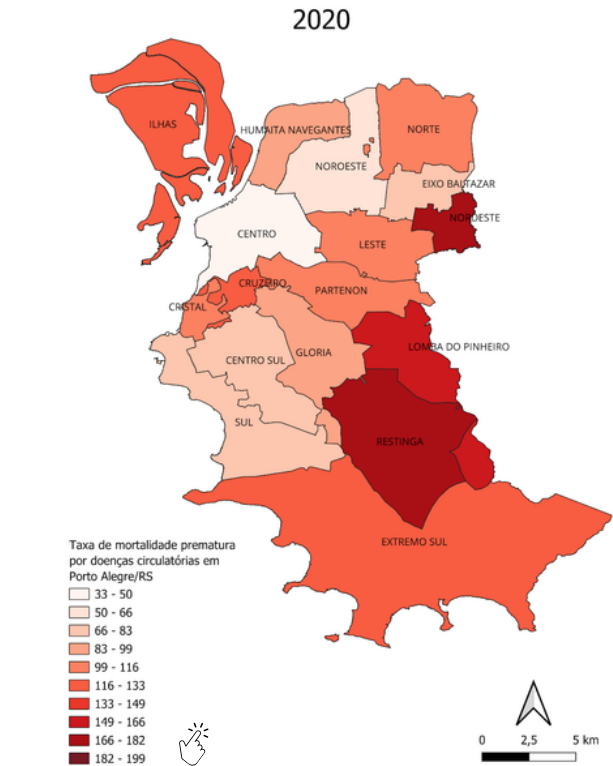
Em 2020, permanecem na liderança os DS Restinga e Nordeste, respectivamente com 181 e 177 mortes por 100 mil habitantes (figura 14). Por fim, em 2024, aparece novamente em primeiro lugar o DS Cruzeiro, com 199 mortes por 100 mil habitantes (figura 15).

Figura 13 - Taxa de mortalidade prematura por doenças circulatórias (CID-10 I00-I99), por Distrito Sanitário, Porto Alegre, ano de 2015.



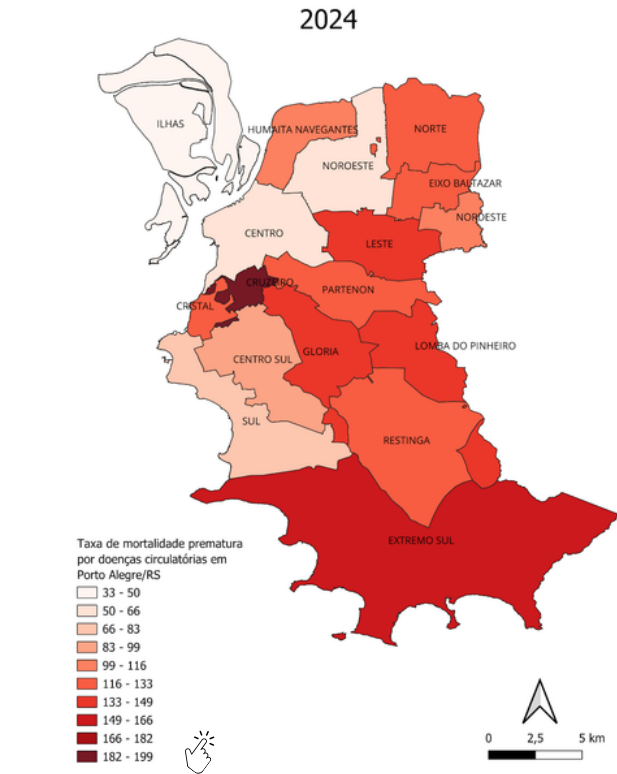
Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Figura 14 - Taxa de mortalidade prematura por doenças circulatórias (CID-10 I00-I99), por Distrito Sanitário, Porto Alegre, ano de 2020.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Figura 15 - Taxa de mortalidade prematura por doenças circulatórias (CID-10 I00-I99), por Distrito Sanitário, Porto Alegre, ano de 2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Internações e óbitos prematuros por diabetes mellitus segundo CAUSA

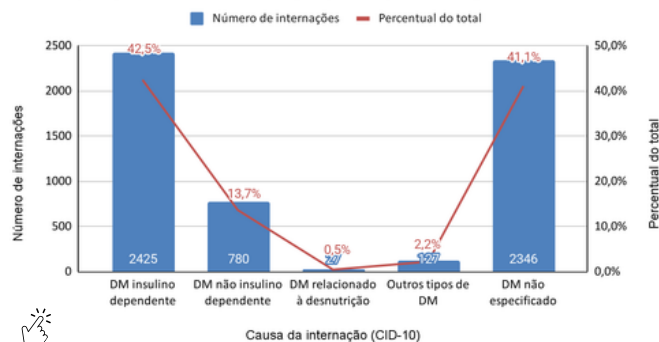
Ao analisar-se as internações por DM no período de 2018 a 2024, o DM insulino-dependente (CID-10 E10) foi a principal causa das internações, juntamente com o DM não especificado (CID-10 E14), correspondendo cada um a 42,5% e 41,1% de todas as internações.

O DM não-insulino-dependente (CID-10 E11) foi responsável por 13,7%, outros tipos de DM (CID-10 E13) por 2,2% e o DM relacionado à desnutrição (CID-10 E12) por 0,5% das internações no período (figura 16).

Já em relação aos óbitos prematuros, o maior número de óbitos registrados entre 2015 e 2024 foi devido ao DM não especificado, com 43,4% de todos os óbitos; foi seguido do DM não-insulino-dependente, com 32,6% dos óbitos, e do DM insulino-dependente, com 23,9%.

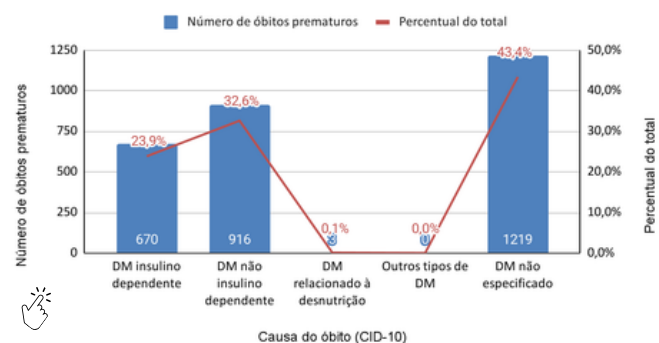
Foram registrados apenas 3 óbitos (0,1%) devido ao DM relacionado à desnutrição, e nenhum óbito devido a outros tipos de DM (figura 17).

Figura 16 - Distribuição e percentual de internações por diabetes mellitus (CID-10 E10-E14), segundo causa da internação (CID-10), Porto Alegre, 2018-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Figura 17 - Distribuição e percentual de óbitos prematuros por diabetes mellitus (CID-10 E10-E14), segundo 10 principais causas de óbito (CID-10), Porto Alegre, 2015-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Internações e óbitos prematuros por diabetes mellitus segundo SEXO

Ao analisar-se as internações por DM segundo o sexo, observa-se que o sexo masculino prevaleceu durante todo o período de 2018 a 2024, com as maiores taxas de internação (figura 18).

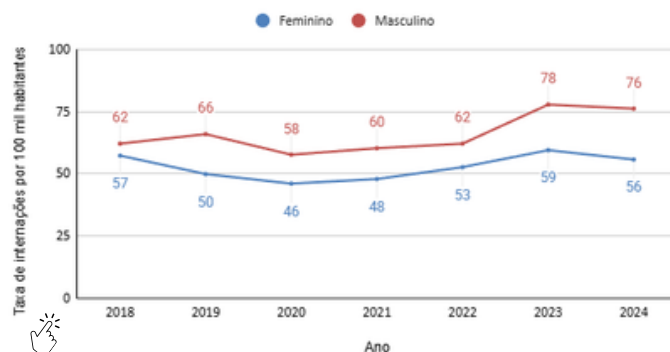
Houve também aumento de 23% na taxa de internações por DM no sexo masculino ao final do período, o que não ocorreu no sexo feminino, onde a taxa chegou a apresentar queda discreta, de 2%.

Em relação aos óbitos prematuros por DM, observa-se que as taxas de mortalidade prematura aumentaram em ambos os sexos ao longo dos 10 anos, sendo esse aumento mais expressivo no sexo masculino:

- de 35,2 mortes por 100 mil habitantes em 2015 passou para 60,9 mortes por 100 mil habitantes em 2024 (um aumento de 73%),
- enquanto o sexo feminino apresentou um aumento de 23% (25,7 mortes por 100 mil habitantes em 2015 para 31,6 mortes por 100 mil habitantes em 2024).

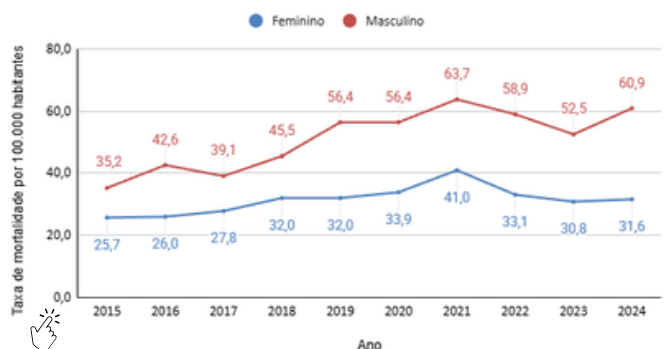
Assim como nas internações, durante todo o período, o sexo masculino prevaleceu com as maiores taxas de mortalidade prematura por DM (figura 19).

Figura 18 - Taxa de internações por diabetes mellitus (CID-10 E10-E14), por sexo, Porto Alegre, 2018-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Figura 19 - Taxa de mortalidade prematura por diabetes mellitus (CID-10 E10-E14), por sexo, Porto Alegre, 2015-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Internações e óbitos prematuros por diabetes mellitus segundo FAIXA ETÁRIA

A faixa etária dos 70 aos 79 anos apresentou as maiores taxas de internação por DM durante todo o período analisado, seguida das faixas etárias de 80 anos ou mais e de 60-69 anos, até meados do ano de 2022, quando a relação se inverte (figura 20).

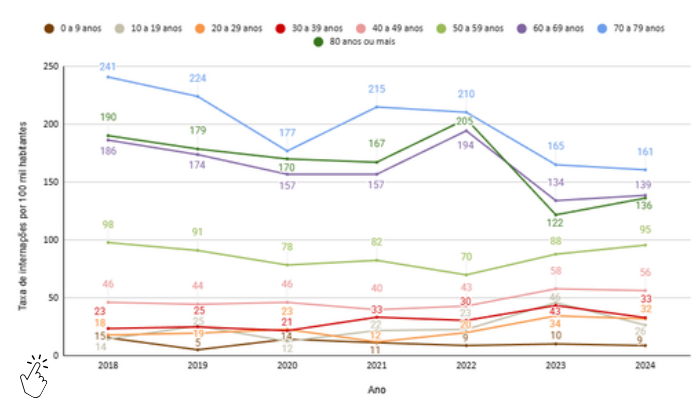
A faixa etária dos 50-59 anos ocupou o quarto lugar durante todo o período.

Interessante notar que essas quatro faixas etárias apresentaram queda na taxa de internações ao final do período, sendo o percentual de queda progressivamente menor (33%, 28%, 25% e 3% respectivamente), até chegar na faixa etária de 40-49 anos, a partir da qual todas as faixas etárias apresentaram aumento na taxa de internações, com exceção da população de 0-9 anos (aumento de 22% na população de 40-49 anos, 43% dentro dos 30-39 anos, 78% nos 20-29 anos e 86% nos 10-19 anos).

Em relação à taxa de mortalidade prematura por DM, prevaleceu a faixa etária dos 60-69 anos, seguida dos 50-59 anos, 40-49 anos e 30-39 anos. Importante notar que todas as faixas etárias apresentaram aumento na taxa de mortalidade prematura ao final dos 10 anos analisados.

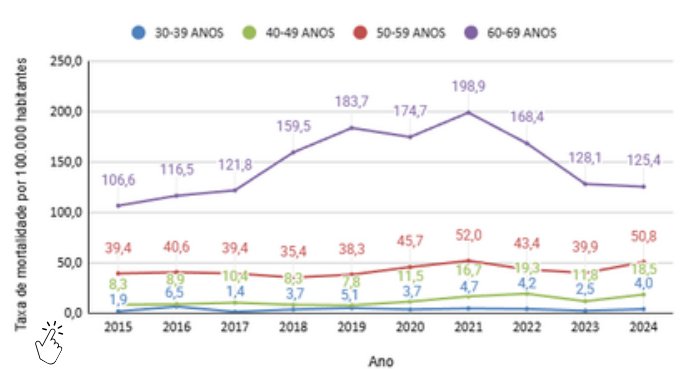
Sendo esse aumento de 18% na população de 60-69 anos, 29% na população de 50-59 anos, e impressionantes 123% e 110%, respectivamente, nas populações de 40-49 anos e 30-39 anos (figura 21).

Figura 20 - Taxa de internações por diabetes mellitus (CID-10 E10-E14), por faixa etária, Porto Alegre, 2018-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Figura 21 - Taxa de mortalidade prematura por diabetes mellitus (CID-10 E10-E14), por faixa etária, Porto Alegre, 2015-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Internações e óbitos prematuros por diabetes mellitus segundo RAÇA/COR

Quando analisadas as internações por DM segundo raça/cor, a taxa de internações prevaleceu na raça/cor preta em todo o período.

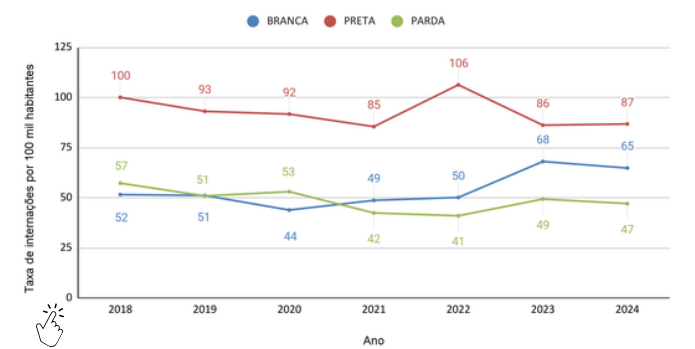
A raça/cor parda apareceu em segundo lugar até 2020, quando foi superada pela raça/cor branca em meados desse ano (figura 22).

Ambas as populações preta e parda apresentaram queda na taxa de internações por DM ao final do período, enquanto a população branca apresentou aumento da taxa.

Quanto aos óbitos prematuros, a raça/cor preta também manteve as maiores taxas de mortalidade prematura durante todo o período analisado, seguida da raça/cor parda e da raça/cor branca (figura 23).

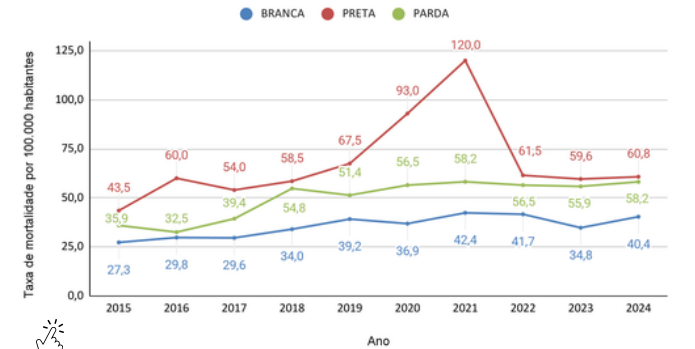
As três populações apresentaram aumento da taxa de mortalidade prematura por DM ao longo dos 10 anos, sendo o aumento de 17% na população preta, 22% na população parda, e de 13% na população branca. Os números referentes às raças/cor amarela e indígena podem ser observados nas tabelas 3 e 4.

Figura 22 - Taxa de internações por diabetes mellitus (CID-10 E10-E14), por raça/cor, Porto Alegre, 2018-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Figura 23 - Taxa de mortalidade prematura por diabetes mellitus (CID-10 E10-E14), por raça/cor, Porto Alegre, 2015-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Tabela 3 - Número de internações por diabetes mellitus (CID-10 E10-E14), por raça/cor, Porto Alegre, 2018-2024

RAÇA/COR	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
BRANCA	576	571	490	544	560	668	636
PRETA	144	134	132	123	153	145	146
PARDA	81	72	75	60	58	88	84
AMARELA	2	0	2	2	1	2	2
INDÍGENA	0	0	0	0	0	0	0
IGNORADO	36	31	26	27	32	2	0

Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Tabela 4 - Número de óbitos prematuros por diabetes mellitus (CID-10 E10-E14), por raça/cor, Porto Alegre, 2015-2024.

RAÇA/COR	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
BRANCA	154	168	167	192	221	208	239	235	186	216
PRETA	29	40	36	39	45	62	80	41	52	53
PARDA	21	19	23	32	30	33	34	33	48	50
AMARELA	2	0	1	0	0	0	0	1	1	0
INDÍGENA	0	1	0	0	0	1	0	0	2	0
IGNORADO	2	4	1	1	2	1	2	0	0	0

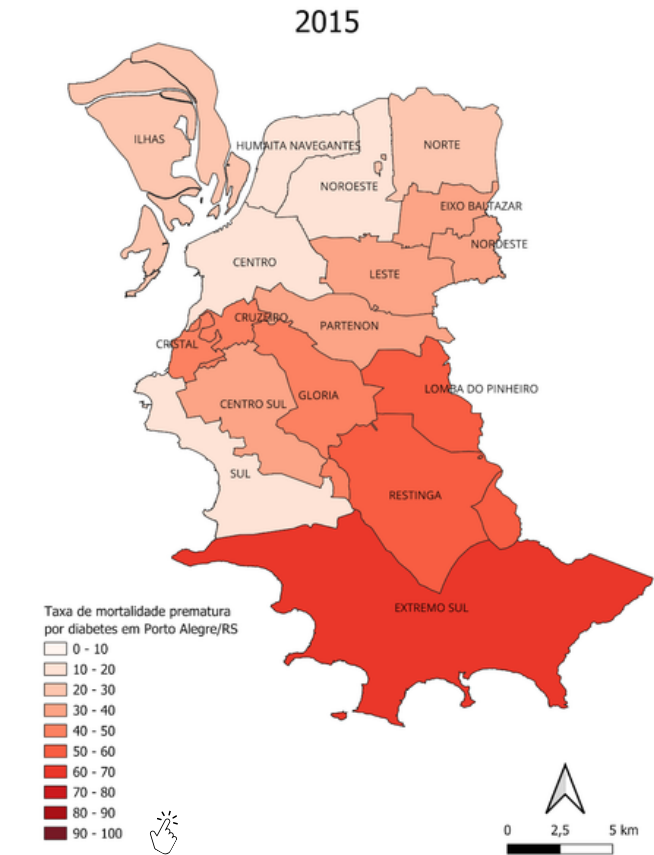
Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Óbitos prematuros por diabetes mellitus segundo DISTRITOS SANITÁRIOS

Em relação aos Distritos Sanitários (DS), observou-se que em 2015 prevaleciam os óbitos prematuros no DS Extremo Sul, com taxa de mortalidade prematura de 68 mortes por 100 mil habitantes (figura 24); já em 2020, quem liderou foi a Restinga, com 71 mortes por 100 mil habitantes (figura 25).

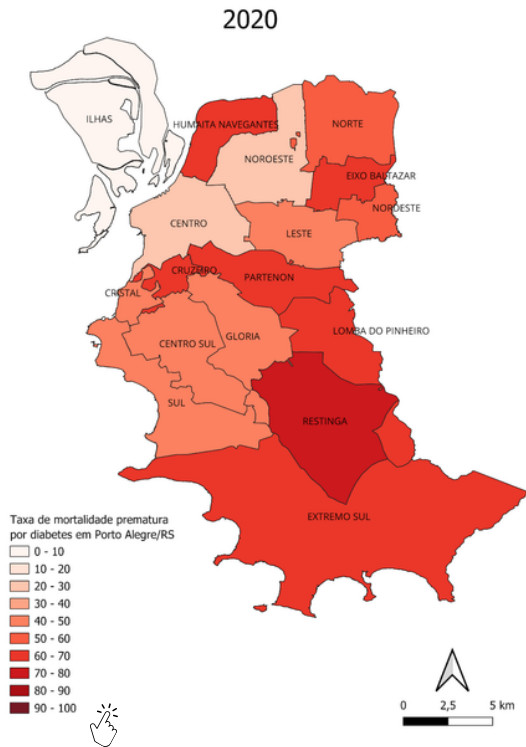
Por fim, em 2024, o Cristal aparece em primeiro lugar, com 99 mortes por 100 mil habitantes (figura 26).

Figura 24 - Taxa de mortalidade prematura por diabetes mellitus (CID-10 E10-E14), por Distrito Sanitário, Porto Alegre, ano de 2015.



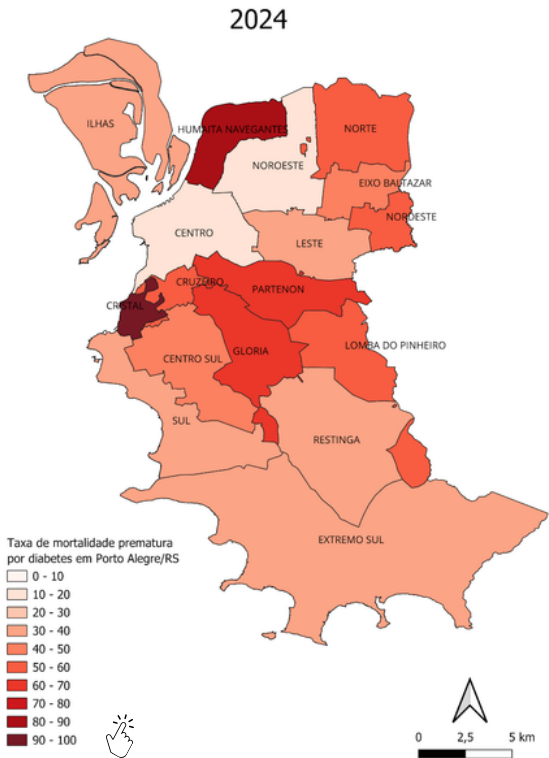
Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Figura 25 - Taxa de mortalidade prematura por diabetes mellitus (CID-10 E10-E14), por Distrito Sanitário, Porto Alegre, ano de 2020.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Figura 26 - Taxa de mortalidade prematura por diabetes mellitus (CID-10 E10-E14), por Distrito Sanitário, Porto Alegre, ano de 2024.



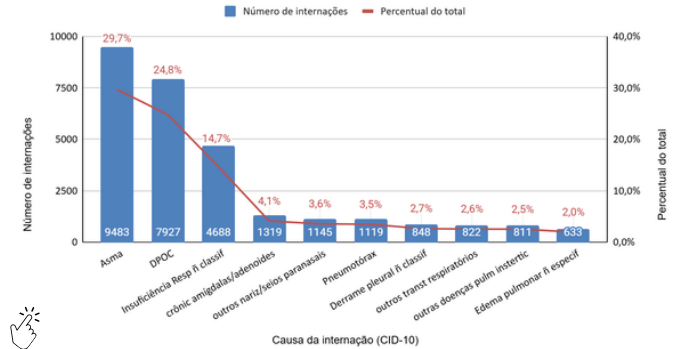
Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Internações e óbitos prematuros por doenças respiratórias segundo CAUSA

As principais causas de internação por doenças respiratórias crônicas diferiram das principais causas de óbito prematuro ocasionados pelas mesmas doenças; a asma foi a principal causa de internação no período analisado (29,7% das internações), seguida de perto pelo DPOC (24,8%), totalizando as duas doenças juntas mais de 50% das internações no período (figura 27).

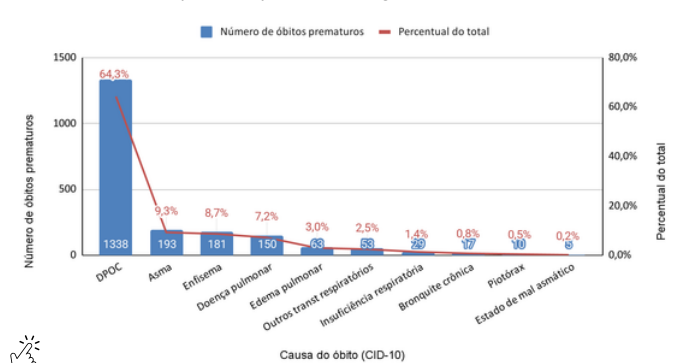
Já quando analisadas as 10 principais causas de óbito prematuro por doenças respiratórias no período de 2015 a 2024, a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) liderou com 64,3% das mortes, seguida da asma (9,3%), do enfisema pulmonar (8,7%) e de outras doenças pulmonares intersticiais (7,2%) (figura 28).

Figura 27 - Distribuição e percentual de internações por doenças respiratórias (CID-10 J30-J98), segundo 10 principais causas de internação (CID-10), Porto Alegre, 2018-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Figura 28 - Distribuição e percentual de óbitos prematuros por doenças respiratórias (CID-10 J30-J98), segundo 10 principais causas de óbito (CID-10), Porto Alegre, 2015-2024.



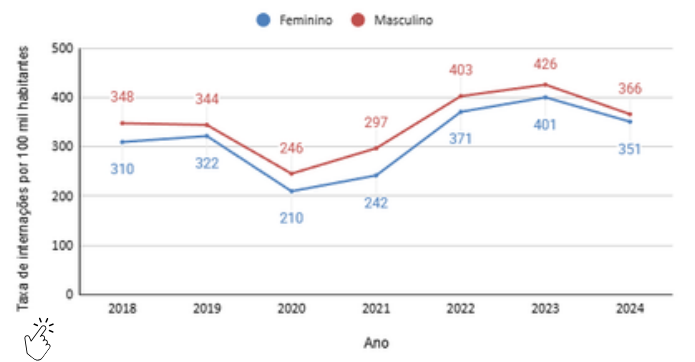
Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Internações e óbitos prematuros por doenças respiratórias segundo SEXO

Quando analisadas as internações e os óbitos prematuros por doenças respiratórias segundo o sexo, as maiores taxas de internação e de mortalidade prematura foram observadas no sexo masculino durante todo o período analisado (figuras 29 e 30).

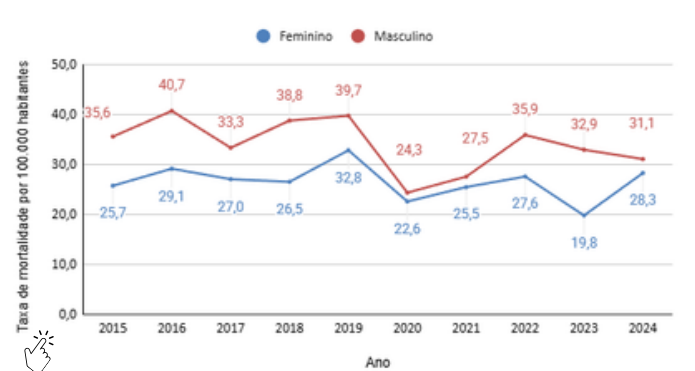
Naturalmente, em função da pandemia de COVID-19, houve queda dessas taxas em ambos os sexos no ano de 2020, quando o maior número de internações hospitalares e de óbitos por doenças respiratórias registrados deveu-se à infecção pelo vírus da COVID.

Figura 29 - Taxa de internações por doenças respiratórias (CID-10 J30-J98), por sexo, Porto Alegre, 2018-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Figura 30 - Taxa de mortalidade prematura por doenças respiratórias (CID-10 J30-J98), por sexo, Porto Alegre, 2015-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

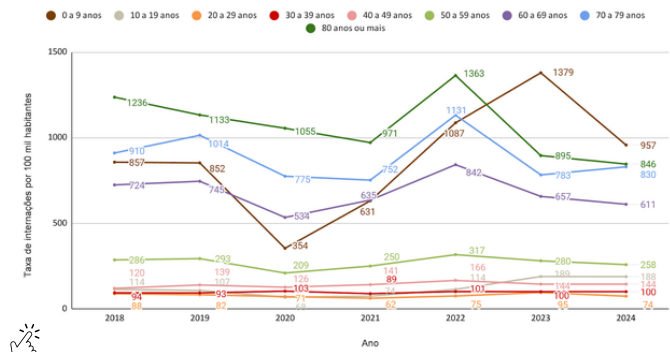
Internações e óbitos prematuros por doenças respiratórias segundo FAIXA ETÁRIA

Quando analisada a taxa de internações por doenças respiratórias segundo a faixa etária, a faixa etária de 80 anos ou mais, seguida da faixa etária de 70-79 anos, liderou de 2018 a 2022.

Sendo ambas superadas pela faixa etária de 0-9 anos a partir de 2023; a faixa etária de 60-69 anos apareceu em quarto lugar, mas devido à queda importante da taxa de internações na população de 0-9 anos no ano de 2020 (pandemia de COVID-19), terminou por superá-la nos anos de 2020 e 2021 (figura 31).

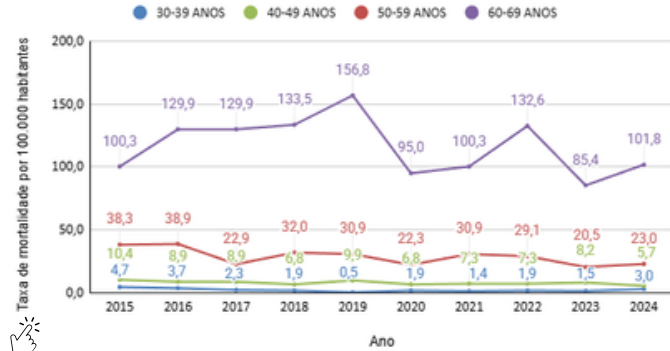
Em relação à taxa de mortalidade prematura por doenças respiratórias, prevaleceu, durante todo o período, a faixa etária dos 60-69 anos, seguida dos 50-59 anos, 40-49 anos e 30-39 anos (figura 32).

Figura 31 - Taxa de internações por doenças respiratórias (CID-10 J30-J98), por faixa etária, Porto Alegre, 2018-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Figura 32 - Taxa de mortalidade prematura por doenças respiratórias (CID-10 J30-J98), por faixa etária, Porto Alegre, 2015-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Internações e óbitos prematuros por doenças respiratórias segundo RAÇA/COR

Quando analisadas as internações por doenças respiratórias segundo raça/cor, a taxa de internações prevaleceu na raça/cor preta em todo o período.

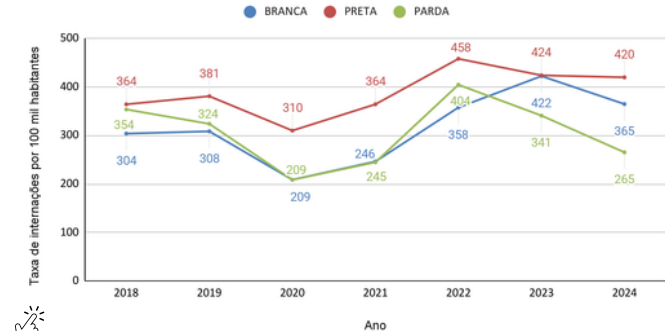
A raça/cor parda apareceu em segundo lugar até 2022, quando foi superada pela raça/cor branca em meados desse ano (figura 33).

As três populações apresentaram queda nas taxas de internações no ano de 2020, devido à pandemia de COVID-19.

Quanto aos óbitos prematuros, a raça/cor preta manteve as maiores taxas de mortalidade prematura durante quase totalidade dos 10 anos analisados, enquanto as raças/cor branca e parda se alternaram ao longo do período, com discreta predominância da população parda (figura 34).

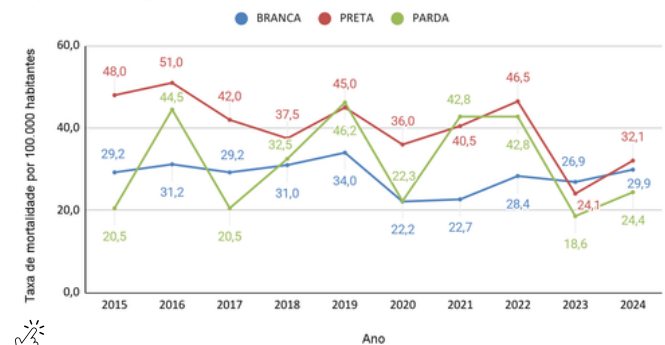
Os números referentes às raças/cor amarela e indígena podem ser observados nas tabelas 5 e 6.

Figura 33 - Taxa de internações por doenças respiratórias (CID-10 J30-J98), por raça/cor, Porto Alegre, 2018-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Figura 34 - Taxa de mortalidade prematura por doenças respiratórias (CID-10 J30-J98), por raça/cor, Porto Alegre, 2015-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Tabela 5 - Número de internações por doenças respiratórias (CID-10 J30-J98), por raça/cor, Porto Alegre, 2018-2024.

RAÇA/COR	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
BRANCA	3393	3444	2331	2750	3993	4144	3578
PRETA	524	548	446	524	659	713	706
PARDA	500	458	295	346	572	608	473
AMARELA	5	2	3	7	15	15	10
INDÍGENA	2	0	0	2	0	5	5
IGNORADO	192	233	117	143	198	11	0

Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Tabela 6 - Número de óbitos prematuros por doenças respiratórias (CID-10 J30-J98), por raça/cor, Porto Alegre, 2018-2024.

RAÇA/COR	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
BRANCA	165	176	165	175	192	125	128	160	144	160
PRETA	32	34	28	25	30	24	27	31	21	28
PARDA	12	26	12	19	27	13	25	25	16	21
AMARELA	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0
INDÍGENA	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0
IGNORADO	0	0	2	1	0	0	1	1	0	1

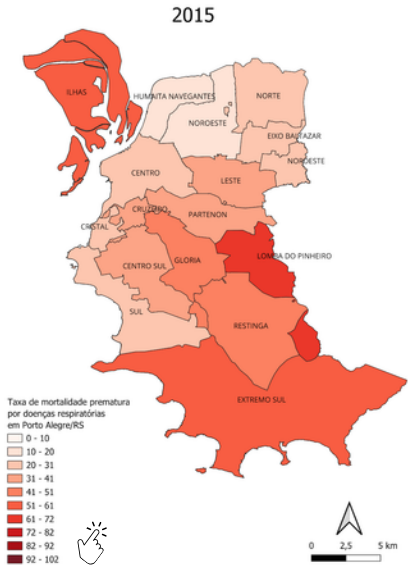
Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Óbitos prematuros por doenças respiratórias segundo DISTRITOS SANITÁRIOS

Em relação aos Distritos Sanitários (DS), observou-se que em 2015 prevaleciam os óbitos prematuros no DS Lomba do Pinheiro, com taxa de mortalidade prematura de 64 mortes por 100 mil habitantes (figura 35).

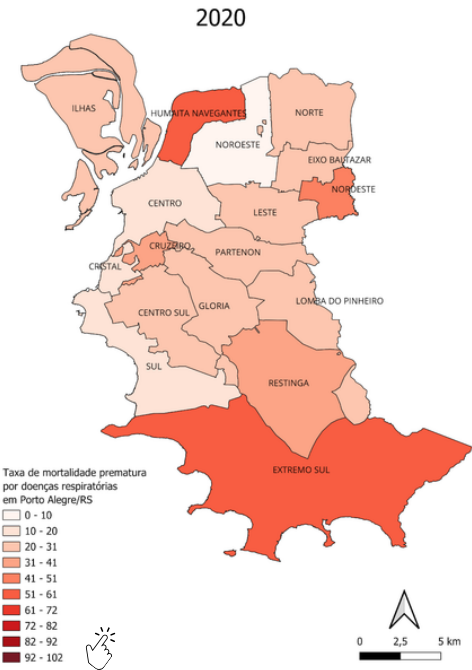
Já em 2020, quem liderava eram os DS Extremo Sul e Humaitá-Navegantes, ambos com 56 mortes por 100 mil habitantes (figura 36). Finalmente, em 2024, o Cristal aparece em primeiro lugar, ao lado do Extremo Sul, com 60 e 58 mortes por 100 mil habitantes, respectivamente (figura 37).

Figura 35 - Taxa de mortalidade prematura por doenças respiratórias (CID-10 J30-J98), por Distrito Sanitário, Porto Alegre, ano de 2015.



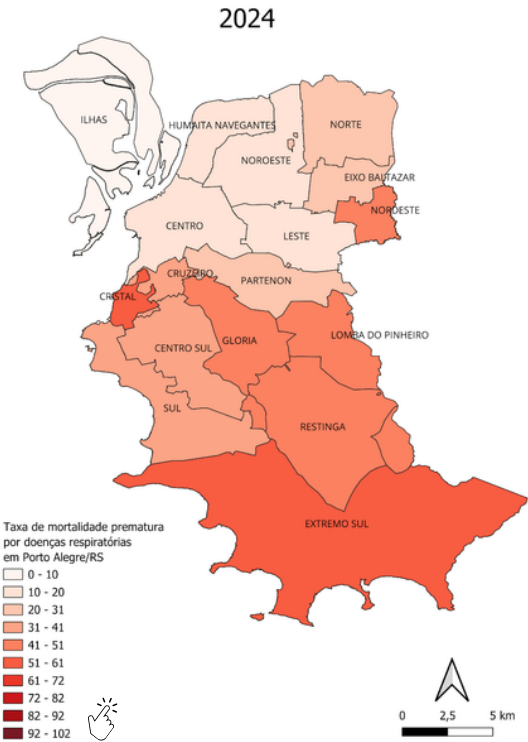
Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Figura 36 - Taxa de mortalidade prematura por doenças respiratórias (CID-10 J30-J98), por Distrito Sanitário, Porto Alegre, ano de 2020.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Figura 37 - Taxa de mortalidade prematura por doenças respiratórias (CID-10 J30-J98), por Distrito Sanitário, Porto Alegre, ano de 2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Internações e óbitos prematuros por neoplasias segundo CAUSA

Quando analisadas as 10 principais causas de internação por neoplasias no período de 2018 a 2024, incluindo ambos os sexos (figura 38), verificou-se que :

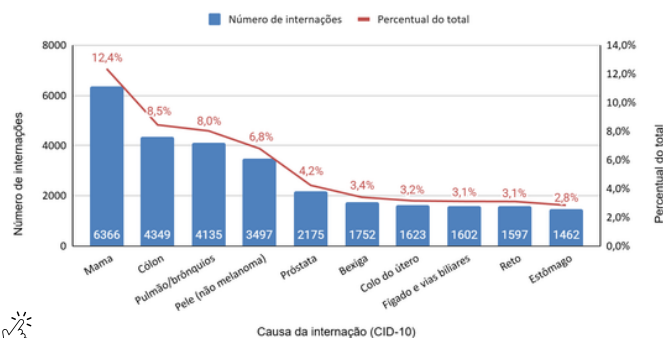
- o câncer de mama foi a primeira causa de internação (12,4% das internações);
- seguida dos cânceres de cólon (8,5%);
- pulmão/brônquios (8%);
- pele não-melanoma (6,8%);
- próstata (4,2%);
- bexiga (3,4%);
- colo do útero (3,2%);
- fígado/vias biliares (3,1%);
- reto (3,1%);
- estômago (2,8%).

Já em relação aos óbitos prematuros por neoplasias, no período de 2015 a 2024, ao analisar-se as 10 principais causas de morte prematura, incluindo ambos os sexos (figura 39), verificou-se que:

- o câncer de pulmão/brônquios veio em primeiro lugar, com 17,5% de todas as mortes;
- seguido dos cânceres de mama (10%);
- cólon (7,9%);
- fígado/vias biliares (6,5%);
- pâncreas (5,9%);
- estômago (4,7%);
- esôfago (3,8%);
- encéfalo (3,7%);
- colo do útero (3,3%);
- rim (2,6%).

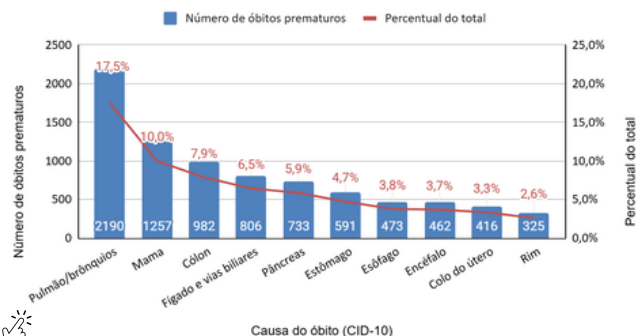
Ao analisarem-se os sexos feminino e masculino isoladamente, ao longo dos 10 anos, observou-se que o câncer de mama foi a principal causa de morte prematura no sexo feminino no período de 10 anos (figura 40), enquanto o câncer de pulmão/brônquios permaneceu em primeiro lugar em relação ao sexo masculino (figura 41).

Figura 38 - Distribuição e percentual de internações por neoplasias (CID-10 C00-C97), segundo 10 principais causas de internação (CID-10), ambos os sexos, Porto Alegre, 2018-2024.



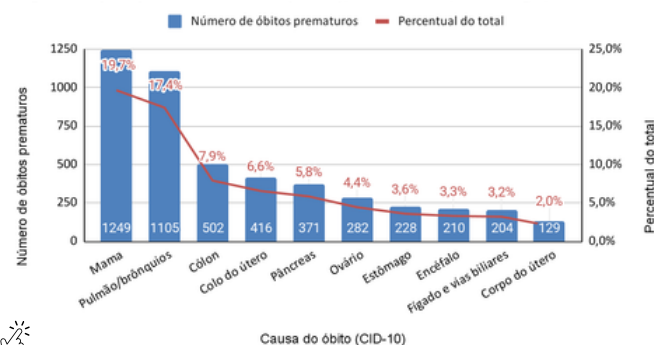
Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Figura 39 - Distribuição e percentual de óbitos prematuros por neoplasias (CID-10 C00-C97), segundo 10 principais causas de óbito (CID-10), ambos os sexos, Porto Alegre, 2015-2024.



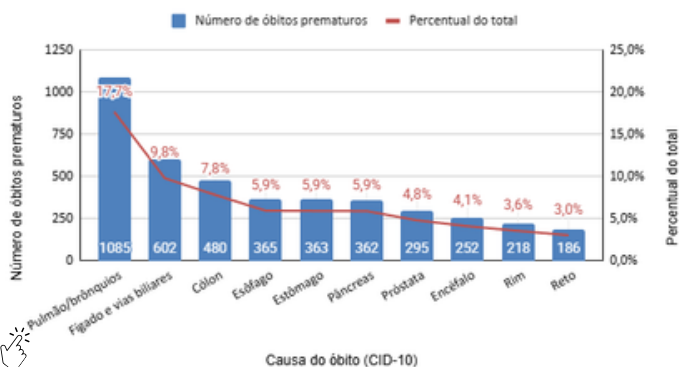
Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Figura 40 - Distribuição e percentual de óbitos prematuros por neoplasias (CID-10 C00-C97), segundo 10 principais causas de óbito (CID-10), sexo feminino, Porto Alegre, 2015-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Figura 41 - Distribuição e percentual de óbitos prematuros por neoplasias (CID-10 C00-C97), segundo 10 principais causas de óbito (CID-10), sexo masculino, Porto Alegre, 2015-2025.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Internações e óbitos prematuros por neoplasias segundo SEXO

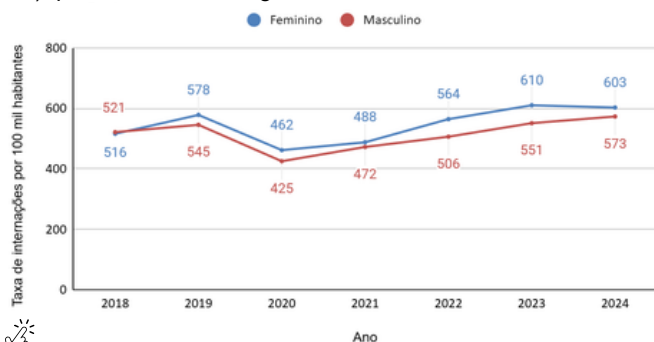
Quando analisadas as internações por neoplasias segundo o sexo, a taxa de internações prevaleceu ligeiramente no sexo feminino sobre o sexo masculino no período, com exceção do ano de 2018 (figura 42).

Observa-se que houve queda da taxa em ambos os sexos no ano de 2020, provavelmente relacionada à pandemia de COVID-19. Ao final do período, ambos os sexos apresentaram aumento da taxa de internações por neoplasias (aumento de 17% no sexo feminino e de 10% no sexo masculino).

Já em relação aos óbitos prematuros, as maiores taxas de mortalidade prematura por neoplasias foram observadas no sexo masculino, durante todo o período de 10 anos, com uma queda da taxa de 17% neste sexo.

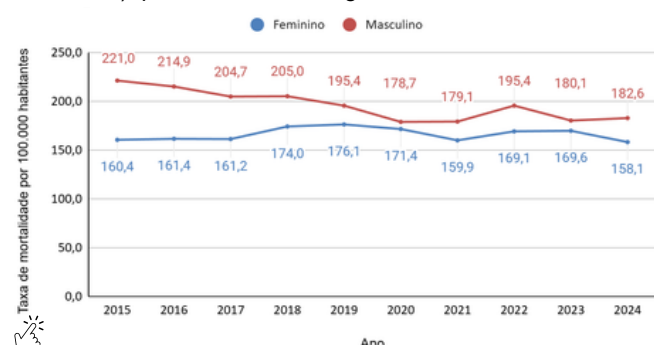
No sexo feminino, a taxa manteve-se relativamente estável, com uma queda que não chegou a 1,5% (figura 43).

Figura 42 - Taxa de internações por neoplasias (CID-10 C00-C97), por sexo, Porto Alegre, 2018-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Figura 43 - Taxa de mortalidade prematura por neoplasias (CID-10 C00-C97), por sexo, Porto Alegre, 2015-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Internações e óbitos prematuros por neoplasias segundo FAIXA ETÁRIA

Em relação à faixa etária, durante todo o período (2018-2024), a taxa de internações por neoplasias prevaleceu na faixa etária de 70-79 anos, seguida

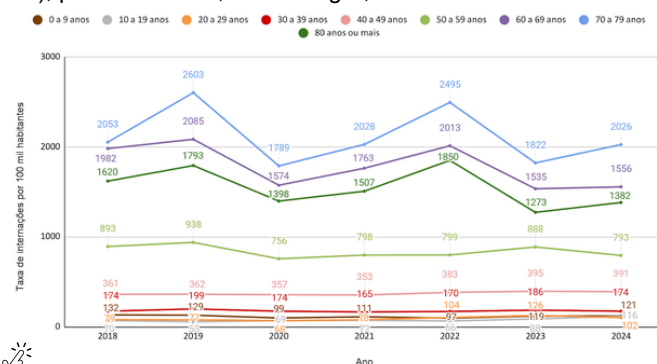
das faixas etárias de 60-69 anos, 80-89 anos e 50-59 anos (figura 44).

Estas últimas três faixas etárias apresentaram queda da taxa de internações ao final do período (21%, 15% e 11%, respectivamente).

Já quanto aos óbitos prematuros, a maior taxa de mortalidade prematura por neoplasias foi observada na faixa etária dos 60-69 anos, seguida dos 50-59 anos, 40-49 anos e 30-39 anos.

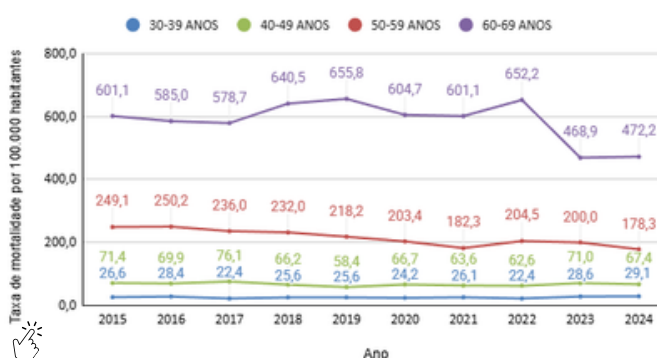
Houve queda da taxa de mortalidade prematura nas primeiras três faixas etárias ao longo do período (21% nos 60-69 anos, 28% nos 50-59 anos e 6% nos 40-49 anos), ao contrário da faixa etária dos 30-39 anos, que teve aumento da taxa de mortalidade prematura em 9% (figura 45).

Figura 44 - Taxa de internações por neoplasias (CID-10 C00-C97), por faixa etária, Porto Alegre, 2018-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Figura 45 - Taxa de mortalidade prematura por neoplasias (CID-10 C00-C97), por faixa etária, Porto Alegre, 2015-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Internações e óbitos prematuros por neoplasias segundo RAÇA/COR

Quando analisadas as internações por neoplasias segundo raça/cor, as raças/cor branca e preta alternaram-se ao longo do período quanto à maior taxa de internações, sendo que ambas tiveram aumento da taxa ao final do período: 21% de aumento na raça/cor branca e 20% na raça/cor preta.

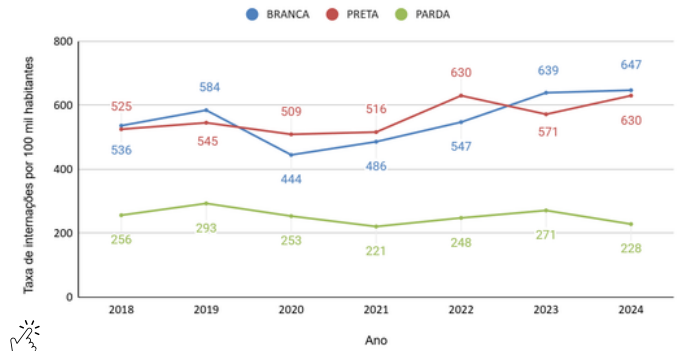
A raça/cor parda foi a que apresentou as menores taxas de internação por neoplasias, inclusive com queda de 11% ao final do período (figura 46).

Quanto aos óbitos prematuros, prevaleceu a raça/cor preta, com as maiores taxas de mortalidade prematura durante praticamente todo o período, aparecendo em segundo lugar a raça/cor branca.

A raça/cor parda foi a que apresentou as menores taxas de mortalidade prematura por neoplasias (figura 47).

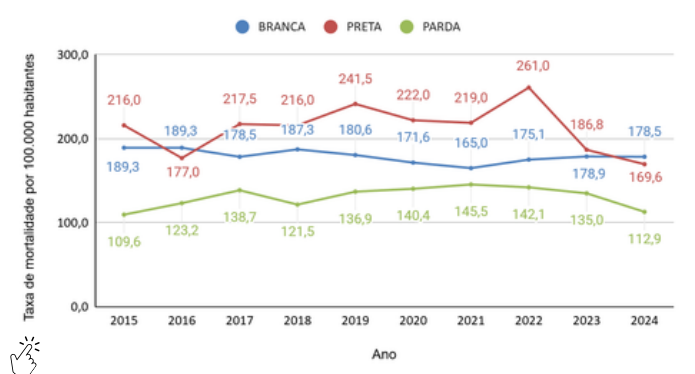
Os números referentes às raças/cor amarela e indígena podem ser observados nas tabelas 7 e 8.

Figura 46 - Taxa de internações por neoplasias (CID-10 C00-C97), por raça/cor, Porto Alegre, 2018-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Figura 47 - Taxa de mortalidade prematura por neoplasias (CID-10 C00-C97), por raça/cor, Porto Alegre, 2015-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Tabela 7 - Número de internações por neoplasias (CID-10 C00-C97), por raça/cor, Porto Alegre, 2018-2024.

RAÇA/COR	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
BRANCA	5983	6522	4962	5422	6106	6267	6344
PRETA	755	784	732	742	906	961	1059
PARDA	362	414	358	312	350	483	407
AMARELA	14	6	13	19	32	49	39
INDÍGENA	0	0	0	2	4	3	1
IGNORADO	191	208	203	275	174	6	0

Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Tabela 8 - Número de óbitos prematuros por neoplasias (CID-10 C00-C97), por raça/cor, Porto Alegre, 2018-2024.

RAÇA/COR	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
BRANCA	1068	1068	1007	1057	1019	968	931	988	957	955
PRETA	144	118	145	144	161	148	146	174	163	148
PARDA	64	72	81	71	80	82	85	83	116	97
AMARELA	0	4	5	6	2	0	1	3	2	1
INDÍGENA	1	1	5	2	1	2	0	2	1	1
IGNORADA	24	23	10	23	18	11	5	4	1	1

Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

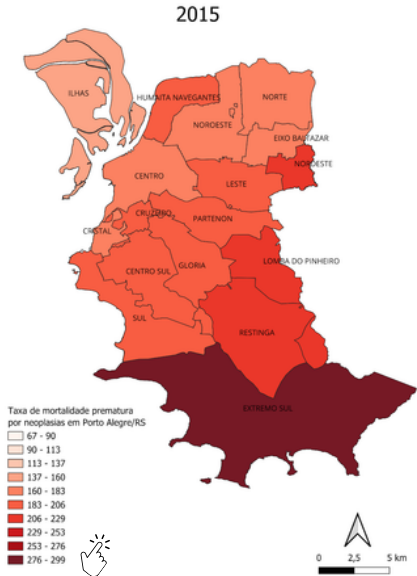
Óbitos prematuros por neoplasias segundo DISTRITOS SANITÁRIOS

Em relação aos Distritos Sanitários (DS), observou-se que em 2015 prevaleciam os óbitos prematuros no DS Extremo Sul, com taxa de mortalidade prematura de 299 mortes por 100 mil habitantes (figura 48).

Em 2020, o Extremo Sul permanecia em primeiro lugar, ao lado do DS Restinga, com 243 e 240 mortes por 100 mil habitantes, respectivamente (figura 49).

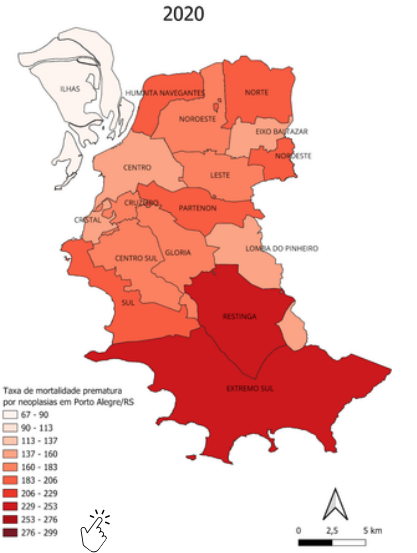
Já em 2024, quem liderou foi o DS Humaitá-Navegantes, com 236 mortes por 100 mil habitantes (figura 50).

Figura 48 - Taxa de mortalidade prematura por neoplasias (CID-10 C00-C97), por Distrito Sanitário, Porto Alegre, ano de 2015.



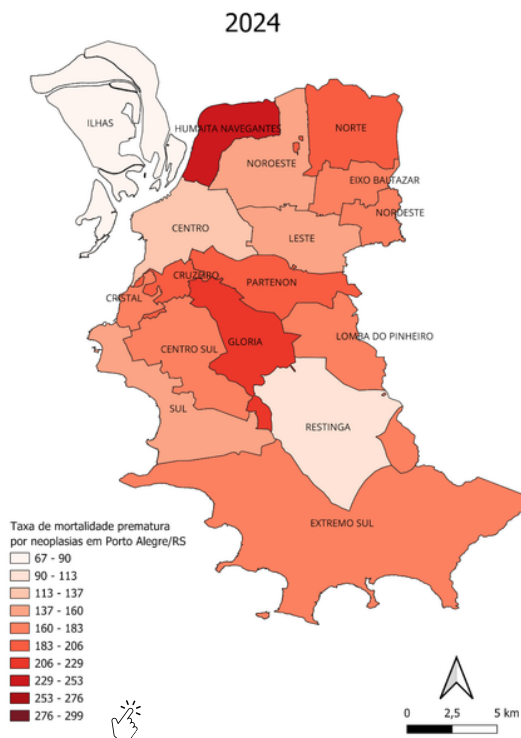
Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Figura 49 - Taxa de mortalidade prematura por neoplasias (CID-10 C00-C97), por Distrito Sanitário, Porto Alegre, ano de 2020.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Figura 50 - Taxa de mortalidade prematura por neoplasias (CID-10 C00-C97), por Distrito Sanitário, Porto Alegre, ano de 2024.



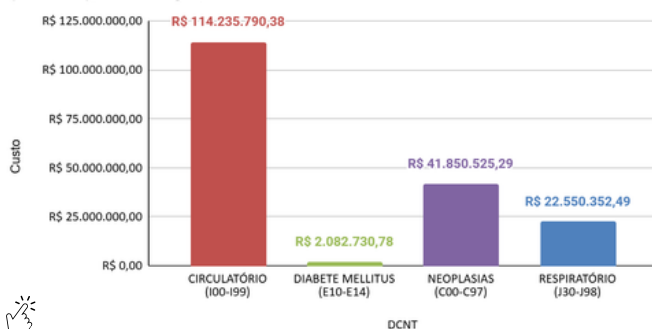
Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

CUSTOS das internações por DCNT

Quando analisados os custos das internações pelas quatro DCNT de 2018 a 2024, observa-se que as doenças circulatórias lideraram, de longe, o custo total das internações no período (figura 51).

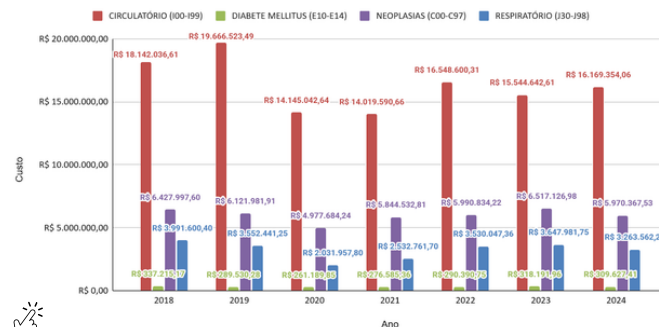
As neoplasias aparecem em segundo lugar, seguidas das doenças respiratórias e do diabetes mellitus, padrão observado também em cada ano individualmente, como pode ser visto na figura 52.

Figura 51 - Custo total das internações por doenças circulatórias (I00-I99), diabetes mellitus (E10-E14), doenças respiratórias (J30-J98) e neoplasias (C00-C97), Porto Alegre, 2018-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Figura 52 - Custo das internações por doenças circulatórias (I00-I99), diabetes mellitus (E10-E14), doenças respiratórias (J30-J98) e neoplasias (C00-C97), por ano, Porto Alegre, 2018-2024.

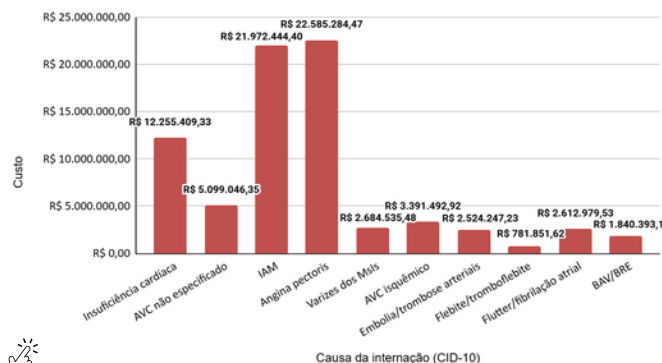


Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Ao analisar-se os custos segundo as 10 principais causas de internação, para cada DCNT, em todo o período (figura 56), constatou-se que:

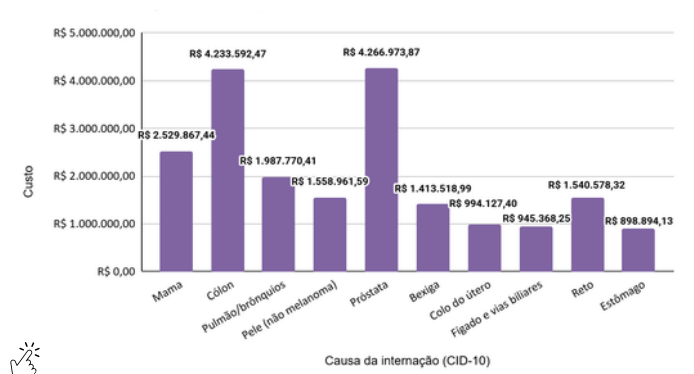
- a doença cardíaca isquêmica (representada pela angina pectoris e pelo IAM) foi a principal responsável pelos custos das internações por doenças circulatórias (figura 53);
- o câncer de próstata, seguido pelo câncer de cólon e pelo câncer de mama, foram os principais responsáveis pelos custos das internações por neoplasias (figura 54);
- a insuficiência respiratória não classificada (CID-10 J96), seguida da asma e da DPOC, lideraram os custos das internações por doenças respiratórias crônicas (figura 55);
- e por fim, o DM insulino-dependente e o DM não especificado lideraram os custos das internações por diabetes mellitus.

Figura 53 - Custo das internações por doenças circulatórias (CID-10 I00-I99), por 10 principais causas de internação, Porto Alegre, 2018-2024.



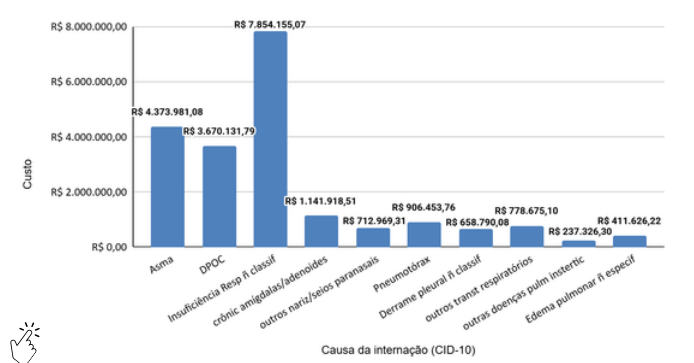
Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Figura 54 - Custo das internações por neoplasias (CID-10 C00-C97), por 10 principais causas de internação, Porto Alegre, 2018-2024.



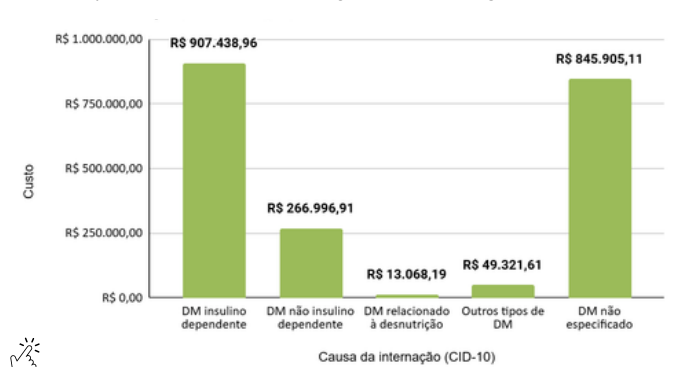
Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Figura 55 - Custo das internações por doenças respiratórias (CID-10 J30-J98), por causa de internação, Porto Alegre, 2018-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

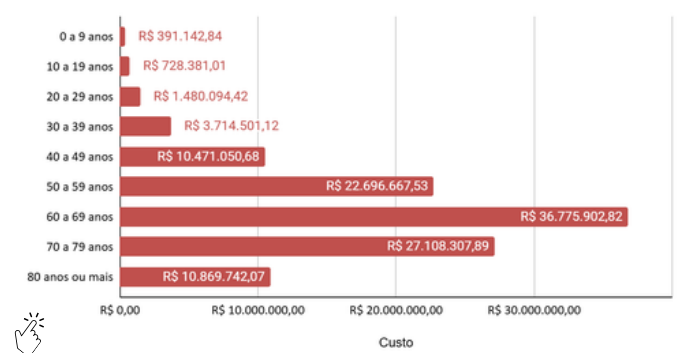
Figura 56 - Custo das internações por diabetes mellitus (CID-10 E10-E14), por causa de internação, Porto Alegre, 2018-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

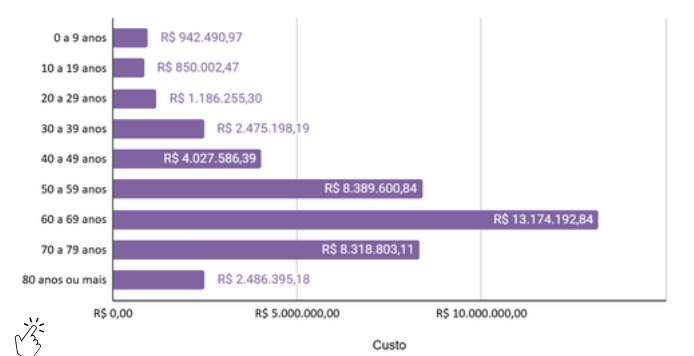
Em relação aos custos das internações segundo a faixa etária, observou-se que os gastos concentraram-se primordialmente na população de 60 a 69 anos, em todas as DCNT exceto nas doenças respiratórias, em que a faixa etária dos 0 aos 9 anos prevaleceu por pequena margem (figuras 57, 58, 59 e 60).

Figura 57 - Custo das internações por doenças circulatórias (CID-10 I00-I99), por faixa etária, Porto Alegre, 2018-2024.



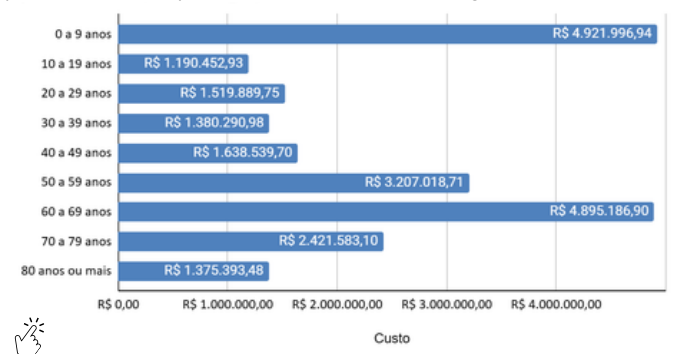
Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Figura 58 - Custo das internações por neoplasias (CID-10 C00-C97), por faixa etária, Porto Alegre, 2018-2024.



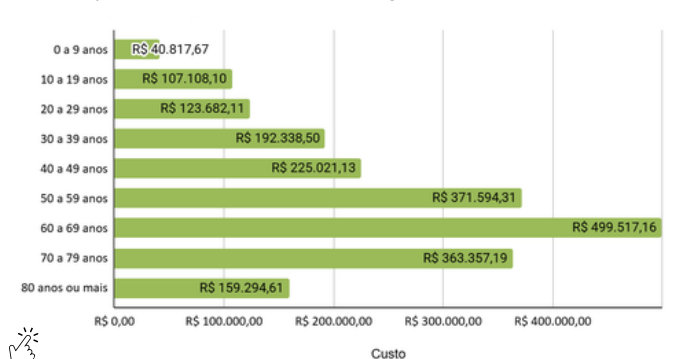
Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Figura 59 - Custo das internações por doenças respiratórias (CID-10 J30-J98), por faixa etária, Porto Alegre, 2018-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Figura 60 - Custo das internações por diabetes mellitus (CID-10 E10-E14), por faixa etária, Porto Alegre, 2018-2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Data da consulta: 20/12/2025.

Considerações Finais

A análise das internações e dos óbitos prematuros por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em Porto Alegre evidencia tanto avanços quanto desafios persistentes na atenção à saúde da população.

Observou-se que, embora algumas condições tenham apresentado redução nas taxas de mortalidade prematura — como as doenças circulatórias — outras, como o diabetes mellitus, revelaram tendência de crescimento preocupante, especialmente entre adultos jovens.

Os dados reforçam a relevância da Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante para a prevenção e o manejo das DCNT, uma vez que grande parte das internações analisadas poderia ser evitada mediante acompanhamento adequado, diagnóstico precoce e promoção de hábitos saudáveis.

A pandemia de COVID-19, ao impactar temporariamente as taxas de internação e mortalidade, também demonstrou a vulnerabilidade do sistema frente a crises sanitárias e a necessidade de resiliência dos serviços de saúde.

As desigualdades observadas segundo sexo, faixa etária, raça/cor e distritos sanitários revelam que os determinantes sociais da saúde continuam exercendo forte influência sobre os desfechos das DCNT.

Isso exige políticas públicas integradas, que considerem não apenas os aspectos clínicos, mas também as condições socioeconômicas e territoriais da população.

Além dos impactos clínicos e sociais, é importante destacar o peso econômico das internações por DCNT.

Essas condições representam uma parcela significativa dos gastos hospitalares do SUS, uma vez que envolvem internações prolongadas, uso intensivo de recursos diagnósticos e terapêuticos, além de custos indiretos relacionados à perda de produtividade e ao afastamento laboral.

A redução das internações evitáveis por meio do fortalecimento da APS e da promoção de estilos de vida saudáveis pode contribuir de forma expressiva para a sustentabilidade financeira do sistema de saúde, liberando recursos para outras áreas prioritárias.

Em síntese, o enfrentamento das DCNT em Porto Alegre demanda:

- Fortalecimento da APS, com foco em prevenção e acompanhamento contínuo.
- Atenção às desigualdades sociais e territoriais, garantindo equidade no acesso e na qualidade dos serviços.
- Monitoramento permanente dos indicadores, para orientar decisões baseadas em evidências.
- Promoção de estilos de vida saudáveis, envolvendo educação em saúde e políticas intersetoriais.
- Gestão eficiente dos custos hospitalares, com estratégias voltadas à redução de internações evitáveis e ao uso racional dos recursos.

Este boletim contribui para ampliar a compreensão sobre o impacto das DCNT na cidade e reforça a urgência de estratégias sustentáveis e integradas, capazes de reduzir internações evitáveis, óbitos prematuros e custos hospitalares, promovendo maior qualidade de vida à população.

Referências:

1. BILLINGS, J.; ZEITEL, L., LUKOMNIK, J., Carey, T. S., BLANK, A. E., & NEWMAN, L. (1993). Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health affairs (Project Hope)*, 12(1), 162–173. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.12.1.162>.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília, 2021.
3. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.
https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf
https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf
4. MACIEL, AG; CALDEIRA, AP; DINIZ, FJPS. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre o perfil de morbidade hospitalar em Minas Gerais. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 38, p. 319-330, 2014.
5. MURARO, A. P.; GIGANTE, D. P.; NEDEL, F. B.; CARVALHO TGML, DOMENECH SC, GEVAERD MS. Estratégia saúde da família e as internações por condições sensíveis a atenção primária nos idosos. *Rev. Baiana saúde pública*; 37(1):20-33, 2013.
6. MORIMOTO, T; COSTA, JSD. da. Internações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e Estratégia Saúde da Família: uma análise de tendência. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro. v. 22, n. 3, p. 891-900, 2017.



**prefeitura de
PORTO ALEGRE**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Expediente:

- Secretário Municipal de Saúde: Fernando Ritter
- Diretora de Vigilância em Saúde: Aline Vieira Medeiros
- Diretora-Adjunta de Vigilância em Saúde: Juliana Dorigatti
- Gerente da Unidade de Vigilância Epidemiológica: Patrícia Conzatti Vieira
- Equipe de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis: Fabiana F. dos Santos; Mariana Ughini Xavier da Costa; Carlos Augusto Santos Campos; André Gomes; Camila Josino; Rúbia Collar Soares; Jacqueline Rosa.
- Elaboração: Mariana Ughini Xavier da Costa; Fabiana F. dos Santos
- Revisão: Patrícia Conzatti Vieira e Patrícia Coelho.
- Formatação: Fabiana F. dos Santos; Mariana Ughini Xavier da Costa; Maristela Fleck Pacheco
- Diretoria de Vigilância em Saúde/Secretaria Municipal de Saúde - Janeiro 2026



prefeitura de
PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE