



Brasília – DF 2021



**PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O
ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS E AGRAVOS
NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL **2021-2030****

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



2021 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsms.saude.gov.br.

Tiragem: 1ª edição – 2021 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise em Saúde e Vigilância
de Doenças Não Transmissíveis
Coordenação-Geral de Doenças e Agravos não
Transmissíveis
SRTVN 701, Via W5 Norte, Ed. PO 700, 6º andar
CEP: 70719-140 – Brasília/DF
Site: www.saude.gov.br
E-mail: cgdant@saude.gov.br

Coordenação:

Arnaldo de Medeiros
Giovanny Vinícius Araújo de França
Patrícia Pereira Vasconcelos de Oliveira

Organização:

Danielle Keylla Alencar Cruz
Érika Carvalho de Aquino

Elaboração:

Danielle Keylla Alencar Cruz
Danilo Campos da Luz e Silva
Ellen de Cássia Dutra Pozzetti Gouvea
Érika Carvalho de Aquino
Karine Bonfante
Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha
Luiza Eunice Sá da Silva
Mariana Alencar Salles
Mariana Carvalho Pinheiro
Paula Carvalho de Freitas
Roberta de Oliveira Santos
Vera Lúcia Tierling

Colaboração:

Secretaria de Vigilância em Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Secretaria Especial de Saúde Indígena
Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

Diagramação:

Milena Hernández Bendicho – Área Editorial/GAB/SVS

Normalização:

Daniela Ferreira Barros da Silva – Editora MS/BGDI
Luciana Cerqueira Brito – Editora MS/CGDI

Revisão:

Khamila Silva – Editora MS/CGDI
Tatiane Souza – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

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 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.

118 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doencas_cronicas_agrivos_2021_2030.pdf
ISBN xxx-xx-xxx-xxxx-x

Doenças e Agravos não Transmissíveis 2. Política de Saúde 3. Promoção da Saúde.

CDU 616-002.5

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2021/0139

Título para indexação:

Strategic Actions Plan for Takle Chronic Diseases and Noncommunicable Diseases in Brazil, 2021-2030

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde
AVE – Acidente vascular encefálico
Caps – Centro de Atenção Psicossocial
CIB – Comissões Intergestores Bipartites
CID-10 – 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças
CIR – Comissões Intergestores Regionais
Dant – Doenças e agravos não transmissíveis
DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis
Denatran – Departamento Nacional de Trânsito
DM – Diabetes *mellitus*
Dpoc – Doença pulmonar obstrutiva crônica
DRC – Doenças respiratórias crônicas
HAS – Hipertensão arterial sistêmica
IAM – Infarto agudo do miocárdio
Inca – Instituto Nacional de Câncer
Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS – Organização Mundial da Saúde
PNS – Pesquisa Nacional de Saúde
PVT – Programa Vida no Trânsito
RCVG – Risco Cardiovascular Global
Rename – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SIM – Sistema de Informação Sobre Mortalidade
Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS – Sistema Único de Saúde

Sumário

APRESENTAÇÃO	5
1 INTRODUÇÃO	7
2 BALANÇO DO PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA ENFRENTAMENTO DAS DCNT NO BRASIL, 2011-2022	10
2.1 BALANÇO DAS METAS DO PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA ENFRENTAMENTO DAS DCNT NO BRASIL, 2011-2022	11
3 PANORAMA DA MORTALIDADE POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS NO BRASIL	18
3.1 PANORAMA DA MORTALIDADE POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL	18
3.2 PANORAMA DA PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL	27
4 PANORAMA DA MORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS NO BRASIL	34
4.1 LESÕES DE TRÂNSITO	35
4.2 HOMICÍDIOS	40
4.3 SUICÍDIOS	45
4.4 QUEDAS ACIDENTAIS	49
4.5 VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS	53
5 PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL, 2021-2030	58
6 INDICADORES E METAS DO PLANO DE DANT 2021-2030	65
6.1 GRUPO DE INDICADORES E METAS PARA AS DCNT	66
6.2 GRUPO DE INDICADORES E METAS PARA FATORES DE RISCO PARA AS DCNT	71
6.3 GRUPO DE INDICADORES E METAS PARA ACIDENTES E VIOLÊNCIAS	77
7 AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS	85
7.1 AÇÕES ESTRATÉGICAS	86
7.2 AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE, PREVENÇÃO, PRODUÇÃO DO CUIDADO E ASSISTÊNCIA PARA ENFRENTAMENTO DOS FATORES DE RISCO PARA AS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS	90
7.3 AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE, PREVENÇÃO E CUIDADO FRENTE AO GRUPO DE DCNT	101
8 SUGESTÕES PARA USOS DO PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL, 2021-2030	106
REFERÊNCIAS	112

APRESENTAÇÃO

As doenças e agravos não transmissíveis (Dant) são responsáveis por mais da metade do total de mortes no Brasil. Em 2019, 54,7% dos óbitos registrados no Brasil foram causados por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e 11,5% por agravos.

As DCNT, principalmente as doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes e doenças respiratórias crônicas, são causadas por vários fatores ligados às condições de vida dos sujeitos. Estes são determinados pelo acesso a: bens e serviços públicos, garantia de direitos, informação, emprego e renda e possibilidades de fazer escolhas favoráveis à saúde.

Os principais fatores de risco comportamentais para o adoecimento por DCNT são: tabagismo, consumo de álcool, alimentação não saudável e inatividade física. Estes podem ser modificados pela mudança de comportamento e por ações governamentais que regulamentem e reduzam, por exemplo, a comercialização, o consumo e a exposição de produtos danosos à saúde.

Os agravos não transmissíveis (violências e acidentes) também fazem parte do cenário de morbimortalidade da população. Mortes por violências estão fortemente relacionadas às desigualdades sociais, que podem ser determinadas pelo gênero, pela raça/cor da pele, pela classe social e pelo nível de escolaridade. Mulheres e homens negros e pardos são vítimas mais frequentes de mortes por causas violentas do que os brancos. Entre homens jovens, ocorrem três vezes mais mortes violentas de negros em relação aos brancos. As violências são a segunda causa de morte no Brasil e chegam a ocupar o primeiro lugar em alguns estados.

Os acidentes, cuja principal representação são as lesões de trânsito, também têm importante peso no perfil epidemiológico de morbimortalidade da população brasileira. Apesar das reduções das taxas de mortalidade por lesões de trânsito no Brasil nos últimos anos, ainda são milhares de vidas perdidas, principalmente de jovens adultos economicamente ativos. Ademais, as lesões de trânsito envolvendo

motociclistas ainda apresentam tendência crescente e estão interiorizadas no País. Chama atenção o grande número de lesões não fatais que causam incapacidades temporárias e permanentes. Estas impactam na renda familiar e na reinserção no mercado de trabalho, conferindo maior complexidade às consequências das lesões de trânsito.

O plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano de Dant), apresenta-se como diretriz para a prevenção dos fatores de risco das Dant e para a promoção da saúde da população com vistas a dirimir desigualdades em saúde. Cabem em seu escopo a criação e o fortalecimento de políticas e programas intersetoriais, a estratégia de organização de serviços em rede, a construção de governança de processos, a produção de informações direcionadas à tomada de decisão baseada em evidências, o controle social e a inovação na gestão, na pesquisa e nos serviços de saúde.

O Plano foi elaborado com a contribuição de representantes das secretarias, das agências, dos institutos e das fundações ligadas ao Ministério da Saúde (MS), de gestores e trabalhadores da saúde dos municípios, dos estados e do Distrito Federal, de empresas privadas e setores do mercado, de pesquisadores e demais representantes da sociedade civil. Tais contribuições foram realizadas por meio de oficinas, reuniões, fórum e consulta pública.

Este esforço coletivo fará parte da agenda da saúde nos próximos dez anos, em sintonia com a Agenda 2020-2030 dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. O Plano também está com consonância com as recomendações mundiais com as recomendações mundiais e nacionais para prevenção das Dant e para a promoção da saúde.

Espera-se que a agenda coletiva colocada pelo Plano de Dant possa otimizar a implementação das ações nele propostas. E, finalmente, acrescentar à gestão da vigilância em saúde recursos inovadores e arranjos institucionais favoráveis à participação social, à governança, à gestão compartilhada e às redes de cooperação e organização de ações e serviços de saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

INTRODUÇÃO

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, com o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, além de fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas. A elaboração desse Plano foi coordenada pelo Ministério da Saúde e contou com colaboração de outros ministérios do governo brasileiro, de instituições de ensino e pesquisa, de membros de organizações não governamentais, entidades médicas, associações de portadores de doenças crônicas, entre outros.

O Plano abordou os quatro principais grupos de doenças crônicas (cardiovasculares, cânceres, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco (tabagismo, consumo abusivo de álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade). Também, definiu diretrizes e ações em três eixos: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde; c) cuidado integral.

Paralelamente, após a Cúpula do Milênio das Nações Unidas, ocorrida no ano de 2000, a Organização das Nações Unidas lançou a Declaração do Milênio, que continha oito objetivos internacionais de desenvolvimento para o ano de 2015, chamados Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Em 2015, o Brasil assumiu a agenda dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que sucederam e atualizaram os ODM. Os ODS possuem 169 metas a serem alcançadas até 2030.

Com a aproximação do término do período de vigência do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil – 2011-2022, e em resposta à nova pactuação mundial para alcance dos ODS, o Ministério da Saúde considerou a necessidade de elaborar um novo documento que reafirma e amplia as propostas para o enfrentamento das DCNT e para a promoção da saúde no Brasil.

Sabe-se que o perfil das causas de morte no Brasil tem mudado de forma importante nas últimas décadas. As transições epidemiológica e demográfica ocorrem de forma acelerada. O envelhecimento populacional e a redução das causas de morte por doenças infecciosas e parasitárias e materno-infantis, além do crescimento acelerado das mortes por doenças crônicas e causas externas vêm delineando um novo cenário para a atuação da política pública (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Com a transição demográfica, observamos o aumento progressivo na expectativa de vida, aumentando a proporção de idosos em relação aos demais grupos etários. Este fenômeno provoca mudanças no perfil de morbimortalidade no Brasil. Essa mudança ocorre com grande diversidade regional em função das diferenças socioeconômicas, culturais, raciais, de acesso aos serviços de saúde, urbanização, entre outras (LEITE-CAVALCANTI *et al.*, 2009).

As transformações na estrutura de causas de morte têm afetado o padrão etário da mortalidade da população brasileira. Isso ocorre especialmente nos locais onde os óbitos por causas externas são mais frequentes, uma vez que essas causas afetam mais homens jovens-adultos (15 a 39 anos de idade), reduzindo a expectativa de vida deles. O aumento da importância das causas externas vem ocorrendo paralelamente ao declínio da mortalidade infantil e na infância (SIMÕES, 2002).

O grande impacto das causas externas no padrão de morbimortalidade da população brasileira evidenciou a necessidade do novo Plano abranger os agravos, passando de um plano específico para as DCNT para um documento mais completo, envolvendo as Dant. Dessa forma, alinhado com as principais políticas e programas sobre os temas e com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, o Ministério da Saúde apresenta o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, com metas e ações propostas para o período de 2021 a 2030. O novo Plano de Dant objetiva fortalecer a agenda de enfrentamento das DCNT, das violências e dos acidentes nas esferas federal, estaduais, municipais e do Distrito Federal, bem como pautar a promoção da saúde nas ações de saúde.

O ponto de partida para elaboração deste novo Plano foi a realização de um balanço do Plano de DCNT 2011-2022 para identificar avanços e desafios em relação às metas propostas em 2011 e no direcionamento da sua implementação no País.

Portanto, o novo Plano de Dant inicia com o panorama analítico das DCNT no País, após quase uma década de implementação das ações previstas para o período de 2011-2022. A análise reflete a importância das ações de prevenção das DCNT serem mantidas no topo das discussões, contextualizadas na determinação social do processo saúde-doença-cuidado e dirigidas à (re)organização do cuidado frente ao envelhecimento populacional e de políticas econômicas desfavoráveis à regulamentação de produtos nocivos à saúde e restritivas em relação à universalização dos serviços de saúde.

Na mesma direção, a contextualização do Plano de Dant apresenta análises sobre indicadores de mortalidade por acidentes e violências, com recortes por sexo, idade e região, com o propósito de demarcar a linha de base que justifica a inclusão de ações e metas relacionadas aos agravos em uma agenda nacional para a vigilância em saúde. As ações estratégicas foram analisadas e melhoradas ao longo do processo de elaboração com o intuito de conferir pertinência com as políticas e os programas relativos aos temas e caráter inovador e atual em relação às recomendações mundiais.

Ao final, são apresentadas recomendações para uso deste Plano com o objetivo de potencializá-lo na vigilância em saúde e na relação desta com outros setores e serviços de saúde e de políticas irmãs, como, por exemplo, educação, proteção social, esporte e lazer, meio ambiente e seguranças pública e viária. O monitoramento e a avaliação do Plano de Dant serão realizados anualmente por meio do acompanhamento das metas, de encontros técnicos e da elaboração de relatórios durante o período de vigência.

Em 2030, último ano de vigência do Plano, a agenda da prevenção das Dant e promoção da saúde deverá ser atualizada e reforçada com a construção de novas metas e ações que reflitam os avanços e os problemas sociais, culturais, políticos, econômicos e científicos do seu tempo. O Plano de Dant apresenta-se como instrumento de apoio ao planejamento em saúde, à definição de prioridades para investimento e à execução com vista ao alcance das metas propostas. Nasce como uma agenda compartilhada e assim deve seguir em todo o seu período de vigência.

BALANÇO DO PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA ENFRENTAMENTO DAS DCNT NO BRASIL, 2011-2022

As DCNT constituem o grupo de doenças de maior magnitude no País, atingindo, especialmente, as populações mais vulneráveis, como as de baixas renda e escolaridade.

O Plano de Enfrentamento das DCNT tem o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, além de apoiar os serviços de saúde voltados às doenças crônicas. O Plano aborda os quatro principais grupos de doenças crônicas não transmissíveis (cardiovasculares, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco modificáveis (tabagismo, consumo abusivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade) e define diretrizes e ações em três eixos:

- Vigilância, informação, avaliação e monitoramento.
- Promoção da saúde.
- Cuidado integral.

O Plano de DCNT 2011-2022 é o grande marco das ações frente ao quadro epidemiológico de morbimortalidade no País por uma década. Para seu monitoramento, foram previstas 12 metas, acompanhadas ao longo de dez anos de vigência para orientar as ações de saúde e alcançar os objetivos de prevenir o adoecimento e reduzir mortes prematuras por DCNT.

2.1 BALANÇO DAS METAS DO PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA ENFRENTAMENTO DAS DCNT NO BRASIL, 2011-2022

Para o monitoramento do plano de enfrentamento das DCNT (plano de DCNT), foram estabelecidas metas nacionais compartilhadas por estados, Distrito Federal e municípios. A quantificação das metas do Plano seguiu as recomendações do *Global Action Plan for prevention and control of noncommunicable diseases – 2013-2020* da Organização Mundial da Saúde, além da adoção de nova faixa da mortalidade prematura. O monitoramento do alcance dessas metas permite acompanhar os resultados produzidos diante da morbimortalidade por DCNT no País, bem como analisar a atual situação de saúde da população brasileira.

Entre as 12 metas propostas no Plano de DCNT, quatro delas não serão incluídas neste balanço devido à dificuldade de monitoramento no âmbito da Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde. São elas:

- Reduzir a prevalência de obesidade em crianças (por não haver dados nacionais periódicos).
- Reduzir a prevalência de obesidade em adolescente (por não haver comparabilidade dos dados disponíveis).
- Reduzir o consumo médio de sal (por não haver dados nacionais periódicos).
- Tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer (por não haver dados nacionais disponíveis).

Desse modo, as metas cujo monitoramento será aqui apresentado são:

- Reduzir a mortalidade prematura (30-69 anos) por DCNT em 2% ao ano.
- Reduzir a prevalência de tabagismo em 30%.
- Reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%.
- Deter o crescimento da obesidade em adultos.

- Aumentar o consumo recomendado de frutas e hortaliças em 10%.
- Aumentar a prevalência da prática de atividade física no tempo livre em 10%.
- Aumentar a cobertura de mamografia em mulheres de 50-69 de idade anos nos últimos dois anos para 70%.
- Aumentar a cobertura de Papanicolau em mulheres de 25-64 de idade nos últimos três anos para 85%.

A Tabela 1 apresenta o balanço das metas do Plano de Enfrentamento das DCNT.

Tabela 1 – Balanço das metas do Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT 2011-2022

Indicadores	Taxa e Prevalências (%)			Taxa/ Prevalência Esperada 2022	2010-2019		2010-2015		2015-2019	
	2010	2015	2019		Variação Anual média ¹	p	Variação Anual média ¹	p	Variação Anual média ¹	P
Reduzir 2% Mortalidade prematura por DCNT ²	315,5	305,0	300,8	≤ 282,1	-1,64	0,002	-3,28	0,000	-2,12	0,028
Reduzir 30% prevalência de tabagismo	14,1	10,4	9,8	≤ 9,9	-0,48	0,001	-0,76	0,001	-0,28	0,011
Reduzir em 10% consumo abusivo de bebida alcoólica	18,1	17,2	18,8	≤ 16,3	0,18	0,122	-0,19	0,143	0,13	0,626
Deter crescimento da obesidade em adultos	15,1	18,9	20,3	≤ 15,1	0,53	0,000	0,71	0,001	0,37	0,040
Aumentar em 10% consumo recomendado de Frutas e hortaliças	19,5	25,2	22,9	≥ 21,5	0,35	0,178	1,00	0,001	-0,59	0,002
Aumentar em 10% prática atividade física	30,5	37,6	39,0	≥ 33,6	0,93	0,000	1,30	0,000	0,33	0,190
Aumento de Mamografia para 70%	73,4	78,1	76,9	≥ 70	0,39	0,133	0,97	0,027	-0,26	0,215
Aumento Papanicolau em 85%	82,2	81,0	81,5	≥ 85	-0,05	0,525	-0,19	0,299	0,07	0,790

Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Fatores de risco: Vigitel (2010, 2015 e 2019).

¹Variação Anual Média em pontos percentuais.

²Taxa bruta de mortalidade por DCNT, utilizando a projeção da população 2000-2030 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A seguir, as metas e os resultados são discutidos na perspectiva de esclarecer a situação deles até 2019 e a previsão para 2022. As previsões que constam nesta seção foram realizadas por meio do algoritmo de Suavização Exponencial Tripla (Exponential Triple Smoothing – ETS). Foram considerados os dados referentes ao período de 2010 a 2019 para realizar a previsão para o período de 2020 e 2022.

Figura 1 – Meta de redução da mortalidade prematura por DCNT do Plano de Enfrentamento das DCNT 2011-2022

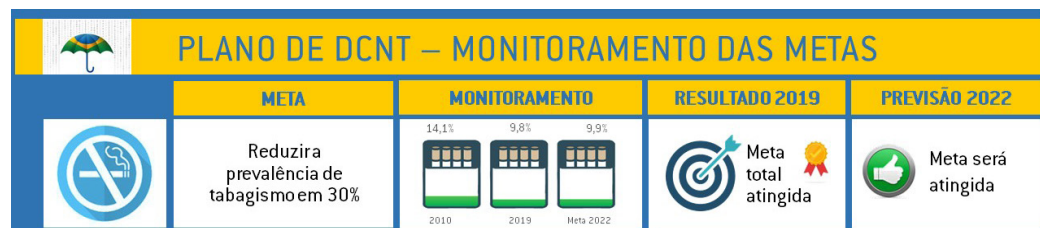


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae.

A Tabela 1 e a Figura 1 mostram que a mortalidade prematura por DCNT reduziu nos três períodos analisados, apresentando, de 2010 a 2019, redução média de 1,64 ponto percentual (p.p.) ao ano. No entanto, ao se analisar as quebras do período, observam-se velocidades de decréscimo diferentes, com maior queda acontecendo de 2010 a 2015 (3,28 p.p.) e diminuição da velocidade de redução de 2015 a 2019 (2,12 p.p.).

Considerando as variações anuais de redução, a perspectiva é que em 2022 esta meta não seja atingida.

Figura 2 – Meta de redução da prevalência de tabagismo do Plano de Enfrentamento das DCNT 2011-2022



Fonte: Vigitel (2010 e 2019).

A prevalência de tabagismo reduziu nos três períodos analisados, apresentando de 2010 a 2019 redução média de 0,48 ponto percentual ao ano. No entanto, ao se analisar as quebras do período, observam-se velocidades de decréscimo diferentes, com maior queda acontecendo de 2010 a 2015 (0,76 p.p.) e diminuição da velocidade de redução de 2015 a 2019 (0,28 p.p.) (Tabela 1 e Figura 2).

A meta de redução da prevalência de tabagismo em 30% foi atingida em 2019. A previsão é de que a prevalência de fumantes continue em queda, concluindo o período de vigência do plano de enfrentamento das DCNT com êxito no atingimento da meta proposta para esse indicador.

Figura 3 – Meta de redução do consumo abusivo de bebidas alcoólicas do Plano de Enfrentamento das DCNT 2011-2022



Fonte: Vigitel (2010 e 2019).

A prevalência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas apresentou estabilidade durante todo o período analisado (Tabela 1 e Figura 3). Para o atingimento da meta seria necessário alcançar prevalência abaixo de 16,3% em 2022. Entretanto, observando o comportamento desse indicador entre 2010 e 2019 a previsão é de que, até 2022, tal meta não seja atingida.

Figura 4 – Meta de detenção do crescimento da obesidade em adultos do Plano de Enfrentamento das DCNT 2011-2022

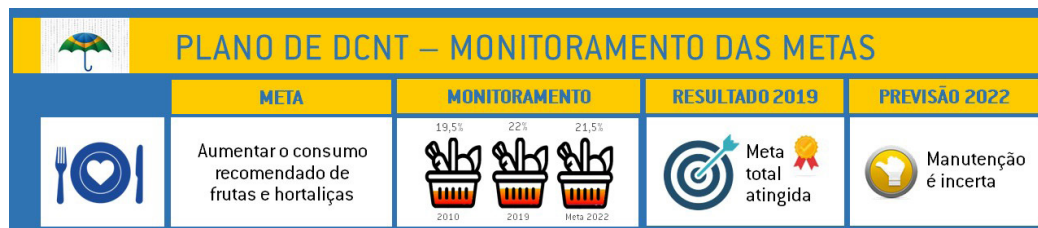


Fonte: Vigitel (2010 e 2019).

A prevalência de obesidade entre adultos apresentou aumento no período analisado (Tabela 1 e Figura 4). No entanto, observa-se que, nos últimos cinco anos (2015 a 2019), a velocidade de evolução reduziu, com aumento médio de 0,37 ponto percentual, reduziu, com aumento médio de 0,37 ponto percentual, em comparação aos primeiros anos de implantação do plano de enfrentamento das DCNT (2010 a 2015), quando foi observado um crescimento médio de 0,71 ponto percentual (Tabela 1).

Embora o aumento da obesidade entre adultos não tenha sido tão marcante nos últimos anos monitorados, a previsão é de que a prevalência continue crescendo, chegando ao final do plano de enfrentamento das DCNT sem êxito no atingimento dessa meta.

Figura 5 – Meta de aumento do consumo recomendado de frutas e de hortaliças do Plano de Enfrentamento das DCNT 2011-2022



Fonte: Vigitel (2010 e 2019).

A prevalência de consumo recomendado de frutas e de hortaliças demonstrou estabilidade de 2010 a 2019 (Tabela 1 e Figura 5). Considerando apenas o período de 2010 a 2015, ocorreu aumento médio de 1,00 ponto percentual ao ano. No entanto, ao se analisar os últimos cinco anos monitorados, observa-se que houve queda nesse período, com redução média de 0,59 ponto percentual ao ano (Tabela 1).

Assim, embora a meta relacionada ao consumo de frutas e de hortaliças tenha sido atingida já em 2011 (prevalência de 22,0%), o desempenho deste indicador apresentou piora nos últimos anos. Dessa maneira, a previsão do cumprimento da meta até 2022 é incerta.

Figura 6 – Meta de aumento da prática de atividade física no tempo livre do Plano de Enfrentamento das DCNT 2011-2022



Fonte: Vigitel (2010 e 2019).

A prevalência da prática de atividade física no tempo livre apresentou aumento anual médio de 0,93 ponto percentual de 2010 a 2019 (Tabela 1 e Figura 6). Contudo, ao se analisar os períodos fracionados, observa-se que esse crescimento se deu de 2010 a 2015 (1,30 p.p.), pois de 2015 a 2019 foi observada estabilidade na prevalência (Tabela 1).

Ressalta-se que a meta foi atingida a partir de 2013 (prevalência de 33,8%), alcançando um valor superior a 33,6%, (que equivaleria ao aumento de 10% com relação à linha de base de 2010). Nos anos seguintes, a prevalência de prática de atividade física no tempo livre manteve-se acima da meta.

Dessa maneira, a previsão é de que a meta proposta para este indicador seja concluída com êxito em 2022.

Figura 7 – Meta de aumento da cobertura de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos do Plano de Enfrentamento das DCNT 2011-2022



Fonte: Vigitel (2010 e 2019).

A cobertura de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos apresentou estabilidade de 2010 a 2019 (Tabela 1 e Figura 7). No período de 2010 a 2015, houve aumento médio de 0,97 ponto percentual ao ano. No entanto, ao se analisar os últimos cinco anos monitorados, a prevalência de mamografia manteve-se estável de 2015 a 2019 (Tabela 1). A previsão é de que se obtenha êxito no atingimento da meta proposta para esse indicador no plano de enfrentamento das DCNT.

Ressalta-se que, pelos dados da Pesquisa Nacional de Saúde, que tem representatividade nacional, a prevalência de mamografia foi de 60% em 2013 e 69,5% em 2019, aproximando-se do valor almejado. No entanto, devido à periodicidade de realização dessa pesquisa, não é possível construir uma série histórica anual para avaliar a evolução do indicador no período estudado. O monitoramento desse indicador utilizando os dados do Vigitel, que são representativos para as capitais brasileiras, apontou prevalência acima dos 70% almejados desde a linha de base.

Figura 8 – Meta de aumento da cobertura de Papanicolau do Plano de Enfrentamento das DCNT 2011-2022



Fonte: Vigitel (2010 e 2019).

A cobertura de exame Papanicolau apresentou-se estável durante todo o período analisado, variando de 82,2% em 2010 a 81,5% em 2019 (Tabela 1 e Figura 8). Salienta-se que, desde o lançamento do Plano, a meta de aumento de exame Papanicolau não foi atingida em nenhum momento (Tabela 1). A previsão é de que essa meta não seja atingida até 2022.

No geral, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, no período de 2010 a 2019, apresentou avanços e já conseguiu atingir metade das metas parciais antes mesmo do término de sua vigência, que acontecerá em 2022. A atenção se volta para aquelas com previsão de que não serão atingidas até 2022, com a necessidade de serem tomadas medidas que impactem na reversão do cenário de não alcance e que garantam as mudanças necessárias ao sucesso delas na vigência do novo Plano de Dant.

A complexidade que envolve os processos de prevenção, cuidado e tratamento das DCNT torna imperativo o acompanhamento das metas previstas no Plano de Dant para garantir a continuidade da agenda de enfrentamento dessas doenças no País. Nessa perspectiva, ações do Plano de DCNT foram migradas para este plano.

Os tópicos a seguir apresentam a situação epidemiológica das doenças crônicas e agravos não transmissíveis com o objetivo de contextualizar o novo Plano de Dant e suas ações frente às demandas oriundas do quadro mais atual de morbimortalidade no País.

PANORAMA DA MORTALIDADE POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS NO BRASIL

3.1 PANORAMA DA MORTALIDADE POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL

O Brasil vem sendo marcado, nas últimas décadas, por uma transição demográfica acelerada, que resulta da redução abrupta da taxa de fecundidade e de elevados índices de envelhecimento populacional. Por sua vez, a transição epidemiológica observada no País é marcada, entre outros aspectos, pelo desafio das doenças crônicas e de seus fatores de risco, além de forte crescimento das causas externas de morbimortalidade (DUARTE; BARRETO, 2012).

Quadro 1 – Ranking das causas básicas de óbito segundo capítulos da CID-10 e o número absoluto de óbitos por faixa etária no Brasil em 2019

Posição	0 a 9 anos	10 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 49 anos	50 a 69 anos	70 a 79 anos	≥80 anos	Total
1	C. Perinat. 20.269	C. Ext. 13.384	C. Ext. 32.100	C. Ext. 43.961	D. Ap. Circ. 113.488	D. Ap. Circ. 91.237	D. Ap. Circ. 130.243	D. Ap. Circ. 364.132
2	Malform. 9.420	Neoplasias 1.406	Neoplasias 2.735	D. Ap. Circ. 25.019	Neoplasias 98.966	Neoplasias 58.088	D. Ap. Resp. 75.657	Neoplasias 235.301
3	C. Ext. 2.926	D. Sist. Nerv. 1.109	D. Ap. Circ. 2.461	Neoplasias 23.847	D. Ap. Resp. 35.272	D. Ap. Resp. 38.018	Neoplasias 48.997	D. Ap. Resp. 162.005
4	D. Ap. Resp. 2.917	C. Mal Def. 988	C. Mal Def. 2.379	D.I.P. 10.506	D. Endocr. 26.946	D. Endocr. 21.997	D. Endocr. 27.238	C. Ext. 142.800
5	D.I.P. 1.933	D. Ap. Resp. 777	D.I.P. 2.268	D. Ap. Dig. 10.043	C. Ext. 25.940	D. Ap. Dig. 14.369	C. Mal Def. 25.185	D. Endocr. 83.483
6	D. Sist. Nerv. 1.430	D. Ap. Circ. 776	D. Ap. Resp. 1.566	C. Mal Def. 9.703	D. Ap. Dig. 25.935	C. Mal Def. 13.688	D. Sist. Nerv. 24.194	C. Mal Def. 74.972

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/MS).

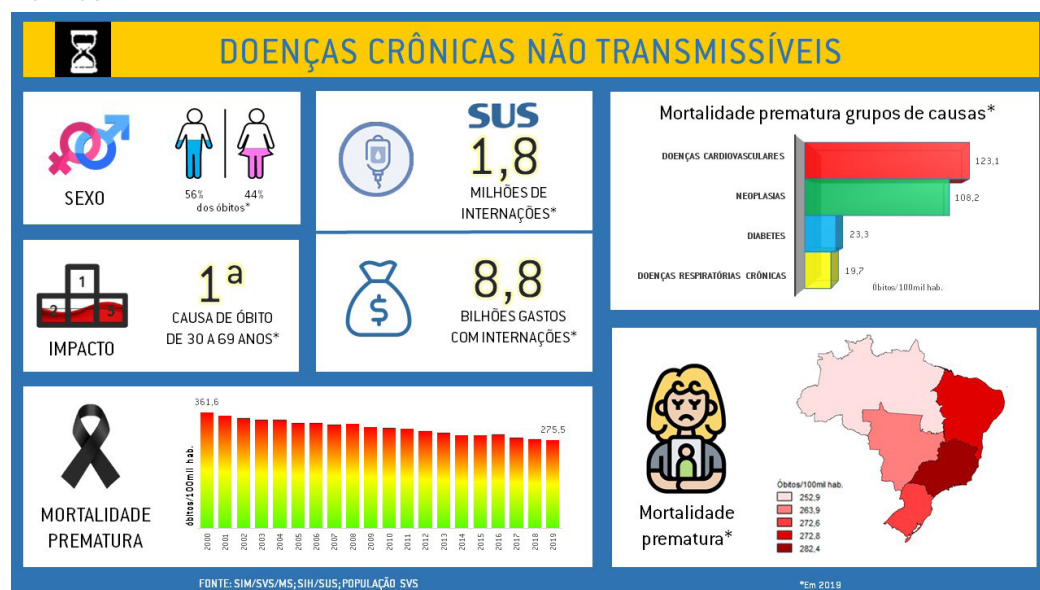
Nota: D.I.P.: doenças infecciosas e parasitárias; neoplasias; C. Ext.: causas externas; C. Perinat.: afecções do período perinatal; Mal form.: anomalias cromossômicas e malformações congênitas; D. Ap. Resp.: doenças do aparelho respiratório; D. Sist. Nerv.: doenças do sistema nervoso; D. Ap. Circ.: doenças do aparelho circulatório; D. Ap. Dig.: doenças do aparelho digestivo; D. Endócr.: doenças endócrinas; D. Ap. Uri.: doenças do aparelho geniturinário; C. Mal Def.: causas mal definidas (sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte).

As DCNT constituem o grupo de doenças de maior magnitude no mundo, atingindo, especialmente, as populações mais vulneráveis, como as de média e baixa renda e escolaridade, devido à maior exposição aos fatores de risco ou ao acesso restrito às informações e aos serviços de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

No Brasil, em 2019, as doenças do aparelho circulatório (que fazem parte do grupo das DCNT) ocuparam o primeiro lugar em número de óbitos por capítulos da CID-10. Nas faixas etárias acima de 50 anos, as principais causas de óbito, em 2019, foram as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias malignas e as doenças do aparelho respiratório (Quadro 1).

As DCNT são responsáveis pela maior carga de morbimortalidade no mundo, acarretando perda de qualidade de vida, limitações, incapacidades, além de alta taxa de mortalidade prematura (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). A Figura 9 apresenta o perfil da morbimortalidade por DCNT no Brasil.

Figura 9 – Panorama da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil

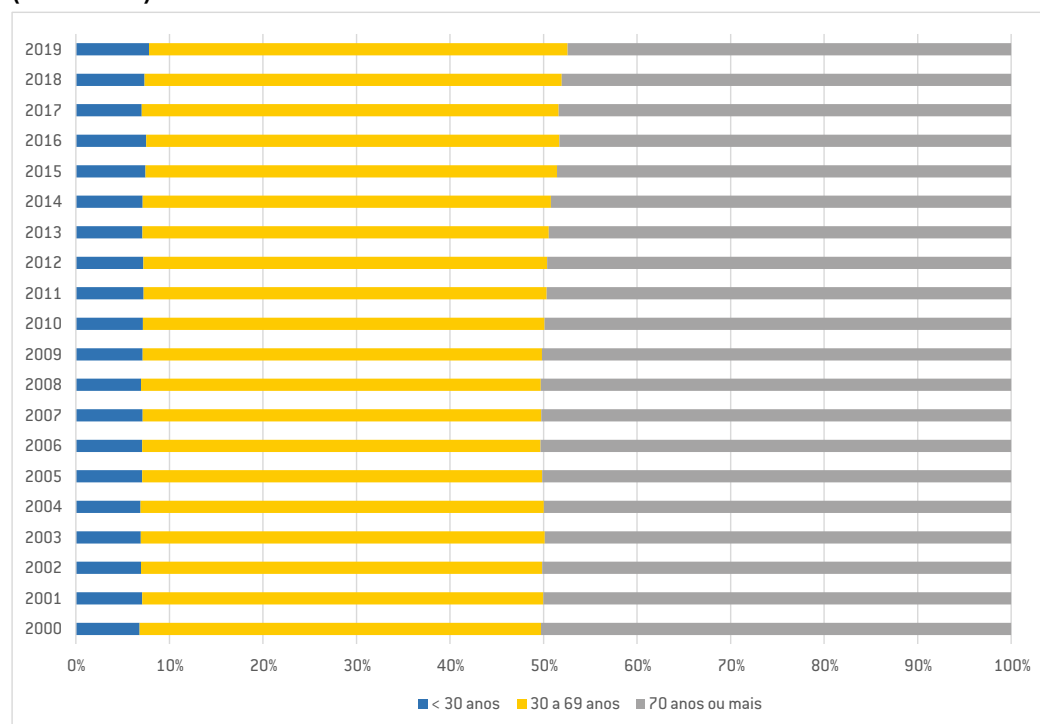


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Gastos e Internações – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).

Em 2019, foram registrados 738.371 óbitos por DCNT no Brasil. Destes, 41,8% (n=308.511) ocorreram prematuramente, ou seja, entre 30 e 69 anos de idade, perfazendo uma taxa padronizada de mortalidade de 275,5 óbitos prematuros a cada 100 mil habitantes. Observa-se, no período de 2000 a 2019, redução na contribuição de óbitos prematuros no total de óbitos por DCNT, de 47,4% em

2000 para 41,8% em 2019. Entretanto, esse percentual ainda é elevado (Figura 10). Ressalta-se, assim, que os mesmos fatores que podem impactar na redução da mortalidade prematura por essas causas também beneficiam pessoas com idade acima dos 70 anos, uma vez que as principais causas de morte e limitações na faixa etária de 30 a 69 anos são similares às aquelas que acometem indivíduos em idades mais avançadas (NORHEIM *et al.*, 2015).

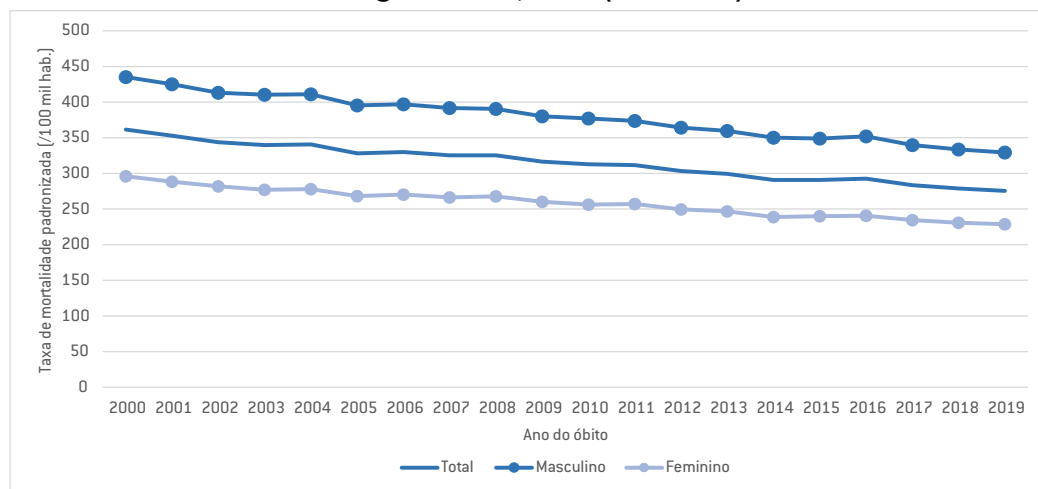
Figura 10 – Proporção de óbitos por doenças crônicas, segundo faixa etária, Brasil (2000-2019)



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGDANT/SVS/MS). Foram considerados os óbitos classificados com os códigos C00-C97, E10-E14, I00-I99, J30-J98 (exceto J36) (Doenças crônicas não transmissíveis) da CID-10. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária do indivíduo estava assinalada como “ignorada”.

Na Figura 11, é apresentada a evolução da taxa padronizada de mortalidade prematura por DCNT geral e de acordo com o sexo do indivíduo. Observa-se redução na mortalidade por essa causa no período analisado. Em 2019, no Brasil, em 56,1% dos óbitos prematuros por essa causa (n=173.207) os indivíduos eram do sexo masculino, perfazendo uma taxa padronizada de mortalidade de 329,3 óbitos a cada 100 mil habitantes. Para o sexo feminino, essa taxa foi de 228,7 óbitos a cada 100 mil habitantes no mesmo ano. É possível observar que, em todos os anos da série histórica analisada (2000 a 2019), a mortalidade prematura por DCNT foi maior para o sexo masculino. O mesmo comportamento é observado ao redor do mundo, com a mortalidade por DCNT superior em homens na maioria dos países.

Figura 11 – Taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis segundo sexo, Brasil (2000-2019)

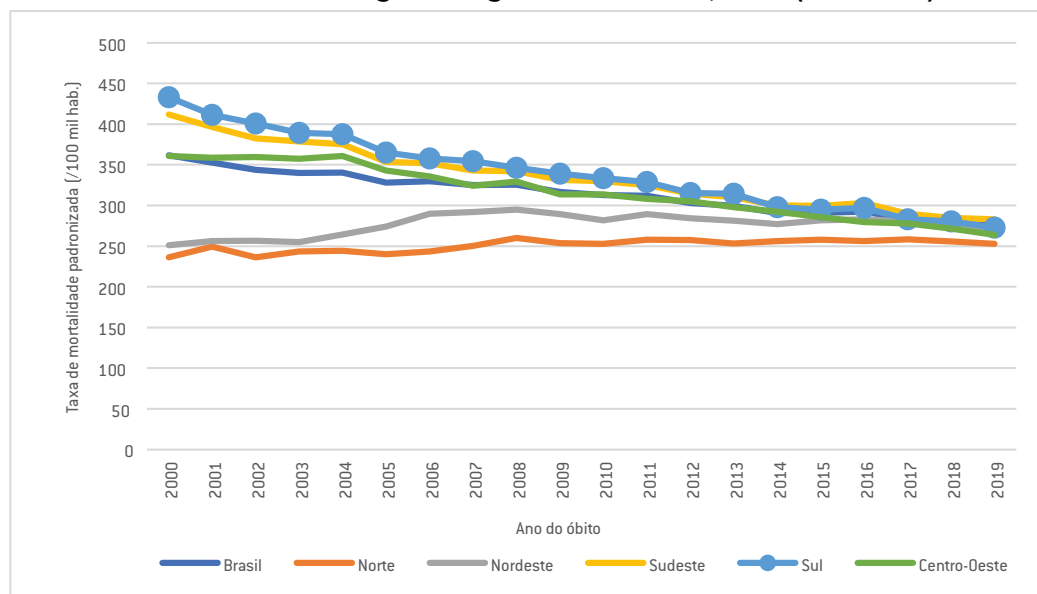


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos C00-C97, E10-E14, I00-I99, J30-J98 (exceto J36) (Doenças crônicas não transmissíveis) da CID-10.

Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária ou sexo da vítima estava assinalada como "ignorada".

Devido à dimensão do Brasil e suas diferenças regionais avaliar a distribuição da mortalidade por DCNT, a fim de identificar suas peculiaridades, é essencial. A Figura 12 apresenta a evolução da taxa padronizada de mortalidade prematura por DCNT de acordo com a região de residência. A diferença regional na magnitude das taxas observadas era ampla entre as regiões nos anos 2000, sendo maior nas Regiões Sul e Sudeste do País. Em 2019, embora a taxa do Sudeste continue sendo a maior, todas as taxas das regiões tenderam a se aproximar ao longo dos anos analisadas. Isso demonstra que as DCNT estão disseminadas por todo o Brasil e são causa de morte importante em todas as cinco regiões geográficas, na faixa etária de 30 a 69 anos.

Figura 12 – Taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis segundo região de residência, Brasil (2000-2019)



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGDANT/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos C00-C97, E10-E14, I00-I99, J30-J98 (exceto J36) (Doenças crônicas não transmissíveis) da CID-10. Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil Censo 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária ou região de residência da vítima estava assinalada como “ignorada”.

Ao se analisar o comportamento das quatro principais DCNT por sexo é possível observar que, na população masculina, as doenças cardiovasculares foram responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade em todo o período, embora tenha havido decréscimo em sua magnitude. Na população feminina, as doenças cardiovasculares foram responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade até o ano de 2013. A partir de 2014, a mortalidade por neoplasias malignas passou a ser a maior causa de morte por DCNT entre as mulheres (Figura 13).

Figura 13 – Taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis segundo grupo de causa, Brasil (2000-2019)

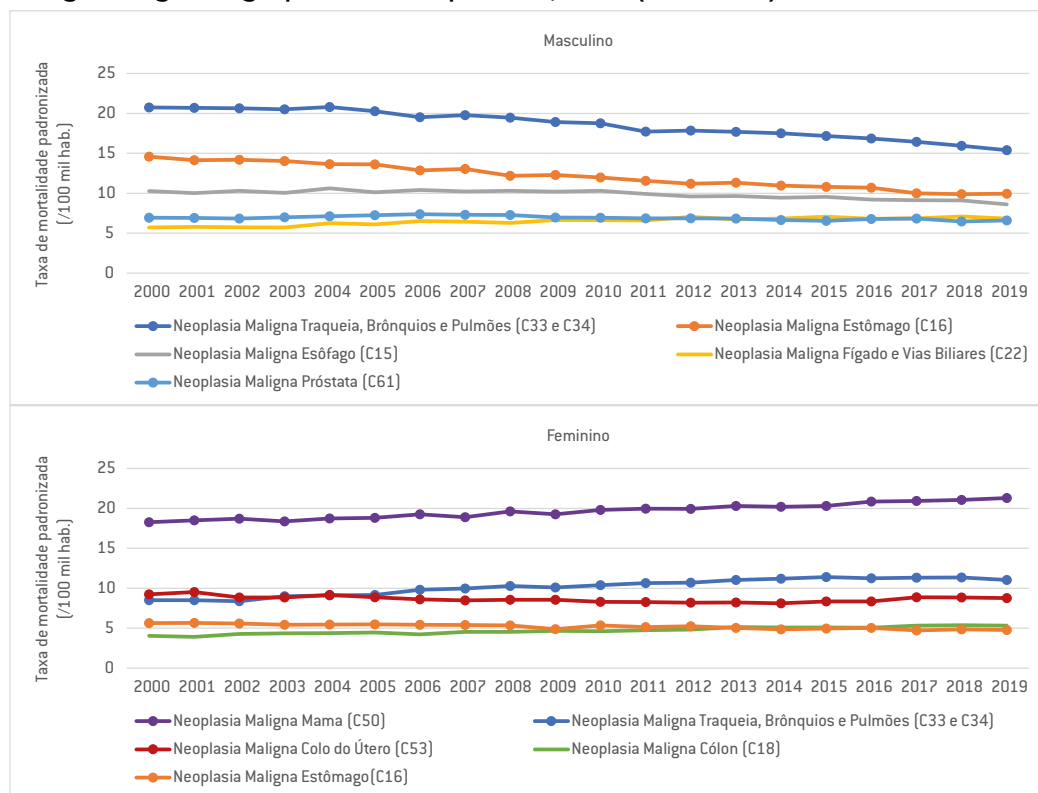


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGDANT/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos C00-C97, E10-E14, I00-I99, J30-J98 (exceto J36) (Doenças crônicas não transmissíveis) da CID-10. Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil Censo 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária ou sexo da vítima estava assinalada como “ignorada”.

A mortalidade por neoplasias malignas tem crescido em todo o mundo e esta já representa a segunda causa de morte na maioria dos países (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Em 80% dos países, a tendência da mortalidade prematura por câncer está prejudicando o progresso para o atingimento da meta 3.4 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, que é a redução de 1/3 da mortalidade prematura de DCNT até 2030 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Em 2019, foram registrados, no Brasil, 120.994 óbitos por neoplasias malignas, cujos indivíduos estavam na faixa etária de 30 a 69 anos. A Figura 14 apresenta a evolução das taxas padronizadas de mortalidade prematura pelos grupos de causas incluídos nas neoplasias malignas, no período de 2000 a 2019, segundo sexo.

Figura 14 – Taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por neoplasias malignas segundo grupos de causa por sexo, Brasil (2000-2019)



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGDANT/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos C00-C97 (Neoplasias) da CID-10.

Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil Censo 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária ou sexo da vítima estava assinalada como “ignorada”.

Na população masculina, as neoplasias malignas de brônquios e pulmões foram responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade em todo o período, apresentando decréscimo em sua magnitude a partir de 2004.

Entre as mulheres, as neoplasias de brônquios e pulmões estavam em terceiro lugar entre as causas de morte por neoplasias malignas até 2005, passando para o segundo lugar a partir de então. Ao contrário dos homens, as mulheres vêm apresentando aumento na taxa de mortalidade por neoplasia malignas dos brônquios e pulmões (Figura 14). Contudo, estimativas do Instituto Nacional de Câncer (Inca) indicam que a mortalidade por esta causa entre mulheres se estabilizará a partir de 2030, em consequência direta da diminuição da prevalência de tabagismo na população feminina. Essa mudança tardia em relação à população masculina pode decorrer do fato de as maiores prevalências de tabagismo entre mulheres terem sido observadas, historicamente, em momentos posteriores àqueles em que ocorreram as maiores prevalências entre homens (SOUZA *et al.*, 2020).

A neoplasia de mama foi responsável pela maior taxa de mortalidade por neoplasia malignas em mulheres em todo o período analisado, sendo verificado acréscimo em sua magnitude ao longo dos anos (Figura 14). A Figura 15 apresenta o panorama da morbimortalidade por neoplasia maligna de mama no Brasil.

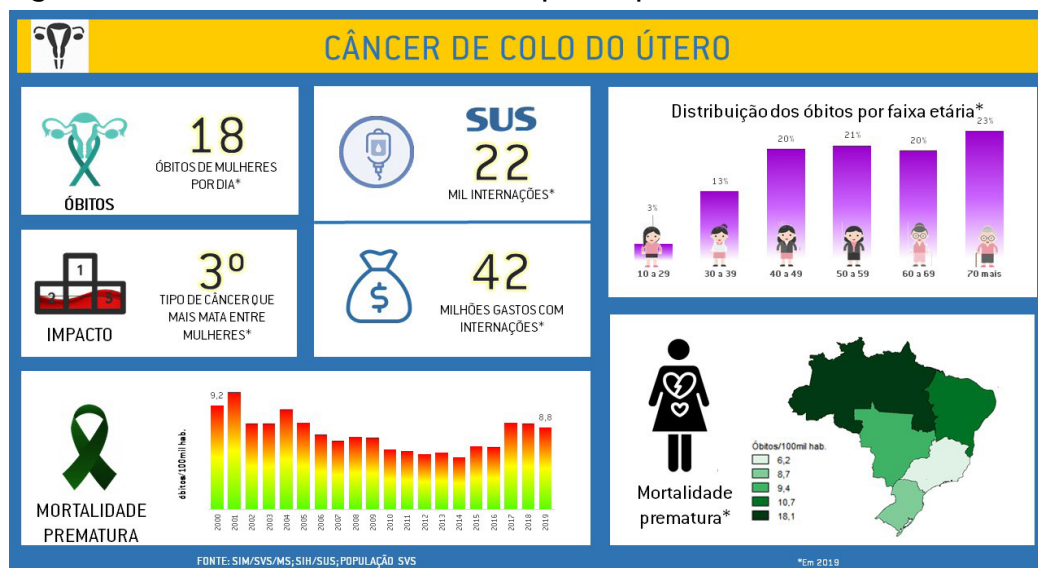
Figura 15 – Panorama da morbimortalidade por neoplasia maligna de mama no Brasil



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Gastos e Internações – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).

Quanto à neoplasia maligna do colo do útero, observa-se pouca variação na mortalidade por esta causa no período de 2000 a 2019, permanecendo como a terceira causa de morte por neoplasias malignas entre mulheres desde 2005 (Figura 14). A Figura 16 apresenta o panorama da morbimortalidade por neoplasia maligna de colo do útero no Brasil.

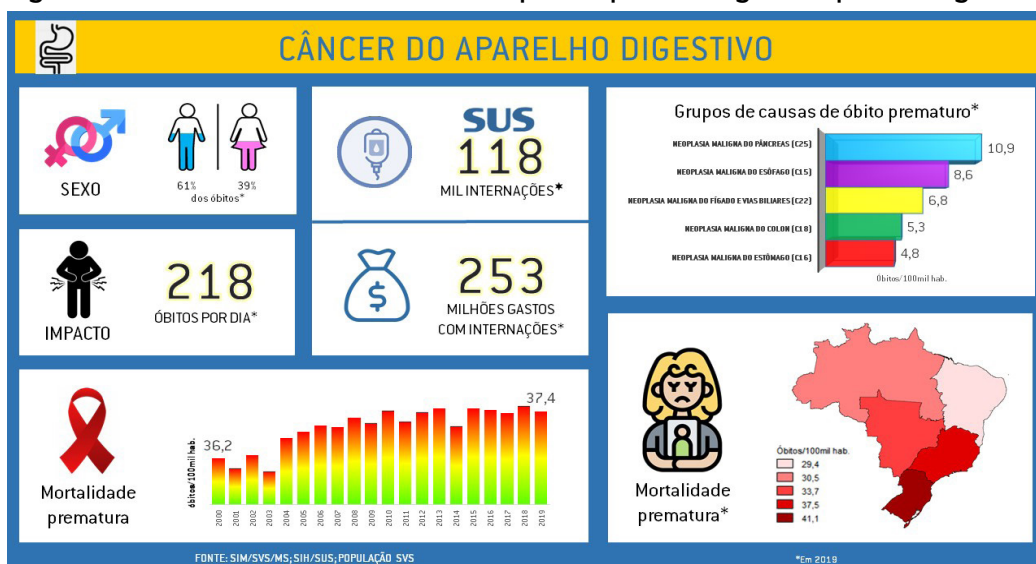
Figura 16 – Panorama da morbimortalidade por neoplasia de colo de útero no Brasil



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Gastos e Internações – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).

Ainda na Figura 14, destacam-se entre as cinco principais neoplasias malignas que levam homens e mulheres ao óbito prematuro aquelas relacionadas ao aparelho digestivo, com localização no pâncreas, no estômago, no esôfago, no cólon, no fígado e nas vias biliares. Globalmente, observa-se uma transição dos principais tipos de câncer, com declínio daqueles associados a infecções e aumento daqueles relacionados a atitudes associadas à urbanização, tais como sedentarismo e alimentação inadequada (BRAY *et al.*, 2018). A Figura 17 apresenta o panorama da morbimortalidade por neoplasia maligna de aparelho digestivo no Brasil.

Figura 17 – Panorama da morbimortalidade por neoplasia maligna do aparelho digestivo



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Gastos e Internações – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).

Um exemplo do impacto dos hábitos de vida nas neoplasias do aparelho digestivo são os fatores de risco relacionados a neoplasias malignas de cólon e reto e estômago, entre os quais estão a obesidade, a inatividade física, o tabagismo, o alto consumo de carne processada, a alimentação pobre em frutas e hortaliças e o consumo excessivo de álcool; os fatores de risco que serão apresentados a seguir (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA; BRASIL, 2019).

3.2 PANORAMA DA PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL

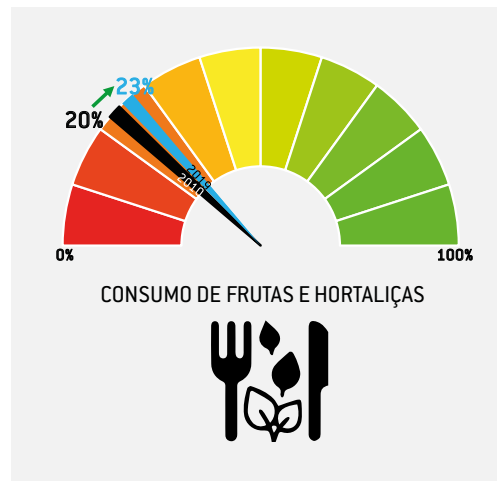
No contexto das DCNT, emerge a necessidade premente de conhecer o comportamento da população, que pode refletir em impactos na saúde em todas as fases da vida, visto que as condições em que as pessoas vivem e trabalham influenciam a qualidade de vida e saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). A maioria das mortes prematuras está ligada a fatores de risco modificáveis, tais como obesidade, hábito alimentar inadequado, inatividade física, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, poluição ambiental e saúde mental. Políticas de saúde que criam ambientes propícios para escolhas saudáveis e acessíveis são essenciais para motivar as pessoas a adotarem e manterem comportamentos saudáveis (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017).

A alimentação adequada e saudável é um direito humano básico e está relacionada à melhoria da saúde, ao menor risco de doenças não transmissíveis e à longevidade. O efeito benéfico sobre a prevenção de doenças advém do alimento em si e das combinações de nutrientes e outros compostos químicos que fazem parte da matriz do alimento, mais do que de nutrientes isolados. A Figura 18 apresenta o monitoramento da prevalência de consumo recomendado de frutas e de hortaliças nas capitais brasileiras e do Distrito Federal, nos anos de 2010 e 2019.

Você sabia?

Frutas e hortaliças são alimentos essenciais para um padrão saudável de alimentação, pois contêm diversos elementos fundamentais, favorecendo a manutenção da saúde e do peso corporal. Por outro lado, o consumo de alimentos ultraprocessados, determina, entre outras consequências, o desequilíbrio na oferta de nutrientes e a ingestão excessiva de calorias (BRASIL, 2014). Além disso, segundo a OMS o consumo de açúcares livres deve ser reduzido para menos de 10% da ingestão calórica total (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Figura 18 – Monitoramento do consumo recomendado de frutas e de hortaliças de 2010 e 2019, capitais brasileiras e Distrito Federal



Fonte: Vigitel (2010 e 2019).

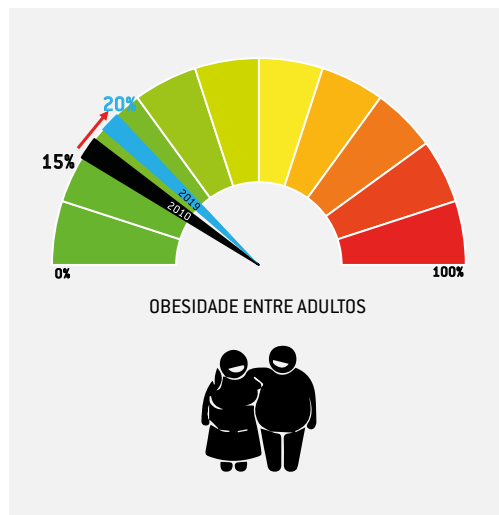
Segundo dados do Vigitel 2019, na população adulta (≥ 18 anos), a frequência de consumo recomendado de frutas e hortaliças foi de 22,9%, a frequência de consumo de cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados foi de 18,2% e o consumo regular de bebidas adoçadas foi de 15,0%.

Segundo a OMS, a prevalência de crianças com excesso de peso passou de 4,8% para 5,9% entre 1990 e 2018, aumento de mais de 9 milhões de crianças. Além disso, de 2006 a 2019 houve aumento de 72% na prevalência de obesidade em adultos das capitais brasileiras, passando de 11,8% para 20,3%, sendo observado aumento tanto no sexo masculino como no feminino. A Figura 19 apresenta o monitoramento da prevalência de obesidade em adultos nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, nos anos de 2010 e 2019.

Você sabia?

O excesso de peso e a obesidade em adultos também estão aumentando em quase todas as regiões e países, com 1,9 bilhão de pessoas acima do peso em 2016, das quais 650 milhões (13% da população mundial) são obesos.

Figura 19 – Monitoramento da obesidade de 2010 e 2019, capitais brasileiras e Distrito Federal



Fonte: Vigitel (2010 e 2019).

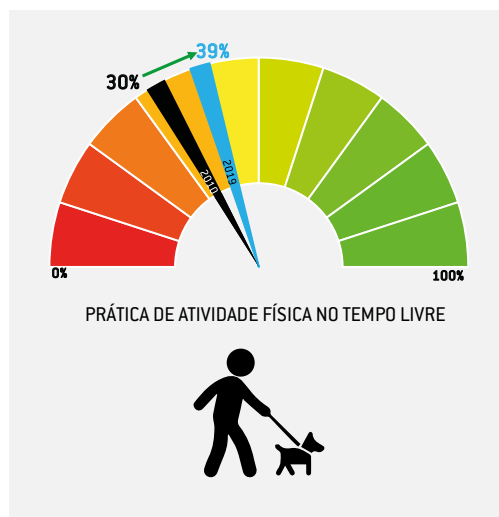
Para a redução da prevalência de doenças cardiovasculares, diabetes, câncer, obesidade, entre outras e, em última instância, para redução da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis são bem estabelecidos e reconhecidos, também, os benefícios da atividade física (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

De acordo com estudo que descreveu os níveis de atividade física insuficiente na população de diversos países, em 2016, a prevalência global padronizada por idade deste indicador foi de 27,5%. Este valor permaneceu estável entre 2001 e 2016 (GUTHOLD *et al.*, 2018). A Figura 20 apresenta o monitoramento da prevalência de prática de atividade física no tempo livre nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, no anos de 2010 e 2019.

Você sabia?

Estudo com dados do *Vigitel 2019* mostrou que a prática da atividade física no tempo livre está associada a fatores sociodemográficos e a hábitos saudáveis. A prática de atividade física é mais prevalente entre os mais jovens, do sexo masculino, com maior escolaridade, da cor branca, com plano de saúde, não fumantes e que consomem frutas e hortaliças (BRASIL, 2020a).

Figura 20 – Monitoramento da prática de atividade física de 2010 e 2019, capitais brasileiras e Distrito Federal



Fonte: Vigitel (2010 e 2019).

No Brasil, em 2019, o percentual de adultos que praticaram atividades físicas no tempo livre equivalentes a, pelo menos, 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana foi de 39%, sendo maior entre os homens, com tendência à diminuição com a idade e aumentando fortemente de acordo com o nível de escolaridade.

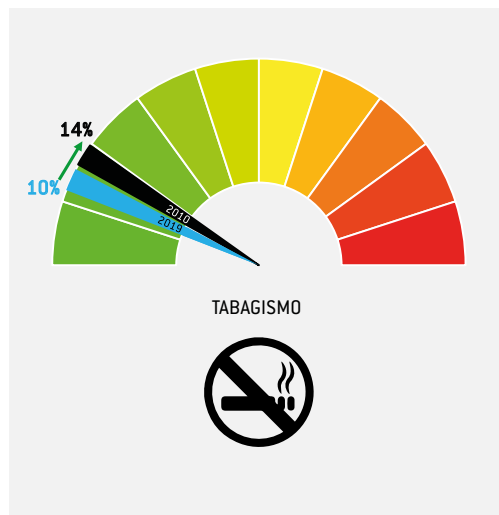
Outro fator de risco importante para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é o tabagismo, que está relacionado ao desenvolvimento de vários tipos de neoplasias malignas, doenças do aparelho respiratório, doenças cardiovasculares, entre outras doenças. O tabagismo constitui grande ameaça à saúde pública, sendo responsável por mais de 8 milhões de mortes por ano no mundo, das quais cerca de 1,2 milhão são decorrentes do fumo passivo.

De acordo com dados do Vigitel 2019, a prevalência de tabagismo na população das capitais brasileiras e do Distrito Federal foi de 9,8%, sendo maior em homens, na população com menor escolaridade e na faixa etária entre 45 e 54 anos (BRASIL, 2020a). A Figura 21 apresenta o monitoramento da prevalência de tabagismo nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, nos anos de 2010 e 2019. Segundo estudo que avaliou a tendência da prevalência de fumantes no Brasil no período de 2006 a 2014, houve redução relativa de 0,645 ponto percentual a cada ano, passando de 15,6% em 2006 a 10,8% em 2014 (MALTA *et al.*, 2020).

Você sabia?

Ainda que a prevalência venha diminuindo ao longo dos anos, o tabagismo continua sendo responsável por um extenso número de mortes evitáveis. Estima-se que, em 2015, tenha sido responsável por 156.216 mortes (428 mortes ao dia), representando 12,6% do total das mortes que ocorreram no Brasil. Além disso, destaca-se a relevância dos anos de vida perdidos, a qualidade de vida associados ao tabagismo e do alto custo da assistência médica atribuível ao tabagismo.

Figura 21 – Monitoramento do tabagismo de 2010 e 2019, capitais brasileiras e Distrito Federal



Fonte: Vigitel (2010 e 2019).

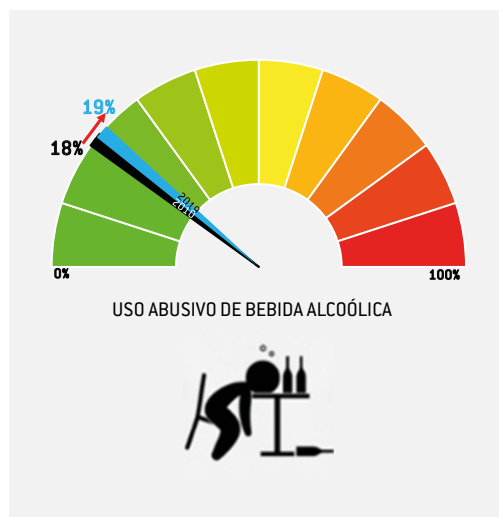
O consumo do álcool também é um dos principais fatores de risco para a saúde da população mundial, e o avanço no conhecimento sobre o impacto do seu uso abusivo sobre a saúde dos indivíduos e das populações vem evidenciando a associação da substância com a mortalidade e a ocorrência de uma ampla variedade de doenças crônicas, como neoplasias malignas, doenças cardiovasculares, doenças do fígado, entre outras (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

De acordo com estimativas do Global Burden of Disease (GBD), em 2017, aproximadamente 6,2% de todos os óbitos ocorridos no Brasil estavam relacionados ao uso do álcool. Além disso, quando observados os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALYs – Disability Adjusted Life Years), o uso de álcool foi o terceiro principal fator de risco comportamental para carga de doença no Brasil e o quarto no mundo. A Figura 22 apresenta o monitoramento da prevalência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, nos anos de 2010 e 2019.

Você sabia?

Além da relação das bebidas alcoólicas com as DCNT, evidências indicam a importante contribuição destas na ocorrência de lesões intencionais e não intencionais, como acidentes de trânsito, quedas, afogamentos, intoxicações, violência interpessoal e autoprovocada.

Figura 22 – Monitoramento do uso de bebidas alcoólicas 2010 e 2019, Capitais Brasileiras e Distrito Federal



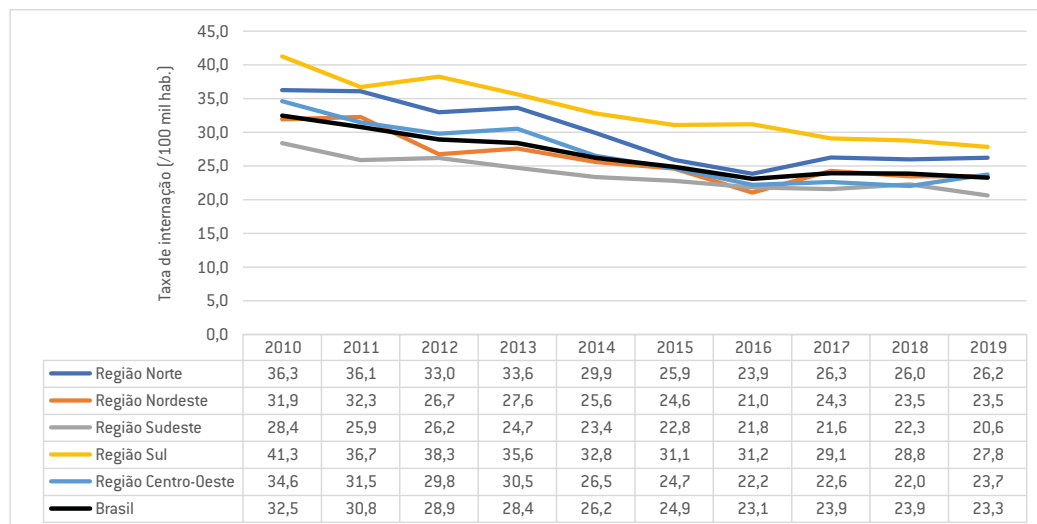
Fonte: Vigitel (2010 e 2019).

Entre os fatores causais associados às DCNT, a poluição do ar ambiente (outdoor) é considerada um importante determinante de saúde e principal fator de risco ambiental para a saúde humana. Estima-se que ocorram, anualmente, 4,2 milhões de mortes prematuras atribuídas à poluição do ar ambiente no mundo. Responsável pelo desenvolvimento, pela exacerbação e pela morte por doenças crônicas e agudas, estima-se que a poluição do ar tenha sido responsável, no ano de 2016, por aproximadamente 58% de mortes prematuras por doenças cerebrovasculares e doenças isquêmica do coração; 18% por doença pulmonar obstrutiva crônica e infecção respiratória aguda baixa; e 6% por câncer de pulmão, traqueia e brônquios (BRASIL, 2018).

De modo geral, o número de óbitos por DCNT devido à poluição do ar (MP2,5 e O3) aumentou no Brasil e nas unidades federadas entre os anos 2006 e 2016. Enquanto em 2006 um total de 22.395 óbitos atribuídos a esses poluentes foram estimados para homens no Brasil, em 2016 esse número subiu para 25.435.

O impacto da poluição do ar em crianças é significativo. Apesar de não ser a única causa das doenças respiratórias, contribui para internações por esta causa em todo o País (Figura 23).

Figura 23 - Taxa de internação de menores de 5 anos por doenças respiratórias, Brasil e regiões, 2010 a 2019



Fonte: Internações – Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS); População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram consideradas as internações classificadas com os códigos J00-J99 da CID-10.

A vacina contra o papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) – HPV quadrivalente – foi inserida no Calendário Nacional de Vacinação para reforçar as ações de prevenção do câncer do colo do útero. Em 2019, este agravo representou a terceira neoplasia maligna mais frequente na população feminina e a terceira causa de morte de mulheres por neoplasias malignas no Brasil. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda uma abordagem integral para prevenção e controle das neoplasias malignas de colo do útero, apresentando a vacinação como um dos avanços tecnológicos para o enfrentamento dessa doença na população mundial.

A Estratégia da Saúde Global de Infecções Sexualmente Transmissíveis 2016-2021 destacou, como um de seus objetivos principais, o alcance de 90% de cobertura nacional e de pelo menos 80% em cada distrito (ou unidade administrativa equivalente) em países que incluíram a vacinação contra HPV em seu Programa Nacional de Imunização, tendo o intuito de eliminar o câncer do colo do útero.

A complexidade inerente ao processo de cuidado e de prevenção das DCNT é extensiva, com respectivas particularidades, aos acidentes e agravos, que serão apresentados no tópico a seguir.

PANORAMA DA MORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS NO BRASIL

Nos últimos anos, os avanços na área de saúde causaram impactos positivos, como o aumento da expectativa de vida da população brasileira. Este é um fenômeno mundial devido, principalmente, a avanços na medicina e a melhorias na qualidade de vida. Porém, sobretudo a partir de 1980, as causas externas (acidentes e violências) de morbimortalidade passaram a constituir grave problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento (LEMOS; JORGE; RIBEIRO, 2013).

Em virtude da gravidade das lesões provocadas por acidentes e violências, grande parte das vítimas acaba necessitando de atendimento ambulatorial, internação hospitalar ou reabilitação relacionada às sequelas físicas e/ou psicológicas. Assim, além do impacto no perfil de mortalidade, as causas externas representam importante desafio para o padrão de morbidade da população.

Além dos sistemas de saúde, as causas externas de morbimortalidade geram grande pressão sobre o sistema judiciário, previdenciário e serviços sociais. Ademais, a maior parte das mortes por essa causa ocorre entre jovens. Isso significa grande prejuízo para a sociedade, que se vê privada do potencial econômico e intelectual das vítimas em idade produtiva. Assim, cada vez mais, a morbimortalidade por causas externas impacta sobre a economia dos países, constituindo um desafio para as autoridades sanitárias.

No Brasil, as causas externas constituem importante elemento no perfil de morbimortalidade da população, principalmente quando se observa a ocorrência de lesões relacionadas ao trânsito, às agressões e às quedas. Entre as causas externas de mortalidade, em 2019, os grupos de maiores magnitudes foram as agressões, os acidentes de transporte e outras causas externas acidentais (Quadro 2).

Quadro 2 – Ranking dos principais grupos de causas de óbito entre as causas externas, segundo faixa etária. Brasil, 2019

Posição	0 a 9 anos	10 a 19 anos	20 a 39 anos	40 a 59 anos	60 a 79 anos	≥80 anos	Total
1	Outras C. Ext. Acidentais 1.751	Agressões 6.561	Agressões 26.402	Acidentes de Transporte 10.034	Outras C. Ext. Acidentais 7.779	Outras C. Ext. Acidentais 9.508	Agressões 44.033
2	Acidentes de Transporte 568	Acidentes de Transporte 2.588	Acidentes de Transporte 13.620	Agressões 8.242	Acidentes de Transporte 4.987	Eventos intenção indeterminada 2.356	Acidentes de Transporte 32.879
3	Eventos intenção indeterminada 290	Outras C. Ext. Acidentais 1.425	Lesões autoprovocadas 5.601	Outras C. Ext. Acidentais 6.267	Eventos intenção indeterminada 3.126	Acidentes de Transporte 848	Outras C. Ext. Acidentais 31.865

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/MS). Foram considerados como óbitos por causas externas aqueles cuja causa básica consta no Capítulo XX da CID-10. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária ou sexo da vítima estava assinalada como “ignorada”.

No Brasil, em 2019, foram registrados 142.800 óbitos por causas externas. As agressões foram responsáveis por 44.033 óbitos (30,8%). As lesões fatais decorrentes de acidentes de transporte determinaram 32.879 óbitos (23,0%), dos quais 31.945 foram provocados por lesões de trânsito. As lesões autoprovocadas foram responsáveis por 13.520 óbitos (9,5%) e outras causas externas de lesões acidentais, incluindo quedas e afogamentos, por 31.865 óbitos (22,3%).

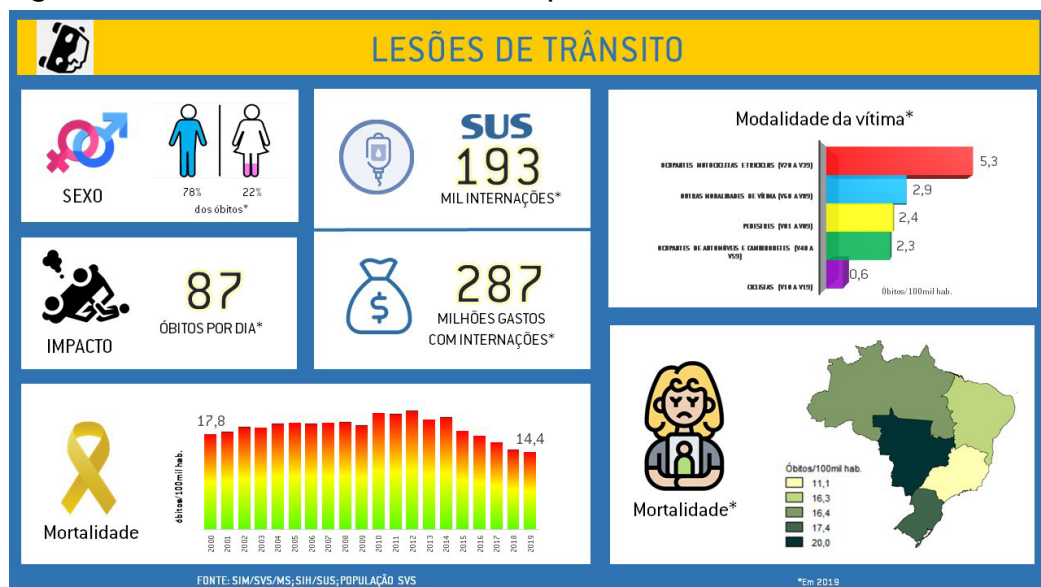
Cada uma dessas causas merece destaque em uma análise mais detalhada, que será apresentada a seguir.

4.1 LESÕES DE TRÂNSITO

O relatório sobre lesões de trânsito apresentado pela Organização Mundial da Saúde (OMS,) em 2019, apontou progressos alcançados em relação a estas. A taxa de mortalidade por essa causa se estabilizou nos últimos anos, mas não foi suficiente para compensar uma rápida e crescente motorização em várias partes do mundo. Além disso, as lesões de trânsito constituem a principal causa de morte de crianças e adultos jovens de 5 a 29 anos, sinalizando a importância desta grave e complexa questão de saúde pública.

No Brasil, as lesões de trânsito representam a segunda causa de morte entre as causas externas, com maior ocorrência entre jovens e adultos de 15 a 39 anos. A Figura 24 apresenta o panorama da morbimortalidade por lesões de trânsito no Brasil.

Figura 24 – Panorama da morbimortalidade por lesões de trânsito no Brasil



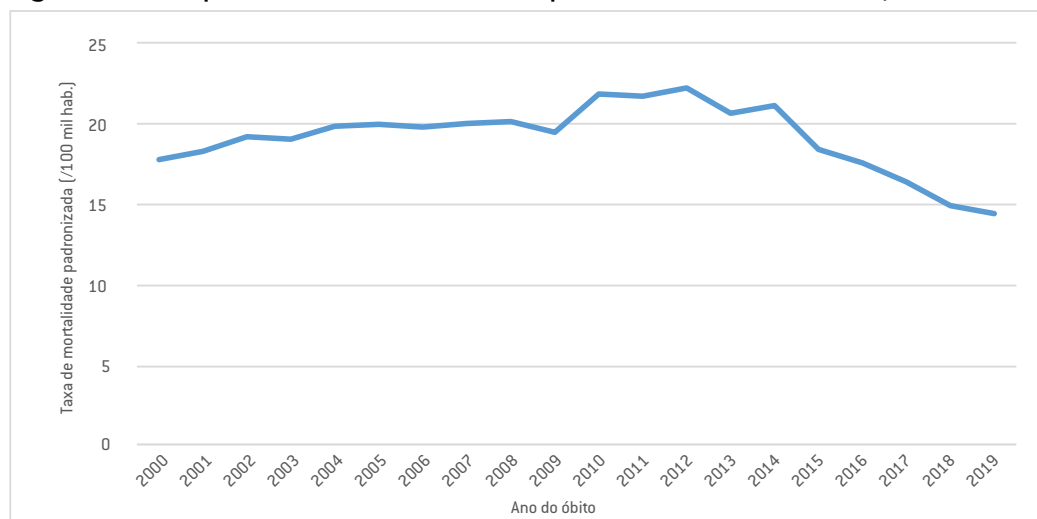
Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Gastos e Internações – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).

Diversos são os fatores associados à ocorrência de lesões e mortes no trânsito como, por exemplo: as condições da via; aumento da frota de veículos, principalmente das motocicletas; o uso do álcool associado à direção veicular; o não uso de equipamentos de segurança (cintos de segurança, capacetes, dispositivo de retenção para crianças, entre outros) (SILVA; OYAMA; SANCHEZ, 2016, MORAIS NETO *et al.*, 2016). Também, o uso do celular pelo condutor, alta velocidade e desrespeito à legislação vigente (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Dessa forma, tornam-se importantes as abordagens que enfatizam a promoção e a educação em saúde visando à redução de riscos no trânsito. Iniciativas que visem estruturar ações nos estados e nos municípios devem ser estimuladas e apoiadas pelos governos federal, estadual e municipal, concomitantemente com o desenvolvimento e o aprimoramento de políticas voltadas para a mobilidade segura e sustentável, intensificação da fiscalização de caráter contínuo, educação e conscientização da população.

A Figura 25 apresenta a evolução da taxa de mortalidade por lesões de trânsito, no Brasil, no período de 2000 a 2019. É possível observar que, após 2014, ocorreu um declínio persistente da mortalidade por esta causa. Entre 2000 e 2019, houve 18,8% de redução. Considerando o período de 2014 a 2018, essa redução foi de 31,6%. Ainda assim, em 2019 ocorreram 31.945 óbitos decorrentes de lesões de trânsito no País, o que representa 14,4 óbitos a cada 100 mil habitantes.

Figura 25 – Taxa padronizada de mortalidade por lesões de trânsito. Brasil, 2000 a 2019

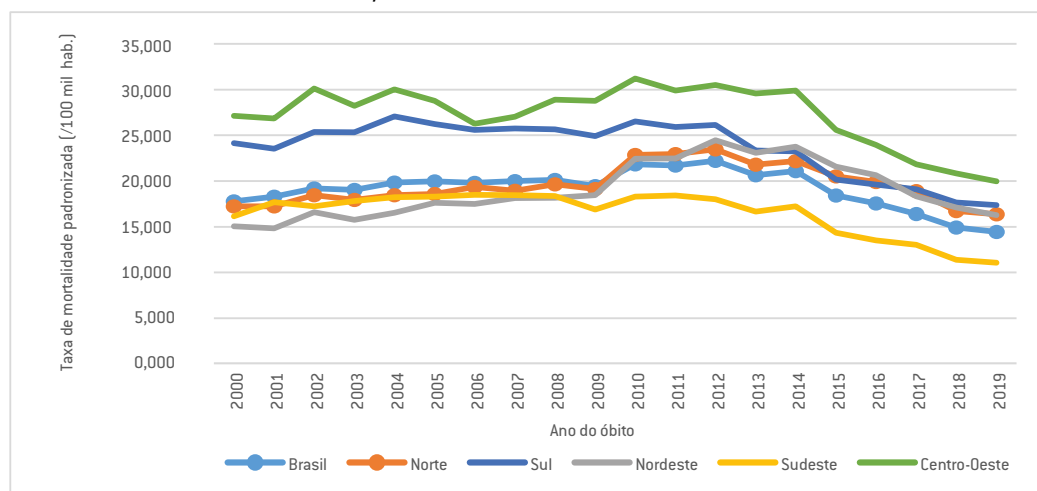


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos V01 a V89 (Acidentes de transporte terrestre) da CID-10.

Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”.

A Figura 26 apresenta a evolução da taxa de mortalidade por lesões de trânsito de acordo com a região de residência da vítima. As maiores taxas de mortalidade por essa causa foram observadas na Região Centro-Oeste em todo o período analisado. Até 2008, as menores taxas foram observadas na Região Nordeste. De 2009 a 2019, a Região Sudeste foi responsável pelas menores taxas de mortalidade por lesões de trânsito, com decréscimo persistente destas.

Figura 26 – Taxa padronizada de mortalidade por lesões de trânsito, segundo região de residência da vítima. Brasil, 2000 a 2019

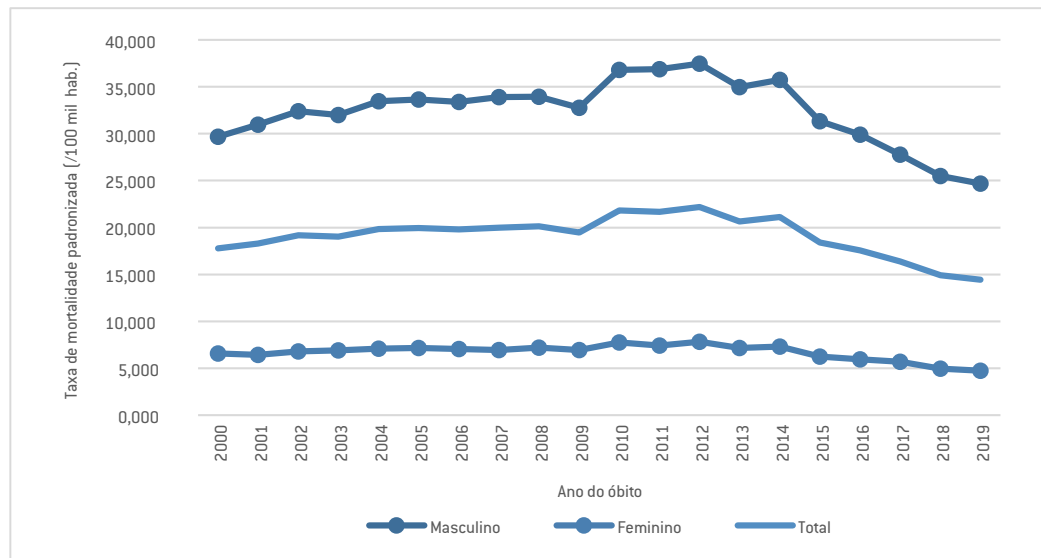


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos V01 a V89 (Acidentes de transporte terrestre) da CID-10.

Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”.

Na Figura 27 está representada a evolução da taxa de mortalidade por lesões de trânsito, no Brasil, de acordo com o sexo da vítima. Em 2019, em 77,6% dos óbitos por esta causa (n=24.798) a vítima era do sexo masculino, perfazendo uma mortalidade de 24,7 óbitos por 100 mil habitantes. Para o sexo feminino, esta taxa foi de 4,7 óbitos por 100 mil habitantes no mesmo ano. É possível observar que, em todos os anos da série histórica analisada (2000 a 2019), a mortalidade por lesões de trânsito foi maior para o sexo masculino.

Figura 27 – Taxa padronizada de mortalidade por lesões de trânsito, segundo sexo da vítima. Brasil, 2000 a 2019

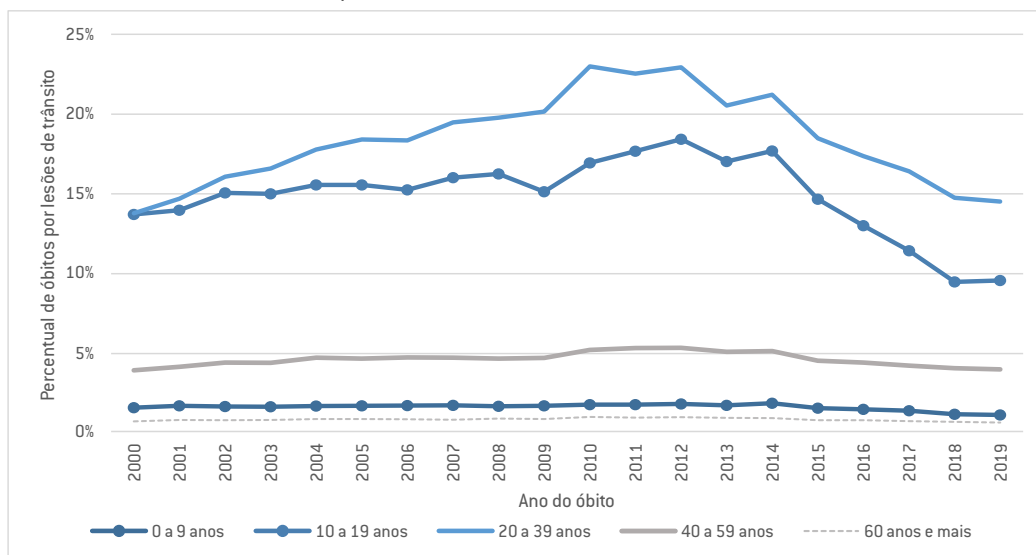


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos V01 a V89 (Acidentes de transporte terrestre) da CID-10.

Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”.

Em 2019, a faixa etária mais frequente entre as vítimas fatais de lesões de trânsito foi de 20 a 39 anos, sendo que esta concentrou 43,0% dos óbitos (n=13.249). Em todo o período analisado, a maior mortalidade proporcional por esta causa foi observada na faixa etária de 20 a 39 anos, sendo que em 2010 as lesões de trânsito representaram 23,0% de todos os óbitos de indivíduos nesta faixa etária (Figura 28).

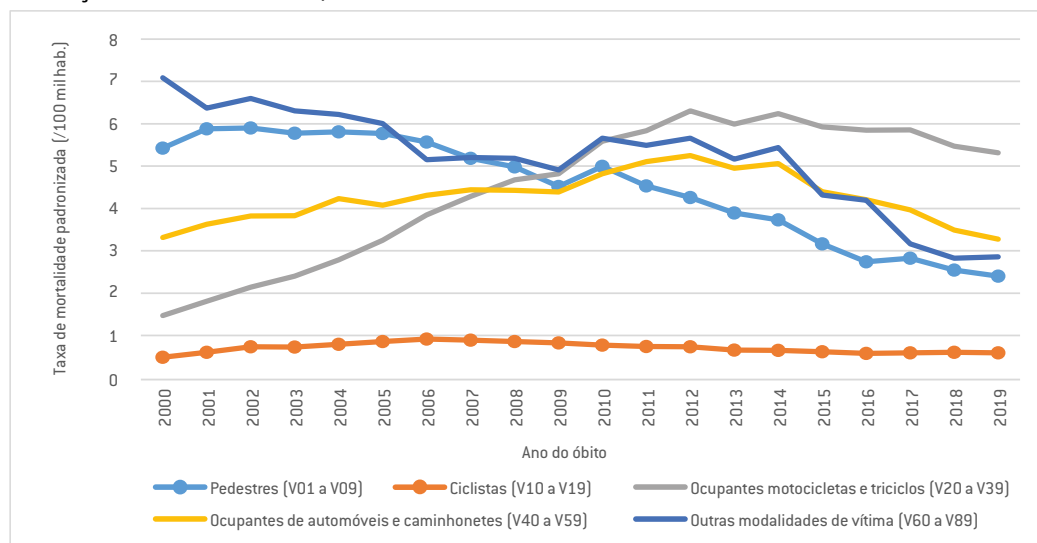
Figura 28 – Proporção de óbitos por lesões de trânsito no total de óbitos, segundo faixa etária da vítima. Brasil, 2000 a 2019



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS). Foram considerados os óbitos classificados com os códigos V01 a V89 (Acidentes de transporte terrestre) da CID-10. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”.

Em 33,0% dos óbitos por lesões de trânsito ocorridos no Brasil em 2019 (n=10.533), a vítima encontrava-se na condição de ocupante de motocicleta ou triciclo. Embora a taxa de mortalidade de ocupantes de automóveis e caminhonetes tenha sido crescente até 2012, a mortalidade de ocupantes de motocicletas e triciclos a suplantou no ano de 2008. Após 2014, houve redução da mortalidade para todas as categorias de vítimas de lesões de trânsito (Figura 29).

Figura 29 – Taxa padronizada de mortalidade por lesões de trânsito, segundo condição da vítima. Brasil, 2000 a 2019



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae.
Foram considerados os óbitos classificados com os códigos V01 a V89 (Acidentes de transporte terrestre) da CID-10. Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”.

4.2 HOMICÍDIOS

A violência atinge milhões de pessoas em todo o mundo. As consequências da violência podem levar ao maior consumo de álcool e de drogas, à depressão, ao suicídio, à evasão escolar, ao desemprego e a recorrentes dificuldades de relacionamento, além de agravar as disparidades sociais, principalmente quando países entram em situação de crise econômica.

O homicídio intencional é definido como a morte ilegal causada a uma pessoa com a intenção de causar morte ou lesão grave (Fonte: Classificação Internacional do Crime para fins estatísticos, ICCS 2015). Tendo em vista que a partir dos dados disponíveis no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) não é possível estabelecer intencionalidade, foram considerados como homicídios os óbitos cuja causa básica tenha sido classificada com os códigos X85 a Y09 (agressões); Y22 a Y24 (disparo de arma de fogo, com intenção indeterminada); Y35 (intervenção legal); Y87.1 (sequela de agressão) e Y89.0 (sequela de intervenção legal) da CID-10.

Estudo global sobre homicídios apresentou taxa de mortalidade, em 2017, de 6,2 homicídios a cada 100 mil habitantes, com grande variabilidade entre diferentes regiões. A maior mortalidade ocorreu nas Américas (17,2/100 mil), em seguida na África (13/100 mil). A maior parte das vítimas era do sexo masculino, aproximadamente 81%, com maior risco de morte na faixa etária de 15 a 29 anos de idade (UNODC, 2020).

No Brasil, em 2019, as agressões foram a principal causa de morte de jovens de 15 a 29 anos (n= 22.228; 50,6%). Enquanto as lesões autoprovocadas constituíram a quarta causa de morte, na mesma faixa etária (n=3.862; 8,8%) (BRASIL, 2020b). A Figura 30 apresenta o panorama da morbimortalidade por homicídios no Brasil.

Figura 30 – Panorama da morbimortalidade por homicídios no Brasil

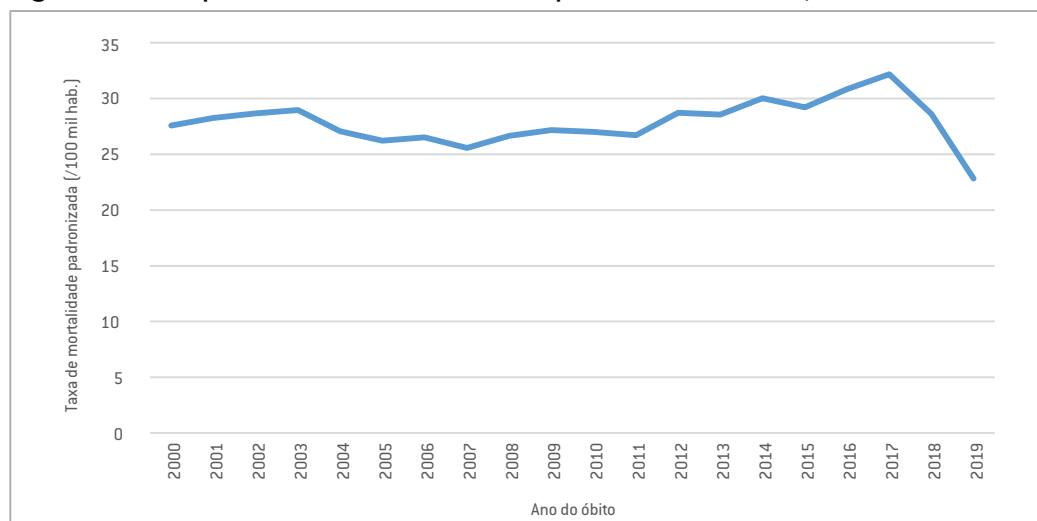


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Gastos e Internações – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).

Os óbitos ocasionados por tal causa violenta contribuem para a sobrecarga dos serviços de saúde, sistema judiciário e aparelhos sociais, revelando falhas existentes nos mecanismos e nas políticas públicas frente à intensificação desse processo.

A Figura 31 apresenta a evolução da taxa de mortalidade por homicídios no Brasil, no período de 2000 a 2019. Entre 2000 e 2017, a taxa aumentou 16,7% (de 27,6 para 32,2 óbitos/100 mil habitantes). A partir do ano de 2018, entretanto, houve inversão desta tendência, com queda de 29,1% até 2019 (de 32,2 em 2017 para 22,8/100 mil em 2019). Ainda assim, ocorreram 47.536 homicídios no País em 2019.

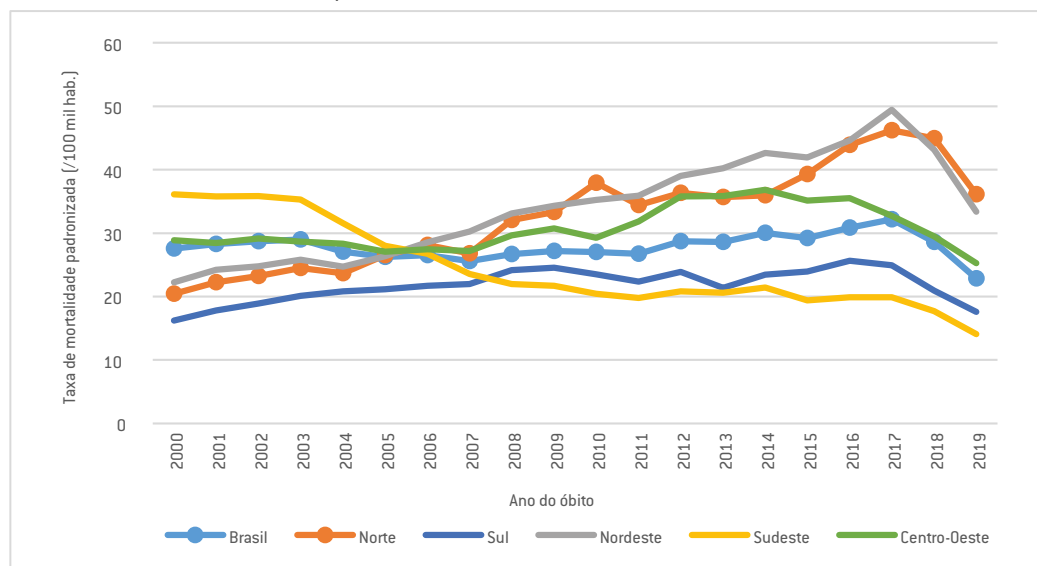
Figura 31 – Taxa padronizada de mortalidade por homicídio. Brasil, 2000 a 2019



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGDANT/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos X85 a Y09 (agressões); Y22 a Y24 (disparo de arma de fogo, com intenção indeterminada); Y35 (intervenção legal); Y87.1 (sequela de agressão) e Y89.0 (sequela de intervenção legal) da CID-10. Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”.

A Figura 32 apresenta a evolução da taxa de mortalidade por homicídio de acordo com a região de residência da vítima. As maiores taxas de mortalidade por homicídios foram observadas na Região Sudeste até o ano de 2005. Posteriormente, entre 2004 e 2019, as maiores taxas ocorreram alternadamente nas Regiões Norte e Nordeste, atingindo, em 2019, 36,1 e 33,4 óbitos a cada 100 mil habitantes, respectivamente. A partir de 2018, foi observada redução na taxa de mortalidade por homicídios em todas as regiões.

Figura 32 – Taxa padronizada de mortalidade por homicídio, segundo região de residência da vítima. Brasil, 2000 a 2019

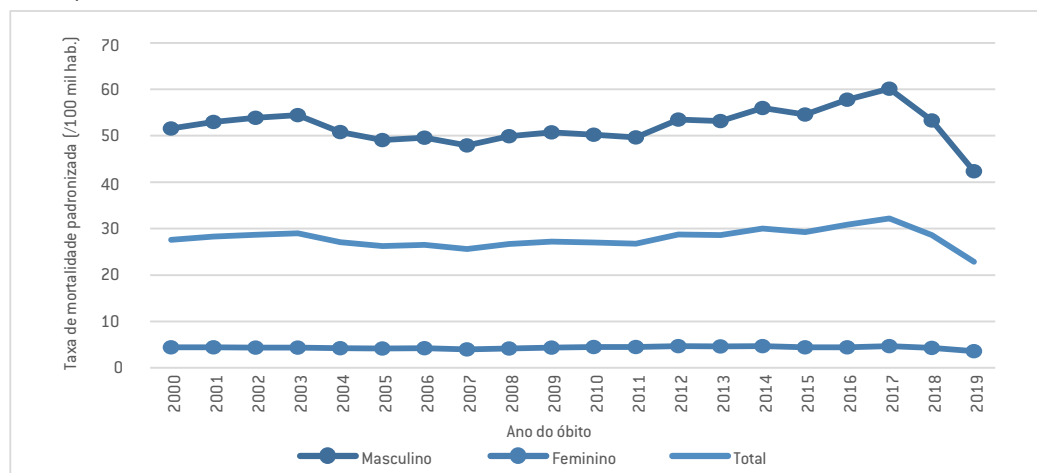


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGDANT/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos X85 a Y09 (agressões); Y22 a Y24 (disparo de arma de fogo, com intenção indeterminada); Y35 (intervenção legal); Y87.1 (sequela de agressão) e Y89.0 (sequela de intervenção legal) da CID-10.

Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”.

Na Figura 33 está representada a evolução da taxa de mortalidade por homicídios de acordo com o sexo da vítima no Brasil. Em 2019, no Brasil, em 91,7% dos óbitos por esta causa (n=43.614), a vítima era do sexo masculino, perfazendo uma mortalidade de 42,4 óbitos a cada 100 mil habitantes. Para o sexo feminino, essa taxa foi de 3,6 óbitos a cada 100 mil habitantes no mesmo ano. É possível observar que, em todos os anos da série histórica analisada (2000 a 2019), a mortalidade por homicídios foi maior para o sexo masculino.

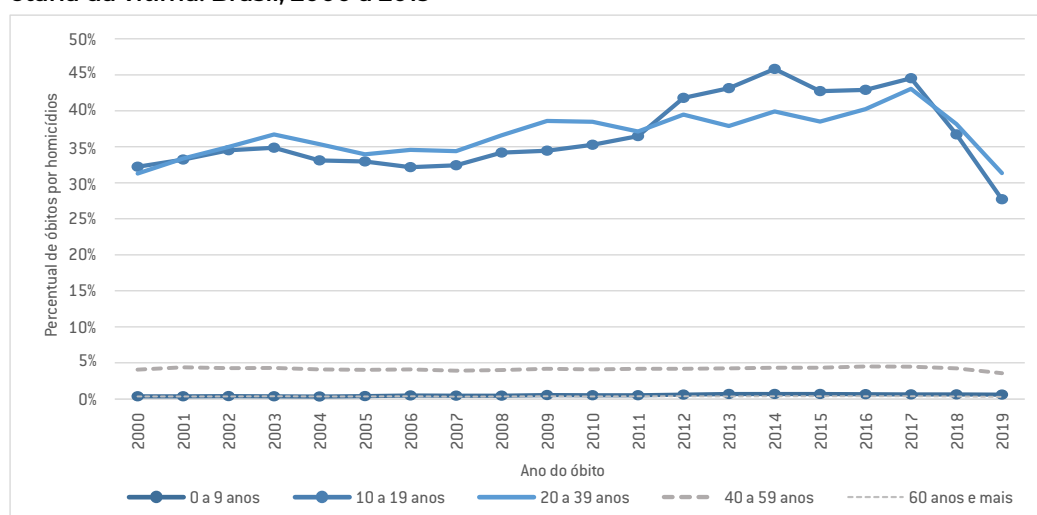
Figura 33 – Taxa padronizada de mortalidade por homicídio segundo sexo da vítima. Brasil, 2000 a 2019



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGDANT/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos X85 a Y09 (agressões); Y22 a Y24 (disparo de arma de fogo, com intenção indeterminada); Y35 (intervenção legal); Y87.1 (sequela de agressão) e Y89.0 (sequela de intervenção legal) do CID-10. Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”.

Em 2018 e 2019, a faixa etária mais frequente entre as vítimas de homicídios foi de 20 a 39 anos, sendo que, em 2019, esta concentrou 60,2% dos óbitos (n=28.613). Em todo o período analisado, a maior mortalidade proporcional por esta causa foi observada nas faixas etárias de 10 a 19 anos ou 20 a 39 anos. Em 2014, os homicídios representaram 45,8% de todos os óbitos de indivíduos na faixa etária de 10 a 19 anos (Figura 34).

Figura 34 – Proporção de homicídios em relação ao total de óbitos, segundo faixa etária da vítima. Brasil, 2000 a 2019



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGDANT/SVS/MS). Foram considerados os óbitos classificados com os códigos X85 a Y09 (agressões); Y22 a Y24 (disparo de arma de fogo, com intenção indeterminada); Y35 (intervenção legal); Y87.1 (sequela de agressão) e Y89.0 (sequela de intervenção legal) da CID-10. Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”.

4.3 SUICÍDIOS

O suicídio é um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Estima-se que quase 800 mil pessoas morram todos os anos vítimas de suicídio, o que representa uma morte a cada 40 segundos no mundo. Adicionalmente, o suicídio constitui a segunda maior causa de mortes entre jovens de 15 a 29 anos de idade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

Em 2017, os suicídios foram responsáveis por um total de 34.012.508,9 anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs), dos quais 99% consistem de anos potenciais de vida perdidos (YLLs), representando 2% do total de YLLs no mundo, e uma taxa de 438,5 anos perdidos para cada 100 mil anos de vida. Resultados do estudo *Global Burden of Disease* estimaram, em 2017, uma taxa global de mortalidade por suicídio de 10,4 mortes por 100 mil habitantes, com tendência de redução (INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION, 2019).

A Figura 35 apresenta o panorama da morbimortalidade por suicídios no Brasil.

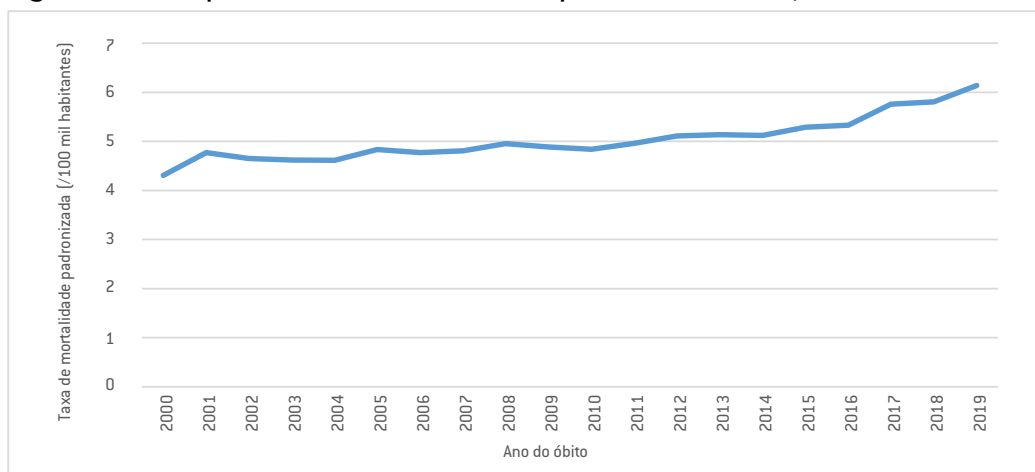
Figura 35 – Panorama da morbimortalidade por suicídios no Brasil



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Gastos e Internações – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).

No Brasil, em 2019, dados do SIM demonstraram que suicídios resultaram em 13.523 mortes, com taxa de mortalidade de 6,1 óbitos por 100 mil habitantes. Entre 2000 e 2019, verificou-se aumento das taxas de suicídio da ordem de 42,6%, variando de 4,3 para 6,1 óbitos por 100 mil habitantes (Figura 36).

Figura 36 – Taxa padronizada de mortalidade por suicídios. Brasil, 2000 a 2019

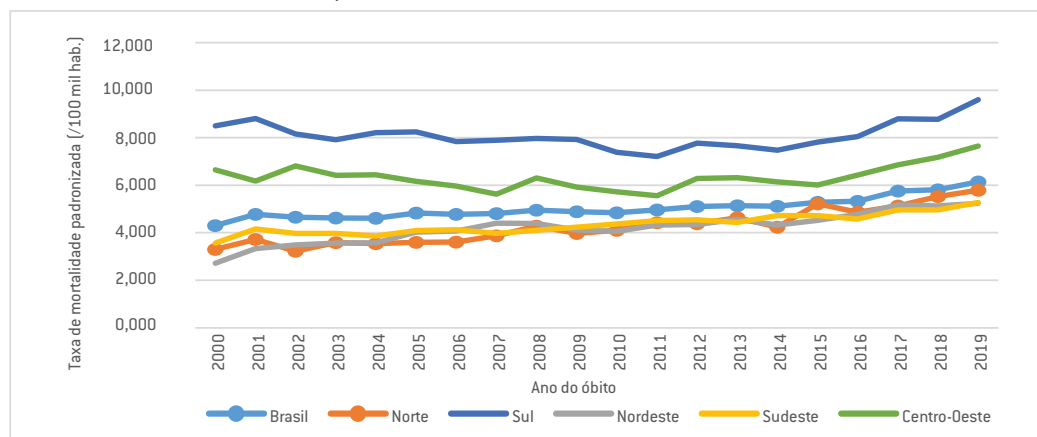


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGDANT/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos X60 a X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) e Y87.0 (sequelas de lesões autoprovocadas) da CID-10.

Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”.

A Figura 37 apresenta a evolução da taxa padronizada de mortalidade por suicídio de acordo com a região de residência da vítima. A Região Sul apresentou as maiores taxas de mortalidade por esta causa em todo o período analisado (2000 a 2019). As Regiões Norte, Nordeste e Sudeste apresentaram, alternadamente, as menores taxas no mesmo período.

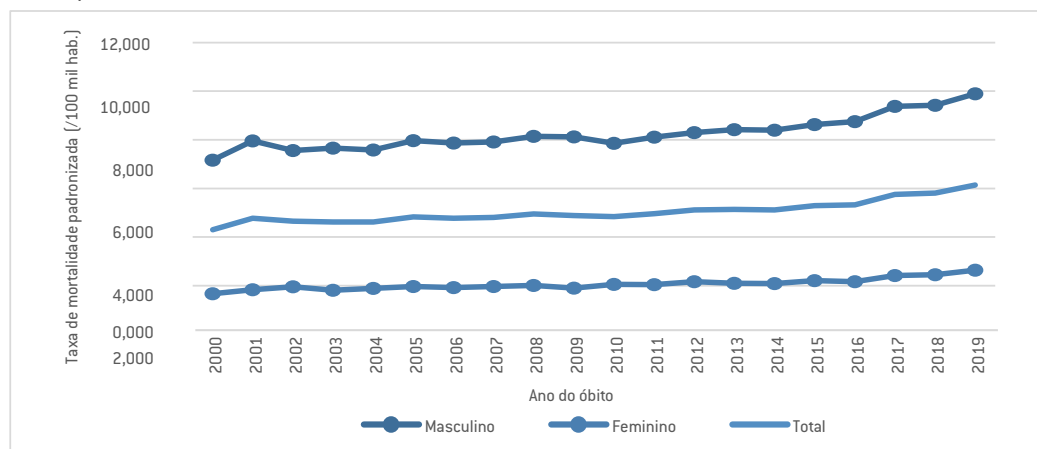
Figura 37 – Taxa padronizada de mortalidade por suicídios segundo região de residência da vítima. Brasil, 2000 a 2019



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos X60 a X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) e Y87.0 (sequelas de lesões autoprovocadas) da CID-10. Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”.

Na Figura 38 está representada a evolução da taxa padronizada de mortalidade por suicídio de acordo com o sexo da vítima no Brasil. A análise do perfil dos suicídios demonstra mortalidade entre os homens, com taxa de 9,9 por 100 mil habitantes em 2019, e entre as mulheres, de 2,6 por 100 mil. No mesmo ano, no Brasil, em 78,4% dos óbitos por esta causa (n=10.600), a vítima era do sexo masculino. É possível observar que, em todos os anos da série histórica analisada, a mortalidade por suicídios foi maior para o sexo masculino.

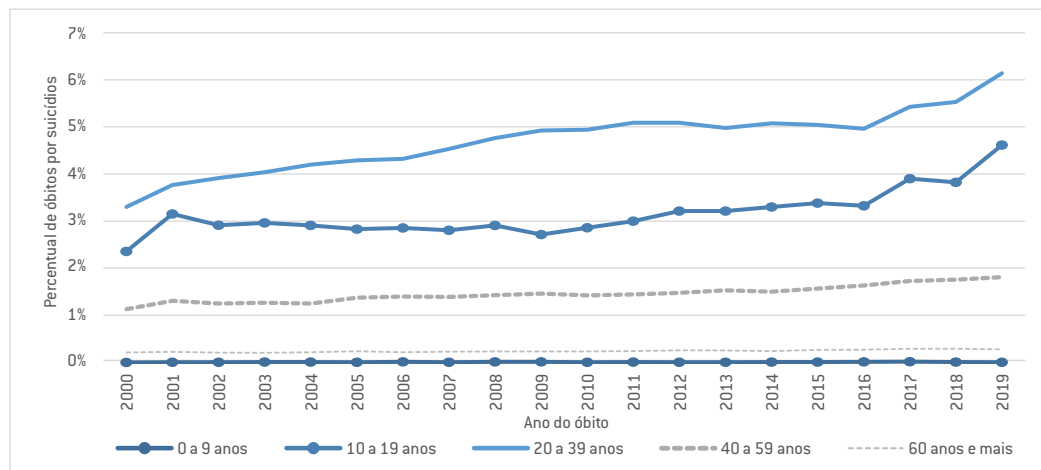
Figura 38 – Taxa padronizada de mortalidade por suicídios segundo sexo da vítima. Brasil, 2000 a 2019



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos X60 a X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) e Y87.0 (sequelas de lesões autoprovocadas) da CID-10. Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”.

Em 2019, 41,4% das vítimas de suicídio (n=5.601) encontravam-se na faixa etária de 20 a 39 anos (Figura 39). Os suicídios representaram a terceira maior causa de mortalidade na faixa de 15 a 29 anos de idade, superados apenas pelos homicídios e acidentes de transporte. Em todo o período analisado (2000 a 2019), a maior mortalidade proporcional por esta causa ocorreu nas faixas etárias de 20 a 39 e 10 a 19 anos, respectivamente, sendo crescente em ambas.

Figura 39 – Proporção de óbitos por suicídio no total de óbitos, segundo faixa etária. Brasil, 2000 a 2019



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS). Foram considerados os óbitos classificados com os códigos X60 a X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) e Y87.0 (sequelas de lesões autoprovocadas) da CID-10. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”.

Os dados apresentados reforçam a posição das violências autoprovocadas como importante problema de saúde pública no Brasil. Em todas as regiões do mundo, homens apresentam maiores taxas de mortalidade por suicídio que mulheres (VIANA; CORASSA, 2020), de modo que homens apresentam 75% mais chances de morrer por suicídio que mulheres (MELEIRO; CORREA, 2020). Além disso, grupos em situação de vulnerabilidade e vítimas de discriminação, como indígenas, homossexuais, bissexuais e transexuais, apresentam maiores riscos de suicídio. Ressalta-se, ainda, que o suicídio se trata de um problema complexo e multifacetado, porém evitável (MELEIRO; CORREA, 2020).

A determinação do suicídio é múltipla e complexa. Envolve tanto determinantes exógenos – como problemas financeiros, rupturas de relacionamento, trauma e exposição à violência e desastres – quanto determinantes endógenos – como história familiar de suicídio, doenças crônicas, transtornos mentais, sentimentos de solidão e desesperança.

Importante mencionar o papel dos transtornos mentais no comportamento suicida. Estima-se que mais de 90% das vítimas de suicídio apresentam algum transtorno mental, sendo a depressão o transtorno mais frequente (MELEIRO; CORREA, 2020). Além disso, indivíduos com transtornos mentais apresentam um risco oito vezes maior de cometer suicídio, em comparação a indivíduos sem transtornos mentais (TOO *et al.*, 2019). Nesse sentido, dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de 2019, apontam para prevalência de diagnóstico de depressão por profissional de saúde de 10,2% (IC 95%: 9,9% – 10,6%). Desses indivíduos, (52,8%; IC 95%: 50,7% – 54,9%) referiu receber atenção médica nos 12 meses anteriores à entrevista; e apenas 18,9% (IC 95%: 17,5% – 20,4%) relataram fazer psicoterapia. Em contrapartida, (48,0%; IC 95%: 46,1% – 49,9%) referiram utilizar medicação antidepressiva (IBGE, 2020).

Dados do Estudo Epidemiológico de Transtornos Mentais São Paulo Megacity, estudo de base populacional conduzido entre 2005 e 2007 na Região Metropolitana de São Paulo, demonstraram prevalência, na vida, de transtorno depressivo maior de 16,9%. Uma metanálise de estudos brasileiros também estimou em 17% a prevalência de transtorno depressivo maior.

Dados apontam para a existência de uma parcela importante da população com transtornos mentais e sem diagnóstico e tratamento adequado, tornando evidente a necessidade de expandir e democratizar o acesso à saúde mental no Brasil, bem como a importância da identificação precoce de transtornos mentais na atenção primária em saúde.

4.4 QUEDAS ACIDENTAIS

O envelhecimento populacional é um fato incontestável em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a população mundial com mais de 60 anos vai passar dos atuais 841 milhões para 2 bilhões até 2050. No Brasil, estima-se que a população idosa chegará a 30% em 2050.

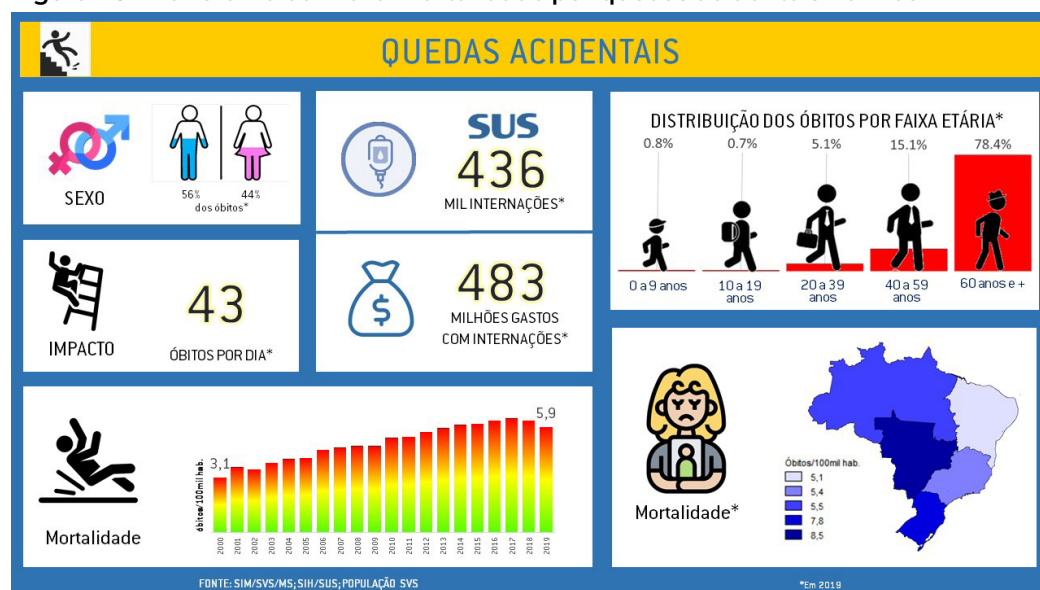
As quedas acidentais podem vitimar qualquer pessoa, independentemente do sexo, idade e condição socioeconômica (PIMENTEL *et al.*, 2018). No entanto, entre as pessoas mais idosas torna-se um evento ainda mais relevante em virtude das consequências, que podem causar incapacidade funcional, com impacto nos custos sociais e econômicos para os idosos, cuidadores e serviços de saúde (HESLOP; WYNADEN, 2016; AMBROSE; PAUL; HAUSDORFF, 2013; NICOLUSSI *et al.*, 2012). Nos

indivíduos que sobrevivem às quedas, principalmente entre os idosos, pode haver diminuição da capacidade de realização das atividades diárias e receio de novas quedas (VISSCHEDIJK *et al.*, 2015), que podem levar ao isolamento e declínio da saúde (MCMINN; FERGUSON; DALY, 2017).

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde, de 2013, 7,8% dos indivíduos com idade acima de 60 anos relataram a ocorrência de queda nos últimos 12 meses. Entre os que relataram quedas, 8,3% informaram ter apresentado fratura de quadril ou fêmur, entre os quais 44% necessitaram tratamento cirúrgico. As características mais associadas à prevalência de quedas foram: sexo feminino, idade acima de 75 anos e estado civil divorciado/separado.

De acordo com os dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) são gastos, por ano, mais 51 milhões de reais com tratamentos de fraturas decorrentes de queda em idosos. Isso implica na necessidade de direcionar políticas públicas para essa população e os problemas a que estão expostos, a exemplo da morbimortalidade por quedas acidentais. A Figura 40 apresenta o panorama da morbimortalidade por quedas acidentais no Brasil.

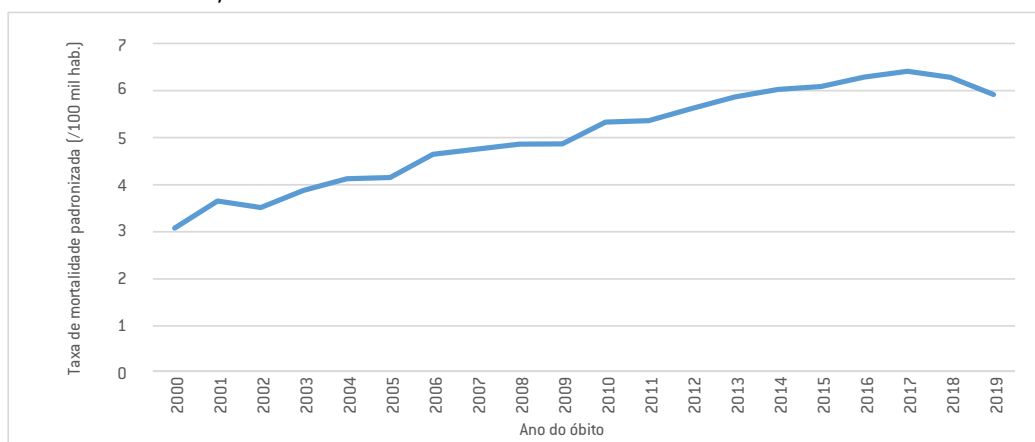
Figura 40 – Panorama da morbimortalidade por quedas acidentais no Brasil



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Gastos e Internações – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).

A Figura 41 apresenta a evolução da taxa de mortalidade por quedas acidentais no Brasil no período de 2000 a 2019. É possível observar que, entre 2000 e 2017, houve aumento constante da mortalidade por esta causa no Brasil, variando de 3,08 para 6,40 óbitos a cada 100 mil habitantes. A partir de 2018, a taxa caiu, atingindo 5,9 óbitos/100 mil habitantes em 2019, o que representa diminuição de 7,6% em relação a 2017.

Figura 41 – Taxa padronizada de mortalidade por quedas acidentais por ano de ocorrência. Brasil, 2000 a 2019

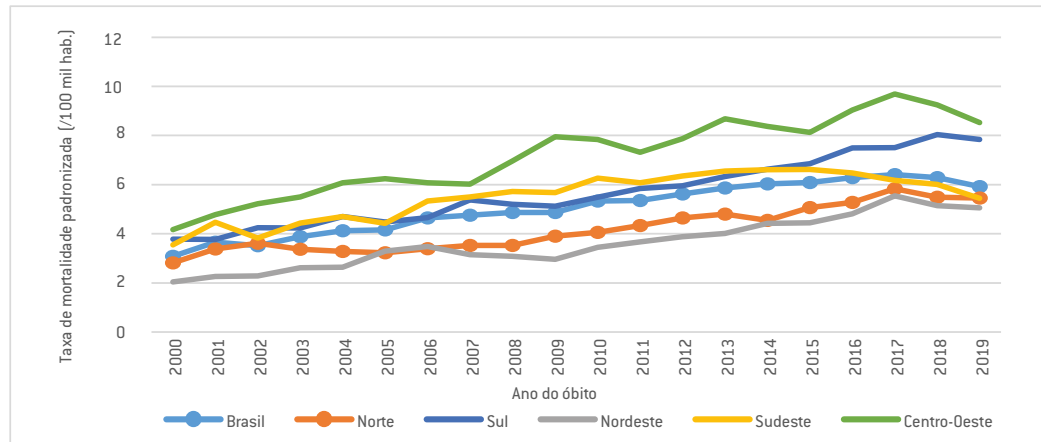


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGDANT/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos W00 a W19 (Quedas) da CID-10.

Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”.

A Figura 42 apresenta a evolução da taxa padronizada de mortalidade por quedas de acordo com a região de residência da vítima. As maiores taxas de mortalidade por esta causa foram observadas na Região Centro-Oeste em todo o período analisado (2000 a 2019). A Região Nordeste apresentou as menores taxas em quase todo o período.

Figura 42 – Taxa padronizada de mortalidade por quedas acidentais segundo região de residência da vítima. Brasil, 2000 a 2019

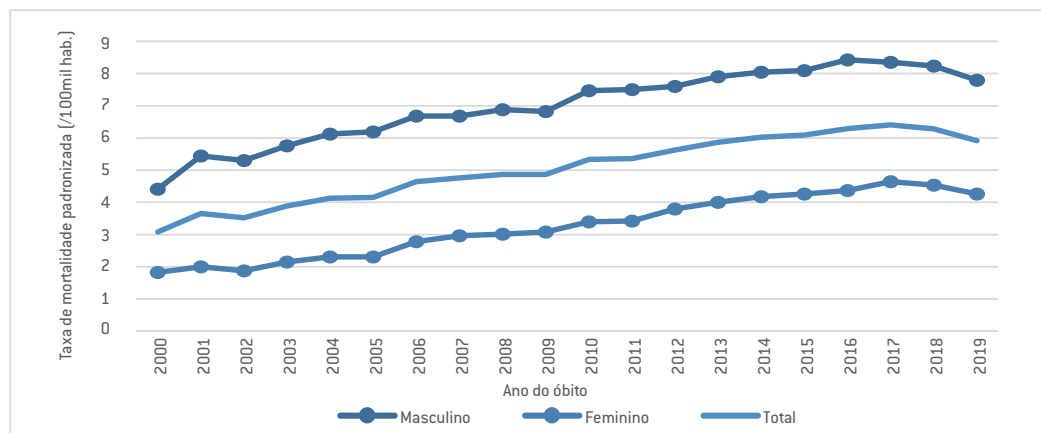


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos W00 a W19 (Quedas) da CID-10.

Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”.

Na Figura 43 está representada a evolução da taxa de mortalidade por quedas acidentais de acordo com o sexo da vítima no Brasil. Em 2019, no Brasil, em 56,0% dos óbitos por esta causa (n=8.698) a vítima era do sexo masculino, perfazendo uma mortalidade de 7,8 óbitos a cada 100 mil habitantes. Para o sexo feminino, essa taxa foi de 4,3 óbitos a cada 100 mil habitantes no mesmo ano. É possível observar que, em todos os anos da série histórica analisada, a mortalidade por quedas foi maior para o sexo masculino.

Figura 43 – Taxa padronizada de mortalidade por quedas acidentais segundo sexo da vítima. Brasil, 2000 a 2019

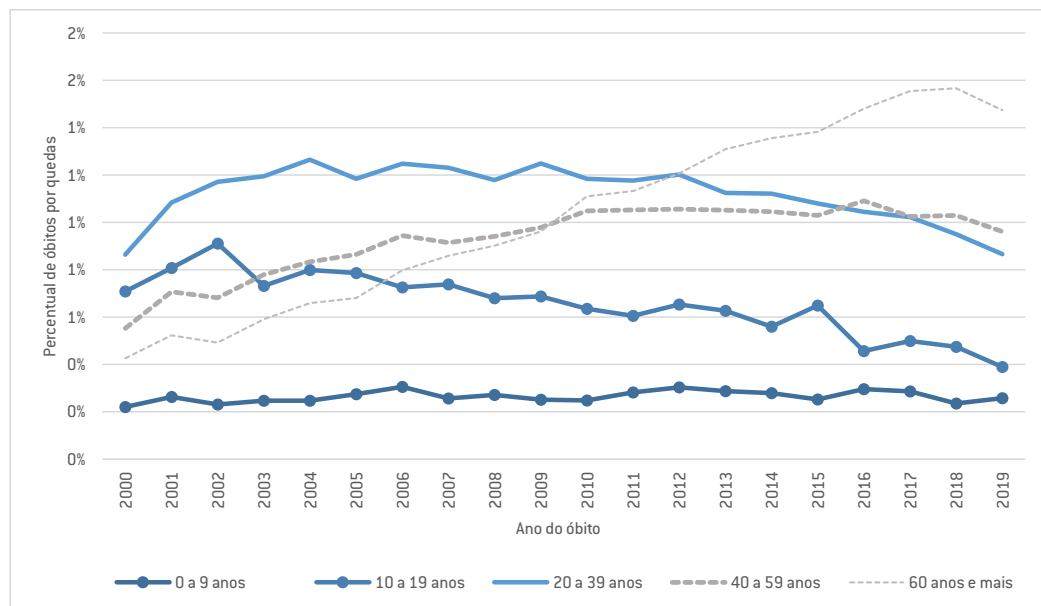


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos W00 a W19 (Quedas) da CID-10.

Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”.

Em 2019, a faixa etária mais frequente entre as vítimas fatais de quedas acidentais foi de 60 anos e mais, sendo que esta concentrou 78,4% dos óbitos (n=12.182). Entre 2000 e 2012, a maior mortalidade proporcional por quedas foi observada na faixa etária de 20 a 39 anos. Após 2012, entretanto, a faixa etária com maior mortalidade proporcional por esta causa foi de 60 anos e mais (Figura 44).

Figura 44 – Proporção de óbitos por quedas acidentais no total de óbitos segundo faixa etária da vítima. Brasil, 2000 a 2019



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS). Foram considerados os óbitos classificados com os códigos W00 a W19 (Quedas) da CID-10. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”.

4.5 VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS

A obrigatoriedade de comunicação das violências contra segmentos vulneráveis da população passou a integrar as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir das determinações do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990), e depois com a Lei n.º 10.778, de 24 de novembro de 2003 para a violência contra mulheres e o Estatuto do Idoso (Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003). Em 2001, foi publicada a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Esta surgiu como resposta ao desafio das causas externas como um problema de saúde pública no País, tendo em vista sua magnitude e transcendência.

Como desdobramento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, foi proposta, em 2004, a criação de Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, pela Portaria MS/GM n.º 936, de 18 de maio de 2004, e, em 2006, iniciou a implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), por meio da Portaria MS/GM n.º 1.356. O Viva é constituído por dois componentes: a) Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Viva/Sinan); e b) Vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência (Viva Inquérito).

Em 2009 a Ficha de Notificação/Investigação de Violência interpessoal/autoprovocada passou a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), integrando a Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinela. E, em 2011, com a Portaria MS/GM n.º 104, de 25 de janeiro de 2011, a notificação tornou-se compulsória em todos os serviços de saúde públicos e privados do Brasil.

A Portaria MS/GM n.º 1.271, de junho de 2014, padronizou os procedimentos normativos relacionados à notificação compulsória no âmbito do SUS. Atualmente, são objetos de notificação: casos de violência interpessoal e/ou autoprovocada contra crianças e adolescentes, idosos, mulheres, indígenas, portadores de deficiência, pessoas LGBT, bem como homens vítimas de violência doméstica/intrafamiliar, sexual ou autoprovocada, e casos de tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura e intervenção legal. A notificação compulsória de violências interpessoais e autoprovocadas nos serviços de saúde públicos e privados é regulamentada pela Portaria de Consolidação n.º 04, de 28 de setembro de 2017.

O objetivo do Viva é conhecer a magnitude e a gravidade das violências por meio da produção e da difusão de informações epidemiológicas e definir políticas públicas de enfrentamento como estratégias e ações de intervenção, prevenção, atenção e proteção às pessoas em situação de violência. Além disso, a vigilância contínua objetiva a “articulação e a integração com a rede de atenção e de proteção integral às pessoas em situação de violências, visando, assim, à atenção integral e humanizada, no âmbito das políticas de assistência social e do sistema de proteção e garantia de direitos humanos” (BRASIL, 2017a ou b, p. 12). Desse modo, a notificação apresenta-se como instrumento de garantia de direitos e de acionamento de linha de cuidado, constituindo-se como o principal sistema para a vigilância de violências não fatais. A Figura 45 apresenta um panorama das notificações de violências no Brasil.

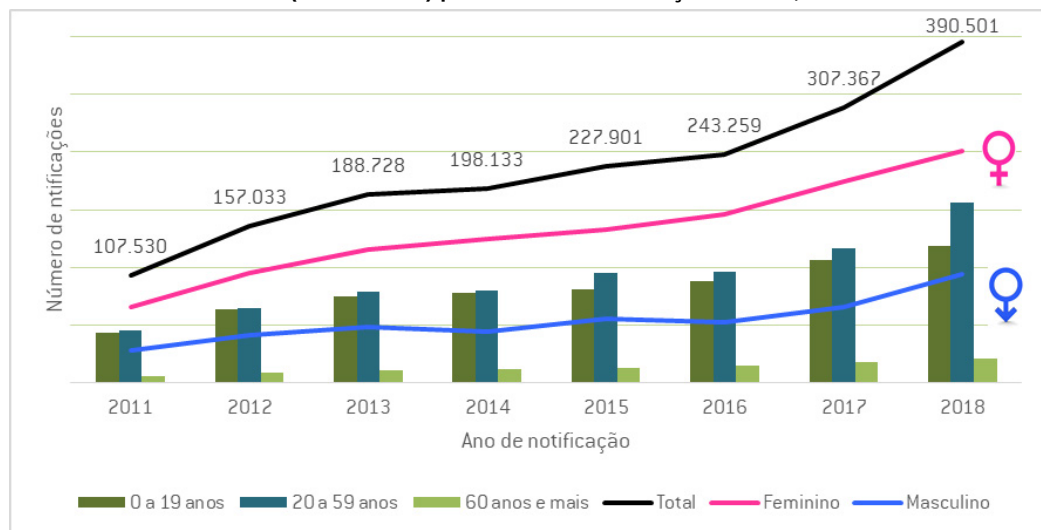
Figura 45 – Panorama da notificação de violências no Brasil



Fonte: Viva/Sinan.

Desde a universalização da notificação de violência interpessoal/autoprovoçada, em 2011, foram registrados mais de 1,8 milhão de casos no Viva/Sinan. Entre 2011 e 2018, houve aumento de 263,2% no número de notificações de violências interpessoais/autoprovoçadas no Brasil, sendo os principais acréscimos observados no sexo feminino (194%) e na faixa etária de 60 anos ou mais (261%). (Figura 46).

Figura 46 – Número de notificações de violências no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan) por ano de notificação. Brasil, 2011 a 2018

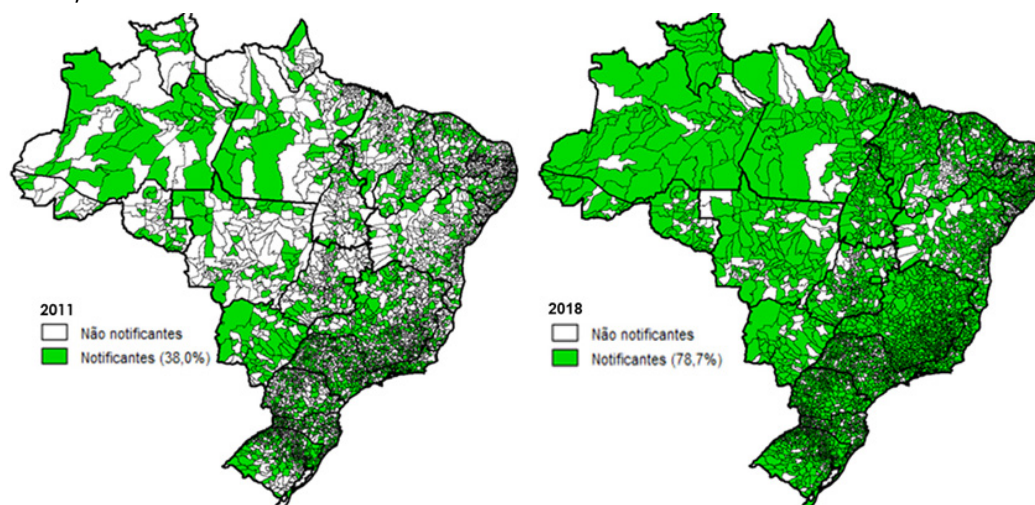


Fonte: Viva/Sinan.

Ampliar o número de municípios e unidades de saúde notificantes de violência, bem como fortalecer a rede de atenção e de proteção integral às pessoas em situação de violência, é estratégia fundamental para ampliar a cobertura do Sistema Viva. Com o aumento da cobertura, a vigilância de violências interpessoais/autoprovocadas pode contribuir ainda mais para conscientizar sobre o problema, subsidiar a construção de estratégias de prevenção e enfrentamento, assim como promover uma cultura da paz.

Entre 2011 e 2018, verificou-se acréscimo substancial do número de municípios notificantes no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan), aumentando de 2.114 municípios (38,0%) em 2011 para 4.381 (78,7%) em 2018. Há necessidade de aumentar a cobertura principalmente nas Regiões Norte e Nordeste. Essa cobertura é dada pela proporção de municípios que realizaram ao menos uma notificação de violência interpessoal ou autoprovocada, no ano, em cada unidade federada. A Figura 47 apresenta o mapa com os percentuais de municípios notificantes no Viva no País, segundo região geográfica.

Figura 47 – Cobertura do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan). Brasil, 2011 e 2018



Fonte: Viva/Sinan.

O aumento no percentual de municípios que notificaram violências no Brasil entre 2011 e 2018 mostra que houve melhora na adesão ao Viva/Sinan. No entanto, ainda existe um importante grau de subnotificação de casos de violência (KIND *et al.*, 2013; SILVA; OLIVEIRA, 2016). As razões para a não notificação são variadas, incluindo desconhecimento da ficha de notificação e de como notificar, bem como sua obrigatoriedade, desconhecimento das diferenças entre notificação e denúncia, medo de quebra do sigilo profissional e de perda de vínculo com o

paciente, medo de retaliação do agressor e falta de confiança nas autoridades e nos serviços de proteção (GARBIN *et al.*, 2016; PEDROSA; ZANELLO, 2016).

A subnotificação dos casos de violência contribui para a persistência desta, afetando negativamente a vigilância epidemiológica desses agravos e o desenvolvimento de políticas públicas de saúde. As desigualdades regionais verificadas na notificação do Viva/Sinan reforçam a importância do monitoramento da distribuição dos casos e a necessidade de estratégias direcionadas para a promoção da equidade no acesso ao sistema de saúde e sensibilização/capacitação dos profissionais da área.

Tendo em vista a importância da notificação como instrumento de cuidado às vítimas de violência, torna-se fundamental a avaliação periódica do Viva, a fim de identificar suas fortalezas e fragilidades, verificando sua cobertura e sensibilidade. As análises e os panoramas construídos nesta parte do Plano de Dant subsidiaram a elaboração dos indicadores, das metas e das ações para enfrentamento das DCNT e dos agravos (acidentes e violências) no Brasil.

PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL, 2021-2030

A elaboração de um plano nacional com a finalidade proposta para o Plano de Dant requereu da equipe um planejamento de longo prazo e a revisita à experiência de elaboração do Plano de DCNT, para replicar as ações de sucesso e avançar no essencial para atualização e inovação da nova proposta.

Iniciado no primeiro semestre de 2019, a primeira medida foi a formação de um grupo interno no Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis (DASNT), com representantes da Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT) e do gabinete do DASNT para conduzir a elaboração do plano nesta primeira fase.

O grupo teve como ponto de partida os seguintes consensos:

- Garantir a participação de representantes das secretarias do Ministério da Saúde – SVS, Saps, Saes, SCTIE, SGTES e Sesai – agências, institutos e fundações ligados ao Ministério da Saúde.
- Ouvir pesquisadores dos temas.
- Ampliar a participação para gestores e trabalhadores da saúde das secretarias municipais, estaduais e do Distrito Federal.
- Inovar com a consulta à sociedade civil.
- Elaborar análise de situação de saúde para conhecer o estado da arte das Dant nos últimos anos.

Foram previstas três etapas para elaboração do Plano de Dant. A primeira etapa consistiu na elaboração de instrumentos e método de consulta para propostas ao Plano; convite aos representantes internos e externos ao MS e realização de reuniões, oficina e fórum para captar propostas ao Plano de Dant. Nesta etapa foi elaborada uma matriz a ser preenchida pelos convidados (Figura 48).

Figura 48 – Matriz para preenchimento com propostas conforme Eixo e Linha de Ação

Eixos	Linhas de Ação						
	Ambientes e territórios saudáveis	Desenvolvimento saudável no ciclo de vida	Equidade em Saúde	Saúde mental	Gestão do conhecimento e informação para a saúde	Inovação em Saúde	Educação e Comunicação em Saúde
Promoção da Saúde							
Atenção Integral à Saúde							
Vigilância em Saúde							
Prevenção de doenças e agravos							

Fonte: Elaboração própria.

Os eixos da matriz foram escolhidos a partir de discussões internas sobre integração da vigilância em saúde com a Atenção Primária à Saúde, integração da vigilância de Dant, garantia de ações de prevenção doenças e agravos e de promoção da saúde. Para cada eixo foi elaborada uma descrição do conceito, com o objetivo de melhorar o entendimento deles e diminuir dúvidas na escolha da ação e no preenchimento da Matriz. A saber:

Promoção da saúde é compreendida como resultante da interação de fatores sociais, econômicos, culturais e políticos, que produzem, com sujeito e coletivos, as condições objetivas de vida nos diversos contextos sociais, favoráveis ou não à saúde. A principal estratégia da promoção da saúde é a construção de capacidades de indivíduos e coletivos para maior participação e controle dos processos que incidem diretamente em suas vidas, como decisões políticas. A promoção da saúde está diretamente ligada ao enfrentamento dos determinantes sociais da saúde.

Atenção integral à saúde é um conjunto de ações que engloba promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência à saúde em todos os níveis de complexidade, considerando as dimensões biológica, social e cultural dos sujeitos.

Vigilância em saúde é o conjunto de práticas contínuas e articuladas voltadas para o conhecimento, a previsão, a prevenção e o enfrentamento de problemas de saúde da população de um território determinado relativos a fatores de risco, atuais e potenciais, a acidentes, a incapacidades, a doenças e a agravos à saúde. Inclui, além da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis, a promoção da saúde, a vigilância de agravos (violências e acidentes) e doenças não transmissíveis, a vigilância em saúde ambiental, a vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância das situações de saúde.

Prevenção de doenças e agravos compreende ações conjuntas entre vigilância e atenção à saúde com o objetivo de estruturar rede de proteção e cuidado com componentes de produção e uso de informações sociais e em saúde; ações antecipadas frente aos fatores de risco das doenças e acidentes; ações intersetoriais que pactuem intervenções estruturantes nas cidades e no campo e lançamento de acordos regulatórios que incidam nos fatores de risco.

As sete linhas de ações tiveram como objetivo principal garantir propostas atuais e correlatas às estratégias para enfrentamento das Dant no Brasil e no mundo. Demarcaram ações em curso fomentadas pelo Ministério da Saúde e a inclusão, nos processos de gestão compartilhada, de novas tecnologias e iniciativas inovadoras para a prevenção de doenças, a produção do cuidado e assistência e a promoção da saúde. São elas:

Ambientes e territórios saudáveis compreendidos como dimensões concretas do processo saúde-doença, nos quais as determinações sociais da saúde provocam ações transformadoras. Mais que espaços recortados geográfica e politicamente, representam locais onde as pessoas vivem, circulam e, conseqüentemente, produzem suas relações interpessoais, com o trabalho, natureza, saúde etc.

Desenvolvimento saudável nos ciclos da vida compreende os aspectos hereditários, biológicos e do meio integrados na produção do ciclo vital de cada indivíduo, do nascimento à morte. No Plano de Dant cabe destacar a importância da atenção à saúde da criança, especialmente nos mil dias, e o cuidado prolongado para contemplar as necessidades, os problemas de saúde e as doenças mais prevalentes em cada ciclo de vida, na perspectiva da promoção da saúde (produção de escolhas favoráveis à saúde) e prevenção de doenças (antecipação frente à construção de modos de vida desfavoráveis à saúde).

Equidade em saúde significa atender às demandas de pessoas e coletivos conforme sua necessidade, provocando ajustes sociais favoráveis à melhoria das condições de vida. O conceito de equidade considera as desigualdades sociais injustas e evitáveis, sendo necessária a implementação de ações governamentais voltadas ao atendimento das diferentes necessidades da população. Cabe, neste conceito, a atenção prioritária a grupos ou populações vulneráveis.

Saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade. No âmbito do Plano de Dant, a saúde mental está associada, de forma complementar e estabelecadora, ao acesso às ações e aos serviços de saúde voltados à doença em todos os níveis de complexidade. Pressupõe rede, cuidado prolongado e compartilhado entre profissionais, indivíduo e familiares.

Gestão do conhecimento e informação para a saúde são duas grandes dimensões do processo e organização das pessoas, das ações e dos serviços. Na saúde, a gestão do conhecimento é uma estratégia para melhoramento dos serviços e dos profissionais. Está associada à integração, à retenção, ao compartilhamento e ao reuso do conhecimento mediante a construção de mecanismos que favoreçam essas ações. A informação para a saúde é compreendida como componente do cuidado em saúde, caracteriza-se pela produção e disseminação sistemática de dados analisados destinados ao subsídio do cuidado e da tomada de decisão no âmbito individual, profissional, coletivo e de gestão. Prima pelo constante aprimoramento dos sistemas de informação para adequado monitoramento, pelo fortalecimento de capacidades técnicas para produção de análises e pela construção de *advocacy* para revisão ou finalização de ações e serviços.

Inovação em saúde está relacionada com a criação, o melhoramento ou a restauração de algo ou alguma coisa que promova ganhos. É melhorar a forma como fazemos algo, transformar algo existente em outra ação ou coisa que apresente melhoramentos superiores ao anterior. Nesta perspectiva, a inovação em saúde no Plano de Dant está relacionada à (re)criação de saídas e soluções para iniciativas em curso ou novas, advindas das demandas atuais para o setor.

Educação e comunicação em saúde são dimensões diferentes, mas que se agrupam para traçar um caminho completo com formação, produção e divulgação de informações. Educação em saúde pressupõe a abordagem pedagógica de assuntos relacionados à saúde individual e coletiva, discutidos a partir dos contextos político, social, cultural e econômico. Visa à ampliação de conhecimentos, à autonomia e à horizontalidade no debate entre profissionais de saúde e usuários

do SUS. A comunicação em saúde é abordada como estratégia de divulgação de informações de saúde para diversos públicos com o objetivo de promover a saúde, prevenir doenças e contribuir na tomada de decisão. Sua importância centra-se na disseminação de informações e na melhoria do diálogo entre os profissionais de saúde e a população.

Com o instrumento de coleta elaborado, foram emitidos convites às secretarias do MS e realizadas as oficinas para preenchimento da matriz com as propostas. Foram realizadas dez oficinas de trabalho envolvendo representantes das temáticas: consumo abusivo de álcool, alimentação inadequada, inatividade física, poluição do ar, tabagismo, violência doméstica (mulher, criança, adolescente e idoso), acidentes (trânsito, queda e afogamento etc.), DCNT, violências urbana e autoprovocada.

Em seguida, foi realizada nos dias 24 e 25 de outubro de 2019, oficina com 24 especialistas vinculados às seguintes instituições: Instituto Nacional de Câncer (Inca), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Aliança de Controle do Tabagismo Promoção da Saúde (ACT), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Universidade Federal de Goiás (UFG), Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul), Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Universidade de São Paulo (USP), Universidade Federal de Alagoas (Ufal), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), na qual foi apresentada a matriz para elaboração do novo Plano e discutidas ações do Plano de DCNT 2011-2022, incluindo a recomendação de atualização e migração de algumas delas para o plano de Dant.

O momento final dessa etapa foi a realização do VI Fórum de Monitoramento do Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis e Seminário de Avaliação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, no período de 5 a 7 de novembro de 2019, em Brasília/DF. O evento contou com a participação de representantes dos Ministérios da Mulher, Família e Direitos Humanos; Cidadania e Desenvolvimento Regional, representante do Departamento Nacional de Trânsito (Denatran), representantes das Secretarias de Saúde estaduais, do Distrito Federal e municipais, pesquisadores e sociedade civil.

No Fórum, foi apresentado o monitoramento do Plano DCNT, discutidas temáticas relativas às Dant, com apresentação de experiências municipais, e realizadas oito oficinas com os participantes para apresentar a estrutura e objetivos do novo plano de Dant e captar propostas para sua composição. Os temas das oficinas foram:

álcool e tabagismo; alimentação saudável, atividade física e obesidade; doenças crônicas não transmissíveis (cardiovasculares e diabetes); doenças crônicas não transmissíveis (neoplasias e respiratórias crônicas); violência doméstica; violência urbana; violência autoprovocada e acidentes.

Ao final da Etapa 1, a matriz contou com 92 propostas, contemplando todos os eixos, além do alinhamento com os ODS e o destaque para a poluição atmosférica como quinto fator de risco para as DCNT.

A segunda etapa de elaboração do Plano de Dant contou com cinco passos:

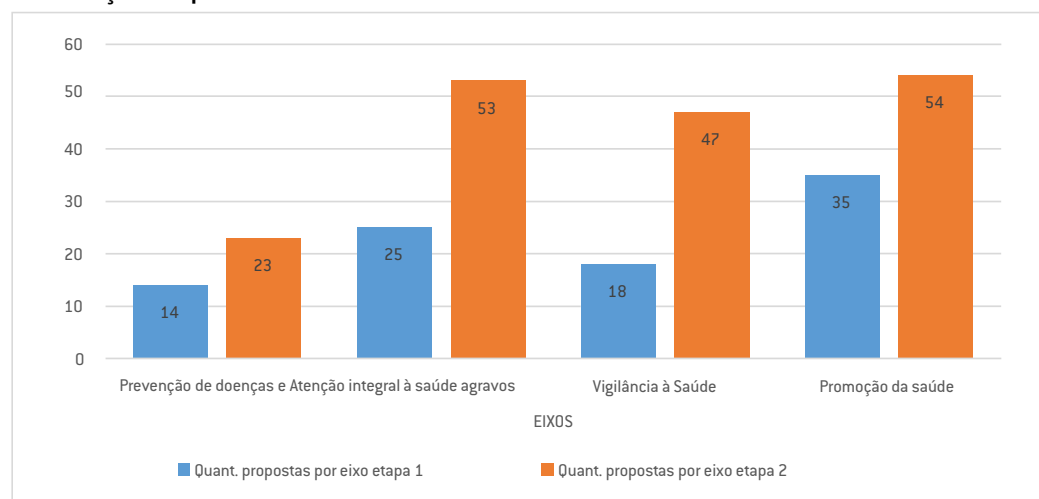
O primeiro deles foi desenvolvido a partir da análise da matriz, procedendo com exclusão de repetições (propostas iguais no mesmo eixo e linha de ação), junção de propostas semelhantes no mesmo eixo e linha de ação, reclassificação de propostas com mudança de eixo e/ou linha de ação e exclusão daquelas que não se constituíam como proposta.

O segundo passo caracterizou-se pela elaboração de um conjunto de recomendações envolvendo temas e estratégias importantes para o Plano de Dant com a perspectiva de deixá-lo atual, abrangente e relacionado com as principais problemáticas que envolvem ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e produção do cuidado em saúde. As recomendações tiveram como base as políticas nacionais de vigilância em saúde, atenção básica, prevenção da morbimortalidade por acidentes e violências, promoção da saúde, alimentação e nutrição, diretrizes da Organização Mundial da Saúde para enfrentamento das DCNT, os *Best Buys* para as DCNT (WORLD HEALTH ORGANIZATION, [2013]), 60 publicações sobre prevenção de acidentes e violências, publicações sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), o Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis, 2011-2022 e Guias sobre os temas produzidos pelo Ministério da Saúde.

No terceiro passo, o conteúdo da matriz foi reorganizado em três conjuntos de ações estratégicas, vinculadas aos eixos e com especificidades por fatores de risco e proteção e conjunto das DCNT. São eles: (a) conjunto de ações estratégicas, (b) conjunto das ações estratégicas para a promoção da saúde, enfrentamento dos fatores de risco, prevenção de agravos, produção do cuidado e assistência para enfrentamento das Dant e (c) conjunto de ações estratégicas para a promoção da saúde, prevenção e cuidado diante do grupo de doenças crônicas.

A matriz foi reenviada às áreas do MS que participaram da primeira etapa do plano, com as recomendações sistematizadas. Retornadas as contribuições, elas passaram novamente pelo processo de junção, exclusão de repetições ou re colocação na matriz, que foi finalizada com o total de 177 propostas. O comparativo entre a quantidade e a distribuição de propostas por eixo entre as etapas 1 e 2 é apresentado no gráfico a seguir (Figura 49).

Figura 49 – Comparativo da quantidade de propostas por eixo nas etapas 1 e 2 de elaboração do plano de Dant



Fonte: Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis – CGDANT/DASNT/SVS/MS.

A terceira e última etapa foi iniciada com a consulta pública aberta dia 30 de setembro de 2020 e finalizada em 30 de novembro do mesmo ano, para contribuições aos tópicos sobre as metas, as ações e as possíveis aplicações do Plano de Dant na gestão em saúde.

As contribuições da consulta pública passaram pela mesma análise da segunda etapa para verificar pertinência e correlação com o eixo e a ação para os quais foram sugeridas. Para tanto, o trabalho foi dividido por tópico do Plano e tema para a equipe de elaboração realizar a leitura de todas as fichas com o olhar focado para a parte previamente definida. Todas as análises foram apresentadas e discutidas na equipe, que procedeu com as observações necessárias à decisão de aceite ou de recusa delas. Essa etapa é concluída com o documento final do Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030.

INDICADORES E METAS DO PLANO DE DANT 2021-2030

A partir do balanço do Plano de DCNT 2011-2022 e das análises sobre as doenças crônicas e os agravos não transmissíveis apresentados anteriormente, foram definidos 23 indicadores e respectivas metas a serem acompanhadas para monitorar a implementação anual e os principais resultados do Plano de Dant.

A seguir, as metas são apresentadas, divididas nos seguintes grupos:

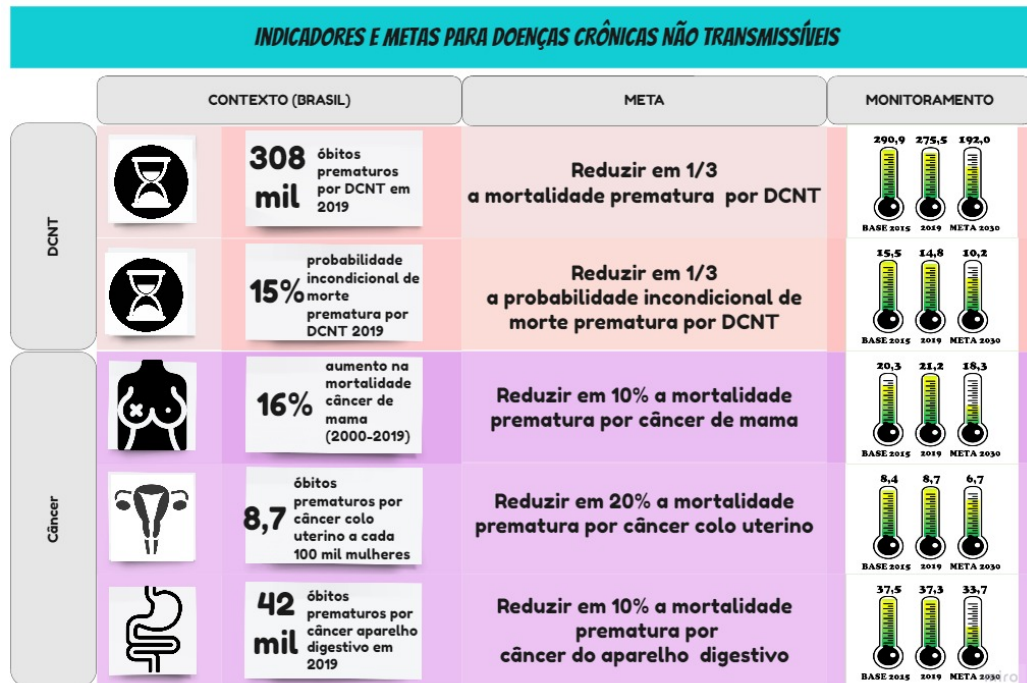
- Cinco indicadores e metas para as DCNT.
- Dez indicadores e metas para os fatores de risco para as DCNT.
- Oito indicadores e metas para agravos (acidentes e violências).

Cabe destacar que as metas previstas nos grupos mencionados dispõem de fonte de informação (sistemas de informação, pesquisas) e dados para cálculo da linha de base e do resultado a ser alcançado em 2030. Porém, é facultada aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios a inclusão de outras metas dessa natureza ou metas de processo, que não dispõem de sistema de informação, mas são importantes para monitorar o andamento do plano.

Os dados referentes ao ano de 2015 foram utilizados como linha de base para cálculo dos valores das metas para o ano de 2030, visando ao alinhamento com as metas dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, que também utilizam este ano como linha de base. Junto à linha de base, foram realizadas previsões para os anos de 2020 a 2030. A previsão foi realizada por meio do algoritmo de Suavização Exponencial Tripla (*Exponential Triple Smoothing* – ETS), considerando os dados referentes ao período de 2000 a 2019 para realizar a previsão relativa ao período de 2020 a 2030. A previsão foi representada graficamente pela linha contínua cinza e o intervalo de confiança da previsão foi representado pelas linhas pontilhadas cinza.

6.1 GRUPO DE INDICADORES E METAS PARA AS DCNT

Figura 50 – Grupo de indicadores e metas para as DCNT



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae.

As metas estabelecidas para as DCNT são “**reduzir em 1/3 a taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT**”, “**reduzir em 1/3 a probabilidade incondicional de morte prematura (30 a 69 anos) por DCNT**”, “**reduzir a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de mama em 10%**”, “**reduzir a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de colo do útero em 20%**” e “**reduzir a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer do aparelho digestivo em 10%**”, no Brasil, até 2030 (Figura 50).

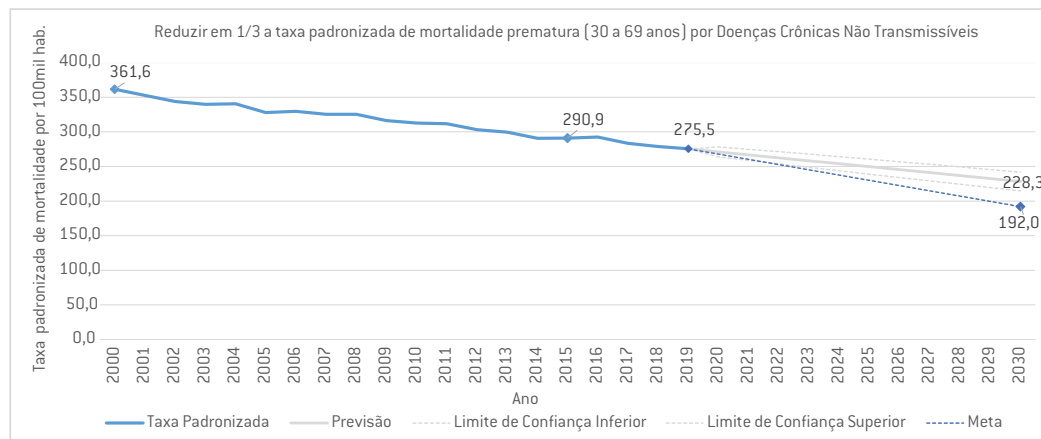
Para o monitoramento dessas metas, deverá ser considerada a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT, por câncer de mama, de colo do útero e do aparelho digestivo padronizadas por idade. Os óbitos por DCNT serão considerados aqueles classificados com os códigos C00-C97 (neoplasias), E10-E14 (diabetes *mellitus*), I00-I99 (doenças cardiovasculares) e J30-J98, exceto J36 (doenças respiratórias crônicas). Os óbitos por câncer de mama serão considerados aqueles registrados no código C50 (neoplasia de mama), os óbitos por câncer de colo do útero serão considerados aqueles registrados no código C53 (neoplasia do colo do útero) e os óbitos por câncer do aparelho digestivo serão considerados aqueles registrados nos códigos C15-C25, C26.0, C26.8, C26.9, C45.1, C48, C77.2, C78.4-C78.8.

Foram considerados os códigos que constam na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Os dados sobre óbitos serão obtidos a partir do Sistema de Informações sobre Mortalidade. Será considerada a população residente de acordo com as estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. A população-padrão utilizada será a do Brasil, no ano de 2010, de acordo com o Censo Populacional.

A probabilidade incondicional de morte prematura por DCNT será aferida calculando-se, inicialmente, a taxa de mortalidade específica por idade para cada faixa etária de 5 anos entre 30 e 69 anos: $(\text{taxa} \times 5) / (1 + \text{taxa} \times 2,5)$. A probabilidade incondicional de morte por DCNT na faixa de idade entre 30 e 69 anos será calculada como: $1 - \text{produto} (1 - \text{taxa específica para a faixa de idade})$.

A Figura 51 apresenta a evolução da taxa padronizada de mortalidade prematura por DCNT no Brasil entre 2000 e 2019, assim como a previsão deste indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para esse indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.

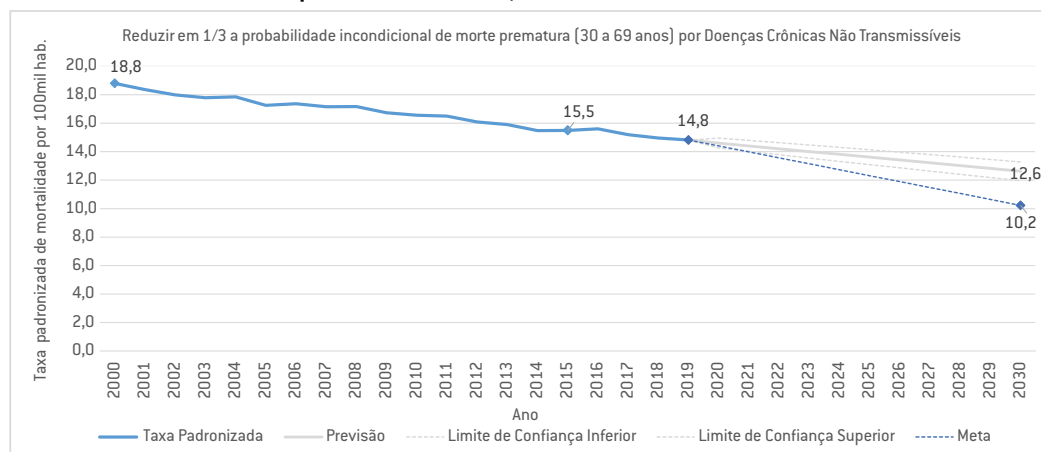
Figura 51 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da taxa padronizada de mortalidade prematura por DCNT. Brasil, 2000 a 2030



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGDANT/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos C00-C97, E10-E14, I00-I99, J30-J98 (exceto J36) (doenças crônicas não transmissíveis – DCNT) da CID-10. Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil Censo 2010. A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.

A Figura 52 apresenta a evolução da probabilidade incondicional de morte prematura por DCNT no Brasil entre 2000 e 2019, assim como a previsão desse indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para esse indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.

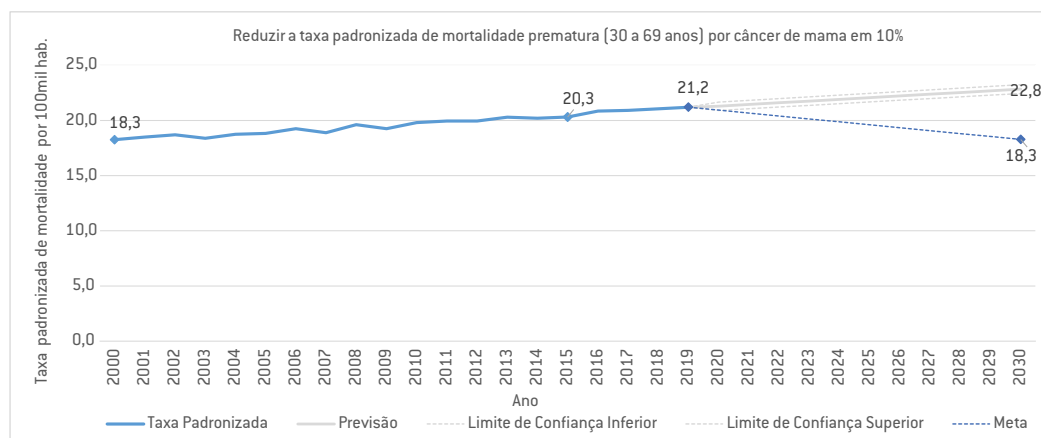
Figura 52 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto probabilidade incondicional de morte prematura. Brasil, 2000 a 2030



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGDANT/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos C00-C97, E10-E14, I00-I99, J30-J98 (exceto J36) (doenças crônicas não transmissíveis – DCNT) da CID-10. Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil Censo 2010. A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.

A Figura 53 apresenta a evolução da taxa padronizada de mortalidade prematura por neoplasias malignas de mama no Brasil entre 2000 e 2019, assim como a previsão deste indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para esse indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.

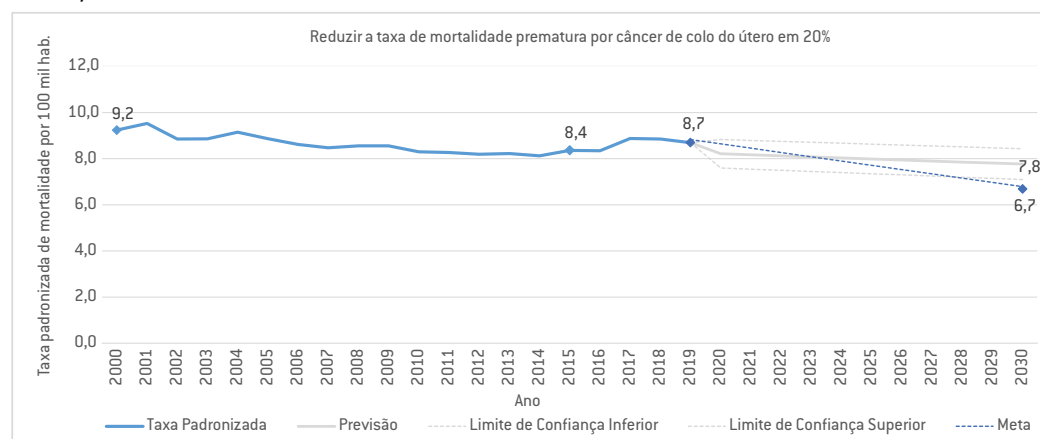
Figura 53 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por neoplasias malignas de mama. Brasil, 2000 a 2030



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGDANT/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com o código C50 (neoplasia da mama) da CID-10. Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil Censo 2010. A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.

A Figura 54 apresenta a evolução da taxa padronizada de mortalidade prematura por neoplasias malignas do colo do útero no Brasil entre 2000 e 2019, assim como a previsão desse indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para esse indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.

Figura 54 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por neoplasias malignas do colo do útero. Brasil, 2000 a 2030

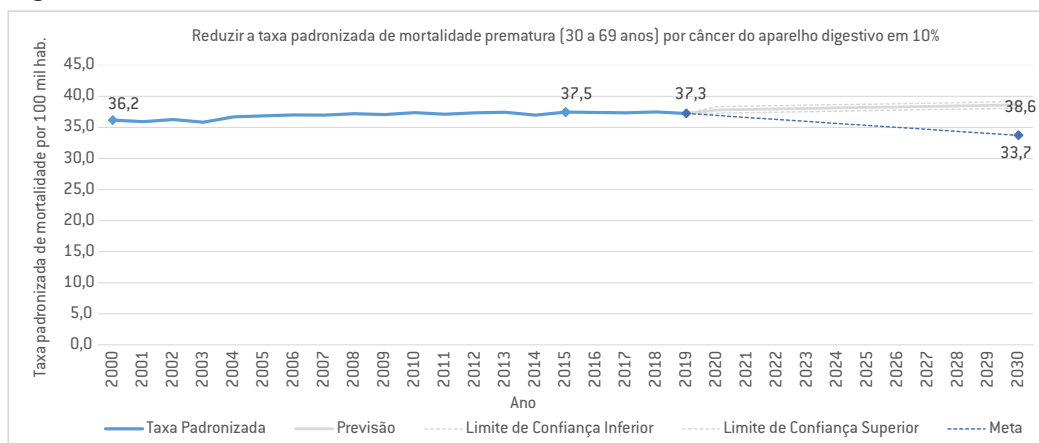


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGDANT/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com o código C53 (neoplasia do colo do útero) da CID-10.

Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População- padrão: Brasil Censo 2010. A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.

A Figura 55 apresenta a evolução da taxa padronizada de mortalidade prematura por neoplasias malignas do aparelho digestivo no Brasil entre 2000 e 2019, assim como a previsão desse indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para esse indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.

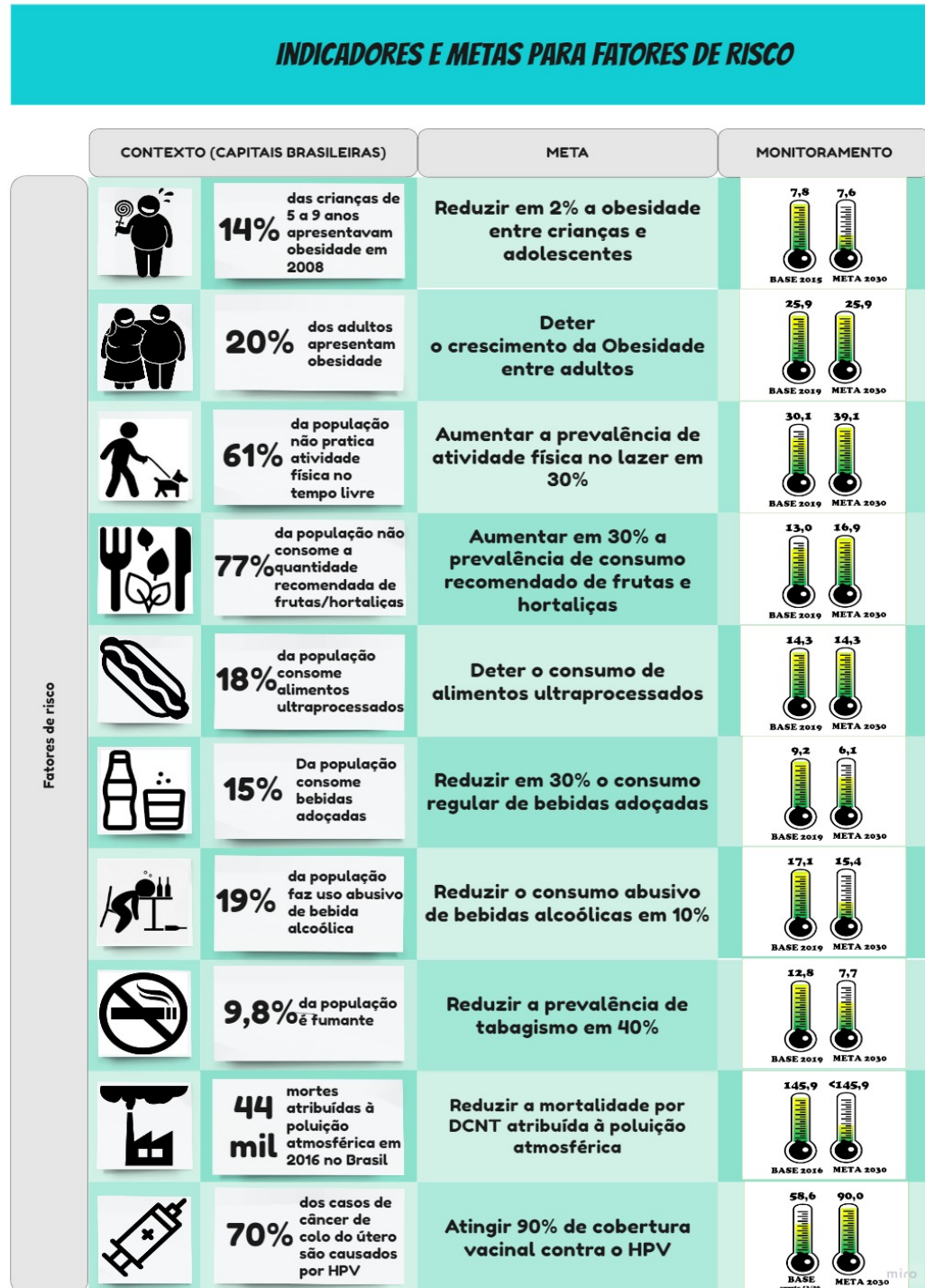
Figura 55 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por neoplasias malignas do aparelho digestivo. Brasil, 2000 a 2030



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGDANT/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos C15, C16-C25, C26.0, C26.8, C26.9, C45.1, C48, C77.2, C78.4-C78.8 (neoplasia do aparelho digestivo) da CID-10. Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil Censo 2010. A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.

6.2 GRUPO DE INDICADORES E METAS PARA FATORES DE RISCO PARA AS DCNT

Figura 56 – Grupo de indicadores e metas para os fatores de risco para as DCNT



Fonte: Fatores de risco – PNS (2019), POF 2008-2009, PeNSE (2015); Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Gastos e Internações – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS). Cobertura vacinal – SIS-PNI.

As metas estabelecidas para os fatores de risco são de **“reduzir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes em 2%”, “deter o crescimento da obesidade em adultos”, “aumentar a prevalência da prática de atividade física no tempo livre em 30%”, “aumentar o consumo recomendado de frutas e de hortaliças em 30%”, “deter o consumo de alimentos ultraprocessados”, “reduzir em 30% o consumo regular de bebidas adoçadas”, “reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%”, “reduzir a prevalência de tabagismo em 40%”, “reduzir a mortalidade por DCNT atribuída à poluição atmosférica” e “atingir 90% de cobertura vacinal contra o HPV”**, no Brasil, até 2030 (Figura 56).

Para verificação de atingimento da meta de redução da obesidade em crianças deverá ser considerada como linha de base a prevalência de obesidade infantil proveniente da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), que realizou antropometria em crianças menores de 5 anos, e, para o monitoramento, serão utilizados inquéritos de base populacional futuros. Até o momento, tais dados não foram publicados, de forma que não serão apresentados neste documento.

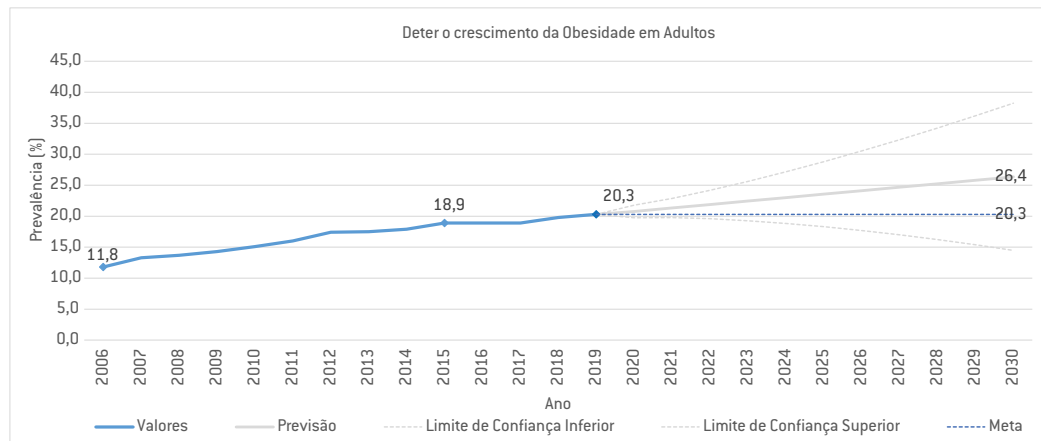
Para verificação de atingimento da meta de redução da obesidade em adolescentes, deverá ser considerada como linha de base a prevalência de obesidade em adolescentes proveniente da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), edição 2015, dados da amostra 2 (adolescentes de 13 a 17 anos), e para o monitoramento serão consideradas as edições posteriores da PeNSE.

Para verificação de atingimento da meta de deter a obesidade em adultos, deverá ser considerada como linha de base a prevalência de obesidade em adultos proveniente da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), edição 2019, e para o monitoramento serão utilizados os dados do Vigitel. Para os períodos disponíveis, deverão ser utilizados os dados da PNS, em virtude de sua maior abrangência e obtenção das informações de peso e altura por meio da aferição. Os dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) serão também utilizados para o monitoramento da obesidade na população acompanhada pela atenção primária, considerando todos os ciclos de vida citados.

As Figuras 57 a 61 apresentam o exemplo de monitoramento das metas relacionadas aos fatores de risco para DCNT monitoradas a partir de dados do Vigitel.

A Figura 57 apresenta a evolução da prevalência da obesidade em adultos (de 18 anos ou mais) entre 2006 e 2019, assim como a previsão deste indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para esse indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.

Figura 57 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da prevalência de obesidade em adultos (≥ 18 anos) no conjunto das capitais brasileiras e do Distrito Federal, 2006 a 2030

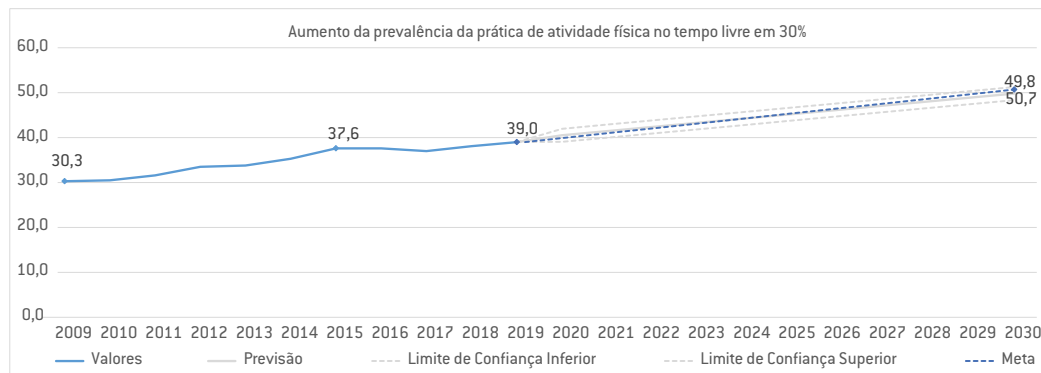


Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) (CGDANT/DASNT/SVS/MS). A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.

Para verificação de atingimento das metas de aumentar o consumo recomendado de frutas e de hortaliças, redução do consumo de bebidas adoçadas, deter o consumo de alimentos ultraprocessados, aumentar a prática de atividade física no tempo livre, reduzir o tabagismo e reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas deverá ser considerada como linha de base as prevalências provenientes do Vigitel 2019 e para o monitoramento serão utilizados os dados das edições futuras do Vigitel. Para os períodos disponíveis, deverão ser utilizados os dados da PNS, em virtude de sua maior abrangência.

A Figura 58 apresenta a evolução da prevalência da prática de atividade física no tempo livre em adultos (de 18 anos ou mais) entre 2009 e 2019, assim como a previsão deste indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para esse indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.

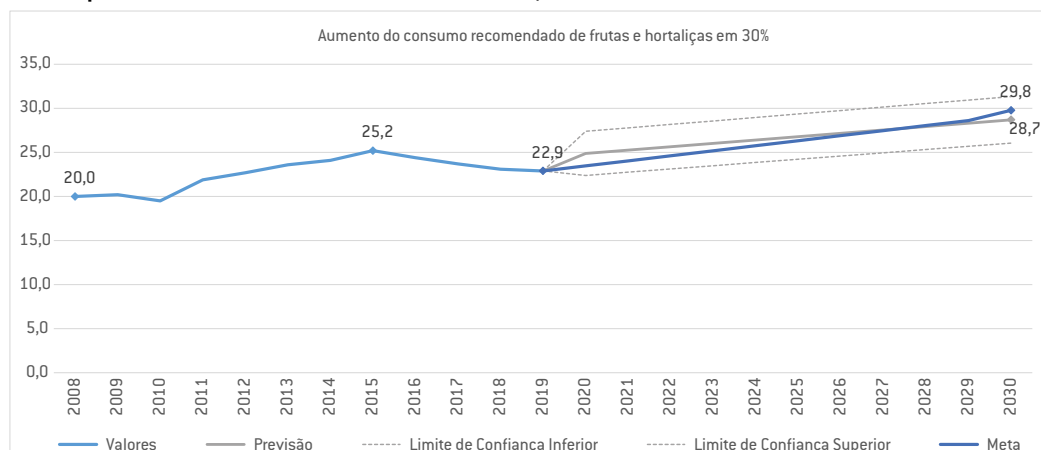
Figura 58 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da prevalência da prática de atividade física no tempo livre em adultos (≥ 18 anos) no conjunto das capitais brasileiras e do Distrito Federal, 2009 a 2030



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) (CGDANT/DASNT/SVS/MS). A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.

A Figura 59 apresenta a evolução da prevalência do consumo recomendado de frutas e de hortaliças entre adultos (de 18 anos ou mais) entre 2008 e 2019, assim como a previsão deste indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para esse indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.

Figura 59 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da prevalência do consumo recomendado de frutas e de hortaliças em adultos (≥ 18 anos) no conjunto das capitais brasileiras e do Distrito Federal, 2006 a 2019



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) (CGDANT/DASNT/SVS/MS). A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.

A Figura 60 apresenta a evolução da prevalência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas em adultos (de 18 anos ou mais) entre 2006 e 2019, assim como a previsão desse indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para esse indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.

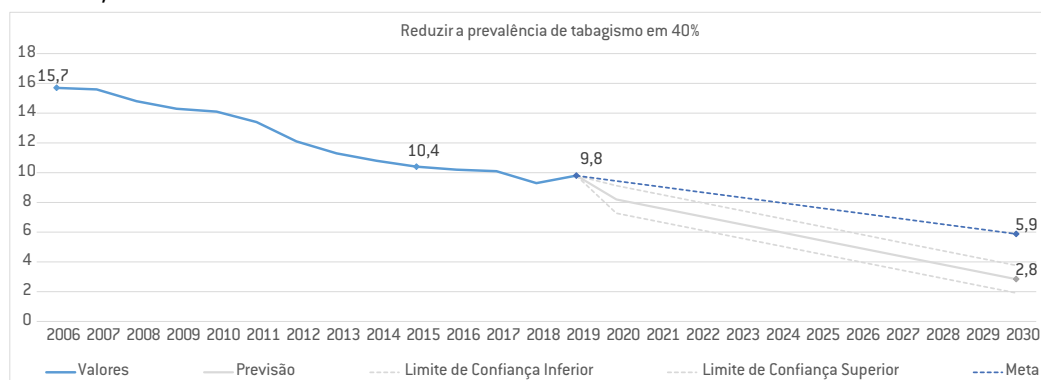
Figura 60 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da prevalência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas em adultos (≥ 18 anos) no conjunto das capitais brasileiras e Distrito Federal (2006-2019)



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) (CGDANT/DASNT/SVS/MS). A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.

A Figura 61 apresenta a evolução da prevalência de tabagismo em adultos (de 18 anos ou mais) entre 2006 e 2019, assim como a previsão desse indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para esse indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.

Figura 61 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da prevalência de tabagismo em adultos (≥ 18 anos) no conjunto das capitais brasileiras e do Distrito Federal, 2006 a 2019



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) (CGDANT/DASNT/SVS/MS). A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.

O monitoramento da carga de mortalidade por DCNT atribuída à poluição do ar é realizado com informações produzidas por metodologia que combina dados de saúde e de qualidade do ar. Essas estimativas têm sido obtidas por meio do *GBD Collaboration*. Para a elaboração desse indicador, serão avaliadas a magnitude da mortalidade; a quantidade de anos de vida potencialmente perdidos, ou seja, os anos de vida perdidos devido à morte prematura; a fração atribuível

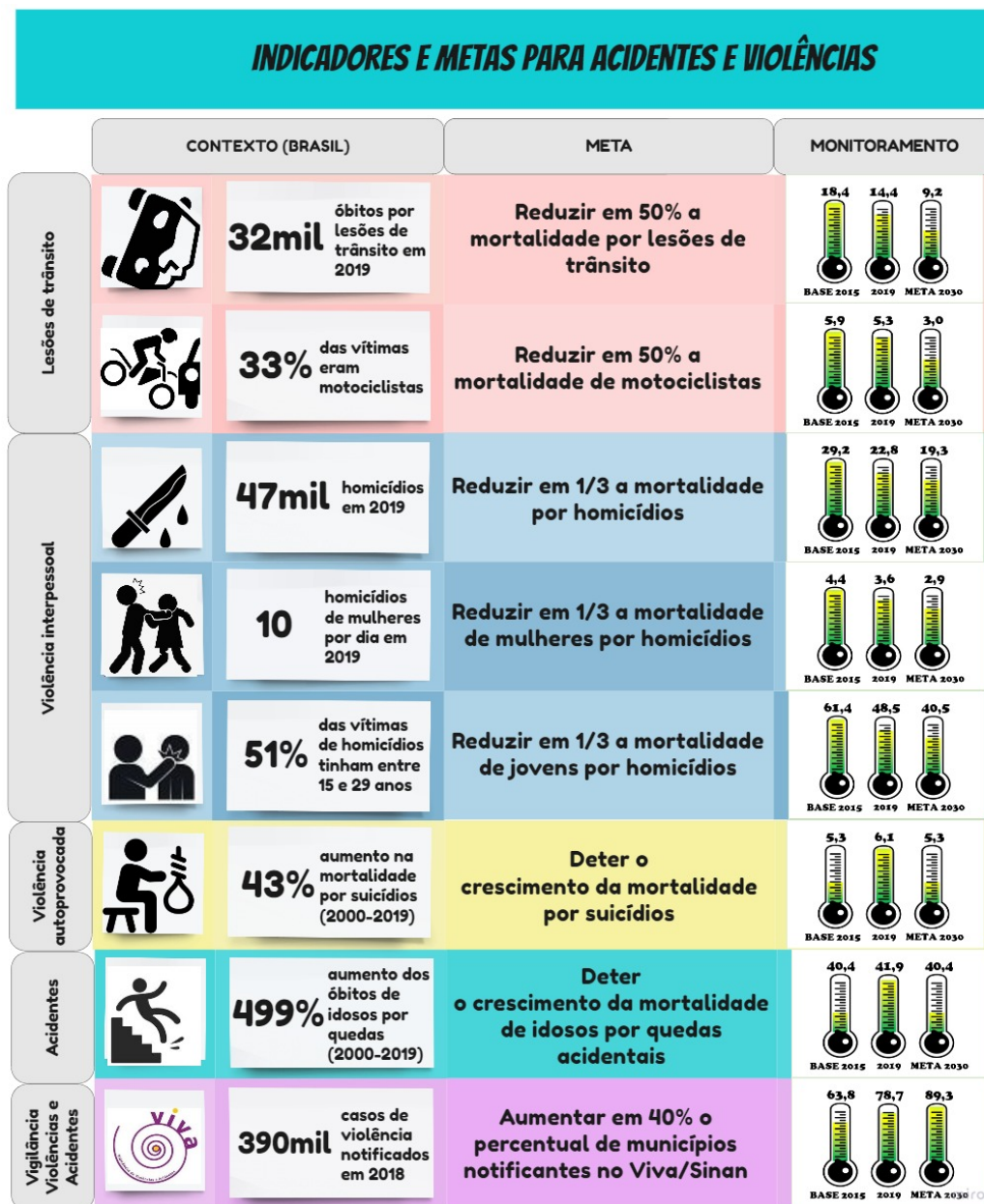
na população (FAP), definida como a parcela da carga de uma certa doença que pode ser estimada a partir da exposição por um fator de risco específico; e a síntese de exposição, que representa a medida de exposição de uma população a determinado fator, considerando-se a magnitude da exposição por nível do risco e a contribuição deste para a carga de doença (BRASIL, 2018).

Na vigência das discussões da Agenda ODS na Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, tem-se considerado a produção de estimativas independentes do impacto da poluição do ar na mortalidade geral por agravos crônicos específicos pelo Ministério da Saúde, com dados do SIM/DataSUS e Sisam/Inpe. Considerando, entretanto, o dado disponível até o momento, a mortalidade por DCNT atribuída à poluição foi de 180,9 óbitos por 100 mil habitantes entre homens e 111,0 óbitos por 100 mil habitantes entre mulheres, em 2016. Para o atingimento da meta proposta para 2030, deverão ser atingidos valores inferiores a esses.

O cálculo de cobertura vacinal acumulada por coorte de meninas e meninos será feito a partir da identificação de coortes etárias, definidas como o conjunto de pessoas que completam o mesmo número de anos de vida, no mesmo ano calendário. A análise da cobertura será realizada separadamente para primeira dose e segunda dose, utilizando dados do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização. A cobertura da primeira dose entre meninas (9 a 14 anos) foi de 82,89% na coorte de 2013 a 2020; e entre meninos (11 a 14 anos) foi de 57,4%. Considerando também a coorte de 2013 a 2020, a cobertura da segunda dose entre meninas (9 a 15 anos) foi de 58,2%; e entre meninos (11 a 15 anos) foi de 36,0%.

6.3 GRUPO DE INDICADORES E METAS PARA ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

Figura 62 – Grupo de indicadores e metas para as violências e os acidentes



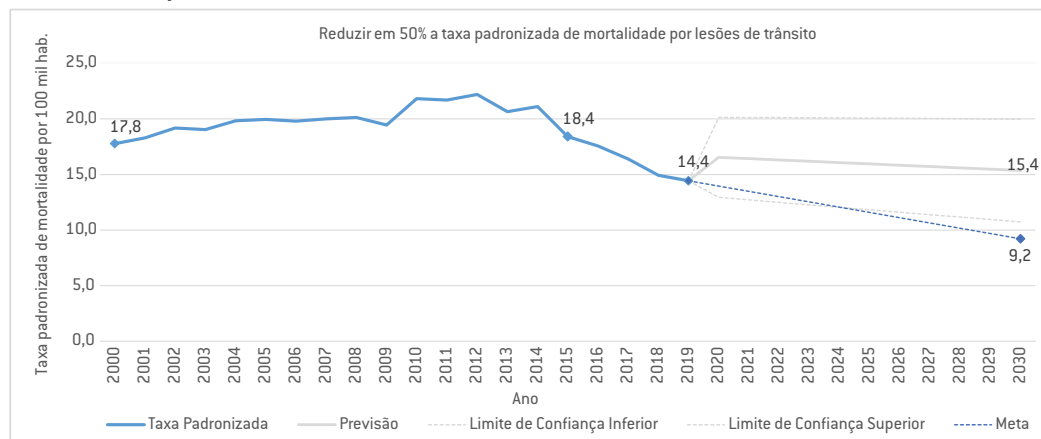
Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Notificações – Viva/Sinan.

As metas estabelecidas para violências e acidentes são: **“reduzir em 50% a taxa de mortalidade por lesões de trânsito”, “reduzir em 50% a taxa de mortalidade de ocupantes de motocicletas/triciclos”, “reduzir em 1/3 a taxa de mortalidade por homicídios”, “reduzir em 1/3 a taxa de mortalidade de mulheres por homicídios”, “reduzir em 1/3 a taxa de mortalidade de jovens (15 a 29 anos) por homicídios”, “deter o crescimento da mortalidade por suicídios”, “deter o crescimento da mortalidade de idosos por quedas acidentais” e “aumentar em 40% o percentual de municípios notificantes no Viva/Sinan”, no Brasil, até 2030.**

Para o monitoramento das metas de **“reduzir em 50% a taxa de mortalidade por lesões de trânsito”, “reduzir em 50% a taxa de mortalidade de ocupantes de motocicletas/triciclos”,** no Brasil, até 2030, deverão ser consideradas a taxas de mortalidade por lesões de trânsito e ocupantes de motocicletas e triciclos padronizadas por idade. Serão considerados os óbitos classificados com os códigos V01 a V89 (acidentes de transporte terrestre) e V20 a V39 (Ocupantes de motocicletas e triciclos) da CID-10 no SIM. Será considerada a população residente de acordo com as estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. A população-padrão utilizada será a do Brasil, no ano de 2010, de acordo com o Censo Populacional.

A Figura 63 apresenta a evolução da taxa padronizada de mortalidade por lesões de trânsito no Brasil entre 2000 e 2019, assim como a previsão desse indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para esse indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.

Figura 63 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da taxa de mortalidade por lesões de trânsito. Brasil, 2000 a 2030

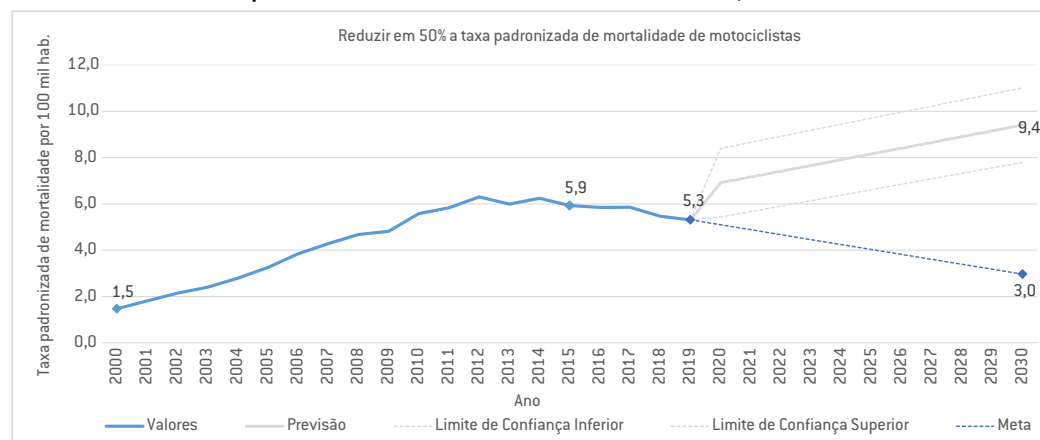


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos V01 a V89 (Acidentes de transporte terrestre) da CID-10.

Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”. A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.

A Figura 64 apresenta a evolução da taxa de mortalidade de ocupantes de motocicletas e triciclos no Brasil entre 2000 e 2019, assim como a previsão desse indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para esse indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.

Figura 64 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da taxa de mortalidade de ocupantes de motocicletas e triciclos. Brasil, 2000 a 2030

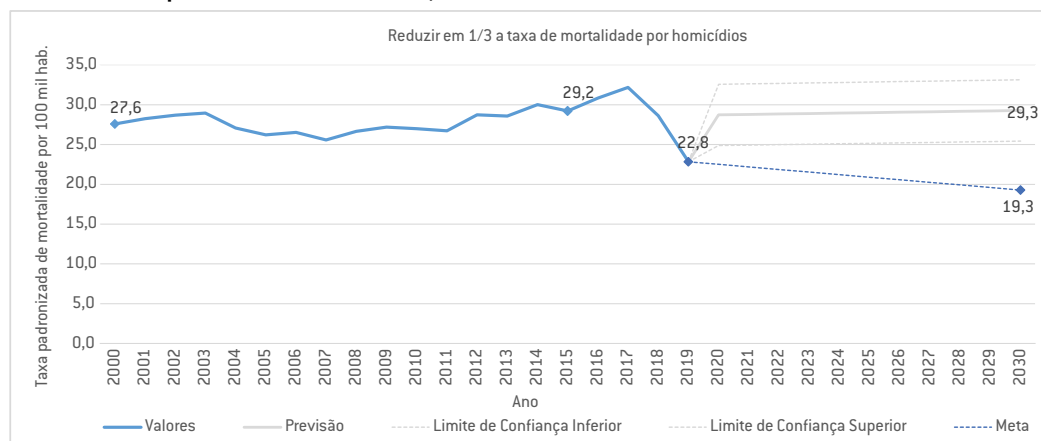


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos V20 a V39 (Ocupantes de motocicletas e triciclos) da CID-10. Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”. A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.

Para o monitoramento das metas **“reduzir em 1/3 a taxa de mortalidade por homicídios”, “reduzir em 1/3 a taxa de mortalidade de mulheres por homicídios” e “reduzir em 1/3 a taxa de mortalidade de jovens (15 a 29 anos) por homicídios”**, no Brasil, até 2030, deverão ser considerados: a taxa de mortalidade por homicídios e a taxa de mortalidade de mulheres por homicídios, padronizadas por idade, e a taxa específica de mortalidade de jovens (15 a 29 anos) por homicídios, respectivamente. Serão considerados os óbitos classificados com os códigos X85 a Y09 (agressões); Y22 a Y24 (disparo de arma de fogo, com intenção indeterminada); Y35 (intervenção legal); Y87.1 (sequela de agressão) e Y89.0 (sequela de intervenção legal) da CID-10 no Sistema de Informações sobre Mortalidade. Será considerada a população residente de acordo com as estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. A população-padrão utilizada será a do Brasil, no ano de 2010, de acordo com o Censo Populacional. A taxa de mortalidade de jovens a ser monitorada deverá ser a específica (bruta) e não a padronizada.

A Figura 65 apresenta a evolução da taxa padronizada de mortalidade por homicídios no Brasil entre 2000 e 2019, assim como a previsão desse indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para esse indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.

Figura 65 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da taxa de mortalidade por homicídios. Brasil, 2000 a 2030

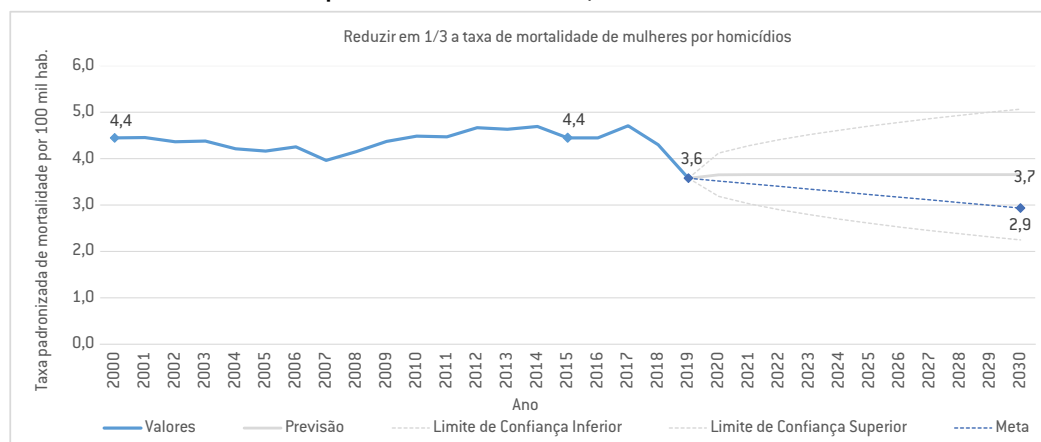


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos X85 a Y09 (agressões); Y22 a Y24 (disparo de arma de fogo, com intenção indeterminada); Y35 (intervenção legal); Y87.1 (sequela de agressão) e Y89.0 (sequela de intervenção legal) da CID-10.

Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como "ignorada". A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.

A Figura 66 apresenta a evolução da taxa padronizada de mortalidade de mulheres por homicídios no Brasil entre 2000 e 2019, assim como a previsão desse indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para esse indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.

Figura 66 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da taxa de mortalidade de mulheres por homicídios. Brasil, 2000 a 2030

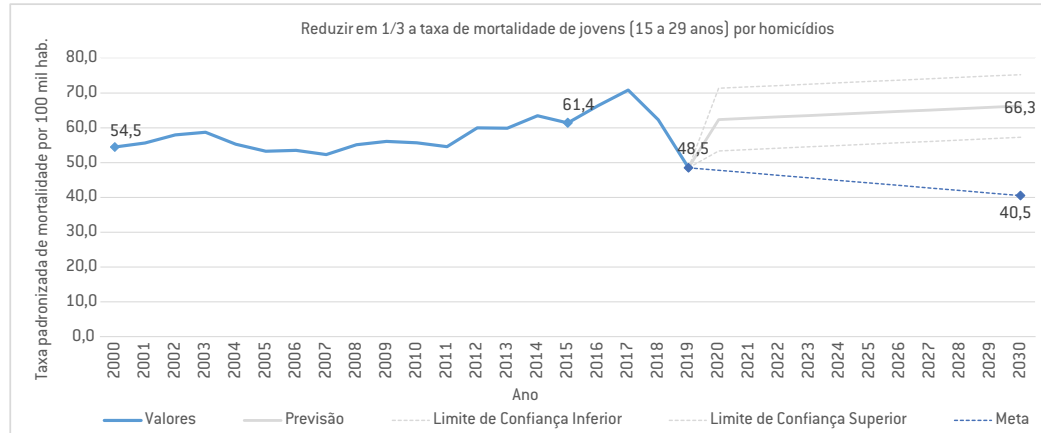


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos X85 a Y09 (agressões); Y22 a Y24 (disparo de arma de fogo, com intenção indeterminada); Y35 (intervenção legal); Y87.1 (sequela de agressão) e Y89.0 (sequela de intervenção legal) da CID10.

Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como "ignorada". A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.

A Figura 67 apresenta a evolução da taxa específica de mortalidade de jovens (15 a 29 anos) por homicídios no Brasil entre 2000 e 2019, assim como a previsão desse indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para esse indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.

Figura 67 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da taxa específica de mortalidade de jovens (15 a 29 anos) por homicídios. Brasil, 2000 a 2030

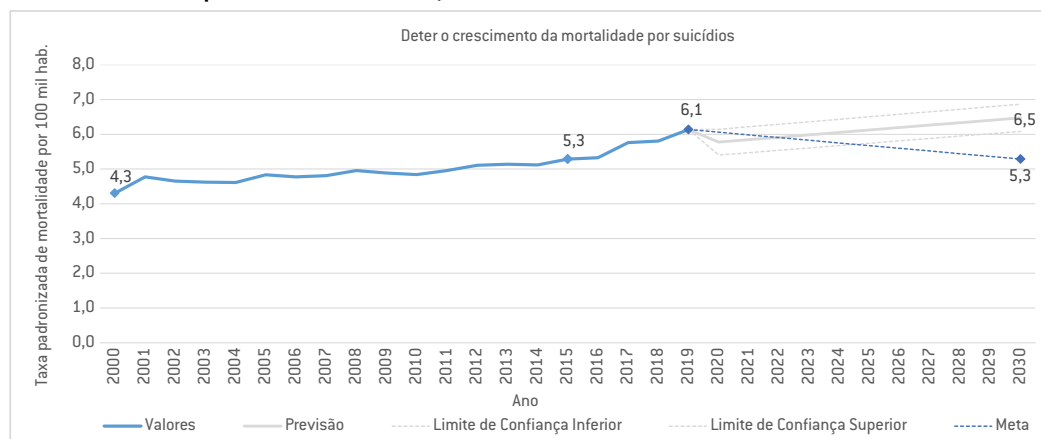


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos X85 a Y09 (agressões); Y22 a Y24 (disparo de arma de fogo, com intenção indeterminada); Y35 (intervenção legal); Y87.1 (sequela de agressão) e Y89.0 (sequela de intervenção legal) da CID-10. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”. A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.

Para o monitoramento da meta de **“deter o crescimento da mortalidade por suicídios”**, no Brasil, até 2030, deverá ser considerada a taxa de mortalidade por suicídios padronizada por idade. Serão considerados os óbitos classificados com os códigos X60 a X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) e Y87.0 (sequelas de lesões autoprovocadas) da CID-10 no Sistema de Informações sobre Mortalidade. Será considerada a população residente de acordo com as estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. A população-padrão utilizada será a do Brasil, no ano de 2010, de acordo com o Censo Populacional.

A Figura 68 apresenta a evolução da taxa padronizada de mortalidade por suicídios no Brasil entre 2000 e 2019, assim como a previsão desse indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para esse indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.

Figura 68 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da taxa padronizada de mortalidade por suicídios. Brasil, 2000 a 2030



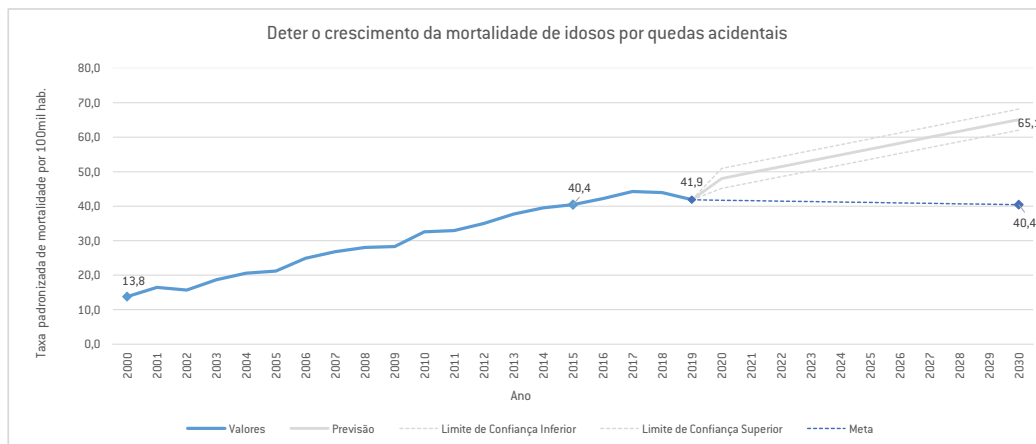
Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos X60 a X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) e Y87.0 (sequelas de lesões autoprovocadas) da CID-10.

Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”. A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.

Para o monitoramento da meta **“deter o crescimento da mortalidade de idosos por quedas acidentais”**, no Brasil, até 2030, deverá ser considerada a taxa específica de mortalidade de idosos (60 anos e mais) por quedas acidentais. Deverá ser considerada a taxa bruta e não a padronizada. Serão considerados os óbitos classificados com os códigos W00 a W19 (Quedas) da CID-10 no Sistema de Informações sobre Mortalidade. Será considerada a população residente de acordo com as estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae.

A Figura 69 apresenta a evolução da taxa específica de mortalidade de idosos por quedas acidentais no Brasil entre 2000 e 2019, assim como a previsão desse indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para esse indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.

Figura 69 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da taxa específica de mortalidade de idosos por quedas acidentais. Brasil, 2000 a 2030

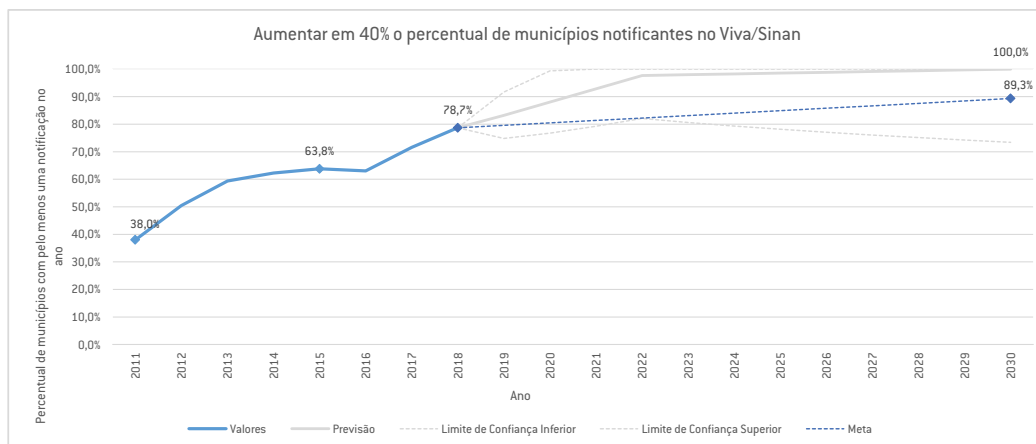


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos W00 a W19 (Quedas) da CID-10. A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.

Para o monitoramento da meta de **“aumentar em 40% o percentual de municípios notificantes no Viva/Sinan”**, no Brasil, até 2030, o indicador é dado pela proporção de municípios que realizaram ao menos uma notificação de violência interpessoal ou autoprovocada, no ano (número de municípios que realizaram pelo menos uma notificação, dividido pelo número total de municípios, multiplicado por 100).

A Figura 70 apresenta a evolução do percentual de municípios notificantes no Viva/Sinan no Brasil, entre 2011 e 2018, assim como a previsão desse indicador para os anos de 2019 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para esse indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.

Figura 70 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto do percentual de municípios notificantes no Viva/Sinan, 2011 a 2030



Fonte: Notificações: Componente contínuo do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan). Número de municípios: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).



AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Para o alcance das metas, foram definidas 226 ações estratégicas a serem desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios. As ações estratégicas são apresentadas por bloco e associadas aos indicadores e às metas com os quais há possibilidade de influência direta no alcance deles. O bloco referente às **ações estratégicas** contém ações que mobilizam várias áreas e setores, transversalizam os demais blocos, contribuindo para o alcance do conjunto de metas do Plano de Dant.

O bloco das **ações estratégicas para promoção da saúde, prevenção, produção do cuidado e assistência para enfrentamento dos fatores de risco para as doenças e agravos não transmissíveis** apresenta as ações organizadas a partir da vinculação dos fatores de risco para as Dant com os eixos promoção da saúde, atenção integral à saúde, vigilância em saúde e prevenção das Dant à saúde. São ações correlatas às especificidades de cada tema e objetivam indicar foco e direção para alcance das metas do Plano de Dant.

Por fim, o bloco das **ações estratégicas para a promoção da saúde, prevenção e cuidado diante do grupo de DCNT** apresenta ações correlatas às especificidades de cada tema, com mesmo objetivo de conferir foco e direção para alcance das metas do Plano de Dant.

7.1 AÇÕES ESTRATÉGICAS

Eixo Promoção da Saúde
Elaborar plano de comunicação para a população, estabelecendo canais de comunicação com influenciadores digitais, blogueiros e vlogueiros para pautar discussões, contemplando todos os ciclos de vida e relacionando os seguintes temas com a promoção da saúde e a prevenção de doenças crônicas, violências e acidentes: cidades sustentáveis, ambientes saudáveis, saúde e segurança no trabalho, prática de atividade física, qualidade do ar, mudanças climáticas, exposição a químicos, alimentação saudável, prevenção do tabagismo, prevenção do uso abusivo do álcool, cultura de paz, mobilidade sustentável e qualidade do ar, soluções inovadoras em saúde, equidade em saúde, saúde mental e governança em saúde.
Articular com canais de TV estatais a produção e a veiculação de programas com os temas do Plano de Doenças e Agravos não Transmissíveis (Dant).
Implementar iniciativas de mensuração de impacto na mudança de comportamento da população em relação às Dant.
Desenvolver ferramentas digitais para promoção do autocuidado em doenças crônicas, incluindo a obesidade, e de hábitos de vida saudáveis considerando a alimentação adequada e saudável e a prática de atividade física.
Elaborar e disponibilizar para a rede e ensino da educação básica, itinerários formativos sobre prevenção das DCNT e dos agravos, da promoção da saúde e do desenvolvimento sustentável.
Estimular o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis no setor de saúde suplementar em articulação com a Agência Nacional de Saúde Suplementar.
Estabelecer parcerias com o setor privado para o desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde, saúde mental, segurança no trabalho e prevenção das DCNT para os trabalhadores e empregadores, englobando mudanças nos processos produtivos, nas formas de gestão e organização do trabalho e nos ambientes de trabalho.
Articular com a iniciativa privada, a sociedade civil e o terceiro setor projetos de baixo custo, de fácil aplicação e de alta efetividade para aumento da prática de atividade física, redução da poluição do ar e de acidentes de trabalho e de trânsito, promoção da saúde mental, prevenção de violências e das DCNT para disponibilizar para estados, Distrito Federal e municípios.
Elaborar e pactuar termos de um código de ética e conduta para as parcerias público-privadas relativas ao desenvolvimento de iniciativas de promoção da saúde e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis.
Propor e desenvolver uma proposta de Convenção-Quadro para prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis para a América do Sul.
Apoiar a realização de estudos avaliativos sobre efetividade das ações e programas de promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde (APS), incluindo ações voltadas a grupos de maior vulnerabilidade para DCNT e a obesidade.

Disseminar informações e recomendações para que as cidades usem áreas urbanas e planejamento de transporte, com políticas de mobilidade, com vistas à diminuição da poluição do ar, à disponibilidade de modos acessíveis de deslocamento que incorporam atividade física, como caminhar e andar de bicicleta, e ao uso de transporte público.

Promover a Agenda dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável nos estados, no Distrito Federal e nos municípios na perspectiva de estruturação de processos de planejamento e monitoramento locais.

Desenvolver e implementar conjunto de iniciativas de Educação Permanente em Saúde (EPS), considerando demandas apontadas pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde, por estados, Distrito federal e municípios, voltadas à formação dos profissionais do Sistema Único de Saúde, incluindo os níveis médio e técnico para análise, abordagem, cuidado e prevenção dos fatores de risco para as DCNT.

Promover ações de promoção em saúde e segurança no trabalho considerando intervenções nos fatores de risco ocupacionais, priorizando grupos de trabalhadores mais vulneráveis, como os informais, menores de 18 anos, idosos, gestantes, trabalhadores em situação análoga à escravidão, entre outros.

Formar e qualificar profissionais de saúde e sociedade civil para desenho e implantação de cidades/territórios inteligentes, saudáveis e sustentáveis.

Eixo Atenção Integral à Saúde

Fortalecer os mecanismos de verificação de custo-efetividade para a incorporação de novas tecnologias voltadas às DCNT.

Fortalecer o complexo produtivo da saúde para ampliar a produção de insumos farmacêuticos (fármacos) destinados ao enfrentamento das DCNT.

Desenvolver estratégias intersetoriais de organização do cuidado em saúde voltadas para gestantes, puérperas, recém-nascidos e crianças de até 2 anos privadas de liberdade.

Ampliar o acesso ao pré-natal odontológico com objetivo de reduzir a ocorrência de cárie e doença periodontal.

Fortalecer as práticas integrativas na APS como componente do cuidado em saúde.

Ampliar estratégias de promoção do envelhecimento saudável ao longo de toda a vida, com inclusão de linha de cuidado e adaptação de processos terapêuticos às especificidades da pessoa idosa.

Fomentar a qualificação e a ampliação da atuação clínico-assistencial dos profissionais de saúde, com ênfase em equipes multiprofissionais, por meio da elaboração, da implantação e da implementação de linhas de cuidado, diretrizes e protocolos clínicos para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) – hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, obesidade, câncer de colo do útero e câncer de mama.

Apoiar os entes federados interessados na implementação do modelo de atenção às pessoas com condições crônicas com ênfase em HAS, diabetes e obesidade desenvolvido pelo Ministério da Saúde.

Implantar estratégias de avaliação de risco global para DCNT em usuários vinculados à Atenção Primária em Saúde, para o rastreamento de risco e detecção precoce de doenças crônicas.

Qualificar a gestão da informação na APS por meio do aperfeiçoamento e do monitoramento das informações do Sisab e avanço da informatização das equipes, considerando a incorporação de informações sobre populações em situação de vulnerabilidade, invisibilidade e iniquidades.

Coordenar ações de indução da política de atenção psicossocial focadas nas abordagens breves na Atenção Primária à Saúde, com ênfase nos transtornos mentais mais frequentes, eventos agudos, dependência e abuso de álcool e manejo apropriado da cronicidade.

Desenvolver ações de *advocacy* junto às Secretarias de Saúde estaduais, do Distrito Federal e dos municípios para inclusão de procedimentos e ações de prevenção de violências, do uso do álcool e do uso do tabaco nas respectivas carteiras de serviços da Atenção Primária em Saúde.

Apoiar a realização de pesquisas sobre os efeitos da auriculoterapia e outras práticas integrativas e complementares no cuidado em DCNT e seus fatores de risco, abrangendo as pessoas privadas de liberdade e populações em situação de iniquidades.

Atualizar e implementar as diretrizes clínicas do Ministério da Saúde, com base em evidências e custo-efetividade para linhas de cuidado das principais doenças crônicas: hipertensão, diabetes, acidente vascular encefálico, doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e demais DCNT.

Desenvolver estratégias de proteção e assistência às pessoas com DCNT em situações de epidemia ou pandemia, com implementação de medidas de proteção ao contágio e garantia ao acesso e continuidade dos cuidados, incluindo-se a aquisição de medicamentos.

Eixo Vigilância em Saúde

Criar observatório nacional de violências e acidentes.

Disponibilizar ferramentas e estratégias de formação em vigilância de doenças e agravos não transmissíveis (Dant) e análise de iniquidades em saúde para profissionais do SUS.

Apoiar estados e municípios para qualificação da vigilância de Dant, incluindo a qualidade dos dados, a produção e a utilização de informação em saúde à tomada de decisão.

Incentivar a criação de comitês de investigação de óbitos como estratégia para melhoria da qualidade dos dados.

Monitorar os casos e os óbitos de intoxicações exógenas acidentais e autoprovocadas por agrotóxicos, metais pesados, produtos de uso domiciliar, produtos químicos, alimentos, raticidas e produtos veterinários e por uso abusivo de álcool e outras drogas.

Apoiar a estruturação e o fortalecimento da vigilância dos riscos de intoxicação por agrotóxicos, alimentos e metais por trabalhadores rurais, ribeirinhos, agentes de endemias, pescadores, quilombolas e os que trabalham na produção destes.

Garantir a oferta de vacinas para a prevenção de hepatite B, influenza em idosos, pneumococo e outras comorbidades das DCNT.

Implantar programa de qualificação da informação e ampliação da captação de procedimentos não registrados no SUS, a construção da interoperabilidade dos sistemas e o uso da análise de situação de saúde para a tomada de decisão em vigilância de Dant.

Apoiar financeiramente a realização de estudos avaliativos sobre a efetividade e o impacto econômico das medidas de redução da morbimortalidade e da prevenção de fatores de risco associados às DCNT na APS, incluindo ações voltadas a grupos de maior vulnerabilidade para DCNT.

Realizar o levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população brasileira-SB BRASIL.

Publicar Guia de Vigilância de Dant integrada.

Publicar boletins epidemiológicos sobre temáticas do plano de Dant.

Realizar anualmente o inquérito telefônico sobre fatores de risco e proteção para as DCNT – Vigitel.

Promover a implantação de vigilância de Dant (DCNT e agravos) integrada no País.

Realizar o monitoramento e a divulgação de informações relativas aos indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável sob a responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Propor subsídios e articular a tomada da Comissão Nacional para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável com a participação do Ministério da Saúde.

Estimular e subsidiar universidades e instituições de pesquisa públicas para a realização de inquéritos de fatores de risco e proteção para as DCNT em municípios não contemplados pelo Vigitel.

Realizar a Pesquisa Nacional de Saúde a cada cinco anos, incluindo temas sobre acesso aos serviços e sua utilização, morbidade, fatores de risco e proteção de doenças crônicas, saúde dos idosos, das mulheres e das crianças, bem como fazer medições antropométricas e de pressão arterial e coleta de material biológico.

Realizar regularmente a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE).

Desenvolver e ofertar aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios tecnologia para a interoperabilidade de dados dos sistemas de informação em saúde para qualificar a vigilância de lesões por causas externas.

Eixo Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde

Desenvolver ações intersetoriais para ampliar a fluoretação das águas de abastecimento público garantindo-se continuidade e teores adequados de fluoreto, objetivando a prevenção da doença cárie dentária.

Disseminar boas práticas para a prevenção de DCNT e obesidade realizadas na Atenção Primária à Saúde.

Implementar estratégias de formação dos profissionais de saúde da APS para a detecção precoce de fatores de risco para as DCNT e a obesidade, bem como desenho de iniciativas para a redução individual e coletivos mesmos no território, envolvendo os ciclos de vida.

Estruturar ações de educação e comunicação relacionadas à alimentação adequada, às práticas corporais e atividade física, à prevenção do uso de tabaco e álcool e demais fatores de risco e à qualificação do cuidado das DNCT, por meio da oferta de:

1. Estratégias de tele-educação e teleconsultoria para atualização das equipes e apoio no uso de diretrizes clínicas/linhas de cuidado/protocolos.
2. Ações de qualificação profissional para uso de entrevista motivacional, planos de cuidados e autocuidados e de práticas corporais/mentais.
3. Ações de educação para pessoas com DCNT e familiares para a construção de modos de vida favoráveis à saúde e ao autocuidado apoiado.
4. Ações de promoção da segurança alimentar e nutricional, prevenção e cessação do uso do álcool e do tabaco e promoção das práticas corporais e atividade física em grupos em situação de vulnerabilidade e iniquidades em saúde, considerando e valorizando as especificidades culturais e regionais dos diferentes grupos e etnias.

7.2 AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE, PREVENÇÃO, PRODUÇÃO DO CUIDADO E ASSISTÊNCIA PARA ENFRENTAMENTO DOS FATORES DE RISCO PARA AS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Álcool	
Promoção da Saúde	Articular e promover subsídios técnico-científicos e políticos para iniciativas de regulação que visem aplicar proibições ou restrições abrangentes à publicidade, ao patrocínio e à promoção comercial de bebidas alcoólicas.
	Apoiar projetos de lei que visem à alteração da Lei n.º 9.294/1996 para vedar a propaganda comercial de bebidas alcoólicas nos meios de comunicação social.
	Apoiar medidas regulatória e fiscais para reduzir o consumo de bebidas alcoólicas e que permitem informar, por meio do rótulo, os prejuízos relacionados ao consumo.
	Articular com o Ministério da Justiça e Segurança Pública proposta de lei para regulação da disponibilidade e do consumo de álcool em eventos de massa, públicos ou privados.
	Apoiar a aplicação da Lei n.º 13.106/2015 que altera o artigo 243 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA – Lei n.º 8.069/1990) que criminaliza a venda, o fornecimento, a ação de servir, ministrar ou entregar bebidas alcoólicas, ainda que gratuitamente, a menores de 18 anos.

	Elaborar, mapear e divulgar estratégias de promoção da saúde e prevenção do consumo abusivo do álcool na população indígena.
	Desenvolver campanhas de mídia nacional sobre uso de álcool e direção, uso de álcool e trabalho e emprego, uso de álcool e violência doméstica e uso de álcool e doenças crônicas e das medidas de proteção e divulgação dos serviços de saúde disponíveis para o apoio à prevenção e cessação do consumo.
	Fortalecer a articulação entre as redes de atenção à saúde e redes de proteção social, promovendo e qualificando ações voltadas para as pessoas e seus familiares que sofrem os impactos do uso abusivo do álcool, principalmente nas populações em situação de iniquidade.
	Desenvolver estudos para recomendar a restrição da disponibilidade física e do horário de venda de bebidas alcoólicas em estabelecimentos comerciais.
	Promover ações educacionais nas escolas públicas e privadas voltadas para a prevenção e a redução do uso do álcool, no contexto do Programa Saúde na Escola.
Atenção Integral à Saúde	Ampliar o número de ações voltadas para a população indígena a serem desenvolvidas pelos Caps nas Regiões de Saúde responsáveis pelo cuidado dessa população, garantindo acesso e referência dos povos indígenas à Rede de Atenção Psicossocial.
	Fortalecer a rede de saúde mental com envolvimento da sociedade civil organizada e a implantação de serviços de prevenção, detecção precoce, tratamento e atenção aos transtornos por consumo de álcool (causas plenamente atribuíveis) com protocolo para medidas breves, além de apoio e tratamento aos familiares afetados na APS.
	Coordenar ações de indução da política de atenção psicossocial focadas nas abordagens breves na Atenção Primária à Saúde, com ênfase nos transtornos mentais mais frequentes, eventos agudos, dependência e abuso de álcool e manejo apropriado da cronicidade.
	Desenvolver ações de advocacy junto às Secretarias de Saúde estaduais, do Distrito Federal e dos municípios para inclusão de procedimentos e de ações de prevenção do uso do álcool nas respectivas carteiras de serviços da Atenção Primária à Saúde.
	Qualificar as equipes do Consultório na Rua no cuidado à saúde mental e à prevenção do uso prejudicial de álcool para a população em situação de rua.
	Fortalecer, por meio de educação permanente e aportes financeiros para desenvolvimento de iniciativas nas redes de saúde e nos Distritos Sanitários Indígenas, a detecção, a prevenção e o cuidado dirigidos aos indígenas usuários e potenciais usuários de álcool e seus familiares, visando à cessação, à redução e ao fim da ingestão precoce em todo ciclo de vida.
Vigilância em Saúde	Qualificar a disponibilidade de informações no Sinan sobre quesitos de equidade e renda em relação aos agravos decorrentes do consumo de álcool.
	Apoiar com estudos e iniciativas integradas e intersetoriais a aplicação da Lei Seca, especialmente na relação entre uso de álcool e direção.

	Estabelecer marcos eficazes para as atividades de vigilância e monitoramento do consumo de bebidas alcoólicas com inquéritos nacionais periódicos e sistemas nacionais com informações de morbimortalidade.
	Fortalecer a abordagem familiar na Atenção Primária à Saúde, desenvolvendo linhas de cuidado e ações de prevenção que abordem riscos e consequências decorrentes do consumo abusivo de álcool.
Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde	Articular com o Ministério da Educação, o Conselho Nacional de Educação e a representação das instituições de ensino superior, públicas e privadas a inclusão na grade curricular dos cursos de saúde de disciplinas que abordem conhecimentos sobre a prevenção e o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, e, nos cursos de licenciaturas, disciplinas que abordem os determinantes e condicionantes sociais do consumo do álcool e outras drogas, relação com violências, detecção precoce do consumo e suporte para medidas de apoio articuladas e complementares aos serviços de saúde.

Tabaco	
	Apoiar e lançar campanhas pela proibição total da propaganda de cigarros, incluindo: exposição para venda, proibição de venda a menores, publicidade internacional e meios modernos de comunicação, a adoção de embalagens padronizadas e a comercialização, importação e propaganda dos dispositivos eletrônicos para fumar, incluindo o tabaco aquecido.
	Induzir e articular a implementação de medidas regulatórias relacionadas à comercialização, à propaganda, ao consumo e à fiscalização contra a venda de produtos ilegais.
	Mobilizar e articular os poderes e os setores da sociedade com o objetivo de promover o aperfeiçoamento da legislação nacional quanto ao cumprimento da Convenção-Quadro do Controle do Tabaco e seus protocolos.
Promoção da Saúde	Intensificar estratégias intersetoriais de promoção da saúde, prevenção e estímulo à cessação do uso de produtos derivados de tabaco nos estados de fronteiras e naqueles que apresentam maior prevalência de consumo de cigarros ilegais.
	Apoiar e articular ações, no âmbito do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, que englobam estratégias de comunicação, de produção de materiais, de capacitações presenciais ou a distância com ênfase nos fatores de risco e de proteção dirigidas a populações em situação de iniquidade em saúde e em áreas remotas.
	Fornecer subsídios para instituição de serviços nacionais de apoio à cessação do tabagismo, com custo coberto, eficaz e para toda a população, incluindo conselhos breves e serviços nacionais de linha gratuita para cessação de tabagismo.

Atenção Integral à Saúde	Desenvolver estratégias junto às Secretarias de Saúde estaduais, do Distrito Federal e dos municípios para inclusão e ampliação de procedimentos e ações de prevenção e cessação ao uso de produtos fumígenos derivados ou não de tabaco nas respectivas carteiras de serviços da Atenção Primária à Saúde e demais níveis de atenção.
	Realizar ações integradas com a assistência farmacêutica no cuidado das pessoas tabagistas, com vistas a garantir e ampliar acesso ao programa de cessação do tabagismo, insumos estratégicos e medicamentos.
	Ampliar o acesso, por meio do fortalecimento de Linhas de Cuidado, ao cuidado integral em todos os níveis de atenção para pessoas em uso de tabaco.
Vigilância em Saúde	Disponibilizar materiais e estratégias para o fortalecimento do controle de tabagismo nas ações desenvolvidas pelos profissionais da APS, dos demais níveis de atenção e da vigilância no território, em parceria com as escolas de educação infantil, ensino fundamental e médio, especialmente em escolas com maioria de estudantes beneficiários de programas de transferência de renda do governo federal e grupos vulneráveis.
	Monitorar anualmente a prevalência de fumantes na população adulta, contemplando dados sobre consumo de novos produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco, e produtos ilegais.
Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde	Desenvolver estudos para apoiar a implementação da proibição de aditivos de aroma e sabor em produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco.
	Estimular o desenvolvimento de ambientes saudáveis no trabalho, na escola, na comunidade e nos serviços de saúde no âmbito do SUS, por meio do incentivo a implementação de "ambientes livres de produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco".
	Fortalecer as ações de prevenção de doenças e agravos em trabalhadores que atuam na plantação de fumo, incluindo orientações sobre culturas alternativas livres de agrotóxicos, os riscos da doença da folha verde do tabaco, saúde mental e prevenção ao suicídio.
	Estimular a adoção de medidas e leis para proibir o consumo de produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco em áreas abertas tais como praças, parques, florestas, praias, campus universitário.
	Articular com o Ministério da Educação, o Conselho Nacional de Educação e de Saúde, a inclusão na grade curricular dos cursos de graduação de saúde e licenciaturas, disciplinas que abordem conhecimentos sobre o controle do tabaco, a promoção da saúde e a prevenção do tabagismo.

Alimentação Adequada e Saudável

Estimular o desenvolvimento de ambientes saudáveis no trabalho, na escola, na comunidade e nos serviços de saúde no âmbito do SUS por meio da:

1. Promoção de ações da alimentação saudável e adequada segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira.
2. Implementação de medidas protetivas dos ambientes alimentares, especialmente nas escolas, para contribuir com a redução do consumo de alimentos ultraprocessados e obesidade na primeira infância e adolescência, com base nos Guias Alimentares.
3. Articulação de estratégias para ampliação da produção, da oferta e do acesso de alimentos in natura e minimamente processados produzidos de forma saudável e sustentável.

Implementar guias para promoção da alimentação saudável, conforme condições de saúde e ciclos de vida.

Fortalecer ações de apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar adequada, sustentadas pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, segundo as recomendações do Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos.

Promoção da Saúde

Promover subsídios técnico-científicos e políticos para apoiar a elaboração de medidas regulatórias e fiscais para reduzir o consumo de alimentos ultraprocessados e estimular o consumo de alimentos in natura e minimamente processados.

Incentivar e apoiar iniciativas estaduais e municipais de regulação de cantinas escolares e outras estratégias de promoção da alimentação adequada e saudável.

Incentivar e apoiar iniciativas estaduais e municipais de amamentação exclusiva até os 6 meses.

Desenvolver estratégias voltadas à redução do consumo de sal e açúcar adicionados, por meio da reformulação de alimentos, rotulagem adequada e campanhas de comunicação.

Incentivar e ofertar subsídios técnicos para a regulação de cantinas escolares voltada à alimentação adequada e saudável dos estudantes.

Incentivar a aquisição de alimentos saudáveis oriundos da agricultura familiar, conforme o Programa Nacional de Alimentação Escolar.

Estimular a produção de alimentos de bases orgânicos e agroecológicos em ambientes urbanos e rurais.

Fortalecer medidas de aprimoramento das normativas referentes à rotulagem nutricional adequada dos alimentos, baseadas em evidências científicas.

Fortalecer a regulamentação da publicidade de alimentos, principalmente destinadas ao público infantil.

Atenção Integral à Saúde	Expandir a implementação na APS e adaptar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil para populações indígenas e outras populações em situação de iniquidade em saúde.
	Elaborar subsídios, por meio de protocolos clínicos, para as intervenções não farmacológicas para controle da obesidade, no que se refere ao controle do ganho de peso, ao consumo alimentar, à atividade física na APS.
	Implementar a linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade e demais estratégias que induzam a organização do processo de trabalho na Rede de Saúde coordenado pela APS.
	Qualificar o cuidado voltado à criança com obesidade infantil, por meio da elaboração de protocolos clínicos de manejo, qualificação profissional e implementação de medidas efetivas de prevenção e de controle na APS e outras ações intersetoriais, com destaque para a parceria com a educação.
Vigilância em Saúde	Aumentar cobertura de Vigilância Alimentar e Nutricional na APS.
	Elaborar indicadores para a obesidade propondo o monitoramento da redução em crianças de 0 a 10 anos e deter o aumento em adultos.
	Monitorar regularmente os indicadores de alimentação e nutrição por meio de sistemas de informação em saúde, estudos e inquéritos populacionais.
Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde	Desenvolver campanhas voltadas à redução do consumo de sal e açúcar adicionados livremente.
	Implementar medidas para prevenção e controle da obesidade infantil na Atenção Primária à Saúde e no âmbito escolar.

Práticas Corporais e Atividade Física	
Promoção da Saúde	Subsidiar setores responsáveis com informações sobre a importância e ganhos para a saúde da população com a construção e definição/delimitação de espaços de lazer como praças, parques (áreas verdes urbanas) e áreas livres com estrutura para prática de atividade física com acesso à água potável.
	Promover articulação para o aumento da quilometragem de ciclovias e ciclofaixas nas capitais e nos grandes municípios brasileiros.
	Estimular o desenvolvimento de ambientes saudáveis no trabalho, na escola, na comunidade e nos serviços de saúde no âmbito do SUS por meio da oferta de serviços voltados à prática de atividade física e do lazer.
	Implementar e disseminar guia para promoção da atividade física conforme condições de saúde e ciclos de vida.
	Articular com o MEC a garantia da educação física escolar na educação básica da rede pública de ensino, a ampliação do número de escolas com estruturas e equipamentos para a prática de esporte, o fortalecimento de competições esportivas escolares locais, regionais e nacionais e a prática de esportes nas escolas em tempo integral.
Atenção Integral à Saúde	Desenvolver e ofertar iniciativas de educação permanente para instrumentalizar os profissionais da APS para o aconselhamento dos usuários para a prática de atividade física e benefícios à saúde.
	Subsidiar programa de atividade física como componente do cuidado na APS e vinculado às equipes de saúde da família, com a garantia de construção ou reforma de espaços físicos para transformá-los em espaço de saúde de uso da APS e da comunidade para a prática de atividade física com orientação de saúde.
	Realizar iniciativas de educação permanente para os profissionais da APS para construir competências no desenvolvimento de atividades físicas adaptadas como componentes do cuidado para idosos, pessoas com deficiências e com transtornos psíquicos.
Vigilância em Saúde	Subsidiar gestores públicos, mercado e terceiro setor à tomada de decisão, desenho e implantação de iniciativas para a promoção da atividade física e práticas corporais na população.
	Monitorar anualmente a prevalência de atividade física na população adulta brasileira e propor ações para o aumento gradativo.
Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde	Construir subsídios para a implementação de programas de incentivo à atividade física e redução do comportamento sedentário no trabalho nos setores público e privado.
	Realizar campanhas nacionais sobre a prática de atividade física e redução do comportamento sedentário, ambientes saudáveis e a relação com as mudanças climáticas.

Poluição Atmosférica	
Promoção da Saúde	Subsidiar os Ministérios do Meio Ambiente e do Desenvolvimento Regional, setor privado e sociedade civil para o desenvolvimento de programas nacionais relacionados ao meio ambiente, à energia limpa, às cidades e à sustentabilidade, acesso à água potável voltados à saúde das populações.
	Realizar <i>advocacy</i> junto às instâncias federais de consulta e decisão nas políticas relacionadas ao meio ambiente, à alimentação, ao esporte, à cultura, à educação e afins sobre a importância da qualidade do ar e a relação com a mortalidade precoce.
	Articular intersetorialmente para fortalecer iniciativas de mobilidade ativa, segura, saudável e sustentável nos estados e nos municípios e promover a interlocução de modos de deslocamento garantindo a sustentabilidade e a segurança.
	Articular com setores dos governos federal, estadual, municipal e do Distrito Federal a inclusão de pontos voltados às calçadas saudáveis, mobilidades segura, saudável e sustentável, sinalização inteligente e espaços de lazer arborizados nas diretrizes de elaboração dos Planos Diretores das Cidades.
	Articulação com o Ministério do Meio Ambiente e demais órgãos do Sistema Nacional de Meio Ambiente (Sisnama) para o contínuo avanço das regulamentações de controle da emissão de poluentes e de ruído, analogamente ao que ocorre nos países mais avançados nessa temática.
Atenção Integral à Saúde	Apoiar e subsidiar iniciativas de construção de áreas verdes e demais equipamentos de lazer longe de polos industriais, vias de tráfegos pesados e áreas de queimadas.
	Estruturar e fortalecer a notificação de casos graves de asma e doença pulmonar obstrutiva crônica (Dpoc).
Vigilância em Saúde	Implementar estratégias de formação dos profissionais de saúde da APS para a detecção precoce de fatores de risco para as doenças respiratórias, incluindo o câncer de pulmão, e desenho de iniciativas para a redução individual e coletiva deles no território, envolvendo o ciclo de vida.
	Fortalecer a implementação das normas nacionais e locais de controle da qualidade do ar nos estados, no Distrito Federal e nos municípios, visando ao estabelecimento de ambientes saudáveis e sustentáveis nas cidades e no campo.
	Monitorar a mortalidade por DCNT atribuída à poluição do ar, com ênfase em grupos vulneráveis, especialmente os idosos.
	Fortalecer o VIGIAR na perspectiva de prevenção de DCNT e promoção de cidades/territórios inteligentes, saudáveis e sustentáveis.
	Promover articulação intersetorial para a implantação de mecanismos de informação sobre a qualidade do ar em locais estratégicos nas áreas urbanas.

Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde	Subsidiar a construção e implementação das fases de regulamentação do Programa de Controle de Poluição do ar por Veículos Automotores (Proconve) e do Programa de Controle da Poluição do ar por Motociclos e Veículos similares (Promot).
	Promover articulação local para inserção de ações de vigilância em saúde e qualidade do ar nos instrumentos de planejamento e gestão do SUS.
	Fomentar abordagens relacionadas aos riscos do uso doméstico de querosene, madeira e carvão em fogões e aquecedores, observando a cultura de comunidades rurais ou a condição de grupos em situação de vulnerabilidade pela APS e vigilância em saúde. Articular com setores do governo federal para realizar campanhas nacionais sobre a qualidade do ar e sua importância para a saúde e prevenção das doenças crônicas.

Violências	
Promoção da Saúde	Realizar ações de Advocacy junto ao Conass, ao Cosems, ao Conasems e à Frente Nacional de Prefeitos para fortalecimento da pauta sobre violência urbana e promoção da cultura da paz na gestão pública.
	Qualificar e apoiar as equipes de APS em ações intersetoriais de enfrentamento à violência doméstica, com atenção às populações em situação de vulnerabilidade e/ou iniquidade e questões referentes à diversidade, a determinantes sociais e ao contexto cultural.
	Fomentar a inclusão no processo de produção de cuidado desenvolvido pelos profissionais da APS abordagens para promoção da cultura de paz envolvendo os ciclos de vida.
	Elaborar em conjunto com Secretarias de Saúde estaduais e do Distrito Federal planejamentos de publicações locais sobre temáticas de suicídio e automutilação contemplando os ciclos de vida e incluindo os relacionados ao trabalho, com objetivo de combater a desinformação e o estigma em torno dos transtornos mentais e do suicídio.
Atenção Integral à Saúde	Desenvolver ações de advocacy junto às Secretarias de Saúde estaduais, do Distrito Federal e dos municípios para inclusão de procedimentos e ações de prevenção de violências nas respectivas carteiras de serviços da Atenção Primária em Saúde.
	Revisar e fortalecer diretrizes clínicas e fomentar a implementação de linhas de cuidado para pessoas em situação de violência e ideação de suicídio contemplando os ciclos de vida e os determinantes relacionados ao trabalho.
	Implementar estratégias de educação permanente de profissionais de saúde para a utilização das diretrizes brasileiras para o diagnóstico e o tratamento de intoxicações por agrotóxicos, especialmente em situações de intoxicação associada à tentativa de suicídio. Fortalecer a rede de atenção psicossocial para o enfrentamento das violências autoprovoçadas.

Vigilância em Saúde	Subsidiar a implantação de Núcleos de Prevenção de Violências como estratégia da saúde, incluindo os Dsei, para a construção de redes, a organização de ações e os serviços de prevenção e cuidado às vítimas e aos agressores.
	Qualificar a disponibilidade de informações no Sinan sobre quesitos de equidade (raça/cor, identidade de gênero e orientação sexual; comunidades tradicionais, população de rua e demais dados complementares) em relação aos agravos decorrentes de violência interpessoal e autoprovocada.
	Monitorar os casos e óbitos por intoxicações exógenas por agrotóxicos, metais pesados, produtos de uso domiciliar, produtos químicos, raticidas e produtos veterinários com verificação de relações com as violências autoprovocadas e com o trabalho.
	Incluir os Dsei como unidade notificadora de violência interpessoal e autoprovocada no Sistema do Sinan.
Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde	Destinar incentivos financeiros para o desenvolvimento de pesquisas sobre violência, vitimização, suicídio e vulnerabilidades relacionadas a estes agravos.
	Desenvolver e implantar programa de formação dos profissionais de saúde dos Dsei para abordagem, prevenção e cuidado dos indígenas em situação de violência.
	Elaborar e disponibilizar para a rede de ensino itinerário formativo para o ensino médio sobre violência e cultura de paz.
	Articular com o Ministério da Educação, o Conselho Nacional de Educação e representação das instituições de ensino superior, públicas e privadas, a inclusão na grade curricular dos cursos de saúde de disciplinas que abordem conhecimentos sobre a prevenção e o cuidado às vítimas de violência e tentativas de suicídio, e, nos cursos de licenciatura, disciplinas que abordemos determinantes e condicionantes sociais das violências, incluindo as autoprovocadas, detecção de situações e procedimentos de proteção às vítimas.
	Fomentar na vigilância em saúde e na Atenção Primária à Saúde ações intra e intersetoriais de prevenção de violência contra as mulheres, crianças, adolescentes e idosos e de mais populações vulneráveis, observando-se as diversidades, os contextos socioeconômicos, culturais e determinantes sociais e promovendo habilidades sociais e comunitárias para lidar com conflitos, tais como resiliência, comunicação não violenta e fortalecimento de vínculos.

Acidentes	
Promoção da saúde	Fomentar e subsidiar programa intersetorial que vise à vigilância integrada, a construção de redes e o envolvimento da sociedade civil para a prevenção de acidentes de trânsito nos municípios.
	Fomentar e apoiar iniciativas intersetoriais entre governo, mercado e sociedade civil que priorizem a segurança viária, transporte e trânsito seguros, sinalização, proteção das rodovias, na perspectiva de sistemas seguros, incluindo a especificação de segurança na aquisição de veículos de passeio, transporte de carga e de passageiros.
	Implementar estratégias de formação dos profissionais de saúde, da educação e da sociedade civil para a prevenção de acidentes de crianças e idosos, considerando intervenções em comportamentos e abordagens sobre adaptações estruturais dos ambientes abertos (ruas, parques, praças e afins), fechados (casa, escola, unidades de saúde e afins) e mobilidades (deslocamentos).
	Realizar ações de advocacy junto a outros ministérios para agenda conjunta de ações intersetoriais que tenha como perspectiva o direito à cidade.
	Realizar ações de advocacy junto ao Legislativo para fortalecimento de projetos de lei com propostas voltadas para medidas comprovadamente eficazes na redução da morbimortalidade por acidentes. Advocacy junto a outros ministérios para agenda conjunta de ações intersetoriais que tenha como perspectiva o direito à cidade.
Atenção Integral à Saúde	Implantar no SUS linha de cuidado para as vítimas de acidentes (escalpelamento, queimaduras, ingestão de substâncias tóxicas, afogamento e sufocamento por corpo estranho) com elaboração de protocolos e notificações obrigatória para agravos por escalpelamento.
	Ampliar a implantação do Samu em vazios assistenciais com altas taxas de morbimortalidade por causas externas.
Vigilância em Saúde	Implantar o Sistema Nacional de Vigilância de Causas Externas de Morbimortalidade.
	Sistematizar e disponibilizar aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios estudos e recomendações com comprovada efetividade de medidas voltadas à prevenção e à redução de acidentes de trânsito nas cidades, englobando zonas urbana e rural.
Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde	Desenvolver e implementar metodologias e estratégias para a população de educação e de comunicação de risco sobre os agravos decorrentes da exposição humana aos contaminantes ambientais, em especial, os agrotóxicos e a poluição do ar.
	Desenvolver campanha nacional de mídia sobre a prevenção de acidentes com maior incidência na população incluindo todo o ciclo de vida e observando os tipos de acidentes mais frequentes nas regiões de saúde.

7.3 AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE, PREVENÇÃO E CUIDADO FRENTE AO GRUPO DE DCNT

Câncer	
Promoção da Saúde	Realizar campanha nacional sobre os fatores de proteção para os cânceres mais prevalentes e passíveis de prevenção.
	Realizar ações de promoção da saúde e prevenção aos fatores de risco como tabagismo, obesidade, inatividade física, alcoolismo, má alimentação, entre outros, visando à adoção de modos de vida saudáveis.
Atenção Integral à Saúde	Aperfeiçoar o rastreamento do câncer do colo do útero e evoluir do modelo oportunístico para o modelo organizado, com garantia da qualidade do exame, de confirmação diagnóstica, do tratamento de lesões precursoras, com seguimento de acordo com as diretrizes nacionais e a referência dos casos confirmados de câncer para o nível terciário.
	Aperfeiçoar o rastreamento do câncer de mama e evoluir do modelo oportunístico para o modelo organizado, com controle de qualidade da mamografia, confirmação diagnóstica e encaminhamento tempestivo dos casos confirmados de câncer para o nível terciário.
	Garantir o acesso ao diagnóstico e à assistência oncológica por meio do fortalecimento e expansão da rede de tratamento do câncer no SUS.
	Implantar programa nacional de qualidade em mamografia que assegure o monitoramento e a cobertura de pelo menos 70% da rede SUS.
	Ampliar o tratamento radioterápico, revendo parâmetros técnicos e a regionalização da saúde, para superar as desigualdades de acesso nas regiões do País.
	Desenvolver e/ou fortalecer a infraestrutura dos sistemas de informação em saúde, particularmente relacionada à gestão em oncologia, a fim de gerar capacidade adequada de avaliação da qualidade da assistência prestada aos pacientes com câncer.
	Desenvolver e disponibilizar aplicativos para solução de problemas de acesso e orientação em relação aos resultados de exames oncológicos.
	Implementar linhas de cuidado e demais estratégias que induzam a organização do processo de trabalho na APS para a detecção precoce dos cânceres de mama e de colo de útero.
	Promover acesso à capacitação para os profissionais da atenção primária sobre os protocolos e as diretrizes nacionais baseadas em evidências para o cuidado do câncer.
	Fortalecer a informatização nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), de modo a promover o acompanhamento, o controle e o seguimento de ações de rastreamento e diagnóstico precoce do câncer.

	Implementar estratégias de formação dos profissionais de saúde da APS para a detecção precoce dos cânceres passíveis de rastreamento (colo do útero e de mama) e diagnóstico precoce (câncer de mama, pele, boca, próstata e colorretal).
	Desenvolver educação permanente para profissionais de saúde visando à melhoria da qualidade do diagnóstico laboratorial relativos às neoplasias de maior incidência na população.
	Promover acesso à capacitação e à atualização em registros de câncer para os profissionais que trabalham nos registros hospitalares de câncer nas unidades e centros habilitados em alta complexidade em oncologia.
Vigilância em Saúde	Realizar/incentivar a pesquisa baseada em evidências e/ou inquéritos populacionais, necessária para aumentar o conhecimento sobre o câncer e seus fatores de risco.
	Desenvolver e atualizar programas nacionais de controle do câncer, adaptados ao contexto socioeconômico e destinados a reduzir a incidência, prevalência e mortalidade por câncer.
	Incentivar estados e municípios a registrarem o campo “ocupação” nos sistemas de informação sobre câncer.
	Estimular e ampliar a notificação de câncer relacionado ao trabalho no Sinan.
	Desenvolver pesquisas sobre as relações entre os fatores de risco ambientais e cânceres.
	Desenvolver e/ou fortalecer sistemas de informação em saúde para a vigilância de cânceres, a fim de criar capacidade adequada para avaliação do impacto deles sobre a população, e a implementação eficaz de programas de prevenção e controle, incluindo serviços diagnósticos e monitoramento da qualidade dos exames de rastreamento.
Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde	Apoiar a estruturação e o fortalecimento da vigilância proativa e oportuna de populações expostas a químicos perigosos, como agrotóxicos e metais pesados, por trabalhadores e populações rurais, ribeirinhas, pescadores, quilombolas e outros grupos vulneráveis.
	Aumentar a cobertura vacinal de HPV em meninas com idade de 9 a 14 anos e para meninos com idade de 11 a 14 anos em articulação com as redes pública e particular de ensino.
	Fortalecer projetos terapêuticos para pessoas com neoplasias abrangendo iniciativas na Atenção Primária à Saúde sobre atividade física, alimentação adequada, cessação do uso de produtos fumíferos derivados ou não de tabaco e autocuidado.

Diabetes mellitus	
Promoção da Saúde	Estimular e apoiar implementação de medidas intersetoriais voltadas à redução do consumo de alimentos ultraprocessados, açúcar, álcool e produtos fumíferos derivados ou não de tabaco e aumento da prática de atividade física relacionadas à promoção da saúde.
Atenção Integral à Saúde	Aumentar a cobertura na APS de serviços de identificação, manejo e acompanhamento da pessoa com diabetes <i>mellitus</i> (DM) e com dificuldade na acuidade visual.
	Aumentar a cobertura na APS de serviços de detecção, acompanhamento e controle de diabetes <i>mellitus</i> tipo 2 em adultos assintomáticos.
	Garantir cuidados preventivos com os pés para pessoas com diabetes, incluindo educação em saúde, autocuidado e acesso a calçados adequados.
	Garantir triagem de retinopatia diabética para todos os pacientes com diabetes e fotocoagulação a laser para prevenção da cegueira.
	Promover na APS o controle glicêmico eficaz para pessoas com diabetes em conjunto com monitoramento doméstico, padrão de glicose para pessoas tratadas com insulina para reduzir as complicações do diabetes.
Vigilância em Saúde	Elaborar estratégias para a implantação de serviços de tratamento para controle do diabetes abrangendo controle do peso, padrão alimentar, promoção de atividade física, redução do consumo de açúcar livre e do açúcar contido nos alimentos e uso racional e adequado de medicamentos na APS e nos Caps.
	Elaborar e implementar o monitoramento do diabetes <i>mellitus</i> (DM) nos diferentes níveis de atenção do SUS.
Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde	Fortalecer projetos terapêuticos para pessoas com diabetes <i>mellitus</i> abrangendo iniciativas na APS sobre atividade física, alimentação saudável, cessação do uso de tabaco e derivados e autocuidado.
	Estimular o diagnóstico precoce do diabetes <i>mellitus</i> (DM) para início precoce do tratamento, diminuindo o avanço das complicações relacionadas à doença.

Doenças cardiovasculares	
Promoção da Saúde	Promover articulações intersetoriais para a implantação nacional de iniciativas articuladas com os serviços públicos de saúde, segurança pública, educação, meio ambiente e assistência social, mercado e o terceiro setor para aumento da prática de atividade física, consumo de alimentos saudáveis, redução do tabagismo e consumo de álcool na população.
Atenção Integral à Saúde	Fortalecer projetos terapêuticos para pessoas com doenças cardiovasculares abrangendo iniciativas na APS sobre atividade física, alimentação saudável, cessação do uso de produtos fumígenos derivados ou não de tabaco e autocuidado.
	Fomentar a implantação da meditação pelas equipes de APS visando ao controle da pressão arterial no grupo de hipertensos.
	Aumentar a cobertura na APS de serviços de identificação, manejo e acompanhamento da pessoa com hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia e com dificuldade na acuidade visual.
	Aumentar a cobertura na APS de serviços de detecção, acompanhamento e controle de HAS e dislipidemia em adultos assintomáticos.
	Implantar protocolos para tratamentos e para agilizar a transferência e o transporte dos portadores de síndrome coronariana aguda e acidente vascular encefálico.
	Qualificar os profissionais do atendimento pré-hospitalar, de urgência e de emergência para identificação e atendimento ao acidente vascular encefálico (AVE) e infarto agudo do miocárdio (IAM).
	Divulgar para a população conhecimentos referentes à identificação precoce do IAM e AVE.
Vigilância em Saúde	Incentivar o aconselhamento para indivíduos que tiveram infarto agudo do miocárdio (IAM) ou acidente vascular encefálico (AVE) ou que tenham alto risco de eventos cardiovasculares nas abordagens realizadas em todos os níveis de atenção à saúde.
	Elaborar proposta de monitoramento da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e dislipidemias nos diferentes níveis de atenção do SUS.
	Subsidiar a inclusão de medidas de pressão arterial e dislipidemia nas pesquisas de base populacional.
Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde	Aumentar na APS a cobertura de serviços de rastreamento e identificação de risco cardiovascular global (RCVG) visando à realização de escore para estratificação de risco cardiovascular.

Doenças respiratórias crônicas	
Promoção da Saúde	Promover articulações intersetoriais para a criação e a viabilização de alternativas para o uso de combustíveis sólidos para energia doméstica.
	Promover iniciativas intersetoriais que impactem na redução da influência de agentes ambientais e relacionados ao trabalho nas causas e agravamentos das doenças respiratórias crônicas (DRC).
Atenção Integral à Saúde	Garantir nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) esteroides inalatórios e outros medicamentos que constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) para o tratamento das doenças respiratórias crônicas e de antibióticos, para o caso de infecção associada, que estão incluídos no componente básico da assistência farmacêutica.
	Aumentar na APS a cobertura de serviços de manejo de asma e de doença pulmonar obstrutiva crônica (Dpoc).
	Ampliar o acesso, por meio do fortalecimento de Linhas de Cuidado, ao cuidado integral em todos os níveis de atenção para pessoas com doenças respiratórias crônicas.
Vigilância em Saúde	Promover ações de educação permanente para a construção de habilidades, competências e cuidado interdisciplinar dos profissionais da APS na prevenção e no manejo de doenças crônicas respiratórias mais prevalentes: asma, Dpoc, tosse crônica, apneia obstrutiva do sono, dispneia, nódulos pulmonares.
	Monitorar a mortalidade por DRC, com atenção à faixa etária de 50 a 69 anos.
	Realizar pesquisas sobre a prevalência das DRC na população acima de 18 anos e mais.
Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde	Subsidiar a elaboração e a aplicação e promover o monitoramento de padrões e medidas para diminuição da poluição do ar em ambientes internos (Qualidade do Ar Interno).
	Desenvolver ações de educação em saúde sobre problemas provocados pelo uso de combustíveis sólidos para energia doméstica, o tabagismo e o fumo passivo em relação às DRC.
	Ampliar o alcance das campanhas de vacinação contra doenças respiratórias como influenza e pneumonia a pessoas com doenças respiratórias crônicas.

SUGESTÕES PARA USOS DO PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL, 2021-2030

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 representa o recorte estratégico da agenda nacional para os temas, atrelado aos indicadores e às metas que, se melhorados e alcançados, promoverão no País grande impacto na redução da morbimortalidade por DCNT e nas incapacidades e mortes ocasionadas pelos agravos. Possui forte potencial para fortalecer ou (re)organizar processos de trabalho a partir da construção de novas competências profissionais, arranjos favoráveis às ações intersetoriais e em rede e inovação para a promoção da saúde.

Mais que intencionalidades, as metas do Plano de Dant orientarão as ações na área por uma década, com perspectiva de tornarem-se pontos de interlocução entre as esferas de gestão do SUS, apoio para a definição de subsídios técnicos e financeiros para a vigilância em saúde para fortalecê-la nas áreas de Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada, Ciência e Tecnologia e Gestão do Trabalho e Educação em Saúde no Sistema Único de Saúde.

Nesta perspectiva, o Plano de Dant reafirma o diálogo com as principais políticas de saúde, demais normativas institucionais e acordos internacionais correlatos as suas metas (Quadro 3).

Quadro 3 – Normativas e acordos institucionais com os quais o Plano de Dant 2021-2030 possui interlocução

Documento	Link de acesso
Portaria MEC n.º 1.570, de 20 de dezembro de 2017. Base Nacional Comum Curricular do Ensino Médio.	http://basenacionalcomum.mec.gov.br/abase/#medio
Decreto Presidencial n.º 5.658, de 2 de janeiro de 2006. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco.	https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/convencao-quadro-para-o-controle-tabaco
Lei n.º 13.819, de 26 de abril de 2019. Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio.	http://www.planalto.gov.br/ccivil/03/Atos2019-2022/2019/Lei/L13819.htm
Resolução Contran n.º 514, de 18 de dezembro de 2014. Política Nacional de Trânsito.	https://antigo.infraestrutura.gov.br/resolucoes-contran.html
Leis, políticas e diretrizes republicadas nas Portarias de Consolidação GM/MS, n.ºs 2 e 3/2017.	
Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência em saúde mental	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html
Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas	
Política Nacional de Atenção Básica	
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança	
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa	
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	
Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares	
Política Nacional de Promoção da Saúde	
Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências	
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres	
Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência	
Política Nacional de Alimentação e Nutrição	
Política Nacional de Vigilância em Saúde	
Política Nacional de Medicamentos	
Política Nacional de Assistência Farmacêutica	
Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html
Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer	
Política Nacional de Saúde Bucal	
Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde	
Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio	
Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc003_03_10_2017.html
Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS)	

Fonte: Elaboração própria.

A implementação do Plano de Dant é apoiada pelo Ministério da Saúde por meio de espaços de governança e monitoramento das ações, com responsabilidades compartilhadas nos processos de gestão.

Com o objetivo de garantir abrangência do escopo e reforçar o Plano de Dant como instrumento de apoio ao planejamento para os temas sobre os quais trata, recomenda-se aos entes federados reforçar seus objetivos com base em quatro dimensões estruturantes do processo de organização, produção de ações e serviços e gestão na saúde apresentada a seguir:

1. Educação Permanente em Saúde voltada aos temas e às estratégias de implementação do Plano de Dant

– Trata-se de garantir as temáticas nos planos estaduais e/ou municipais de Educação Permanente em Saúde (EPS), com lastro de formação para a construção e o reforço de competências e habilidades dos profissionais de saúde para abordagem e produção do cuidado frente às DCNT e aos agravos. Incluem-se entre as habilidades e competências a construção de iniciativas intersetoriais, a organização e a produção de informações para pautar e/ou subsidiar as decisões técnicas e políticas e a mobilização da comunidade, tanto para apoiar a (re)organização dos serviços na APS e vigilância em saúde que garantam abordagens diante das DCNT e dos agravos como para demandar a gestão pública a aplicação e o acompanhamento do Plano nos estados, no Distrito Federal e nos municípios.

2. Implantação e fortalecimento dos serviços de saúde voltados à prevenção das DCNT e dos agravos (violências e acidentes)

– As ações de prevenção dos fatores de risco para as DCNT e para os agravos devem fazer parte dos constructos que caracterizam a vigilância em saúde e a Atenção Primária à Saúde. Para tanto, um passo anterior é promover a integração destas duas áreas com construção e compartilhamento do mesmo planejamento. Um arranjo que desponta no movimento de integração proposto é a organização da vigilância em saúde na rede de saúde local, percorrendo todos os níveis de atenção. Média e alta complexidades devem ser envolvidas na perspectiva de uma rede para atenção e cuidado das pessoas com DCNT e as vítimas de agravos. Perguntas como “quais as entregas da vigilância em saúde e da APS para enfrentamento das DANT?”; “quais processos de trabalho precisam ser estabelecidos ou revistos para garantir as ações propostas pelo plano de Dant em todos os níveis de atenção à saúde?” e “quais as habilidades e competências são necessários ao desenvolvimento das ações do Plano de Dant?” precisam ser respondidas se a decisão de implementar o plano for tomada.

3. Construção de parcerias multisetoriais – As DCNT e os agravos estão fortemente relacionados aos determinantes sociais da saúde que, por si, retratam a complexidade dos fenômenos e trazem para a abordagem dos fatores de risco e proteção, componentes econômicos, sociais, políticos e culturais. De forma semelhante, as violências são retratadas sob a profunda influência desses determinantes, além do gênero e cor da pele. Uma ação voltada à prevenção de acidentes requer reestruturações e parcerias para além do setor saúde. Há muito foi pontuada a necessidade de a saúde transcender ao seu escopo e irmanar-se com outras políticas, acrescentando seu objetivo de forma a sintonizá-lo com outros que lhes são comuns. Espera-se que o Plano de Dant incentive e subsidie iniciativas com multissetores que envolvam a gestão pública, o mercado e o terceiro setor. As ações propostas no Plano de Dant versam, essencialmente, sobre a necessidade de articulação para alcance das suas metas, que interferirá nos indicadores de outras políticas como educação, trânsito, assistência social e segurança pública.

4. Desenvolvimento de capacidades e habilidades para a geração e uso de informações – A informação é um dos principais recursos de trabalho na saúde pública. Seja para relatar, descrever ou definir, as informações em saúde devem ser, por natureza, funcionais e utilizáveis. Nacionalmente, os sistemas de informação e os grandes inquéritos, como a Pesquisa Nacional de Saúde, (PNS), a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), o sistema de Vigilância de Fatores de Risco para doenças crônicas não transmissíveis (Vigitel), buscam responder aos indicadores formulados em âmbito global e nacional. No âmbito local, o acompanhamento desses indicadores, assim como daqueles formulados localmente é imprescindível para avaliar e nortear as ações e os serviços. Recomenda-se manter o banco de dados atualizados e melhorar o preenchimento das fichas de notificação (preenchimento de todos os campos).

Além de melhorar as informações em saúde é possível avançar com a interoperabilidade de dados, eficaz para compor um conjunto coeso e completo de informações que podem demonstrar indicadores da situação de saúde e sua relação com outros indicadores sociais. Para o enfrentamento das Dant são análises interessantes: verificar ausência de alunos nas escolas por problemas de saúde, a relação entre acidentes de trânsito e consumo de álcool, violência, gênero e escolaridade, gravidez na adolescência e abandono escolar etc. Além de ser capaz de produzir uma análise de situação de saúde, é fundamental saber comunicar a informação e utilizá-la para advogar em prol das ações do Plano de Dant. Esta ação deve ser acompanhada da informatização da saúde, tanto no que diz respeito ao aumento do acesso a computadores conectados com a rede de internet quanto a automação do máximo de processos possíveis para facilitar e agilizar o trabalho dos profissionais no dia a dia.

A cada avaliação do Plano de Dant essas dimensões estarão presentes para balizar o processo e ajudar a localizar e articular o conjunto de iniciativas desenvolvidas para implementação dele no País.

Ao Ministério da Saúde, em parceria com os demais entes federados, caberá:

- a. Prestar apoio técnico e subsídios para implementação, monitoramento, revisão e avaliação do Plano de Dant.
- b. Dinamizar a agenda do plano e agendas convergentes para manter em alta as discussões pertinentes ao alcance das metas.
- c. Desenvolver e apoiar iniciativas de educação permanente voltadas à construção de competências e habilidades para elaboração e respostas aos indicadores em saúde a nível estadual e municipal.
- d. Incentivar a criação de redes multissetoriais.
- e. Fortalecer a vigilância de Dant integrada.
- f. Apoiar a inclusão das ações e metas do Plano de Dant nos respectivos planos de saúde e nos planos de educação permanente dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.
- g. Desenvolver e apoiar pesquisas sobre a implementação do Plano de Dant e seus resultados à saúde da população brasileira.
- h. Manter as ações e as metas do plano atualizadas e alinhadas com as políticas, as diretrizes e os acordos internacionais dos quais o País é signatário.
- i. Organizar a vigilância de Dant nas redes de atenção à saúde.
- j. Articular com a saúde suplementar para apoio às ações e às metas do Plano de Dant.

As metas do Plano de Dant podem ser monitoradas pelos sistemas de saúde e inquéritos nacionais. É importante destacar que elas otimizam o monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável relacionados à saúde e à prevenção de acidentes e de violências.

Porém, é importante incluir metas locais e referentes às demais ações do Plano de Dant que não são captadas pelos sistemas de informação em saúde e os estudos nacionais. A oportunidade de incluir metas em resposta às realidades locais pode favorecer a cobertura do monitoramento das ações de interesse.

A recomendação é que os estados e o DF elaborem ou incluam no planejamento vigente metas para a cobertura de municípios que serão sensibilizados para implementação do plano de Dant, para o envolvimento da sociedade civil, para a articulação intersetorial, para a implementação de programas, para a educação permanente, para as publicações, para as campanhas e para a cobertura das ações propostas.

Orienta-se que o Plano de Dant seja apresentado e acompanhado junto aos conselhos de saúde, às Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e aos Intergestores Regionais (CIR), na perspectiva de se construir a governança do planejamento para o Plano de Dant com a participação de gestores e trabalhadores em saúde das esferas de gestão do SUS.

A implementação do Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 é um compromisso compartilhado por todas as esferas de gestão do SUS. Compõe a agenda da saúde para a vigilância e a prevenção das Dant e a promoção da saúde nos próximos dez anos.

REFERÊNCIAS

AMBROSE, A.F.; PAUL, G.; HAUSDORFF, J.M. Risk factors for falls among older adults: a review of the literature. **Maturitas**. 2013;75(1):51-61. <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.02.009>.

BRASIL. Ministério da Economia; IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 85 p.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão; IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 132 p.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão; IBGE. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009**: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 130 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Informações de Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade**. Brasília, DF: MS, 2018. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br>. Acesso em: 29 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**: Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01, publicada no DOU nº 96, seção 1E, de 18 de maio de 2001. Brasília, DF: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed., 1. reimpr. Brasília, DF: MS, 2014. 156 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Acidentes de transporte terrestre no Brasil: caracterização das internações (2014) e óbitos (2000 e 2014), tendências e previsões das taxas de mortalidade

(2000-2020). In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2015/2016**: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo Aedes aegypti, 2017. Brasília, DF: MS, 2017a. Cap. 8.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2019**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. 137 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 152 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva**: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2010. Brasília, DF: MS, 2011. 152 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2019**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019. Brasília, DF: MS, 2020a. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/27/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf>. Acesso em: 28 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância de Violência Interpessoal e Autoprovocada (VIVA/SINAN)**. Brasília, DF: MS, 2017b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-violencias-e-acidentes-viva/vigilancia-de-violencias/viva-sinan>. Acesso em: 30 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade**. Brasília, DF: MS, 2020b. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 1 jan. 2021.

BRAY, F. *et al.* Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: a cancer journal for clinicians**, New York, v. 68, n. 6, p. 394-424, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30207593/>. Acesso em: 28 maio 2021.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 21, n. 4, p. 529-532, 2012.

Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime [UNODC] (2015). International Classification of Crime for Statistical Purposes. V 1.0. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/crime/ICCS/ICCS_English_2016_web.pdf>

GARBIN, C. A. S. *et al.* Percepção e atitude do cirurgião-dentista servidor público frente à violência intrafamiliar em 24 municípios do interior do estado São Paulo, 2013-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 25, n. 1, p. 179-186, 2016. DOI 10.5123/S1679-49742016000100019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/bmshDYwgrjYTcFbsqsCPWpd/?lang=pt>. Acesso em: 30 maio 2021.

GUTHOLD, R. *et al.* Tendências mundiais na atividade física insuficiente de 2001 a 2016: uma análise conjunta de 358 pesquisas de base populacional com 1,9 milhões de participantes. **A saúde global da lanceta**, [s. l.], v. 6, n. 10, p. e1077-e1086, 2018.

HESLOP, K.R.; WYNADEN, D.G. **Impact of falls on mental health outcomes for older adult mental health patients**: an Australian study. *Int J Ment Health Nurs* 2016; 25:3-11.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 111 p.

INGRAM, M. C.; COSTA, M. M. **Geographies of violence: a spatial analysis of five types of homicide in Brazil's municipalities**. Kellogg Institute for International Studies 2015; l: 405.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. **About GBD**: the Global Burden of Disease: a critical resource for informed policymaking. Seattle: IHME, 2019. Disponível em: <http://www.healthdata.org/gbd/about>. Acesso em: 1 jan. 2021.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA; BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativa 2019**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>. Acesso em: 1 jan. 2021.

KIND, L. *et al.* Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1805-1815, 2013. DOI 10.1590/0102-311X00096312. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/sfWwVSXcjQzzbDH3vyWv3KC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 maio 2021.

Lay San Too, Matthew J. Spittala , Lyndal Bugejab , Lennart Reifelsa , Peter Butterwortha,c , Jane Pirkis. **The association between mental disorders and suicide**: A systematic review and meta-analysis of record linkage studies. *Journal of Affective Disorders* - 259 (2019), p. 302–313.

LEITE-CAVALCANTI, C. *et al.* Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 11, n. 6, p. 865-877, 2009.

LEMOS, C. A. G.; JORGE, M. T.; RIBEIRO, L. A. Perfil de vítimas e tratamento de lesões por causas externas segundo atendimento pelo Centro de Reabilitação Municipal de Uberlândia, MG – Causas externas e fisioterapia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 482-492, 2013.

Malta DC, Silva AG, Machado ÍE, Sá ACMGN, Santos FM, Prates EJS, Cristo EB. **Tendências de indicadores relacionados ao tabagismo nas capitais brasileiras entre os anos de 2006 e 2017.** J Bras Pneumol. 2019;45(5):e20180384. p. 1-8.

MALTA, D. C. et al. Mortalidade por doenças cardiovasculares segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade e as estimativas do Estudo Carga Global de Doenças no Brasil, 2000-2017. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 115, n. 2, p. 152-160, 2020.

MASCARENHAS, M. D. M.; BARROS, M. B. de A. Evolução das internações hospitalares por causas externas no sistema público de saúde-Brasil, 2002 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 24, n. 1, p. 19-29, 2015.

MCMINN, D.; FERGUSON, S. J.; DALY, M. Does pride really come before a fall? Longitudinal analysis of older English adults. **BMJ**: British Medical Journal, London, v. 359, p. j5451, 2017. DOI 10.1136/bmj.j5451. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/359/bmj.j5451>. Acesso em: 30 maio 2021.

MELEIRO, A. M. A. da S.; CORREA, H. Suicide and Suicidality in Women. In: RENNÓ JUNIOR, J. et al. (ed.). **Women's Mental Health**: a clinical and evidence-based guide. Switzerland: Springer Nature, 2020. p. 17-29.

MINAYO, M. C. S.; CONSTANTINO, P. Visão ecossistêmica do homicídio. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3269-3278, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n12/12.pdf>. Acesso em: 1 jan. 2021.

MORAIS NETO, O. L. et al. Regional disparities in road traffic injuries and their determinants in Brazil, 2013. **International Journal for Equity in Health**, Londres, v. 15, p. 142, Nov. 2016.

NICOLUSSI, A.C.; FHON, J.R.S.; SANTOS, C.A.V.; KUSUMOTA, L.; MARQUES, S.; RODRIGUES, R.A.P. **Qualidade de vida em idosos que sofreram quedas: revisão integrativa da literatura.** Cien Saude Colet. 2012;17(3):723-30. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300019> . PMID:22450414.

NORHEIM, O. F. et al. Avoiding 40% of the premature deaths in each country, 2010–30: review of national mortality trends to help quantify the UN Sustainable Development Goal for health. **The Lancet**, London, v. 385, n. 9964, p. 239-252, 17 Jan. 2015.

OLIVEIRA, D. F. *et al.* Os radares fixos modificam o comportamento relacionado à velocidade excessiva dos condutores em áreas urbanas? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, p. 208-218, 2015. Suplemento 1.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório de status global sobre álcool e saúde 2018**: resumo executivo. Genebra: OMS, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório global da OMS sobre tendências na prevalência do uso de tabaco 2000-2025**. Genebra: OMS, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**: resumo. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf%3Bjse. Acesso em: 30 maio 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Sistemas alimentares e nutrição**: a experiência brasileira para enfrentar todas as formas de má nutrição. Brasília, DF: OPAS, 2017.

PEDROSA, M.; ZANELLO, V. (In)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental. **Psicologia**: teoria e pesquisa, Brasília, DF, v. 32, p. 1-8, 2016. Número especial. DOI 10.1590/0102-3772e32ne214. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/8DzJKKXHyL9kbgddQ9Ns9Xd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 maio 2021.

PIMENTEL, W.R.T.; PAGOTTO, V.; STOPA, S.R.; HOFFMAN *et al.* **Quedas com necessidade de procura de serviços de saúde entre idosos: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013**. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(8):e00211417

SILVA, L. E. L.; OLIVEIRA, M. L. C. Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 25, n. 2, p. 1-2, 2016. DOI 10.5123/S1679-49742016000200012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/Qjzmx9JzZsqGSqL4gDBZdxF/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 30 maio 2021.

SILVA, M.; OYAMA, S. M. R.; SANCHEZ, F. F. S. Dispositivos de segurança para crianças em veículos motorizados: prevenção de morbi-mortalidade. **Perspectivas Médicas**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 9-15, maio/ago. 2016.

SIMÕES, C. C. da S. **Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil**: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. Brasília, DF: OPAS/OMS, 2002. 141 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perfis.pdf>. Acesso em: 30 maio 2021.

SOUZA, M. C. *et al.* A curva da epidemia do tabaco no Brasil: para onde vamos ?. **Cancer Epidemiology**, [s. l.], v. 67, p. 101736, 2020.

TOO, L. S. *et al.* The association between mental disorders and suicide: A systematic review and meta-analysis of record linkage studies. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 259, p. 302-313, 1 Dec. 2019.

UNITED NATIONS OFFICE on DRUGS and CRIMES (UNODC). **Global study on homicide 2019**. Acesso em 24 de abr 2020. Disponível em: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/global-study-on-homicide.htm>

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.

VIANA, M. C.; CORASSA, R. B. Epidemiology of Psychiatric Disorders in Women. *In*: RENNÓ JUNIOR, J. **Women's Mental Health**: a clinical and evidence-based guide. Switzerland: Springer Nature, 2020. p. 17-29.

VISSCHEDIJK, J. H. *et al.* Longitudinal follow-up study on fear of falling during and after rehabilitation in skilled nursing facilities. **BMC Geriatrics**, London, v. 15, p. 161, 2015. DOI 10.1186/s12877-015-0158-1. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26637334/>. Acesso em: 30 maio 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **“Best Buys” and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases**: Updated (2017) Appendix 3 Of The Global Action Plan For The Prevention And Control Of Noncommunicable Diseases 2013-2020. [S. l.]: WHO, [2013]. Disponível em: https://www.who.int/ncds/management/WHO_Appendix_BestBuys.pdf. Acesso em: 20 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Draft comprehensive global monitoring framework and targets for the prevention and control of noncommunicable diseases**: Sixty-Sixth World Health Assembly. Geneva: WHO, 2014.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. **Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019)**. Disponível em: < <http://ghdx.healthdata.org/gbd-2019>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on non-communicable diseases 2010**. Geneva: WHO, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on road safety 2018**. Geneva: WHO, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health topics**: Chronic diseases. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/. Acesso em: 1 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide**. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>>. Acesso em: 28 maio. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO report on cancer**: setting priorities, investing wisely and providing care for all. [S. l.]: WHO, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330745;jsessionid=2722B5EBF3812CFF2E489833DF9EE9A8>. Acesso em: 18 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on ageing and health**. Geneva: WHO, 2015.

Conte-nos o que pensa sobre
esta publicação.
Responda a pesquisa
disponível por meio do link

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsmms.saude.gov.br

DISQUE
SAÚDE **136**



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

**Governo
Federal**