

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

# **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil**

**• 2021-2030 •**

Brasília DF, 2020

## **Ficha técnica - créditos**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ANÁLISE EM SAÚDE E VIGILÂNCIA DE DOENÇAS

NÃO TRANSMISSÍVEIS

## Ficha técnica nacional

Presidente

Ministro

Secretário Executivo

Secretário da SVS

Secretário da SGTES

Secretário da SAPS

Secretário da SCTIE

Secretário da SESAI

Demais colaboradores (aqui podemos mencionar a consulta pública, estados, municípios, INCA, ANVISA e demais)

## Lista de figuras

## Lista de abreviaturas

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
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 de Saúde  
PNS – Pesquisa Nacional de Saúde  
PVT – Programa Vida no Trânsito  
RCBP – Registro de Câncer de Base Populacional  
RHC – Registros Hospitalares de Câncer  
SIM – Sistema de Informação Sobre Mortalidade  
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais  
RCVG – Risco Cardiovascular Global  
SUS – Sistema Único de Saúde

# Sumário

## Apresentação

As Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) são responsáveis por mais da metade das mortes no Brasil, sendo identificadas, em 2018, 54,7% de mortes por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e 11,5% de mortes por agravos.

As DCNT – principalmente doença cardiovascular, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas – são causadas por vários fatores ligados às condições de vida dos sujeitos, determinados pelo acesso a bens e serviços públicos, garantia de direitos, acesso à informação, emprego e renda e possibilidades de fazer escolhas favoráveis à saúde. Os principais fatores de risco para o adoecimento por DCNT são tabagismo, consumo de álcool, alimentação não saudável e inatividade física, que podem ser modificados pela mudança de comportamento e por ações governamentais que regulamentem e reduzam, por exemplo, comercialização, consumo e exposição de produtos danosos à saúde.

As desigualdades sociais também estão relacionadas às mortes por violências, expressas no gênero, raça/cor da pele, na classe social e no nível de escolaridade. Mulheres e homens negros e pardos morrem mais que os brancos. Entre homens jovens, chega a ser três vezes mais negros e pardos em relação aos brancos. As violências são a segunda causa de morte no Brasil, e chegam a ocupar primeiro lugar em alguns estados.

O perfil epidemiológico de morbimortalidade brasileiro apresenta, ainda, as lesões de trânsito. 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 em plena capacidade de trabalho. 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 que impactam na renda familiar e 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 2021-2030, apresenta-se como diretriz para a prevenção dos fatores de risco das DANT e promoção da saúde da população, com vistas a dirimir desigualdades em saúde. Cabem em seu escopo a criação e fortalecimento de políticas e programas intersetoriais, a estratégia de organização de serviços em rede, a construção de governança de processos, a produção de informações à tomada de decisão baseada em evidências, o controle social e inovação na gestão, na pesquisa e nos serviços de saúde.

Foi elaborado com a contribuição de representantes das secretarias, agência, instituto e fundação ligadas ao Ministério da Saúde, gestores e trabalhadores da saúde dos estados, Distrito Federal e municípios, pesquisadores e demais representantes da sociedade civil possibilitada 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 e com as recomendações mundiais e nacionais para prevenção das DANT e da promoção da saúde.

Espera-se que a agenda coletiva proposta pelo Plano de DANT possa otimizar a implementação das ações propostas e acresça 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.

**MINISTRO DA SAÚDE**



## 1. 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 (circulatórias, cânceres, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco em comum modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade) e 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 8 objetivos internacionais de desenvolvimento para o ano de 2015, os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio. Em 2015, o Brasil adotou os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), que sucederam e atualizaram os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio.

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 ao avanço promovido pelos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, o Ministério da Saúde considerou a necessidade de elaborar um novo documento que reafirme e amplie as propostas para o enfrentamento das DCNT no Brasil.

Sabe-se que o perfil das causas de morte no Brasil tem mudado de forma importante nas últimas décadas. A transição epidemiológica e demográfica vem ocorrendo de forma acelerada. O envelhecimento populacional e a redução das causas de morte por desnutrição, doenças infecciosas e parasitárias, 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, 2012).

Com a Transição demográfica observamos o aumento progressivo na expectativa de vida, aumentando também a proporção de idosos em relação aos demais grupos etários. Este fenômeno provoca mudanças no perfil de morbimortalidade, no Brasil. Esta mudança ocorre com grande diversidade regional decorrente das diferenças sócio econômicas, 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 destes. O aumento da importância das causas externas ocorre 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 de abranger os agravos no novo documento elaborado.

A elaboração de ações e orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física, saúde sexual, prevenção de quedas, e violência, estabelecimento de vínculos afetivos saudáveis entre outros, contribuem para a manutenção da capacidade funcional das pessoas pelo maior tempo possível, além de impactar na mortalidade. Um dos principais desafios apresentados aos profissionais e gestores públicos, é a inclusão do tema nas agendas técnica e política, a criação de

indicadores de saúde que qualifiquem o acompanhamento longitudinal, assim como o registro deste acompanhamento nos sistemas oficiais.

Desta forma, alinhado com as principais políticas e programas sobre os temas e com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, o Ministério da Saúde apresenta o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis, com metas e ações propostas para o período de 2021 a 2030.

Igualmente elaborado com a participação das secretarias do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde, representantes de instituições de ensino e pesquisa, instituições e órgãos ligados à gestão pública da saúde no país, o novo Plano de DANT objetiva fortalecer a agenda de enfrentamento das DCNT, violências e acidentes nos governos Federal, estaduais, municipais e do Distrito Federal.

O ponto de partida para elaboração deste novo Plano foi a realização de um balanço do Plano de DCNT 2011-2022 para identificar avanços em relação às metas propostas em 2011 para direcionar 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, que reflete a importância de serem mantidas no topo das discussões, a prevenção dos fatores de risco, os determinantes sociais da saúde e a (re)organização do cuidado frente ao envelhecimento populacional e políticas econômicas desfavoráveis 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 programas relativos aos temas e caráter inovador e atual em

relação às recomendações mundiais, como é possível verificar no item 2 do Plano de DANT.

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.

O monitoramento e avaliação do Plano de DANT serão realizados anualmente por meio do acompanhamento das metas, encontros técnicos e 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 ou atualização de metas e ações que reflitam os avanços sociais, culturais, políticos, econômicos e científicos do seu tempo.

O Plano de DANT apresenta-se como um 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.

### **1.1. Balanço das metas do Plano de DCNT: pontos de partida para o Plano de DANT**

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

O Plano de Enfrentamento de DCNT visa 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 e apoiar os serviços de saúde voltados às doenças crônicas. O Plano aborda os quatro principais grupos de doenças crônicas não transmissíveis (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco em comum

modificáveis (tabagismo, 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 foi o grande marco das ações frente ao quadro epidemiológico de morbimortalidade no país por quase uma década.

Para seu monitoramento foram previstas 12 metas, acompanhadas ao longo de nove anos de vigência para orientar as ações de saúde e alcançar os objetivos de prevenir o adoecimento e reduzir mortes prematuras por DCNT.

### **1.1.1 Balanço das Metas do Plano de Ações Estratégicas para enfrentamento dos DCNT 2011-2022**

Para o monitoramento das metas do plano de DCNT foram estabelecidas metas nacionais, compartilhadas por estados, Distrito Federal e municípios, monitoradas anualmente para acompanhar sua implantação e os resultados produzidos frente a morbimortalidade por DCNT no país.

Dentre as 12 metas propostas no Plano de Enfrentamento, quatro delas não são monitoradas no âmbito da Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde por não haver dados periódicos (obesidade infantil e consumo de sal), não haver dados disponíveis (tratar 100% o câncer) e não haver comparabilidade dos dados disponíveis (obesidade na adolescência). 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 (WHO, [s.d.]). Desse modo, as metas monitoradas são:

- Redução da mortalidade prematura (30-69 anos) por DCNT em 2% ao ano
- Redução da prevalência de tabagismo em 30%
- Redução do consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%
- Deter o crescimento da obesidade em adultos
- Aumento da prevalência da prática de atividade física no tempo livre em 10%
- Aumento do consumo recomendado de frutas e hortaliças em 10%
- Aumento de mamografia em mulheres de 50-69 de idade anos nos últimos dois anos para 70%
- Aumento 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.

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

| Metas  | Taxa e Prevalências (%) |       |       |  | 2010-2018/19 <sup>1</sup>              |              | 2010-2015                              |              | 2015-2018/19 <sup>1</sup>              |              |
|--|-------------------------|-------|-------|--|--|--------------|--|--------------|--|--------------|
|  | 2010                    | 2015  | 2019  | Taxa/<br>Prevalências<br>Esperadas<br>2022 | Varição<br>Anual<br>média <sup>2</sup> | p            | Varição<br>Anual<br>média <sup>2</sup> | p            | Varição<br>Anual<br>média <sup>2</sup> | p            |
| Reduzir 2% Mortalidade prematura por DCNT          | 315,5                   | 305,0 | 299,8 | ≤ 282,1                                    | -1,70                                  | <b>0,002</b> | -3,28                                  | <b>0,000</b> | -2,28                                  | <b>0,023</b> |
| Reduzir 30% prevalência de Tabagismo               | 14,1                    | 10,4  | 9,8   | ≤ 9,9                                      | -0,48                                  | <b>0,001</b> | -0,76                                  | <b>0,001</b> | -0,28                                  | <b>0,011</b> |
| 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                     | 15,1                    | 18,9  | 20,3  | ≤ 15,1                                     | 0,53                                   | <b>0,000</b> | 0,71                                   | <b>0,001</b> | 0,37                                   | <b>0,040</b> |
| Consumo Recomendado de Frutas e hortaliças         | 19,5                    | 25,2  | 22,9  | ≥ 21,5                                     | 0,35                                   | 0,178        | 1,00                                   | <b>0,001</b> | -0,59                                  | <b>0,002</b> |
| Aumentar em 10% prática Atividade física           | 30,5                    | 37,6  | 39,0  | ≥ 33,6                                     | 0,93                                   | <b>0,000</b> | 1,30                                   | <b>0,000</b> | 0,33                                   | 0,190        |
| Aumento de Mamografia em 70%                       | 73,4                    | 78,1  | 76,9  | ≥ 70                                       | 0,39                                   | 0,133        | 0,97                                   | <b>0,027</b> | -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        |

1 – O indicador de mortalidade tem o dado mais atual de 2018, os demais indicadores, de prevalência, têm os dados mais atuais de 2019.

2 – Variação Anual Média em pontos percentuais.

A seguir, as metas e os resultados são discutidos na perspectiva de esclarecer alcances e não alcances das mesmas até 2022.

A Tabela 1 mostra que a mortalidade prematura por DCNT apresentou redução nos três períodos analisados, apresentando, de 2010 a 2018, uma redução média de 1,70 pontos percentuais ao ano. No entanto, ao se analisar as quebras do período, observa-se velocidades de quedas diferentes, com uma maior queda acontecendo de 2010 a 2015 e diminuição da velocidade de redução de 2015 a 2018.

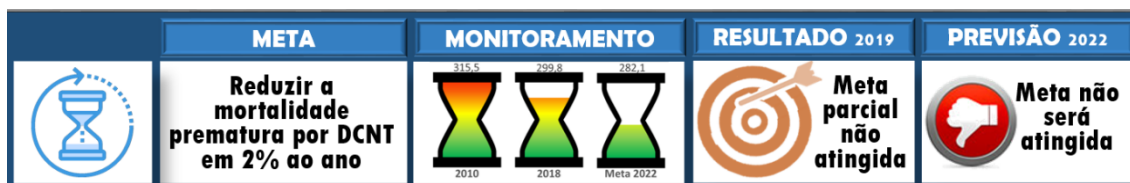


Figura 1 – Meta de mortalidade prematura por DCNT

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

Leva-se em conta para esta projeção que a subnotificação pode interferir neste indicador. Com a melhoria da cobertura e qualidade do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), as taxas do início do período podem ter sido mais subestimadas, alterando as conclusões acerca de sua redução. Desta forma, considera-se que o ideal seria utilizar o número de óbitos corrigido para subnotificação. O Ministério da Saúde vem trabalhando na elaboração de uma metodologia robusta para este tipo de correção, a ser divulgada em breve.

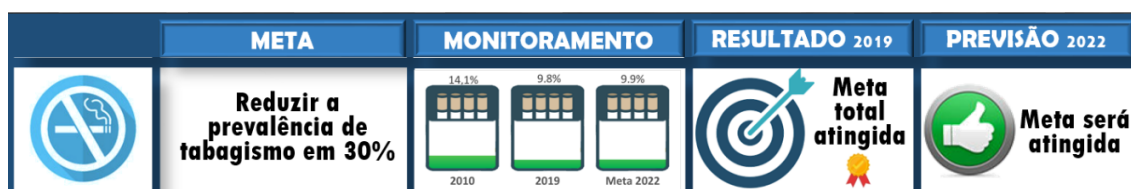


Figura 2 – Meta de redução da prevalência de tabagismo

A prevalência de tabagismo apresentou comportamento semelhante, com redução nos três períodos analisados, apresentando de 2010 a 2019 uma redução média 0,48 pontos percentuais ao ano. No

entanto, ao se analisar as quebras do período, observa-se velocidades de quedas diferentes, com uma maior queda acontecendo de 2010 a 2015 e diminuição da velocidade de redução de 2015 a 2019 (Tabela 1).

A meta de redução da prevalência em 30% foi atingida em 2019. A previsão é de que a prevalência de fumantes continue em queda até o final da vigência do Plano, concluindo a meta com êxito.

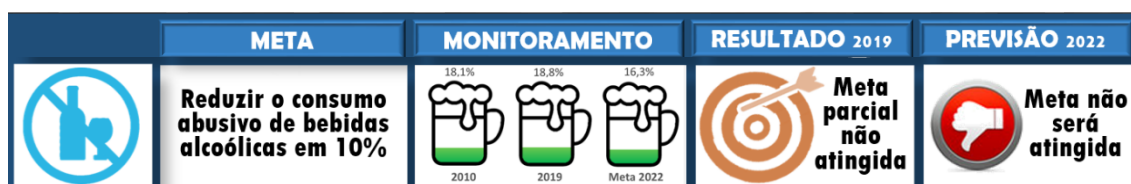


Figura 3 – Meta de redução do consumo abusivo de bebidas alcoólicas

A prevalência de consumo abusivo de bebida alcoólica apresentou estabilidade durante todo o período analisado (Tabela 1). Para o atingimento da meta, seria necessário alcançar uma prevalência abaixo de 16,3% em 2022. Entretanto, observando o comportamento desse indicador entre 2010 e 2019, a previsão é de que até 2022 não se atinja essa meta.

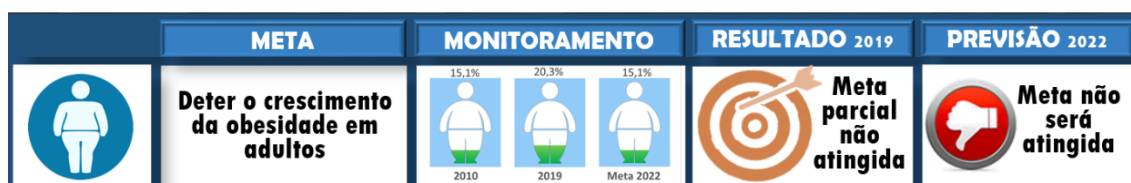


Figura 4 – Meta de deter o crescimento da obesidade em adultos

A prevalência de obesidade apresentou aumento nos dois períodos analisados. No entanto, observa-se que nos últimos cinco anos (2015 a 2019), a velocidade de aumento reduziu, com um aumento médio de 0,37 pontos percentuais, em comparação aos primeiros anos de implantação do Plano (2010 a 2015), em que foi observado um crescimento médio de 0,71 pontos percentuais (Tabela 1).

Embora o aumento da obesidade entre adultos não tenha sido tão marcante nos últimos anos monitorados, a previsão é de que a



magnitude deste indicador continue crescendo, chegando ao final do Plano de DCNT sem êxito nessa meta.

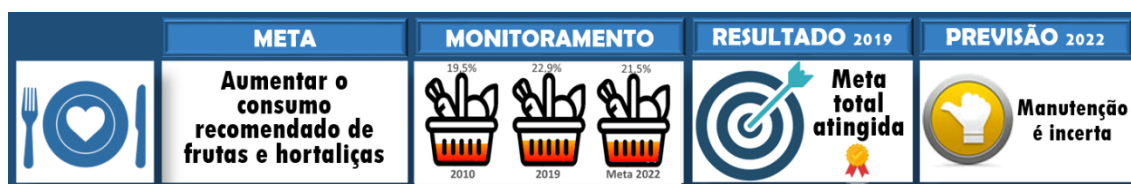


Figura 5 – Meta de aumentar o consumo recomendado de frutas e hortaliças

A prevalência de consumo recomendado de frutas e hortaliças, apresentou estabilidade de 2010 a 2019 e aumento de 2010 a 2015, com aumento médio de 1,00 ponto percentual ao ano. No entanto, ao se analisar os últimos cinco anos do Plano, observa-se que houve uma queda nesse período, com uma redução média de 0,59 pontos percentuais ao ano (Tabela 1).

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

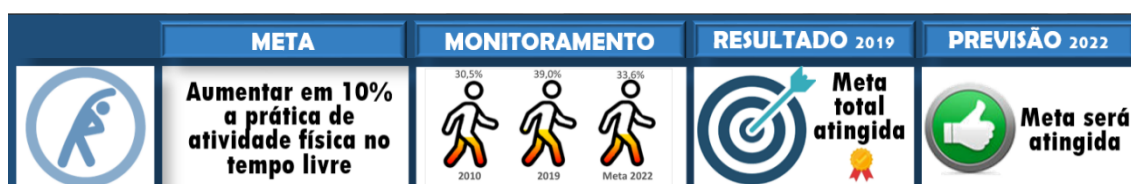


Figura 6 – Meta de aumentar a prática de atividade física no tempo livre

A prevalência da prática de atividade física no tempo livre apresentou um aumento anual médio de 0,93 pontos percentuais de 2010 a 2019. Contudo, ao se analisar os períodos fracionados, observa-se que esse aumento se deu de 2010 a 2015, pois de 2015 a 2019 foi observado uma estabilidade na prevalência (Tabela 1).

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

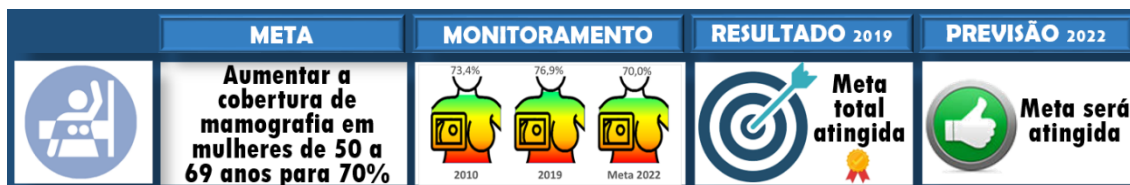


Figura 7 – Meta de aumentar a cobertura de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos

A cobertura de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos, apresentou estabilidade de 2010 a 2019 e aumento de 2010 a 2015, com aumento médio de 0,97 pontos percentuais ao ano. No entanto, ao se analisar os últimos cinco anos do Plano, a prevalência de mamografia se manteve estável de 2015 a 2019 (Tabela 1). A previsão é de que se obtenha êxito no atingimento da meta para esse indicador.

Ressalta-se que, pelos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013, que tem uma representatividade nacional, a prevalência de mamografia é de 60%, estando, assim, abaixo da meta esperada. No entanto, como não há dados atualizados, não é possível afirmar se houve um aumento. O monitoramento deste indicador utilizando os dados do Vigitel, que são representativos apenas para as capitais brasileiras, apontou prevalência acima dos 70% almejados desde a linha de base.

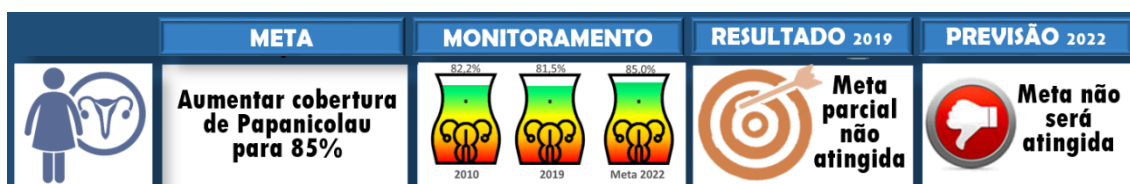


Figura 8 – Meta de aumentar a cobertura de Papanicolau

A cobertura de Papanicolau apresentou-se estável durante todo o período analisado, variando de 82,2% em 2010 a 81,5% em 2019. Observa-se que, desde o lançamento do Plano, a meta de aumento de

Papanicolau não foi atingida em nenhum momento (Tabela 1). A previsão é de que não se atinja essa meta 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 que não serão atingidas em 2022, com a necessidade de serem tomadas medidas que impactem na reversão do cenário de não alcance ou que garantam as mudanças necessárias ao sucesso das mesmas na vigência do novo Plano de DANT.

A complexidade que envolve as DCNT nos processos de prevenção, cuidado e tratamento, torna imperativo o acompanhamento das metas previstas no Plano de DANT para garantir a continuidade da agenda de enfrentamento das DCNT no país. Nesta perspectiva, ações do Plano de DCNT foram migradas para este plano.

O Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT) no Brasil 2020-2030, avança com a inclusão das violências e acidentes em seu escopo.

## **1.2. Contexto das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil**

O Brasil caracteriza-se atualmente por uma transição demográfica acelerada, que resulta da redução abrupta da taxa de fecundidade e de elevados indicadores de envelhecimento populacional. Por sua vez, a transição epidemiológica é marcada, entre outros aspectos, pelo desafio das doenças crônicas e de seus fatores de risco, além de forte crescimento das causas externas (DUARTE; BARRETO, 2012).

As DCNT constituem-se como 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 (WHO, 2015).

No Brasil, em 2018, as DCNT ocuparam o primeiro lugar em número de óbitos por capítulos da CID-10, a mesma posição foi observada em relação às faixas etárias a partir dos 50 anos com destaque às doenças do aparelho circulatório, às neoplasias e às doenças respiratórias que ocuparam as primeiras posições (Quadro 1).

Desde 1980, as causas externas (conjunto de várias formas de violência e acidentes) assumiram, tanto em âmbito mundial quanto no Brasil, uma posição de destaque no ranking da morbimortalidade, especialmente em grandes áreas urbanas, tendo como suas principais vítimas os homens jovens. (MARTINS; MELLO-JORGE, 2013; ARAUJO, *et al.* 2010.)

O crescimento da violência representa um dos maiores e mais difíceis desafios do novo perfil epidemiológico do Brasil (DUARTE; BARRETO, 2012). As causas externas ocupam a quarta posição em número de óbitos, no entanto, para as faixas etárias de 10-19 e 20-49 anos de idade, elas são a principal causa de morte na população brasileira (Quadro 1).

**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 2018**

| 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.<br>20744   | C. Exter.<br>15989     | C. Exter.<br>35891     | C. Exter.<br>45927    | D. Ap. Circ.<br>112455 | D. Ap. Circ.<br>90019 | D. Ap. Circ.<br>126116  | D. Ap. Circ.<br>357770 |
| 2       | Malform.<br>9334       | Neoplasias<br>1410     | Neoplasias<br>2698     | D. Ap. Circ.<br>25206 | Neoplasias<br>96094    | Neoplasias<br>55915   | D. Ap. Resp.<br>71858   | Neoplasias<br>227920   |
| 3       | C. Exter.<br>3016      | D. Sist. Nerv.<br>1147 | D. Ap. Circ.<br>2303   | Neoplasias<br>23743   | D. Ap. Resp.<br>33866  | D. Ap. Resp.<br>36458 | Neoplasias<br>46785     | D. Ap. Resp.<br>155191 |
| 4       | D. Ap. Resp.<br>2861   | D. Ap. Circ.<br>779    | D.I.P.<br>2274         | D.I.P.<br>10838       | D. Endocr.<br>26871    | D. Endocr.<br>21219   | D. Endocr.<br>26000     | C. Exter.<br>150814    |
| 5       | D.I.P.<br>2079         | D. Ap. Resp.<br>771    | D. Ap. Resp.<br>1533   | D. Ap. Dig.<br>9999   | D. Ap. Dig.<br>25833   | D. Ap. Dig.<br>13911  | D. Sist. Nerv.<br>21472 | D. Endocr.<br>81365    |
| 6       | D. Sist. Nerv.<br>1522 | D.I.P.<br>529          | D. Sist. Nerv.<br>1092 | D. Ap. Resp.<br>7713  | C. Exter.<br>25823     | D. Ap. Uri.<br>9998   | D. Ap. Uri.<br>20094    | D. Ap. Dig.<br>67316   |

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/MS). D.I.P.: Doenças Infecciosas e Parasitárias; Neoplasias; C.Exter.: 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.

### 1.2.1. Panorama da Mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: situação e metas para o plano de DANT

As DCNT constituem a maior carga de morbimortalidade no mundo, acarretando perda de qualidade de vida, limitações, incapacidades (WHO, 2011), além de uma alta taxa de mortalidade prematura.

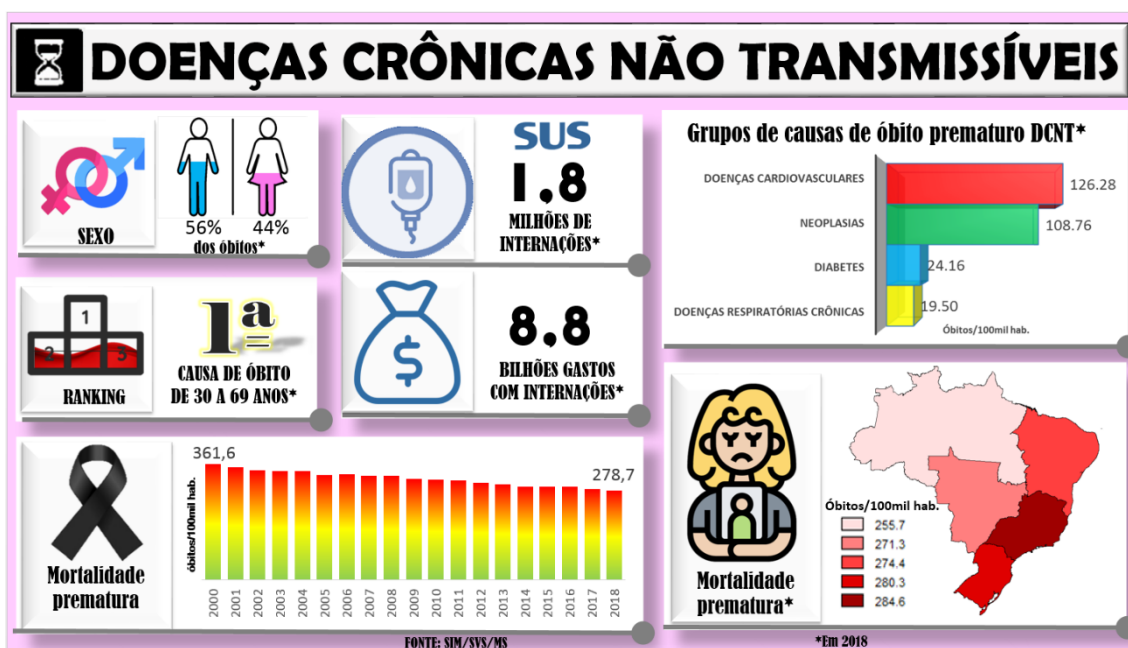
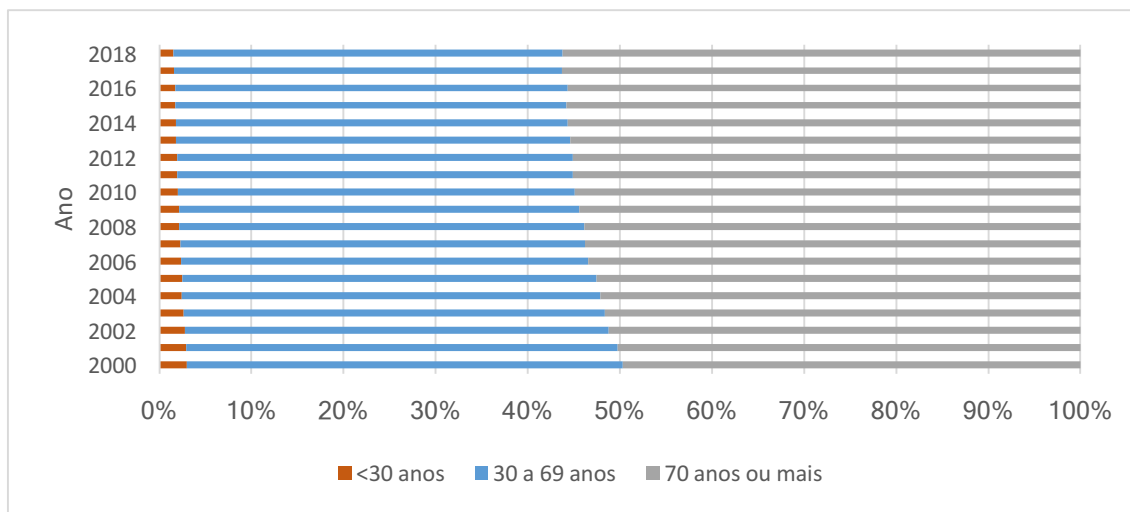


Figura 9 – Panorama da morbimortalidade por DCNT no Brasil

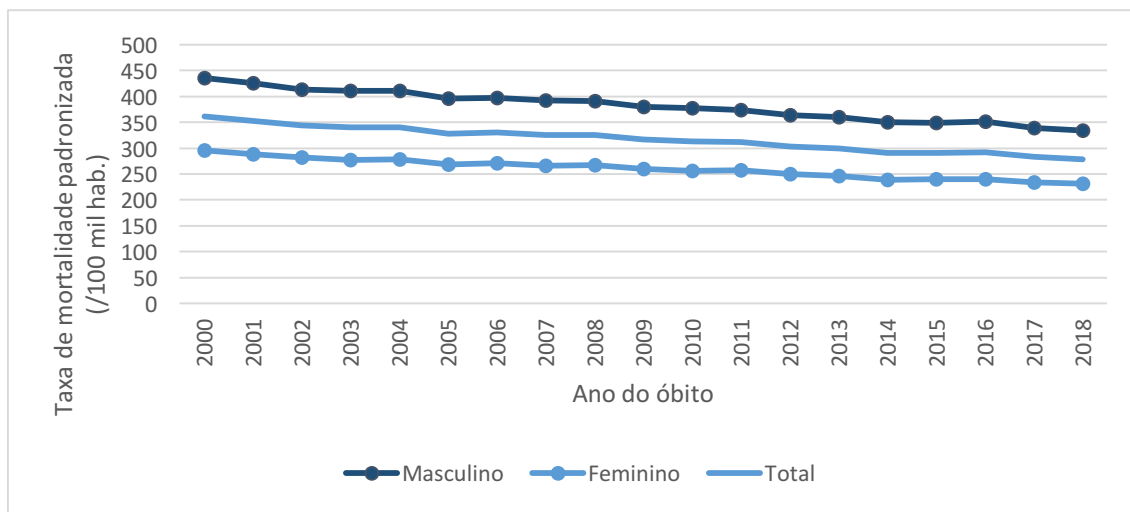
Em 2018, no Brasil, foram registrados 720.205 óbitos por DCNT, e, destes, 42,2% (n=303.776) ocorreram prematuramente, ou seja, entre 30 e 69 anos de idade, com 301,4 óbitos prematuros a cada 100mil habitantes. Observa-se no período de 2000 a 2018 uma redução na contribuição de óbitos prematuros no total de óbitos por DCNT, no entanto o percentual ainda é elevado (Figura10). Ressalta-se que mudanças que reduzem a mortalidade prematura, também beneficiam pessoas acima dos 70 anos, uma vez que as principais causas de morte e limitações de 50 aos 69 anos são similares daqueles indivíduos em idades mais avançadas (NORHEIN *et al*, 2015).



**Figura 10 – Proporção de óbitos por doenças crônicas não transmissíveis no total de óbitos segundo faixa etária, Brasil (2000-2018)**

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) do CID10. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária do indivíduo estava assinalada como "ignorada".

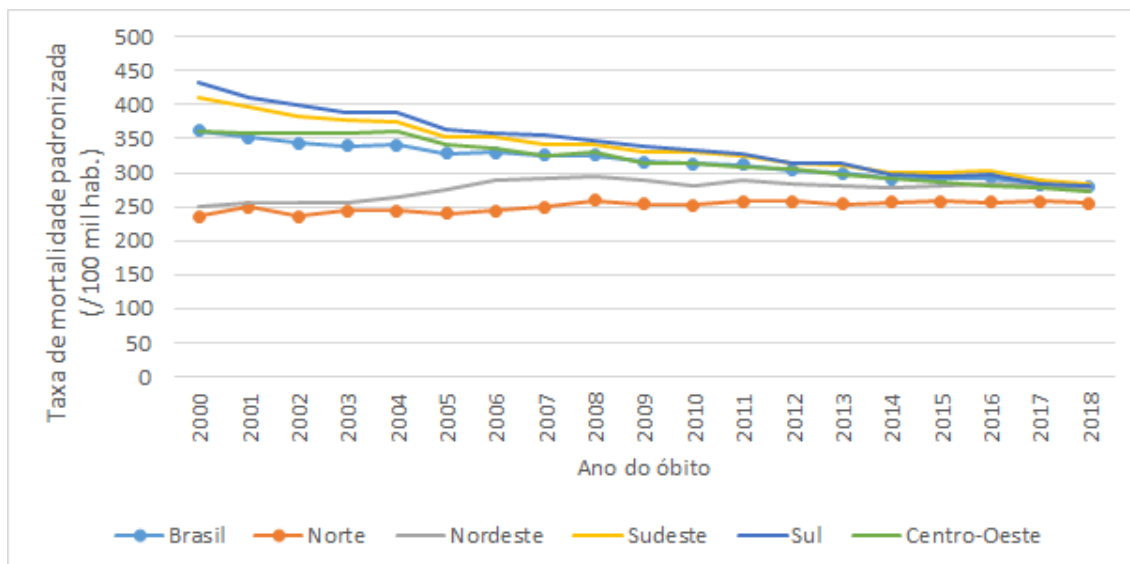
Na Figura 11 é representada a evolução da taxa padronizada de mortalidade prematura por DCNT geral e de acordo com o sexo do indivíduo. Observa-se redução na mortalidade por esta causa no período analisado, e em 2018, no Brasil, 56,23% dos óbitos prematuros por esta causa (n=170.799), eram indivíduos do sexo masculino, perfazendo uma taxa padronizada de mortalidade de 333,63 óbitos a cada 100mil habitantes. Para o sexo feminino, esta taxa foi de 230,85 óbitos a cada 100mil habitantes no mesmo ano. É possível observar que, em todos os anos da série histórica analisada (2000 a 2018), 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 (NCD, 2018).



**Figura 11 – Taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis segundo sexo, Brasil (2000-2018)**

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) do CID10. \*Padronização por idade utilizando o método direto. População padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como "ignorada".

Devido à dimensão do Brasil e suas diferenças regionais, avaliar a 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 maiores nas regiões Sul e Sudeste do país. Em 2018, embora a taxa do Sudeste continue sendo a maior, todas as taxas das regiões tenderam a se aproximar ao longo dos anos analisados, apontando que as DCNT estão disseminadas por todo o Brasil e são uma causa de morte importante em todas as cinco regiões geográficas, na faixa etária de 30 a 69 anos.

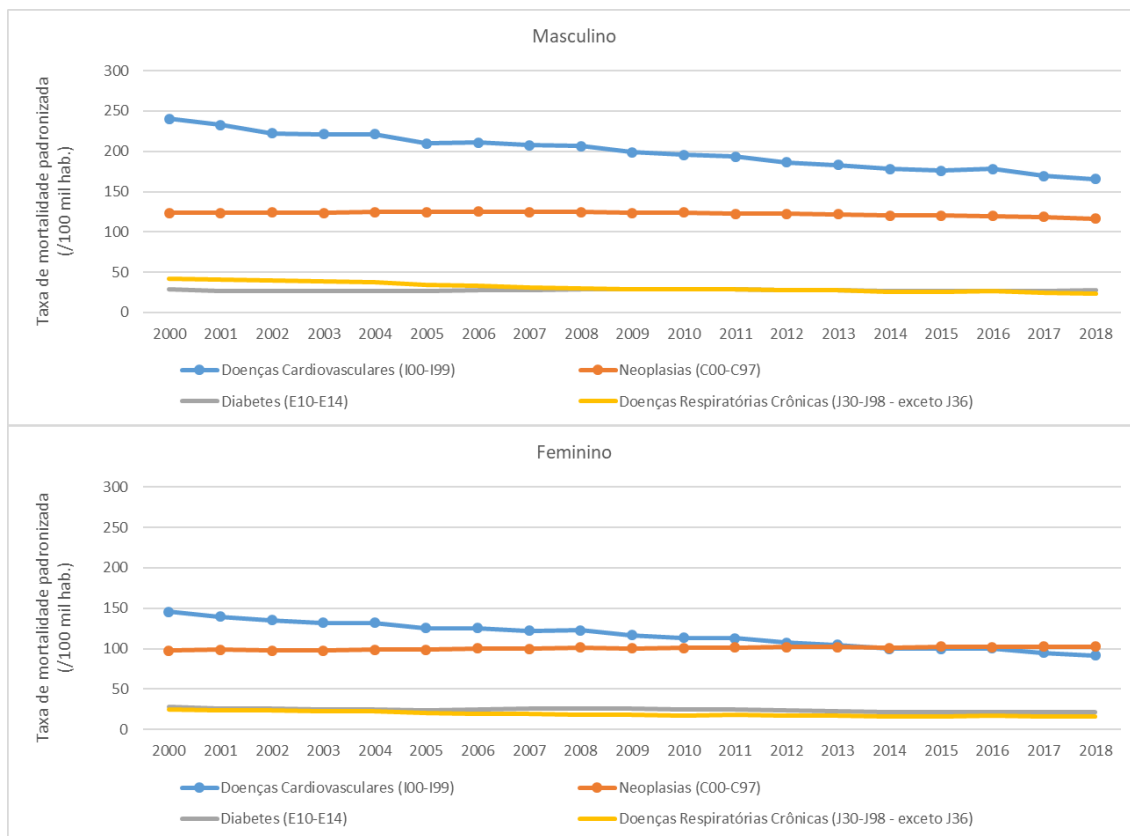


**Figura 12 – Taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis segundo Região de residência, Brasil (2000-2018)**

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) do CID10. \*Padronização por idade utilizando o método direto. População padrão: Brasil Censo 2010.

Ao se analisar o comportamento das quatro principais DCNT por sexo, na população masculina, as doenças cardiovasculares foram responsáveis pelas maiores taxas 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 passou a ser a maior causa de morte por DCNT entre as mulheres (Figura 13).



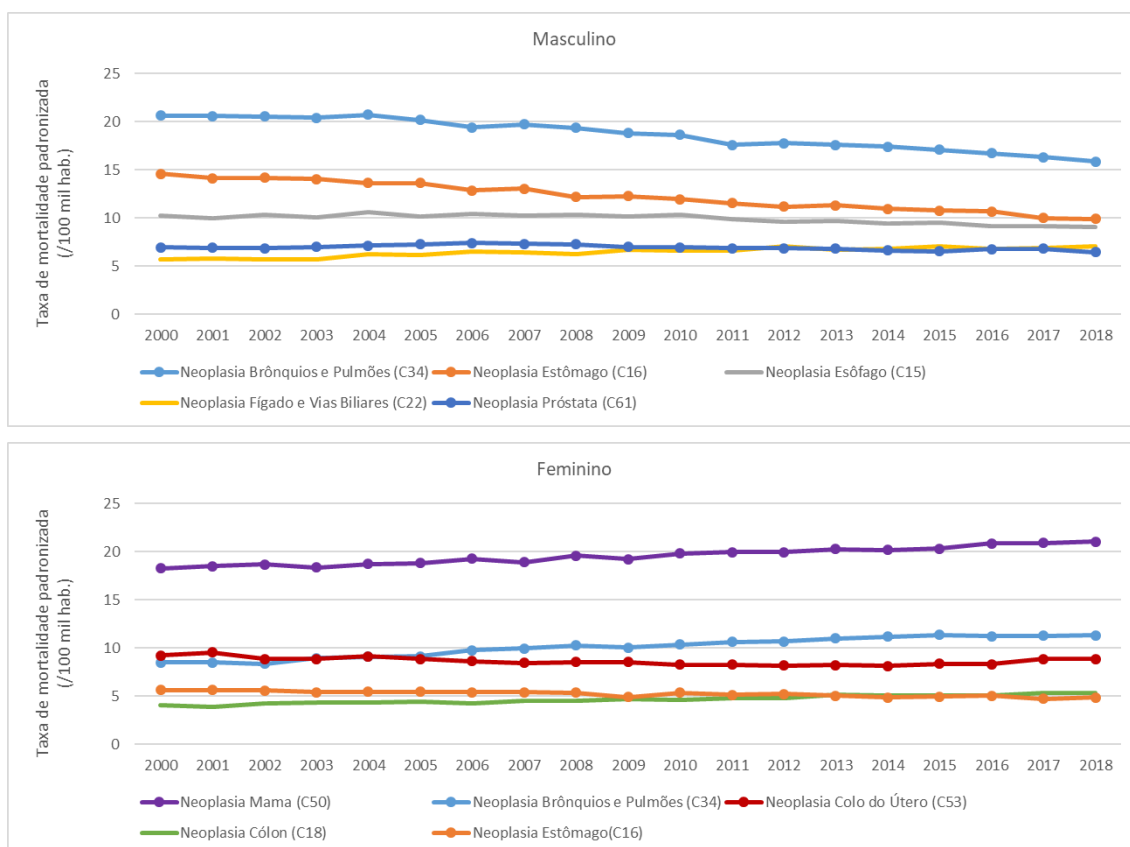


**Figura 13 – Taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis segundo grupo de causa, Brasil (2000-2018)**

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) do CID10. \*Padronização por idade utilizando o método direto. População padrão: Brasil Censo 2010.

As neoplasias têm crescido em todo o mundo e já apresenta a segunda causa de morte na maioria dos países (WHO, 2011). Em 80% dos países, a tendência da mortalidade prematura por câncer está prejudicando o progresso para atingir a meta 3.4 do Objetivo do Desenvolvimento Sustentável que é a redução de 1/3 da mortalidade prematura de DCNT até 2030 (WHO, 2020).

Em 2018, foram registrados no Brasil, 117.994 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, no período de 2000 a 2018, segundo sexo.



**Figura 14 – Taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por neoplasias segundo grupos de causa por sexo, Brasil (2000-2018)**

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) do CID10. \*Padronização por idade utilizando o método direto. População padrão: Brasil Censo 2010

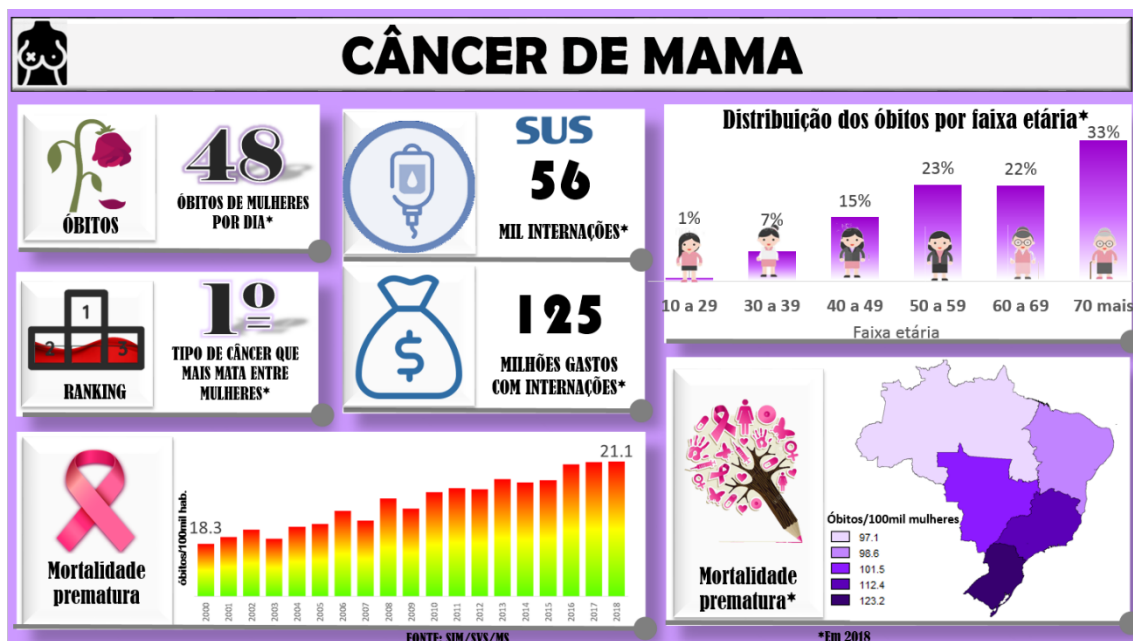
Na população masculina, as neoplasias de brônquios e pulmões foram responsáveis pelas maiores taxas em todo o período, apresentando um decréscimo em sua magnitude a partir de 2004.

Entre as mulheres, as neoplasias de brônquios e pulmões estavam em terceiro lugar entre as causas de morte por neoplasias até 2005, passando para o segundo lugar a partir de 2005. Ao contrário dos homens, as mulheres vêm apresentando aumento na taxa de mortalidade por neoplasia dos brônquios e pulmões (Figura 14). Contudo, estimativas do Instituto Nacional de Câncer indicam que a mortalidade

por câncer de pulmão 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 ser devido às mulheres terem iniciado o uso do cigarro após os homens (Souza *et al.*, 2020).

A neoplasia de mama foi responsável pela maior taxa de mortalidade por neoplasia em mulheres em todo o período analisado, sendo verificado um acréscimo em sua magnitude ao longo dos anos (Figura 14).

Quanto à neoplasia do colo do útero, observa-se pouca variação no período, permanecendo como a terceira causa de morte por neoplasias em mulheres desde 2005 (Figura 14).



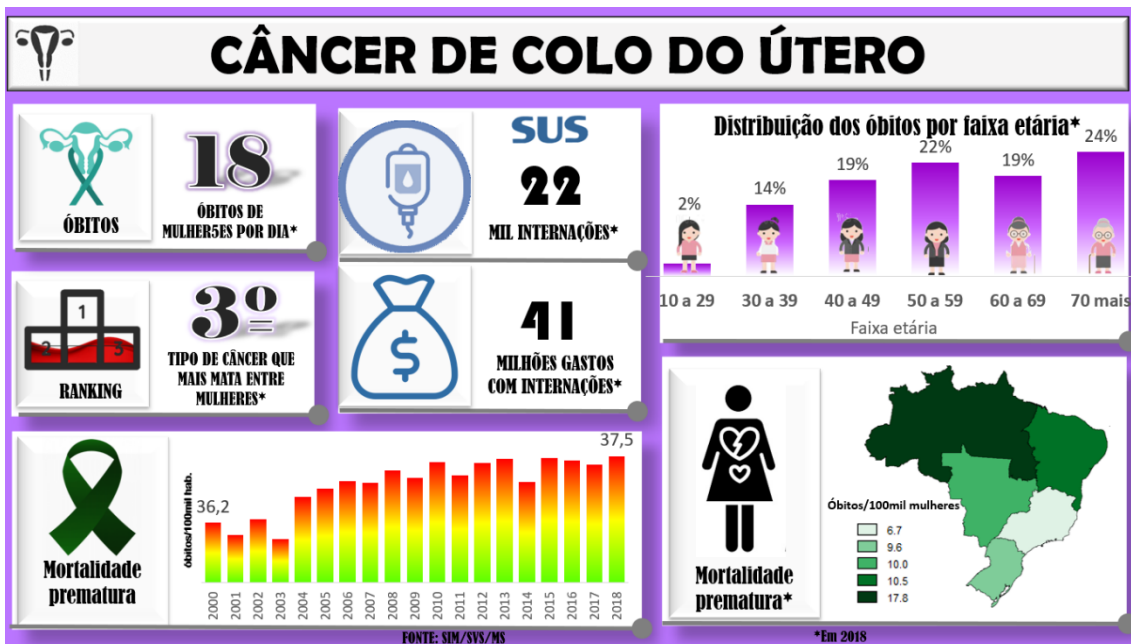


Figura 16 – panorama da morbimortalidade por Câncer de colo de útero no Brasil

Ainda na figura 14, destaca-se entre as cinco principais neoplasias que levam homens e mulheres ao óbito prematuro àquelas relacionadas ao aparelho digestivo, com localização no estômago, esôfago, cólon, fígado e vias biliares. Globalmente, observa-se uma transição dos principais tipos de câncer, com declínio daqueles associados a infecções e o aumento daqueles relacionados a atitudes associadas à urbanização, tais como sedentarismo e alimentação inadequada (Bray *et al.*, 2018).

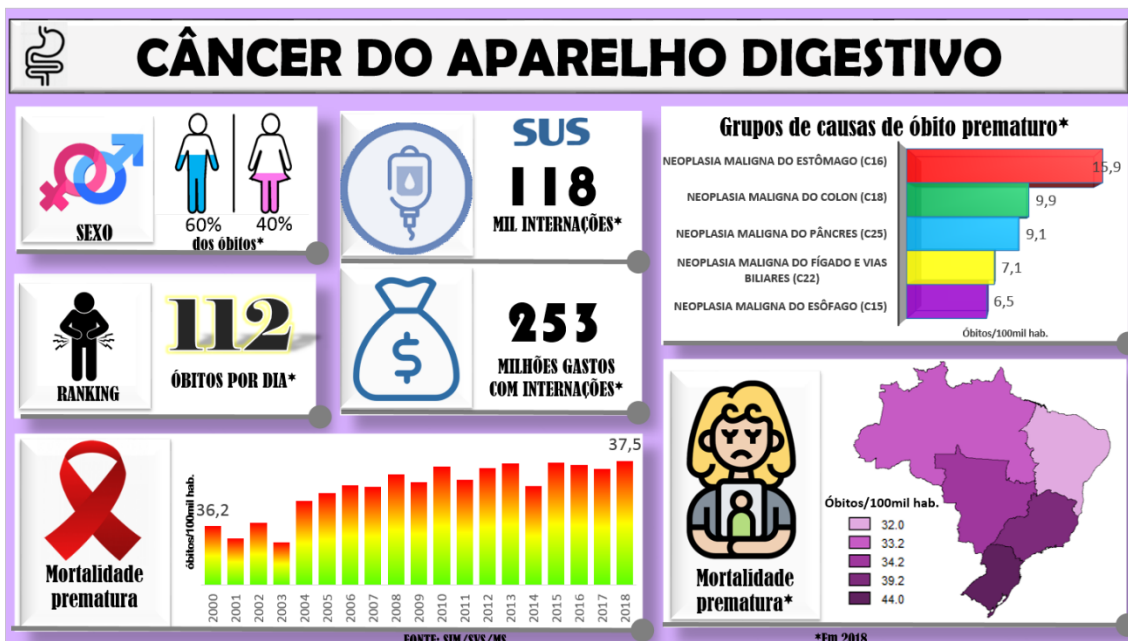


Figura 17 – panorama da morbimortalidade por câncer do aparelho digestivo

Um exemplo do impacto dos hábitos de vida nos cânceres digestivos estão os fatores de risco relacionados ao câncer de cólon e reto e estômago, dentre os quais estão a obesidade, inatividade física, tabagismo, alto consumo de carne processada, alimentação pobre em frutas e fibras e consumo excessivo de álcool (INCA, 2019), fatores de risco que serão apresentados a seguir.

### 1.2.2. Fatores de Risco

No contexto das DANT 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 (WHO, 2013). A maioria das mortes prematuras está ligada a fatores de risco modificáveis, tais como obesidade, hábito alimentar inadequado, inatividade física, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, poluição ambiental e saúde mental (WHO, [s.d.]). Políticas de saúde que criam ambientes propícios para escolhas saudáveis e

acessíveis são essenciais para motivar as pessoas a adotarem e manterem comportamentos saudáveis (OPAS, 2017).

A alimentação adequada e saudável é um direito humano básico, e está relacionada à melhoria da saúde, menor risco de doenças não transmissíveis e longevidade (WHO, [s.d.]). 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 (Brasil, 2014).

### 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, determinam, 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 (WHO, 2015).

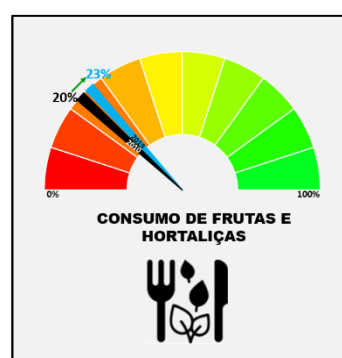


Figura 18 – monitoramento do consumo de frutas e hortaliças de 2010 a 2019, Brasil

Segundo dados do Vigitel 2019, na população adulta ( $\geq 18$  anos), a frequência de consumo regular de frutas e hortaliças foi de 34,3%, a frequência de alimentos ultraprocessados foi de 18,2% e o consumo de bebidas adoçadas foi de 56,9%.

Segundo a OMS, a prevalência de crianças com excesso de peso passou de 4,8% para 5,9% entre 1990 e 2018, um aumento de mais de 9 milhões de crianças. Além disso, de 2006 a 2019 houve um aumento de 72% na prevalência de obesidade em adultos das capitais brasileiras, passando de 11,4% para 20,3%, sendo observado aumento tanto no sexo masculino, como no feminino (Brasil, 2020).

### 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 (WHO, 2019).

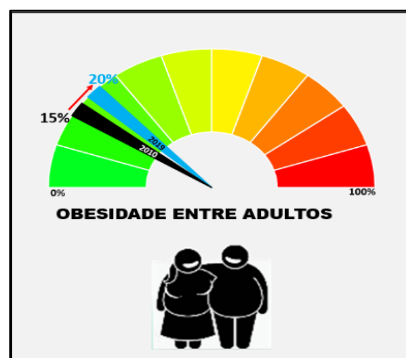


Figura 19 – monitoramento da obesidade de 2010 a 2019, Brasil

Para a redução de doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, diabetes, câncer, obesidade, entre outras, e em última instância para redução da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis é bem estabelecido e reconhecido também os benefícios da atividade física (WHO, 2014).

De acordo com estudo que descreveu os níveis de atividade física insuficiente entre os países, em 2016 a prevalência global padronizada por idade foi de 27,5%, e os níveis de atividade física insuficiente permaneceram estáveis entre 2001 e 2016 (GUTHOLD, 2018).

### Você sabia?

Estudo com dados do Vigitel 2013 mostrou que a prática da atividade física no tempo livre está associada a fatores sociodemográficos e a hábitos saudáveis. A chance de praticar atividade física é maior para os mais jovens, do sexo masculino, com maior escolaridade, da cor branca, com plano de saúde, não fumante e que consome frutas e hortaliças (LAS CASAS, 2018).



Figura 20 – monitoramento da prática de atividade física de 2010 a 2019, Brasil

No Brasil, em 2019 o percentual de adultos que praticam 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, tendendo a diminuição com a idade e aumentando fortemente com o nível de escolaridade (BRASIL, 2020).

Outro fator de risco importante para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é o tabagismo, estando relacionado ao desenvolvimento de vários tipos de câncer, doenças do aparelho respiratório, doenças cardiovasculares, entre outras doenças (WHO, 2013).

A epidemia do tabaco é uma das maiores ameaças a saúde pública, sendo responsável por mais de 8 milhões de mortes por ano no mundo, das quais cerca de 1,2 milhões são decorrentes do fumo passivo (WHO, 2020).

De acordo com dados do Vigitel, a prevalência do tabagismo no Brasil é maior em homens, na população com menor escolaridade e na faixa etária entre 45 e 54 anos (BRASIL, 2020). Segundo um estudo que avaliou a tendência da prevalência de fumantes no Brasil no período de 2006 a 2014, houve redução relativa de 0,645p.p. a cada ano, passando de 15,6% em 2006 a 10,8% em 2014 (MALTA, 2017). Em 2019, a prevalência foi de 9,8% (BRASIL, 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 ocorrem no Brasil. Além disso, destaca-se a relevância dos anos de vida perdidos e qualidade de vida associados ao tabagismo e do alto custo da assistência médica atribuível ao tabagismo (INCA, 2017).

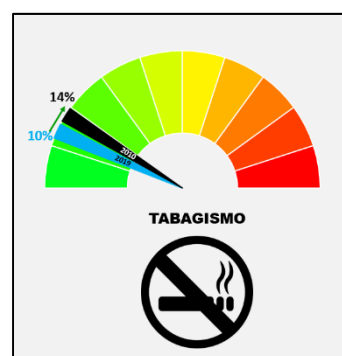


Figura 21 – monitoramento do tabagismo de 2010 a 2019, Brasil

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 uso abusivo para a saúde dos indivíduos e populações vem

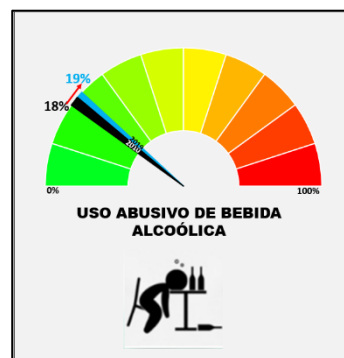


evidenciando a associação da substância com a mortalidade e a ocorrência de uma ampla variedade de doenças não transmissíveis, como neoplasias, doenças cardiovasculares, doenças do fígado entre outras (WHO, 2018).

De acordo com estimativas do *Global Burden Disease* (GBD), em 2017, aproximadamente 6,2% de todos óbitos ocorridos no Brasil estavam relacionados ao uso do álcool. Além disso, quando observado os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (*DALY's - Disability Adjusted Life Years*), o uso de álcool foi o terceiro e o quarto principal fator de risco comportamental para carga de doença, respectivamente no Brasil e no mundo (IHME, 2018).

### Você Sabia?

Além da relação do álcool com as DCNT, evidências indicam a importante contribuição negativa do álcool na ocorrência de lesões intencionais e não intencionais, como acidentes de trânsito, quedas, afogamentos, intoxicações, violência interpessoal e autoprovocada (WHO, 2018).

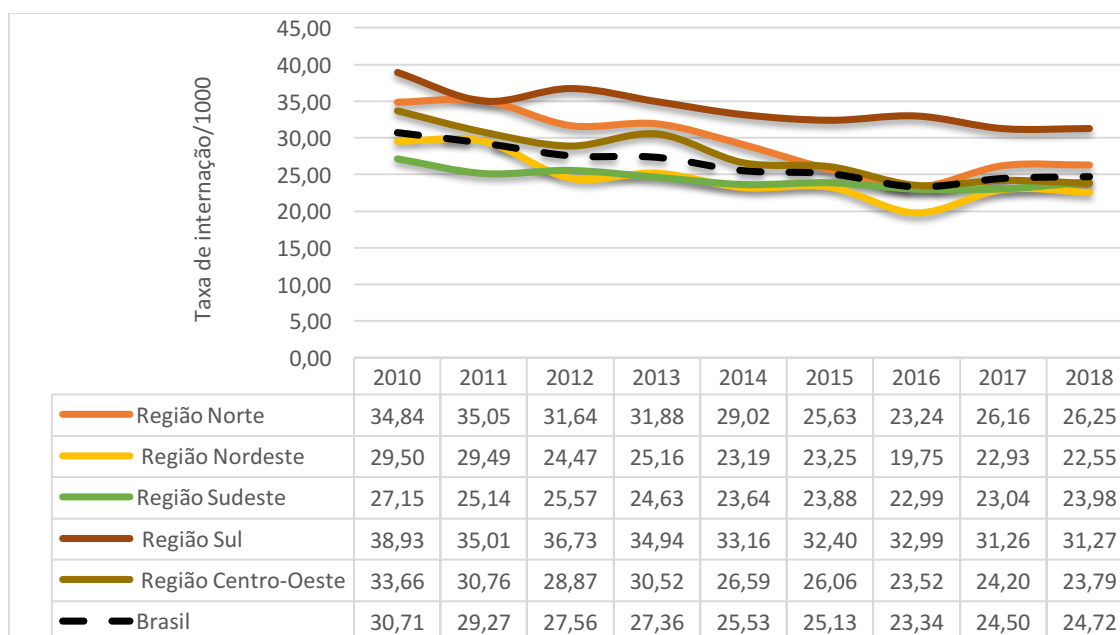


**Figura 22 –  
monitoramento do uso  
de bebidas alcoólicas  
2010 a 2019, Brasil**

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. Calcula-se que ocorram, anualmente, 4,2 milhões de mortes prematuras atribuídas à poluição do ar ambiente no mundo. Responsável pelo desenvolvimento, exacerbação e 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.

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 2018 – Fonte: SIH/IBGE**

De modo geral, o número de óbitos por DCNT devido à poluição do ar (MP2,5 e O3) aumentou no Brasil e estados 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 (BRASIL, 2019).

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

### **1.3. Panorama dos acidentes e violências no país**

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 passaram a constituir um grave problema de saúde pública pela alta mortalidade e morbidade, elevando os custos para a saúde, os anos potenciais de vida perdidos e os impactos para o indivíduo, sua família e sociedade (LEMOS, 2013).

A violência gera grande pressão sobre os sistemas de saúde, justiça e serviços sociais e, cada vez mais, é identificada como um fator que corrói a economia dos países (Ingram; COSTA, 2015), constituindo um desafio pelos efeitos físicos e emocionais que produz nas suas vítimas e familiares (MINAYO; CONSTANTINO, 2016).

Enquanto as vítimas de violência têm o predomínio de jovens, entre os acidentes, especialmente as quedas, os idosos são os mais acometidos. O contínuo aumento da proporção de idosos na população brasileira e, conseqüente elevação da incidência de quedas nesse grupo populacional, aumenta o risco de lesões graves e mortes por esta causa (MASCARENHAS, 2015).

Dentre as causas externas de mortalidade, o ranqueamento dos principais grupos, em 2018, foram as agressões, os acidentes de transporte e outras causas externas acidentais (Quadro 2).

## Quadro 2- Ranking dos principais grupos de causas de óbito dentre as causas externas, segundo faixa etária. Brasil, 2018.

| Po<br>sição | 0 a 9<br>anos                       | 10 a 19<br>anos                     | 20 a 39<br>anos                  | 40 a 59<br>anos                     | 60 a 79<br>anos                     | ≥80<br>anos                         | Total                                |
|-------------|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| 1           | Outras C. Externas Acidente (1.804) | Agressões (9.214)                   | Agressões (33.387)               | Acidentes de Transporte (10.121)    | Outras C. Externas Acidente (7.735) | Outras C. Externas Acidente (9.439) | Agressões (55.914)                   |
| 2           | Acidentes de Transporte (599)       | Acidentes de Transporte (2.703)     | Acidentes de Transporte (14.142) | Agressões (9.829)                   | Acidentes de Transporte (4.938)     | Acidentes de Transporte (896)       | Acidentes de Transporte (33.625)     |
| 3           | Agressões (285)                     | Outras C. Externas Acidente (1.581) | Lesões auto. (5.147)             | Outras C. Externas Acidente (6.131) | Agressões (2.061)                   | Complicação de assist. med. (484)   | Outras C. Externas Acidente (31.874) |

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

No Brasil, em 2018, foram registrados 150.814 óbitos por causas externas. As agressões foram responsáveis por 55.914 óbitos (37,1%), as lesões fatais decorrentes de acidentes de transporte determinaram 33.625 óbitos (22,3%), destes 32.655 de lesões de trânsito, as lesões autoprovocadas foram responsáveis por 12.733 óbitos (8,4%) e outras causas externas de lesões acidentais, incluindo quedas e afogamentos, por 31.874 óbitos (21,1%).

Cada uma dessas causas merece destaque em uma análise mais detalhada.

### 1.3.1. Lesões de trânsito

O relatório apresentado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta progressos alcançados em relação às lesões de trânsito. A taxa de mortalidade se estabilizou nos últimos anos, mas não foi suficiente para compensar uma rápida e crescente motorização em várias partes do mundo. Além disso, a lesão de trânsito é a principal causa de morte de crianças e adultos jovens de 5 a 29 anos, sinalizando a importância de uma grave e complexa questão de Saúde Pública (WHO, 2018).

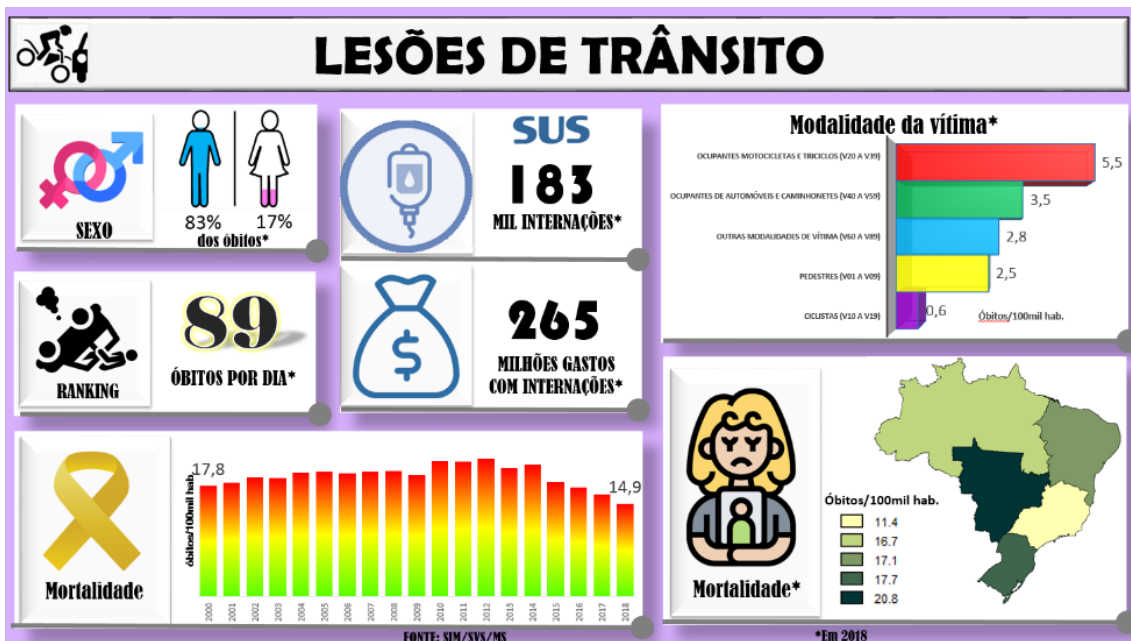
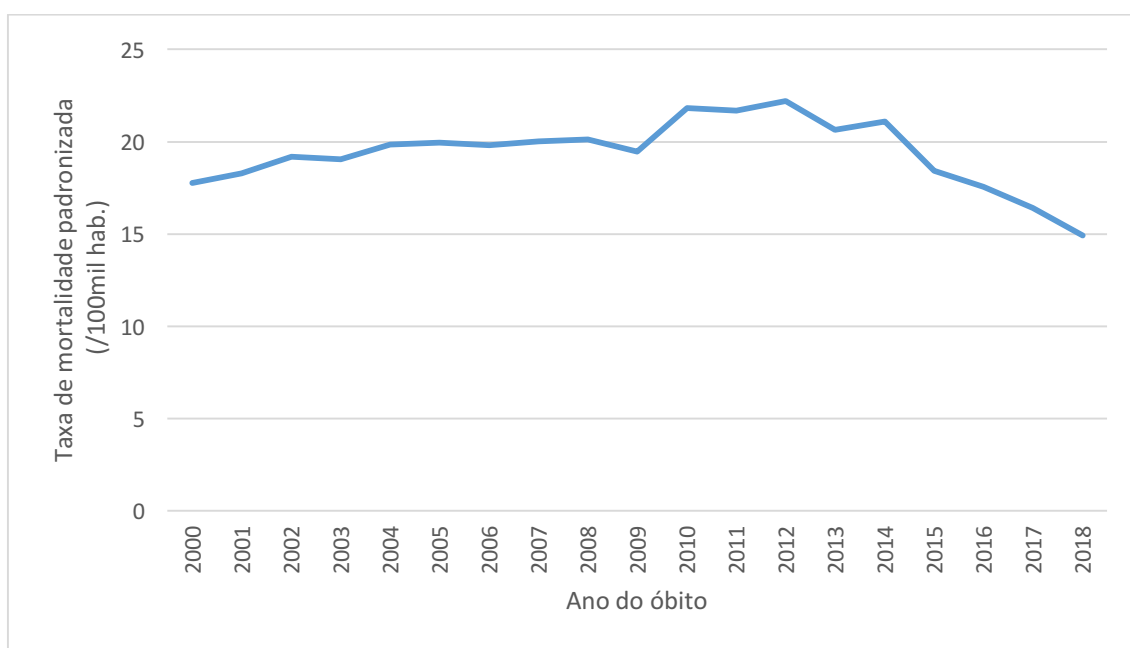


Figura 24 – panorama da morbimortalidade por lesões de trânsito no Brasil

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. 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 equipamentos) (SILVA, 2016; MORAIS NETO, 2016), além do uso do celular pelo condutor, alta velocidade e desrespeito à legislação vigente (OLIVEIRA, 2015).

Desta forma, tornam-se importantes as abordagens que enfatizam a promoção e educação em saúde visando à redução de riscos no trânsito. As iniciativas como o Programa Vida no Trânsito (PVT) devem ser estimuladas e expandidas para todos os municípios brasileiros, concomitantemente com o desenvolvimento e aprimoramento de políticas voltadas para a mobilidade segura e sustentável, intensificação da fiscalização de caráter contínuo, educação e conscientização da população, entre outros (BRASIL, 2017).

A Figura 25 apresenta a evolução da taxa padronizada de mortalidade por lesões de trânsito de acordo com o ano de ocorrência do óbito no Brasil. É possível observar que, após 2014, ocorreu um declínio persistente da mortalidade por esta causa. Entre 2000 e 2018, houve 16,0% de redução. Considerando o período de 2014 a 2018, esta redução foi de 29,3%. Ainda assim, em 2018 ocorreram 32.655 óbitos decorrentes de lesões de trânsito no país, o que representa 14,9 óbitos por 100mil habitantes.



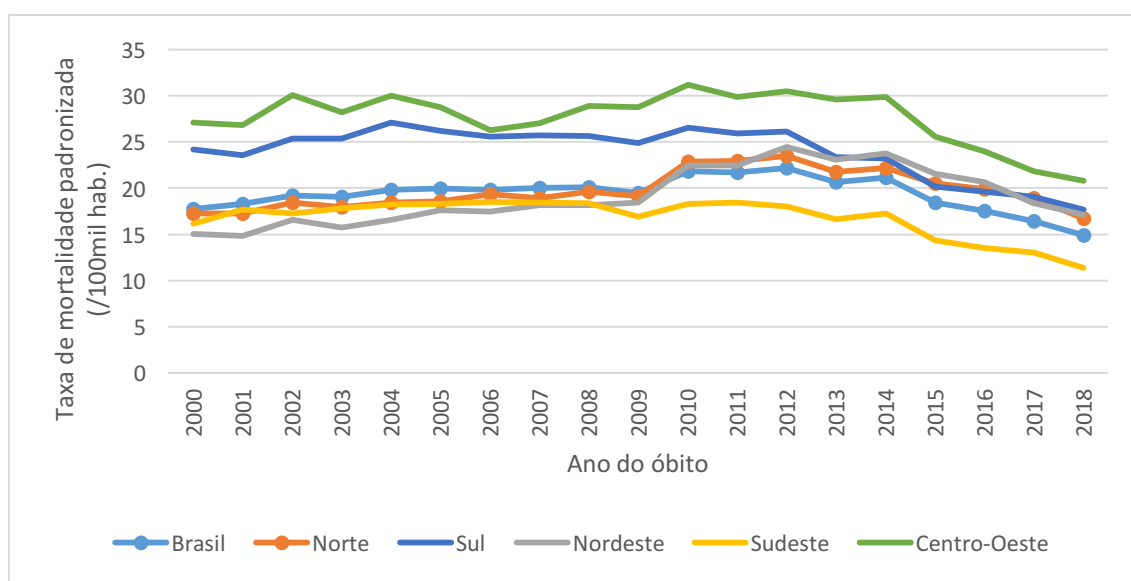
**Figura 25 – Taxa de mortalidade por lesões de trânsito. Brasil, 2000 a 2018**

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) do CID10. \*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 padronizada de mortalidade por lesões de trânsito 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. Até 2008, as menores taxas foram observadas na Região Nordeste. De 2009 a

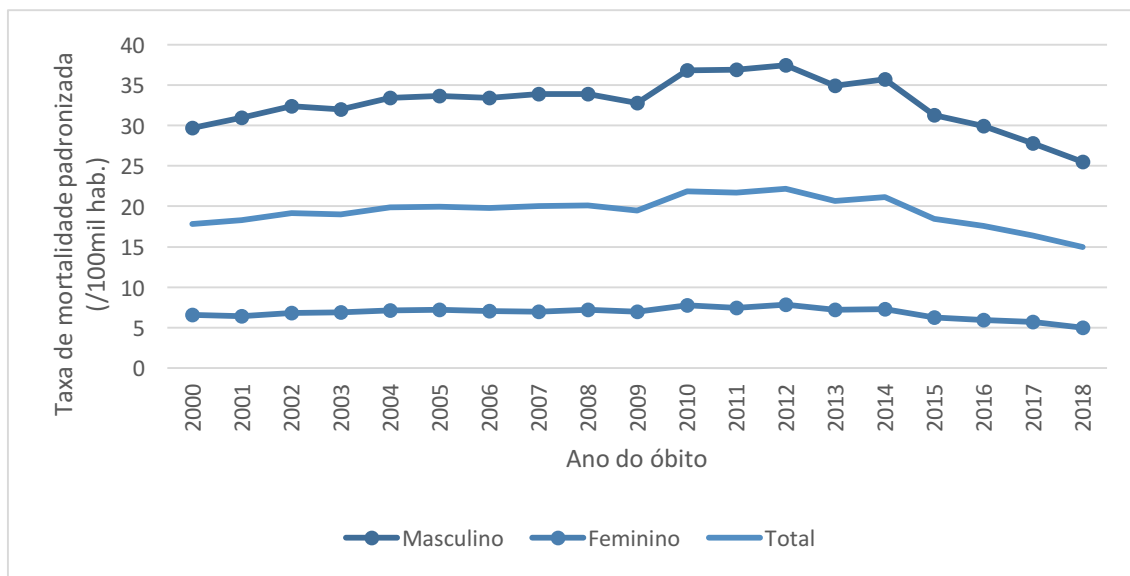
2018, a Região Sudeste foi responsável pelas menores taxas de mortalidade por lesões de trânsito, com decréscimo persistente destas.



**Figura 26 - Taxa de mortalidade por lesões de trânsito, segundo região. Brasil, 2000 a 2018**

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) do CID10. \*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 padronizada de mortalidade por lesões de trânsito de acordo com o sexo da vítima no Brasil em 2018. Como resultado 83% dos óbitos por esta causa (n=26.997) foram de vítimas do sexo masculino, perfazendo uma mortalidade de 25,5 óbitos por 100 mil habitantes. Para o sexo feminino, esta taxa foi de 5 óbitos por 100 mil habitantes no mesmo ano. É possível observar que, em todos os anos da série histórica analisada (2000 a 2018), a mortalidade por lesões de trânsito foi maior para o sexo masculino.

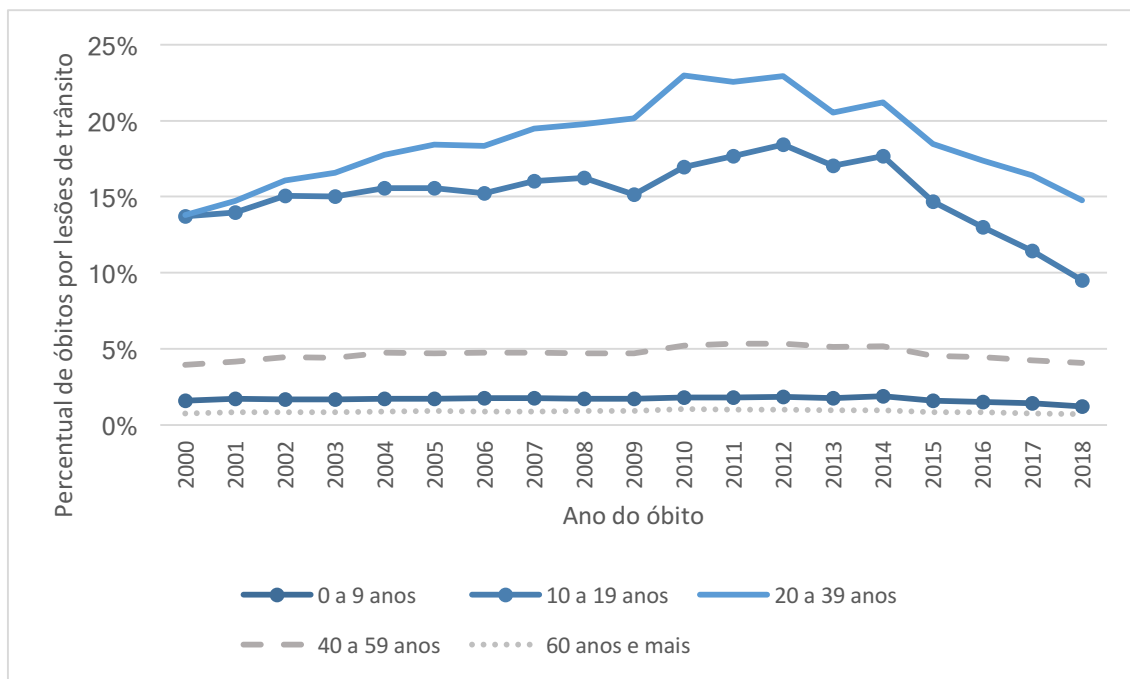


**Figura 27 – Taxa de mortalidade por lesões de trânsito, segundo sexo. Brasil, 2000 a 2018**

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) do CID10. \*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, a faixa etária mais frequente entre as vítimas fatais de lesões de trânsito foi de 20 a 39 anos, sendo que esta concentrou 42,11% dos óbitos (n=13.752). 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 23,00% de todos os óbitos de indivíduos nesta faixa etária (Figura 28).

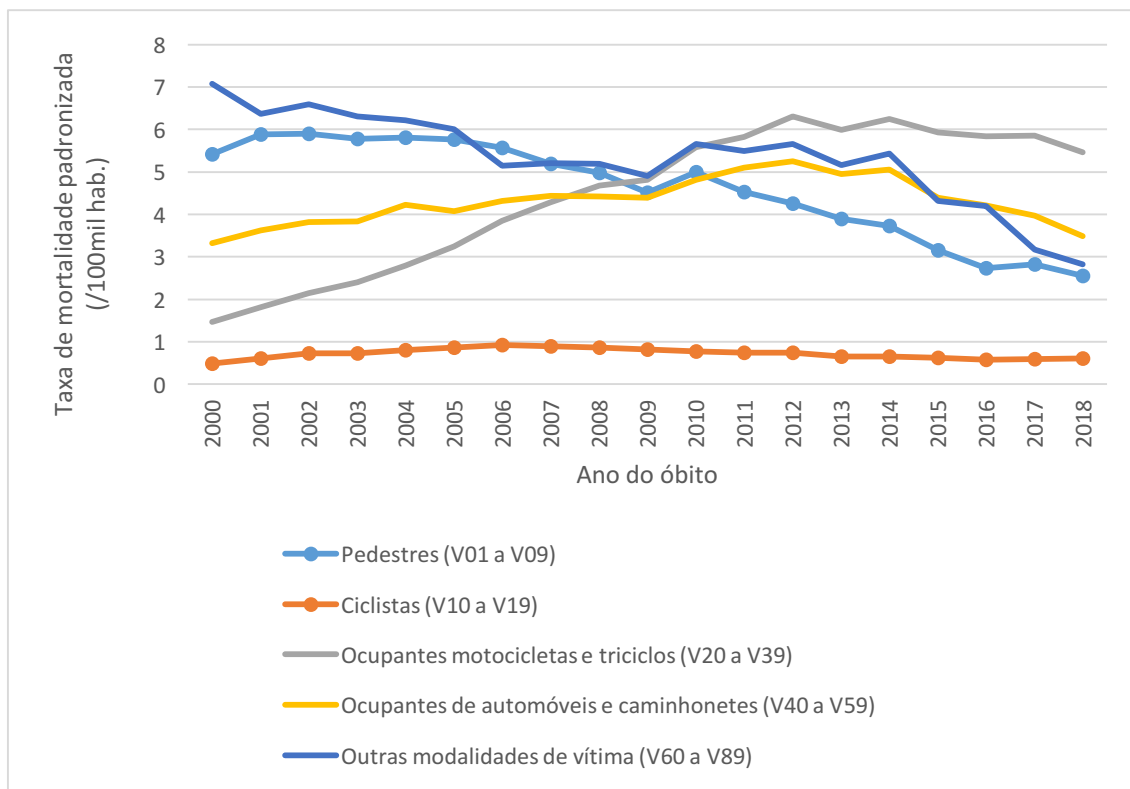




**Figura 28 – Proporção de óbitos por lesões de trânsito no total de óbitos, segundo faixa etária. Brasil, 2000 a 2018**

Fonte: Óbitos - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS). Foram considerados os óbitos classificados com os códigos V01 a V89 (Acidentes de transporte terrestre) do CID10. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como "ignorada".

Em 35,1% dos óbitos por lesões de trânsito ocorridos no Brasil em 2018 (n=11.479), 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 de mortalidade por lesões de trânsito, segundo condição da vítima. Brasil, 2000 a 2018**

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) do CID10. \*Padronização por idade utilizando o método direto. População padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como "ignorada".

### 1.3.2. 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 (OMS, 2014).

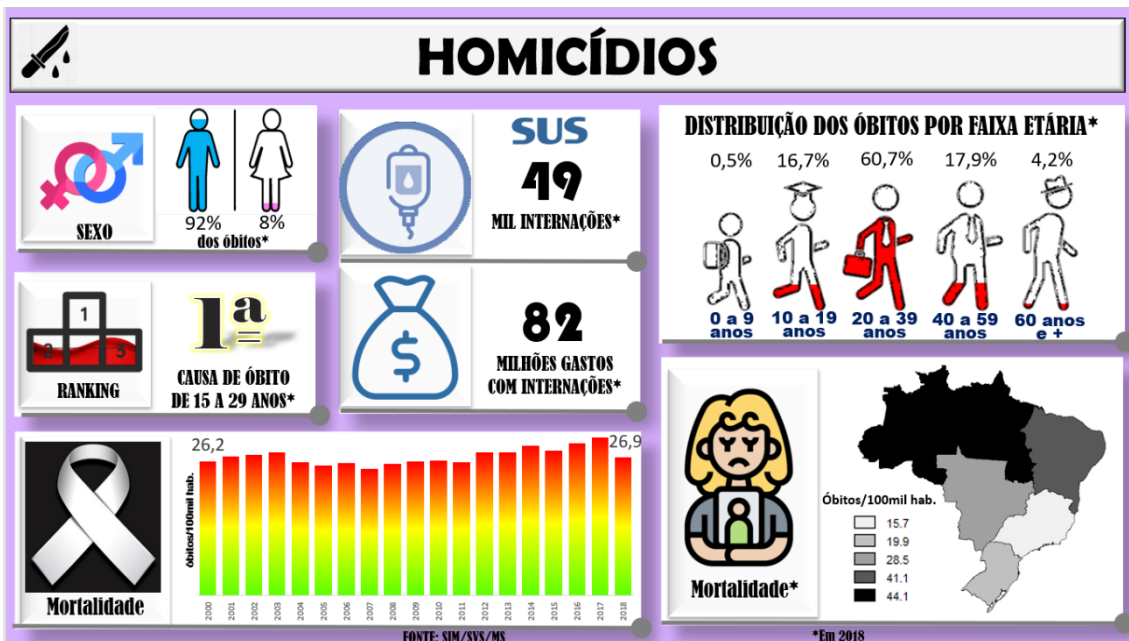


Figura 30 – Panorama da morbimortalidade por homicídios no Brasil

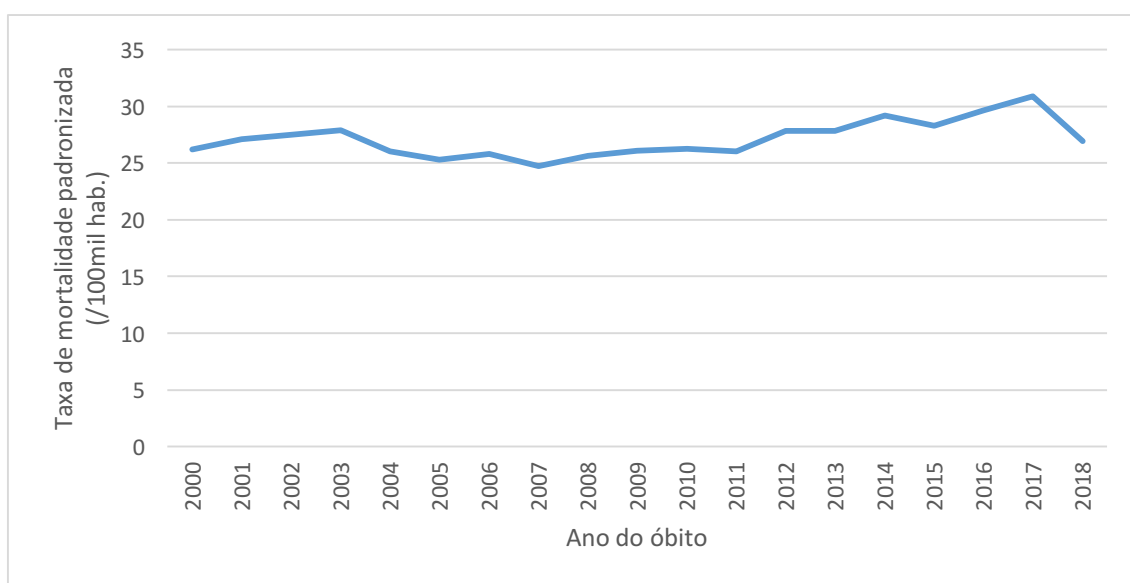
Estudo global sobre homicídios, apresentou taxa de mortalidade em 2017, de 6,2 homicídios a cada 100 mil habitantes, mas entre as regiões variou muito. A maior mortalidade ocorreu nas Américas (17,2/100 mil), em seguida na África (13/100 mil). A maioria das vítimas foram homens, cerca de 81%, com maior risco de morte na faixa etária de 15 a 29 anos de idade (UNODC, 2020)

No Brasil, em 2018, o homicídio foi a principal causa de morte de jovens de 15 a 29 anos (n= 29.250; 41,2%). Enquanto o suicídio foi a quarta causa de morte, na mesma faixa etária (n=3.396; 4,8%) (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; DATASUS, 2020).

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 de políticas públicas frente à intensificação desse processo (OMS, 2014).

A Figura 31 apresenta a evolução da taxa de mortalidade de homicídio no Brasil. Entre 2000 e 2017 a taxa aumentou 17,8% (de 26,2 para 30,8 óbitos/100 mil habitantes). No ano de 2018, entretanto, houve uma inversão desta tendência, com queda 12,7% em relação ao ano

anterior (de 30,8 para 26,9/100 mil). Ainda assim, ocorreram 55.980 homicídios no país em 2018.

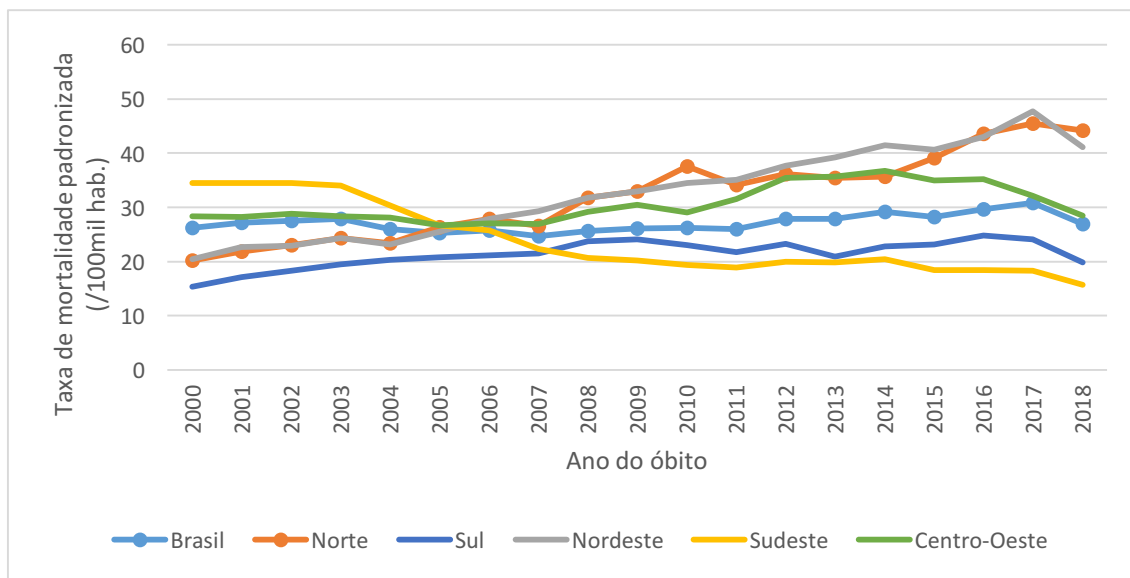


**Figura 31 – Taxa de mortalidade por homicídio. Brasil, 2000 a 2018**

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) do CID10. \*Padronização por idade utilizando o método direto. População padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como "ignorada".

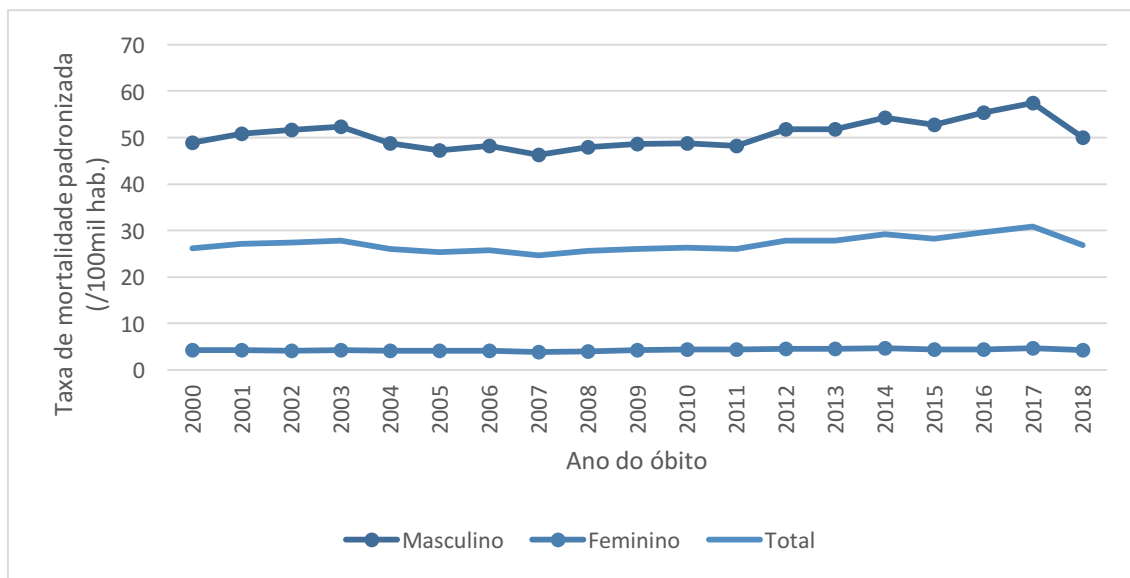
A Figura 32 apresenta a distribuição da taxa padronizada de mortalidade por homicídio de acordo com a Região de residência da vítima em 2018. As maiores taxas de mortalidade por homicídios foram observadas na Região Sudeste até o ano de 2003. Posteriormente, entre 2004 e 2018, as maiores taxas ocorreram alternadamente nas Regiões Norte e Nordeste, atingindo, em 2018, 44,1 e 41,1 óbitos a cada 100mil habitantes, respectivamente.



**Figura 32- Taxa de mortalidade por homicídio, segundo região. Brasil, 2000 a 2018**

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) do CID10. \*Padronização por idade utilizando o método direto. População padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como "ignorada".

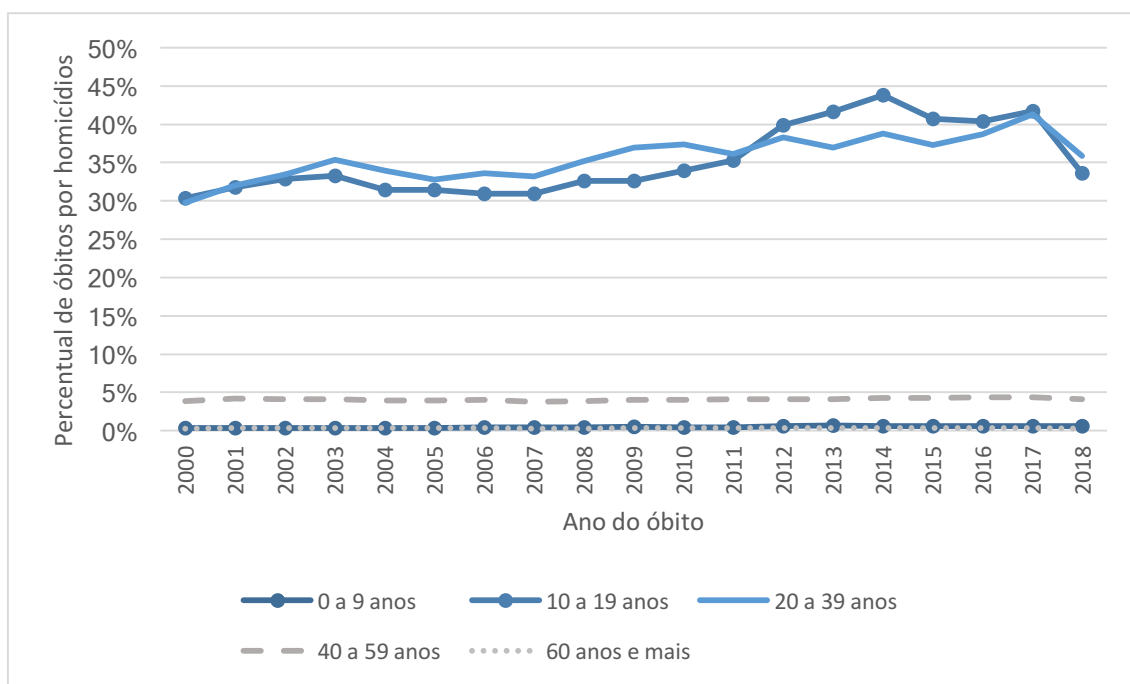
Na Figura 33 está representada a evolução da taxa de mortalidade por homicídios de acordo com o sexo da vítima no Brasil. Em 2018, no Brasil, em 91,7% dos óbitos por esta causa (n=51.334), a vítima era do sexo masculino, perfazendo uma mortalidade de 50,01 óbitos a cada 100 mil habitantes. Para o sexo feminino, esta taxa foi de 4,2 óbitos a cada 100 mil habitantes no mesmo ano. É possível observar que, em todos os anos da série histórica analisada (2000 a 2018), a mortalidade por homicídios foi maior para o sexo masculino.



**Figura 33 – Óbitos por homicídio segundo sexo da vítima. Brasil, 2000 a 2018**

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) do CID10. \*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, a faixa etária mais frequente entre as vítimas de homicídios foi de 20 a 39 anos, sendo que esta concentrou 59,7% dos óbitos (n=33.413). 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 43,8% 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. Brasil, 2000 a 2018**

Fonte: Óbitos -Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-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) do CID10. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como "ignorada".

### 1.3.3. 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 (WHO, 2019).

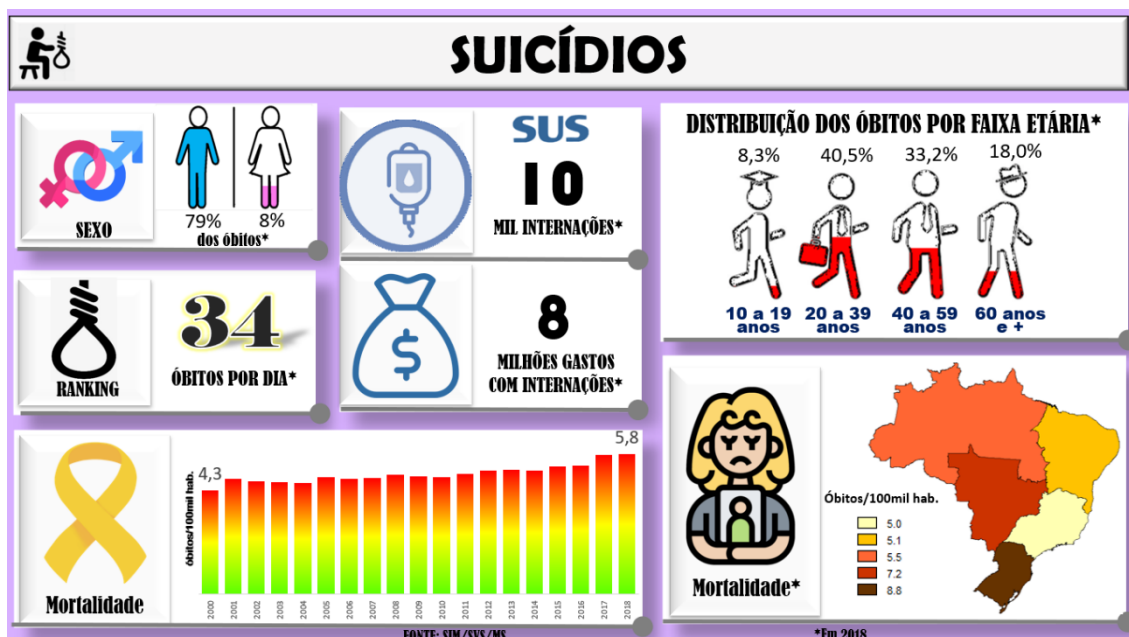
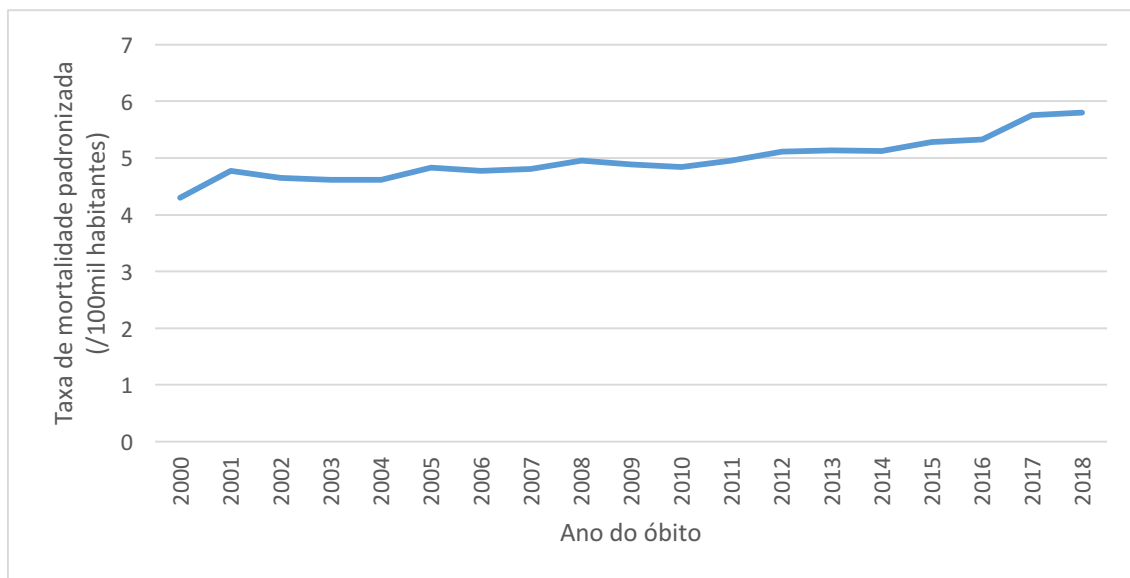


Figura 35 – Panorama da morbimortalidade por suicídio no Brasil

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 (INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION, 2019). 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).

No Brasil, em 2018, dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) demonstram que suicídios (CID-10: X60/X84 e Y87.0) resultaram em 12.741 mortes, com uma taxa de mortalidade de 5,8 óbitos por 100 mil habitantes. Além disso, verifica-se, no Brasil, um aumento das taxas de mortalidade por suicídio. Entre 2000 e 2018, verificou-se um aumento das taxas de suicídio da ordem de 34,8%, variando de 4,3 para 5,8 óbitos por 100 mil habitantes (Figura 36).



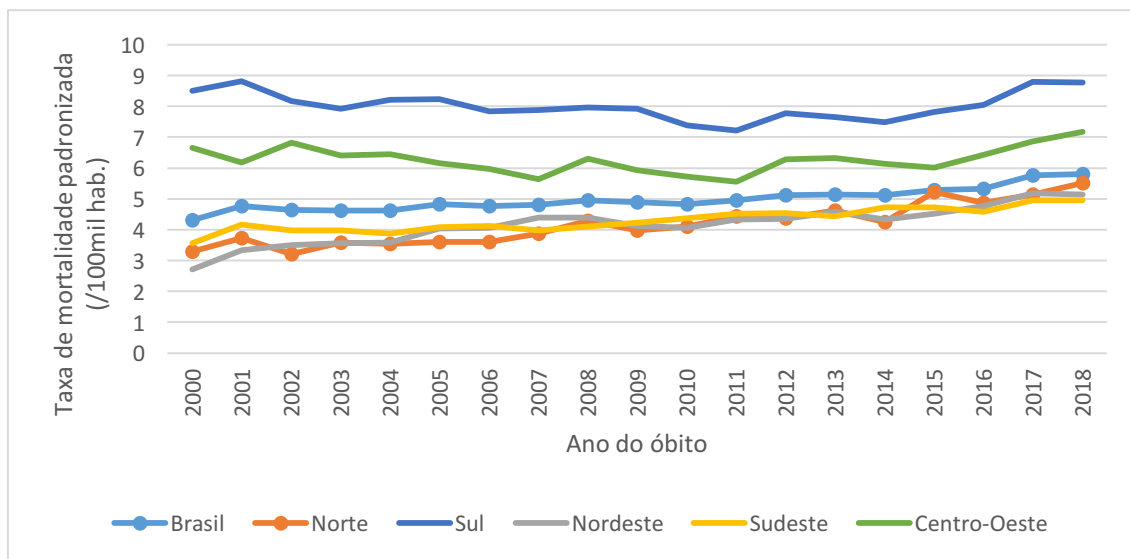


**Figura 36 – Taxa de mortalidade por suicídios. Brasil, 2000 a 2018**

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) do CID10. \*Padronização por idade utilizando o método direto. População padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como "ignorada".

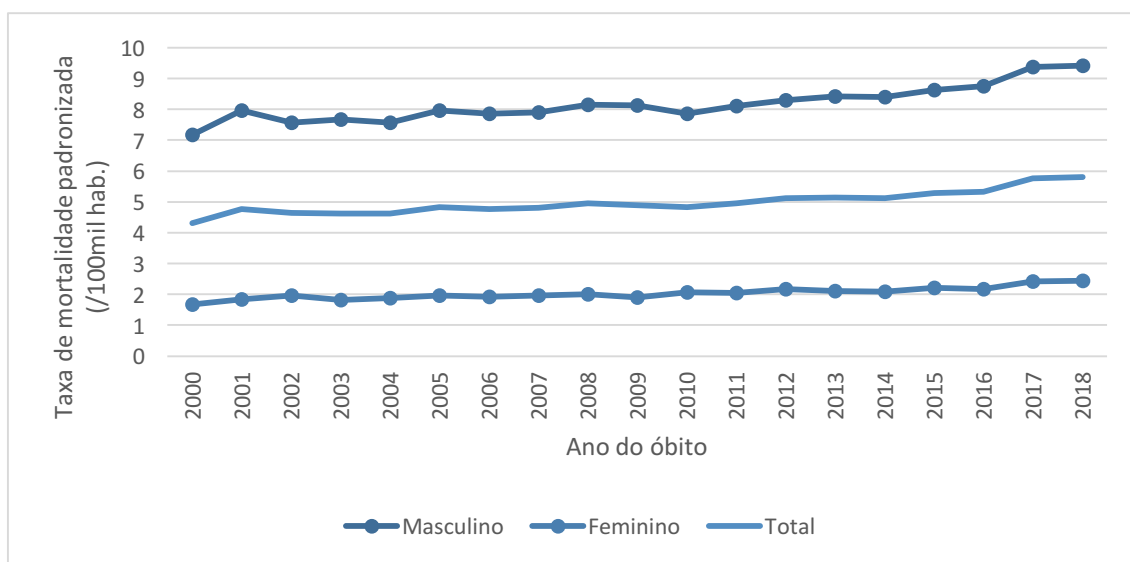
A Figura 37 apresenta a evolução da taxa de mortalidade por suicídio de acordo com a Região de residência da vítima. A Região Sul apresentou as maiores taxas de mortalidade por esta causa em todo o período analisado (2000 a 2018). As Regiões Norte, Nordeste e Sudeste apresentaram, alternadamente, as menores taxas no mesmo período.



**Figura 37 – Taxa padronizada de mortalidade por suicídios segundo Região de residência da vítima, Brasil (2000-2018)**

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) do CID10. \*Padronização por idade utilizando o método direto. População padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como "ignorada".

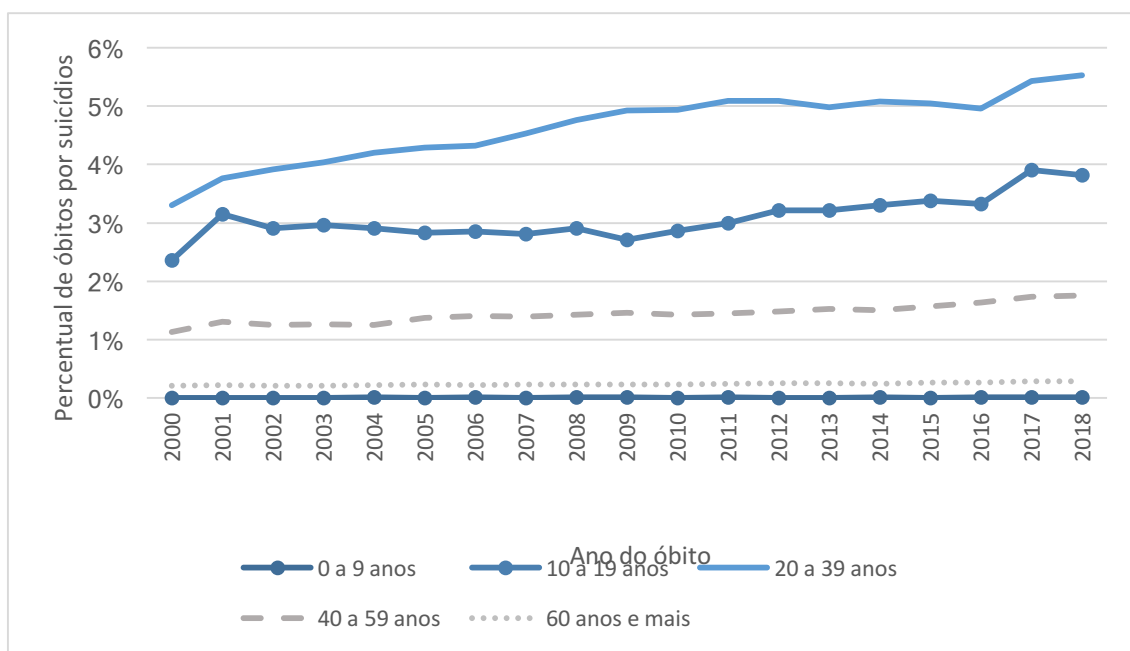
Na Figura 38 está representada a evolução da taxa padronizada de mortalidade por suicídio de acordo com o sexo da vítima no Brasil. A análise do perfil dos suicídios, demonstra um maior risco de morte entre homens, com uma taxa de 9,42 por 100 mil habitantes em 2018, em detrimento de mulheres, entre as quais a taxa foi de 2,44 por 100 mil. No mesmo ano, no Brasil, em 78,53% dos óbitos por esta causa (n=10.006), 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 de mortalidade por suicídios segundo sexo da vítima. Brasil, 2000 a 2018**

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) do CID10. \*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, 40,4% das vítimas de suicídio (n=5.150) encontrava-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 2018), 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 2018**

Fonte: Óbitos - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS).

Foram considerados os óbitos classificados com os códigos X60 a X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente); Y10 a Y19 (envenenamentos por intenção indeterminada) e Y87.0 (sequelas de lesões autoprovocadas) do CID10. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como "ignorada".

Os dados apresentados reforçam a posição das violências autoprovocadas como um 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, 2018). Além disso, grupos em situação de vulnerabilidade e vítimas de discriminação apresentam maiores riscos de suicídio, como indígenas, lésbicas, gays, bissexuais e transexuais (WHO, 2019). Ressalta-se, ainda, que o suicídio se trata de um problema complexo e multifacetado, porém evitável (MELEIRO; CORREA, 2018).

A determinação do suicídio é múltipla e complexa, envolvendo tanto determinantes exógenos, como problemas financeiros, rupturas de relacionamento, trauma e exposição à violência e desastres, como determinantes endógenos, como história familiar de suicídio, doenças

crônicas, transtornos mentais, sentimentos de solidão e desesperança (WHO, 2019; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (U.S.), 2020).

Importante mencionar o papel dos transtornos mentais no comportamento suicida. Estima-se que mais de 90% das vítimas de suicídio apresentam algum transtorno mental (MELEIRO; CORREA, 2018), 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 2013, apontam para uma prevalência de diagnóstico de depressão por profissional de saúde de 7,6% (IC 95%: 7,2 – 8,1). Desses indivíduos, menos da metade (46,4%; IC 95%: 43,7 – 49,1%) referiu receber atenção médica especializada nos 12 meses anteriores à entrevista, e apenas 16,4% (IC 95%: 14,2 – 18,7%) relataram fazer psicoterapia. Em contrapartida, mais da metade (52,0%; IC 95%: 49,1 – 54,9%) referiram utilizar medicação antidepressiva (IBGE, [s.d.]).

Em contrapartida à prevalência de diagnóstico de depressão estimada pela PNS, 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 uma 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 (SILVA *et al.*, 2014).

Dados apontam para a existência de uma parcela importante da população com transtornos mentais e sem diagnóstico e tratamento adequado, chamando a necessidade para 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.

### 1.3.4. 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 (WHO, 2015).

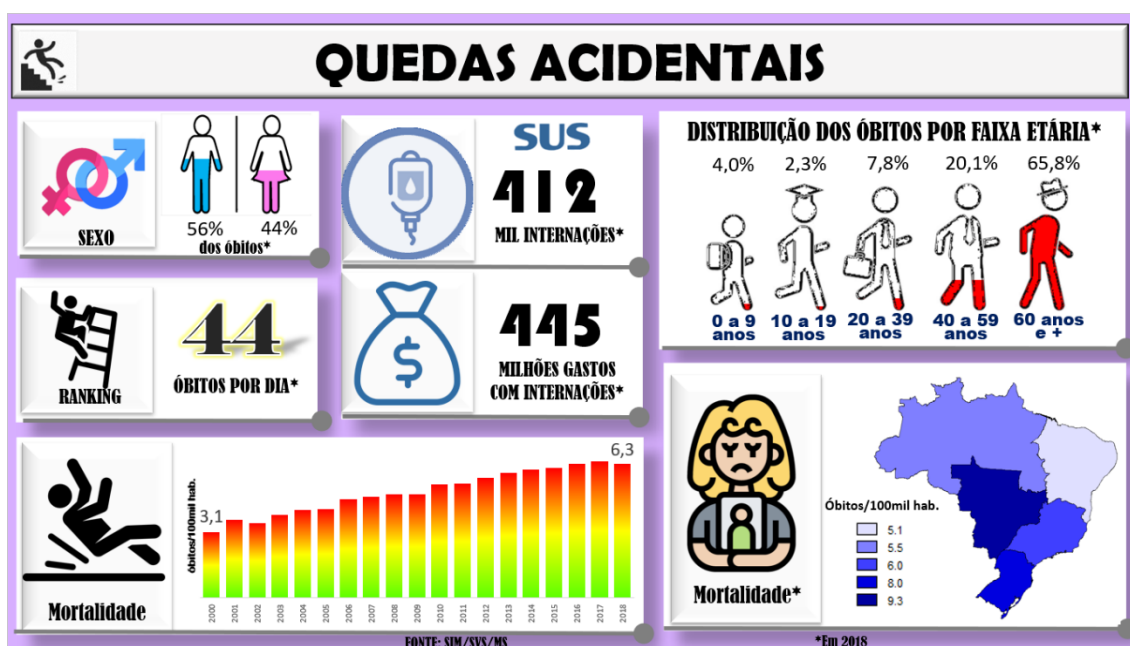


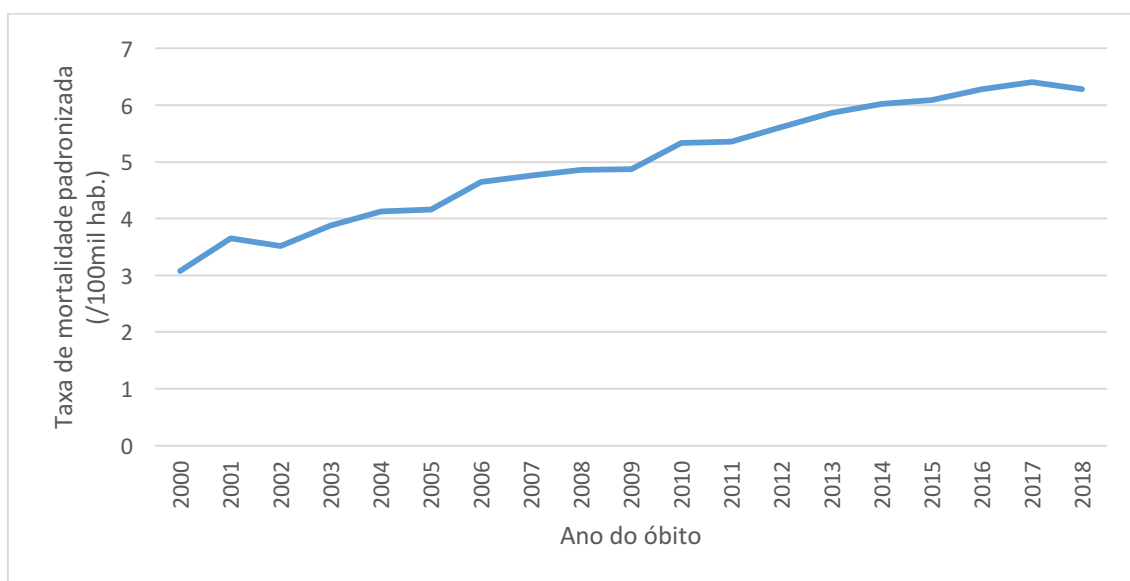
Figura 40 – Panorama da morbimortalidade por quedas acidentais no Brasil

As quedas acidentais podem vitimar qualquer pessoa, independentemente do sexo, idade e condição socioeconômica (PIMENTEL, 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, 2016; AMBROSE 2013; NICOLUSSI 2012). Nos indivíduos que sobrevivem às quedas, principalmente entre os idosos, pode haver diminuição da autonomia na realização das atividades diárias e receio de novas quedas (VISSCHEDIJK 2015), que podem levar ao isolamento e declínio da saúde (MCMINN, 2017).

Pimentel *et al.* (2018), utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde, de 2013, identificaram que 7,8% dos indivíduos com idade acima de 60 anos relataram a ocorrência de uma queda nos últimos 12 meses. Entre os que relataram quedas, 8,3% informaram ter apresentado fratura de quadril ou fêmur, dentre 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.

O Sistema Único de Saúde (SUS) gastou, 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 mortalidade por causas externas, evidenciando as quedas (SOARES, 2017).

A Figura 41 apresenta a evolução da taxa de mortalidade por quedas de acordo com o ano de ocorrência do óbito no Brasil. É possível observar que entre 2000 e 2017 houve um aumento constante da mortalidade por esta causa no Brasil, variando de 3,08 para 6,40 óbitos a cada 100mil habitantes. Em 2018, a taxa caiu para 6,28 óbitos/100mil habitantes, o que representa uma diminuição de 1,94% em relação ao ano anterior.

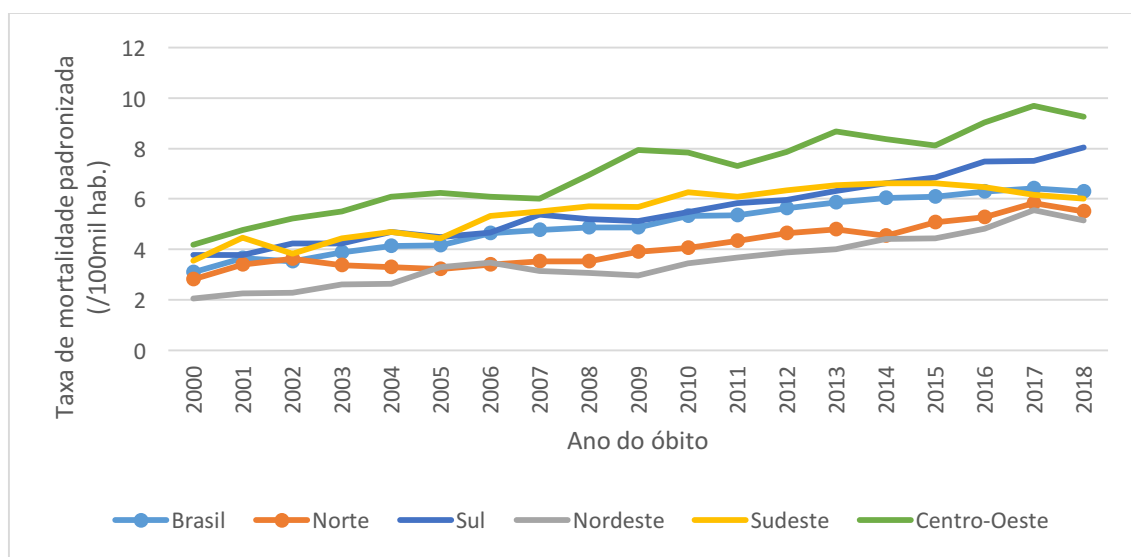


**Figura 41 – Taxa de mortalidade por quedas. Brasil, 2000 a 2018**

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) do CID10. \*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 distribuição 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 2018). A Região Nordeste apresentou as menores taxas em quase todo o período.



**Figura 42 – Taxa de mortalidade por quedas segundo Região de residência da vítima, Brasil, 2000 a 2018**

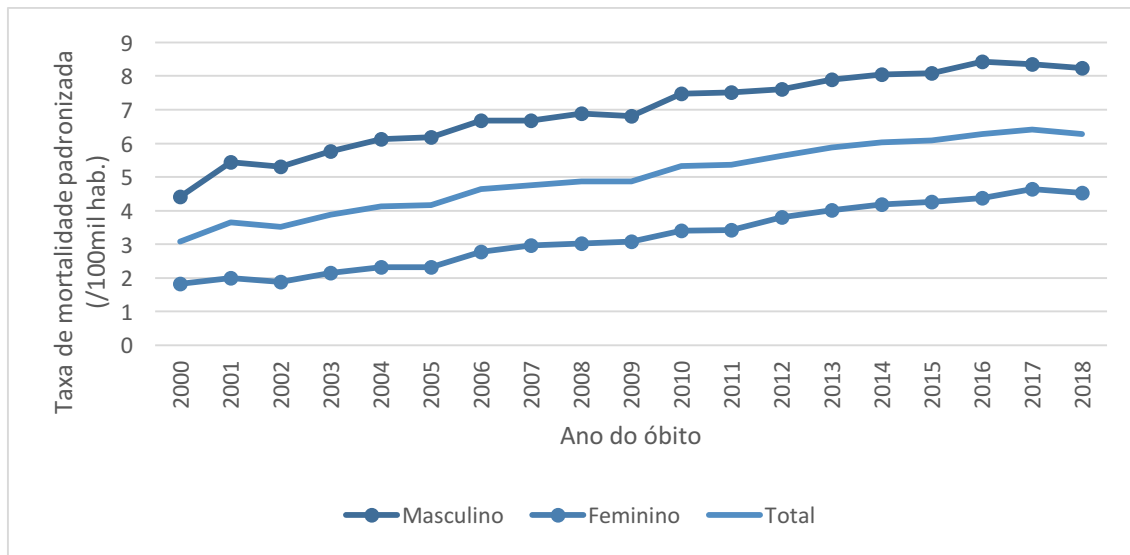
Fonte: Óbitos -Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), População residente - Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE.

Foram considerados os óbitos classificados com os códigos W00 a W19 (Quedas) do CID10. \*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 de acordo com o sexo da vítima no Brasil. Em 2018, no Brasil, em 56,2% dos óbitos por esta causa (n=8.950), a vítima era do sexo masculino, perfazendo uma mortalidade de 8,2 óbitos a cada 100mil habitantes. Para o sexo feminino, esta taxa foi de 4,5 óbitos a cada 100mil



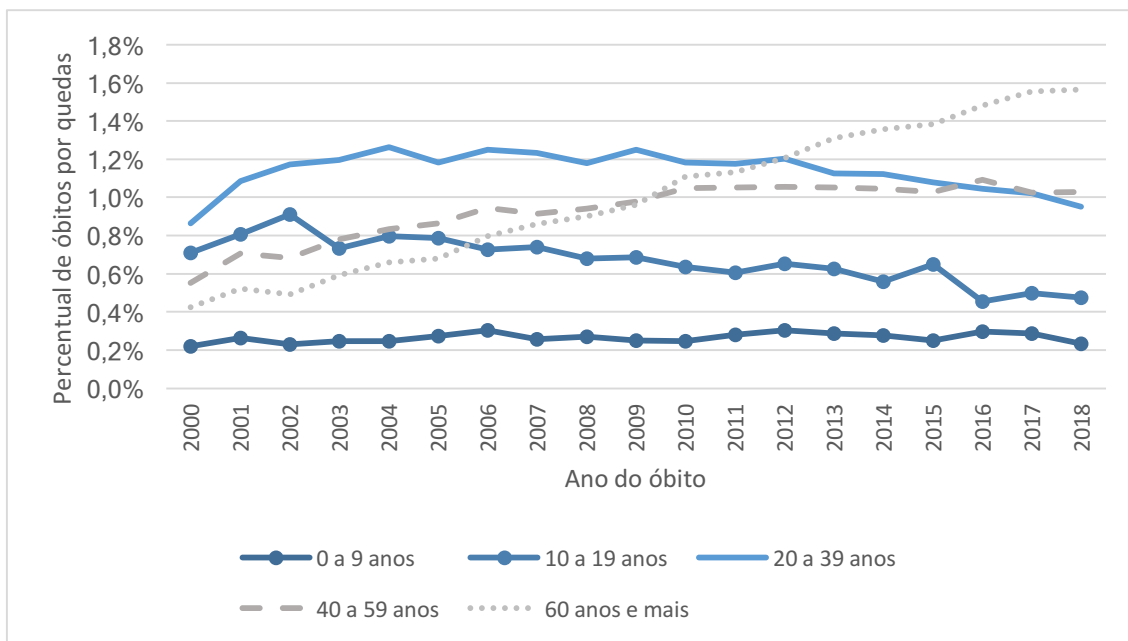
habitantes no mesmo ano. É possível observar que, em todos os anos da série histórica analisada, a mortalidade por quedas foi maior para o sexo masculino.



**Figura 43 – Taxa de mortalidade por quedas segundo sexo da vítima. Brasil, 2000 a 2018**

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) do CID10. \*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, a faixa etária mais frequente entre as vítimas fatais de quedas foi de 60 anos e mais, sendo que esta concentra 77,2% dos óbitos (n=12.312). 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).

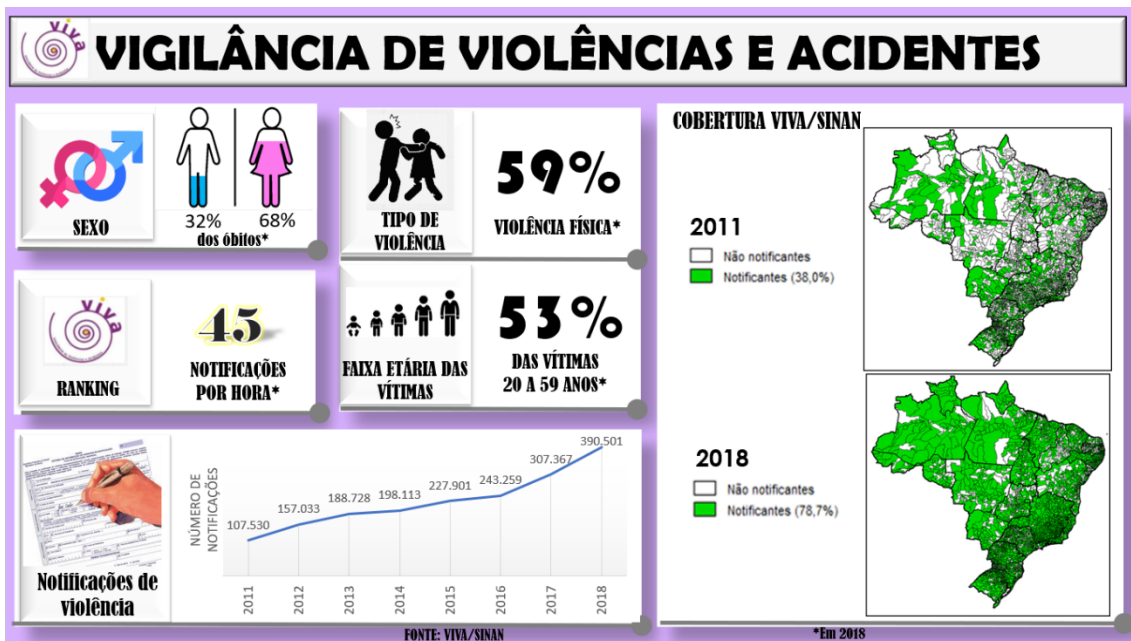


**Figura 44 – Proporção de óbitos por quedas no total de óbitos segundo faixa etária da vítima. Brasil, 2000 a 2018**

Fonte: Óbitos - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS). Foram considerados os óbitos classificados com os códigos W00 a W19 (Quedas) do CID10. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como "ignorada".

#### 1.4. Vigilância de Violências e Acidentes

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 nº 8.069/1990), depois com a Lei nº 10.778/2003 para a violência contra mulheres e o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003). Em 2001, foi publicada a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Esta surgiu como uma resposta ao desafio das causas externas como um problema de saúde pública no país, tendo em vista sua magnitude e transcendência (BRASIL, 2002).



**Figura 45 – Panorama da notificação de violências no Brasil**

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 nº 936/2004, e, em 2006, foi implantado o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), por meio da Portaria MS/GM nº 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).

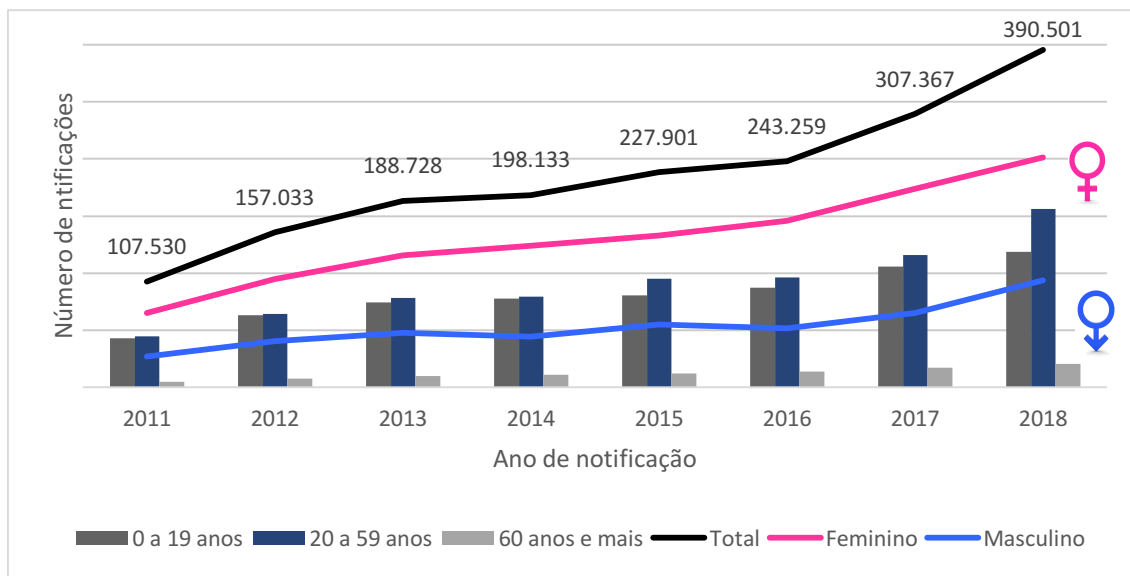
Em 2011, com a Portaria MS/GM nº 104, a notificação de violência interpessoal/autoprovocada se tornou compulsória em todos os serviços de saúde públicos e privados do Brasil.

A Portaria MS/GM nº 1.271, de 2014, padronizou os procedimentos normativos relacionados à notificação compulsória no âmbito do Sistema Único de Saúde (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 (BRASIL, 2016).

O objetivo do Viva é conhecer a magnitude e a gravidade das violências por meio da produção e 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 (BRASIL, 2017). 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, 2016). Desse modo, a notificação se apresenta como um instrumento de garantia de direitos e de acionamento de linha de cuidado (BRASIL, 2016), constituindo-se como o principal sistema para a vigilância de violências e acidentes não fatais.

Desde a universalização da notificação de violência interpessoal/autoprovocada, em 2011, foram registrados mais de 1,8 milhões de casos no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes. De acordo com os dados do VIVA/Sinan, entre 2011 e 2018, houve um aumento de 263,2% no número de notificações de violências interpessoais/autoprovocadas no Brasil, sendo os principais acréscimos observados no sexo feminino (194%) e na faixa etária de 60 anos ou mais (261%). O número de notificações aumentou 263,2% entre 2011 e 2018 (dados preliminares) (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)**

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, bem como promover uma cultura da paz.

O instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada do Ministério da Saúde orienta que, para fins de registro no Sinan, deve ser assinalado somente o principal tipo de violência (BRASIL, 2016). Entretanto, em diversos casos são assinalados dois ou mais tipos. Desta forma, a somatória das notificações segundo tipo de violência é maior que o número de casos total.

Entre 2011 e 2018, verificou-se um aumento substancial do número de municípios notificantes no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan), no Brasil, de 2.114 municípios (38,0%), em 2011, para 4.381 (78,7%), em 2018. Há necessidade de aumentar nas regiões Norte e Nordeste o número de municípios notificantes de violências

(Figura 47). A Figura 47 apresenta o mapa com a os percentuais de municípios notificantes no VIVA no país por cada região geográfica.

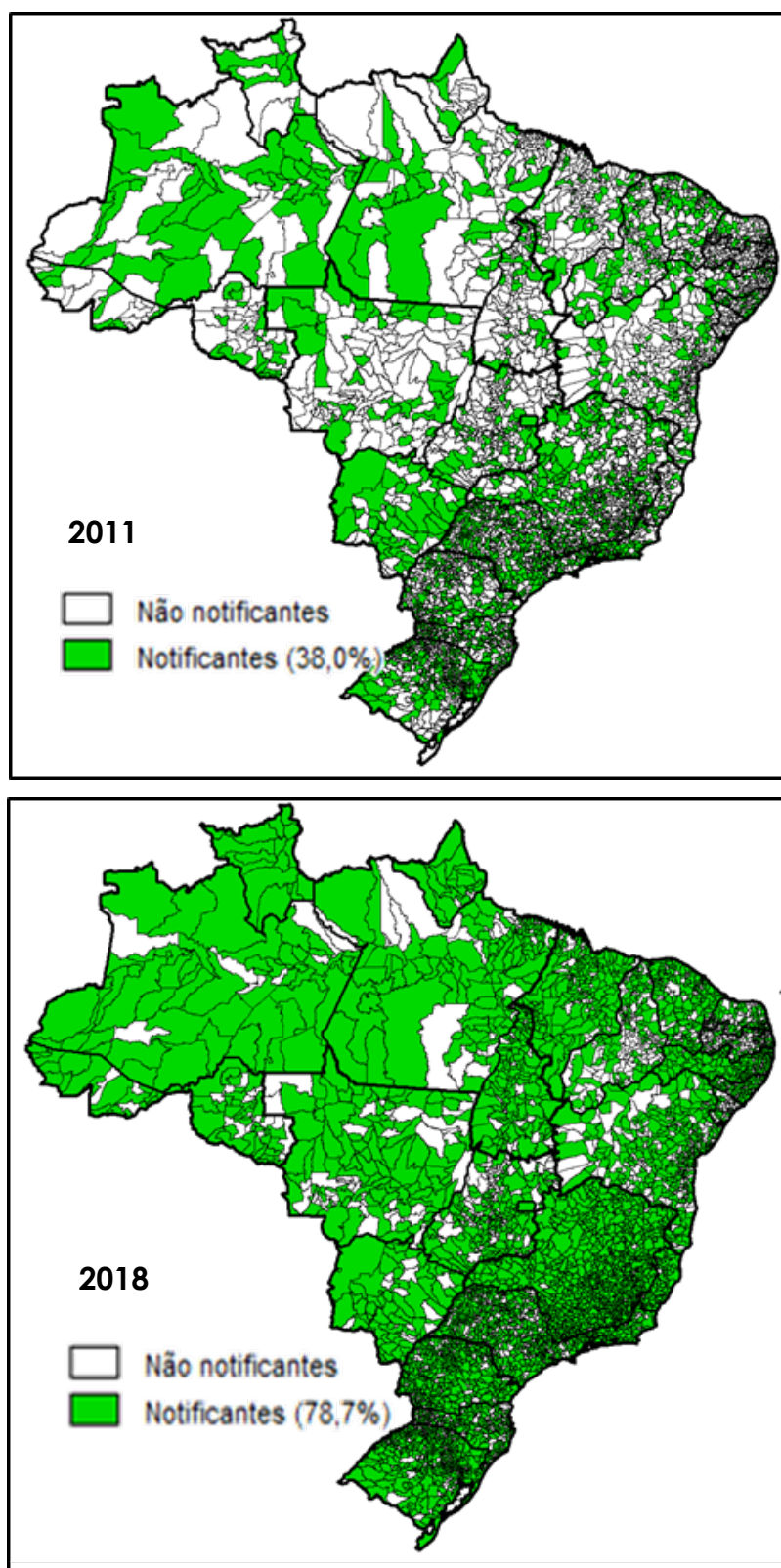


Figura 47 - Cobertura do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan) na região Centro-Oeste. Brasil, 2011 e 2018\*

O aumento no percentual de municípios que notificaram violências no Brasil entre 2011 e 2018 mostra que houve melhora no percentual de municípios notificantes no 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 serviços de proteção (GARBIN et al., 2015, 2016; PEDROSA; ZANELLO, 2016).

A subnotificação dos casos de violência contribui para a persistência desta, afetando negativamente o desenvolvimento de políticas públicas de saúde e a vigilância epidemiológica desses agravos (BRASIL, 2016). 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 percentual de municípios notificantes no Sistema Viva. 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 panoramas construídos nesta parte do Plano de DANT subsidiaram a elaboração dos indicadores, metas e ações para enfrentamento das DCNT e dos Agravos (acidentes e violências) no Brasil.

## 2. Processo de elaboração do Plano

A elaboração de um plano nacional com a finalidade proposta para o Plano de DANT requereu da equipe um planejamento de longo prazo e 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 - SVS, SAPS, SAES, SCTIE, SGTES e SESAI - agência, instituto e fundação ligados ao Ministério da Saúde;
- Ouvir pesquisadores dos temas;
- Ampliar a participação para gestores e trabalhadores da saúde das secretarias estaduais, do Distrito Federal e municipais;
- Inovar com a consulta à sociedade civil; e
- 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:

1. Elaboração de instrumentos e método de consulta para propostas ao Plano; convite aos representantes e realização de reuniões, oficina e fórum para captar propostas ao Plano de DANT;
2. Análise do conjunto de propostas sugeridas na etapa anterior com realização de: ajustes na redação, objetivando clareza; retirada de propostas repetidas no mesmo eixo e ação e junção de propostas semelhantes no mesmo eixo e ação. Reenvio da matriz



às áreas técnicas do Ministério da Saúde para novas contribuições, observando recomendações sugeridas e sistematizadas a partir das diretrizes mundiais para os temas, das principais políticas de saúde nacionais relacionadas aos temas do Plano de DANT, dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e do Plano de DCNT 2011-2022.

3. Consulta pública, sistematização das contribuições, elaboração da proposta final do Plano de DANT, apresentação no CNS e pactuação na Comissão Intergestores Tripartite e lançamento nacional.

Na etapa 1 foi elaborada uma matriz com quatro eixos e sete linhas de ações intercomunicados para facilitar a localização das propostas e garantir que temas de interesse da agenda das DANT e do Sistema Único de Saúde (SUS) aparecessem nas contribuições (Figura 48).

| Eixos/ Linha de ação           | Ambientes e territórios saudáveis | Desenvolvimento saudável nos ciclos de vida | Equidade em saúde | Saúde Mental | Gestão do conhecimento e informação para a saúde | Inovação em saúde | Educação e Comunicação em Saúde |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|-------------------|--------------|--|-------------------|---------------------------------|
|                                | Ações                             | Ações                                       | Ações             | Ações        | Ações  | Ações             | Ações                           |
| Promoção da Saúde              |                                   |   |                   |              |  |                   |                                 |
| Atenção Integral à Saúde       |                                   |   |                   |              |  |                   |                                 |
| Vigilância em Saúde            |                                   |   |                   |              |  |                   |                                 |
| Prevenção de Doenças e Agravos |                                   |   |                   |              |  |                   |                                 |

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

Os eixos foram escolhidos a partir de discussões internas sobre integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Primária à Saúde, integração da vigilância de DANT, ações de prevenção e de promoção da saúde.

Para cada eixo foi apresentada uma descrição do conceito com o objetivo de melhorar o entendimento dos mesmos e diminuir dúvidas na alocação das propostas.

**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, problemas de saúde e 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 a construção de modos de vida desfavoráveis à saúde).

**Equidade em Saúde** significa atender as 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 necessário a implementação de ações governamentais voltadas ao atendimento das diferentes necessidades da população. Cabem neste conceito a atenção prioritárias 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 reestabelecedora, ao acesso às ações e serviços de saúde voltadas a 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, ações e serviços. Na saúde, a GC é uma estratégia para melhoramento dos serviços e dos profissionais. Está associada a integração, retenção, compartilhamento e reuso do conhecimento mediante a construção de mecanismos que favoreçam estas ações. A informação para a saúde é compreendida como um 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, melhoramento ou 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 a (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. A educação em saúde

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 sobre: consumo nocivo 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 desta 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 05 a 07 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 foram apresentados o monitoramento do Plano Nacional de Enfrentamento das DCNT, discutidas temáticas relativas ao tema do evento, 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.

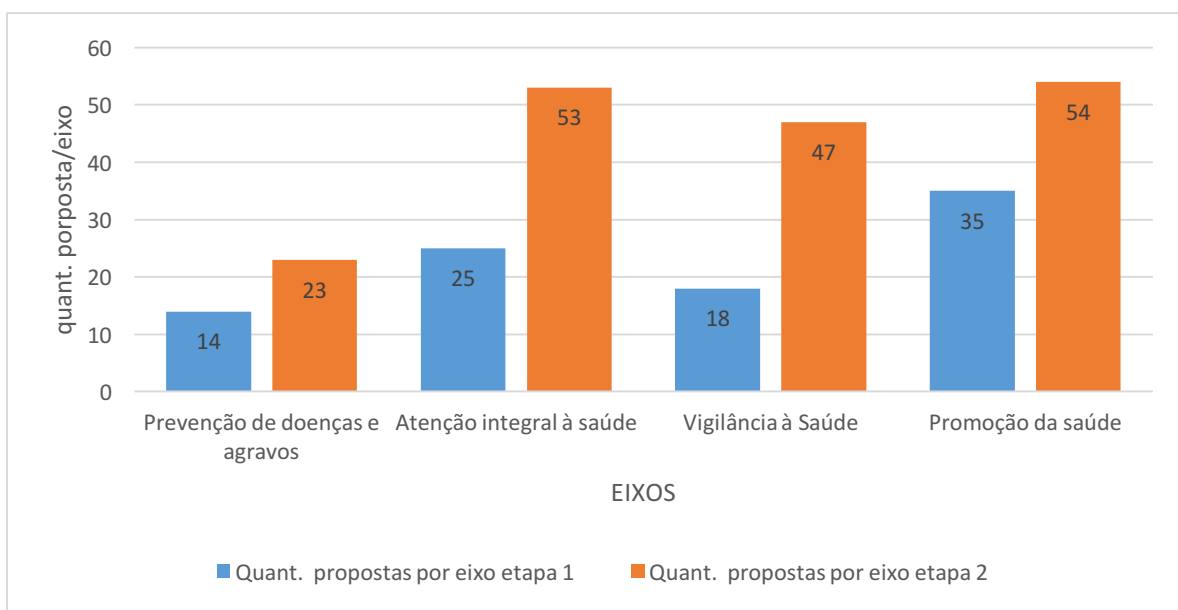
A Etapa 2 de elaboração do Plano de DANT contou com cinco passos:

O primeiro deles foi desenvolvido a partir da análise da matriz de propostas 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 constarem no 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 (OMS, 2013), 60 publicações sobre prevenção de acidentes e violências e o Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis, 2011-2022.

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 macro 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 frente ao grupo de doenças crônicas.

A matriz foi reenviada às áreas do MS que participaram da primeira etapa do plano, junto com as recomendações sistematizadas. Retornadas as contribuições, as mesmas passaram novamente pelo processo de junção, exclusão de repetições ou recolocação na matriz, que foi finalizada com o total de 177 propostas. O comparativo entre a quantidade e 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**

### **A Etapa 3 – consulta pública (EM CONSTRUÇÃO)**

## **3. Indicadores e metas do Plano de DANT 2021-2030**

A partir do balanço do Plano de DCNT 2011-2022 e análises sobre as doenças crônicas e agravos não transmissíveis apresentados anteriormente foram definidos 22 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:

- 4 indicadores e metas para as Doenças Crônicas não Transmissíveis;
- 10 indicadores e metas para os fatores de risco para as DCNT;
- 8 indicadores e metas para agravos (acidentes e violências).

Cabe destacar que as metas previstas nos grupos acima dispõem de fonte de informação (sistemas de informação, pesquisas) e dados para cálculo da linha de base e resultado a ser alcançado em 2030. Porém, é facultado aos



estados, Distrito Federal e municípios incluïrem outras metas dessa natureza ou metas de processo, que n3o dispõem de sistema de informaça3o, mas s3o importantes para monitorar o andamento do plano.

### 3.1. Grupo de indicadores e metas para as DCNT

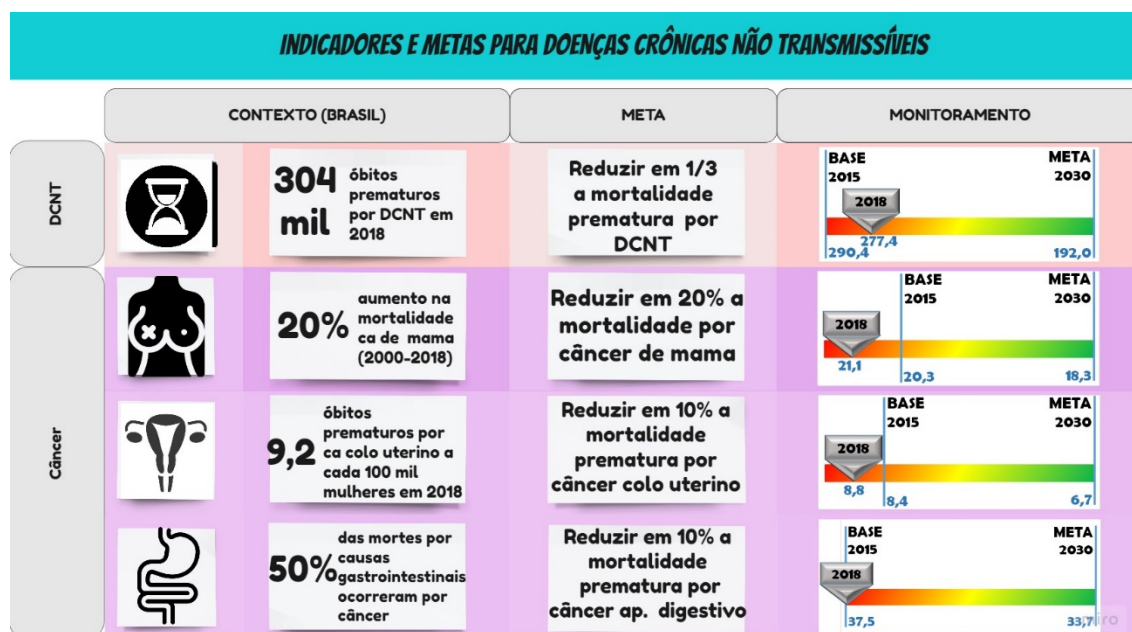


Figura 50 – Grupo de indicadores e metas para as DCNT

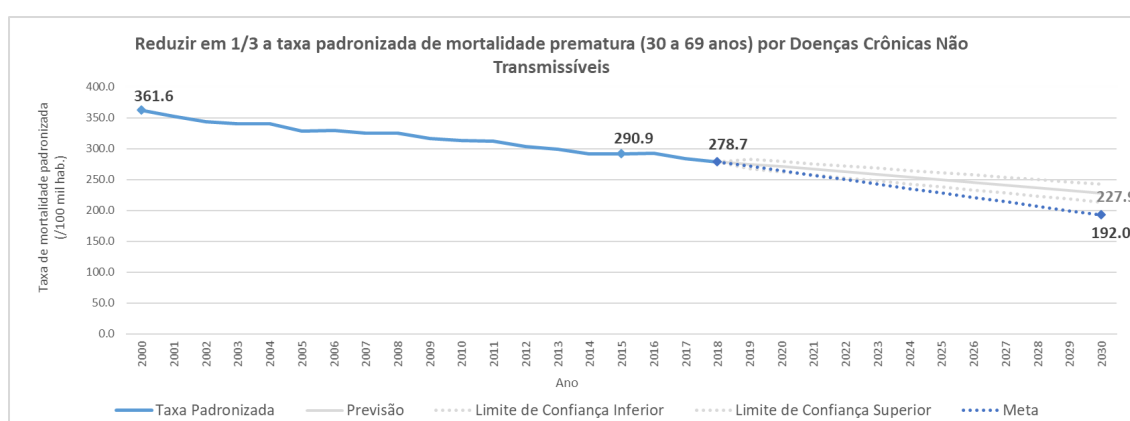
As metas estabelecidas para as DCNT s3o “reduzir em 1/3 a taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT”, “reduzir em 1/3 a probabilidade incondicional de morte prematura (30 a 69 anos) por DCNT”, “reduzir a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por neoplasias de mama em 10%”, “reduzir a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por neoplasias de colo do 3tero em 20%” e “reduzir a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por neoplasias do aparelho digestivo em 10%” no Brasil at3 2030 (Figura 50).

Para o monitoramento destas metas, dever3 ser considerada a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT, por Neoplasia de Mama, de Colo do 3tero e do Aparelho Digestivo padronizadas por idade. Os 3bitos por DCNT ser3o considerados aqueles classificados com os c3digos C00-C97 (Neoplasias), E10-E14 (Diabetes Mellitus), I00-I99 (Doenç3s cardiovasculares) e J30-J98, exceto J36 (Doenç3s respirat3rias cr3nicas). Os 3bitos por neoplasia de Mama ser3o

considerados aqueles registrados no código C50 (Neoplasia de Mama), os óbitos por neoplasia de Colo do Útero serão considerados aqueles registrados no código C53 (Neoplasia do Colo do Útero) e os óbitos por neoplasia 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. Todos os códigos da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (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 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 70 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 70 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 2018, assim como a previsão deste indicador para os anos de 2019 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para este indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.

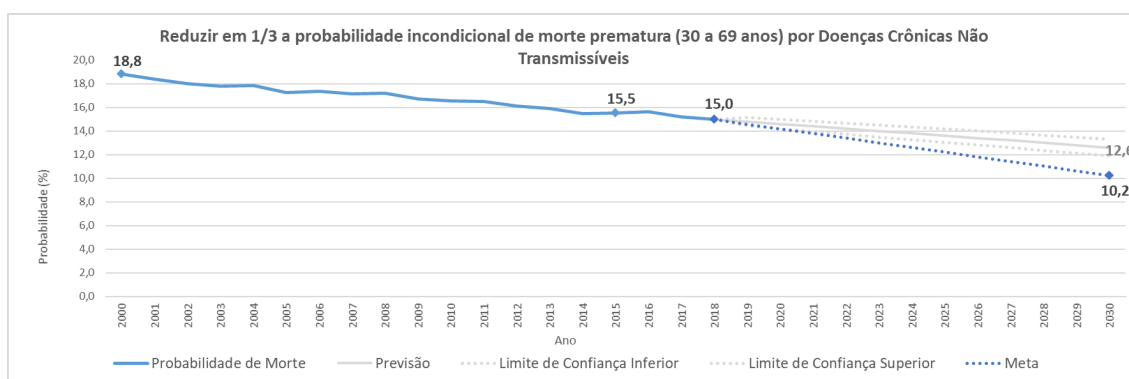


**Figura 51 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da taxa padronizada de mortalidade prematura por DCNT, Brasil (2000-2030)**

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) do CID10. \*Padronização por idade utilizando o método direto. População padrão: Brasil Censo 2010. A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.

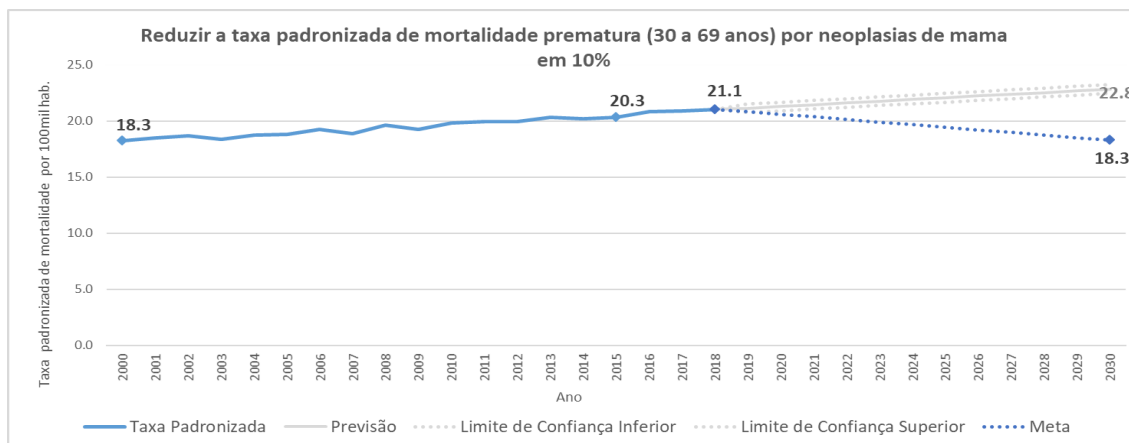
A Figura 52 apresenta a evolução da probabilidade incondicional de morte prematura por DCNT no Brasil entre 2000 e 2018, assim como a previsão deste indicador para os anos de 2019 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para este indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.



**Figura 52 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto probabilidade incondicional de morte prematura, Brasil (2000-2030)**

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) do CID10. \*Padronização por idade utilizando o método direto. População padrão: Brasil Censo 2010. A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.

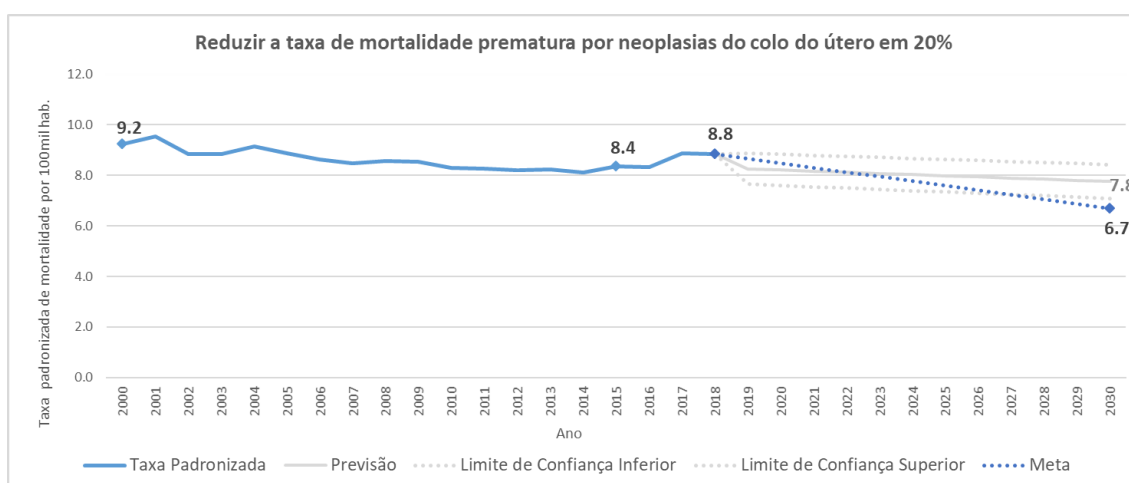
A Figura 53 apresenta a evolução da taxa padronizada de mortalidade prematura por neoplasias de mama no Brasil entre 2000 e 2018, assim como a previsão deste indicador para os anos de 2019 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para este indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.



**Figura 53 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por neoplasias de mama, Brasil (2000-2018)**

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) do CID10. \*Padronização por idade utilizando o método direto. População padrão: Brasil Censo 2010. A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.

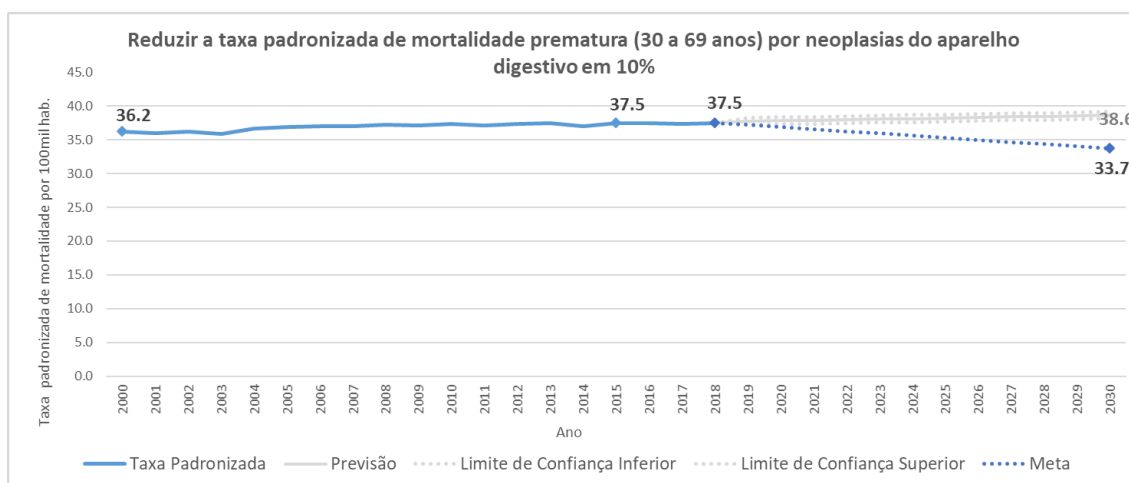
A Figura 54 apresenta a evolução da taxa padronizada de mortalidade prematura por neoplasias do colo do útero no Brasil entre 2000 e 2018, assim como a previsão deste indicador para os anos de 2019 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para este indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.



**Figura 54 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por neoplasia do colo do útero, Brasil (2000-2018)**

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) do CID10. \*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 do aparelho digestivo no Brasil entre 2000 e 2018, assim como a previsão deste indicador para os anos de 2019 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para este 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 neoplasia do aparelho digestivo, Brasil (2000-2018)**

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) do CID10. \*Padronização por idade utilizando o método direto. População padrão: Brasil Censo 2010. A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.

### 3.2. Grupo de indicadores e metas para fatores de risco para as DCNT

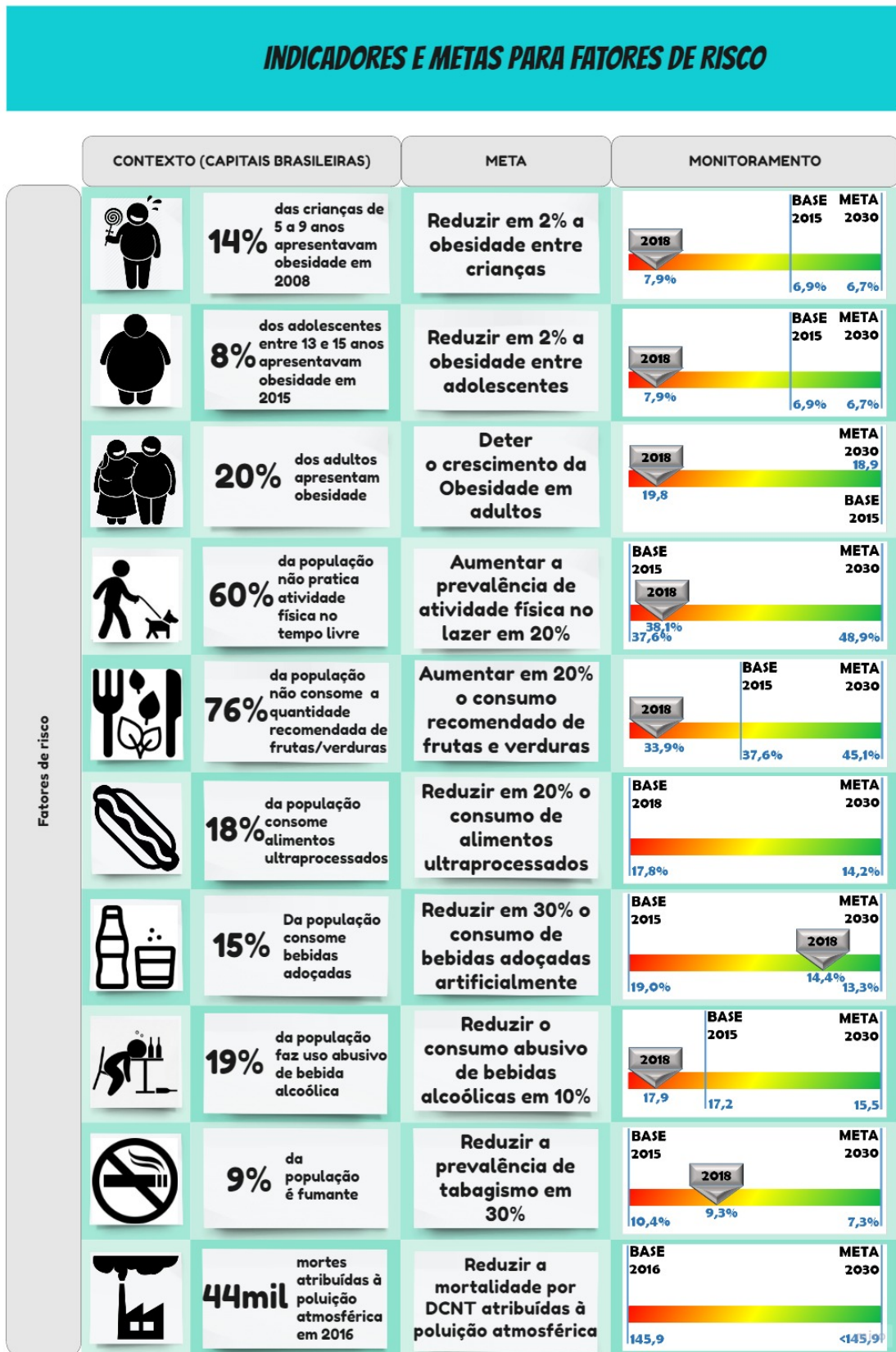


Figura 56 – Grupo de indicadores e metas para os fatores de risco para as DCNT

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 o consumo recomendado de frutas e hortaliças em 30%”, “reduzir em 30% o consumo de bebidas adoçadas artificialmente”, “deter o consumo de alimentos ultraprocessados”, “aumentar a prevalência da prática de atividade física no tempo livre em 30%”, “reduzir a prevalência de tabagismo em 40%” e “reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%”** no Brasil até 2030 (Figura 56).

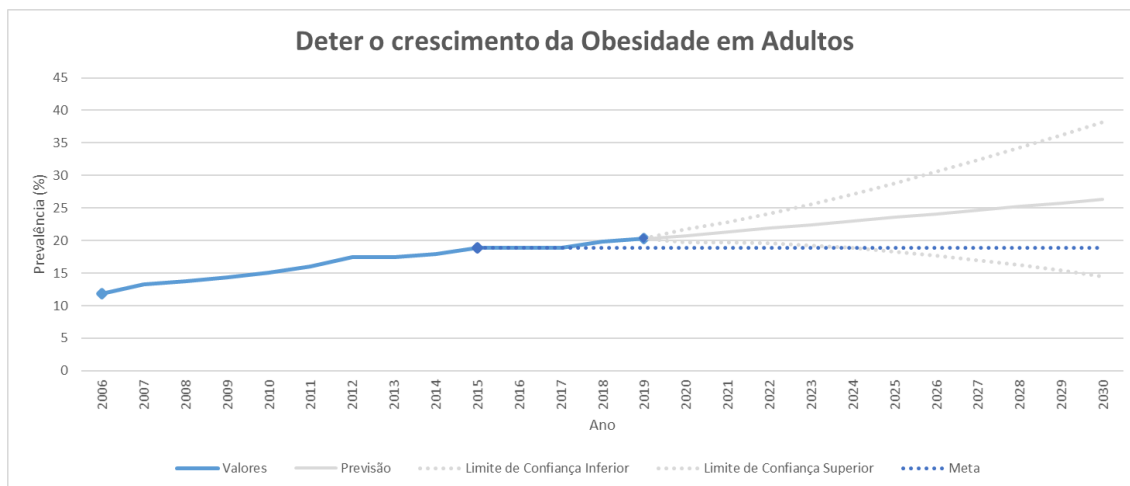
Para verificação de atingimento da meta de redução da obesidade em crianças deverá ser considerada como linha de base a prevalência de obesidade infantil proveniente do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), que realizou antropometria em crianças menores de 5 anos, e para o monitoramento será utilizado inquéritos de base populacional futuros.

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 a utilização das 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 será utilizado os dados do Vigitel.

Os dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) será utilizado para o monitoramento da obesidade na população acompanhada pela Atenção Primária, considerando todos os ciclos de vida citados.

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 este indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.



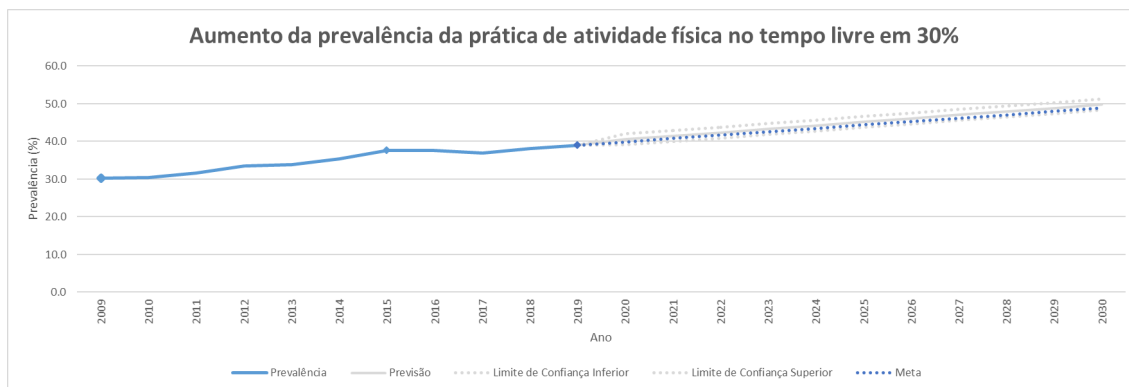
**Figura 57 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da prevalência de obesidade em adultos (≥ 18 anos) no conjunto das capitais brasileiras e Distrito Federal (2006-2019)**

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.

Para verificação de atingimento das metas de aumentar o consumo recomendado de frutas e hortaliças, redução do consumo de bebidas adoçadas artificialmente, 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 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.

A Figura 58 apresenta a evolução da prevalência da prática de atividade física no tempo livre em 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 este indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.

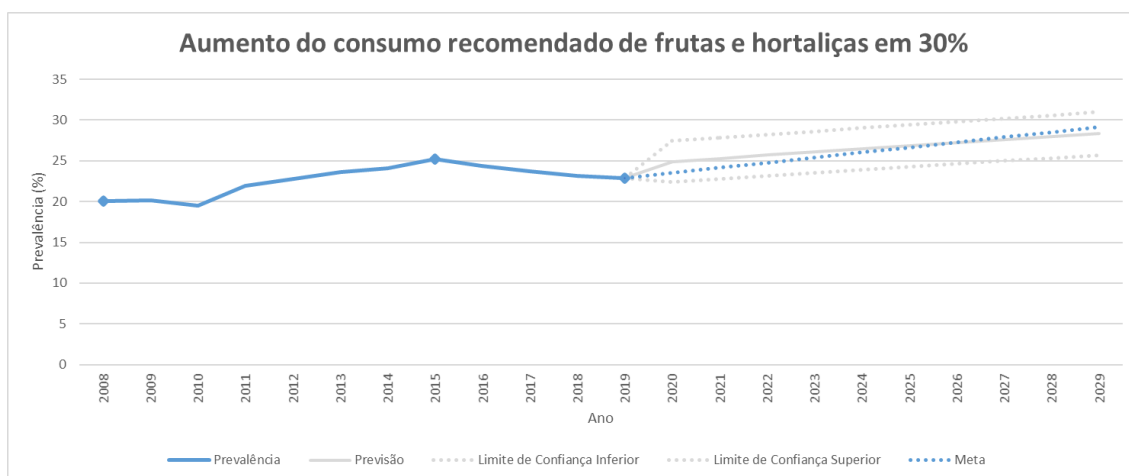




**Figura 58 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da prevalência da prática de atividade física no tempo livre em adultos (≥ 18 anos) no conjunto das capitais brasileiras e Distrito Federal (2006-2019)**

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.

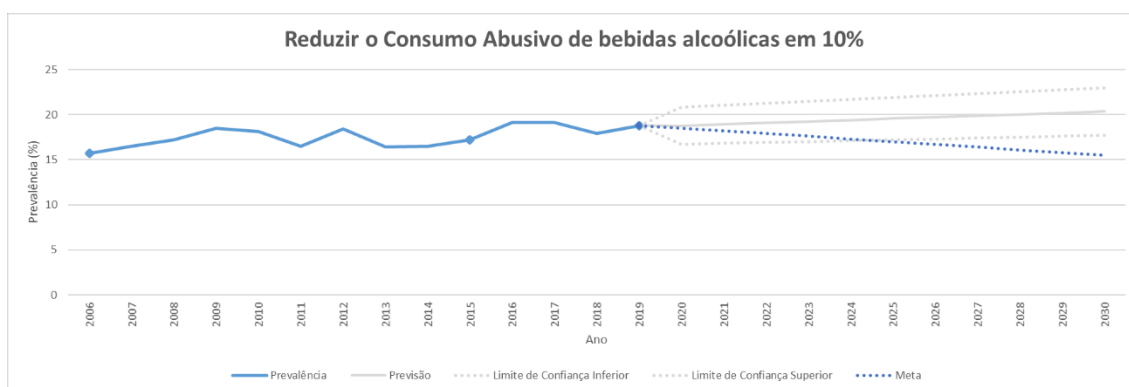
A Figura 59 apresenta a evolução da prevalência do consumo recomendado de frutas e hortaliças em adultos (de 18 anos ou mais) entre 2008 e 2019, assim como a previsão deste indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para este indicador, de modo que se atinja a meta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



**Figura 59 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da prevalência do consumo recomendado de frutas e hortaliças 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.

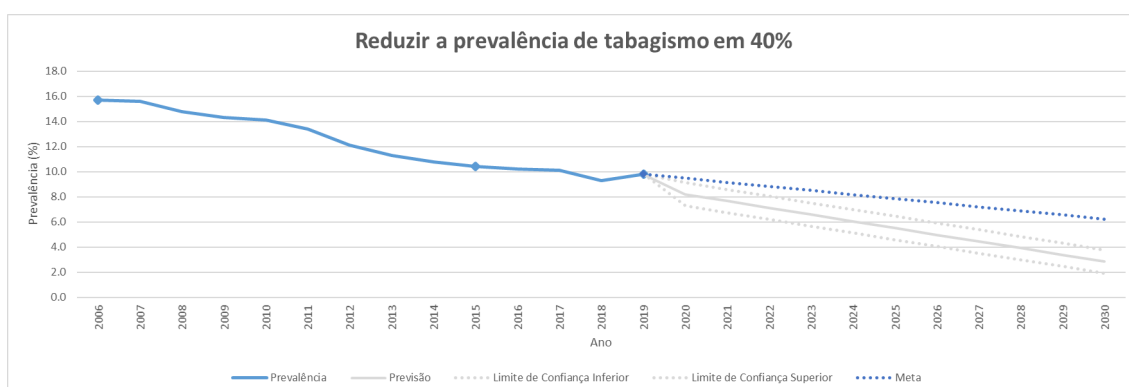
A Figura 60 apresenta a evolução da prevalência de consumo abusivo de bebida alcoólica em adultos (de 18 anos ou mais) entre 2008 e 2019, assim como a previsão deste indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para este indicador, de modo que se atinja a meta definida 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 2008 e 2019, assim como a previsão deste indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para este 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 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.

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 deste indicador, são 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 um 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/DADTASUS 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. Para o atingimento da meta proposta para 2030, deverão ser atingidos valores inferiores a esses.

### 3.3. Grupo de indicadores e metas para acidentes e violências

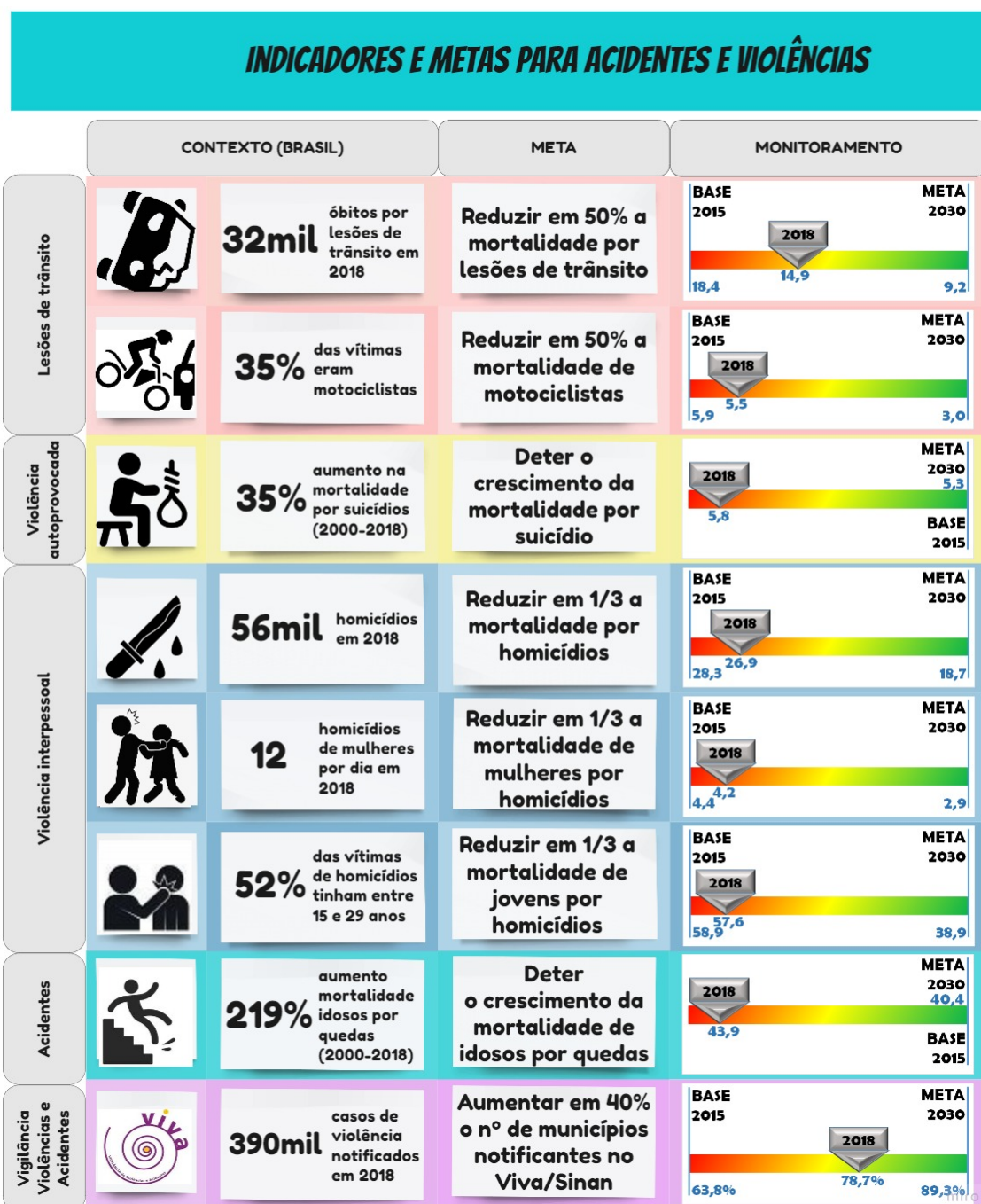
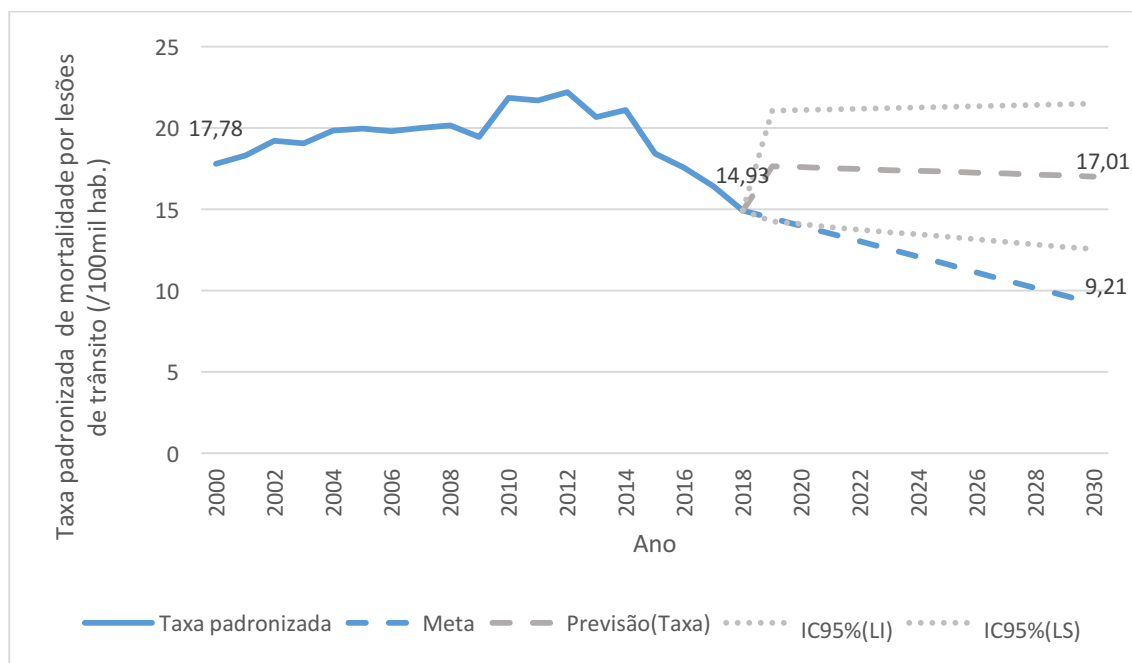


Figura 62 - Grupo de indicadores e metas para as violência e acidentes

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) do CID10 no Sistema de Informações sobre Mortalidade (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 2018, assim como a previsão deste indicador para os anos de 2019 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para este indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.

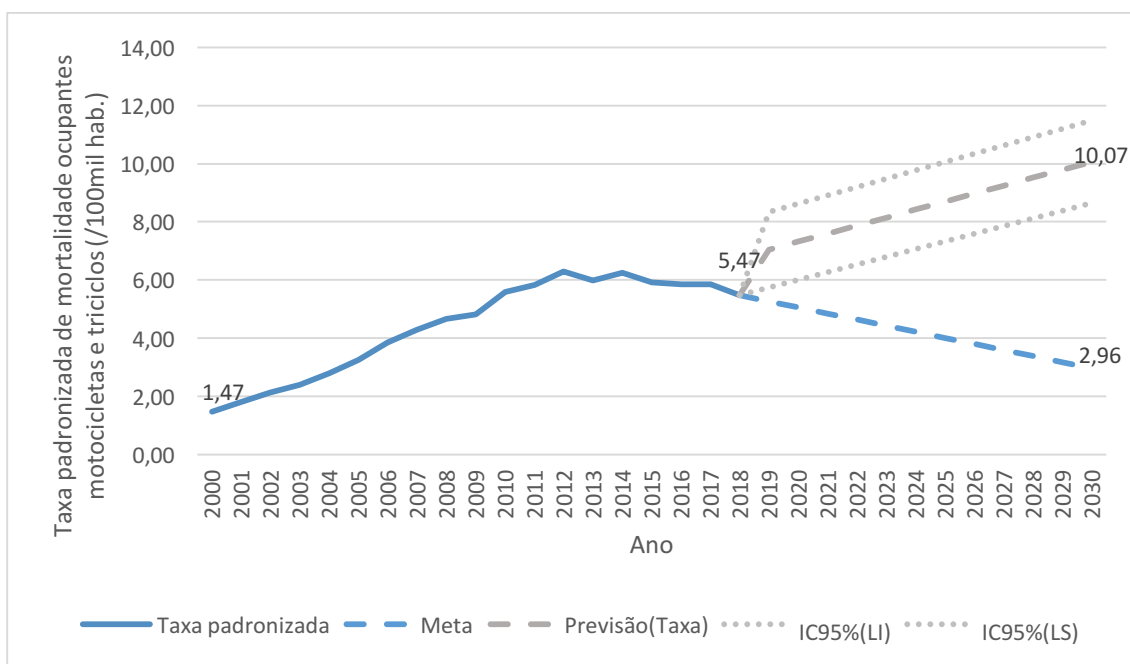


**Figura 63 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da taxa de mortalidade por lesões de trânsito. Brasil, 2000 a 2030**

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) do CID10. \*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 2018, assim como a previsão deste

indicador para os anos de 2019 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para este indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.

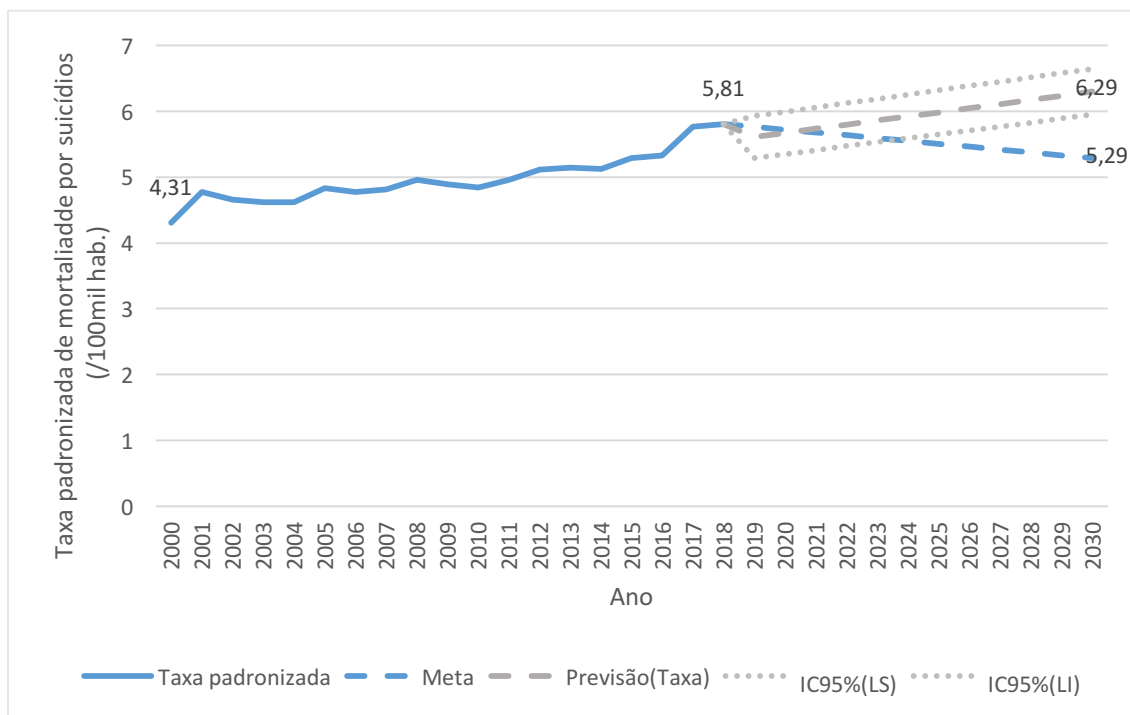


**Figura 64 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da taxa de mortalidade de ocupantes de motocicletas e triciclos. Brasil, 2000 a 2030**

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) do CID10. \*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 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); Y10 a Y19 (envenenamentos por intenção indeterminada) e Y87.0 (sequelas de lesões autoprovocadas) do CID10 no Sistema de Informações sobre Mortalidade (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 65 apresenta a evolução da taxa padronizada de mortalidade por suicídios no Brasil entre 2000 e 2018, assim como a previsão deste indicador para os anos de 2019 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para este indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.



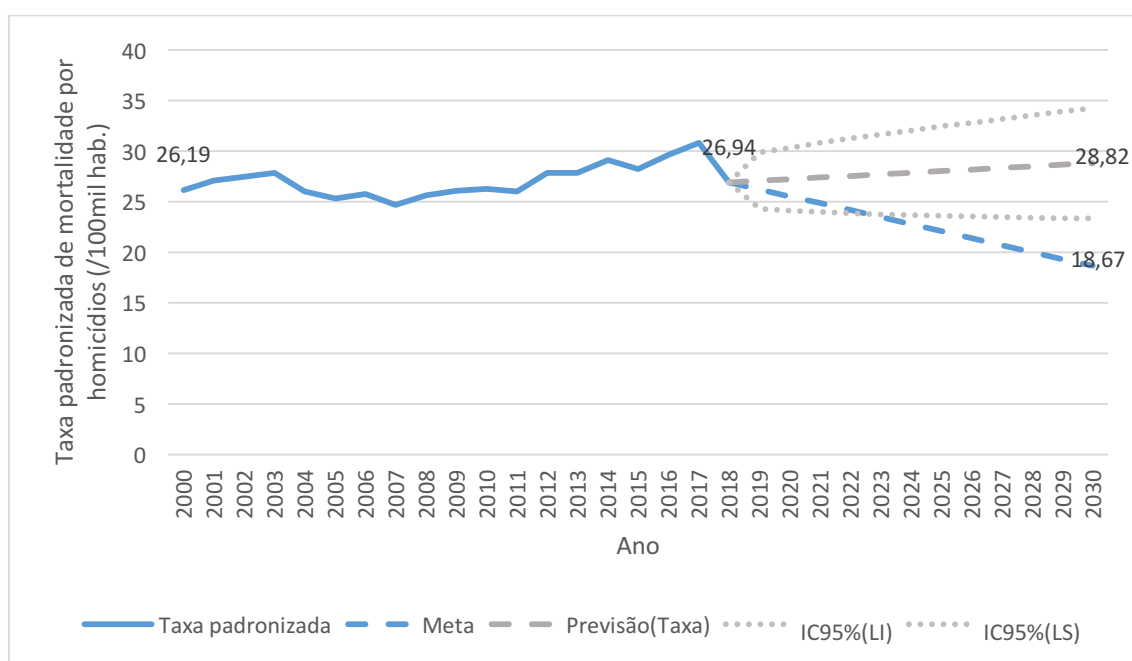
**Figura 65 - Monitoramento da meta, valor observado e previsto da taxa padronizada de mortalidade por suicídios. Brasil, 2000 a 2030**

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) do CID10. \*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 taxa específica por idade (15 a 29 anos). 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) do CID10 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 66 apresenta a evolução da taxa padronizada de mortalidade por homicídios no Brasil entre 2000 e 2018, assim como a previsão deste indicador para os anos de 2019 a 2030. Apresentada também a evolução necessária para este indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.



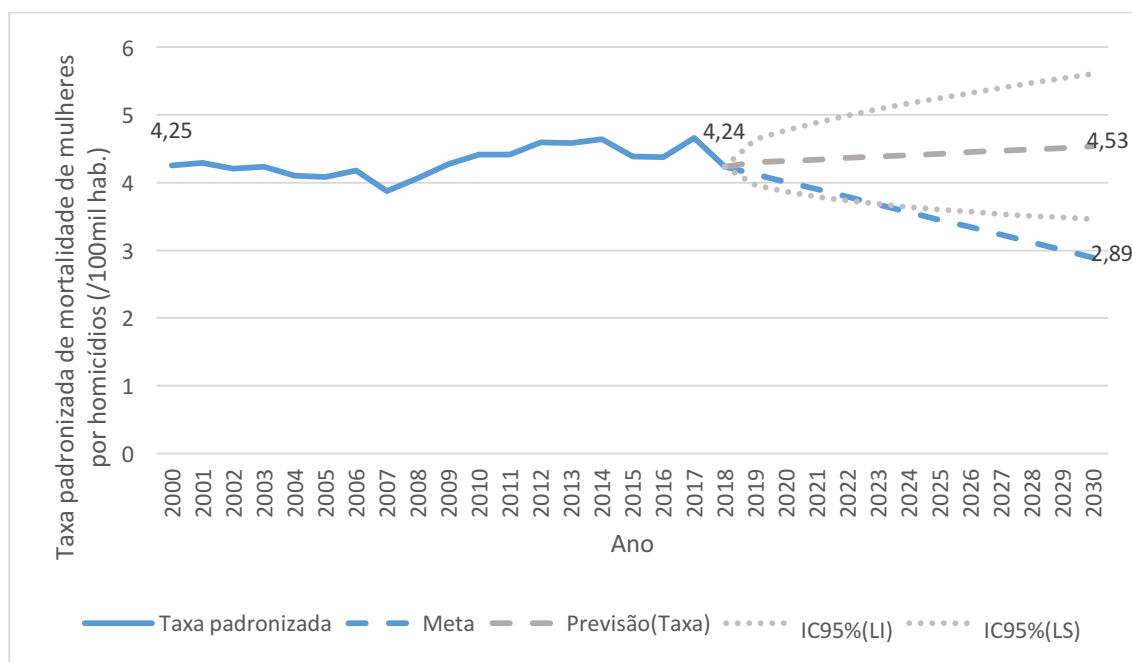
**Figura 66 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da taxa de mortalidade por homicídios. Brasil, 2000 a 2030.**

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) do CID10. \*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 padronizada de mortalidade de mulheres por homicídios no Brasil entre 2000 e 2018, assim como a previsão deste



indicador para os anos de 2019 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para este indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.

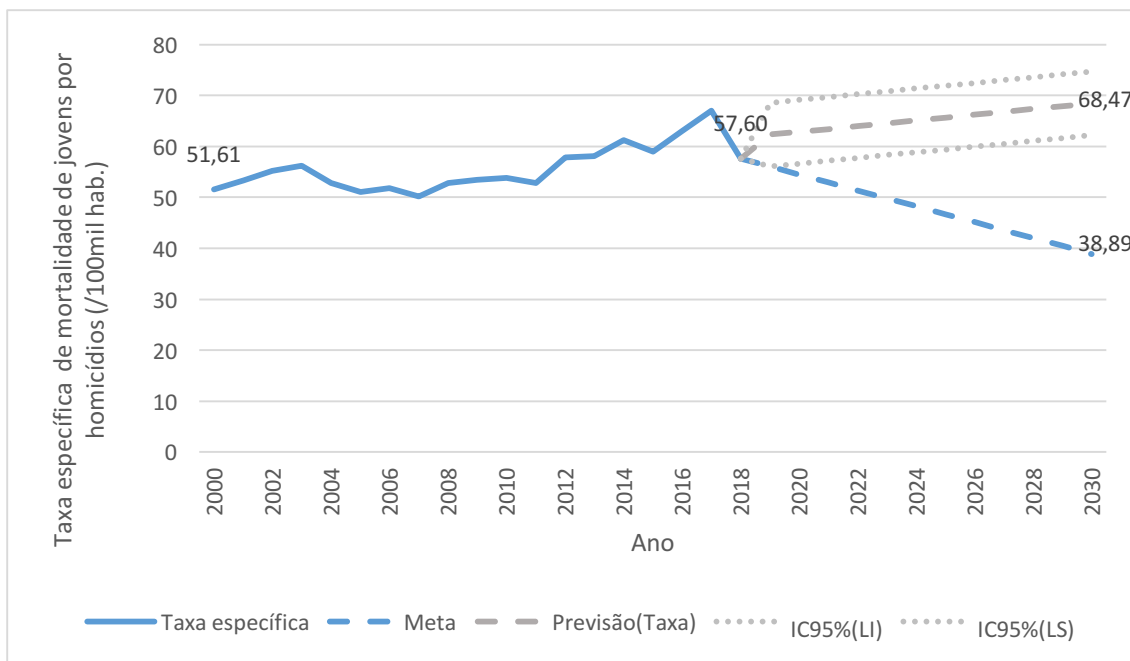


**Figura 67 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da taxa de mortalidade de mulheres por homicídios. Brasil, 2000 a 2030**

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) do CID10. \*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 68 apresenta a evolução da taxa específica de mortalidade de jovens (15 a 29 anos) por homicídios no Brasil entre 2000 e 2018, assim como a previsão deste indicador para os anos de 2019 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para este indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.

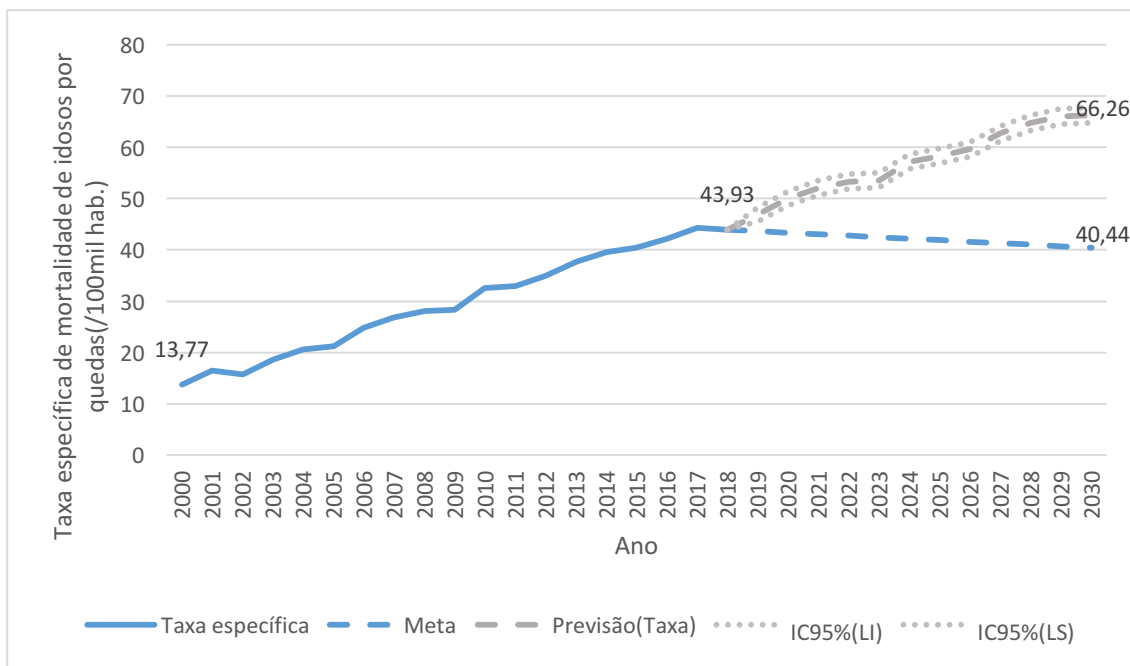


**Figura 68 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da taxa específica de mortalidade de jovens (15 a 29 anos) por homicídios. Brasil, 2000 a 2030.**

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) do CID10. 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. Serão considerados os óbitos classificados com os códigos W00 a W19 (Quedas) do CID10 no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). 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 2018, assim como a previsão deste indicador para os anos de 2019 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para este indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.

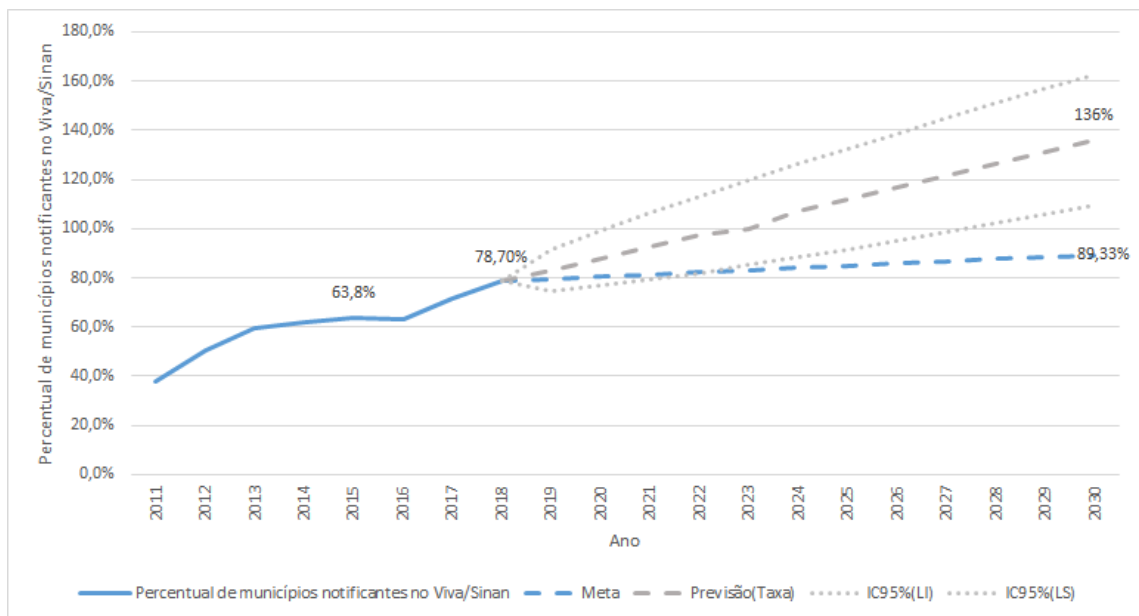


**Figura 69 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da taxa específica de mortalidade de idosos por quedas acidentais. Brasil, 2000 a 2030.**

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) do CID10. 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 deste indicador para os anos de 2019 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para este 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 (2000-2030)**

Fonte: Componente contínuo do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan).

#### **4. Ações estratégicas para enfrentamento das doenças e agravos não transmissíveis**

Para o alcance das metas foram definidas 177 ações estratégicas a serem desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, estados, Distrito Federal e municípios.

As ações estratégicas são apresentadas por bloco e associadas aos indicadores e metas com os quais há possibilidade de influência direta no alcance dos mesmos.

O bloco referente às **macro 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 a promoção da saúde, enfrentamento dos fatores de risco, prevenção de agravos, produção do cuidado e assistência para enfrentamento das DANTS** apresenta as ações organizadas a partir da vinculação dos sete fatores de prevenção e 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 as 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 frente ao grupo de DCNT** apresenta ações correlatas as especificidades de cada tema, com mesmo objetivo de conferir foco e direção para alcance das metas do Plano de DANT.

## 4.1. Macro Ações estratégicas

### Eixo Promoção da Saúde

| Macro Ações Estratégicas  |
|---|
| 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, prática de atividade física, qualidade do ar, mudanças climáticas, 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 veiculação de programas com os temas do Plano de Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT).  |
| Estruturar ações de educação e comunicação para a promoção de hábitos de vida saudáveis, alimentação adequada e prática de atividade física, prevenção do uso de tabaco e álcool e demais fatores de risco e qualificação do cuidado das DNCT, por meio da oferta de:<br>1. Estratégias de tele-educação e tele consultoria para atualização das equipes e apoio no uso de diretrizes clínicas/linhas de cuidado/protocolos;<br>2. Ações de qualificação profissional para uso de entrevista motivacional, planos de cuidados e autocuidados e de práticas corporais /mentais;<br>3. Ações de educação para pessoas com DCNT e familiares para adoção de hábitos saudáveis e autocuidado apoiado;<br>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. |
| Implementar iniciativas de mensuração de impacto na mudança de comportamento da população das ações públicas em saúde de campanhas nacionais com os temas de 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 pública de ensino itinerário formativo sobre vigilância de doenças e agravos, promoção da saúde e desenvolvimento sustentável para o Ensino Médio.  |

Articular com a iniciativa privada, sociedade civil e terceiro setor projetos de baixo custo, de fácil aplicação e de alta efetividade para aumento da prática de atividade física pela população, redução da poluição do ar e de acidentes de trânsito para disponibilizar para estados, Distrito Federal e municípios.

Estimular o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no setor de saúde suplementar.

Estabelecer parcerias com terceiro setor para o desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde, saúde mental e prevenção das Doenças Crônicas não Transmissíveis para os trabalhadores e empregadores, englobando mudanças de comportamento e do ambiente de trabalho.

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, 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, juntamente com políticas de mobilidade, com vistas a diminuição da poluição do ar, disponibilidade de modos acessíveis de deslocamento que incorporam atividade física, como caminhar, andar de bicicleta e uso de transporte público.

Promover a Agenda dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável nos Estados, Distrito Federal e Municípios na perspectiva de estruturação de processos de planejamento e monitoramento locais.

Desenvolver e implementar conjunto de iniciativas de Educação Permanente em Saúde, considerando demandas apontadas pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde, por estados, Distrito federal e municípios, voltadas a 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 DANT.

## 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 educação permanente para profissionais de saúde visando a melhoria da qualidade do diagnóstico laboratorial relativos às neoplasias de maior incidência na população.   |
| Desenvolver e disponibilizar aplicativos para solução de problemas de acesso e orientação em relação aos resultados de exames oncológicos.  |
| 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 ampliação da atuação clínico-assistencial dos profissionais de saúde, com ênfase em médicos, enfermeiros e farmacêuticos, por meio da elaboração, implantação e 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 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 as 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.

## 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 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 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 pesados por trabalhadores rurais, ribeirinhos, pescadores e quilombolas.  |
| 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 impacto econômico das medidas de redução da morbimortalidade e prevenção de fatores de risco associados as 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 2020.   |
| Publicar Guia de Vigilância de DANT.   |
| Publicar boletins epidemiológicos sobre temáticas do plano de DANT.  |

Realizar anualmente o inquérito telefônicos 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 do Desenvolvimento Sustentável sob a responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

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

## 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 obesidade e desenho de iniciativas para a redução individual e coletiva dos mesmos no território, envolvendo os ciclos de vida.

Estruturar ações de educação e comunicação para a promoção de hábitos de vida saudáveis relacionados à prevenção dos fatores de risco e qualificação do cuidado das pessoas com DCNT, 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 mentais e de atividade física;
3. Ações de educação para pessoas com DCNT e familiares para adoção de hábitos saudáveis e autocuidado apoiado;
4. Ações de prevenção e cessação do uso do tabaco e derivados em grupos em situação de vulnerabilidade e iniquidades em saúde, considerando e valorizando as especificidades culturais e regionais dos diferentes grupos e etnias.

**4.2. Ações Estratégicas para a promoção da saúde, para o enfrentamento dos fatores de risco, para a prevenção de agravos, a produção do cuidado e assistência para enfrentamento das Doenças e Agravos não Transmissíveis.**

**Álcool**

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Promoção da Saúde</b>        | Articular e promover subsídios técnico-científicos e políticos para iniciativas legais que visem aplicar proibições ou restrições abrangentes a publicidade, ao patrocínio e a promoção comercial de bebidas alcoólicas.   |
|                                 | 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 13.106/2015 altera o artigo 243 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA - Lei 8.069/90) que criminaliza a venda, 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 uso nocivo do álcool na população indígena.  |
|                                 | Desenvolver campanhas de mídia nacional sobre uso de álcool e direção, uso de álcool e trabalho e emprego, 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 restrição da exposição e do horário de venda de bebidas alcoólicas em estabelecimentos comerciais.   |
| <b>Atenção Integral à Saúde</b> | Ampliar o número de habilitações das 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 <i>advocacy</i> junto às Secretarias de Saúde estaduais, do Distrito Federal e dos municípios para inclusão de procedimentos e ações de prevenção do uso do álcool nas respectivas carteiras de serviços da Atenção Primária em Saúde.  |
|   | Qualificar as equipes do Consultório na Rua no cuidado à saúde mental e 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, prevenção e cuidado dirigidos aos indígenas usuários e potenciais usuários de álcool e seus familiares visando a cessação, redução e fim da ingestão precoce em todo ciclo de vida.   |
| <b>Vigilância em Saúde</b>                    | 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 e um plano de troca de informação e divulgação de informações.  |
| <b>Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde</b> | 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.   |
|   | Articular com o Ministério da Educação, 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 cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, e, nos cursos de licenciatura, 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

|   |  |
|---|--|
| <b>Promoção da Saúde</b>                      | Apoiar e lançar campanhas pela proibição total da propaganda de cigarros, incluindo: exposição para venda, a adoção de embalagens padronizadas e a comercialização, importação e propaganda dos dispositivos eletrônicos para fumar, incluindo o tabaco aquecido.  |
|   | Apoiar e articular ações, no âmbito do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, que englobam estratégias de comunicação, produção de materiais, capacitações presenciais ou a distância com ênfase nos fatores de proteção dirigidas a populações em situação de iniquidade em saúde e em áreas remotas.  |
| <b>Atenção Integral à Saúde</b>               | Desenvolver estratégias junto às Secretarias de Saúde estaduais, do Distrito Federal e dos municípios para inclusão de procedimentos e ações de prevenção do uso do tabaco nas respectivas carteiras de serviços da Atenção Primária em Saúde.   |
|   | Realizar ações integradas com a assistência farmacêutica no cuidado das pessoas tabagistas, com vistas a garantir e ampliar acesso a programas de cessação do tabagismo, insumos estratégicos e medicamentos.  |
|   | Disponibilizar materiais e estratégias para o fortalecimento do controle de tabagismo nas ações desenvolvidas pelos profissionais da APS e da vigilância no território, com enfoque no público escolar, especialmente em escolas maioria com maioria dos estudantes beneficiários de programas de transferência de renda do Governo Federal, e grupos vulneráveis. |
| <b>Vigilância em Saúde</b>                    | Monitorar anualmente a prevalência de fumantes na população adulta.  |
|   | Desenvolver estudos para apoiar a implementação da proibição de aditivos de aroma e sabor em cigarros.   |
| <b>Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde</b> | 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 do tabaco".   |

## Alimentação Adequada e Saudável

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Promoção da Saúde</b> | Estimular o desenvolvimento de ambientes saudáveis no trabalho, na escola, na comunidade, e serviços de saúde no âmbito do SUS por meio da:<br>1. Promoção de ações da alimentação saudável e adequada segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira;<br>2. Implementação de ambientes alimentares saudáveis, especialmente na escola, para contribuir com a redução do consumo de alimentos ultraprocessados e obesidade na primeira infância e adolescência;<br>3. Articulação de estratégias para ampliação da produção e oferta de alimentos in natura e minimamente processados;<br>4. Implementação de ambientes saudáveis, especialmente na escola, para contribuir com o aumento da atividade física e redução do comportamento sedentário. |
|                          | 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.  |
|                          | Promover subsídios para apoiar a elaboração de medidas regulatórias e fiscais para reduzir o consumo de alimentos ultraprocessados ricos em sódio, gorduras e ou açúcar.   |
|                          | 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 (seis) meses.   |
|                          | Desenvolver estratégias voltadas à redução do consumo de sal e açúcar adicionados.   |
|                          | Incentivar e ofertar subsídios técnicos para a regulação de cantinas escolares volta à alimentação adequada e saudável dos estudantes.   |



|   |  |
|---|--|
| <b>Atenção Integral à Saúde</b>               | 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, consumo alimentar, 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 controle na APS e outras ações intersetoriais, com destaque para a parceria com a educação. |
| <b>Vigilância em Saúde</b>                    | 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.   |
| <b>Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde</b> | Desenvolver campanhas voltadas a redução do consumo de sal e açúcar adicionados livremente.  |
|   | Implementar medidas para prevenção da obesidade infantil na Atenção Primária à Saúde e no âmbito escolar.  |

## Práticas Corporais e Atividade Física

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Promoção da Saúde</b>        | Subsidiar setores responsáveis com informações sobre a importância e ganhos para a saúde da população com implantação de espaços de lazer como praças, parques (áreas verdes urbanas) e áreas livres com estrutura para prática de atividade física com acesso a água potável.  |
|                                 | Promover articulação para o aumento da quilometragem de ciclovias nas capitais e grandes municípios brasileiros.  |
|                                 | Estimular o desenvolvimento de ambientes saudáveis no trabalho, na escola, na comunidade, e serviços de saúde no âmbito do SUS por meio da oferta de serviços voltados à prática de atividade física e do lazer.  |
|                                 | Articular com a sociedade civil e terceiro setor projetos de baixo custo, fácil aplicação e alta efetividade voltadas à promoção da saúde, saúde mental e prevenção das Doenças Crônicas não Transmissíveis para os trabalhadores e empregadores, englobando mudanças de comportamento e do ambiente.                                       |
|                                 | Implementar 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. |
| <b>Atenção Integral à Saúde</b> | 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.  |
|                                 | 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.  |
| <b>Vigilância em Saúde</b>      | 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.  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde</b> | 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

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Promoção da Saúde</b> | 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, energia limpa, cidades e sustentabilidade, acesso a 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, alimentação, esporte, cultura, 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, saudável e sustentável nos estados e municípios e promover a interlocução de modos de deslocamento para o deslocamento seguro e sustentável.   |
|                          | 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. |
|                          | 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.   |

|   |   |
|---|---|
| <b>Atenção Integral à Saúde</b>               | Implementar estratégias de formação dos profissionais de saúde da APS para a detecção precoce de fatores de risco para as doenças respiratórias e desenho de iniciativas para a redução individual e coletiva dos mesmos no território, envolvendo o ciclo de vida. |
| <b>Vigilância em Saúde</b>                    | Fortalecer a implementação das normas nacionais e locais de controle da qualidade do ar nos estados, Distrito Federal e municípios, visando o 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 territórios saudáveis.  |
|   | Promover articulação intersetorial para a implantação de mecanismos de informação sobre a qualidade do ar em locais estratégicos nas áreas urbanas.   |
| <b>Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde</b> | 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.              |
|   | Realizar campanha nacional sobre a qualidade do ar e sua importância para a saúde e prevenção das doenças crônicas.   |

## Violências

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Promoção da Saúde</b>        | Realizar ações de Advocacy junto ao CONASS, COSEMS, CONASEMS e 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, determinantes sociais e 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 planejamento de publicações locais sobre temáticas de suicídio e automutilação contemplando os ciclo de vida.  |
| <b>Atenção Integral à Saúde</b> | 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.   |
| <b>Vigilância em Saúde</b>      | Subsidiar e apoiar a implantação de Núcleos de Prevenção de Violências como estratégia da saúde, incluindo os DSEI, para a construção de redes, organização de ações e 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.  |
|                                 | Incluir os DSEI como unidade notificadora de violência interpessoal e autoprovocada no Sistema do SINAN.   |
|                                 | Destinar incentivos financeiros para o desenvolvimento de pesquisas sobre violência, vitimização, suicídio e vulnerabilidades relacionadas a estes agravos.  |

|   |   |
|---|---|
| <b>Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde</b> | 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, 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 cuidado às vítimas de violência e tentativas de suicídio, e, nos cursos de licenciatura, disciplinas que abordem os determinantes e condicionantes sociais das violências, incluindo as autoprovocadas, detecção de situações e procedimentos de proteção às vítimas. |
|   | Fomentar na Vigilância em Saúde e Atenção Primária à Saúde ações intra e intersetoriais de prevenção de violência contra as mulheres, crianças, adolescentes e idosos e demais populações vulneráveis, observando-se as diversidades, contextos sócio econômicos, 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

|   |  |
|---|--|
| <b>Promoção da Saúde</b>                      | 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 de pessoas da comunidade para a prevenção de acidentes de crianças e idosos considerando intervenções em comportamentos e em ambientes - abertos (ruas, parques, praças e afins) e fechados (casa, escola, unidades de saúde e afins) - e mobilidades (deslocamentos). |
| <b>Atenção Integral à Saúde</b>               | 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.  |
| <b>Vigilância em Saúde</b>                    | Criar o Programa Vida no Trânsito (PVT) e promover sua expansão no país.   |
|   | Implantar o sistema de Vigilância do Trauma.   |
|   | Sistematizar e disponibilizar aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios estudos e recomendações com comprovada efetividade de medidas voltadas à prevenção e redução e acidentes de trânsito nas cidades, englobando zonas urbana e rural.   |
| <b>Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde</b> | 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.  |

### 4.3. Ações estratégicas para a promoção da saúde, prevenção e cuidado frente ao grupo de DCNT

#### Neoplasias

|   |   |
|---|---|
| <b>Promoção da Saúde</b>                      | Realizar campanha nacional sobre os fatores de proteção para os cânceres de mama, do colo do útero e do aparelho digestivo.   |
| <b>Atenção Integral à Saúde</b>               | Aperfeiçoar o rastreamento do câncer do colo do útero e evoluir do modelo oportunístico para o modelo organizado, com garantia de confirmação diagnóstica, tratamento de lesões precursoras e referência dos casos confirmados de câncer para o nível terciário.  |
|   | Desenvolver e/ou fortalecer a infraestrutura do sistema de saúde, particularmente relacionada à recursos para a saúde, a fim de criar capacidade adequada para a implementação eficaz de programas de prevenção e controle do câncer, incluindo os sistemas de Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) e Registros Hospitalares de Câncer (RHC). |
|   | 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.  |
| <b>Vigilância em Saúde</b>                    | 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.  |
|   | Implementação da vigilância do câncer por meio de um sistema nacional de notificação.   |
| <b>Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde</b> | 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.  |



## Diabetes Mellitus

|   |  |
|---|--|
| <b>Promoção da Saúde</b>                      | Estimular e apoiar implementação de medidas intersetoriais locais voltadas a redução do consumo de alimentos ultraprocessados e do tabagismo e aumento da prática de atividade física relacionadas a promoção da saúde.  |
| <b>Atenção Integral à Saúde</b>               | Aumentar a cobertura na APS de serviços de identificação, manejo e acompanhamento da pessoa com diabetes mellitus (DM) e com dificuldade na acuidade visual.   |
|   | Aumentar a cobertura na APS de serviços de detecção, acompanhamento e controle de Diabetes Mellitus tipo 2 em adultos assintomáticos.  |
|   | Garantir cuidados preventivos com os pés para pessoas com diabetes, incluindo educação em saúde, autocuidado e acesso à 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.   |
|   | 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 CAPS. |
| <b>Vigilância em Saúde</b>                    | Elaborar proposta de monitoramento do Diabetes Mellitus (DM) nos diferentes níveis de atenção do SUS.  |
| <b>Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde</b> | Fortalecer projetos terapêuticos para pessoas com Diabetes Mellitus abrangendo iniciativas na APS sobre atividade física, alimentação saudável, cessação do uso de tabaco e derivados e autocuidado.   |

## Doenças Cardiovasculares

|   |  |
|---|--|
| <b>Promoção da Saúde</b>                      | 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. |
| <b>Atenção Integral à Saúde</b>               | Fomentar a implantação da meditação pelas equipes de APS visando o 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) e com dificuldade na acuidade visual.   |
|   | Aumentar a cobertura na APS de serviços de detecção, acompanhamento e controle de HAS 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.   |
| <b>Vigilância em Saúde</b>                    | Monitoramento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) nos diferentes níveis de atenção do SUS.   |
| <b>Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde</b> | 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

|   |   |
|---|---|
| <b>Promoção da Saúde</b>                      | Promover articulações intersetoriais para a criação e viabilização de alternativas para o uso de combustíveis sólidos para energia doméstica.   |
|   | Promover iniciativas intersetoriais que impactem na redução da influência de agentes ambientais nas causas e agravamentos das Doenças Respiratórias Crônicas (DRC).   |
| <b>Atenção Integral à Saúde</b>               | Garantir nas Unidades Básica de Saúde 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 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)   |
|   | Promover ações de educação permanente para a construção de habilidades e competências 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.   |
| <b>Vigilância em Saúde</b>                    | 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.  |
|   | Subsidiar a elaboração e aplicação e promover o monitoramento de padrões e medidas para diminuição da poluição do ar em ambientes internos (Qualidade do Ar Interno).   |
| <b>Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde</b> | 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.  |

## **5. Sugestões para aplicação do Plano de enfrentamento das DANT**

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis – 2021-2030 representa o recorte estratégico da agenda nacional para os temas, atrelado aos indicadores e 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 trabalhados 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 quase 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 (Tabela 3).

**Tabela 3 – Normativas e acordos institucionais com os quais o Plano de DANT 2021-2030 possui interlocução**

| Documento  | Link de acesso  |
|--|---|
| Portaria MEC Nº 1.570, de 20 de dezembro de 2017. Base Nacional Comum Curricular do Ensino Médio.  | <a href="http://basenacionalcomum.mec.gov.br/abas/#medio">http://basenacionalcomum.mec.gov.br/abas/#medio</a>   |
| Decreto Presidencial Nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco.  | <a href="https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/convencao-quadro-para-o-controle-tabaco">https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/convencao-quadro-para-o-controle-tabaco</a> |
| Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio.  | <a href="http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm">http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm</a>   |
| Resolução Contran Nº 514, de 18 de dezembro de 2014. Política Nacional de Trânsito.  | <a href="https://antigo.infraestrutura.gov.br/resolucoes-contran.html">https://antigo.infraestrutura.gov.br/resolucoes-contran.html</a>   |
| <b>Leis, políticas e diretrizes republicadas na Portaria de Consolidação GM/MS, n. 2, de 28 de setembro de 2017.</b>   |   |
| Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. | <a href="http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html">http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html</a>   |
| 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.  |  |
| 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.  |  |

A implementação do Plano de DANT será 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 e metas em quatro dimensões estruturantes do processo de organização, produção de ações e serviços e gestão na saúde.

1. **Desenvolver iniciativas de Educação Permanente em Saúde voltadas aos temas e as estratégias de implementação do Plano de DANT** - Trata-se de garantir as temáticas nos planos estaduais e/ou municipais de Educação Permanente em Saúde, com lastro de formação para a construção e reforço de competências e habilidades dos profissionais de saúde para abordagem e produção do cuidado frente as DCNT e agravos. Incluem-se entre as habilidades e competências a construção

de iniciativas intersetoriais, a organização e 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 frente as DCNT e os agravos, como para demandar à gestão pública a aplicação e acompanhamento do Plano no estado, Distrito Federal e municípios.]

2. **Implantar e fortalecer 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 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 envolvidos 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 trabalhos 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. **Construir parcerias multisetoriais** – As DCNT e agravos estão fortemente relacionados aos determinantes sociais da saúde que, *per 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. Desenvolver 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 serviços. Recomenda-se manter o banco de dados atualizados e melhorar o preenchimento das fichas de notificação (preenchimento de todos os campos). Além 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 estas dimensões estarão presentes para balizar o processo e ajudar a localizar e articular o conjunto de iniciativas desenvolvidas para implementação do mesmo 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 permanentes dos estados, Distrito Federal e 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 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, e
- j) Articular com a saúde suplementar para apoio às ações e 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 do Desenvolvimento Sustentável relacionados a saúde e prevenção de acidentes e 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, Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e 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 não Transmissíveis e Agravos (violências e acidentes) – 2021-2030 é um compromisso compartilhado por todas as esferas de gestão do SUS. Compõe a agenda da saúde para a vigilância e prevenção das DANT e promoção da saúde nos próximos dez anos.