

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE - SAPAPVS
SUPERINTENDÊNCIA DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE DOENÇAS - SECD
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA ÀS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS - CVDANT

PLANO ESTADUAL DE ENFRENTAMENTO DAS
DOENÇAS E AGRAVOS
NÃO TRANSMISSÍVEIS:
MARANHÃO, 2024 A 2030

GOVERNADOR

Carlos Orleans Brandão Júnior

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO MARANHÃO

Tiago José Mendes Fernandes

SECRETÁRIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Deborah Fernanda Campos da Silva Barbosa

SECRETÁRIA ADJUNTA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Kátia Cristina de Castro Veiga Trovão

SUPERINTENDENTE DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE DOENÇAS

Dalila de Nazaré Vasconcelos dos Santos

SUPERINTENDENTE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Wilian Vieira Ferreira

COORDENAÇÃO DA VIGILÂNCIA DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

– CVDANT

Afonso Henriques de Jesus Lopes

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DO MARANHÃO

Ana Lúcia Nunes – Diretora Administrativa

ELABORAÇÃO

Comissão de Elaboração do Plano Estadual de Enfrentamento às Doenças e Agravos Não Transmissíveis no Maranhão

Coordenação: Núcleo de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis

Redação do texto: Waleska Regina Machado Araujo

Superintendência de Saúde Digital

Titular: Ricarda Maria Normanton Spinucci

Suplente: Thiago dos Santos Dias

Rede Estadual de Vigilância Epidemiológica Hospitalar - RENAVEH

Titular: Danuza Raquel Nascimento Almeida

Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde – CIEVS

Titular: Pallomma Cristhine

Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador - CEREST

Titular: Katya Cyana Costa Ferreira Tanaka

Departamento de Epidemiologia

Titular: Hellyne Giselle Reis Madeira

Suplente: Anatólia Raimunda de Sousa Batalha

Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental – DVSA

Titular: Fernando Henrique Ramos Silva

Suplente: Cláudio Bastos Filgueiras Júnior

Departamento de Atenção à Saúde da Família - DASF

Titular: Júlio César Costa dos Santos

Suplente: Marluce Oliveira Sá

Departamento de Atenção à Saúde Mental - DASM

Titular: Anize Ângela da Silva

Suplente: Marcelo Francisco Azevedo de Matos

Departamento de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso - DASAI

Titular: Elane Carvalho

Suplente: Ethyna Vieira Guterres

Coordenação Estadual de Alimentação e Nutrição - CEAN

Titular: Pâmela Cirqueira Nunes

Suplente: Rayssa Barros de França Silva

Departamento de Atenção à Saúde das Mulheres - DASMU

Titular: Renata Ferreira Quintanilha

Suplente: Dinalva Neves Araujo

Núcleo de Promoção da Equidade

Titular: Glória de Maria Carvalho Duailibe

Departamento de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente - DASCA

Titular: Dennyse Cristina Macedo Alves

Suplente: Isana Barros de Oliveira

Superintendência da Política de Atenção à Saúde no Trânsito – SUPAST

Titular: Jéssica Raquel Silva Gomas

Suplente: Swanny Vila Nova Leite

Superintendência de Assistência à Saúde (SAAS)

Titular: Luciana de Albuquerque de Oliveira

Suplente: Carla Priscila Mendes Barros

COLABORAÇÃO

Revisão

Superintendente de Epidemiologia e Controle de Doenças

Dalila de Nazaré Vasconcelos dos Santos

Superintendente de Atenção Primária à Saúde

Wilian Vieira Ferreira

Secretária Adjunta de Assistência à Saúde

Kátia Cristina de Castro Veiga Trovão

Secretária Adjunta da Política de Atenção Primária e Vigilância em Saúde

Deborah Fernanda Campos da Silva Barbosa

Equipe Técnica da Coordenação de Vigilância das Doenças e Agravos

Não Transmissíveis

Coordenador

Afonso Henriques de Jesus Lopes

Referências Técnicas da Coordenação de Vigilância das Doenças e Agravos

Não Transmissíveis

Ana Teresa Ramos Ferreira Meireles

Benito Ramos Neiva Junior

Danielle Luce Almeida Oliveira

Jarlina Safira Silva Mendes

Lana Mary Anchieta Barros

Luís Augusto Costa Pinheiro

Marlijane Bezerra Costa

Natália Caroline Trancoso da Silva

Waleska Regina Machado Araujo

Maranhão, Secretaria de Estado da Saúde.

Plano estadual de enfrentamento das doenças e agravos não transmissíveis: Maranhão 2024 a 2030/ Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão. – São Luís, 2024.

55 f.

1. Doenças e agravos não transmissíveis. 2. Saúde Pública. 3. Vigilância em saúde. 4. Prevenção de Doenças. I. Título.

CDU 614.2:616-036(812.1)

Catálogo: Josélia Pereira Rodrigues – CRB13/918

Endereço:

Secretaria Adjunta da Política de Atenção Primária e Vigilância em Saúde
Av. dos Holandeses Nº 03, Qd 07, Calhau CEP: 65071-380 – Almere Office
Sala 307. E-mail: dant@saude.ma.gov.br / Telefone: (98) 3194-6256

APS – Atenção Primária à Saúde
AVC - Acidente Vascular Cerebral
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CIB – Comissão Intergestora Bipartite
CID-10 – 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças
CIR – Comissões Intergestores Regionais
DANT – Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DNV - Declaração de Nascido Vivo
DM – Diabetes *mellitus*
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
INCA – Instituto Nacional de Câncer
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS – Ministério da Saúde
ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PICs - Práticas Integrativas e Complementares
PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde
PNS – Pesquisa Nacional de Saúde
PVT – Programa Vida no Trânsito
RASPDC - Rede de Cuidado à Pessoa com Doença Crônica
SAAS - Superintendência de Assistência à Saúde
SAPS - Superintendência de Atenção Primária
SECD - Superintendência de Epidemiologia e Controle de Doenças
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SISVAN - Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUPAST - Superintendência de Atenção à Saúde no Trânsito
SUVISA - Superintendência de Vigilância Sanitária

SUS – Sistema Único de Saúde

VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças
Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
1. INTRODUÇÃO	6
2. CONTEXTO HISTÓRICO	9
3. 154. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO MARANHÃO	16
4.1 Aspectos sociodemográficos	16
4.1.1 Doenças cardiovasculares	17
4.1.2 Diabetes	17
4.1.3 Doenças respiratórias crônicas	19
4.1.4 Neoplasias	20
4.2 Fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis	24
4.2.1 Tabagismo	24
4.2.2 Consumo de álcool	25
4.2.3 Alimentação não saudável	25
4.2.4 Inatividade física	26
4.2.5 Obesidade	26
4.3 Acidentes e Violência	29
4.3.1 Mortalidade por causas externas	29
4.3.2 Violências autoprovocadas e interpessoal	32
4.3.3 Acidentes de Transporte Terrestre	33
4.4 Anomalias Congênitas	35
5 OBJETIVOS	38
5.1 Objetivo Geral	38
5.2 Objetivos Específicos	38
6 PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO PLANO ESTADUAL	38
7 INDICADORES E METAS DO PLANO ESTADUAL DE DANT	40
8 AÇÕES ESTRATÉGICAS DO PLANO ESTADUAL	41
8.1 Ações para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	42
8.2 Ações para Enfrentamento dos Fatores de Risco para DCNT	44
8.3 Ações para Enfrentamento dos Agravos (Acidentes e Violência)	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS	47

APRESENTAÇÃO

O desafio contemporâneo na busca pela saúde envolve a necessidade de enfrentar uma série de questões complexas. Dentre elas, destaca-se a gestão das Doenças e Agravos Crônicos Não Transmissíveis (DANT) que englobam as doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes e os Acidentes e Violências (Malta & Silva, 2018).

O Governo do Estado do Maranhão, por meio da Secretaria de Estado da Saúde, alinhado às políticas e recomendações internacionais e nacionais, elaborou o Plano Estadual de Enfrentamento às Doenças e Agravos Não Transmissíveis do Maranhão (Plano DANT), com vigência para o período de 2024 a 2030. Este documento apresenta a Situação Epidemiológica das DANT no Estado e a Matriz de Indicadores, Metas e Ações para redução da morbidade e mortalidade por essas doenças e agravos na população maranhense.

O objetivo do Plano é pactuar um conjunto de ações estratégicas, indicadores e metas para o enfrentamento das DANT no Maranhão até 2030. Esse documento tem a finalidade de fortalecer e orientar as ações de enfrentamento à essas doenças e agravos nos 217 municípios maranhenses, bem como instrumentalizar os Planos Municipais de DANT no Estado.

A Matriz de Indicadores, Metas e Ações do referido plano foi construída coletivamente, de forma integrada, compartilhada e pactuada com representantes da Superintendência de Epidemiologia e Controle de Doenças (SECD), Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SAPS), Superintendência de Vigilância Sanitária (SUVISA), Superintendência de Saúde Digital, Superintendência de Atenção à Saúde no Trânsito (SUPAST) e Superintendência de Assistência à Saúde (SAAS). A versão final será aprovada em reunião da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) do Maranhão.

Deste modo, o presente documento apresenta-se como uma agenda coletiva, articulada e intersetorial, para redução da morbidade e mortalidade por DANT no Maranhão. Espera-se, pela mobilização de gestores, profissionais e serviços de saúde, pelo monitoramento e avaliação dos indicadores pactuados e pela execução das ações estratégicas propostas, fortalecer o compromisso do Estado em promover saúde para toda a população maranhense.

1. INTRODUÇÃO

À medida que um país avança no desenvolvimento econômico e social pode ocorrer mudanças na estrutura etária de sua população (De Lima, Konrad, 2020). No Brasil, a queda na fecundidade e o aumento da longevidade, principalmente após implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), levou à transição demográfica, caracterizada pela mudança no perfil demográfico de uma população ao longo do tempo (Leal et al., 2019). Esse processo impulsionou um envelhecimento acelerado da população brasileira e modificou o perfil epidemiológico das doenças no país (Martins et al., 2021).

A transição epidemiológica é entendida por uma mudança no cenário em que predominavam as doenças infecciosas e parasitárias, que geralmente afetavam os mais jovens, para um contexto em que as doenças crônicas e degenerativas são mais prevalentes e tornam-se as principais causas de óbitos na população (Oliveira, 2019). O atual perfil epidemiológico brasileiro é caracterizado por uma tripla carga de doenças, que envolve: i) a persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição características de países subdesenvolvidos; ii) o desafio das doenças crônicas e seus fatores de risco como sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada, obesidade e iii) o crescimento das causas externas em decorrência do aumento da violência e dos acidentes de trânsito, trazendo a necessidade de ampliação do foco da atenção para o manejo das condições crônicas, mas atendendo, concomitantemente, as condições agudas (Martins et al., 2021).

As DCNT são definidas por um conjunto de condições patológicas, de origem não infecciosa, com múltiplas causas e fatores de risco, apresentando períodos prolongados de latência e curso prolongado, além de possibilidade de levar a incapacidades funcionais (Brasil, 2008). Essas condições coexistem com uma incidência e prevalência elevadas de doenças infecto-parasitárias, sobretudo entre crianças menores de 10 anos, e de causas externas, com ênfase nos homicídios, principalmente entre homens jovens (15 a 29 anos) (Soares Filho, França, Malta, 2022).

As causas das DCNT são geralmente multifatoriais e estão relacionadas a fatores de riscos não modificáveis como idade, sexo e raça, e a fatores de risco modificáveis destacando-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas

alcoólicas, a obesidade, o consumo excessivo de sal, a ingestão insuficiente de frutas e verduras e a inatividade física (Casado, Vianna, Thuler, 2009; Da Silva Junior et al., 2023).

Uma pesquisa que utilizou os dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), mostrou que, entre 2006 e 2021 houve aumento da prevalência de diabetes, do consumo abusivo de bebidas alcoólicas, do excesso de peso e da obesidade entre idosos, faixa etária mais acometida por DCNT (Silva et al., 2023).

Há desigualdade demográfica, socioeconômica, racial e geográfica na prevalência de fatores de risco comportamentais para as DCNT. Estudo realizado por Meller e colaboradores (2022) demonstrou maior prevalência de fatores de risco como o tabagismo, o consumo abusivo de álcool, a prática insuficiente de atividade física, o excesso de peso, o consumo regular de refrigerante ou suco artificial e o consumo não regular de frutas, legumes e verduras em homens, em jovens na faixa etária de 18 a 29 anos, entre pretos e pardos, e entre pessoas com baixa escolaridade.

De modo geral, o desenvolvimento de doenças crônicas causa diversos impactos para a sociedade e para o indivíduo. Para a sociedade, as consequências são o maior uso dos serviços de saúde e o alto impacto econômico das doenças crônicas para as famílias e para o Estado (Figueiredo, Ceccon, Figueiredo, 2021). Para o indivíduo, as DCNT implicam prejuízos na sua capacidade física, mental e na sua independência (Mendes, 2012). Após o diagnóstico de uma doença crônica, o indivíduo pode apresentar resistência na adesão ao tratamento, piora da qualidade de vida e dificuldades emocionais e psicológicas para o enfrentamento da doença (Souto, 2020).

Considerando o processo de transição demográfica e epidemiológica, torna-se urgentemente necessário estabelecer serviços e programas de saúde capazes de lidar com as demandas emergentes do novo perfil epidemiológico do país (Vanzella, 2020). Assim, a integração dos serviços de Vigilância em Saúde, da APS e da Rede de Atenção à Saúde é fundamental para o cuidado integral e longitudinal dos usuários de doenças crônicas.

A Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis refere-se ao conjunto de iniciativas voltadas para compreender o cenário de incidência, tendências e alterações nos fatores que influenciam a saúde das populações

(Brasil, 2021). Seu objetivo principal é recomendar e implementar medidas para prevenir e controlar doenças crônicas não transmissíveis – com foco no grupo de doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, neoplasias e diabetes -, acidentes, violências e seus fatores de risco. Além disso, visa promover a saúde da população por meio de ações e estratégias específicas, relacionadas a diversos fatores, condicionantes e determinantes sociais, com destaque para os fatores de risco modificáveis como o tabagismo, consumo excessivo de álcool, alimentação não saudável e inatividade física (Brasil, 2024). Para o alcance desse objetivo, é cada vez mais premente a reorganização dos serviços de saúde a partir do nível da Atenção Primária em Saúde (APS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), que desde 1994 vem se firmado como modelo de atenção à saúde no Brasil, com esforços para avaliar e monitorar resultados em saúde como a iniciativa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade e o recente modelo de financiamento, o Previnde Brasil (Harzheim et al., 2022).

A ESF desempenha um papel essencial na prestação de cuidados a pessoas com doenças crônicas ao se colocar como ordenadora do cuidado, tendo suas potencialidades evidentes no trabalho das equipes relacionadas à priorização do acesso, à ampla oferta de serviços e ao reconhecimento da realidade da comunidade e da família (Soares et al., 2024). Entretanto, para assumir esse papel é necessário passar por reformas profundas que permitam o enfrentamento das condições crônicas (Mendes, 2012). Evidências apontam como dificuldades nos cuidados da doença crônica na APS a falta do vínculo que torna difícil o acompanhamento longitudinal do usuário; a prática de resposta à demanda que impossibilita a busca de ações educativas mais efetivas e inovadoras e a desresponsabilização pelo usuário diante dos entraves na rede, observada na falta de atendimento vinculado, integrado e humanizado (Mendes, 2012; Silocchi, Junges, 2017). Como ponto forte, a visita domiciliar e a busca ativa das pessoas com DCNT realizada pelos ACS foram considerados facilitadores do fluxo das pessoas com DCNT entre os pontos de atenção da rede de saúde (Draeger et al., 2022).

O estabelecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) - entendida como estruturas compostas por uma série de serviços de saúde interligados por uma missão compartilhada, com objetivos comuns, que possibilitam oferecer

cuidados contínuos e abrangentes a uma população específica, coordenados pela APS - exigiu adaptações nos serviços para garantir cuidados completos, especialmente às condições crônicas (Mendes, 2010; Mendes, 2014).

O cuidado de usuários com doenças crônicas deve se dar de forma integral e essa atenção integral só é possível se o cuidado for organizado em rede (Brasil, 2014). O Modelo de Atenção às Condições Crônicas propõe acesso coordenado pela APS, trabalho colaborativo entre especialistas e generalistas, atenção focada no cuidado multiprofissional, tomada de decisões baseadas em evidências, entre outras medidas (Marques, et al., 2022).

Nesse contexto, surge a conformação das Redes temáticas que se caracterizam pela organização da atenção através de redes para subpopulações (gestantes, crianças, idosos) e/ou temas específicos (doenças crônicas, urgência/emergência, saúde mental) (Chueiri et al., 2014), como por exemplo a Rede de Cuidado à Pessoa com Doença Crônica (RASPDC),—instituída pela Portaria GM nº 252 de 19 de fevereiro de 2013 e redefinida pela Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014 (Brasil, 2014).

A referida Portaria estabelece diretrizes para organizar suas linhas de cuidado, com foco especial em doenças renais e cardiovasculares, diabetes, sobrepeso e obesidade, doenças respiratórias crônicas, câncer de mama e colo uterino. Essas diretrizes se estruturam em seis componentes de atenção: atenção básica; atenção especializada, dividida em ambulatorial especializada, hospitalar e urgência e emergência; sistema de apoio; sistema logístico; regulação; e governança (Brasil, 2013).

Do conjunto de atividades voltadas para o manejo de pessoas com condições crônicas no SUS, é evidente que as linhas de cuidado, caracterizados por fluxos de atendimento que precisam ser assegurados ao usuário para atender às suas necessidades de saúde, representam desafios urgentes e ainda não foram adequadamente implementadas (Bonatti, et al., 2021). O cerne desse modelo reside na geração de informação entre os serviços de saúde, na avaliação e estratificação das pessoas e subpopulações por meio de ações de promoção, prevenção, gestão clínica e gestão de casos (Brasil, 2014). Isso implica intervir nos fatores de risco e nos determinantes sociais da saúde, promovendo o autogerenciamento, otimizando terapias e garantindo o acompanhamento adequado.

2. CONTEXTO HISTÓRICO

A implementação contínua e em expansão do SUS possibilitou um aumento significativo no acesso aos serviços de saúde e promoveu um forte controle social (Duncan et al., 2012). Isso tem tornado possível o desenvolvimento de diversas políticas públicas para combater as Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis.

Uma das políticas em destaque nesse contexto é a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) aprovada por meio da Portaria nº 687, de 30 de março de 2006 (Brasil, 2006) e redefinida pela Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014 (Brasil, 2014).

A PNPS fundamenta-se no conceito abrangente de saúde e na abordagem teórica da promoção da saúde, que compreende uma variedade de estratégias para promover a saúde tanto a nível individual quanto coletivo. Nesta perspectiva, ao adotar uma visão expandida do processo de saúde-doença, a Promoção da Saúde tornou-se um impulsionador de abordagens inovadoras para conceber e implementar cuidados nos sistemas de saúde, enfatizando a adoção de estratégias alinhadas aos princípios da integralidade e da equidade, além de sensíveis às necessidades da população em seus territórios (Bagrichevsky, 2021). É crucial destacar a importância da articulação com outras políticas públicas e setores diversos para enfrentar de forma eficaz problemas que não podem ser resolvidos exclusivamente por meio das medidas adotadas no campo da saúde (Gonçalves et al., 2020).

Outra política em destaque nesse cenário é a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Com relação às intervenções em alimentação e nutrição, um estudo mostrou que, inicialmente, ações de nutrição na APS tinham um foco maior na luta contra a fome, desnutrição e deficiências de micronutrientes (Bortolini et al., 2022). A partir de 2006, houve uma mudança de ênfase para a prevenção e tratamento de condições como obesidade e outras doenças crônicas não transmissíveis, ao mesmo tempo em que se promovia uma alimentação adequada e saudável. Ao longo desse período, essas ações foram caracterizadas por uma abordagem interdisciplinar significativa, com a APS

sendo reconhecida como um campo prioritário de atuação dentro do SUS (Brasil, 2013; Bortolini, et al., 2022). No entanto, a universalização dessas intervenções em alimentação e nutrição na APS permanece um desafio atual.

Uma política que favorece as ações de promoção de saúde é a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), instituída em 2006 (BRASIL, 2006). A estruturação das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) nos serviços do SUS, especialmente a APS, promove a integralidade do cuidado e amplia as possibilidades de que os usuários sejam ativamente incluídos como sujeitos de seus tratamentos (Habimorad et al., 2020).

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) merece destaque no cenário de promoção da saúde e das DANT. A PNSI LGBT reconhece os impactos negativos dos processos discriminatórios, da violência e da exclusão na saúde da comunidade LGBT e direciona seus esforços para promover a equidade na saúde (Silva et al., 2020).

O alinhamento das políticas nacionais e locais com as metas globais relacionadas à saúde e acordos internacionais são cruciais para formulação de políticas e para o acompanhamento do progresso alcançado (Buss, 2019). Nesse contexto, destaca-se a Agenda do Desenvolvimento Sustentável 2030 e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (ONU, 2024). Esse conjunto de indicadores e metas estabelecidos para o monitoramento global desempenham um papel fundamental ao aumentar a visibilidade, conscientização e comprometimento político tanto em nível global quanto em cada país (Malta, Silva, 2013). Isso promove uma agenda mais coordenada na prevenção e controle das DCNT.

Após contínuos declínios desde a década de 90, em 2015, ocorreu uma tendência de aumento nas taxas de mortalidade prematuras de todas as DCNT e de cada grupo de DCNT (Malta et al., 2030). Em 2017, a mortalidade proporcional por DCNT correspondeu a 28% do total de mortes no Brasil e, destas, 41,3% constituiu de mortes prematuras, ou seja, na faixa etária de 30 a 69 anos de idade (Malta et al., 2030). Esse cenário motivou a Organização das Nações Unidas (ONU) a estabelecer a meta de redução em 30% da taxa de

mortalidade prematura por DCNT por meio de medidas de promoção, prevenção e tratamento até 2030 (ONU, 2015).

O desafio das violências e dos acidentes é alarmante no contexto brasileiro. Além das 150 mil vidas perdidas prematuramente a cada ano no país, esses agravos geram incapacidades, perda da qualidade de vida e importantes impactos econômicos (Malta, Souza, 2020). As violências e os acidentes também ampliam as desigualdades sociais pois acometem principalmente populações vulneráveis, de baixa escolaridade, baixa renda, jovens, negros e mulheres (Malta, Souza, 2020). Assim, a ONU também estabeleceu diversas metas relacionadas à essas questões, incluindo a redução em 50% das fatalidades no trânsito, a promoção do acesso a sistemas de transporte seguros e sustentáveis, a ampliação do transporte público, a erradicação da violência contra mulheres e meninas, a diminuição em um terço das taxas de feminicídio e homicídios de crianças, adolescentes, jovens, negros, indígenas, mulheres e pessoas LGBT, bem como a redução dos fluxos financeiros e do comércio ilegal de armas, entre outros (ONU, 2015).

Além das DCNT e acidentes e violência, a Vigilância de Anomalias Congênitas está incluída no rol de ações do Departamento de Análise em Saúde e Vigilância das Doenças Não Transmissíveis (DASNT) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Assim, na SAPAPVS, a DANT é a área técnica responsável pela estruturação e implantação da vigilância nacional de anomalias congênitas.

As Anomalias Congênitas são definidas como alterações estruturais ou funcionais que ocorrem durante o desenvolvimento do feto e podem ser detectadas antes, durante ou após o nascimento. Os fatores de risco podem ser genéticos, infecciosos, nutricionais e ambientais (WHO, 2024).

Estima-se que em todo o mundo, pelo menos 6% dos Nascidos Vivos são diagnosticados com alguma anomalia congênita (WHO, 2024). Aproximadamente, 300 mil crianças no mundo morrem entre a 1ª e 4ª semana de vida devido à presença de alguma anomalia congênita (Brasil, 2021a). No Brasil destaca-se como uma das maiores causas de mortalidade infantil (Brasil, 2023).

A partir da Lei n.º 13.685, de 25 de junho de 2018, a notificação das anomalias congênitas tornou-se compulsória no Brasil. Tal notificação deve ser realizada a partir do registro da Declaração de Nascido Vivo (DNV), documento base do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) (Brasil, 2018).

Com o objetivo de aprimorar e fortalecer o diagnóstico de anomalias congênitas ao nascimento e sua notificação no SINASC, o Ministério da Saúde em parceria com especialistas afins elaborou uma lista de anomalias consideradas prioritárias para a vigilância (Brasil, 2022). Essas anomalias foram selecionadas em função de seu fácil diagnóstico ao nascimento e possibilidade de intervenção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo subdivididas em oito grupos (Figura 1).

Figura 1 – Lista de anomalias congênitas prioritárias para propósitos de vigilância nacional, classificadas de acordo com a CID-10.

Grupo de Anomalias	Código da CID-10	Descrição
Defeitos do Tubo Neural	Q00.0	Anencefalia
	Q00.1	Craniorraquisquise
	Q00.2	Iniencefalia
	Q01	Encefalocele
	Q05	Espinha Bífida
Microcefalia	Q02	Microcefalia
Cardiopatias Congênitas	Q20	Malformações congênitas das câmaras e das comunicações cardíacas
	Q21	Malformações congênitas dos septos cardíacos
	Q22	Malformações congênitas das válvulas pulmonar e tricúspide
	Q23	Malformações congênitas das válvulas aórtica e mitral
	Q24	Outras malformações congênitas do coração
	Q25	Malformações congênitas das grandes artérias
	Q26	Malformações congênitas das grandes veias
	Q27	Outras malformações congênitas do sistema vascular periférico
	Q28	Outras malformações congênitas do aparelho circulatório
Fendas orais	Q35	Fenda palatina
	Q36	Fenda labial
	Q37	Fenda labial com fenda palatina
Anomalias de órgãos genitais	Q54	Hipospádia
	Q56	Sexo indeterminado e pseudo hermafroditismo
Defeitos de membros	Q66	Deformidades congênitas do pé
	Q69	Polidactilia
	Q71	Defeitos, por redução, do membro superior
	Q72	Defeitos por redução de membro não especificado
	Q73	Defeitos, por redução, do membro inferior
	Q74.3	Artrogripose congênita múltipla
Defeitos de pared abdominal	Q79.2	Exonfalia
	Q79.3	Gastrosquise
Síndrome de Down	Q90	Síndrome de Down

Fonte: BRASIL, 2023.

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, com vigência no período de 2011 a 2022. No referido Plano foram

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

Em 2021, o Ministério da Saúde elaborou um novo documento, alinhado às novas pactuações dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que incluiu os Agravos Não Transmissíveis (acidentes e violência), ampliando as propostas do Plano DCNT para um Plano mais completo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), com vigência de 2021 a 2030 (Brasil, 2021). O Plano de Enfrentamento às DANT do Ministério da Saúde é um instrumento de apoio ao planejamento em saúde e contempla as DCNT e seus fatores de risco, as violências e os acidentes. O documento apresenta indicadores e metas a serem alcançadas até 2030 e ações estratégicas para promoção da saúde, prevenção, produção do cuidado e da assistência para o enfrentamento das DANT e dos fatores de risco divididas em quatro eixos: Vigilância em Saúde, Atenção Integral à Saúde, Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde.

Assim, torna-se necessário a construção compartilhada, integrada e pactuada com a Vigilância em Saúde, Atenção Primária em Saúde e a Rede de Assistência à Saúde.

3. JUSTIFICATIVA

Devido à natureza multifatorial das DCNT, abordagens de prevenção e tratamento geralmente envolvem uma combinação de intervenções que visam modificar os diferentes fatores de risco. Isso pode incluir mudanças no estilo de vida, políticas públicas de saúde, intervenções médicas e programas de educação para conscientização sobre os fatores de risco.

A situação epidemiológica das DANT no Estado do Maranhão é preocupante. As DCNT estão entre as principais causas de mortalidade nos últimos dez anos no Maranhão, destacando-se, em primeiro lugar o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), em segundo o Acidente Vascular Cerebral (AVC), em

terceiro a Diabetes Mellitus (DM), seguido das Causas Externas e Hipertensão (Plano Estadual de Saúde do Maranhão, 2023).

Segundo os dados da Secretaria Estadual de Saúde, a taxa prematura de mortalidade por DCNT (óbitos por doenças cardiovasculares, câncer, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas na faixa de 30 a 69 anos) passou de 261,0 em 2013 para 274,0 óbitos/100 mil hab. em 2022. Dentre as quatro DCNT, as doenças do aparelho cardiovascular apresentam maiores taxas de mortalidade prematura de óbitos. Do total de óbitos residentes no Estado, as causas externas representavam 15,6% no ano de 2013 e 11,6% em 2023. A maior concentração dos óbitos por causas externas é por agressão e acidente de transporte. Vale ressaltar um aumento no número e proporção de lesões autoprovocadas em todo o Estado, especialmente entre homens e na faixa etária de 20 a 59 anos de idade. Entre os dez procedimentos mais frequentes de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária também estão os agravos crônicos, como as doenças crônicas das vias aéreas inferiores, crise hipertensiva, DM e AVC (Plano Estadual de Saúde do Maranhão, 2023)..

Isto posto, é imprescindível a elaboração de um instrumento de apoio ao planejamento em saúde, com definição de ações prioritárias e metas para a prevenção e controle das DANT e de seus fatores de risco. Esse instrumento é o Plano Estadual de Enfrentamento às Doenças e Agravos Não Transmissíveis do Maranhão, uma referência das ações estratégicas frente ao quadro epidemiológico de morbimortalidade do Estado. A seguir apresenta-se uma análise detalhada sobre os indicadores de mortalidade por DANT, segundo Macrorregião de Saúde, com vistas a subsidiar as metas propostas no referido Plano.

4. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO MARANHÃO

4.1 Aspectos sociodemográficos

O Estado do Maranhão é um dos estados pertencentes a região Nordeste e abrange uma área de 329.642 Km², tendo como limites o Oceano Atlântico a Norte, o Estado do Piauí a Leste, Tocantins ao Sul e o Pará a Oeste. Segundo os dados do último Censo do Instituto de 6.775.805 pessoas em 2022, distribuídos em 217 municípios. A densidade demográfica do Maranhão é de

20,55 habitantes por quilômetro quadrado. O rendimento nominal mensal domiciliar per capita em 2023 no Maranhão foi de R\$ 945,00. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi de 0,676, em 2021 (IBGE, 2024).

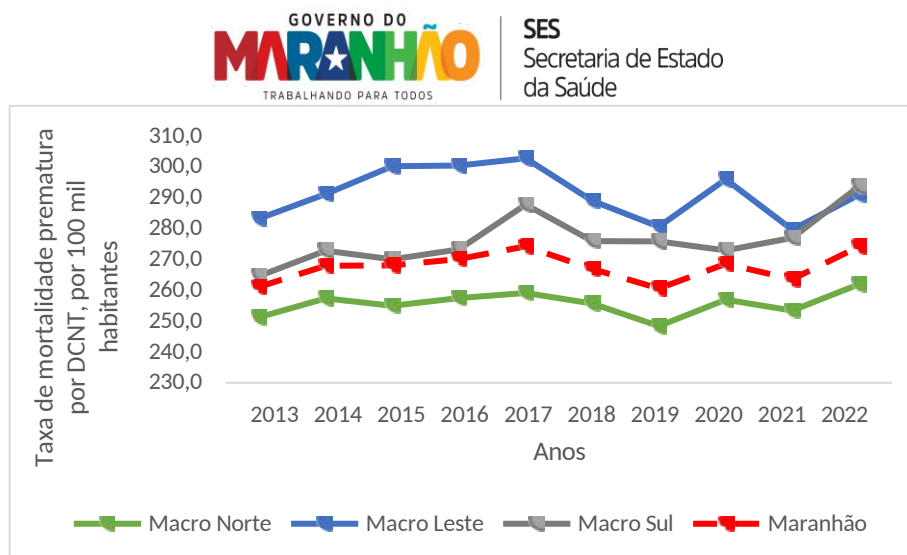
A seguir será apresentada a situação epidemiológica das DANT no Estado do Maranhão, por Macrorregião de Saúde (Norte, Leste e Sul) e por Unidade Regional de Saúde (URS).

4.2 Doenças Crônicas Não Transmissíveis

No Maranhão, considerando a série histórica de 2013 a 2022, a taxa prematura de mortalidade por DCNT (30 a 69 anos) aumentou, por 100.000 habitantes passou de 261,0 em 2013 para 274 óbitos/100 mil hab. em 2022. A análise por Macrorregião mostrou que o aumento da taxa de mortalidade prematura foi mais evidente na Macro Sul, onde houve um incremento de 11% no período, encerrando a série histórica com 293,4 óbitos/100 mil hab.

A Macrorregião Sul é a macrorregião que apresenta a segunda maior taxa de mortalidade, finalizando a série histórica em 293,4 óbitos/100 mil habitantes (Gráfico 1).

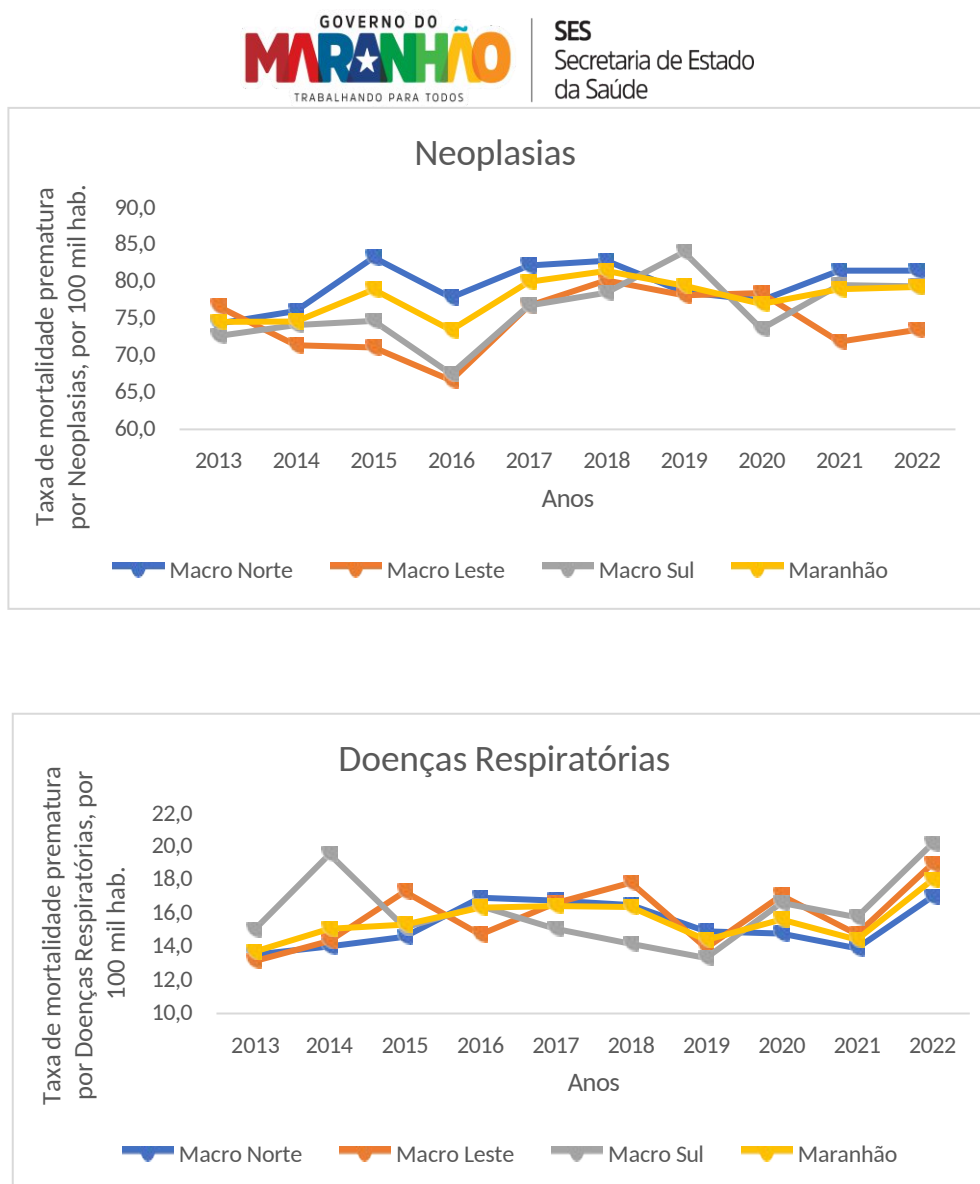
Gráfico 1. Taxa de Mortalidade Prematura por DCNT (30 a 69 anos), por 100.000 hab, em residentes do Maranhão, segundo Macrorregiões de Saúde, 2013 a 2022.

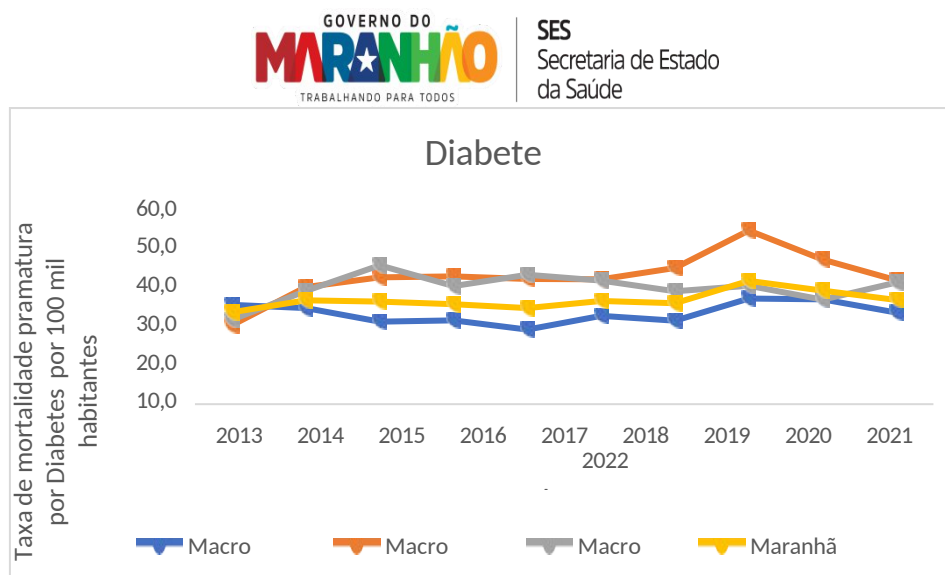
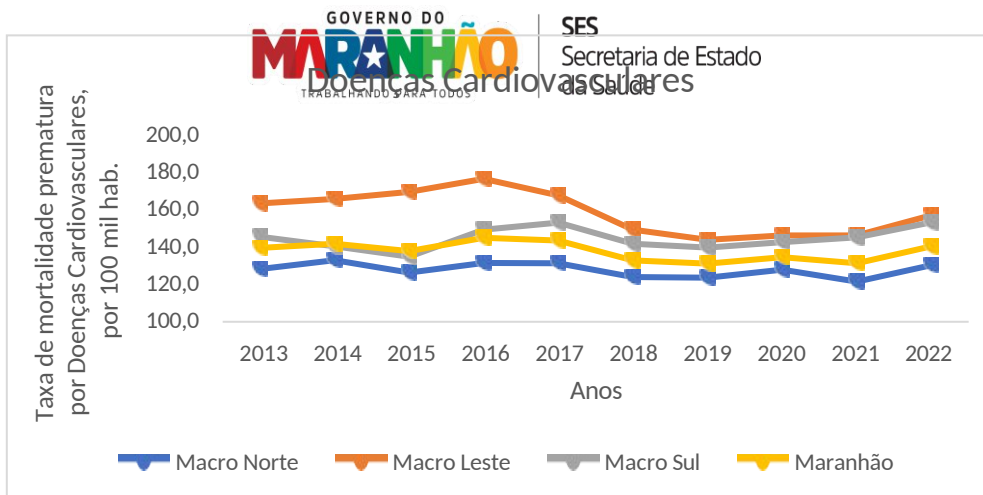


Fonte: SIM/SES/MA. Dados captados em 25/07/2023, sujeito a revisão.

No que tange à taxa de mortalidade prematura por grupo de DCNT, ao longo da série histórica, as doenças do aparelho cardiovascular apresentam maiores taxas de mortalidade prematura de óbitos em todas as Macrorregiões de Saúde, seguida pelo câncer, diabetes mellitus e pelas doenças crônicas do aparelho respiratório (Gráfico 2).

Gráfico 2. Taxa de Mortalidade Prematura (30 a 69 anos) dos quatro grupos principais de DCNT (Diabetes, Neoplasias, Doenças Respiratórias e Doenças cardiovasculares), segundo Macrorregião de Saúde. Maranhão, 2013 a 2022.





Fonte: SIM/SES/MA. Dados captados em 25/07/2023, sujeito a revisão.

4.1.1 Doenças cardiovasculares

As doenças cardiovasculares, dentre as quatro principais DCNT, é a que apresentou maior taxa de mortalidade prematura no período analisado. Observou-se que a macrorregião Leste, apesar do indicador ter diminuído no período (passou de 163,2 em 2013 para 156,8 óbitos/100mil hab. em 2022), continua sendo a que apresenta a maior taxa de mortalidade pela doença no Estado (Gráfico 2).

4.1.2 Diabetes

A taxa de mortalidade prematura por diabetes aumentou em todas as macrorregiões no ano de 2020. No último ano da série (2022) as macrorregiões Leste e Sul tiveram as maiores taxas, 41,6 e 41,0 óbitos/100 mil hab., respectivamente (Gráfico 2).

A taxa de mortalidade por diabetes na população geral aumentou no Maranhão no período analisado, passando de 34,2 em 2013 para 37,6 óbitos por 100 mil hab. em 2022. No ano de 2020, a taxa aumentou em todas as macrorregiões de saúde do Maranhão, atingindo as maiores taxas dentro do período analisado. A macrorregião Leste é a macrorregião de saúde com as maiores taxas no período analisado, encerrando o ano de 2022 com 46,4 óbitos por 100 mil hab. (Tabela 1).

Tabela 1. Taxa de Mortalidade (100 mil) por Diabetes Mellitus, população geral residente, Maranhão, 2015 a 2022.

Macrorregião	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Norte	30,2	29,6	31,2	34,2	34,4	40,0	37,7	33,1
Leste	40,4	39,6	40,1	42,1	46,6	51,1	48,3	46,4
Sul	40,0	36,2	40,7	42,2	40,8	37,9	37,8	39,5
Maranhão	34,2	33,4	33,8	36,5	37,5	42,3	40,1	37,6

Fonte: SIM/SES-MA 2023.

A taxa de mortalidade por hipertensão na população geral teve um ligeiro aumento no Maranhão no período analisado, passando de 13,4 em 2013 para 14,0 óbitos por 100 mil hab. em 2022. No ano de 2020, a taxa aumentou em todas as macrorregiões de saúde do Maranhão, atingindo as maiores taxas dentro do período analisado. A macrorregião Leste é a macrorregião de saúde com as maiores taxas no período analisado, encerrando o ano de 2022 com 23,1 óbitos por 100 mil hab. (Tabela 2).

Tabela 2. Taxa de Mortalidade (100 mil) por Hipertensão Arterial Sistêmica, população geral residente, Maranhão, 2015 a 2022.

Macrorregião	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Norte	13,6	12,2	11,3	11,6	13,4	15,5	15,3	13,9
Leste	17,7	17,0	19,4	19,1	15,8	23,5	22,2	23,1
Sul	14,8	9,2	11,3	11,4	10,8	15,7	10,5	11,1
Maranhão	13,4	12,0	12,5	12,4	12,6	16,8	14,6	14,0

Fonte: SIM/SES-MA 2023.

Uma análise por Unidade Regional de Saúde (URS) mostrou que aquelas com maior taxa de mortalidade por Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foram: Caxias (27,63 – 36,93), Pedreiras (21,54 – 26,91) e Bacabal (30,30 – 23,31), entre os anos de 2015 a 2022. A regional de Pedreiras passa por um aumento na taxa (30,17) no ano de 2018, reduzindo nos anos seguintes (26,91, em 2022). A regional de Bacabal também passou por alterações na taxa, reduzindo para 26,91 em 2022.

Observa-se a regional de Caxias com uma constante entre os anos de 2015 a 2018, queda em 2019, voltando a subir anos seguintes. Existem indícios de que o aumento nos anos seguintes pode estar ligado a Pandemia do SarsCov-2 (COVID-19). Segundo especialistas da Sociedade Brasileira de Cardiologia, há várias ligações entre a pressão arterial e a COVID-19. Uma delas é o dado epidemiológico inicial: em 2020 ficou claro que a hipertensão arterial foi o fator de risco mais importante para a morte de pacientes com Covid-19. No fim de 2021 e início de 2022, percebeu-se que pessoas que não tinham nenhuma história de hipertensão arterial, mas que tiveram COVID-19 confirmada, começaram a apresentar pressão alta, o que pode indicar o aumento da taxa em algumas regiões.

Amplas são as evidências sobre a viabilidade da prevenção, tanto das doenças como de suas complicações, e sobre as melhores estratégias de redução dos riscos multifatoriais, que devem ser interdisciplinares e abarcar todo o microssistema clínico, em especial a APS e a AAE, envolvendo o usuário portador de ambas ou de uma dessas condições (Brasil, 2020).

4.1.3 Doenças respiratórias crônicas

A taxa de mortalidade prematura por doenças respiratórias aumentou no Estado e em todas as macrorregiões de saúde. O maior aumento da taxa no período analisado foi observado na macrorregião Leste (aumento de 44%). No fim do período analisado (ano de 2022), a maior taxa de mortalidade foi observada na macrorregião Sul (20,1 óbitos/100 mil hab.) (Gráfico 2).

4.1.4 Neoplasias

A taxa de mortalidade prematura por neoplasias aumentou no Estado no período analisado, passou de 74,5 em 2013 para 79,2 óbitos/100mil hab. Na macrorregião Leste, a maior taxa de mortalidade prematura por neoplasia foi observada no ano de 2018 (80,1 óbitos/100mil habitantes) e na macrorregião Sul, a maior taxa de mortalidade foi no ano de 2019 (83,9 óbitos/100mil hab.). A Macrorregião Norte encerrou a série histórica com a maior taxa de mortalidade prematura por neoplasia (ano de 2022: 81,4 óbitos/100 mil hab.) (Gráfico 2).

As neoplasias têm apresentado crescimento de casos novos e da taxa bruta de mortalidade, para todos os tipos de câncer no período de 2012 a 2022.

Nos homens, na estimativa para o triênio atual (2020-2022), observa-se uma maior frequência para homens nos casos novos de câncer de próstata, estimando-se 1.850 registros (52,57 casos novos /100 mil hab.), para câncer de estômago é de 280 registros (8,02 casos novos/100 mil hab.), seguido de traqueia/brônquio/pulmão com 270 registros (7,81 casos novos/100 mil hab.) e colón/reto com 210 casos estimados (5,86 casos novos/100 mil hab.) (Tabela 3).

Nas mulheres, os casos novos de maior frequência foram o câncer de colo de útero com 890 casos estimados, correspondendo a 24,74 casos novos /100 mil hab., seguido do câncer de mamas com 840 casos (23,30 casos novos /100 mil hab.); da glândula tireoide com 240 registros (6,69 casos novos /100 mil hab.) e colón/reto com 240 casos estimados (6,57 casos novos por 100 mil hab.) (Tabela 3).

Tabela 3 – Estimativas do número de casos e da taxa de mortalidade bruta de câncer, por sexo. Maranhão, 2013 a 2022.

LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA NEOPLASIA MALIGNA	2012-2013			2014-2015			2016-2017			2018-2019			2020-2022							
	M	F		M	F		M	F		M	F		M	F						
	Tx.			Tx.			Tx.			Tx.			Tx.			Tx.				
	Casos	Bruta	Casos	Bruta	Casos	Bruta	Casos	Bruta	Casos	Bruta	Casos	Bruta	Casos	Bruta	Casos	Bruta	Casos	Bruta		
Próstata	900	27,69	-	910	27,68	-	1050	31,61	-	1220	34,99	-	1850	52,57	-					
Mama Feminina	-		460	13,97	-	570	17,03	-	650	19,3	-	720	20,26	-	840	23,3				
Colo de Útero	-		780	23,6	-	880	26,25	-	970	28,57	-	1090	30,55	-	890	24,74				
Traqueia, Brônquio e Pulmão	170	5,32	110	3,26	190	5,74	130	3,77	210	6,38	150	4,4	240	6,93	170	4,74	270	7,81	200	5,54
Cólon e Reto	90	2,83	110	3,48	80	2,42	130	3,94	120	3,57	150	4,58	160	4,71	170	4,83	210	5,86	240	6,57
Estômago	200	6,18	100	3,06	230	6,91	120	3,5	240	7,21	130	3,78	270	7,73	150	4,24	280	8,02	160	4,38
Cavidade Oral	60	1,88	40	1,12	70	2,06	50	1,52	70	2,12	60	1,77	80	2,28	50	1,41	100	2,87	70	1,82
Laringe	50	1,5	-		50	1,41	20	0,55	50	1,56	20	0,65	70	2,06	20	0,54	80	2,14	20	0,54
Bexiga	30	*		0,43	40	1,27	20	0,56	50	1,43	20	0,63	60	1,64	30	0,87	70	2	30	0,87
Esôfago	40		20	0,62	50	1,46	20	0,59	50	1,42	20	0,55	60	1,63	20	0,65	60	1,67	20	0,65
Ovário	-		90	2,69	-		80	2,3	-		100	2,98	-		110	3,16	-		140	3,75
Glândula Tireoide	-		140	4,37	30	0,78	120	3,54	40	1,25	110	3,41	40	1,27	180	5,18	50	1,37	240	6,69
Sistema Nervoso Central	70	2,08	60	1,85	90	2,73	60	1,73	210	6,38	70	2,07	110	3,23	90	2,4	120	3,51	100	2,68
Corpo de Útero	-		70	2,17	-		70	2,04	-		90	2,65	-		120	3,32	-		140	3,88

*Número menor que 15 casos / H – homem / M – mulher

Fonte: INCA, 2023.

No Maranhão, ressalta-se que o câncer que mais leva ao óbito em mulheres é o de colo de útero e mama, e, para os homens, é o de próstata e de brônquios ou pulmões para os homens (Tabela 4).

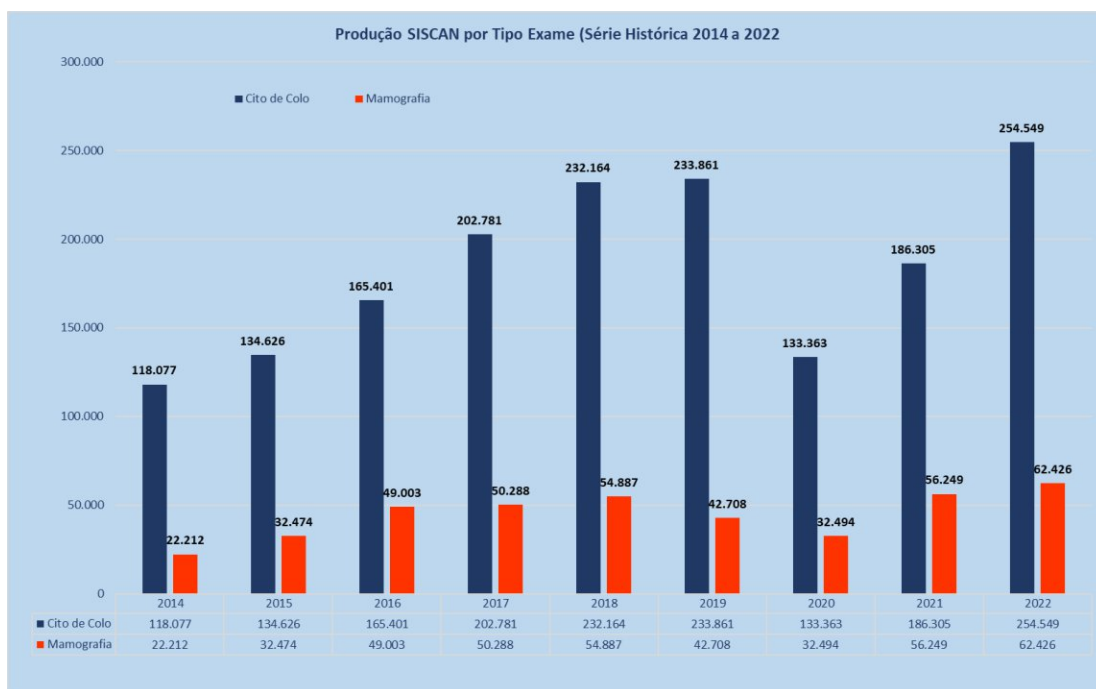
Tabela 4. Número de óbitos por neoplasias, por sexo, no Maranhão, 2013 a 2022.

SEXO	NEOPLASIAS	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
FEMININO	C53.9 Colo do útero NE	315	292	291	275	316	289	287	258	305	300	2.928
	C50.9 Mama NE	210	189	195	235	189	202	214	197	224	235	2.090
	C34.9 Brônquios ou pulmões NE	133	148	170	157	191	199	199	160	189	221	1.767
	C16.9 Estomago NE	177	149	194	188	155	168	201	150	149	185	1.716
MASCULINO	C61 Neoplasia maligna da próstata	327	328	370	382	411	376	384	443	356	378	3.755
	C34.9 Brônquios ou pulmões NE	220	215	234	244	225	290	235	222	230	221	2.336
	C16.9 Estomago NE	177	149	194	188	155	168	201	150	149	185	1.716

Fonte: INCA, 2023.

Quanto à realização de exames de mamografia e citopatológicos realizados no Maranhão, no período de 2014 a 2022, observa-se importante crescimento do número de exames, com queda no ano de 2020, voltando a aumentar em 2022 (Gráfico 3).

Gráfico 3. Número de exames de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos e número de citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos no Maranhão, 2014 a 2022.



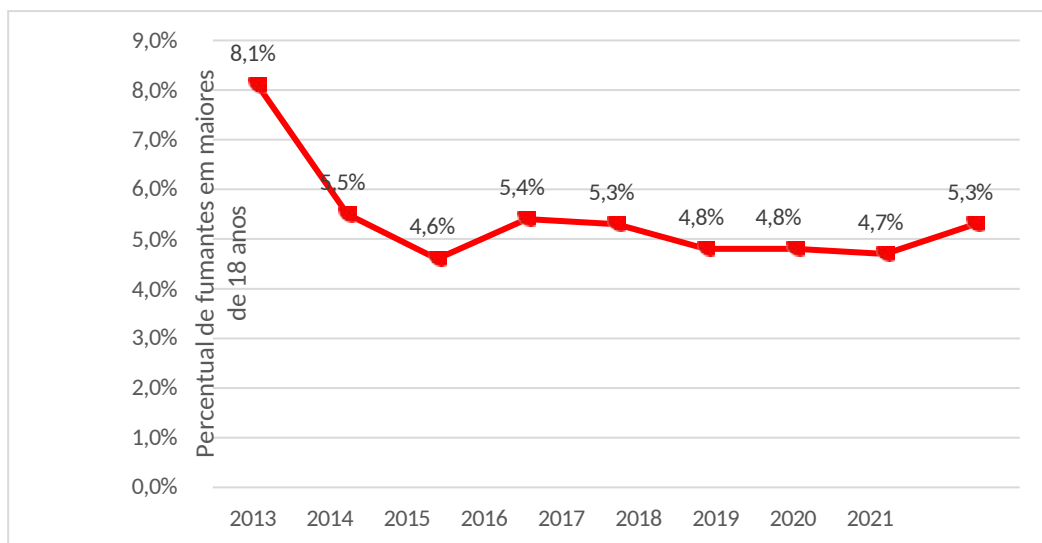
Fonte: SISCAN/ INCA/ MS, 2023. Dados atualizados até 15/01/2023.

4.2 Fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis

4.2.1 Tabagismo

Segundo a Pesquisa VIGITEL, realizada em todas as capitais brasileiras, incluindo a capital maranhense (São Luís), mostrou que a tendência da frequência de fumantes diminuiu no período de 2013 a 2021. Em 2013, 8,1% da população de 18 anos ou mais era fumante na capital maranhense, diminuindo para 5,3% no ano de 2021 (Gráfico 4).

Gráfico 4. Percentual de fumantes na população com 18 ou mais anos de idade, em São Luís, 2013 a 2021*.

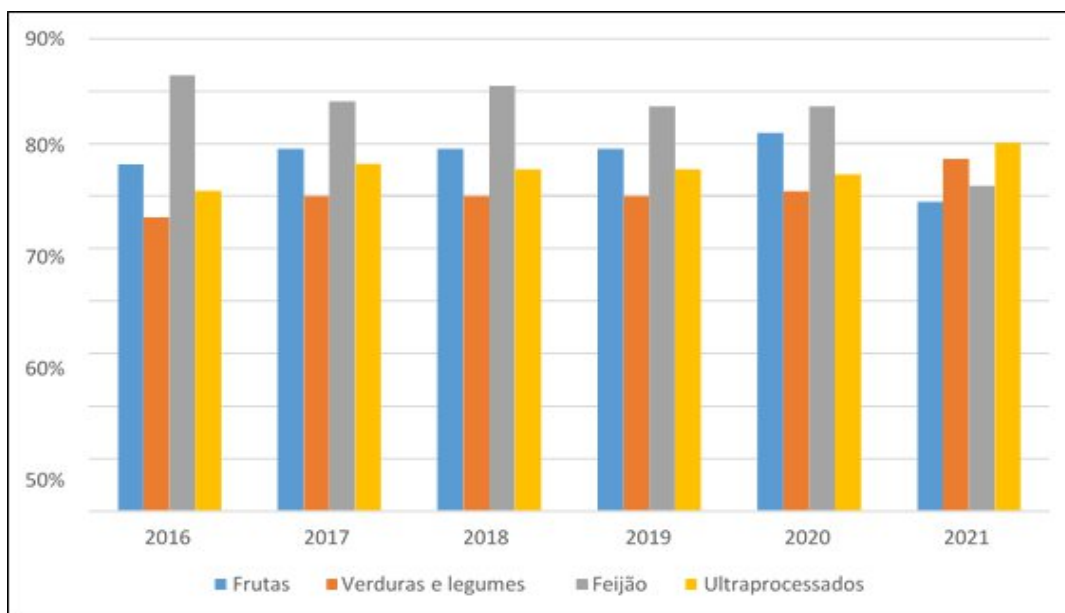


Fonte: Vigitel, 2021. *Dados disponíveis até o ano de 2021.

4.2.2 Alimentação não saudável

Com base nos dados de marcadores de consumo alimentar, do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), de 2016 a 2021, houve um aumento de 56% para 77% no percentual de consumo de verduras e legumes, assim como um aumento de 61% para 90% o consumo de alimentos ultraprocessados. Quanto ao consumo de feijão, em 2016 foi de 83% ao passo que em 2021 caiu para 62%. Em relação ao consumo de frutas, caiu de 66% para 59%.

Gráfico 5. Percentual de Consumo de alimentos in natura e ultraprocessados na população adulta do Maranhão, de 2016 a 2021.



Fonte: Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional-SISVAN, 2023.

4.2.3 Obesidade

Segundo os dados do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional, coletados na rotina de atendimentos da APS no estado do Maranhão, a prevalência de obesidade em adultos passou de 14,1% em 2013 para 21,5% em 2022 (Tabela 5). Dentre as macrorregiões, a Norte apresentou os maiores percentuais de obesidade no período analisado, finalizando a série com 12,0% de adultos com obesidade no ano de 2022.

Tabela 5. Prevalência de obesidade em adultos acompanhados na Atenção Primária à Saúde do Maranhão, por Macrorregiões, no período de 2013 a 2022.

Macrorregião	Período									
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Norte	8,3	9,4	9,8	9,2	9,2	10	10,2	11,1	12,1	12,0
Sul	2,3	2,4	2,9	2,2	3,2	3,7	3,4	4,3	4,5	4,9
Leste	3,5	3,9	4,2	3,9	4,6	4,1	4,7	4,9	5,1	4,7
Maranhão	14,1	15,8	17	16,6	17,2	18,7	19,3	20,4	21,	21,5

Fonte: Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional/Ministério da Saúde (2023)

A prevalência de obesidade em crianças de 5 a menores de 10 anos vem crescendo no estado. Em 2013, 9,0% das crianças foram classificadas com obesidade, e em 2022 aumentou para 11,1%. Dentre as macrorregiões, a Norte

apresentou as maiores prevalências, sendo o ano de 2022 o que teve maior prevalência no período analisado (6,5%) (Tabela 6).

Tabela 6. Prevalência de obesidade em crianças de 5 a menores de 10 anos, acompanhadas na Atenção Primária à Saúde do Maranhão, por Macrorregiões, no período de 2013 a 2022.

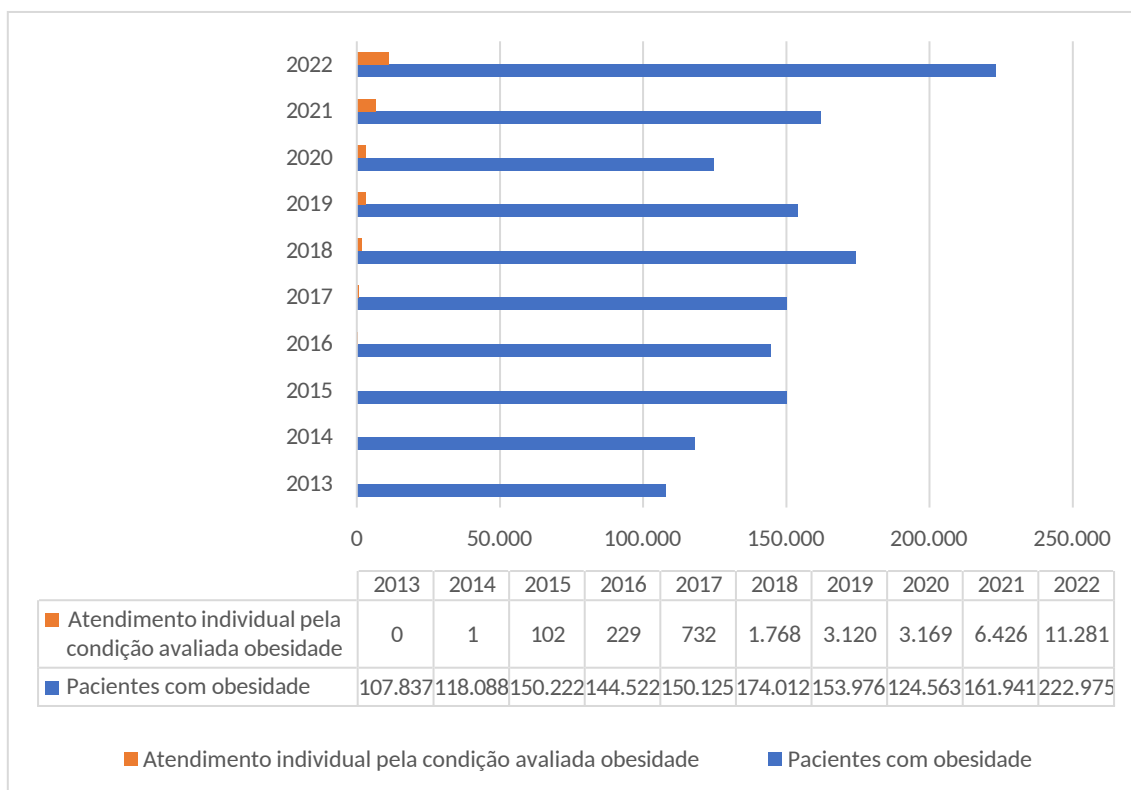
Macrorregião	Período									
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Norte	5,4	6,2	5,1	4,8	5,1	4,9	5,1	5,9	6,2	6,5
Sul	1,5	1,3	1,5	1,6	1,4	1,4	1,5	1,6	1,9	1,9
Leste	2,0	2,4	2,2	2,5	2,5	1,4	2,2	2,7	3,6	2,7
Maranhão	9,0	9,9	8,8	9,7	9,0	8,5	8,9	10,3	11,7	11,1

Fonte: Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional/Ministério da Saúde (2023).

No ano de 2022, segundo a condição obesidade, foram registrados 11.281 casos na APS e 222.975 adultos foram diagnosticados com obesidade no Estado do Maranhão (Gráfico 6).

No ano de 2018, do total de 174.012 adultos com obesidade foram registrados 1.768 para condição obesidade. Em 2019, esses registros somaram 3.120 de um total de 153.976 pessoas diagnosticadas com obesidade, passando para 6.426 registros em 2021, de um total de 161.941 adultos com obesidade. Ressalta-se que, ao longo do período avaliado houve um aumento dos registros de atendimento individual na APS da condição obesidade, porém ainda muito baixo. Esses dados demonstram que a quantidade de atendimentos ofertados para o tratamento da obesidade na APS não acompanha o elevado número de pacientes adultos diagnosticados com esse agravo nutricional no estado.

Gráfico 6. Número de atendimentos individuais pela condição avaliada obesidade em comparação a quantidade de adultos identificados com obesidade na APS de 2013 a 2022 no estado do Maranhão.



Fonte: Dados do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

No Maranhão, segundo dados do SISVAN, em 2022, foram registrados 36,98% de adultos com sobrepeso, prevalência maior do que a registrada em 2016 de 33,54%. Assim como, a prevalência de obesidade na população adulta passou de 16,41% em 2016 para 36,98% em 2022.

4.3.1 Mortalidade por causas externas

No Maranhão, o número de óbitos por causas externas (acidentes e violência) passou de 5.112 em 2013 para 4.788 em 2022. Entre 2016 e 2019 houve uma redução, voltando a aumentar em 2020 e 2021. A Macro Norte é a com maior número de óbitos por causas externas, relativa à maior população residente do Estado (Tabela 7).

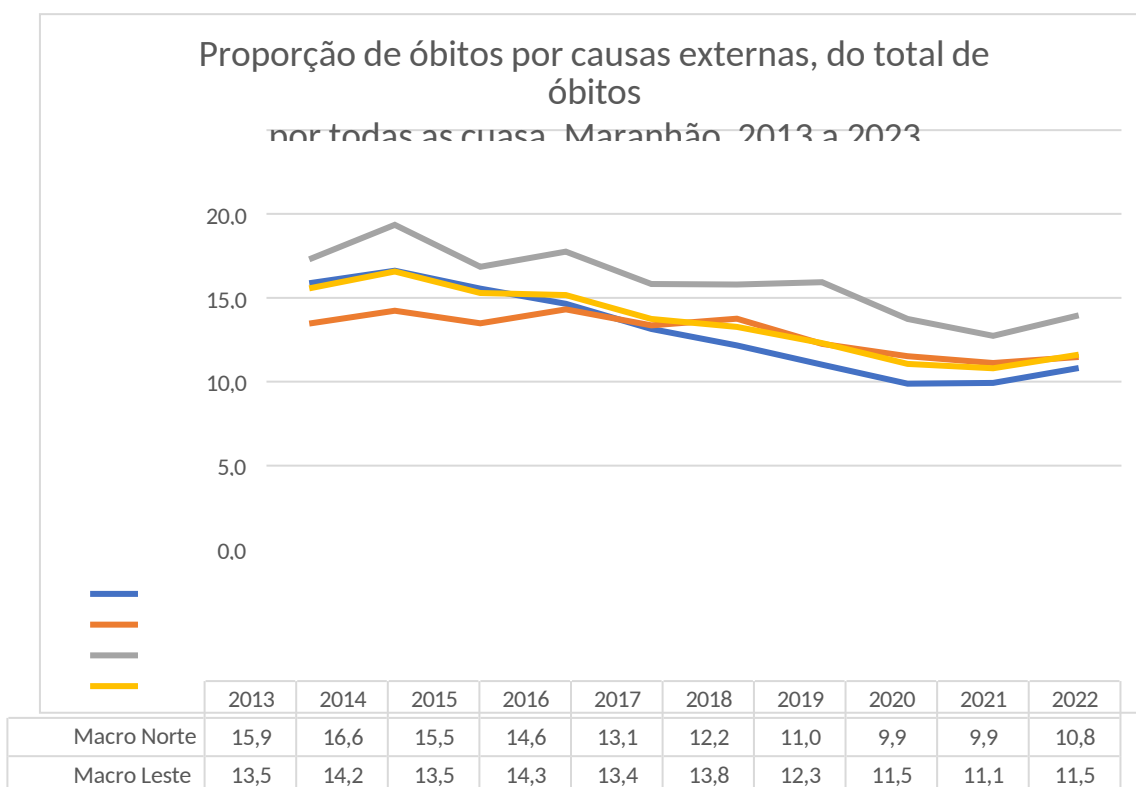
Tabela 7. Número de óbitos por causas externas, por macrorregião, Maranhão, 2013 a 2022.

Macrorregião	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Macro Norte	2.981	3.218	3.132	2.934	2.678	2.449	2.238	2.433	2.492	2.446
Macro Leste	1.064	1.155	1.174	1.265	1.214	1.224	1.113	1.288	1.280	1.189
Macro Sul	1.067	1.256	1.118	1.239	1.173	1.116	1.159	1.225	1.217	1.153
Maranhão	5.112	5.629	5.424	5.438	5.065	4.789	4.510	4.946	4.989	4.788

Fonte: SIM/SES/MA. Dados captados em 26/05/2023, sujeito a revisão.

Do total de óbitos residentes no Estado do Maranhão, as causas externas representavam 15,6% no ano de 2013 e 11,6% em 2022. Houve uma diminuição de 4,0 pontos percentuais na proporção de óbitos por causas externas no Maranhão, no período analisado. A Macrorregião Norte apresentou a maior redução percentual no período analisado, passando de 15,9% em 2013 para 10,8% em 2022. A macrorregião Sul apresentou a maior proporção de óbitos por causa externa em toda a série histórica, com estimativas acima do Estado, encerrando o ano de 2022 com 14,0% do total de óbitos sendo por causa externa (gráfico 1).

Gráfico 7. Percentual de óbitos por causas externas e residência, segundo Macrorregião de Saúde, Maranhão, 2013 a 2022.



Macro Sul	17,3	19,4	16,9	17,8	15,8	15,8	15,9	13,7	12,7	14,0
Maranhão	15,6	16,6	15,3	15,2	13,7	13,3	12,3	11,1	10,8	11,6

Fonte: SIM/SES/MA. Dados captados em 26/05/2023, sujeito a revisão.

No Maranhão, do total de óbitos por causas externas, a maior concentração de óbitos é por agressão e acidente de transporte. Na macrorregião Norte, a Agressão correspondente ao maior número de óbitos por causa externa, sendo quase duas vezes maior que o número de óbitos por acidente de transporte. Na Maerø Leste, no início da série histórica, o número de óbitos por acidentes de trânsito superava o de Agressões, no entanto, a partir do ano de 2020, o número de agressões superou o de acidentes de transporte. Na Maerø Sul, o número de agressões superou o de acidentes de transporte desde o ano de 2014 (Tabela 2). Vale ressaltar o aumento no percentual de lesões autoprovocadas em todas as macrorregiões (Tabela 8).

Tabela 8. Número de óbitos em residentes por causas externas, por grupo de causas, segundo Macrorregião de Saúde. Maranhão, 2013 a 2022.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Macro Norte										
Agressões	1.461	1.642	1.609	1.446	1.295	1.070	902	1.062	1.066	1.042
Intenção Indeterminada	91	104	103	105	43	34	29	47	55	64
Demais Causas Externas	64	83	79	102	83	100	158	59	100	86
Lesões Autoprovocadas	118	111	131	131	148	133	153	149	150	210
Outras Causas Externas de Lesões										
Acidentais	427	404	398	392	444	469	436	468	474	441
Acidentes de Transporte	820	874	812	758	665	643	560	648	647	603
Macro Leste										
Agressões	313	346	407	413	418	420	343	516	452	429
Intenção Indeterminada	27	17	23	26	28	27	29	19	31	35
Demais Causas Externas	5	10	10	10	10	16	19	4	10	13
Lesões Autoprovocadas	77	88	86	93	94	97	88	111	132	94
Outras Causas Externas de Lesões										
Acidentais	197	200	201	202	277	273	273	244	253	220
Acidentes de Transporte	445	494	447	521	387	391	361	394	402	398

Macro Sul										
Agressões Intenção Indeterminada	402	498	427	537	457	475	463	511	472	448
Demais Causas Externas	7	14	9	6	8	13	10	11	15	15
Lesões Autoprovocadas	2	8	11	7	8	8	20	9	7	10
Outras Causas Externas de Lesões	49	58	64	72	79	84	93	81	104	89
Acidentais	168	186	176	175	209	175	181	203	208	202
Acidentes de Transporte	439	492	431	442	412	361	392	410	411	389

Fonte: SIM/SES/MA. Dados captados em 26/05/2023, sujeito a revisão.

4.2.4 Violências autoprovocadas e interpessoal

Quanto à morbidade por violências interpessoal/autoprovocada, identificou-se um incremento na proporção de casos notificados de forma distinta entre as macrorregiões, sexo e faixa etária, no período de 2013 a 2022. A macrorregião Sul apresentou maior incremento na faixa etária de 20 a 39 anos de idade (aumento de 107,9%) no sexo masculino, enquanto, o sexo feminino a maior variação foi na faixa etária de 10 a 19 anos de idade na Macro Leste (aumento de 65,2%) (Tabela 9).

Contudo, vale ressaltar que os maiores decréscimos ocorreram na macrorregião Sul, nas faixas etárias de 0 a 9 anos de idade no sexo masculino (-60,8%) e em pessoas de 60 e mais anos de idade para o sexo feminino (-73,9%) (Tabela 9).

No entanto, o estado do Maranhão apresentou aumento percentual nas faixas etárias de 20 a 59 anos de idade entre os homens (57,1%). Entre as mulheres, o aumento ocorreu nas faixas etárias de 10 a 19 (40,1%) e 40 a 59 anos de idade (13,4%) (Tabela 9).

Tabela 9 - Proporção de casos de violência interpessoal/ autoprovocada de residentes do Maranhão, segundo sexo e faixa etária, por Macrorregião de Saúde, Maranhão, 2013 e 2022.

MACRORREGIÃO	Fx Etária	Masc			Fem		
		2013	2022	Δ%	2013	2022	Δ%
NORTE	0 a 9	18,1	11,6	-35,9	12,7	8,7	-31,5
	10 a 19	23,3	18,7	-19,7	33,9	36	6,2
	20-39	33,7	40,9	21,4	38,6	39,4	2,1
	40-59	14,8	19,4	31,1	10,3	12,7	23,3
	60 e +	10,1	9,4	-6,9	4,5	3,2	-28,9

MACRORREGIÃO LESTE	Fx Etária	Masc			Fem		
		2013	2022	Δ%	2013	2022	Δ%
		0 a 9	7,6	6,6	-13,2	5,8	6,1
10 a 19	20,1	17,4	-13,4	20,1	33,2	65,2	
20-39	52,1	48,6	-6,7	55,1	40,8	-26,0	
40-59	14	21,1	50,7	11,4	15,6	36,8	
60 e +	6,2	6,3	1,6	7,6	4,3	-43,4	

MACRORREGIÃO SUL	Fx Etária	Masc			Fem		
		2013	2022	Δ%	2013	2022	Δ%
		0 a 9	39,3	15,4	-60,8	14	9,3
10 a 19	16,5	12,9	-21,8	20,4	35,1	72,1	
20-39	24	49,9	107,9	46,7	42,9	-8,1	
40-59	9,5	13	36,8	12	10,9	-9,2	
60 e +	10,7	8,8	-17,8	6,9	1,8	-73,9	

MARANHÃO	Fx Etária	Masc			Fem		
		2013	2022	Δ%	2013	2022	Δ%
		0 a 9	19,6	11,3	-42,3	10,9	8,4
10 a 19	20,4	16,9	-17,2	25,2	35,3	40,1	
20-39	38,1	45,3	18,9	46,5	40,6	-12,7	
40-59	13,1	18,1	38,2	11,2	12,7	13,4	
60 e +	8,8	8,4	-4,5	6,2	3,0	-51,6	

Fonte: SINAN/SES/MA. Dados captados em 26/05/2023, sujeito a revisão.
Δ% (Variação percentual): (Valores de 2022 -2013) /valores 2013 * 100

4.2.5 Acidentes de Transporte Terrestre

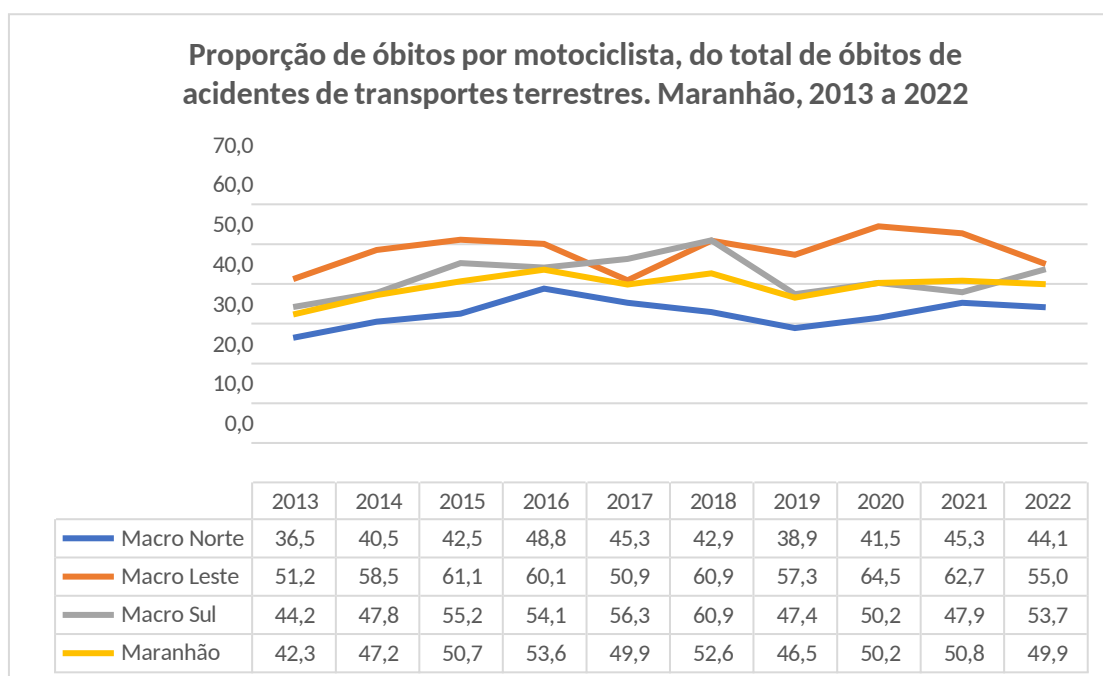
O Maranhão apresentou discreta diminuição no número de óbitos por acidente de transporte terrestre por motocicletas: passou de 721 em 2013 para 694 em 2022 (Tabela 10). Entretanto, a proporção de óbitos por acidentes de transporte em motociclistas, do total de óbitos por acidente de transporte terrestres, aumentou no período: passou de 42,3% em 2013 para 49,9% em 2022. A Macro Leste foi a que teve maior proporção de óbitos por motociclista, encerrando a série histórica com 55% dos óbitos por acidentes terrestres sendo de motociclista (Gráfico 8).

Tabela 10. Proporção de óbitos por acidentes de transporte terrestre e óbitos por acidentes de transporte em motociclistas, segundo Macrorregião de Saúde, Maranhão, 2013 e 2022.

Macrorregião	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Macro Norte	299	354	345	370	301	276	218	269	293	266
Macro Leste	228	289	273	313	197	238	207	254	252	219
Macro Sul	194	235	238	239	232	220	186	206	197	209
Maranhão	721	878	856	922	730	734	611	729	742	694

Fonte: SIM/SES/MA. Dados captados em 26/05/2023, sujeito a revisão.

Gráfico 8. Proporção de óbitos por acidentes de motociclistas, do total de óbitos por acidente de transporte terrestre, segundo Macrorregião de Saúde, Maranhão, 2013 e 2022.



Fonte: SIM/SES/MA. Dados captados em 26/05/2023, sujeito a revisão.

Devido aos acidentes de trânsito não constarem na lista nacional de notificação compulsória, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), e haver um número elevado de ocorrências no Estado do Maranhão, a Superintendência da Política de Atenção em Saúde no Trânsito elaborou um projeto piloto, denominado DONE - Registro de Notificação de Acidentes de Trânsito.

Esse instrumento deverá ser implantado, inicialmente, nas unidades hospitalares da Rede de Assistência à Saúde do Estado, e a alimentação das informações deverá ser realizado pelos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento às vítimas de acidentes de trânsito.

Os registros de acidentes de trânsito são importantes para os gestores locais, pois podem favorecer a captação de recursos para a adoção de medidas efetivas de

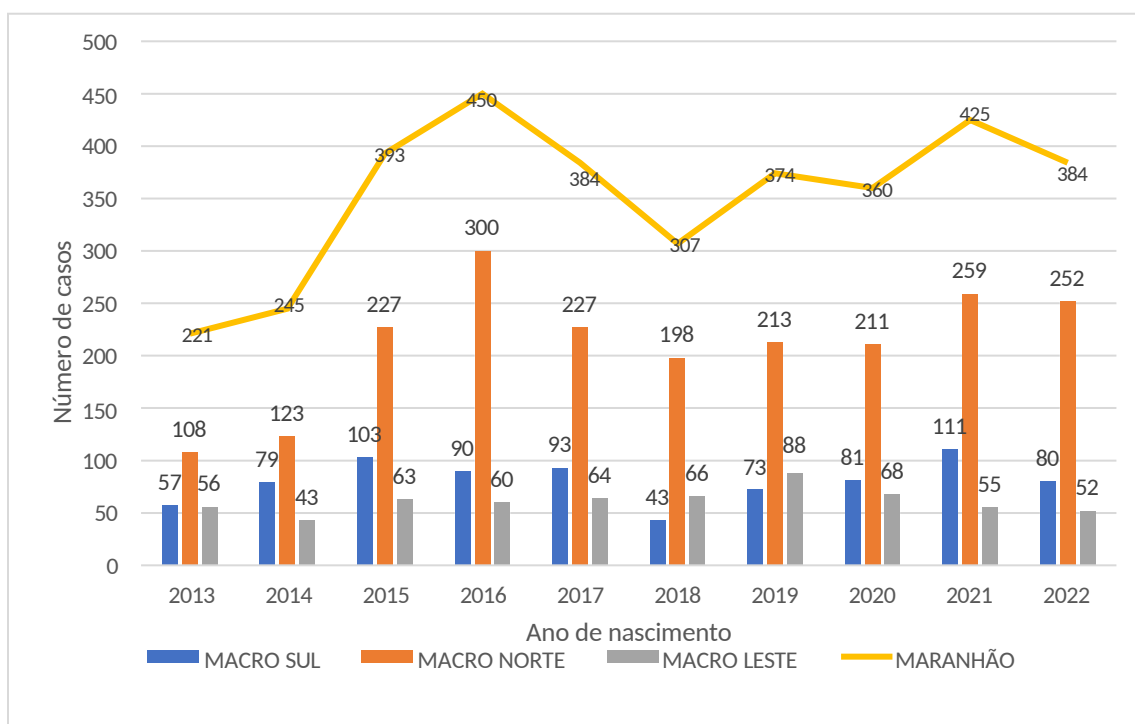
promoção da saúde e prevenção dos ATT, repercutindo diretamente na redução das lesões, óbitos e sequelas por acidente de trânsito. Intervenções como essas podem apresentar impacto considerável no ônus. Pensando em modernidade, evolução e em novas demandas, foi desenvolvida pela Tecnologia da Informação da SUPAST/SES-MA uma versão DONE.

4.3 Anomalias Congênicas

Entre os anos de 2013 e 2022, foram registrados 380.528 Nascidos Vivos (NV) no Maranhão, dos quais 3.543 (0,93%) apresentaram alguma anomalia congênita. Em média, 354 NV por ano nasceram com alguma anomalia congênita no Estado. A prevalência observada entre os anos avaliados foi de 93 casos por 10.000 NV. O maior número de casos de anomalias congênicas foi verificado no ano de 2016 (n=450), devido ao grande número de casos de microcefalia, seguido do ano de 2021 com 425 casos (Gráfico 9). Em 2013, ocorreu o menor número de casos registrados (n=221).

A análise por Macrorregional de Saúde mostrou que a Macro Norte apresentou o maior número de casos de NV com alguma anomalia. Vale lembrar que a capital, São Luís, faz parte dessa macrorregional e destaca-se como um centro de referência em saúde materno-infantil para os demais municípios do Maranhão (Gráfico 9).

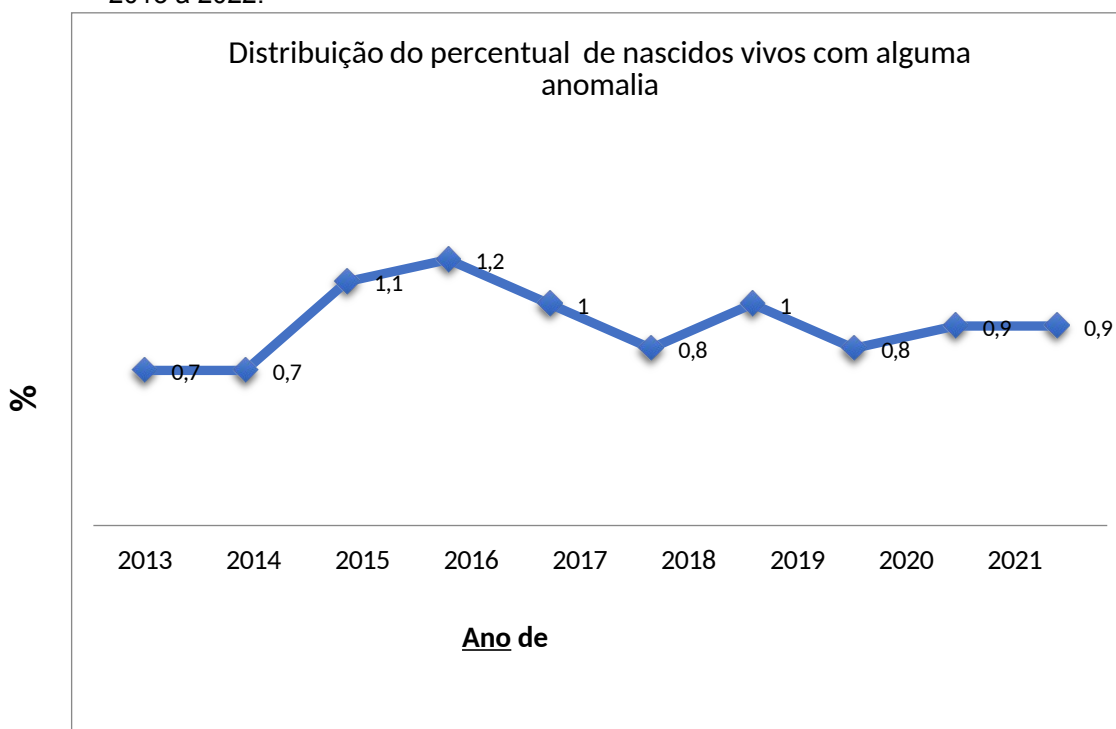
Gráfico 9. Número de Nascidos Vivos com Anomalias Congênicas, Maranhão, 2013 a 2022.



Fonte: Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (SINASC). Dados coletados em fevereiro de 2024.

Os maiores percentuais de casos de NV com anomalia congênita ocorreram nos anos de 2015 e 2016, 1,1% e 1,2% respectivamente, seguindo a tendência Nacional de alta devido ao surto de casos de microcefalia e outras anomalias cerebrais em nascidos vivos no país, em função da infecção congênita pelo vírus Zika (Gráfico 10). Nos demais anos não ultrapassou 1%. Dados semelhantes ao cenário Nacional, onde menos de 1% dos nascidos vivos são registrados a cada ano com algum tipo de anomalia congênita no SINASC (Brasil, 2021b).

Gráfico 10 - Distribuição do percentual de nascidos vivos com alguma anomalia congênita, Maranhão, 2013 a 2022.

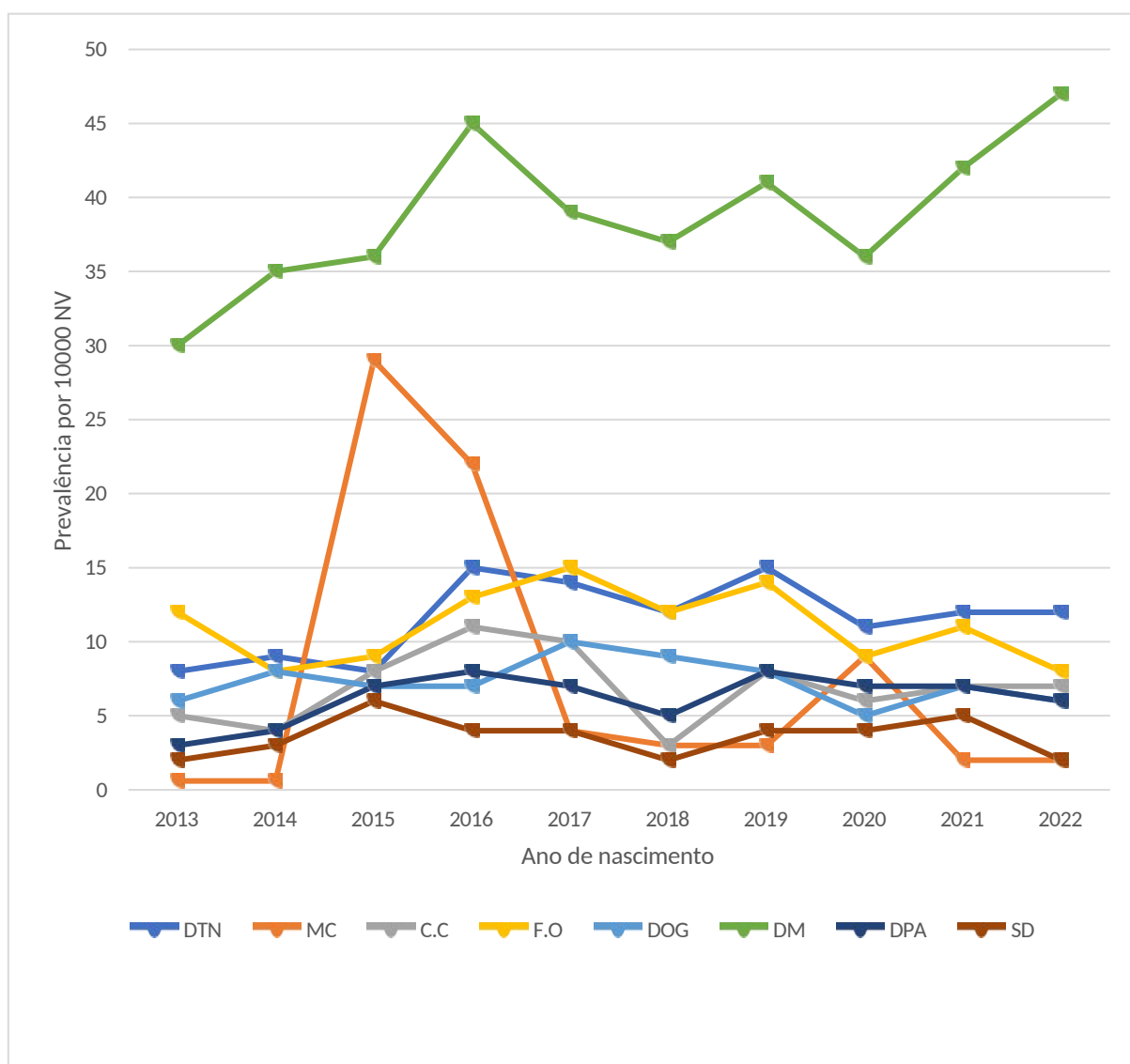


Fonte: Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos. Dados coletados em fevereiro de 2024.

O Gráfico 11 apresenta a série histórica da prevalência das anomalias congênitas prioritárias para a vigilância ao nascimento ao longo dos anos de 2013 a 2022 no Maranhão. Dentre as anomalias congênitas, o Defeito de membros é o grupo de anomalias prioritárias com as maiores prevalências, semelhante ao cenário nacional (Brasil, 2023). O grupo de anomalias Fendas orais iniciou a série histórica como tendo a segunda maior prevalência (12 casos/10.000NV), mas finalizou o ano de 2023 na terceira posição (8 casos/10.000NV).

O Estado do Maranhão tem cenário semelhante ao da Região Nordeste em 2023, onde ocorreu a maior prevalência de defeitos de tubo neural, microcefalia, defeitos de órgãos genitais e defeitos de membros (Brasil, 2023). No Brasil, as cardiopatias congênicas apresentaram a segunda maior prevalência entre 2010 e 2021 (Brasil, 2023).

Gráfico 11 - Distribuição das prevalências de diferentes grupos de anomalias congênicas consideradas prioritárias para a vigilância ao nascimento, Maranhão, 2013 a 2022.



DTN = Defeito de Tubo Neural; MC = Microcefalia; CC = Cardiopatias Congênicas; FO = Fendas Orais; DOG = Defeitos de Órgãos Genitais; DM = Defeitos de Membros; DPA = Defeitos de Parede Abdominal; SD = Síndrome de Down.

Fonte: Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos. Dados coletados em fevereiro de 2024.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Pactuar um conjunto de ações estratégicas, indicadores e metas para o enfrentamento das DANT no Maranhão até 2030.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Descrever a situação epidemiológica das DANT nas Macrorregiões de Saúde, Unidades Regionais de Saúde e municípios maranhenses;
- ✓ Apresentar as ações estratégicas de enfrentamentos a) às Doenças Crônicas Não Transmissíveis, b) aos Fatores de riscos das DCNT e c) Acidentes de Transporte Terrestre e Violência Interpessoal e Autoprovocada nos eixos de Vigilância em Saúde, Promoção de Saúde e Atenção integral;
- ✓ Expor indicadores e metas para o monitoramento e avaliação da situação epidemiológica das DANT no Estado do Maranhão;
- ✓ Construir agenda de saúde para enfrentamento das DANT, no âmbito da Vigilância da DANT, compartilhada, integrada e pactuada com a Atenção Primária a Saúde e a Rede de Assistência à Saúde no Maranhão;
- ✓ Fortalecer as políticas e programas intersetoriais para proteção e promoção de saúde da população, bem como a prevenção e controle de agravos e doenças não transmissíveis e seus fatores de risco no Estado do Maranhão;
- ✓ Apoiar o planejamento em saúde e à execução de ações para reduzir a taxa de mortalidade prematura em adultos (30 a 69 anos) por Doenças e Agravos Não Transmissíveis nos municípios maranhenses.

6 PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO PLANO ESTADUAL

A elaboração do Plano Estadual de DANT do Maranhão foi conduzido pela Coordenação de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Superintendência de Epidemiologia e Controle de Doenças da Superintendência de Atenção Primária em Saúde e Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão.

Inicialmente, foi formado um Grupo de Trabalho para elaboração do Plano Estadual, com dois representantes de cada uma das áreas técnicas de interesse da Secretaria Adjunta da Política de Atenção Primária e Vigilância em Saúde e Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão. A condução desse processo se deu por meio de oficinas práticas com o objetivo de definir indicadores e metas e pactuar ações estratégicas.

O método utilizado foi o preenchimento de uma Planilha online, chamada de Matriz de Indicadores, Metas e Ações Estratégicas (Apêndice 1). O grupo discutiu os indicadores, tendo como referência os indicadores que foram propostos no Plano Nacional de Enfrentamento às DANT, a situação epidemiológica das DANT no Maranhão e a capacidade técnica de monitoramento e avaliação da Vigilância em Saúde e da Atenção Primária em Saúde do Estado.

Os indicadores e metas foram divididos em três grupos: a) DCNT; b) Fatores de risco para DCNT e c) Agravos (acidentes e violência). Após definição dos indicadores e metas, o grupo discutiu as ações estratégicas necessárias para alcançar as metas propostas, para cada grupo de indicadores e metas, seguindo três eixos: a) Vigilância em Saúde; b) Promoção da Saúde e c) Atenção Integral à Saúde. As ações estratégicas no Plano Nacional foram consultadas para inclusão, exclusão ou adaptação ao rol de ações propostas no Plano Estadual.

Assim, foram realizadas quatro (04) oficinas no período de novembro de 2023 a janeiro de 2024.

Na primeira oficina foi abordado o método para elaboração do Plano Estadual e apresentada a análise situacional das DANT no Maranhão. Ainda na Oficina 1, o grupo discutiu e foram definidos indicadores e pactuadas ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT.

Na segunda oficina foram discutidos os indicadores, metas e ações estratégicas para o enfrentamento dos Fatores de risco para DCNT. Na terceira oficina, foram discutidos, definidos e elaborados indicadores, metas e ações estratégicas para enfrentamento dos Agravos (Acidentes e Violência).

A Oficina 4 foi reservada para revisão da Matriz de Indicadores, Metas e Ações Estratégicas, com leitura das propostas das metas de indicadores de cada grupo e ações estratégicas de cada eixo, bem como o preenchimento da aba de Monitoramento os Indicadores e Metas do Plano Estadual (Quadro 1).

Ao final da construção da Matriz de Indicadores, Metas e Ações Estratégicas, o Núcleo de DANT consolidou as informações e escreveu a versão preliminar do Plano Estadual de DANT. Essa versão foi encaminhada para todos os setores técnicos envolvidos para revisão. Após aprovação da versão final, a mesma foi submetida à aprovação em reunião da CIB.

7 INDICADORES E METAS DO PLANO ESTADUAL DE DANT DO MARANHÃO

A seguir, são apresentadas os indicadores, metas, fonte da informação e a forma de cálculo dos indicadores que serão acompanhados no período de vigência do Plano Estadual, 2024 a 2030. O quadro foi dividido em três grupos, de forma a listar os indicadores segundo suas especificidades: Indicadores de DCNT, Indicadores de Fatores de Risco para as DCNTs e Indicadores de Agravos (Acidentes e Violências). A base de cálculo para a meta do indicador a ser atingida em 2030 foi o ano de 2015 para DCNT e Agravos (Acidentes e Violências) e o ano de 2019 para fatores de risco das DCNTs, seguindo as orientações do Caderno de Indicadores do Plano de DANT 2021-2030 (Brasil, 2024).

Quadro 1. Monitoramento dos Indicadores e Metas do Plano Estadual de DANT, Maranhão, 2024.

PLANO ESTADUAL DE ENFRENTAMENTO ÀS DANT MARANHÃO					
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO					
GRUPO: Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)					
Indicador	Meta	2015	2018	2021	2030
Taxa de Mortalidade prematura por DCNT (30 a 69 anos) - por 100 mil habitantes	Reduzir em 1/3 a mortalidade prematura por DCNT	277,3	272,6	267,5	184,9
Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de mama - por 100 mil habitantes	Reduzir em 10% a mortalidade prematura por câncer de mama.	12,2	12,9	13,7	11,0
Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de colo do útero - por 100 mil habitantes	Reduzir em 20% a taxa mortalidade prematura por câncer de colo do útero	19,6	18,5	18,3	15,7
Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer do aparelho digestivo - por 100 mil habitantes	Reduzir em 10% a taxa mortalidade prematura por câncer do aparelho digestivo	3,6	4,7	3,8	3,2
Taxa de internação por DCNT - por 100 mil habitantes	Deter a taxa de internação por DCNT (manter o mesmo valor)	109,9	152,6	156,7	109,9
Razão de exames citopatológicos em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	Aumentar para 60% a cobertura da razão de exames citopatológicos em mulheres de 25 a 64 anos	0,17	0,28	0,26	0,60

Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população na mesma faixa etária	Aumentar para 60% a cobertura da razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos	0,06	0,36	0,20	0,60
GRUPO: Fatores de risco para as DCNT					
Indicador	Meta	2019	2020	2021	2030
Cobertura de acompanhamento do estado nutricional de crianças menores de 10 anos.	Aumentar a cobertura de acompanhamento de peso e altura de crianças menores de 10 anos em 15%	619.755	372.183	480.931	712.718
Cobertura de acompanhamento do estado nutricional de adultos atendidos na APS.	Aumentar a cobertura de acompanhamento de peso e altura de adultos em 12%	790.469	598.91	757.737	885.325
Proporção dos atendimentos individuais por problema ou condição avaliada em adultos.	Aumentar a proporção dos atendimentos individuais por problema ou condição avaliada em adultos em 2%	51.183	32.490	47.375	52.206
Cobertura da Ficha de Marcadores de Consumo Alimentar na população atendida na APS.	Aumentar a cobertura de acompanhamento com os Marcadores de Consumo Alimentar na população atendida na APS em 11%	100.670	54.309	120.137	180.205
Cobertura vacinal contra o HPV em meninas de 9 a 14 anos	Atingir 90% de cobertura vacinal contra o HPV	-	-	52,2%	90,0%
Cobertura vacinal contra o HPV em meninos de 11 a 14 anos	Atingir 90% de cobertura vacinal contra o HPV	-	-	20,7%	90,0%
Prevalência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas em maiores de 18 anos	Reduzir em 10% a prevalência do consumo abusivo de álcool	17,2%	18,9%	17,9%	15,5%
Prevalência de tabagismo em maiores de 18 anos	Reduzir a prevalência de tabagismo em 40%	4,8%	4,8%	5,3%	2,9%
GRUPO: Agravos (Acidentes e Violências)					
Indicador	Meta	2015	2018	2021	2030
Percentual de municípios notificantes no VIVA/SINAN	Aumentar em 40% o percentual atual de municípios notificantes	33,2%	77,9%	82,5%	46,5%
Taxa de mortalidade por homicídios (por 100 mil habitantes)	Reduzir em 1/3	35,8	28,2	27,8	23,9
Taxa de mortalidade de mulheres por homicídios (por 100 mil habitantes)	Reduzir em 1/3	4,4	3,3	3,6	2,9
Taxa de mortalidade de jovens (15 a 29 anos) por homicídios (por 100 mil habitantes)	Reduzir em 1/3	64,7	50,9	49	43,1
Taxa de mortalidade por suicídios (por 100 mil habitantes)	Deter o crescimento da taxa de mortalidade por suicídio	4,6	5,0	5,8	4,6
Taxa de mortalidade por lesões de trânsito (por 100 mil habitantes)	Reduzir em 50%	24,7	20	20,5	12,3
Taxa de mortalidade de ocupantes de motocicletas/triciclos (por 100 mil habitantes)	Reduzir em 50%	12,6	10,7	10,5	6,3

8. AÇÕES ESTRATÉGICAS DO PLANO ESTADUAL

A seguir, são apresentadas as ações estratégicas de enfrentamento, por Grupo (DCNT, Fatores de risco para DCNT, Acidentes e Violência) e por eixo (Vigilância em Saúde, Promoção em Saúde, Atenção Integral) que serão desenvolvidas no período de vigência do Plano Estadual, 2024 a 2030.

8.1 Ações para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

PLANO ESTADUAL DE ENFRENTAMENTO ÀS DANT MARANHÃO (2024-2030)			
Grupo 1: Ações para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)			
Eixo	Ação estratégica	Responsáveis	Apoio
Vigilância em Saúde	Qualificar o profissional médico e os estudantes de graduação em medicina quanto ao preenchimento correto da Declaração de óbito, especialmente da causa básica de óbito e variáveis de raça/cor	DEMAS, DANT	CRM, RENAVEH, UNIVERSIDADES, SAAS, ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA/MA
	Capacitar os codificadores de causa de óbito nos municípios	DEMAS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
	Elaborar Informes e Boletins Epidemiológicos de DCNT, com análises estratificadas por sexo, raça/cor, faixa etária, causa de óbito, local de residência	DANT	DANT
	Criar de um painel de monitoramento e avaliação de indicadores de acompanhamento do Plano Estadual de Enfrentamento das DANT	SAÚDE DIGITAL, DANT	DEMAS
	Qualificar a vigilância epidemiológica e a APS municipal em DANT	DANT	APS, URS, SEMUS
Promoção em saúde	Instituir a Política Estadual de Promoção da Saúde no Maranhão	DASF, DANT	APS, EQUIDADE, ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA/MA
	Desenvolver <i>podcast</i> junto aos Departamentos envolvidos e socializar para Redes Sociais e Rádios comunitárias	ASCOM, SAÚDE DIGITAL	ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA/MA
Atenção integral	Implantar a rede de Atenção à Saúde para Pessoas com Doenças Crônicas: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, doenças respiratórias e doenças raras e genéticas	COORDALT COORDGAAE COORDMATERNO COORDMEDIA DASAI SAPAPVS	ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA/MA SEMUS APS

Qualificar a Atenção Hospitalar e pontos de atenção fixos (pré-hospitalar fixo e Atenção Primária) nas linhas de cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral com vistas ao manejo clínico e fluxo assistencial	COORDALT COORDURG COORDMEDIA SAPAPVS DANTS	ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA/MA
Implantar serviços de especialidades de diagnóstico, tratamento do sobrepeso/obesidade e acompanhamento do pré e pós operatório tardio da cirurgia bariátrica em consonância com a Atenção Primária em Saúde	COORDALT COORDMEDIA COORDGAAE COORDNUTRI SAPAPVS DANTS	ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA/MA ASSESSORIA DE NUTRIÇÃO
Implantar serviços de diagnóstico dos cânceres sensíveis a APS nos municípios e ambulatórios especializados e dos hospitais referências	COORDALT COORDMEDIA COORDGAAE DASAI SAPAPVS	COORPIASS SEMUS
Fortalecer o diagnóstico precoce do câncer de mama, com garantia de acesso das mulheres com lesões palpáveis ao imediato esclarecimento diagnóstico e tratamento	COORDALT COORDMEDIA COORDGAAE DASMU	SEMU SEMUS MINISTÉRIO DA SAÚDE
Ampliar o acesso das mulheres da população-alvo à mamografia de rastreamento	COORDALT COORDMEDIA COORDGAAE DASMU	SEMUS MINISTÉRIO DA SAÚDE
Capacitar equipes das Unidades de Pronto-Atendimento (UPAS) para a execução dos protocolos e normas para a condução de trombólise no Acidente Vascular Encefálico (AVE) e no Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) estabelecidos	COORDURG COORDALT COORDMEDIA	ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA/MA
Fortalecer os municípios quanto ao Fluxo da Coleta adequada do citopatológico de colo de útero até envio da análise das lâminas e entrega de resultado em tempo oportuno	COORDMEDIA DASMU COORDALT	SEMUS SEMU

8.2 Ações para Enfrentamento dos Fatores de Risco para DCNT

PLANO ESTADUAL DE ENFRENTAMENTO ÀS DANT MARANHÃO (2024-2030)			
Grupo 2: Ações para Enfrentamento dos Fatores de Risco para DCNT			
Eixo	Ação estratégica	Responsáveis	Apoio
Vigilância em Saúde	Estruturar a Vigilância das Doenças Falciformes	DANT	DASCA
	Fortalecer a vigilância das Anomalias Congênitas, com o incentivo do registro qualificado na Declaração de Nascido Vivo	DANT	DASCA
	Apoiar os municípios para ampliação da cobertura de acompanhamento do estado nutricional das crianças menores de 10 anos e adultos	CEAN	DASCA
	Apoiar os municípios para qualificação e aumento do registro da condição avaliada obesidade na população adulta	CEAN	DASAI, DASF,
	Apoiar os municípios para implementação da ficha de marcador de consumo alimentar na APS	CEAN	DASAI, DASF,
	Estimular o desenvolvimento de atividades educativas de prevenção de contaminação por agrotóxico, principais efeitos crônicos e agudos, controle da participação social, articulação intra e interinstitucional e promoção à saúde	SAÚDE AMBIENTAL, CEREST	DANT
Promoção em Saúde	Monitorar e avaliar a implantação das Academias de Saúde nos municípios e divulgar resultados por meio de relatórios anuais	DASF	
	Desenvolver ações em articulação com a rede de ensino público e privado, voltadas para alimentação saudável, práticas corporais, esportivas e atividade física, prevenção do uso de álcool, drogas e tabaco em conformidade com a lei de Diretrizes e Bases da Educação	DASF	CEAN, DANT, DASCA, DASMU, DASAI, SEDUC, DASM
	Incentivar ações de práticas integrativas e outras ações nos espaços de promoção a Saúde, articulando com a Política da Promoção da Equidade em grupos com vulnerabilidade	PICS, DASF, EQUIDADE	
	Apoiar os municípios para realização de atividades coletivas de alimentação saudável e de práticas corporais e atividade física	CEAN	DASF

	Apoiar os projetos de lei e ações que regulamentam a publicidade e a propaganda de bebidas alcoólicas	VIGILÂNCIA SANITÁRIA	DASM, DASAI
	Implementar os guias alimentares para fomentar, em todos os ciclos da vida, escolhas saudáveis relacionadas à alimentação	CEAN	
	Estimular os setores de Vigilância Sanitária dos municípios para a verificação nos estabelecimentos inspecionados, quanto ao cumprimento da legislação que visa garantir os ambientes de uso coletivo livres do tabaco	VIGILÂNCIA SANITÁRIA	DASAI
	Fortalecer a prática do Aleitamento Materno e alimentação complementar saudável	CEAN	DASCA
Atenção integral	Garantir o diagnóstico precoce e fechamento do diagnóstico de doenças crônicas e agravos prioritários, conforme diretrizes do MS	COORDALT COORDGAAE COORDMATERNO COORDMEDIA	GERVSAST COORDVST CEREST
	Ampliar o acesso ao cuidado em todos os níveis de atenção para câncer, doença renal crônica e obesidade, por meio de linhas de cuidado fortalecidas.	SAAS	SEMUS
	Reforçar a rede de apoio psicossocial para prevenir e enfrentar violências autoprovocadas.	COORDCDEFPS SAPAPVS	SEMUS
	Capacitar profissionais da média e alta complexidade para melhorar o diagnóstico de neoplasias de maior frequência.	SAAS	ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA/MA MINISTÉRIO DA SAÚDE
	Incentivar abordagens de orientação para pessoas com histórico ou risco de eventos cardiovasculares graves (IAM e AVC).	COORDALT COORDURG COORDMEDIA	SEMUS ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA/MA
	Ampliar o acesso ao diagnóstico precoce e preciso e tratamento do câncer no SUS.	COORDALT COORDMEDIA COORDGAAE	SEMUS ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA/MA

8.3 Ações para Enfrentamento dos Agravos (Acidentes e Violência)

PLANO ESTADUAL DE ENFRENTAMENTO ÀS DANT MARANHÃO (2024-2030)			
Grupo 3: Ações para Enfrentamento dos Agravos (Acidentes e Violência)			
Eixo	Ação estratégica	Responsáveis	Apoio
Vigilância em Saúde	Qualificar profissionais quanto ao preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal	DANT	RENAVEH, DASF, DASCA, DASMU
	Implantação de uma ferramenta eficaz de registro de acidentes	SUPAST	SAÚDE DIGITAL, DANT
	Qualificar os profissionais quanto ao preenchimento da Ficha de Notificação de Intoxicação Exógena	SAÚDE AMBIENTAL	RENAVEH
	Monitorar os casos de intoxicação exógena no SINAN	SAÚDE AMBIENTAL, CEREST	DANT
Promoção em Saúde	Desenvolver ações de educação para o trânsito (escolas, população em geral); sensibilização para prevenção (uso de capacete, cinto de segurança, ciclista)	SUPAST	DANT
	Expandir o Projeto Vida no Trânsito	SUPAST	DANT
Atenção integral	Incentivar a implantação de serviços de referência para tratamento e monitoramento às vítimas de violência sexual, com a implantação da Coleta de Vestígios do agressor em parceria (polícia civil, CAPS, conselho tutelar, assistência social, secretaria da mulher, promotoria de saúde - MP)	DASMU	DASF, DASCA, DASMU, DASM, DANT, SEMU, SSP, SEAS

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano Estadual de Enfrentamento às Doenças e Agravos Não Transmissíveis do Maranhão: 2024 a 2030 representa um marco significativo na jornada em direção à promoção da saúde e ao bem-estar da população maranhense. Ao longo deste documento, delinearam-se estratégias abrangentes para enfrentar o desafio crescente das altas taxas de mortalidade e morbidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Acidentes e Violências.

É crucial reconhecer o papel fundamental desempenhado pela colaboração e pelo comprometimento de diversas entidades e setores na elaboração e aprovação deste plano. A construção coletiva da Matriz de Indicadores, Metas e Ações reflete o compromisso do Estado com uma abordagem integrada e interdisciplinar no combate às DANT, abrangendo desde a prevenção até a assistência integral.

Além disso, enfatiza-se a importância da equidade em saúde como princípio orientador de todas as nossas ações. Deve-se estar atento às necessidades específicas de diferentes grupos populacionais, garantindo que todos tenham acesso igualitário a serviços de saúde de qualidade e oportunidades para adotar estilos de vida saudáveis.

Ao longo dos próximos anos, será essencial que todos os envolvidos - gestores, profissionais de saúde e comunidade em geral - se mobilizem para a implementação efetiva das ações propostas neste plano. O monitoramento contínuo dos indicadores pactuados permitirá avaliar o progresso alcançado e ajustar estratégias conforme necessário, garantindo resultados tangíveis na redução da morbidade e mortalidade por DANT no Estado do Maranhão.

REFERÊNCIAS

BAGRICHEVSKY, M. Pelas lentes do SUS: notas sobre desafios e avanços da promoção da saúde na atenção primária. *Pensar a Prática*, Goiânia, v. 24, 2021. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fef/article/view/66137>. Acesso em: 19 fev. 2024.

BONATTI, A. F. B., SODRÉ, F. S. S., BARBOSA, M. R. S., & DE SOUZA, J. S. O modelo de atenção as condições crônicas no âmbito da rede de atenção à saúde no sus. *Saúde & Conhecimento-Jornal de Medicina Univag*, 7, 2021. Disponível em: <https://periodicos.univag.com.br/index.php/jornaldemedicina/article/download/2254/2453>. Acesso em: 24 fev. 2024.

BORTOLINI, G. A., PEREIRA, T. N., NILSON, E. A. F., PIRES, A. C. L., MORATORI, M. F., RAMOS, M. K. P., ... & FALLER, L. D. A. Evolução das ações de nutrição na atenção primária à saúde nos 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 37, e00152620, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/G6SZVPtwGjmBgmBd7JGX3SR/>. Acesso em: 19 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes_doencas_cronicas.pdf. Acesso em: 24 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 24 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Caderno de Indicadores do Plano de Dant 2021-2030 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e

assistência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p. – (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 8).

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) [Internet]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/vigilancia-de-doencas-chronicas-nao-transmissiveis/vigilancia-das-doencas-e-agravos-nao-transmissiveis-dant>. Acesso em 14 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS* Brasília: MS; 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/npic.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 84 p. : il. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf. Acesso em:

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em:

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687_30_03_2006.html#:~:text=Aprova%20a%20Pol%C3%ADtica%20de%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde.&text=gov.br%2Fsvs-,Art.,na%20data%20de%20sua%20publica%C3%A7%C3%A3o. Acesso em:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de Vigilância em Saúde, 6ªed., v1. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-1-6a-edicao/view>, acessado em 19 de junho de 2024

BUSS, P. M. Saúde na Agenda do Desenvolvimento Sustentável 2030 e seus ODS: Análise e Perspectivas da Implementação na América Latina e Caribe (ALC) (2012-2019). 2019. 322 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

CASADO L, VIANNA LM, THULER LCS. Fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil: uma Revisão Sistemática. Rev. Bras. Cancerol, 55(4):379-88, 2009. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1594>. Acesso em 22 fev. 2024.

CHUEIRI, P. S., HARZHEIM, E., GAUCHE, H., & VASCONCELOS, L. L. C. D. (2014). Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde. *Divulgação em saúde para debate*. Rio de Janeiro. Vol. 52 (2014), p. 114-124. Disponível em:

<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/142570/000992554.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2024.

DA SILVA JÚNIOR, F. B., COUTINHO, S. M., DE SOUZA, B. T. D. O., DE ALBUQUERQUE, E. S. A., PONTES-SILVA, A., MOSTARDA, C. T., ... & DE OLIVEIRA PIRES, F. Hipertensão, exercício físico e atividade física em crianças e jovens na idade escolar: Uma revisão narrativa. *RBPFEEX - Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, 17(111), 447-464, 2023. Disponível em: <https://www.rbpfex.com.br/index.php/rbpfex/article/view/2772/1939>. Acesso em 22 fev. 2024.

DE LIMA, A. V., & KONRAD, J. A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA NO BRASIL E O IMPACTO NA PREVIDÊNCIA SOCIAL. *Boletim Economia Empírica*, 1(2), 2020. Disponível em: <https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/bee/article/view/4112>. Acesso em 15 fev. 2024.

DUARTE, EC & BARRETO, SM. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 21(4), 529-532, 2012. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400001>. Acesso em 9 fev. 2024.

DRAEGER, V. M., ANDRADE, S. R. DE, MEIRELLES, B. H. S., & CECHINEL-PEITER, C. Práticas do enfermeiro no monitoramento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde. *Escola Anna Nery*, 26, e20210353, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0353pt>. Acesso em 15 fev. 2024.

DUNCAN, B. B., CHOR, D., AQUINO, E. M. L., BENSENOR, I. M., MILL, J. G., SCHMIDT, M. I., LOTUFO, P. A., VIGO, Á., & BARRETO, S. M. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Revista De Saúde Pública*, 46, 126–134, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000700017>. Acesso em 06 fev. 2024

FIGUEIREDO AEB, CECCON RF, FIGUEIREDO JHC. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. *Ciênc saúde coletiva [Internet]*. 2021Jan;26(1):77–88, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020>. Acesso em 6 fev. 2024.

FILHO AMS, FRANÇA GVA DE, MALTA DC. Tripla carga de doenças no Brasil, 1990-2021: Mudanças, inflexões e o fator COVID-19. *REME Rev Min Enferm. [Internet]*. 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/39410>. Acesso em 9 fev. 2024.

GONÇALVES, R. N., GONÇALVES, J. R. D. S. N., CUNHA, M. J. S., DA CRUZ, M. R. N., DE CARVALHO JÚNIOR, M. R., DITTERICH, R. G., & BUENO, R. E. Política

Nacional de Promoção da Saúde: o percurso de elaboração, implementação e revisão no Brasil. *Divers@!* Revista Eletrônica Interdisciplinar, 13(2), 198-205, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/diver/article/view/75213>. Acesso em:

HABIMORAD, P. H. L., CATARUCCI, F. M., BRUNO, V. H. T., SILVA, I. B. D., FERNANDES, V. C., DEMARZO, M. M. P., ... & PATRICIO, K. P. Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 395-405, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5GhvcX3KrXxFS5LqsFhpbVP/>. Acesso em: 26 fev. 2024.

HARZHEIM, E., D'AVILA, O. P., PEDEBOS, L. A., WOLLMANN, L., COSTA, L. G. M., CUNHA, C. R. H. DA ., MOURA, L. N. DE ., MINEI, T., & FALLER, L. DE A. Atenção primária à saúde para o século XXI: primeiros resultados do novo modelo de financiamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(2), 609–617, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.20172021>. Acesso em 15 fev. 2024.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Estados [Internet] 2024. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/panorama>. Acesso em:

LEAL CORTEZ, A. C., LYRA DA SILVA, C. R., LYRA DA SILVA, R. C., & MARTIN DANTAS, E. H. Aspectos gerais sobre a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira. *Enfermagem Brasil*, 18(5), 2019. Disponível em: <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2785/html>. Acesso em 9 fev. 2024.

MALTA, D. C., & SILVA, M. M. A. D. As doenças e agravos não transmissíveis, o desafio contemporâneo na Saúde Pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 1350-1350, 2018. Acesso em 01 fev 2024.

MALTA, D. C., & SOUZA, E. R. D.. A busca de sociedades pacíficas e inclusivas até 2030. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 23(suppl 1), e200001-SUPL, 2020. Acesso em 01 fev 2024.

MALTA DC, DUNCAN BB, SCHMIDT MI, TEIXEIRA R, RIBEIRO ALP, FELISBINO-MENDES MS, et al. Trends in mortality due to non-communicable diseases in the Brazilian adult population: national and subnational estimates and projections for 2030. *Popul Health Metrics* 2020; 18(Suppl 1): 16. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12963-020-00216-1>. Acesso em 01 fev 2024.

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA JR, Jarbas Barbosa da. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v.22, n. 1, p. 151-164, 2013. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 06 fev. 2024. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100016>.

MARQUES, F. R. D. M., PIRES, G. A. R., SANTOS, J. L. G. D., BALDISSERA, V. D. A., & SALCI, M. A.. O Modelo de Atenção às Condições Crônicas e suas implicações

para a Atenção Ambulatorial Especializada. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0315pt>. Acesso em 24 fev. 2024.

MARTINS, T. C. D. F., SILVA, J. H. C. M. D., MÁXIMO, G. D. C., & GUIMARÃES, R. M. Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 4483-4496, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10852021>>. ISSN 1678-4561. Acesso em 9 fev. 2024.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & saúde coletiva*, 15(5), 2297-2305, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>. Acesso em 24 fev. 2024.

MENDES, E. V. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. *Saúde debate*, 52, 38-49, 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2014/dezembro/1-b-divulgacao-52.pdf#page=40>. Acesso em 24 fev. 2024.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

NERY, A.A. et al. Saúde da família: visão dos usuários. *Revista Enfermagem Uerj*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 397-402, 2011. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/bde-22316>. Acesso em 15 fev. 2024.

OLIVEIRA, A. S. TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL. *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, Uberlândia, v. 15, n. 32, p. 69–79, 2019. DOI: 10.14393/Hygeia153248614. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/48614>. Acesso em 9 fev. 2024.

ONU, Organização das Nações Unidas. Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Nova York, NY, EUA: ONU, 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em 01 fev. 2024.

ONU, Organização das Nações Unidas no Brasil. Sobre o nosso trabalho para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil [Internet]. 2024. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 26 fev. 2024.

SILOCCHI, C., & JUNGES, J. R. EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA: DIFICULDADES NO CUIDADO DE PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS. *Trabalho, Educação E Saúde*, 15(2), 599–615, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00056>. Acesso em 15 fev. 2024.

SILVA, A. D. C. A. D., ALCÂNTARA, A. M., OLIVEIRA, D. C. D., & SIGNORELLI, M. C. Implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) no Paraná, Brasil. *Interface-*

Comunicação, Saúde, Educação, 24, e190568, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/FFrYJnPRddNv6s69ZbLJgCt/?lang=pt>. Acesso em: 24 fev. 2024.

SOARES DA, KOCHERGIN CN, MISTRO S, MACEDO JCL, CARVALHO VCH DOS S DE, OLIVEIRA MG. Atenção Primária à Saúde abrangente: análise a partir do trabalho das equipes de Saúde da Família frente às doenças crônicas. *Physis [Internet]*. 2024;34:e34015. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434015pt>

SOUTO, C. N. Qualidade de Vida e Doenças Crônicas: Possíveis Relações / Quality of Life and Chronic Diseases: Possible Relationships. *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 3, n. 4, p. 8169–8196, 2020. DOI: 10.34119/bjhrv3n4-077. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/13167>. Acesso em: 6 fev. 2024.

VANZELLA, E. O envelhecimento, a transição epidemiológica da população brasileira e o impacto nas internações no âmbito do SUS. *Envelhecimento Humano no Século XXI: atuações efetivas na promoção da saúde e políticas sociais*. Campina Grande: Realize Editora, 677-95, 2020. Disponível em: https://www.ufpb.br/gcet/contents/documentos/repositorio-gcet/artigos/o_envelhecimento_a_transicao_epidemiolog.pdf. Acesso em 9 fev. 2024

WEHRMEISTER, FERNANDO C., WENDT, ANDREA T. E SARDINHA, LUCIANA M.V. Iniquidades e Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]*. v. 31, n. spe1, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/SS2237-9622202200016.especial>>. ISSN 2237-9622. Acesso em: 26 fev. 2024.