

SESACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



**GOVERNO DO
ACRE**
Trabalho para cuidar das pessoas

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO Nº1-2023

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

SESACRE. Secretaria de Estado de Saúde do Acre

Elaboração: Área técnica do Núcleo de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde.

Distribuição e informações:

Secretaria de Estado de Saúde do Acre

R. Benjamin Constant, 830 - Centro

Rio Branco - AC. 69909-850

Quarto andar, lado A

Abril de 2023.

Governador do Estado do Acre
Gladson de Lima Cameli

Secretário de Estado de Saúde
Pedro Pascoal Zambon

Secretaria Adjunta de Atenção à Saúde
Ana Cristina Moraes da Silva

Secretária Adjunta Executiva - Administrativo
Andréia Santos Pelatti

Organização:

Secretária Adjunta de Atenção à Saúde
Redes de Atenção à Saúde - RAS
Departamento de Vigilância em Saúde – DVS
Núcleo de DCNT
Técnico: Antonia da Silva S. Rocha

Vigilância
em Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DE
**SAÚDE
ACRE**



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

APRESENTAÇÃO

As Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT) são enfermidades caracterizadas por serem multifatoriais, de evolução gradual ao longo do curso da vida e, atualmente, sem possibilidade de cura. À medida que aumenta a expectativa de vida da população, a importância da vigilância desses agravos se impõe, pois passam a ser as principais causas de adoecimento, internações e mortes.

Um sistema de vigilância das DCNT, bem como de seus fatores de risco, é parte integrante do sistema de saúde pública e, como parte dos sistemas de informação de saúde, tal vigilância fornece informações para a tomada de decisão e indução de ações de promoção da saúde, prevenção e controle de DCNT no território. Desse modo, este boletim tem por objetivo traçar o perfil epidemiológico das DCNT e seus fatores de risco no Estado do Acre nos últimos dez anos.

INTRODUÇÃO

A partir do século XX, observou-se um processo de transição epidemiológica, com repercussões na saúde mundial. A transição epidemiológica é um processo amplo, que modifica o padrão de morbimortalidade populacional e, geralmente, vem acompanhado por outros processos transicionais: demográfico, socioeconômico, tecnológico e nutricional (ISTILLI et al., 2020).

A transição demográfica, em especial, aumentou progressivamente a expectativa de vida, aumentando a proporção de idosos em relação aos demais grupos etários e esse fenômeno provocou mudanças na morbimortalidade no Brasil. Tal mudança ocorre com grande diversidade regional em função das diferenças entre elas, sejam socioeconômicas, de acesso aos serviços de saúde, culturais, entre outras. (LEITE-CAVALCANTI et al., 2009)

A situação de saúde no Brasil, com a transição demográfica acelerada, apresenta perfil epidemiológico de tripla carga de doenças. Ou seja, uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma marcante presença das condições crônicas, trazendo neste contexto as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 2021; FIGUEIREDO, 2021).

A transição demográfica do estado do Acre segue o mesmo padrão do Brasil, temos características com tendência a diminuição do número de pessoas na faixa etária de 0 a 9 anos, provavelmente resultado da redução nas taxas de fecundidade e natalidade; e o crescimento da população jovem, adulta e idosa e o envelhecimento populacional, consequência do aumento da qualidade e da expectativa de vida da população, bem como da redução da taxa de natalidade (BRASIL, 2018).

Sobre a expectativa de vida dos Acreanos em 2019, o Acre ficou com o 15º lugar no ranking comparativo dos estados Brasileiros e abaixo da média nacional, que é de 76,6 anos. O Acre obteve a média de 74,8 anos (mulheres com 78,4 anos e homens 71,6 anos).

As DCNT, constituídas principalmente pelas doenças do aparelho circulatório, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes, representam a maior carga de morbimortalidade no Brasil e no mundo, e caracterizam-se por um conjunto de patologias de múltiplas causas e fatores de risco, longos períodos de latência e curso prolongado. Essas doenças têm origem não infecciosa e podem resultar em incapacidades funcionais (BOCCOLINI, 2016). Outras características muito evidentes deste problema, é a diminuição da qualidade de vida, principalmente devido às incapacidades geradas, bem como a morte prematura (30 e 69 anos), o que, por sua vez, promove um impacto econômico e social às famílias e comunidades. Quando a morte ocorre em uma fase em que a vida é potencialmente produtiva, ela atinge não apenas o indivíduo e o grupo em que está inserido, mas também a coletividade como um todo, uma vez que fica desprovida de seu potencial econômico e intelectual e do futuro que teria na sociedade (MASCARELLO et al., 2022).

As principais causas dessas doenças incluem fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada (SILVA, MALTA E MOURA, 2017)

A inatividade física e o excesso de peso são responsáveis, respectivamente, por 3,2 e 2,8 milhões de mortes/ano. Ao tabagismo e ao consumo abusivo de álcool são atribuídas 2,3 e 6 milhões de mortes ao ano respectivamente (MELO et al., 2019).

A cada ano, mais de 15 milhões de pessoas morrem em decorrência de DCNT e 85% dessas mortes prematuras ocorrem em países de baixa e média renda por estarem mais vulneráveis, mais expostas aos riscos e terem menor acesso aos serviços de saúde e às práticas de promoção à saúde e prevenção das doenças (MALTA et. al., 2017)

A Pesquisa Vigitel 2021, o maior e mais tradicional inquérito de saúde do Brasil, realizado nas 26 capitais estaduais e no Distrito Federal (DF) desde 2006, apontou importantes resultados; alguns indicando avanços e atingimento da meta, como no caso do tabagismo (9,1% de pessoas adultas fumantes) e, em outros, estagnação ou distanciamento das metas, como o aumento do sobrepeso (57,2%) e da obesidade (22,4%). Paralelamente, 18,2% das pessoas haviam consumido cinco ou mais ultra processados no dia anterior ao inquérito, 14% consomem refrigerantes ou sucos artificiais cinco ou mais vezes por semana, um em cada seis adultos não faz nenhuma atividade física, e 66% da população passa mais de três horas diárias em frente à televisão (BRASIL, 2021).

O monitoramento das DCNT e de seus fatores de risco vem ganhando visibilidade no Brasil, seguindo as tendências mundiais, uma vez que a vigilância epidemiológica dessas doenças propicia melhor entendimento de sua distribuição, magnitude e tendência, além do reconhecimento dos fatores de risco. Assim, torna-se essencial o monitoramento contínuo da meta de redução da mortalidade prematura, possibilitando o debate com a sociedade sobre os avanços e limites.

No Brasil, o Ministério da Saúde propôs o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT 2021-2030 com o objetivo similar de reduzir a taxa de mortalidade (TM) prematura em um terço até 2030 no Brasil (BRASIL, 2021a).

Paralelamente ao Plano Nacional, o Acre está elaborando o seu Plano Estadual e incentivando os Municípios a fazê-los, visando a redução das mortalidades prematuras por doenças crônicas não transmissíveis, a redução das incapacidades e a melhora na qualidade de vida de sua população.

MÉTODOS

Para a análise das doenças crônicas no Acre, fizemos um estudo retrospectivo e descritivo da mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelas quatro principais causas de DCNT, classificadas de acordo com a 10ª Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), sob as doenças cardiovasculares (I00 - I99), doenças respiratórias (J30 - J98, exceto J36); neoplasias (C00 - C97); diabetes mellitus (E10 - E14), nos últimos 10 anos. As fontes de dados utilizadas nas análises deste boletim foram, SIM- Sistema de Informação sobre Mortalidade, SIH-Sistema de Informação Hospitalar e dados do Vigitel (Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico)

Os dados analisados, provenientes do SIM e do SIH, foram tabulados através do Tabwin e consolidados no Excel, no período de março e abril 2023. Os filtros utilizados foram: causa (CID-10), ano do óbito, faixa etária, UF de residência (AC) e sexo (masculino e feminino). As estimativas da população residente por sexo, faixa etária e região de saúde foram obtidas através do Sistema de Informações Demográficas e Socioeconômicas do Datasus – MS.

A taxa de mortalidade prematura pelo conjunto das quatro principais DCNT é um indicador de saúde utilizado em todo o mundo para acompanhar uma das metas propostas para a área da saúde nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). No Brasil, este indicador contribui para o monitoramento da mortalidade por essas causas, responsáveis pelo maior número de óbitos em todo o país. Além disso, é um importante parâmetro para o planejamento e pactuação dos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, voltados às pessoas com doenças crônicas. Seu uso para o monitoramento da qualidade da atenção à saúde e bem-estar da população de 30 a 69 anos deve-se ao reconhecimento da evitabilidade da morte até esta idade (SUPLICI et al., 2021).

O presente boletim epidemiológico foi elaborado com dados de óbitos, internações e populações, obtidos nas bases de dados do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde do Acre.

RESULTADOS

MORTALIDADE POR DCNT

No quinquênio abaixo, foram registrados 21830 óbitos, dos quais 10.800 foram pelos quatro principais grupos de doenças crônicas não transmissíveis-DCNT (doenças cardiovasculares, câncer, doenças pulmonares e diabetes), atingindo uma proporção de 49,47% do total de óbitos. Nota-se que em 2018, 2019 e 2022 as doenças do aparelho circulatório são predominantes, sendo ultrapassada apenas, em 2020 e 2021, pelas doenças infecciosas e parasitárias. Todavia, durante todo o quinquênio, percebe-se a alta proporção de mortalidade pelos quatro grupos de DCNT, com instabilidade entre os anos.

Dentre os óbitos por DCNT, as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas apresentaram o percentual de redução ano a ano, saindo de 7,09% em 2018, para 3,93% em 2022.

Em relação às doenças do aparelho circulatório, houve queda significativa entre os anos de 2019 (24,13%) e 2020 (17,70%), com redução do percentual de queda em 2021 (16,46%) e aumento em 2022 (19,86%).

QUADRO 1- Número absoluto e proporção de mortalidade, por capítulo do CID-10, no Estado do Acre, de 2018 a 2022*

Causa (Cap CID10)	2018		2019		2020		2021		2022	
	Nº Abs.	proporção	Nº Abs.	proporção	Nº Abs.	proporção	Nº Abs.	proporção	Nº Abs.	proporção
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	188	4,66%	192	4,80%	979	20,53%	1466	27,33%	320	8,73%
II. Neoplasias (tumores)	575	14,26%	537	13,43%	511	10,72%	487	9,08%	424	11,57%
III. Doenças sangue e órgãos hemat e transt imunitár	32	0,79%	40	1,00%	31	0,65%	38	0,71%	26	0,71%
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	286	7,09%	237	5,93%	231	4,84%	242	4,51%	144	3,93%
V. Transtornos mentais e comportamentais	28	0,69%	26	0,65%	26	0,55%	31	0,58%	23	0,63%
VI. Doenças do sistema nervoso	88	2,18%	70	1,75%	63	1,32%	74	1,38%	52	1,42%
VII. Doenças do olho e anexos	1	0,02%	0	0,00%	2	0,04%	0	0,00%	0	0,00%
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,04%	0	0,00%
IX. Doenças do aparelho circulatório	924	22,92%	965	24,13%	844	17,70%	883	16,46%	728	19,86%
X. Doenças do aparelho respiratório	535	13,27%	641	16,03%	487	10,21%	593	11,05%	526	14,35%
XI. Doenças do aparelho digestivo	180	4,46%	175	4,38%	158	3,31%	155	2,89%	120	3,27%
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	6	0,15%	6	0,15%	2	0,04%	5	0,09%	11	0,30%
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	12	0,30%	14	0,35%	17	0,36%	7	0,13%	11	0,30%
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	119	2,95%	107	2,68%	87	1,82%	126	2,35%	99	2,70%
XV. Gravidez parto e puerpério	9	0,22%	8	0,20%	3	0,06%	11	0,21%	6	0,16%
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	129	3,20%	117	2,93%	124	2,60%	149	2,78%	102	2,78%
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	61	1,51%	56	1,40%	53	1,11%	53	0,99%	43	1,17%
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	165	4,09%	196	4,90%	553	11,60%	551	10,27%	588	16,04%
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	682	16,91%	603	15,08%	577	12,10%	448	8,35%	423	11,54%
XXI. Contatos com serviços de saúde	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
XXII. Códigos para propósitos especiais	0	0,00%	0	0,00%	14	0,29%	29	0,54%	12	0,33%
Campo da causa básica em branco	12	0,30%	10	0,25%	6	0,13%	15	0,28%	7	0,19%
TOTAL DE ÓBITOS	4032	100,00%	4000	100,00%	4768	100,00%	5365	100,00%	3665	100,00%

Fonte: SIM/SES/AC, 2023. *Dados gerados em 02/2023, sujeitos à revisão e alterações.

O quadro 2 analisa o número as três principais causas de morte, por faixa etária, por capítulo do CID-10, entre 2013 e 2022, a fim de verificar o perfil da mortalidade por faixa etária.

No ranking das três principais causas de mortalidade, por faixa etária, os problemas circulatórios são predominantes na faixa etária acima de 50 anos; as neoplasias estão entre as 3 primeiras causas de óbitos em todas as faixas etárias, exceto na de 0-9 anos e na de 80 anos e mais e as doenças do aparelho respiratório aparecem em quatro das faixas etárias, confirmando a presença marcante desse grupo de doenças na faixa etária de 30 a 69 anos.

QUADRO 2*- Número absoluto das três principais causas de mortalidade geral, por capítulo do CID e faixa etária, nos anos de 2013 a 2022*

CAUSAS GERAIS DE ÓBITOS		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
0 a 9 anos	Alg. afec orig. período perinatal	149	127	141	99	119	129	117	123	148	102	1648
	Malf cong defor. e anomal.cromossômicas	43	48	62	59	38	55	49	48	50	36	596
	Doenças do aparelho respiratório	36	39	37	46	28	30	47	26	25	33	438
10 a 19 anos	Causas externas de morb. e mort.	77	80	69	121	157	116	85	113	65	54	1128
	Neoplasias (tumores)	9	7	8	11	6	5	7	8	13	6	103
	Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	6	7	8	5	2	4	2	7	12	13	98
20 a 29 anos	Causas ext. de morb. e mortalidade	155	139	135	185	256	209	178	160	126	102	2035
	Algumas doenças infec. e parasitárias	9	14	7	15	13	15	10	23	40	14	195
	Neoplasias (tumores)	9	14	7	15	13	15	10	23	40	14	195
30 a 39 anos	Causas ext. de morb. e mortalidade	117	114	104	131	169	141	141	130	97	100	1567
	Neoplasias (tumores)	23	27	27	26	29	32	26	27	26	19	336
	Algumas doenças infec. e parasitárias	25	11	18	16	12	23	24	61	81	13	330
40-49 anos	Causas externas de morbidade e mortalidade	56	64	77	81	96	76	78	68	56	83	922
	Doenças do aparelho circulatório	52	45	50	61	55	62	67	61	82	50	713
	Neoplasias (tumores)	48	60	55	49	50	63	43	44	55	35	630
50-59 anos	Doenças do aparelho circulatório	80	93	107	77	103	106	103	93	125	90	1240
	Neoplasias (tumores)	84	82	76	87	111	104	100	83	89	84	1121
	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	33	35	34	29	24	32	32	127	246	28	692
60-69 anos	Doenças do aparelho circulatório	129	128	148	130	137	200	168	170	148	135	1837
	Neoplasias (tumores)	122	104	91	124	131	133	144	127	113	130	1467
	Doenças do aparelho respiratório	65	60	62	72	77	66	110	80	103	78	942
70-79 anos	Doenças do aparelho circulatório	173	192	195	213	217	232	250	207	213	184	2570
	Doenças do aparelho respiratório	98	106	97	133	114	119	151	110	140	131	1445
	Neoplasias (tumores)	87	79	128	110	123	121	111	118	93	87	1292
80 anos e mais	Doenças do aparelho circulatório	224	259	306	301	316	279	330	269	266	239	3394
	Doenças do aparelho respiratório	134	194	185	187	209	213	231	187	174	209	2294
	Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	82	37	59	65	40	44	61	172	173	205	1223
TOTAL GERAL DE ÓBITOS		3285	3424	3468	3718	3878	4032	4000	4768	5365	3665	39603

Fonte: SIM/SES/AC, 2023.

*Dados gerados em 02/2023, sujeitos à revisão e alterações.

No ranking das três principais causas de óbitos por grupos de DCNT, as doenças cardiovasculares predominam nas faixas etárias acima de 40 anos, no ano de 2019; 2021 e 2022 e na faixa etária acima de 30 anos no ano de 2020, seguido das neoplasias, doenças do aparelho respiratório e diabetes.

QUADRO 3*- Ranking das três principais causas básicas de óbito por DCNT no Acre, segundo capítulos da CID 10 e por faixa etária, nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

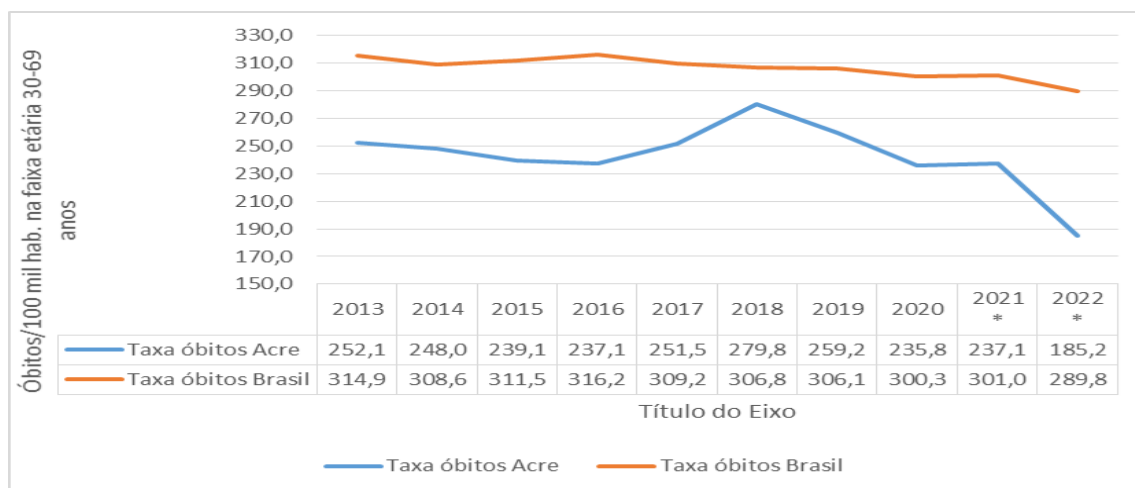
Ano	Posição	0 a 9 anos	10 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 e mais
2019	1	Neo+ D.Ap.Resp.16	Neoplasias: 07	Neoplasias: 11	Neoplasias: 26	D. Ap. Circ.: 67	D. Ap. Circ.: 103	D. Ap. Circ.: 168	D. Ap. Circ.: 250	D. Ap. Circ.: 330
	2	D. Ap.Circ.: 06	D. Ap. Circ.: 05	D. Ap. Circ.: 10	D. Ap. Circ.: 26	Neoplasias: 43	Neoplasias: 100	Neoplasias: 142	Neoplasias: 110	D. Ap. Resp: 147
	3	-	D. Ap. Resp.: 03	D. Ap. Resp.: 05	D. Ap. Resp.: 05	D. Ap. Resp.: 18	D. End. Nut. E Met.: 28	D. Ap. Resp.: 65	D. Ap. Resp.: 92	Neoplasias: 85
2020	1	Neoplasias: 10	Neoplasias: 08	Neoplasias: 12	D. Ap. Circ.: 28	D. Ap. Circ.: 61	D. Ap. Circ.: 93	D. Ap. Circ.: 170	D. Ap. Circ.: 207	D. Ap. Circ.: 269
	2	D. Ap. Resp.: 05	D. Ap. Circ.: 03	D. Ap. Circ.: 10	Neoplasias: 26	Neoplasias: 43	Neoplasias: 82	Neoplasias: 125	Neoplasias: 117	D. Ap. Resp: 107
	3	D. Ap. Circ.: 03	-	D. Ap. Resp.: 03	D. Ap. Resp.: 07	D. Ap. Resp.: 12	D. End. Nut. E Met.: 32	D. Ap. Resp.: 54	D. Ap. Resp.: 68	Neoplasias: 78
2021	1	Neoplasias: 10	Neoplasias: 12	D. Ap. Circ.: 15	Neoplasias: 26	D. Ap. Circ.: 82	Doenças Ap. Circ.: 125	D. Ap. Circ.: 148	D. Ap. Circ.: 213	D. Ap. Circ.: 266
	2	D. Ap. Circ.: 03	D. Ap. Circ.: 08	D. Ap. Circ.: 08	D. Ap. Circ.: 23	Neoplasias: 55	Neoplasias: 88	Neoplasias: 111	Neoplasias: 93	D. Ap. Resp.: 90
	3	D. Ap. Resp.: 03	D. Ap. Resp.: 04	D. Ap. Resp.: 08	D. Ap. Resp.: 07	D. Ap. Resp.: 09	D. End. Nut. E Met.: 33	D. Ap. Resp.: 49	D. Ap. Resp.: 64	Neoplasias: 76
2022	1	D. Ap. Resp.: 04	Neoplasias: 06	D. Ap. Circ.: 10	Neoplasias: 18	D. Ap. Circ.: 50	D. Ap. Circ.: 90	D. Ap. Circ.: 135	D. Ap. Circ.: 184	D. Ap. Circ.: 239
	2	Neoplasias: 3	D.Ap. Circ.: 04	Neoplasias: 8	D. Ap. Circ.: 13	Neoplasias: 34	Neoplasias: 83	Neoplasias: 125	Neoplasias: 87	D. Ap. Resp: 109
	3	D. Ap. Circ.: 03	D. Ap. Resp.: 02	D. Ap. Resp.: 04	D. Ap. Resp.: 05	D. Ap. Resp.: 07	D.End.Met.(15) D.Ap.Resp (15)	D. Ap. Resp.: 47	D. Ap. Resp.: 78	Neoplasias: 48

Fonte: SIM/SES/AC, 2022.

*Dados gerados em 02/2023, sujeitos à revisão e alterações

Em relação as taxas de óbitos prematuros por DCTN a taxa brasileira apresenta um declínio contínuo nos últimos 10 anos, enquanto a taxa acreana demonstra instabilidade, porém com taxa menor que a brasileira.

FIGURA 1*- Taxa de óbito prematuro (30 a 69 anos) pelos quatro grupos de DCNT, de 2013 a 2022

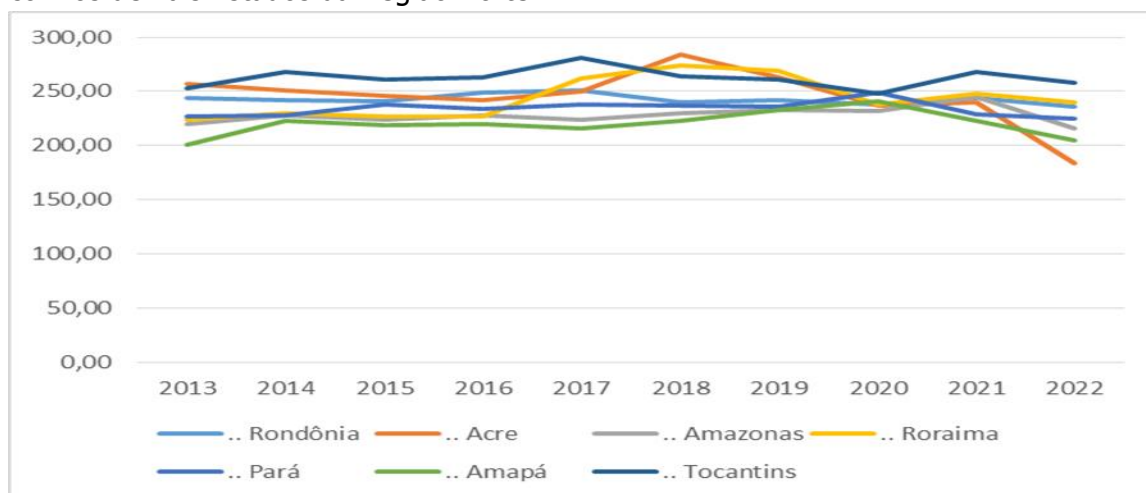


Fonte: SIM/SES/AC, 2022.

*Dados gerados em 02/2023, sujeitos à revisão e alterações

Em comparação aos demais Estados da Região Norte, o Estado do Acre se mantém na posição média superior até 2020, superando a taxa dos outros estados em 2018, quando ocorreu também uma elevação dos óbitos no Estado de Roraima, passando para linha média inferior a partir de 2021.

FIGURA 2*- Taxa de óbito prematuro (30 a 69 anos de idade) por DCNT, no Acre, em comparação com os demais Estados da Região Norte *



Fonte: Fonte: Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE- março 2023.

Dados gerados em 04/2023, sujeitos à revisão e alterações

Durante os últimos dez anos, todos os municípios do Acre demonstraram instabilidade nos seus números de óbitos por DCNT, na faixa etária de 30 a 69 anos, sendo que em 2021 a Regional do Baixo Acre foi quem apresentou a maior taxa de mortalidade (241,73). Em 2022, com dados epidemiológicos ainda não fechados, a Regional de saúde do Alto Acre vem apresentando a maior taxa de óbitos entre as regionais de saúde.

QUADRO 4* - Número absoluto de óbitos prematuros (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e respiratória crônica), por município e Regional de Saúde do Estado do Acre de 2013 a 2022

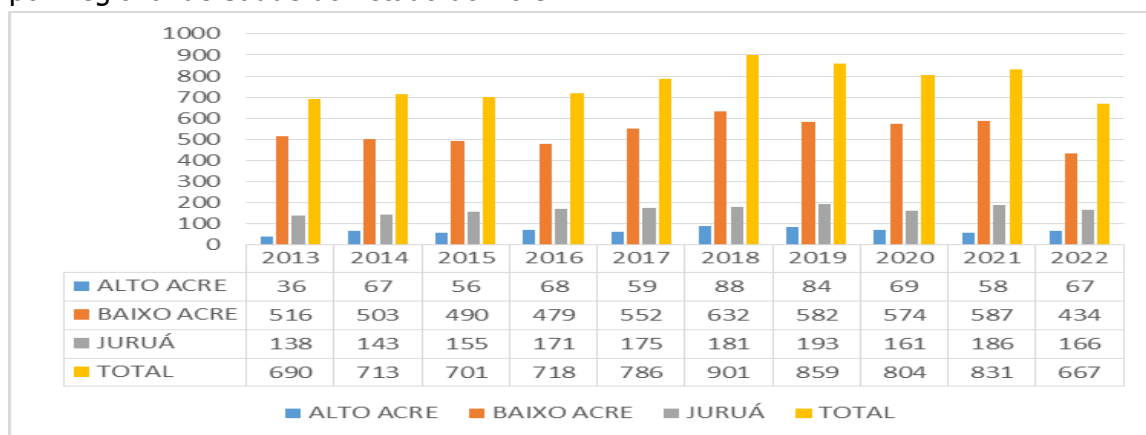
Munic Resid-AC	2013/ Nº ABS.	2014/ Nº ABS.	2015/ Nº ABS.	2016/ Nº ABS.	2017/ Nº ABS.	2018/ Nº ABS.	2019/ Nº ABS.	2020/ Nº ABS.	2021/NºABS S. PARCIAL	2022/Nº ABS. PARCIAL	Nº ABS. De óbitos sugerido para 2023. Com redução de 2% /ano. SEM ARREDONDAMEN TO	Nº ABS. De óbitos sugerido para 2023. Com redução de 2% /ano. COM ARRENDAMENT O	Taxa sugerida 2023
REGIONAL DO BAIXO ACRE	516	503	490	479	552	632	582	574	587 (241,73)	434 (174,15)	575 (575,26)	575	230,72
120001 Acrelândia	9	8	11	17	14	8	7	14	19	17	18,62	19	
120013 Bujari	18	10	8	8	13	18	8	8	12	10	11,76	12	
120017 Capixaba	8	13	12	5	5	13	4	7	10	12	9,8	10	
120032 Jordão	2	1	1	1	1	5	4	2	0	0	0	0	
120034 Manoel Urbano	5	6	4	6	6	5	8	5	12	12	11,76	12	
120038 Plácido de Castro	10	19	15	12	21	19	12	15	18	18	17,64	18	
120080 Porto Acre	17	14	13	14	16	25	17	20	20	11	19,6	20	
120040 Rio Branco	386	387	370	366	427	469	448	438	423 (238,45)	293 (161,21)	414,54	414	227,79
120043 Santa Rosa do Purus	1	1	2	3	3	2	3	0	3	4	2,94	3	
120050 Sena Madureira	37	31	28	29	29	51	44	44	38	34	37,24	37	
120045 Senador Guiomard	23	13	26	18	17	17	27	21	32	23	31,36	31	
REGIONAL DO ALTO ACRE	36	57	56	68	59	88	84	69	58 (198,26)	67 (221,96)	56,84	57	188,83
120005 Assis Brasil	4	9	4	7	3	10	7	8	7	6	6,86	7	
120010 Brasília	8	23	25	31	26	35	36	24	17	28	16,66	17	
120025 Epiplácido	11	11	10	12	11	20	17	19	18	18	17,64	18	
120070 Xapuri	13	14	17	18	19	23	24	18	16	15	15,68	16	
REGIONAL DO JURUA	138	143	155	171	175	181	193	161	186 (237,14)	166 (205,61)	182,28	182	225,43
120020 Cruzeiro do Sul	59	75	67	84	97	90	87	77	90	83	88,2	88	
120030 Feijó	23	11	26	22	20	17	23	23	22	20	21,56	22	
120033 Mâncio Lima	8	17	14	12	18	19	22	12	14	12	13,72	14	
120035 Marechal Thaumaturgo	6	7	6	7	2	5	6	6	6	2	5,88	6	
120039 Porto Walter	6	4	5	7	1	6	7	1	6	5	5,88	6	
120042 Rodrigues Alves	10	6	8	7	11	10	8	12	11	9	10,78	11	
120060 Tarauacá	26	23	29	32	26	34	40	30	37	35	36,26	36	
ESTADO DO ACRE	690	703	701	718	786	901	859	804	831 (237,08)	667 (185,21)	814	814	226,02

Fonte: SIM/SES/AC. Base de dados: fevereiro de 2023

*Dados gerados em 02/03/2023, sujeitos à revisão e alterações

Na figura 3, onde demonstra-se o número absoluto de óbitos prematuros por DCNT em todas as Regionais de saúde do Estado do Acre, demonstra-se a instabilidades dos mesmos, com especial atenção para o ano de 2018, quando ocorre a maior elevação no Baixo Acre e no alto Acre, sendo que na Região do Juruá a maior elevação ocorreu em 2019.

FIGURA 3*- Número Absoluto de óbitos prematuros (30 a 69 anos), por DCNT, de 2013 a 2022, por Regional de Saúde do Estado do Acre.

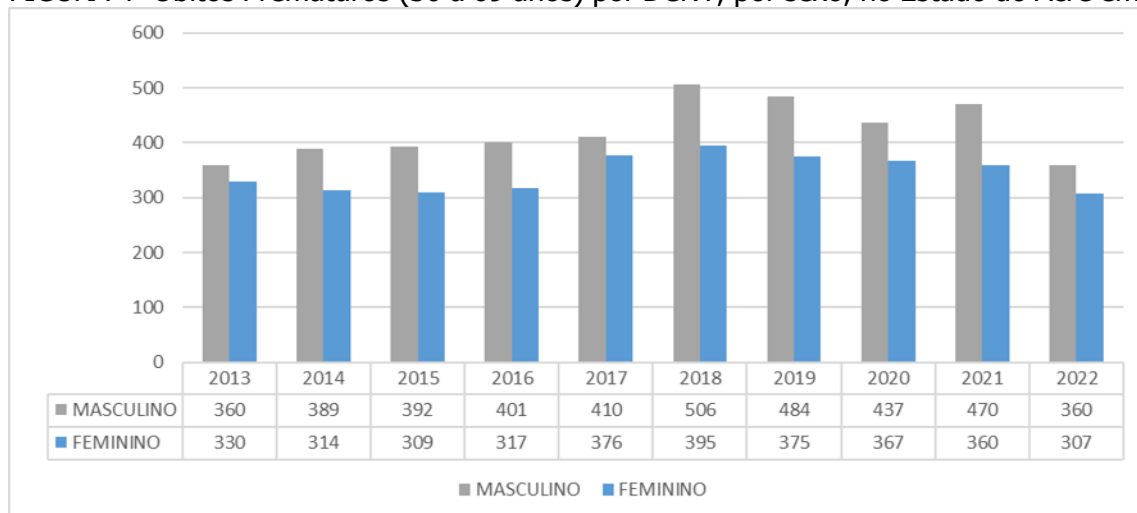


Fonte: SIM/SES/AC. Base de dados: fevereiro de 2023

*Dados gerados em 02/03/2023, sujeitos à revisão e alterações

Quando se trabalha com dados de mortalidade pelas principais DCNT é necessário observar sua distribuição de acordo com o sexo, conforme ilustra a figura 4, cuja análise evidencia que os valores de mortalidade prematura por DCNT no Estado do Acre, nos últimos dez anos, de 2013 a 2022, foram maiores entre os indivíduos do sexo masculino. O maior valor de mortalidade ocorreu no ano de 2018, para ambos sexos.

FIGURA 4- Óbitos Prematuros (30 a 69 anos) por DCNT, por sexo, no Estado do Acre em 10 anos.

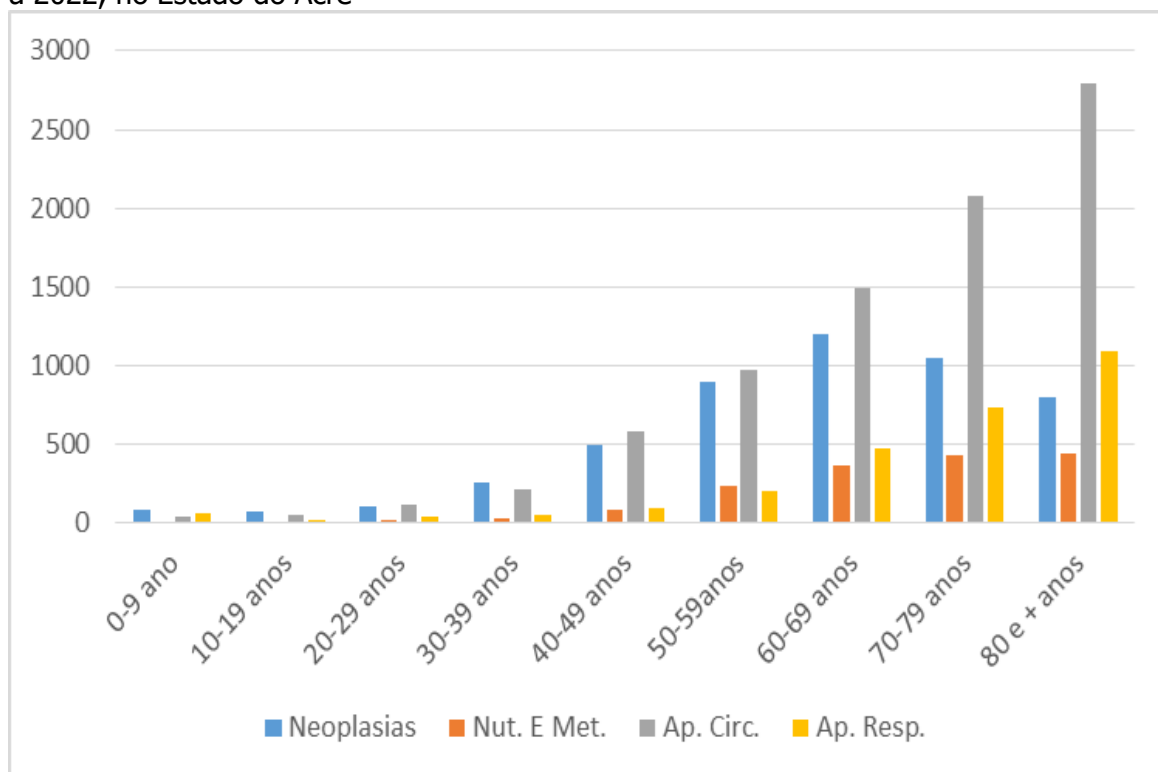


Fonte: SIM/SES/AC. Base de dados: fevereiro de 2023

*Dados gerados em 02/03/2023, sujeitos à revisão e alterações

Na figura 5, que representa os óbitos prematuros por DCNT ocorridos em 10 anos (2013 a 2022) em residentes do Estado do Acre, estratificados em intervalos etários de dez anos, é possível observar aumento diretamente proporcional entre o valor e a faixa etária. As doenças cardiovasculares ficaram em primeiro lugar na faixa etária acima de 40 anos, seguido das neoplasias, exceto na faixa etária acima de 80 anos, que tiveram como segunda causa de morte, as doenças do aparelho respiratório. As neoplasias também foram as primeiras causas de morte na faixa etária de 0 a 19 e na faixa etária de 30 a 39 anos de idade. Os óbitos por doenças do Aparelho respiratório estiveram presentes em todas as faixas etárias, ficando em 2º lugar nas pessoas acima de 80 anos e na faixa etária de 0-9 anos. As doenças nutricionais e metabólicas se mantiveram na 4º colocação entre as demais doenças do grupo de DCNT.

FIGURA 5- Óbitos pelo conjunto das quatro principais DCNT, em todas as faixas etárias de 2013 a 2022, no Estado do Acre

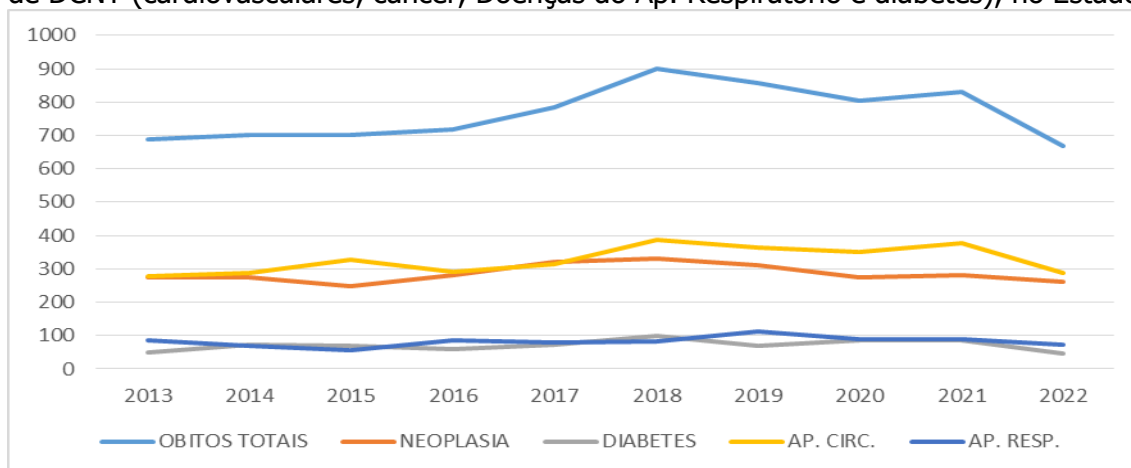


Fonte: SIM/SES/AC. Base de dados: fevereiro de 2023

*Dados gerados em 02/03/2023, sujeitos à revisão e alterações

Na figura 6, que representa os óbitos prematuros pelos quatro principais grupos de DCNT ocorridos de 2013 a 2022 em residentes do Estado do Acre, é possível observar que, em todos os anos, as doenças cardiovasculares ocupam a primeira posição entre as principais DCNT, seguida das neoplasias, doenças respiratórias e diabetes.

FIGURA 6- Número absoluto de mortes prematuras (30 a 69 anos), pelos quatro principais grupos de DCNT (cardiovasculares, câncer, Doenças do Ap. Respiratório e diabetes), no Estado do Acre.

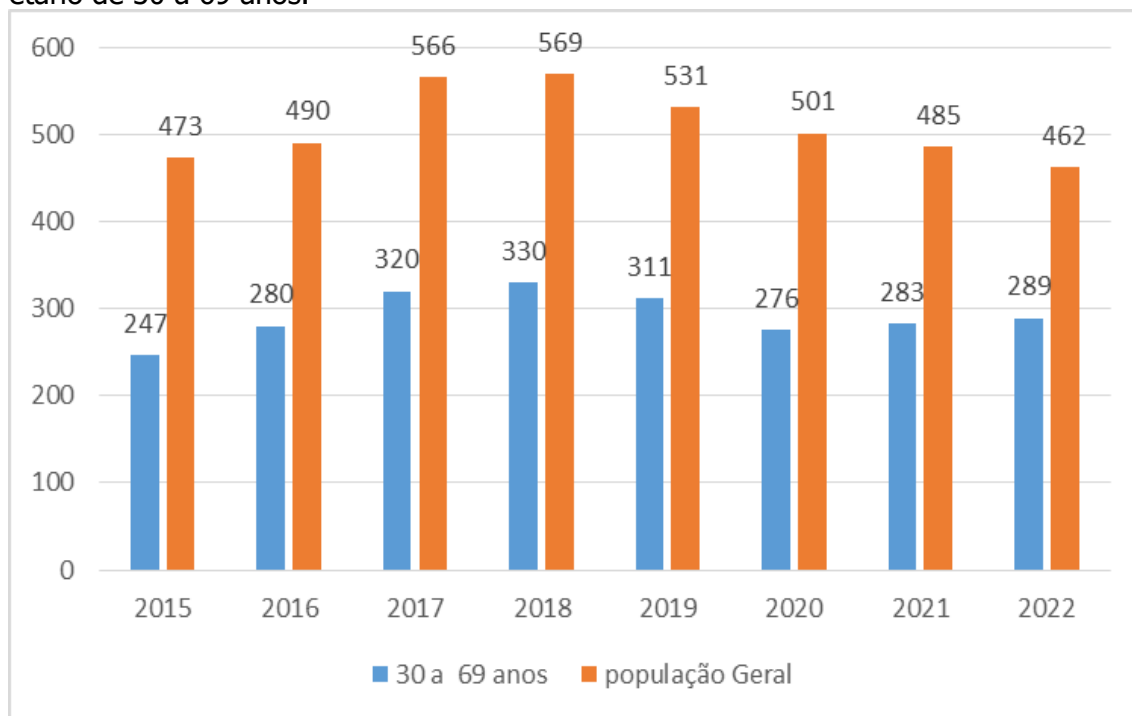


Fonte: SIM/SES/AC. Base de dados: fevereiro de 2023

*Dados gerados em 02/03/2023, sujeitos à revisão e alterações

Quanto a representatividade dos óbitos prematuros (30 a 69 anos) por neoplasias, a figura 7 demonstra um percentual de mortalidade prematura (30 a 69 anos) em 2015 de (52,21%); 2016 (57,14%); 2017 (56,53%); 2018 (57,99%); 2019 (58,56%); 2020 (55,08%); 2021 (58,35%); 2022 (61,25%). A partir do ano de 2016 a proporção foi acima de 55 %, demonstrando assim, o impacto da mesma na sociedade, num grupo populacional economicamente ativo, e a importância de políticas de prevenção e tratamento a esse grupo de doenças

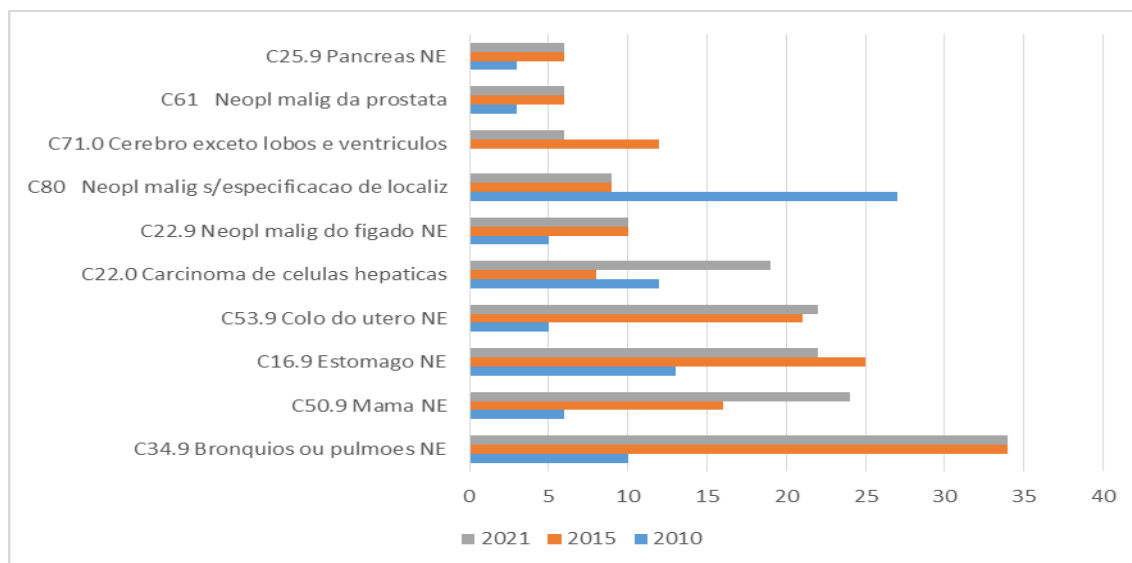
FIGURA 7- Óbitos por Neoplasias em todas as faixas etárias na população no Acre e no grupo etário de 30 a 69 anos.



Fonte: SIM/SES/AC. Base de dados: fevereiro de 2023

Em relação às neoplasias malignas no sexo feminino de 30 a 69 anos, segundo localização primária mais frequente no óbito, no ano de 2021 no Acre (Gráfico 6), destacam-se a neoplasia de mama que tem a maior proporção (27%), seguida pelas neoplasias de colo de útero (25%) e brônquios e pulmões (19%).

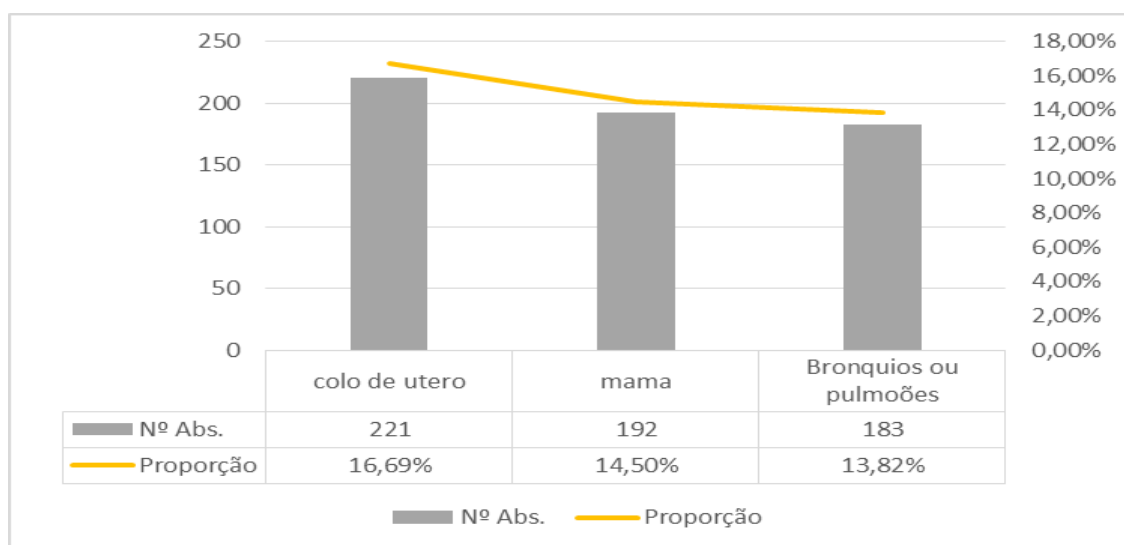
FIGURA 8- Número de óbitos por neoplasias (30 a 69 anos) por CID 10. Acre 2010, 2015 e 2021.



Fonte: SIM/SES/AC. Base de dados: fevereiro de 2023

Quanto aos principais tipos de câncer, nos últimos 10 anos, as mulheres de 30 a 69 anos apresentaram como principais causas de óbito por neoplasias, as de colo de útero (16,69%), seguido de mama (14,50%) e brônquios e pulmões (13,82%).

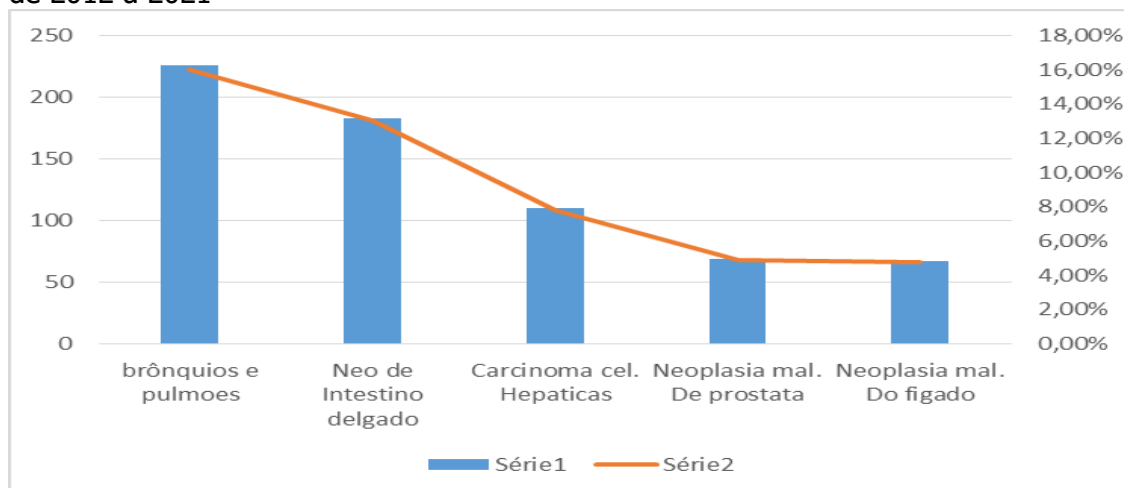
FIGURA 9- Número e proporção de óbito pelas três principais causas de neoplasias em mulheres, na faixa etária de 30 a 69 anos, em 10 anos (2013 a 2022)



Fonte: SIM/SES/AC. Base de dados: fevereiro de 2023

Quanto aos principais tipos de câncer nos homens, de 2012 a 2021, a faixa etária de 30 a 69 anos apresentou como principais causas de óbito por neoplasias, as de brônquios e pulmões (16%), seguido de neoplasias malignas do intestino delgado, do carcinoma de células hepáticas, das neoplasias de próstata e das neoplasias de fígado. Portanto, a neoplasia de pulmão, que se apresenta em 1º lugar de óbitos nos homens, apresenta-se em 3º lugar entre as mulheres (ver figura anterior).

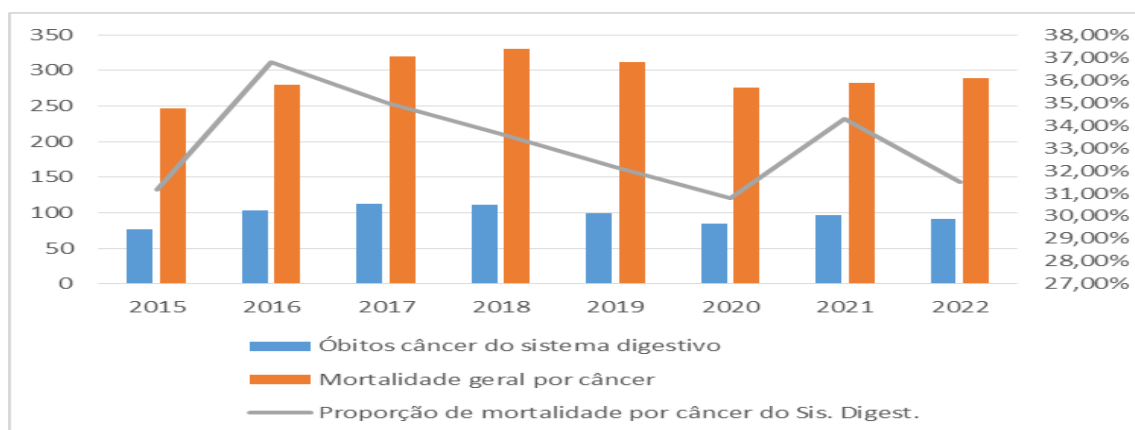
FIGURA 10- Demonstrativo das cinco principais causas de óbitos por câncer em homens, no Acre, de 2012 a 2021



Fonte: SIM/SES/AC. Base de dados: fevereiro de 2023

Quanto a mortalidade por câncer do sistema digestivo, que vem aumentando os índices na população brasileira, a figura 10, faz um comparativo da proporção de mortalidade entre ele e todos os tipos de câncer na população de ambos os sexos, do estado do Acre, de 2015 a 2022. Nele demonstra-se um pico de mortalidade pelos cânceres do sistema digestivo nos anos de 2016 a 2021 e queda gradual nos demais anos. Todavia, em todos os anos esteve numa proporção acima de 30%, o que demonstra a importância de seu monitoramento.

FIGURA 11- Proporção de mortalidade por câncer do sist. Digestivo, no Acre, na população de 30 a 69 anos

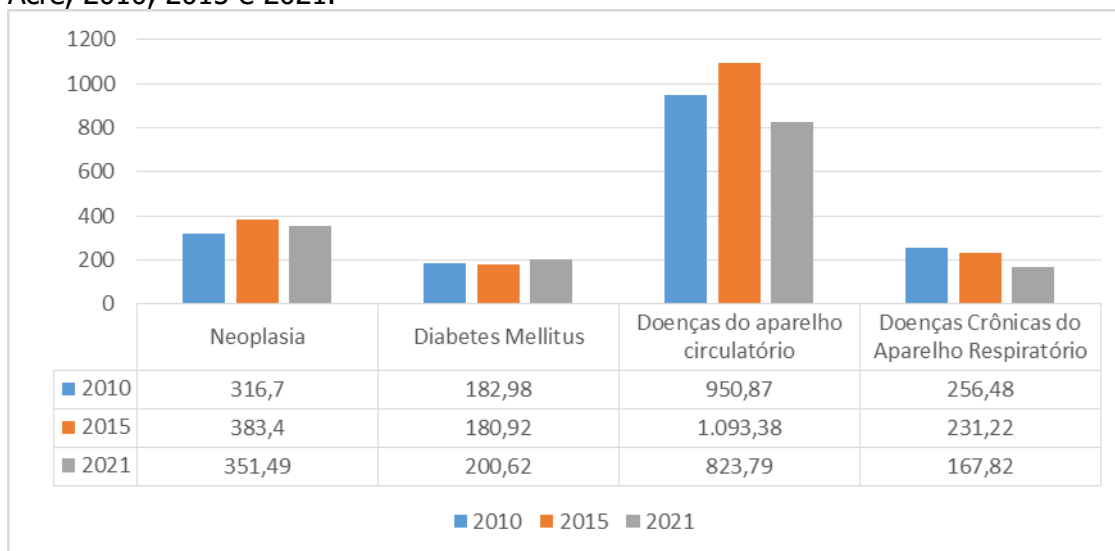


Fonte: SIM/SES/AC. Base de dados: fevereiro de 2023

As internações por DCNT refletem o estilo de vida adotado pela população e o acesso, a qualidade e o desempenho dos serviços prestados na atenção primária.

Com Relação a taxa de internação prematura (30 a 69 anos) por DCNT no Acre (2010, 2015 e 2021), encontramos as Doenças do aparelho circulatório liderando ao longo dos anos, seguidos pelas Neoplasias, Doenças Crônicas do Aparelho Respiratório e diabetes mellitus, sendo que a última superou as doenças do aparelho respiratório em 2021. (Gráfico 8).

FIGURA 12- Taxa de internação prematura (30 a 69 anos) por DCNT, por 100 mil habitantes. Acre, 2010, 2015 e 2021.



Fonte: SIM/MS/TABWIN DADOS COLETADOS: 02/03/2023 BASE DE DADOS: fevereiro 2023

FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS

TABAGISMO.

O tabagismo é reconhecido como uma doença crônica causada pela dependência à nicotina e se inclui na 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10) no grupo de transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas. Além de ser uma doença, é fator causal de aproximadamente 50 outras doenças incapacitantes e fatais, como câncer, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2022).

Em 2021, a nível nacional entre as capitais, Rio Branco (11,2%) encontra-se em terceiro lugar no ranking de capitais com maior número de fumantes, empatada percentualmente com a cidade de São Paulo com 11,2%, perdendo apenas para Campo Grande (14,5%), Distrito Federal (11,8%) e Cuiabá (11,3%). Quanto ao sexo, todas as capitais da Região Norte, tem na população masculina, os maiores fumantes.

Quando comparamos com dados de 2019, observamos uma redução de 0,7% da porcentagem de fumantes em Rio Branco que apresentava 11,9% de fumantes, ficando atrás de cidades como Porto Alegre (14,6%), São Paulo (13,5%) e Distrito Federal (12%).

QUADRO 5- Percentual* de adultos (≥ 18 anos) fumantes, por sexo, segundo as capitais dos estados da Região Norte. Vigitel, 2021.

Capitais da Região Norte	Sexo					
	Total		Masculino		Feminino	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
1 -Porto Velho	11,4	7,4 – 14,7	13,3	7,1 – 19,5	8,6	5,1 – 12,1
2 - Rio Branco	11,2	7,9 – 14,5	12,9	7,7 – 18,1	9,6	5,5 – 13,7
3- Boa Vista	8,6	6,2 - 11,1	12,1	7,6 - 16,7	5,4	3,3 – 7,4
4 - Manaus	7,1	4,0 – 10,3	11,7	5,6 – 17,8	2,9	1,0 - 4,7
5- Palmas	7,0	4,6 – 9,5	10,3	5,6 – 15,1	4,1	2,2 – 6,0
6 - Belém	5,8	3,6 - 8,0	6,9	3,3 - 10,5	4,9	2,2 – 7,6
7- Macapá	5,4	3,5 – 7,3	7,5	4,2 – 10,8	3,4	1,5 – 5,3

*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2021 (ver Aspectos Metodológicos).

†Coeficiente de variação ≥ 35 . Estimativa deve ser utilizada com cautela, dada sua baixa precisão.

††Número de casos menor que 20. Estimativa deve ser utilizada com cautela, dada sua baixa precisão. †††Coeficiente de variação ≥ 35 e número de casos

menor que 20. Estimativa deve ser utilizada com cautela, dada sua baixa precisão.

Nota: IC = Intervalo de Confiança

USO ABUSIVO DO ÁLCOOL

Conforme a OMS, o consumo de álcool é uma atividade que contribui amplamente para a carga de doenças crônicas, de uma forma particular para o câncer, a ponto de afirmar que não existe limite seguro de ingestão de álcool quando se fala na sua prevenção, independentemente do tipo (cerveja, vinho, destilados) e da qualidade. Porém, embora ainda não exista um limite seguro, o risco aumenta substancialmente conforme aumenta o consumo.

O inquérito telefônico realizado nas capitais brasileiras referente à população adulta, Vigitel (Brasil, 2021), apontou que a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias foi maior em Palmas 22,2%, e menor em Rio Branco com 13,7%. Em todas as capitais da Região Norte, observamos que o maior consumo de bebidas alcoólicas está entre os homens, apresentando uma média de 24,48% e de 11,95% de mulheres.

QUADRO 6- Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consumiram quatro ou mais doses (mulheres) ou cinco ou mais doses (homem) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião, por sexo, segundo as capitais da região Norte do Brasil. Vigitel, 2021.

Capitais da Região Norte	Sexo					
	Total		Masculino		Feminino	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
1 -Palmas	22,2	17,3-27,1	32,5	23,7- 41,2	13,0	9,3 - 16,7
2 - Porto Velho	21,7	17,2-26,2	28,4	21,1- 35,8	14,4	10,0-18,8
3 - Macapá	20,4	17,1-23,7	27,6	22,1 -33,1	13,7	9,9 - 17,5
4 - Boa Vista	17,9	14,8-21,0	23,4	18,0- 28,7	12,8	9,4 - 16,2
5 - Belém	15,3	12,1-18,5	21,9	16,2- 27,6	9,8	6,3 - 13,3
6 - Manaus	14,8	11,1-18,5	20,2	13,7- 26,8	9,8	6,2 - 13,4
Rio Branco	13,7	10,5-16,9	17,4	12,2- 22,7	10,2	6,5 - 14,0

*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta de cada cidade projetada para o ano de 2021 (ver Aspectos Metodológicos). Nota: IC = Intervalo de Confiança.

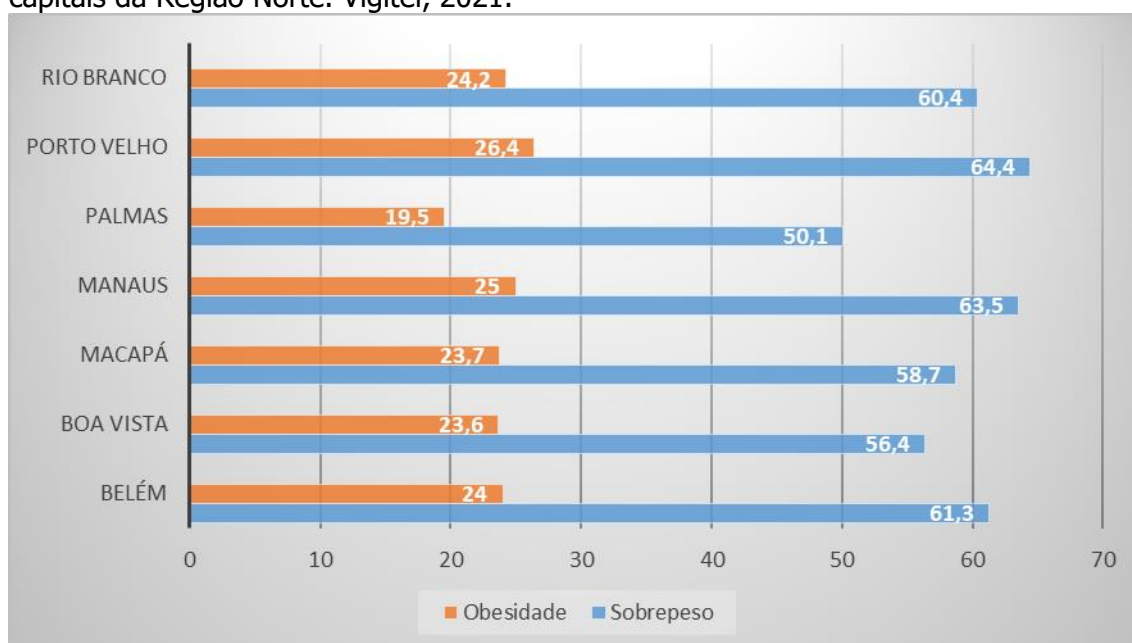
EXCESSO DE PESO E OBESIDADE

A obesidade é uma doença que tem crescido no Brasil e no mundo. Traduzindo em números, aproximadamente 60% dos adultos brasileiros já têm excesso de peso, o que representa cerca de 96 milhões de pessoas, e 1 em cada 4 tem obesidade, num total de mais de 41 milhões de pessoas, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde PNS/2020.

Em 2021 9,1 milhões de indivíduos adultos atendidos na APS já tinham diagnóstico de excesso de peso e mais de 4 milhões, de obesidade, sendo que 624 mil tinham obesidade grave (grau III)

O excesso de peso é diagnosticado quando o IMC alcança valor igual ou superior a 25 kg/m², enquanto a obesidade é diagnosticada com valor de IMC igual ou superior a 30 kg/m². Esses critérios são os utilizados pelo Vigitel para analisar as informações sobre peso e altura fornecidas pelos entrevistados. Abaixo temos o gráfico comparativo entre excesso de peso e obesidade, entre as capitais da região Norte.

FIGURA 13: Percentual de adultos (≥ 18 anos) com excesso de peso e obesidade, segundo as capitais da Região Norte. Vigitel, 2021.



FONTE: Vigitel, 2021. Excesso de peso: IMC > 25kg/m². Obesidade: IMC > 30kg/m²

ATIVIDADE FÍSICA

Os benefícios que a prática da atividade física traz para a saúde são diversos: o controle do peso; a diminuição da chance de desenvolvimento de alguns tipos de cânceres e de algumas doenças crônicas, como diabetes, pressão alta e doenças do coração; a melhora da disposição; e a promoção da interação social. Além disso, a atividade física faz bem para a saúde mental e tem uma importante atuação na melhora do sistema imunológico, fatores relevantes à manutenção de vida saudável.

São considerados indivíduos fisicamente inativos aqueles cuja soma de minutos despendidos em atividades físicas no tempo livre, no deslocamento para o trabalho/ escola e na atividade ocupacional não alcança o equivalente a pelo menos 150 minutos semanais de atividades de intensidade moderada ou pelo menos 75 minutos semanais de atividades de intensidade vigorosa.

QUADRO 7- Percentual de adultos (≥ 18 anos) fisicamente inativos, por sexo, segundo as capitais da região Norte do Brasil. Vigitel, 2021.

Capitais da Região Norte	Sexo					
	Total		Masculino		Feminino	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
1 - Rio Branco	17,6	14,2-20,9	15,2	10,2- 20,2	19,7	15,1-24,3
2- Belém	16,4	13,0-19,8	16,9	11,1- 22,6	16,0	12,1-19,9
3 – Manaus	15,8	12,3-19,4	13,7	7,8 - 19,6	17,8	13,7-21,9
4 - Macapá	15,5	12,3-18,6	12,7	8,6 - 16,9	18,0	13,2-22,7
5 - Porto Velho	13,4	10,0-16,8	13,3	7,7 - 18,8	13,6	9,7 - 17,5
6 - Boa Vista	12,3	9,7 - 15,0	10,8	7,1 - 14,5	13,7	10,1-17,4
7 - Palmas	12,2	9,2 - 15,1	10,2	6,4 - 14,1	13,9	9,5 - 18,3

Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2019. Nota: IC: Intervalo de confiança

Com relação ao Percentual de adultos que praticam atividades físicas no tempo livre equivalentes a pelo menos 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana, por sexo, segundo as capitais dos estados da região norte, observamos que a frequência variou entre 43,5% em Palmas até 37,1% em Porto Velho, Rio Branco ficou em penúltimo lugar com 37,3% ficando à frente somente de Porto Velho. (Tabela 9).

QUADRO 8- Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que praticam atividades físicas no tempo livre equivalentes a pelo menos 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana**, por sexo, segundo as capitais dos estados da região norte. Vigitel, 2021

Capitais da Região Norte	Sexo					
	Total		Masculino		Feminino	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
1 - Boa Vista	43,5	39,4-47,6	48,9	42-55,7	38,5	33,8-43,2
2 - Palmas	43,3	38,5-48	45	37-53,1	41,7	36,2-47,2
3 - Manaus	39,3	34,4-44,2	47,6	39,3-55,8	31,6	26,2-37
4 - Belém	39,2	34,8-43,7	50	42,6-57,4	30,1	25,1-35,1
5 - Macapá	37,8	33,8-41,7	40,7	35,5-46,8	35,1	30-40,2
6 - Rio Branco	37,3	32,8-41,7	43,3	36,1-50,4	31,8	26,4-37,2
7 - Porto Velho	37,1	32,6-41,6	41,1	34-48,2	32,8	27,5-38,2

Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2019. Nota: IC: Intervalo de confiança

ALIMENTAÇÃO INADEQUADA

De acordo com a OMS, uma dieta saudável não só combate a má nutrição, como é capaz de prevenir o desenvolvimento de diversas DCNT.

As recomendações incluem, entre outras, o consumo diário pelos adultos de, ao menos, cinco porções de frutas e hortaliças (400 g/dia); a limitação do consumo de açúcar livre (isto é, aquele adicionado aos alimentos pelo consumidor ou fabricante) a no máximo 10% do total de calorias diárias ingeridas (correspondente a 50g, numa dieta de 2000 calorias diárias), embora o ideal seja de até 5%; e, a limitação do consumo de sal, presente principalmente nos alimentos ultra processados, a um máximo de 5g ao dia (uma colher de chá).

De acordo com a OMS, não há limite seguro para o consumo de carne processada, no que se refere à prevenção do câncer. Assim, recomenda-se evitar o consumo de produtos como presunto, salsicha, linguiça, bacon, mortadela, salame e peito de peru.

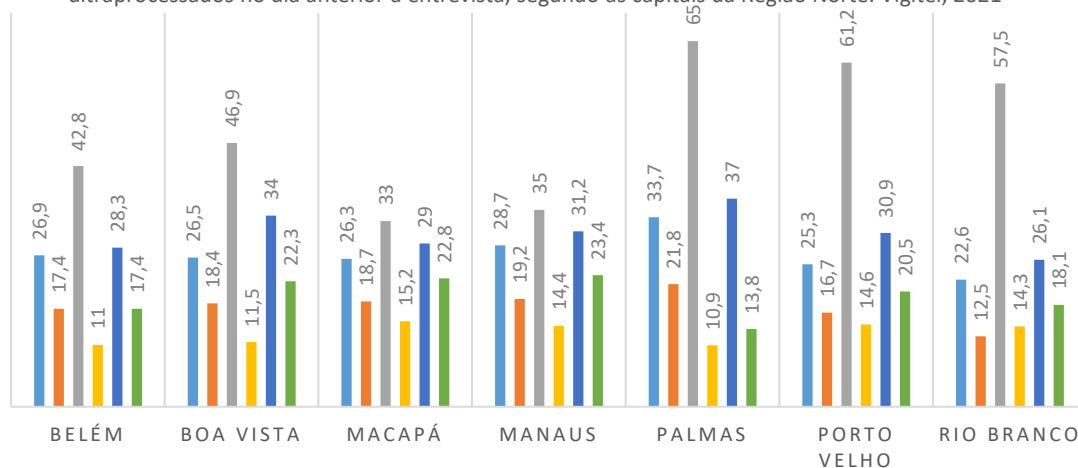
Frutas e hortaliças são alimentos essenciais para um padrão saudável de alimentação, pois contêm diversos elementos fundamentais que favorecem a manutenção da saúde e do peso. Já alimentos ultra processados, determinam consequências como o desequilíbrio na oferta de nutrientes e a ingestão excessiva de calorias.

Segundo dados do Vigitel 2021, na população adulta (≥ 18 anos) em Rio Branco, a frequência de consumo regular em cinco ou mais dias na semana de frutas e hortaliças foi de 22,6%, o consumo de refrigerante foi de 14,3% e a frequência de alimentos ultra processados foi de 26,1%. Observamos um ponto positivo, que foi com relação ao consumo feijão em cinco ou mais dias da semana, que dentre as capitais ficou em terceiro lugar, com 57,5%. (Gráfico 10).

FIGURA 14- Consumo alimentar, Percentual de adultos (≥ 18 anos), segundo as capitais da Região Norte. Vigitel, 2021.

CONSUMO ALIMENTAR DAS CAPITALS DA REGIÃO NORTE

- Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que consomem frutas e hortaliças em cinco ou mais dias da semana, segundo as capitais da Região Norte. Vigitel, 2021
- Percentual* de adultos (≥18 anos) que consomem cinco ou mais porções diárias de frutas e hortaliças, segundo as capitais da Região Norte. Vigitel, 2021
- Percentual* de adultos (≥18 anos) que consomem feijão em cinco ou mais dias da semana, segundo as capitais da Região Norte. Vigitel, 2021
- Percentual* de adultos (≥18 anos) que consomem refrigerantes em cinco ou mais dias da semana, segundo as capitais da Região Norte. Vigitel, 2021
- Percentual* de adultos (≥18 anos) que consumiram cinco ou mais grupos de alimentos não ou minimamente processados protetores para doenças crônicas no dia anterior à entrevista, segundo as capitais da Região Norte. Vigitel 2021
- Percentual* de adultos (≥18 anos) que consumiram cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados no dia anterior à entrevista, segundo as capitais da Região Norte. Vigitel, 2021



Fonte: Vigitel, 2021.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A morbimortalidade por DCNT ainda representa um grande desafio para os diversos níveis do cuidado com a saúde, para gestores e sociedade em geral. Os altos custos do tratamento com internações por estas causas e a perda de vidas prematuramente em decorrência desses agravos, demonstram a importância de investimento na prevenção das DCNT e promoção da saúde, incentivando bons hábitos e atuando nos fatores de risco modificáveis.

Apesar das perspectivas de redução do impacto das DCNT na população acriana a partir de diversas que o Estado e seus municípios estão desenvolvendo, somos ciente de que ainda há um longo caminho a ser percorrido.

Atingir as metas de redução de DCNT é um desafio global e brasileiro em particular, uma vez que temos uma pirâmide populacional demonstrando o envelhecimento populacional de forma rápida. As ações previstas para os próximos anos estão pautadas, principalmente sobre os fatores de risco e as condições que contribuem para a carga das DCNT na população. O enfrentamento ao tabagismo, o estímulo a atividade física, o aumento do acesso aos serviços de saúde e a melhoria dos indicadores sociais são políticas em desenvolvimento, visando a redução dos indicadores de DCNT.

Aponta-se ainda a necessidade de políticas Inter setoriais que estimulem e facilitem as práticas de atividades físicas, principalmente para a população mais vulnerável, a alimentação saudável, a redução do sal nos alimentos, a propaganda de álcool e tabaco, a melhora dos indicadores sociais. Ressaltamos também, o apoio e investimento na atenção primária e nas ações de promoção da saúde, além da melhora das tecnologias de saúde nos locais de assistência aos já acometidos pelas DCNT.

Sabendo que esse grupo de doenças têm curso prolongado e requerem abordagem longitudinal, integral, com investimento no autocuidado e no vínculo com os serviços de saúde, deve-se atuar fortemente nas políticas de acesso aos serviços de saúde e nas ações de prevenção, com enfoque especial na população de baixa renda e nos mais vulneráveis.

O Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis Estadual e municipal, em fase de construção, será um importante instrumento de ações de promoção, atenção integral, vigilância e prevenção das doenças crônicas e seus fatores de risco, através do fortalecimento da rede de atenção e da construção de ações e políticas públicas que considerem as necessidades de vida e saúde da população.

REFERÊNCIAS

BOCCOLINI, C.S.M. Morbimortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação atual e futura / Cristiano Siqueira Boccolini. – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2016. 25 p. – (Textos para discussão)22. Disponível

em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2017/11/PJSSaudeAmanha_Texto0022_2016_v05.pdf. > Acesso em 11 de abril de 2023.

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 2011-2021.

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.

FIGUEIREDO, A.E.B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 26, n. 01 Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/n4nH53DFx39SRCC3FkHDyzy/?lang=pt>> Acesso em 11.04.2023.

ISTILLI, P.T. et al. Avaliação da mortalidade prematura por doença crônica não transmissível. *Rev. Bras. Enfermagem* 2020;73(2) Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/zTDWP8hMt4GVD56TB4ttsrq/?format=pdf&lang=pt>.> Acesso em 11.04.2023

LEITE, C.I. et al. Carga de doenças no Brasil e suas regiões, 2008. *Cad. Saúde Pública* 2015; 31(7):1551-1564. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/csp/a/YzJ7R7fLVQSVKWZ8Vq9KQYz/?lang=pt>.> Acesso em 03.2023.

LEITE-CAVALCANTI, C. et al. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. Disponível e: < <https://www.scielosp.org/article/rsap/2009.v11n6/865-877/>> Acesso em março de 2023.

Malta DC, Andrade SSCA, Oliveira TP, Moura L, Prado RR, Souza MFM. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2 –

MALTA, D.C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saúde Publica*. 2017;51 Supl 1:4s. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rsp/a/84CsHsNwMRNFXDHZ4NmrD9n/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 03/2023

MELO, S.P.S.C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2019, v. 24, n. 8 [Acessado 1 Junho 2022] , pp. 3159-3168. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30742017>>. Acesso em 08.02.2023.

MASCARELLO, K.C. et al. Anos potenciais de vida perdidos devido a Covid 19 no Estado do espírito santo e mortalidade proporcional por idade. Disponível em: <https://www.jornaldepneumologia.com.br/details/3638/pt-BR/anos-potenciais-de-vida-perdidos-devido-a-covid-19-no-estado-do-espirito-santo-e-mortalidade-proporcional-por-idade>. Acesso em 09 de março de 2023

SILVA GA, Malta DC, Moura L, Rosa RS. Vigilância das doenças crônicas não transmissíveis: prioridade da Saúde Pública no século XXI. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS, UERJ; 2017.

SUPLICI, S.E.R. et al. Mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis e cobertura da atenção básica: análise dos indicadores. Revista De Enfermagem Da UFSM, 11, e24. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/44513> Acesso em 09.03.2023