MINISTÉRIO DA SAÚDE

CAMINHANDO PARA 2030

Indicadores do Plano de Doenças e Agravos não Transmissíveis

Brasília DF 2026

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA
VENDA PROIBIDA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis

CAMINHANDO PARA 2030

Indicadores do Plano de Doenças e Agravos não Transmissíveis

Brasília DF 2026

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA
VENDA PROIBIDA

2026 Ministério da Saúde.

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Sem Derivações 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsms.saude.gov.br.

1ª edição – 2026 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis
SRTVN 701, via W5 Norte, Edifício PO 700, 6º andar
CEP: 70723-040 – Brasília/DF
E-mail: daent@saude.gov.br

Ministro de Estado da Saúde:
Alexandre Rocha Santos Padilha

Secretário de Vigilância em Saúde e Ambiente:
Fabiano Geraldo Pimenta Júnior

Elaboração de texto:
Deborah Carvalho Malta – EE/UFMG
Gisele Nepomuceno de Andrade – EE/UFMG
Larissa Fortunato Araújo – FM/UFMG

Organização:
Deborah Carvalho Malta – EE/UFMG
Gisele Nepomuceno de Andrade – EE/UFMG
Larissa Fortunato Araújo – FM/UFMG

Colaboração:
Bárbara Aguiar Carrato – EE/UFMG
Flora Vitória Serena Oliveira Baldi – EE/UFMG
Nathália Eufrazio de Macêdo – DAENT/SVSA
Paula Carvalho de Freitas – Daent/SVSA
Sther Luna Abras dos Santos – EE/UFMG
Tereza Silva Andrade – EE/UFMG

Revisão técnica:
Camila Rodrigues Azevedo – CGVIVA/Daent//SVSA
Cheila Marina de Lima – CGVIVA/Daent//SVSA
Georgia Maria Albuquerque – CGDNT/Daent//SVSA
Isabela da Costa Gaspar da Silva – CGDNT/Daent//SVSA
Isiyara Taverna Pimenta – CGDNT/DAENT/SVSA
Leonardo de Souza Lourenço Carvalho – CGDNT/Daent//SVSA
Letícia de Oliveira Cardoso – Daent//SVSA
Luiz Antônio Alves de Menezes Júnior – CGDNT/Daent//SVSA
Mariana Gonçalves de Freitas – CGDNT/Daent//SVSA
Naíza Nayla Bandeira de Sá – CGVIVA/Daent//SVSA
Rafael Bello Corassa – CGVIVA/Daent//SVSA
Ranielle de Paula Silva – CGVIVA/Daent/SVSA

Editoria técnico-científica:
José Fabricio de Carvalho Leal – CGEVSA/Daevs/SVSA
Taís Rondello Bonatti – CGEVSA/Daevs/SVSA

Revisão textual:
Barbara de Castro – CGEVSA/Daevs/SVSA

Diagramação:
Fred Lobo – CGEVSA/Daevs/SVSA

Normalização:
Daniel Pereira Rosa – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis.

Caminhando para 2030 : Indicadores do Plano de Doenças e Agravos não Transmissíveis [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2026.

70 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caminhando_2030_indicadores_plano_doencas.pdf
ISBN 978-85-334-3041-9

1. Doenças não Transmissíveis. 2. Saúde pública. 3. Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais. I. Título.

CDU 614.2

Catalogação na fonte – Bibliotecário: Daniel Pereira Rosa – CRB 1/3089 – Editora MS/CGDI – OS 2026/0480

Título para indexação:
Heading towards 2030: Indicators of the Non-Communicable Diseases and Disorders Plan

Sumário

Prefácio **5**

1 Panorama epidemiológico das doenças e agravos não transmissíveis: tendências globais e brasileiras **6**

1.1 Panorama mundial das Dant 7

1.2 As Dant nas Américas 7

1.3 Situação epidemiológica das Dant no Brasil 8

1.4 Determinantes e fatores de risco 9

1.5 Ações de promoção da saúde e prevenção das Dant 10

1.6 Desafios e perspectivas 11

REFERÊNCIAS 12

2 Planejamento e monitoramento: o Plano de Dant 2021-2030, o caderno de indicadores e a padronização das taxas **14**

2.1 Estrutura e eixos estratégicos do Plano de Dant 14

2.2 Indicadores e o caderno de monitoramento 15

2.3 Objetivos, metas intermediárias e metas finais 16

2.4 Padronização de taxas e comparabilidade 17

2.5 Integração dos sistemas de informação e desafios 17

REFERÊNCIAS 19

3 Indicadores de monitoramento de DCNT: metas intermediárias e finais **22**

3.1 Metas intermediárias e final: lógica de cálculo e acompanhamento 23

3.2 Ações estratégicas associadas aos indicadores de mortalidade 24

3.3 Perspectivas para o monitoramento e uso dos indicadores 25

REFERÊNCIAS 25

4 Fatores de risco e proteção: caminhos para a prevenção e promoção da saúde no contexto das DCNT **26**

4.1 Metas intermediárias e final: lógica de cálculo e acompanhamento 28

4.2 Ações estratégicas associadas aos indicadores de fatores de risco e proteção 29

4.3 O desafio da poluição ambiental 30

4.4 Perspectivas para o monitoramento e uso dos indicadores 31

REFERÊNCIAS 31

5 Agravos e Causas Externas: desafios intersetoriais e vigilância das iniquidades em saúde 33

5.1 Metas intermediárias e final: lógica de cálculo e acompanhamento no território 35

5.2 Ações estratégicas associadas aos indicadores de causas externas 38

5.3 Perspectivas para o monitoramento e uso dos indicadores: qualidade, integração e equidade 40

REFERÊNCIAS 41

APÊNDICES 43

APÊNDICE A – Contingentes populacionais 44

APÊNDICE B – Taxa de mortalidade prematura por DCNT 47

APÊNDICE C – Probabilidade incondicional de morte prematura por DCNT 49

APÊNDICE D – Taxa de mortalidade prematura por câncer do aparelho digestivo 51

APÊNDICE E – Taxa de mortalidade prematura por câncer de mama 53

APÊNDICE F – Taxa de mortalidade prematura por câncer de colo do útero 55

APÊNDICE G – Taxa de mortalidade por suicídio 57

APÊNDICE H – Taxa de mortalidade por lesões de trânsito 59

APÊNDICE I – Taxa de mortalidade por homicídio 61

APÊNDICE J – Taxa de mortalidade por homicídio em mulheres 63

APÊNDICE K – Taxa de mortalidade de ocupantes de motocicletas e triciclos 65

APÊNDICE L – Mortalidade de jovens por homicídio 67

APÊNDICE M – Taxa de mortalidade de idosos por quedas acidentais 69

Prefácio

As doenças e agravos não transmissíveis (Dant) configuram um dos principais desafios contemporâneos da saúde pública brasileira, respondendo por parcela expressiva da morbimortalidade no País e por aproximadamente 70% dos óbitos registrados. Seu enfrentamento exige respostas integradas, sustentadas por evidências científicas, inovação, qualificação da gestão e compromisso permanente com a equidade em saúde.

Nesse cenário, o Ministério da Saúde reafirma o papel estratégico da vigilância em saúde como eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS) e como instrumento fundamental para subsidiar a formulação, o monitoramento e a avaliação de políticas públicas. O fortalecimento da vigilância das Dant permite ampliar a capacidade de análise da situação de saúde, identificar desigualdades territoriais e populacionais, orientar prioridades e qualificar as ações de promoção, prevenção, cuidado e gestão no âmbito do SUS.

Este ***e-book*** é resultado da parceria entre o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças não Transmissíveis (CGDNT) e da Coordenação-Geral de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes e Promoção da Cultura de Paz (CGVIVA), ambas vinculadas ao Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (Daent/SVSA), e o Observatório de Doenças e Agravos não Transmissíveis da Universidade Federal de Minas Gerais (ObDANT/UFMG). Essa cooperação técnico-científica expressa o compromisso conjunto com o fortalecimento do uso da informação em saúde, a ampliação da capacidade analítica no País e o acompanhamento das metas estabelecidas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Dant 2021-2030.

Organizado em capítulos temáticos, o material apresenta os indicadores utilizados na vigilância das Dant, contemplando metodologias de cálculo, fontes de dados, aplicações práticas e interpretações epidemiológicas. Além do conteúdo técnico, o ***e-book*** disponibiliza ***links*** de acesso a vídeos explicativos para o cálculo dos indicadores, planilha de automação (**Acesse aqui!**) e fichas de extração dos dados, de modo a facilitar sua utilização por gestores, profissionais e pesquisadores nos diferentes serviços e territórios. Ao articular vigilância, promoção da saúde e atenção integral, a publicação busca apoiar a análise de informações estratégicas e fortalecer a tomada de decisão orientada por evidências.

Esta publicação representa, portanto, o esforço colaborativo de instituições comprometidas com o aprimoramento da vigilância em saúde e com o desenvolvimento de capacidades técnicas necessárias ao enfrentamento das Dant no Brasil. Espera-se que este material contribua para qualificar o monitoramento dos indicadores, estimular práticas inovadoras e colaborativas e apoiar a construção de respostas mais efetivas, equitativas e sustentáveis para a promoção da saúde da população brasileira.

1 Panorama epidemiológico das doenças e agravos não transmissíveis: **tendências globais e brasileiras**

As doenças e agravos não transmissíveis (Dant), incluindo doenças crônicas não transmissíveis – DCNT (cardiovasculares, neoplasias malignas, doenças respiratórias crônicas, diabetes) e agravos como as causas externas (sinistros e violências), constituem o principal desafio contemporâneo da saúde pública global. Estimativas de 2019 indicam que as Dant são responsáveis por cerca de 74% de todas as mortes no mundo, representando aproximadamente 41 milhões de óbitos anuais, dos quais 17 milhões são prematuros, ocorrendo antes dos 70 anos (OMS, 2023a).

A complexidade multifatorial dessas doenças e agravos demanda estratégias integradas que articulem vigilância epidemiológica, promoção da saúde, prevenção e atenção integral ao longo do curso da vida. Tanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) quanto a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) recomendam sistemas robustos de vigilância capazes de monitorar fatores de risco, orientar políticas públicas e reduzir desigualdades em saúde (Opas, 2023; OMS, 2023c).

No Brasil, a transição demográfica e epidemiológica tem sido marcada pela redução da carga das doenças infecciosas e pelo aumento da participação das Dant no perfil de morbimortalidade da população. Esse processo está fortemente associado às mudanças na estrutura etária da população brasileira e ao aumento da participação relativa das pessoas idosas (60 anos ou mais), o que evidencia um acelerado processo de envelhecimento observado nas últimas décadas.

Esse cenário ocorre de forma concomitante à urbanização acelerada e às mudanças nos padrões alimentares, caracterizadas pelo maior consumo de alimentos ultraprocessados; ao aumento do sedentarismo, do sobrepeso e da obesidade; bem como à persistência de desigualdades sociais e regionais. Esses fatores influenciam de forma desigual tanto a exposição aos riscos quanto o acesso às ações e aos serviços de saúde, e resultam em impactos distintos entre os diferentes grupos populacionais (Brasil, 2022; IBGE, 2023).

1.1 Panorama mundial das Dant

As Dant representam a principal causa de mortalidade em todas as regiões da OMS. As Estimativas de Saúde Global (*Global Health Estimates*) de 2023 destacam as doenças cardiovasculares (32%), as neoplasias malignas (18%), as doenças respiratórias crônicas (7%) e a diabetes (6%) entre as principais causas de óbito (OMS, 2023a). Contudo, a interpretação desses dados exige cautela, pois parcela importante desses óbitos ocorre em faixas etárias mais avançadas, refletindo o envelhecimento populacional e a transição demográfica. Embora muitas dessas mortes sejam preveníveis por meio da redução de fatores de risco e da qualificação da atenção à saúde, parte delas está associada a processos biológicos inerentes ao envelhecimento, o que demanda precisão na comunicação sobre "mortalidade evitável" (OMS, 2023c).

Em contraste, as causas externas, especialmente as violências e as lesões não intencionais, apresentam perfil epidemiológico distinto. Globalmente, as lesões não intencionais e as violências respondem por aproximadamente 8% das mortes totais, cerca de 4,4 a 4,5 milhões de óbitos anuais, e figuram entre as principais causas de morte precoce, particularmente em adolescentes e adultos jovens (OMS, 2023a, 2023b). Entre indivíduos de 10 a 29 anos, as causas externas ocupam posição de destaque na mortalidade global, com elevado impacto social, econômico e forte potencial de prevenção. Assim, ainda que as DCNT concentrem maior número absoluto de óbitos, os agravos assumem papel central na mortalidade precoce e na perda de anos potenciais de vida (OMS, 2023a, 2023b).

A distribuição geográfica das Dant revela importantes desigualdades. Por um lado, países de alta renda apresentam redução sustentada da mortalidade prematura por Dant, resultado de políticas eficazes de prevenção, controle de fatores de risco e fortalecimento da atenção primária. Por outro lado, países de baixa e média renda concentram cerca de 85% das mortes por Dant, influenciadas por determinantes sociais adversos, urbanização acelerada, desigualdades estruturais e menor acesso a serviços de saúde de qualidade. Nessas mesmas regiões, a carga de violências e lesões tende a ser igualmente elevada, reforçando a necessidade de abordagens integradas (OMS, 2023c).

Como resposta, a OMS estabeleceu o Plano de Ação Global para a Prevenção e Controle das DCNT 2013-2030 (Link de acesso aqui!), que propõe reduzir em um terço a mortalidade prematura (30-69 anos) até 2030, alinhando-se à meta 3.4 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODS (OMS, 2023c). Entretanto, a agenda ampliada das Dant requer também políticas específicas para prevenção das violências e lesões, dada sua magnitude na mortalidade precoce (OMS, 2023b).

1.2 As Dant nas Américas

Nas Américas, as Dant respondem por cerca de 80,7% de todas as mortes, com predominância de doenças cardiovasculares, neoplasias malignas, diabetes e doenças respiratórias crônicas. Além da grande magnitude das DCNT, os agravos decorrentes de acidentes e violências mantêm relevância epidemiológica significativa, especialmente pelo impacto na mortalidade prematura e nos anos potenciais de vida perdidos. A região apresenta marcadas desigualdades. Enquanto países como Canadá e Chile demonstram redução consistente da mortalidade prematura por

Dant, nações como Brasil, México e República Dominicana ainda enfrentam taxas mais elevadas. Além de importantes heterogeneidades internas, tanto no perfil das doenças crônicas quanto na magnitude das mortes por causas externas (Opas, 2023).

A Opas orienta que os países desenvolvam planos nacionais integrados que articulem promoção da saúde, enfrentamento dos fatores de risco modificáveis e qualificação da vigilância epidemiológica. Essa abordagem deve abarcar, de forma coordenada, tanto as DCNT quanto os agravos por causas externas, de modo a reconhecer sua relevância na mortalidade precoce e nas desigualdades em saúde (Opas, 2023). No Brasil, essas orientações estão incorporadas ao Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Dant 2021-2030 (**Acesse aqui!**), coordenado pela CGDNT/Daent/SVSA/MS e CGVIVA/Daent/SVSA/MS, que atualiza o plano anterior e reafirma o compromisso nacional com as metas globais da OMS (Brasil, 2022, 2024a).

1.3 Situação epidemiológica das Dant no Brasil

No Brasil, as Dant configuram-se como o principal componente da carga de morbimortalidade, respondendo por aproximadamente 74% dos óbitos registrados (Brasil, 2024a). Esse cenário representa um desafio central para o SUS, dada a magnitude, a complexidade e a persistência dessas doenças e agravos ao longo do curso da vida.

No conjunto das Dant, as DCNT concentram a maior proporção de mortes, com destaque para as doenças cardiovasculares (27,6%), as neoplasias malignas (18,4%), as doenças respiratórias crônicas (6,8%) e a diabetes (5,3%). Paralelamente, os agravos por causas externas, que incluem sinistros e violências, respondem por 11% a 12% dos óbitos, assumindo papel epidemiológico estratégico por serem a principal causa de morte entre adolescentes e adultos jovens, além de contribuírem de forma expressiva para a mortalidade prematura e para a perda de anos potenciais de vida no País (Brasil, 2024a).

Nas últimas décadas (1990-2022), o Brasil apresentou redução global da mortalidade prematura por DCNT, especialmente em função do declínio dos óbitos por doenças cardiovasculares e doenças respiratórias crônicas. Em 2021, a taxa nacional de mortalidade prematura (30-69 anos) por DCNT foi estimada em 268 óbitos por 100 mil habitantes, com tendência média anual de queda de 1,8% desde 2010. Em contraste, a mortalidade por causas externas não acompanhou esse mesmo ritmo de redução, mantendo-se elevada e, em alguns contextos, estável ou crescente, particularmente no caso das violências letais, o que limita os avanços globais na redução da mortalidade precoce (Brasil, 2024a).

Contudo, a redução da mortalidade por DCNT no Brasil não tem ocorrido de maneira homogênea entre os diferentes grupos de causas nem entre os territórios. Embora as doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas mantenham tendência de declínio, a mortalidade por diabetes e neoplasias malignas apresenta estagnação ou crescimento em parte do País, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, evidenciando padrões diferenciados de transição epidemiológica e de acesso às ações de prevenção e cuidado (Brasil, 2024a, 2025).

Quando consideradas as taxas padronizadas por idade, persistem desigualdades regionais relevantes. As regiões Sul e Sudeste concentram taxas mais elevadas de mortalidade prematura por DCNT, enquanto o Norte e o Nordeste apresentam menor ritmo de redução e maior proporção de

óbitos potencialmente evitáveis, sinalizando diferenças na capacidade de resposta dos sistemas de saúde e na organização da atenção às condições crônicas (Brasil, 2024a). Paralelamente, os agravos por causas externas, especialmente a violência e os sinistros de transporte, mantêm magnitude expressiva e comportamento heterogêneo entre os estados brasileiros. A concentração desses agravos em faixas etárias mais jovens amplia seu impacto epidemiológico, social e econômico, especialmente em territórios marcados por desigualdades socioeconômicas e fragilidades nas políticas de segurança, mobilidade e proteção social (Brasil, 2024a; OMS, 2023b).

Além das diferenças regionais, observam-se contrastes segundo sexo, escolaridade e raça/cor, com maior concentração de fatores de risco comportamentais, como consumo nocivo de álcool, alimentação inadequada e inatividade física, em determinados estratos populacionais, associando-se tanto à persistência das DCNT quanto à maior exposição a violências e sinistros (Brasil, 2025). Esse conjunto de evidências reforça que o enfrentamento das Dant exige abordagem integrada, combinando qualificação da vigilância epidemiológica, fortalecimento da atenção primária e políticas públicas intersetoriais voltadas à redução das iniquidades estruturais.

1.4 Determinantes e fatores de risco

Segundo o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel (Brasil, 2025), a prevalência de fatores de risco e proteção para Dant entre adultos (≥18 anos) nas capitais brasileiras apresenta elevada prevalência. Entre os principais fatores comportamentais associados às DCNT, destacam-se: 11,5% de fumantes; 20,4% de consumo episódico pesado de bebidas alcoólicas; 62,6% de excesso de peso, sendo 25,7% com obesidade; além de baixa frequência de consumo regular de frutas e hortaliças (31,4%). Em relação à atividade física, 42,3% da população atinge os níveis recomendados no tempo livre, indicando que a maioria permanece insuficientemente ativa (Brasil, 2025).

No que se refere às violências e aos sinistros, alguns fatores comportamentais assumem papel particularmente relevante. O consumo episódico pesado de bebidas alcoólicas, por exemplo, está fortemente associado ao aumento do risco de sinistros de trânsito, agressões e outras formas de violência. Além disso, fatores sociais, ambientais e contextuais que influenciam a ocorrência das DCNT também podem afetar, por diferentes mecanismos, a distribuição e a magnitude dos agravos por violências e sinistros (Brasil, 2025).

O Vigitel 2024 evidencia desigualdades marcantes segundo sexo, escolaridade e região, com maior concentração de fatores de risco em populações socialmente vulnerabilizadas (Brasil, 2025). Essas iniquidades repercutem tanto na carga das doenças crônicas quanto na ocorrência de violências e sinistros, reforçando a necessidade de estratégias articuladas entre diferentes setores e níveis de atenção, considerando a natureza multifatorial desses agravos.

Nesse contexto, o Plano de Dant 2021-2030 (**Acesse aqui!**) propõe ações intersetoriais que articulam promoção da saúde, redução de fatores de risco e fortalecimento da vigilância e da atenção à saúde, incluindo a integração entre a agenda das DCNT e a prevenção de violências e sinistros, de modo a enfrentar de maneira abrangente a carga das Dant no País (Brasil, 2022).

1.5 Ações de promoção da saúde e prevenção das Dant

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (Acesse aqui!), instituída em 2006 e revisada em 2014, orienta a implementação de ações voltadas à redução de fatores de risco e ao fortalecimento de fatores de proteção, com ênfase na alimentação adequada e saudável, na prática de atividade física, no enfrentamento do tabagismo e do consumo nocivo de álcool, na cultura da paz e na promoção de ambientes saudáveis (Brasil, 2014).

- De forma complementar, a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), instituída pela Resolução n.º 588/2018 do Conselho Nacional de Saúde – CNS (Acesse aqui!), estabelece as diretrizes para a organização das ações de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e da saúde do trabalhador no âmbito do SUS. A PNVS reforça a integração entre vigilância e atenção à saúde, incluindo o monitoramento contínuo das Dant, de modo a abranger tanto as doenças crônicas quanto as violências e os sinistros, o que contribui para a produção de evidências, a identificação de iniquidades e o planejamento de intervenções intersetoriais (Brasil, 2018).

Entre as iniciativas prioritárias, destacam-se:

- Promoção da alimentação adequada e saudável (*Guia alimentar para a população brasileira*) (Saiba mais).
- Incentivo à atividade física (*Guia de atividade física para a população brasileira*) (Acesse aqui!).
- Controle do tabagismo (Instituto Nacional de Câncer – Inca) (Acesse aqui!).
- Redução do uso nocivo de álcool*.
- Promoção da saúde mental.
- Prevenção das violências.
- Imunização e rastreamento, como vacinação contra o HPV (papilomavírus humano) e exames preventivos de câncer.

***Nota Epidemiológica – Monitoramento do Consumo Abusivo de Álcool:**

O monitoramento do consumo abusivo de álcool integra as ações de vigilância das Dant. O Ministério da Saúde, por meio da Nota Técnica Conjunta n.º 263/2024-SVSA/SAPS/SAES/MS (Acesse aqui!), reforça que não existe nível seguro de consumo de álcool para a saúde, destacando a importância de estratégias de prevenção e redução desse consumo na população.

O Plano de Dant 2021-2030 estabelece um conjunto abrangente de metas e indicadores mensuráveis voltados ao monitoramento e à prevenção dos principais fatores de risco e agravos que compõem o grupo das Dant. Essas metas contemplam tanto as DCNT quanto as violências e os sinistros, reconhecendo a diversidade de determinantes, perfis epidemiológicos envolvidos e a necessidade de estratégias integradas de prevenção (Brasil, 2022, 2024a).

No âmbito das DCNT, são utilizados indicadores de mortalidade prematura por doenças cardiovasculares, neoplasias malignas, doenças respiratórias crônicas e diabetes, permitindo acompanhar tendências, desigualdades territoriais e perfis populacionais de risco. Além dos indicadores de mortalidade, o plano também monitora metas relacionadas aos principais fatores de risco comportamentais e metabólicos associados às DCNT. Entre essas metas, destacam-se aumentar em 30% a prática de atividade física no tempo livre; aumentar em 30% o consumo de frutas e hortaliças; reduzir em 10% o consumo abusivo de bebidas alcoólicas; reduzir em 40% a prevalência de tabagismo; reduzir em 30% o consumo regular de bebidas adoçadas; deter o crescimento da obesidade em adultos; reduzir em 2% a prevalência de obesidade entre crianças e adolescentes; e alcançar 90% de cobertura vacinal contra o HPV, medida importante para a prevenção de determinados tipos de câncer (Brasil, 2022, 2024a).

Além das metas relacionadas às DCNT e seus determinantes, o plano também incorpora indicadores voltados à redução da mortalidade e da morbimortalidade por causas externas, reconhecendo o impacto expressivo das violências e dos sinistros na mortalidade prematura e na perda de anos potenciais de vida no Brasil. Nesse contexto, destacam-se as metas, como a de reduzir as taxas de mortalidade por homicídios na população geral, de homicídios entre jovens, de homicídios de mulheres, de mortalidade por sinistros de transporte terrestre e as taxas de mortalidade por suicídio e quedas em idosos.

Dessa forma, o conjunto de metas do plano expressa uma abordagem abrangente da prevenção das Dant no Brasil, articulando ações voltadas à redução da mortalidade prematura por DCNT, à modificação dos principais fatores de risco associados e à redução da mortalidade e da morbimortalidade por violências e sinistros, incluindo eventos preveníveis ao longo do curso da vida. Essa abordagem integrada busca reduzir mortes evitáveis, promover ambientes mais saudáveis e fortalecer políticas públicas intersetoriais voltadas à melhoria das condições de saúde da população brasileira.

1.6 Desafios e perspectivas

Apesar dos avanços alcançados nas últimas décadas, persistem desafios estruturais relevantes para o enfrentamento das Dant no Brasil. Destacam-se as desigualdades regionais na oferta de serviços de saúde e nas condições de vida da população, bem como as limitações na integração dos sistemas de informação, que dificultam o monitoramento oportuno e a tomada de decisão baseada em evidências (Brasil, 2024a). Soma-se a isso a insuficiência de políticas regulatórias mais robustas voltadas ao controle do consumo de alimentos ultraprocessados, do uso de álcool e do tabaco, além de fragilidades na vigilância dos fatores de risco e dos determinantes sociais da saúde em âmbito local (Brasil, 2022; Opas, 2023).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde tem implementado iniciativas voltadas ao enfrentamento das doenças e agravos não transmissíveis, entre elas o Programa Agora Tem Especialistas (Acesse aqui!), que busca ampliar o acesso da população a consultas, exames, procedimentos diagnósticos e terapêuticos especializados no SUS; o Marco de Referência sobre Conflitos de Interesse em Políticas Públicas de Saúde no Enfrentamento dos Fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis (Acesse aqui!), que orienta a prevenção, a mitigação e a gestão de situações de conflitos de interesse na formulação, na implementação, no monitoramento e na

avaliação de políticas, programas e ações voltadas à redução dos principais fatores de risco para as DCNT; e a Nota Técnica Conjunta no 263/2024-SVSA/Saps/Saes/MS, que reconhece o consumo de álcool como um problema de saúde pública, reforça que não existe nível seguro de consumo para a saúde e estabelece a dose-padrão de 10 g de álcool puro como unidade oficial para o monitoramento dos indicadores de consumo de bebidas alcoólicas no Brasil (Brasil, 2024b).

No campo dos agravos por causas externas, permanecem desafios importantes relacionados à prevenção de violências e acidentes. Evidências nacionais e internacionais indicam a necessidade de fortalecimento das políticas de segurança no trânsito, incluindo fiscalização da condução sob efeito de álcool e promoção da mobilidade segura; ampliação de estratégias intersetoriais de prevenção da violência interpessoal e autoprovocada; qualificação da notificação e da vigilância das violências no âmbito do SUS; e fortalecimento da rede de atenção às pessoas em situação de violência (Brasil, 2001, 2018; OMS, 2014).

Por outro lado, entre as iniciativas recentes do Ministério da Saúde, destaca-se a revisão e a atualização da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada, o desenvolvimento de painéis públicos para monitoramento das violências de notificação compulsória (Acesse aqui!) e da mortalidade por causas externas (Acesse aqui!), o aprimoramento dos sistemas de informação e a ampliação das estratégias de integração entre diferentes sistemas e fontes de dados. Essas ações compõem o conjunto de estratégias voltadas ao monitoramento e à qualificação das informações sobre violências e acidentes no âmbito da vigilância em saúde.

Nesse contexto, evidencia-se ainda a necessidade de fortalecer a participação social e as ações de educação em saúde, tanto para a adoção de estilos de vida saudáveis quanto para a promoção de comportamentos seguros e da resolução não violenta de conflitos, elementos fundamentais para a construção de ambientes saudáveis, seguros e equitativos (Brasil, 2014; OMS, 2014).

O fortalecimento da agenda das Dant requer investimentos contínuos em pesquisa, inovação e formação profissional, além da articulação entre Ministério da Saúde, gestores estaduais e municipais, universidades e observatórios, como o ObDANT, para qualificar a vigilância integrada das doenças crônicas e dos agravos por violências e sinistros. A promoção da saúde deve ser entendida como compromisso ético e social com o direito à vida, à equidade, à segurança e à sustentabilidade, reconhecendo que a prevenção das doenças crônicas e dos eventos violentos compartilha determinantes estruturais comuns e exige respostas intersetoriais consistentes e sustentáveis.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no *737*, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, 18 maio 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, 13 nov. 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS no 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, 13 ago. 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2018/res0588_13_08_2018.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/view.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Caderno de indicadores do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DANT 2021-2030**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/caderno-de-indicadores-do-plano-de-dant-2021-2030.pdf/view.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº 263/2024-SVSA/SAPS/SAES/MS:** uso do álcool no Brasil como problema de saúde pública, recomendação de que não existe consumo seguro e definição da dose-padrão de bebida alcoólica de 10 gramas de álcool puro. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjunta-no-263-2024-svsa-saps-saes-ms.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Vigitel Brasil 2006-2024:** Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2006-2024.pdf/view.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2022:** população por idade e sexo – resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?id=73102&view=detalhes.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global status report on violence prevention 2014**. Genebra: OMS, 2014. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241564793.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global Health Estimates**. Genebra: OMS, 2023a. Disponível em: https://www.who.int/data/global-health-estimates.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global status report on road safety 2023**. Genebra: OMS, 2023b. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240086517

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Noncommunicable diseases progress monitor 2023**. Genebra: WHO, 2023c. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240077164.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Noncommunicable diseases in the region of the Americas:** facts and figures 2023. Washington, DC: Opas, 2023. Disponível em: https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/en/node/3452.

2 Planejamento e monitoramento: **o Plano de Dant 2021-2030, o caderno de indicadores e a padronização das taxas**

O enfrentamento das doenças e agravos não transmissíveis (Dant) no Brasil requer ações planejadas, monitoramento contínuo e vigilância qualificada. Para orientar esse processo, em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, que estabeleceu diretrizes nacionais para a prevenção e o controle dessas condições e de seus fatores de risco (Brasil, 2011). Posteriormente, o plano foi atualizado e ampliado, resultando no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030, alinhado à Agenda 2030 e ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3.4 (Brasil, 2022; OMS, 2023).

O plano reafirma o Sistema Único de Saúde (SUS) como estrutura central para a vigilância, a promoção da saúde e o cuidado integral das Dant, articulando ciência, gestão e equidade. Seu objetivo é reduzir a carga dessas doenças e agravos e de seus fatores de risco, promovendo saúde e bem-estar ao longo do curso da vida (Brasil, 2022).

2.1 Estrutura e eixos estratégicos do Plano de Dant

O *Plano de Dant 2021-2030* organiza-se em três eixos estratégicos interdependentes, que orientam a ação nacional (Brasil, 2022), conforme descrito a seguir.

1. Vigilância, informação, avaliação e monitoramento, fortalece os sistemas de informação e a capacidade analítica para acompanhar a magnitude, as tendências e as desigualdades das Dant e de seus fatores de risco e proteção, subsidiando a tomada de decisão e a avaliação de políticas.

2. Promoção da saúde, concentra ações de prevenção e promoção de ambientes e modos de vida saudáveis, com ênfase na alimentação adequada e saudável, na atividade física, na redução do consumo nocivo de álcool e na criação de ambientes livres de tabaco, articulando medidas regulatórias e intersetoriais.

3. Cuidado integral, direciona a organização da atenção à saúde para pessoas com DCNT e que foram vítimas de sinistros e violências, priorizando a atenção primária à saúde (APS), a gestão da clínica, a continuidade do cuidado e a integração das redes assistenciais, com foco na qualidade, no acesso e na equidade.

Esses eixos refletem o compromisso brasileiro com as estratégias globais da Organização Mundial da Saúde (OMS), incluindo a ampliação da vigilância para agravos como violências, lesões e transtornos mentais (OMS, 2023). O plano, portanto, não oferece apenas metas numéricas, mas um paradigma integrado de vigilância e gestão baseado em evidências.

2.2 Indicadores e o caderno de monitoramento

O acompanhamento da implementação do Plano de Dant requer o monitoramento sistemático de seus objetivos e metas. Nesse contexto, o caderno de indicadores constitui um instrumento fundamental para acompanhar os resultados alcançados, identificar tendências e subsidiar a avaliação do progresso do plano ao longo de sua vigência.

O *Caderno de Indicadores do Plano de Dant 2021-2030*, publicado em 2024, reúne 23 indicadores-chave (Brasil, 2024), agrupados em:

- indicadores de mortalidade prematura por DCNT (contemplando os quatro principais grupos de doenças – neoplasias malignas, diabetes, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias crônicas);
- indicadores de fatores de risco e proteção relacionados às DCNT (tabagismo, alimentação inadequada, consumo de álcool, obesidade, inatividade física e imunização); e
- indicadores de agravos e causas externas (violências, sinistros e lesões).

O monitoramento desses indicadores utiliza como fontes de dados os inquéritos populacionais e sistemas nacionais de informação em saúde, incluindo:

- Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
- Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel).
- Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI).
- Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Para o cálculo de taxas, utilizam-se as estimativas populacionais anuais do Ministério da Saúde desagregadas por Unidade da Federação (UF) e macrorregiões (Brasil, 2024; IBGE, 2023).

Os indicadores epidemiológicos são instrumentos fundamentais para o monitoramento das Dant, permitindo descrever a magnitude, a distribuição e a evolução dos agravos no tempo e entre diferentes populações. Esses indicadores assumem diferentes formas, conforme o objetivo da análise (Brasil, 2024).

A **frequência absoluta** corresponde ao número total de eventos observados em um determinado período e localidade, como o total de óbitos por doenças cardiovasculares registrados em um ano em Belo Horizonte.

A **proporção** expressa a relação entre uma parte e o todo, em que o numerador está contido no denominador, sendo utilizada, por exemplo, para estimar a proporção de óbitos por neoplasias malignas em relação ao total de óbitos.

A **razão** refere-se à comparação entre dois grupos distintos, uma relação entre dois valores, não necessariamente da mesma unidade, como a razão de mortalidade por DCNT entre homens e mulheres.

A distinção entre **taxa** e **coeficiente** é um aspecto importante na interpretação de indicadores epidemiológicos, embora, na literatura e nos sistemas de informação em saúde, esses termos frequentemente sejam utilizados como sinônimos. Em sentido estritamente epidemiológico, a **taxa** expressa a velocidade com que um evento ocorre em uma população ao longo do tempo, incorporando explicitamente o tempo de exposição no denominador. Um exemplo clássico é a taxa de incidência, frequentemente expressa em pessoa-tempo, como a incidência de diabetes por pessoa-ano de acompanhamento.

O **coeficiente**, por sua vez, corresponde a uma medida sintética amplamente utilizada na vigilância em saúde para estimar a frequência de eventos em uma população durante um intervalo fixo de tempo, geralmente um ano. Diferentemente das taxas em sentido estrito, os coeficientes não incorporam diretamente o tempo de exposição individual, sendo calculados pela razão entre o número de eventos ocorridos em determinado período e o tamanho da população de referência, multiplicada por uma constante (como 1.000 ou 100.000 habitantes) para facilitar a interpretação. Exemplos incluem o coeficiente de mortalidade geral por mil habitantes e o coeficiente de mortalidade prematura por DCNT por 100 mil habitantes.

Esses conceitos subsidiam a análise da situação de saúde e orientam decisões em vigilância e planejamento.

2.3 Objetivos, metas intermediárias e metas finais

O Plano de DANT adota uma estrutura de metas escalonadas, composta por:

- objetivo geral (qualitativo): reduzir a mortalidade por Dant e promover vida saudável;
- metas intermediárias (quantitativas): marcos avaliativos para monitorar o progresso e orientar ajustes antes de 2030 (Brasil, 2022); e
- metas finais (quantitativas): resultados esperados até 2030, tendo 2015 como ano-base e em alinhamento às metas globais da OMS (Brasil, 2022; OMS, 2023).

Exemplo prático (Minas Gerais):

O indicador "taxa de mortalidade prematura por DCNT (30-69 anos)" em Minas Gerais tem:

- linha de base (2015): 297/100 mil habitantes;
- meta intermediária (2022): 239/100 mil habitantes; e
- meta final (2030): redução em um terço , alcançando 198/100 mil habitantes.

Esse sistema permite maior previsibilidade e transparência, orientando gestores estaduais e municipais na identificação de desigualdades e priorização de territórios críticos (Malta *et al.*, 2020).

2.4 Padronização de taxas e comparabilidade

A comparação de taxas entre populações com estruturas etárias distintas requer a aplicação de técnicas de padronização, cujo objetivo é neutralizar o efeito da idade sobre os indicadores de mortalidade. Entre os métodos disponíveis, a padronização direta é a mais empregada em análises populacionais de grande escala, especialmente em estudos nacionais e internacionais, por permitir comparações mais precisas entre diferentes contextos demográficos (Opas, 2008).

No método direto, utiliza-se uma população padrão, como o Censo Demográfico do Brasil de 2022, à qual são aplicadas as taxas específicas por faixa etária da localidade em análise, por exemplo, Belo Horizonte. A partir dessa aplicação, estima-se o número de óbitos esperados por faixa etária, que, quando somados e divididos pelo total da população padrão, resultam na taxa de mortalidade padronizada por idade, geralmente expressa por 100 mil habitantes. Esse procedimento não modifica o risco real observado, mas permite comparações válidas entre regiões e períodos históricos, independentemente das diferenças na composição etária.

Este exemplo pode ser visualizado neste vídeo.

No Brasil, o Ministério da Saúde adota amplamente a padronização direta, em função da qualidade e da cobertura dos sistemas nacionais de informação em saúde (Brasil, 2024). Da mesma forma, a OMS recomenda esse método para comparações internacionais e para o monitoramento de metas relacionadas às Dant (WHO, 2023). Nesse sentido, a padronização direta constitui ferramenta essencial para identificar desigualdades regionais, acompanhar a evolução das Dant ao longo do tempo sem interferência da transição demográfica e subsidiar políticas públicas orientadas à equidade em saúde (Malta *et al.*, 2020).

2.5 Integração dos sistemas de informação e desafios

Esta seção aborda desafios relacionados especificamente ao monitoramento do *Plano de Dant 2021-2030*, isto é, às limitações informacionais, metodológicas e operacionais que podem comprometer o acompanhamento sistemático das metas e indicadores pactuados. Embora tais desafios dialoguem com obstáculos mais amplos ao enfrentamento das Dant, o foco aqui recai sobre a capacidade de produzir, qualificar e utilizar informações para avaliação do Plano (Brasil, 2022, 2024).

A efetividade do monitoramento está diretamente condicionada à qualidade, cobertura e integração dos sistemas de informação em saúde, bem como à capacidade analítica das equipes responsáveis pela vigilância epidemiológica. Destacam-se como elementos centrais a qualidade dos registros, a interoperabilidade entre bases como o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), a investigação ativa de óbitos, a oportunidade da notificação e a capacitação contínua das equipes (Lima, Queiroz, 2014; Malta, Pereira, 2023).

De forma mais ampla, a qualidade da informação constitui um dos principais desafios estruturantes para o monitoramento das Dant. Persistem desigualdades regionais na cobertura dos sistemas, atrasos na consolidação das bases, fragilidades na completude de variáveis estratégicas

(como escolaridade e raça/cor) e limitações na capacidade analítica em níveis local e regional (França *et al.*, 2014; Lima, Queiroz, 2014; Malta, Pereira, 2023). Esses entraves afetam a comparabilidade dos indicadores, a identificação de tendências temporais e a avaliação oportuna das metas pactuadas.

No caso específico dos agravos por violências e sinistros, para os quais o Plano estabelece metas próprias, observa-se subnotificação relevante no Sinan, especialmente em situações de violência interpessoal, violência doméstica e tentativas de suicídio. Como a notificação depende da identificação do caso nos serviços de saúde, a cobertura pode variar significativamente entre municípios e regiões, comprometendo a estimativa real da magnitude do problema e o acompanhamento das metas (Brasil, 2022, 2024).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde tem desenvolvido iniciativas voltadas ao fortalecimento da vigilância das violências e dos acidentes, incluindo a revisão e atualização da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada, o desenvolvimento de ferramentas de apoio à qualificação da notificação, a disponibilização de painéis para monitoramento das violências e da mortalidade por causas externas, o aprimoramento dos sistemas de informação e o fortalecimento de estratégias de integração e relacionamento entre diferentes bases de dados. Essas iniciativas ampliam a capacidade de análise dos agravos, qualificam a produção de evidências e contribuem para aprimorar a gestão, o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações de prevenção, vigilância e cuidado em saúde.

No que tange especificamente às doenças crônicas, as últimas duas décadas foram marcadas por avanços expressivos na consolidação de um modelo nacional de vigilância dos fatores de risco, fatores de proteção e desfechos relacionados às DCNT. Nesse período, destacam-se iniciativas de monitoramento populacional, como o Vigitel, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). O Vigitel realiza, de forma contínua, o monitoramento de fatores de risco e proteção para DCNT entre adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal. A PNS amplia a produção de informações sobre as condições de saúde, os estilos de vida, o acesso e a utilização dos serviços de saúde pela população brasileira. Já a PeNSE possibilita o acompanhamento de fatores de risco e proteção relacionados à saúde de escolares. Em conjunto, essas iniciativas ampliaram a disponibilidade de informações para a análise da situação de saúde da população e para o planejamento das ações de vigilância e promoção da saúde.

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), também se observam avanços na organização e qualificação dos Sistemas de Informação em Saúde. Nesse contexto, destacam-se o Sisab, o Siaps e o e-SUS APS, que integram o processo de qualificação da produção, do registro e do uso de informações relacionadas às ações e aos cuidados desenvolvidos na APS. O aprimoramento desses sistemas amplia a disponibilidade de informações sobre a atenção à saúde nos territórios e pode contribuir para o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações de enfrentamento das DCNT no País (Brasil, 2026).

Apesar dos avanços na consolidação desse modelo de vigilância, existem limitações metodológicas associadas a determinados indicadores do Plano. O Vigitel, por exemplo, é um inquérito telefônico realizado nas capitais dos estados e no Distrito Federal, o que impõe restrições à representatividade para municípios de pequeno porte e áreas rurais, especialmente em análises locais e regionais (Brasil 2025; Malta, Pereira, 2023). De modo semelhante, o indicador de mortalidade por DCNT

atribuível à poluição do ar depende de modelagens ambientais e estimativas indiretas, dada a insuficiência de dados nacionais consolidados e individualizados sobre exposição, o que pode introduzir incertezas na mensuração (Brasil, 2024; WHO, 2023)

No âmbito das estatísticas vitais, a presença de códigos inadequados para causa básica de morte, como causas mal definidas ou inespecíficas que não deveriam figurar como causa básica de óbito, como insuficiência cardíaca, parada cardíaca ou causas indeterminadas, compromete a interpretação das tendências de mortalidade e a avaliação de metas nacionais e internacionais (Murray; Lopez, 1996; Mathers; Rao; Lopez, 2005).

No contexto brasileiro, houve avanços significativos na qualificação dessas informações, com redução das causas mal definidas, redistribuição estatística baseada em métodos de carga global de doenças – Global Burden of Disease (GBD) – e aprimoramento do preenchimento das Declarações de Óbito (França ***et al.***, 2014; Lima, Queiroz, 2014; Soares Filho ***et al.***, 2022). Ainda assim, desigualdades regionais persistem e demandam investimentos contínuos em formação profissional, auditoria de dados e qualificação da certificação médica.

Para além das questões técnicas, o monitoramento do Plano depende do fortalecimento da governança da informação e da consolidação de uma cultura institucional de uso sistemático de dados para planejamento, avaliação e tomada de decisão. Isso implica ampliar a capacidade analítica nos estados e municípios, integrar bases de dados, garantir transparência e promover retroalimentação entre vigilância e gestão (Brasil, 2022; Malta, Pereira; 2023).

Assim, o fortalecimento da infraestrutura informacional, da qualidade dos registros e da capacidade de análise constitui condição indispensável para um monitoramento robusto e para a avaliação consistente do cumprimento das metas do *Plano de Dant*.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011–2022**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf.

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**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/caderno-de-indicadores-do-plano-de-dant-2021-2030.pdf/view.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2006-2024**: Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2024. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2006-2024.pdf/view.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil**: 20 anos: avanços e desafios. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-no-brasil-20-anos-avancos-e-desafios.pdf/view.

FRANÇA, E. B. ***et al.*** Investigation of ill-defined causes of death in Brazil: assessment of investigation's results and effects on cause-of-death statistics. **Population Health Metrics**, London, v. 12, n. 9, 2014. DOI: 10.1186/1478-7954-12-9. Disponível em: https://pophealthmetrics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-7954-12-9.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2022**: população e domicílios: primeiros resultados. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html.

LIMA, E. E. C.; QUEIROZ, B. L. Evolution of the deaths registry system in Brazil: associations with changes in the mortality profile, under-registration of death counts, and ill-defined causes of death. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1721-1730, 2014. DOI: 10.1590/0102-311X00131113. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00131113.

MALTA, D. C.; PEREIRA, C. A. Doenças e agravos não transmissíveis e inquéritos em saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 26, supl. 1, e230001, 2023. DOI: 10.1590/1980-549720230001.supl.1. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbepid/a/HZDTZM7ctTHSpyxdZmJQcJt/.

MALTA, D. C. *et al*. Trends in mortality due to non-communicable diseases in the Brazilian adult population: national and subnational estimates and projections for 2030. **Population Health Metrics**, v. 18, art. 16, 2020. DOI: 10.1186/s12963-020-00216-1. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12963-020-00216-1 .

MATHERS, C. D.; RAO, C.; LOPEZ, A. D. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 83, n. 3, p. 171-177, 2005. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2624200/.

MURRAY, C. J. L.; LOPEZ, A. D. **The global burden of disease**: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard University Press, 1996.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília, DF: OPAS, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/indicadores_basicos_saude_brasil_2ed.pdf.

SOARES FILHO, A. M. ***et al.*** Mortality surveillance in Brazil: factors associated with certification of unspecified external cause of death. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1289-1300, 2022. DOI: 10.1590/1413-812320222274.10422021. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2022.v27n4/1289-1300/.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases progress monitor 2023**. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240077164.

3 Indicadores de monitoramento de DCNT: **metas intermediárias e finais**

Os indicadores de mortalidade constituem um dos instrumentos mais sensíveis e consolidados da vigilância epidemiológica das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). Quando analisados em conjunto, permitem compreender não apenas o volume de mortes, mas também as tendências, os diferenciais de risco e a efetividade das políticas públicas ao longo do tempo. No contexto do *Plano de Dant 2021-2030*, esses indicadores assumem papel central no acompanhamento das metas nacionais e internacionais de redução da mortalidade prematura, orientando ações de prevenção, diagnóstico e atenção integral (Brasil, 2022; WHO, 2023).

A mortalidade associada às DCNT pode ser medida por um conjunto articulado de indicadores que variam quanto ao propósito, abrangência e nível de ajuste populacional (Malta ***et al.***, 2022). Destacam-se:

1. **Taxa de mortalidade prematura por DCNT**
    - Número de óbitos por neoplasias malignas, doenças cardiovasculares, diabetes e doenças respiratórias crônicas em pessoas entre 30 e 69 anos, por 100 mil habitantes em determinado período.
    - Meta: Reduzir em ⅓ (≈ 33%) até 2030.
2. **Probabilidade incondicional de morte prematura por DCNT**
    - Probabilidade de morrer entre 30 e 69 anos de idade por qualquer uma das quatro DCNTs (doenças cardiovasculares, neoplasias malignas, diabetes e doenças respiratórias), em determinado local e ano.
    - Meta: Reduzir em ⅓ até 2030.
3. **Taxa de mortalidade prematura por câncer de mama**
    - Número de óbitos por câncer de mama entre pessoas do sexo feminino de 30 a 69 anos, por 100 mil habitantes do mesmo sexo e faixa etária.
    - Meta: Redução de 10% até 2030.

4. Taxa de mortalidade prematura por câncer de colo do útero

- Número de óbitos por câncer do colo de útero entre pessoas do sexo feminino de 30 a 69 anos, por 100 mil habitantes do mesmo sexo e faixa etária.
- Meta: Redução de 20% até 2030.

5. Taxa de mortalidade prematura por câncer do aparelho digestivo (30-69 anos)

- Número de óbitos por câncer do aparelho digestivo entre indivíduos de 30 a 69 anos, por 100 mil habitantes da mesma faixa etária.
- Meta: Redução de 10% até 2030.

3.1 Metas intermediárias e final: lógica de cálculo e acompanhamento

O *Plano de Dant 2021-2030* define um conjunto estruturado de objetivos, metas intermediárias e metas finais que orientam o monitoramento contínuo e a avaliação dos resultados alcançados na vigilância das Dant no Brasil. Esses elementos são interdependentes, enquanto os objetivos expressam o propósito geral do plano, as metas traduzem esse propósito em medidas quantitativas e verificáveis, permitindo acompanhar a trajetória das políticas de saúde ao longo do tempo (Brasil, 2022).

Por exemplo, se Minas Gerais apresentava em 2015 uma taxa padronizada por idade de 297 óbitos por 100 mil habitantes de 30 a 69 anos, a meta final corresponde a uma taxa de aproximadamente 198 óbitos por 100 mil habitantes de 30 a 69 anos em 2030. Essa estimativa representa o ponto de chegada esperado para o cumprimento do compromisso internacional de redução da mortalidade prematura.

No caso do mesmo indicador, a meta intermediária de 2022 foi fixada como redução de 14% (2% de redução ao ano) em relação à linha de base de 2015, ou seja, uma taxa de aproximadamente 239 óbitos por 100 mil habitantes de 30 a 69 anos em Minas Gerais. Essa meta parcial serve de referência para avaliar o ritmo de queda da mortalidade e identificar gargalos ou avanços regionais.

A análise por territórios revela dinâmicas distintas dentro do próprio estado. Em Belo Horizonte, a taxa de mortalidade prematura por DCNT já se encontrava em torno de 240 óbitos por 100 mil habitantes em 2022, indicando redução mais acelerada do que a média estadual (285 óbitos por 100 mil habitantes de 30 a 69 anos). Juiz de Fora apresenta comportamento mais instável (294 óbitos por 100 mil habitantes de 30 a 69 anos), com variações anuais nas séries históricas que podem sugerir diferenças no perfil populacional, na capacidade de vigilância local e na adesão a programas de prevenção de doenças crônicas.

Para aprender mais sobre cálculo da taxa de mortalidade prematura por DCNTs: Clique aqui!

De forma análoga, o indicador de probabilidade incondicional de morte prematura por DCNT expressa o risco cumulativo de um indivíduo morrer entre 30 e 69 anos por doenças cardiovasculares, neoplasias malignas, diabetes ou doenças respiratórias crônicas, considerando todas as causas competitivas de morte. Esse indicador é o principal parâmetro global da OMS para o monitoramento da Meta 3.4 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (WHO, 2023).

No Brasil, a meta final é reduzir essa probabilidade em aproximadamente 30% até 2030, e a meta intermediária de 2022 prevê uma redução progressiva de aproximadamente 2% ao ano em relação à linha de base de 2015. Por exemplo, na Bahia, a probabilidade estimada em 2015 era de aproximadamente 13,4%, ou seja, a cada 100 pessoas que completaram 30 anos, cerca de 13 poderiam morrer antes dos 70 anos por uma das quatro principais DCNT. Assim, a meta intermediária de 2022 corresponderia a uma probabilidade de 10,2%, e a meta final de 2030 a um valor próximo de 8,9%.

Dentro do estado, observa-se heterogeneidade, em Salvador, no ano de 2022, a probabilidade de morte prematura situou-se em torno de 13,4%, reflexo de maior cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), ampliação dos serviços especializados e políticas locais de controle de fatores de risco. Já em Vitória da Conquista, em 2022, a probabilidade permanece acima da média, próxima de 14,1%, sugerindo desigualdades na prevenção, no diagnóstico precoce e no manejo clínico das doenças crônicas no território.

Para aprender mais sobre probabilidade incondicional de morte prematura por DCNT: Clique aqui!

Importante destacar que a lógica de definição de linha de base, metas intermediárias e metas finais aplica-se igualmente aos demais indicadores de mortalidade por DCNT previstos no Plano, bem como aos indicadores relacionados a fatores de risco e agravos por causas externas. Em todos os casos, espera-se variação territorial significativa, inclusive dentro dos próprios estados, refletindo desigualdades estruturais, capacidade instalada dos serviços de saúde e níveis diferenciados de exposição aos fatores de risco. Assim, o monitoramento das metas deve ser interpretado não apenas como verificação do cumprimento numérico, mas como instrumento para identificar iniquidades, reorientar estratégias e fortalecer a governança regional das políticas de enfrentamento das Dant (Brasil, 2022; Malta ***et al.***, 2022).

3.2 Ações estratégicas associadas aos indicadores de mortalidade

O alcance das metas intermediárias e finais do *Plano de Dant 2021-2030* depende da implementação articulada de um conjunto de ações estratégicas nos níveis federal, estadual e municipal. Entre as principais estratégias destacam-se:

- Aprimorar a qualidade das informações de mortalidade no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), com capacitação contínua de médicos e codificadores, fortalecimento das investigações de óbitos e utilização de algoritmos de redistribuição de causas inespecíficas (garbage codes) em parceria com o estudo de carga global de doenças – Global Burden of Disease (Malta *et al*., 2022; Brasil, 2022).
- Aprimorar as ações já desenvolvidas pela Atenção Primária à Saúde (APS) na prevenção, detecção precoce, acompanhamento e controle das DCNT, fortalecendo sua capacidade de coordenação do cuidado e de promoção da continuidade da atenção à saúde (Brasil, 2022).
- Expandir programas intersetoriais de promoção da saúde, com foco na alimentação adequada e saudável, redução do consumo de sal, álcool e tabaco, e estímulo à prática regular de atividade física (WHO, 2023).

- Monitorar metas e tendências locais por meio de painéis interativos e boletins epidemiológicos estaduais e municipais, permitindo ajustes oportunos nas estratégias segundo o desempenho de cada território (Brasil, 2022).
- Incorporar a análise das desigualdades regionais e sociais na vigilância epidemiológica, orientando políticas de equidade e territorialização das ações (Malta ***et al.***, 2022).

Essas estratégias reforçam o papel da vigilância integrada como instrumento de gestão e de fortalecimento do SUS, assegurando transparência, acompanhamento e aprimoramento contínuo das políticas públicas de enfrentamento das Dant.

3.3 Perspectivas para o monitoramento e uso dos indicadores

A consolidação dos indicadores de mortalidade por DCNT como instrumentos de vigilância depende de três dimensões interdependentes, qualidade dos dados, capacidade analítica local e uso ativo das informações para tomada de decisão. A experiência de estados como Minas Gerais e Bahia evidencia que avanços sustentáveis ocorrem quando há integração entre equipes técnicas, universidades e gestores, criando redes de aprendizagem contínua.

No horizonte de 2030, o desafio não se limita a reduzir taxas, mas a garantir que cada redução represente uma diminuição real de iniquidades e ampliação de oportunidades de vida saudável. A vigilância da mortalidade por DCNT, sustentada em indicadores padronizados e metas progressivas, é, portanto, um pilar da construção de um SUS cada vez mais equitativo, orientado por evidências e comprometido com o direito à vida (Brasil, 2022).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/view.

MALTA, D. C. *et al.* **Mortality surveillance in Brazil: advances and challenges**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 3645-3658, 2022.

MALTA, D. C. *et al*. Trends in mortality due to non-communicable diseases in the Brazilian adult population: national and subnational estimates and projections for 2030. **Population Health Metrics**, v. 18, art. 16, 2020. DOI: 10.1186/s12963-020-00216-1. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12963-020-00216-1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases progress monitor 2023**. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240077164.

4 Fatores de risco e proteção: **caminhos para a prevenção e promoção da saúde no contexto das DCNT**

Os indicadores de fatores de risco e de proteção constituem um dos eixos centrais da vigilância epidemiológica das doenças crônicos não transmissíveis (DCNT), uma vez que permitem monitorar exposições modificáveis que antecedem o adoecimento e que podem ser prevenidas ou mitigadas por políticas públicas e ações de promoção da saúde. Diferentemente dos indicadores de mortalidade, que expressam desfechos finais do processo saúde-doença, os indicadores de risco capturam processos comportamentais, condições de vida e contextos ambientais que influenciam diretamente a incidência e a progressão das doenças crônicas ao longo do curso de vida (Brasil, 2022; WHO, 2023).

No contexto do *Plano de Dant 2021-2030*, esses indicadores assumem papel estratégico por permitirem intervenções precoces, antes que os agravos se traduzam em hospitalizações, incapacidades ou óbitos evitáveis. O monitoramento sistemático dos fatores de risco e proteção subsidia a formulação, a implementação e a avaliação de políticas intersetoriais voltadas à promoção da saúde e à redução das iniquidades, alinhando-se às metas globais de enfrentamento das doenças crônicas e à Agenda 2030 para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (Brasil, 2022; WHO, 2023).

No Brasil, o acompanhamento regular dos fatores de risco e proteção baseiam-se, prioritariamente, em duas fontes consolidadas de informação. O Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção por Inquérito Telefônico (Vigitel) monitora, de forma anual, comportamentos e condições de saúde da população adulta residente nas 27 capitais brasileiras, permitindo análises de tendências temporais e desigualdades territoriais. Complementarmente, o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) fornece dados administrativos contínuos sobre coberturas vacinais, essenciais para o monitoramento de estratégias de prevenção primária de neoplasias e outras DCNT evitáveis por vacinação (Brasil, 2024).

A análise dos fatores de risco não se restringe à dimensão individual. Ela envolve, de forma indissociável, os determinantes sociais e ambientais da saúde, como pobreza, insegurança alimentar e nutricional, urbanização desordenada, condições de trabalho e características do ambiente urbano, que moldam oportunidades de escolhas saudáveis e influenciam a distribuição dos riscos no território. Dessa forma, a vigilância dos fatores de risco e proteção deve ser interpretada à luz das desigualdades sociais e regionais que caracterizam o contexto brasileiro (Malta *et al.*, 2025).

No âmbito do *Plano de Dant 2021-2030*, os fatores de risco e proteção são monitorados por um conjunto articulado de indicadores, que variam quanto ao domínio e à fonte de dados. Esses indicadores refletem prioridades nacionais de prevenção e promoção da saúde, sendo apresentados a seguir conforme definidos no Caderno de Indicadores do *Plano de Dant* (Brasil, 2024). A saber:

1. **Prevalência de obesidade em crianças e adolescentes**
    - Percentual de crianças e adolescentes com obesidade, monitorado a partir de inquéritos de base populacional, incluindo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) para crianças e a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) para adolescentes.
    - Meta: Reduzir em 2% até 2030.
2. **Prevalência de obesidade em adultos (≥18 anos)**
    - Percentual de adultos (≥18 anos) com obesidade (IMC ≥30 kg/m^2) no ano de referência.
    - Meta: Deter o crescimento até 2030.
3. **Prevalência de atividade física no tempo livre (≥18 anos)**
    - Percentual de adultos (≥18 anos) que praticam atividade física no tempo livre em nível recomendado, considerando pelo menos 150 minutos semanais de atividade física moderada ou 75 minutos de atividade vigorosa.
    - Meta: Aumentar em 30% até 2030.
4. **Prevalência de consumo recomendado de frutas e hortaliças (≥18 anos)**
    - Percentual de adultos (≥18 anos) que consomem cinco ou mais porções diárias de frutas e hortaliças em pelo menos cinco dias da semana.
    - Meta: Aumentar em 30% até 2030.
5. **Prevalência de consumo de alimentos ultraprocessados**
    - Percentual de adultos que consumiram cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados no dia anterior à entrevista.
    - Meta: Deter o crescimento até 2030.
6. **Prevalência de consumo regular de bebidas adoçadas (≥18 anos)**
    - Percentual de adultos (≥18 anos) que costumam consumir refrigerante, refresco ou suco artificial em cinco ou mais dias da semana.
    - Meta: Reduzir em 30% até 2030.
7. **Prevalência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas (≥18 anos)**
    - Percentual de adultos (≥18 anos) que consumiram bebidas alcoólicas de forma abusiva pelo menos uma vez no último mês, isto é, cinco ou mais doses (pessoas do sexo maculino) ou quatro ou mais doses (pessoas do sexo feminino) em uma única ocasião.
    - Meta: Reduzir em 10% até 2030.

8. Prevalência de fumantes (≥18 anos)

- Percentual do uso do tabaco na população brasileira (**≥18 anos**), independentemente da frequência e da intensidade do hábito de fumar.
- Meta: Reduzir em 40% até 2030.

9. Mortalidade por DCNT atribuível à poluição atmosférica

- Carga de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis atribuível à poluição atmosférica, estimada por metodologia que combina dados de saúde e de qualidade do ar. As estimativas utilizadas no Plano de Dant foram obtidas por meio do **GBD Collaboration**, sendo também considerada a produção de estimativas pelo Ministério da Saúde com dados do **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/DataSUS)** e do **Sistema de Informações Ambientais Integrado à Saúde (Sisam/Inpe)**.
- Meta: Reduzir a mortalidade por DCNTs atribuída à poluição atmosférica.

10. Cobertura vacinal contra HPV (esquema completo)

- Percentual de meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos com esquema vacinal completo, conforme registros do SI-PNI.
- Meta: Alcançar 90% de cobertura completa na população alvo até 2030.

4.1 Metas intermediárias e final: lógica de cálculo e acompanhamento

De forma análoga aos indicadores de mortalidade, o *Plano de Dant 2021-2030* estabelece linhas de base, metas intermediárias e metas finais para os indicadores de fatores de risco e proteção. Essa estrutura permite acompanhar a trajetória das exposições ao longo do tempo, avaliar a aderência às metas pactuadas e orientar ajustes nas estratégias de prevenção e promoção da saúde (Brasil, 2022; Malta *et al.*, 2025).

No caso do consumo de álcool, o Plano de Dant estabelece como meta reduzir em 30% a prevalência do consumo episódico pesado de bebidas alcoólicas até 2030. Esse indicador, adotado nos relatórios mais recentes do Vigitel para refletir avanços conceituais na literatura epidemiológica sobre os malefícios do álcool à saúde, refere-se ao consumo de cinco ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião para pessoas do sexo masculino e quatro ou mais doses para pessoas do sexo feminino (Brasil, 2024).

O acompanhamento anual realizado pelo Vigitel permite monitorar a evolução desse comportamento de risco nas capitais brasileiras e avaliar se a tendência observada é compatível com a trajetória necessária para alcançar a meta estabelecida. No relatório mais recente, referente à série histórica de 2006 a 2024, a prevalência de consumo episódico pesado de bebidas alcoólicas em 2024 foi estimada em 20,4% na população adulta residente nas capitais brasileiras. Observam-se diferenças importantes segundo características sociodemográfica, a prevalência foi mais elevada entre pessoas do sexo masculino (25,9%), na faixa etária de 35 a 44 anos (26,3%) e entre indivíduos com nível superior completo (25,5%) (Brasil, 2025b).

Esses resultados evidenciam que o consumo episódico pesado de álcool permanece como um importante fator de risco para doenças crônicas, lesões e violências, além de contribuir para agravos associados ao trânsito, sinistros e outras causas externas. Nesse contexto, o monitoramento contínuo do indicador constitui ferramenta essencial para orientar políticas públicas de regulação do álcool, estratégias de promoção da saúde e intervenções voltadas à redução do consumo nocivo na população (Brasil, 2025b; WHO, 2018).

De modo semelhante, o indicador de atividade física no tempo livre permite avaliar o impacto de políticas de promoção da saúde e de intervenções no ambiente urbano. O monitoramento contínuo desse indicador possibilita identificar grupos e territórios com menor adesão à prática regular, subsidiando ações voltadas à criação de ambientes favoráveis à atividade física e à redução das desigualdades no acesso a espaços de lazer e práticas corporais.

A cobertura vacinal contra o HPV constitui outro exemplo da aplicação da lógica de metas progressivas. Monitorada pelo SI-PNI, esse indicador é central para a prevenção primária do câncer do colo do útero e de outras neoplasias associadas. Em 2023, aproximadamente 57% das meninas e 45% dos meninos haviam completado o esquema vacinal, valores ainda distantes da meta de 90% estabelecida pelo Plano. Observam-se diferenças importantes entre capitais, como São Luís (≈55%), com uma das menores coberturas, e Manaus (≈83%), com valores mais elevados, sugerindo desigualdades na organização da oferta, na busca ativa e na adesão das famílias (Brasil, 2024).

Esses exemplos ilustram como os indicadores de fatores de risco e proteção permitem identificar territórios prioritários e orientar intervenções oportunas, antes que os agravos se traduzam em desfechos mais graves, como hospitalizações e óbitos evitáveis.

4.2 Ações estratégicas associadas aos indicadores de fatores de risco e proteção

O alcance das metas intermediárias e finais do Plano de Dant no eixo da prevenção depende da implementação articulada de ações nos níveis federal, estadual e municipal. Entre as principais estratégias destacam-se o fortalecimento dos sistemas de vigilância de fatores de risco, especialmente o Vigitel, como instrumento de monitoramento contínuo dos fatores comportamentais na população adulta; a ampliação de políticas regulatórias e ambientais voltadas à redução do consumo de álcool, tabaco e bebidas adoçadas; a consolidação de políticas de promoção da atividade física no tempo livre; e a intensificação das estratégias de vacinação, com busca ativa de não vacinados e melhoria da qualidade dos registros no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) (Brasil, 2022, 2024; Malta ***et al.***, 2025).

É importante destacar que o Vigitel passa por revisões e ajustes metodológicos periódicos com o objetivo de ampliar sua representatividade e acompanhar mudanças no acesso da população às tecnologias de comunicação. Tradicionalmente baseado em entrevistas telefônicas realizadas em linhas fixas nas capitais brasileiras, o sistema passou a incorporar telefones móveis em seu processo de amostragem a partir de 2022/2023. Além disso, está em curso a expansão da amostra para além das capitais, incluindo municípios do interior dos estados, mudança prevista para a coleta de dados a partir de 2025 (Brasil, 2024).

Historicamente, os indicadores produzidos pelo Vigitel estavam disponíveis exclusivamente para as 27 capitais brasileiras, o que impunha limites à análise direta da situação de saúde nos demais municípios do País. Nesse contexto, no nível municipal, o monitoramento dos fatores de risco e proteção deve ser complementado por outras estratégias de vigilância, articuladas principalmente à Atenção Primária à Saúde (APS). O uso de informações provenientes do e-SUS APS, de registros da rotina assistencial, de inquéritos locais, de ações de vigilância alimentar e nutricional e de dados administrativos permite ampliar a compreensão do perfil epidemiológico local e orientar intervenções mais aderentes às realidades territoriais.

Essas ações devem ser acompanhadas da incorporação sistemática da análise das desigualdades sociais e territoriais na vigilância dos fatores de risco, orientando políticas de equidade e a priorização de territórios mais vulnerabilizados. A integração entre vigilância epidemiológica e APS fortalece a capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo que os indicadores de fatores de risco e proteção não apenas monitorem tendências, mas também subsidiem o planejamento, a organização do cuidado e a promoção da saúde no âmbito local.

Para além do monitoramento e do planejamento local, as evidências geradas por esses sistemas de vigilância são fundamentais para subsidiar intervenções estruturais de base populacional. Nesse sentido, no campo das políticas regulatórias, ganha relevância o papel das medidas fiscais, como a tributação de produtos nocivos à saúde, atualmente discutida no contexto da reforma tributária brasileira. Evidências nacionais e internacionais indicam que impostos seletivos aplicados a produtos como bebidas adoçadas, tabaco e bebidas alcoólicas podem contribuir para reduzir o consumo desses produtos, gerar receitas para o financiamento de políticas públicas e favorecer ambientes mais saudáveis, constituindo uma das mais custo-efetivas estratégias macroestruturais de enfrentamento das DCNT (Brasil, 2025b).

4.3 O desafio da poluição ambiental

Embora a poluição ambiental seja reconhecida no *Plano de Dant 2021-2030* como um determinante relevante das doenças crônicas, especialmente das doenças respiratórias e cardiovasculares, ainda não há, no âmbito do Plano, um indicador nacional padronizado e monitorado regularmente que permita acompanhar esse fator de risco de forma sistemática. Essa lacuna está relacionada, entre outros aspectos, à cobertura ainda insuficiente das estações de monitoramento da qualidade do ar no território nacional, concentrada em algumas regiões e grandes centros urbanos (Brasil, 2022).

O Plano de Dant ainda não dispõe de um indicador de mortalidade por DCNT atribuível à poluição atmosférica. Entretanto, avanços vêm sendo observados na produção e disponibilização de informações sobre seus impactos na saúde. Nesse sentido, a Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Poluentes Atmosféricos (Vigiar), utilizando dados de satélite e do sistema de informações sobre mortalidade (SIM), disponibiliza, em seu painel (Vigiar: poluição atmosférica e saúde humana) indicadores de mortalidade atribuível ao material particulado fino (MP 2.5), com representatividade para o Brasil, estados e municípios. Esses indicadores incluem desfechos relacionados a algumas DCNT, como câncer de pulmão, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doenças do aparelho respiratório e infecções das vias aéreas inferiores, podendo contribuir para o acompanhamento dos impactos da poluição atmosférica sobre essas DCNT.

A construção do indicador proposto pelo Plano de Dant constitui um instrumento estratégico para orientar ações públicas, reduzir desigualdades ambientais e subsidiar políticas que promovam ambientes mais saudáveis e resilientes para a população brasileira. Ainda que persista o desafio de expandir esse indicador para abranger as demais DCNT, a incorporação, pela Vigilância de DCNT, dos indicadores disponibilizados pelo Vigiar, constitui um importante avanço para o fortalecimento da vigilância dos fatores de risco ambientais relacionados a essas doenças.

4.4 Perspectivas para o monitoramento e uso dos indicadores

A consolidação dos indicadores de fatores de risco e proteção como instrumentos de vigilância e gestão depende da qualidade dos dados, da capacidade analítica local e do uso ativo das informações para tomada de decisão. No horizonte de 2030, o desafio não se limita à redução dos indicadores, mas à garantia de que os avanços ocorram de forma equitativa, alcançando populações e territórios historicamente mais vulnerabilizados. Nesse sentido, a vigilância dos fatores de risco e proteção constitui um pilar essencial para o fortalecimento do SUS e para a consolidação de políticas públicas orientadas por evidências e justiça social.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. **Caderno de indicadores do Plano de DANT 2021-2030**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/caderno-de-indicadores-do-plano-de-dant-2021-2030.pdf/view.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Impostos seletivos no contexto da reforma tributária brasileira: evidências e perspectivas para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/analise-de-situacao-de-saude/impostos-seletivos-no-contexto-da-reforma-tributaria-brasileira.pdf/view.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2006–2024**: Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2006-2024.pdf/view.

INSTITUTO DE ENERGIA E MEIO AMBIENTE. **Dimensionamento da rede básica de monitoramento da qualidade do ar no Brasil**: cenários iniciais. São Paulo: IEMA, 2024. Disponível em: https://energiaeambiente.org.br/wp-content/uploads/2024/02/202402_dimensionamentoqarIEMA.pdf.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* **Tendência temporal da morbidade e fatores de risco e de proteção para as doenças crônicas não transmissíveis em adultos residentes nas capitais brasileiras**. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 28, e250032, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-549720250032.2. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/rbepid/2025.v28/e250032/pt/.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília, DF: OPAS, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/indicadores_basicos_saude_brasil_2ed.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health 2018**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Implementation roadmap 2023–2030 for the Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013–2030**. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/governance/roadmap.

5 Agravos e causas externas: **desafios intersetoriais e vigilância das iniquidades em saúde**

As causas externas, que incluem homicídios, suicídios, sinistros de transporte, quedas e outras lesões não intencionais, ocupam lugar central na agenda de vigilância das doenças e agravos não transmissíveis por expressarem, de forma particularmente intensa, a interação entre riscos imediatos e determinantes estruturais. Embora muitos desses agravos se manifestem como eventos súbitos ou de rápida ocorrência, não se trata necessariamente de fenômenos exclusivamente agudos. No caso das violências, essa distinção é particularmente relevante: ainda que a agressão possa se apresentar como um episódio agudo, a situação de violência frequentemente se insere em trajetórias prolongadas de vulnerabilidade, sofrimento e exposição a contextos adversos. Isso é especialmente evidente nas violências domésticas e familiares e nos comportamentos suicidas, que muitas vezes se configuram como processos crônicos e recorrentes, marcados por desigualdades sociais, sofrimento psíquico e ausência de redes de proteção (Dahlberg; Krug, 2002; WHO, 2014).

Os sinistros de transporte, por sua vez, refletem a complexa interação entre infraestrutura urbana, organização da mobilidade, fiscalização e comportamentos de risco dos próprios condutores e usuários das vias, como excesso de velocidade, direção imprudente, consumo de álcool e uso de telefone celular durante a condução. Esses fatores interagem com características do ambiente viário e com políticas de segurança no trânsito, influenciando a ocorrência e a gravidade das lesões (WHO, 2023).

De modo semelhante, as quedas, particularmente entre pessoas idosas, resultam da interação entre condições individuais e fatores ambientais. Além de aspectos relacionados ao envelhecimento, como perda de equilíbrio, fragilidade e presença de doenças crônicas, as quedas são fortemente influenciadas por características do ambiente domiciliar e comunitário, incluindo desníveis em calçadas, buracos, iluminação inadequada, barreiras arquitetônicas e ausência de acessibilidade, fatores que ampliam o risco de sinistros e de incapacidades subsequentes (WHO, 2021a).

Diante dessa complexidade, as causas externas ocupam posição estratégica no *Plano de Dant 2021-2030*, que incorpora metas específicas voltadas à redução da mortalidade e da morbidade por esses agravos. O plano reconhece a necessidade de ações intersetoriais envolvendo saúde, mobilidade urbana, segurança pública, educação e políticas sociais, em consonância com compromissos internacionais voltados à redução de mortes evitáveis e à promoção de ambientes seguros e saudáveis (Brasil, 2022).

No Brasil, a leitura epidemiológica das causas externas é inseparável das desigualdades sociais e territoriais. A violência letal se concentra de maneira desproporcional em territórios marcados por exclusão social, racismo estrutural e vulnerabilização econômica. Os sinistros de transporte refletem desigualdades na qualidade da infraestrutura viária, na organização do transporte e na proteção de usuários mais vulneráveis, como pedestres e ciclistas. Já as quedas em idosos relacionam-se ao envelhecimento populacional, às condições de moradia, à acessibilidade do ambiente urbano e ao acesso oportuno a serviços de saúde e reabilitação (Brasil, 2022; Ripsa, 2008).

Essa natureza multicausal reforça que a vigilância das causas externas não se limita à contagem de óbitos ou internações. Ela deve permitir compreender quem morre ou quem se lesiona, onde esses eventos ocorrem, em quais circunstâncias e quais oportunidades de prevenção foram perdidas, de modo a orientar políticas públicas e intervenções proporcionais ao risco e comprometidas com a equidade em saúde (Brasil, 2022; WHO, 2014).

A mortalidade e a morbidade por causas externas, no âmbito do *Plano de DANT 2021-2030*, é acompanhada por um conjunto articulado de indicadores, com foco em desfechos sentinela e em dimensões estratégicas da prevenção (Brasil, 2022). Entre os indicadores explicitados no Plano:

1. **Taxa de mortalidade por lesões de trânsito**
    - Número de óbitos por lesões de trânsito, por 100 mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
    - Meta: Reduzir em 50% até 2030.
2. **Taxa de mortalidade por lesões de trânsito em motociclistas**
    - Número de óbitos de ocupantes de motocicletas e triciclos, por 100 mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
    - Meta: Reduzir em 50% até 2030.
3. **Taxa de mortalidade por homicídios**
    - Número de óbitos por homicídios, por 100 mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
    - Meta: Reduzir em ⅓ até 2030.
4. **Taxa de mortalidade por homicídios em mulheres**
    - Número de óbitos de mulheres por homicídios, por 100 mil mulheres, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
    - Meta: Reduzir em ⅓ até 2030.

Nota epidemiológica: além do monitoramento de homicídios, essa medida dialoga com a vigilância das violências de gênero e com a rede de atenção às pessoas em situação de violência.

5. Taxa de mortalidade por homicídios em jovens (15-29 anos)

- Número de óbitos de pessoas jovens (15 a 29 anos de idade) por homicídios, por 100 mil habitantes de 15 a 29 anos, em determinado espaço geográfico e ano considerado.
- Meta: Reduzir em ⅓ até 2030.

6. Taxa de mortalidade por suicídio

- Número de óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente, por 100 mil habitantes com cinco anos ou mais de idade, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- Meta: Deter o crescimento até 2030.

***7.* Taxa de mortalidade por quedas em idosos**

- Número de óbitos de idosos (60 anos ou mais de idade) por quedas acidentais, por 100 mil idosos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- Meta: Deter o crescimento até 2030.

8. Percentual de municípios que notificam violência no Viva/Sinan

- Proporção de municípios que realizaram ao menos uma notificação de violência interpessoal ou autoprovocada no Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Violência (Viva/Sinan).
- Meta: Aumentar em 40% o percentual de municípios notificantes no Viva/Sinan.

5.1 Metas intermediárias e final: lógica de cálculo e acompanhamento no território

Assim como ocorre com os indicadores de mortalidade por DCNT, o monitoramento das causas externas no Plano de Dant 2021-2030 também se organiza a partir de três elementos fundamentais, sendo linha de base, trajetória esperada de redução e meta final. A lógica é semelhante, parte-se de um valor inicial, geralmente definido para o ano de 2015, estabelece-se o percentual de redução pactuado até 2030 e acompanha-se, ao longo dos anos, se a tendência observada é compatível com a velocidade de mudança necessária para atingir o objetivo estabelecido (Brasil, 2022).

Na prática, o acompanhamento desses indicadores torna-se mais robusto quando incorpora três dimensões analíticas complementares, a análise de séries temporais, que permite reduzir oscilações anuais e identificar tendências mais consistentes; a desagregação por sexo, idade e raça/cor, sempre que disponível; e a análise territorial, considerando capitais, regiões, municípios e até bairros, uma vez que os riscos associados às causas externas tendem a apresentar forte heterogeneidade espacial (Brasil, 2022; Ripsa, 2008).

No Plano de Dant, a meta estabelecida para os homicídios, incluindo a população geral, mulheres e jovens, é reduzir essas mortes em um terço até 2030 (Brasil, 2022). Entre os indicadores utilizados para acompanhar essa meta, destaca-se a taxa de mortalidade por homicídios em mulheres, que permite monitorar a magnitude das violências letais de gênero e acompanhar a evolução das políticas públicas de prevenção e proteção às mulheres.

Por exemplo, em Boa Vista (RR), utilizada aqui como exemplo para fins pedagógicos, a taxa de mortalidade por homicídios em mulheres passou de aproximadamente 8 óbitos por 100 mil mulheres em 2015 para cerca de 6 óbitos por 100 mil mulheres em 2022, indicando redução ao longo do período, ainda que com oscilações intermediárias. Considerando a meta do Plano de reduzir em um terço a mortalidade até 2030, estima-se que a taxa projetada para 2022 corresponderia a aproximadamente 7 óbitos por 100 mil mulheres, enquanto a meta final para 2030 seria de cerca de 5 óbitos por 100 mil mulheres. Sugerindo que se Boa Vista seguir com atividades de monitoramento, e com as ações de prevenção e controle, há possibilidade de atingir a meta final estimada.

Quando comparado ao conjunto do estado de Roraima, observa-se o mesmo comportamento. A taxa estadual apresentou redução mais acentuada no período, passando de aproximadamente 8 óbitos por 100 mil mulheres em 2015 para cerca de 4 por 100 mil mulheres em 2022. Esse valor é inferior às metas intermediárias (aproximadamente 7 óbitos por 100 mil mulheres em 2022) e à meta final (cerca de 6 por 100 mil mulheres em 2030).

Esses exemplos mostram que a análise da série histórica, associada às metas projetadas, permite compreender não apenas a tendência do indicador, mas também o ritmo de redução necessário para alcançar os objetivos pactuados no Plano. Em capitais como Boa Vista, onde podem ocorrer oscilações nas taxas ao longo do tempo, o monitoramento sistemático torna-se fundamental para orientar estratégias de prevenção e proteção.

No caso específico da mortalidade por homicídios em mulheres, a redução dessas mortes depende de estratégias intersetoriais que incluem o fortalecimento da rede de proteção às mulheres, a qualificação da vigilância e da informação, a ampliação dos serviços de acolhimento e apoio às vítimas, a articulação com o sistema de justiça e segurança pública e o desenvolvimento de ações educativas e comunitárias voltadas à prevenção da violência de gênero. Dessa forma, o indicador não apenas mede a ocorrência de mortes violentas, mas também funciona como instrumento para monitorar a efetividade das políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência contra as mulheres.

Para aprender mais sobre a taxa de mortalidade por homicídio em jovens: Clique aqui!

De maneira semelhante, o indicador de mortalidade por lesões de trânsito em ocupantes de motocicletas e triciclos evidencia um problema que tem se intensificado em muitos contextos urbanos, associado a mudanças nos padrões de mobilidade e às transformações no mundo do trabalho. No Plano de Dant, a meta estabelecida é reduzir essas mortes em 50% até 2030. Trata-se de um objetivo ambicioso, mas sustentado por evidências internacionais que mostram que países e cidades que adotam políticas integradas, combinando fiscalização efetiva, infraestrutura viária segura, controle de velocidade, desenho urbano seguro, prevenção da condução sob efeito de álcool e fortalecimento da resposta pré-hospitalar, conseguem reduzir a mortalidade no trânsito de forma consistente (WHO, 2021b, 2023).

A análise da série histórica ajuda a ilustrar como esse indicador pode apoiar o monitoramento das metas. Em Araguaína (TO), por exemplo, a taxa padronizada de mortalidade por lesões de trânsito em ocupantes de motocicletas e triciclos aumentou de aproximadamente 12 óbitos por 100 mil habitantes em 2015 para cerca de 26 por 100 mil habitantes em 2022, indicando agravamento

do problema ao longo do período. Para cumprir a trajetória prevista no Plano, esse valor deveria estar em torno de 9 por 100 mil habitantes em 2022 e alcançar aproximadamente 6 por 100 mil habitantes em 2030.

Em Palmas (TO), observa-se um padrão distinto, com variações menos intensas ao longo da série histórica. A taxa passou de cerca de 13 óbitos por 100 mil habitantes em 2015 para aproximadamente 16 por 100 mil habitantes em 2022. Ainda assim, para atingir as metas estabelecidas pelo Plano, a taxa deveria situar-se em torno de 10 por 100 mil habitantes em 2022 e alcançar aproximadamente 7 por 100 mil habitantes em 2030.

No conjunto do estado do Tocantins, a taxa passou de aproximadamente 15 por 100 mil habitantes em 2015 para cerca de 20 por 100 mil habitantes em 2022. Considerando as metas projetadas, os valores esperados estariam próximos de 11 por 100 mil habitantes em 2022 e aproximadamente 8 por 100 mil habitantes em 2030. Esses números evidenciam a magnitude do esforço necessário para, além de deter o crescimento, reduzir a mortalidade associada às lesões de trânsito envolvendo motociclistas.

Além disso, o acompanhamento anual deste indicador deve dialogar com indicadores complementares de processo, como a proporção de motociclistas que utilizam capacete, a intensidade da fiscalização de velocidade, o controle da combinação entre álcool e direção, os tempos de resposta do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e a qualificação do cuidado ao trauma. Também é importante considerar intervenções voltadas às condições de trabalho e de circulação de entregadores, motofretistas, mototaxistas e trabalhadores vinculados a serviços de transporte de passageiros por motocicleta via aplicativos, como Uber Moto e plataformas similares. A expansão dessas modalidades tem ampliado a exposição ocupacional e cotidiana ao risco no trânsito, especialmente em contextos de elevada pressão por produtividade, longas jornadas, remuneração variável, circulação em áreas urbanas congestionadas e maior vulnerabilidade a sinistros envolvendo motocicletas.

Assim, a análise integrada da série histórica e das metas projetadas permite compreender não apenas a evolução do indicador, mas também a distância entre a situação atual e os objetivos estabelecidos pelo Plano de Dant, subsidiando a formulação de estratégias intersetoriais de prevenção da violência e promoção da segurança viária em nível local.

Para aprender mais sobre a taxa de mortalidade por lesão de trânsito em motociclistas: Clique aqui!

Por fim, um aspecto metodológico importante na comparação de taxas de mortalidade refere-se ao uso de taxas padronizadas por idade. Para comparações válidas entre localidades com estruturas etárias distintas, recomenda-se a padronização das taxas, reduzindo o efeito de diferenças na composição etária da população sobre o nível observado do indicador (Ripsa, 2008). A padronização não altera o risco real de morte, mas melhora a comparabilidade entre territórios e ao longo do tempo, permitindo que gestores identifiquem com maior precisão onde o risco é efetivamente maior e onde as ações de prevenção e resposta devem ser intensificadas.

5.2 Ações estratégicas associadas aos indicadores de causas externas

O alcance das metas intermediárias e finais do Plano de Dant para causas externas depende de um conjunto articulado de ações que combina vigilância qualificada, prevenção multicomponente e cuidado integral às vítimas e suas famílias.

No eixo da segurança no trânsito, a agenda recomendada internacionalmente inclui medidas como redução de velocidade, fiscalização sustentada, desenho urbano seguro, uso de capacete e cinto de segurança, combate à condução sob efeito de álcool e fortalecimento da resposta pós-colisão. Esses elementos são coerentes com as recomendações da Década de Ação para a Segurança no Trânsito 2021-2030 (WHO, 2021b, 2023). No contexto brasileiro, iniciativas como o Projeto Vida no Trânsito (PVT) têm contribuído para estruturar intervenções baseadas em evidências e na análise de dados locais, fortalecendo a gestão intersetorial da segurança viária e apoiando a implementação de ações preventivas em estados e municípios. O projeto promove a integração entre diferentes setores governamentais e utiliza informações sobre mortalidade, morbidade e fatores de risco para orientar intervenções direcionadas aos principais determinantes dos sinistros de trânsito (Brasil, 2017; Silva *et al.*, 2013). (Acesse aqui!).

Somam-se a essas iniciativas os investimentos na ampliação e qualificação da Rede de Atenção às Urgências, incluindo a expansão da cobertura e da capacidade operacional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), com potencial para reduzir a gravidade das lesões, ampliar o acesso ao atendimento oportuno e melhorar os desfechos das vítimas de sinistros de trânsito. A intersetorialidade é essencial na prevenção de mortes e lesões no trânsito. O SUS, isoladamente, não possui governabilidade sobre aspectos estruturais determinantes para a segurança viária, como fiscalização de trânsito, regulação da segurança veicular ou qualificação da infraestrutura viária. Dessa forma, o avanço na prevenção das mortes e lesões no trânsito depende de articulação efetiva com setores como transporte, mobilidade urbana, segurança pública, planejamento urbano e educação. No âmbito do SUS, a contribuição central está na integração entre vigilância de óbitos, vigilância hospitalar e traumática, rede de urgência e emergência e serviços de reabilitação, com análise territorializada dos eventos e pactuação de metas entre diferentes níveis de gestão (Brasil, 2022).

No eixo das violências, a redução de homicídios, incluindo homicídios gerais, de mulheres e de jovens, também requer intersetorialidade real e políticas públicas estruturantes, como estratégias de proteção à juventude, permanência escolar, ampliação de oportunidades de trabalho e renda, prevenção das violências nos territórios, controle de armas e respostas rápidas a conflitos. Para o setor saúde, destacam-se quatro frentes estratégicas: (i) qualificação da vigilância das violências, com melhoria da oportunidade e da completude das informações; (ii) organização de linhas de cuidado para pessoas em situação de violência; (iii) promoção da cultura de paz e prevenção de violências com participação comunitária; e (iv) cuidado em saúde mental e proteção social para vítimas e familiares (Brasil, 2022; Minayo, 2025; Souza, 2025).

Somam-se a essas iniciativas recentes do Governo Federal e do Ministério da Saúde voltadas ao enfrentamento da violência contra as mulheres, como o Pacto Nacional de Prevenção aos Feminicídios (Acesse aqui!), o fortalecimento das ações de vigilância e qualificação das informações sobre feminicídios, incluindo estratégias de integração de diferentes fontes de

informação para qualificar a identificação, o monitoramento e a compreensão dos feminicídios, a ampliação do acesso ao cuidado integral às mulheres em situação de violência com publicação de materiais que apoiem as equipes locais como o Guia Prático para Atendimento a Mulheres em situação de violência doméstica na Atenção Primária à Saúde (**Acesse aqui!**) e Guia Técnico para Implementação da Sala Lilás no SUS (**Acesse aqui!**), além da implementação de ações de reabilitação e reconstrução para mulheres vítimas de agressões, como o Programa de Reconstrução Dentária para Mulheres Vítimas de Violência Doméstica (**Acesse aqui!**), contribuindo para uma resposta mais integrada, oportuna e centrada nas necessidades das vítimas.

Nesse contexto, o indicador referente ao percentual de municípios que notificam violência no Sinan (VIVA) possui papel estratégico, pois expressa a capilaridade da vigilância. Em muitos territórios, a violência permanece subnotificada devido à fragilidade dos fluxos de notificação, medo de retaliação, estigma, rotatividade de profissionais ou baixa integração entre serviços da rede de atenção. Ampliar o número de municípios notificantes significa aumentar a sensibilidade do sistema para identificar situações de risco e orientar ações locais, desde a proteção de crianças e adolescentes até a prevenção da violência autoprovocada e o apoio a mulheres em situação de violência. Assim, esse indicador não representa apenas um requisito administrativo, mas reflete a capacidade do sistema de saúde de transformar eventos invisíveis em prioridade pública (Brasil, 2022).

No caso do suicídio, a redução da mortalidade exige uma abordagem abrangente e estruturante. Embora a ampliação do acesso aos serviços de saúde mental e a qualificação do cuidado às crises e do seguimento pós-tentativa sejam fundamentais, essas ações, quando isoladas, tendem a se situar predominantemente no campo da prevenção secundária. A prevenção efetiva do suicídio requer estratégias mais amplas, intersetoriais e orientadas ao curso de vida, incluindo o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, o cuidado na primeira infância, a promoção da resiliência, o desenvolvimento de habilidades de regulação emocional e resolução de problemas, a prevenção das violências interpessoais e a melhoria das condições de emprego, renda e habitação. Evidências internacionais mostram que a tendência de mortalidade por suicídio pode variar entre diferentes grupos populacionais, reforçando a necessidade de intervenções focalizadas em populações de maior risco e em momentos críticos do ciclo de vida (WHO, 2021c, 2023).

Para quedas em idosos, a redução da mortalidade demanda uma agenda integrada que envolve avaliação sistemática de risco na Atenção Primária à Saúde (APS), revisão e adequação de medicações, programas de fortalecimento muscular e equilíbrio, adaptações domiciliares para prevenção de sinistros, prevenção e tratamento da osteoporose e oferta de reabilitação pós-queda. Considerando o rápido processo de envelhecimento populacional no Brasil, esse indicador tende a ganhar crescente relevância na vigilância das causas externas, e seu controle depende da capacidade do SUS de articular ações de prevenção, cuidado longitudinal e suporte social, reduzindo hospitalizações, incapacidades e mortes evitáveis (Brasil, 2022; Opas, 2018).

Por fim, o conjunto dessas estratégias dialoga diretamente com os princípios da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) (**Acesse aqui!**), que orienta a organização das ações de vigilância, prevenção, atenção e reabilitação no âmbito do SUS (Brasil, 2005). Essa política reforça a necessidade de abordagens intersetoriais e integradas para enfrentar os determinantes sociais das violências e dos sinistros, articulando saúde, educação,

segurança pública, assistência social e planejamento urbano. Dessa forma, o Plano de Dant, a PNRMAV e os compromissos internacionais assumidos pelo Brasil no âmbito da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, especialmente as metas relacionadas à redução de mortes evitáveis e promoção de ambientes seguros, constituem marcos complementares que orientam a construção de políticas públicas integradas para a redução da morbimortalidade por causas externas no País.

5.3 Perspectivas para o monitoramento e uso dos indicadores: qualidade, integração e equidade

A consolidação da vigilância das causas externas como eixo estruturante do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis exige a articulação de três dimensões interdependentes, qualidade da informação, capacidade analítica territorial e uso ativo dos dados na tomada de decisão. A qualidade começa no registro. Causas mal definidas, subregistro, campos incompletos e inconsistências entre sistemas reduzem a capacidade do Estado de "enxergar" o problema. No caso das causas externas, isso é particularmente relevante, pois a interpretação epidemiológica depende de informações detalhadas sobre o mecanismo do evento, as circunstâncias, o local de ocorrência e a intencionalidade. Falhas nesses registros podem distorcer tendências, dificultar comparações e comprometer a definição de prioridades para intervenção.

A capacidade analítica local, por sua vez, é o que transforma números em ação. Não basta saber que um município apresenta taxas elevadas; é necessário identificar perfis de risco (como jovens, homens ou mulheres), padrões territoriais (bairros ou vias de maior risco), horários e contextos de ocorrência, além de sua relação com processos sociais e urbanos. Nessa dimensão, a vigilância ganha maior potência quando dialoga com a gestão do território e com outras políticas públicas, como mobilidade urbana, urbanismo, educação, cultura, lazer e segurança pública, produzindo informações úteis para a intervenção. Exemplos incluem a identificação de corredores viários prioritários para ações de segurança no trânsito, territórios com violência recorrente ou áreas onde é necessário fortalecer redes de cuidado e apoio em situações de crise suicida.

O uso ativo da informação sustenta o ciclo contínuo de monitoramento das políticas públicas, pactuar metas, acompanhar indicadores, avaliar resultados, corrigir rotas e garantir transparência pública. No horizonte de 2030, o desafio não é apenas reduzir taxas, mas assegurar que essa redução alcance os grupos historicamente mais afetados, jovens residentes em territórios vulnerabilizados, mulheres em situação de violência, motociclistas expostos a condições inseguras de trabalho e pessoas idosas sujeitas a riscos ambientais evitáveis. Nesse sentido, os indicadores de causas externas também podem ser compreendidos como indicadores de justiça social: quando diminuem, revelam que políticas públicas e ações intersetoriais conseguiram proteger vidas justamente onde o risco era maior.

Por fim, é importante reconhecer que o valor do monitoramento não se limita ao alcance restrito das metas estabelecidas. Mesmo quando os objetivos quantitativos não são plenamente atingidos, o acompanhamento sistemático dos indicadores produz evidências fundamentais para avaliar a efetividade das políticas implementadas, identificar desafios emergentes e

orientar a revisão das estratégias adotadas. Assim, o monitoramento contínuo das causas externas fortalece a capacidade do sistema de saúde de aprender com os próprios dados, aprimorar o planejamento e construir respostas cada vez mais efetivas para proteger a vida. Em última instância, mais do que números ou metas, trata-se de um compromisso permanente com a prevenção de mortes evitáveis e com a promoção de ambientes mais seguros, saudáveis e equitativos para toda a população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. **Guia Vida no Trânsito**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vida_transito_2017.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf.

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. **Violence: a global public health problem**. In: KRUG, Etienne G. *et al.* (ed.). **World report on violence and health**. Geneva: WHO, 2002. p. 1-56. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Avanços e desafios da Política Nacional de Redução dos Acidentes e Violências**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, 2025. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/dj8fGT7pmZJXMRPdpHbWGwg/.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília, DF: OPAS, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/indicadores_basicos_saude_brasil_2ed.pdf.

SOUZA, Edinilsa Ramos de. **A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, 2025. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/DXH3TDC5HD6VJgXVkTcwHGf/.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on violence prevention 2014**. Geneva: WHO, 2014a. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241564793.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: WHO, 2014b. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Falls**. Geneva: WHO, 2021a. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global plan for the Decade of Action for Road Safety 2021-2030**. Geneva: WHO, 2021b. Disponível em: https://www.who.int/publications/m/item/global-plan-for-the-decade-of-action-for-road-safety-2021-2030.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries**. Geneva: WHO, 2021c. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on road safety 2023**. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240086517.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Contingentes populacionais

No cálculo das taxas no caderno de indicadores do Ministério da Saúde são utilizadas estimativas populacionais elaboradas pelo SVSA/Daent/CGIAE e a contagem do censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010. Essas estimativas e contagem populacional são apresentadas considerando a totalidade do Brasil e desagregadas por município, unidade da Federação (UF), e macrorregião do Brasil.

Já no nosso *e-book*, utilizamos as estimativas populacionais provenientes do DataSUS, de realização do Coordenação-Geral de Informações Demográficas da Rede Interagencial de Informações para a Saúde e Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde e a contagem do censo demográfico do Brasil de 2022, realizado pelo IBGE. Adicionalmente, em indicadores específicos, também são utilizados dados desagregados por sexo.

Anos considerados para extração dos dados

- **Estimativas populacionais:** 2015 a 2024 (dados gerais por faixa etária em cada localidade, sexo e faixa etária)
- **Censo Demográfico:** 2022 (dados gerais do Brasil por faixa etária, sexo e faixa etária)

Distribuição etária

Os dados serão organizados por faixas etárias específicas para cada indicador.

População apenas de mulheres

Para os indicadores de câncer de colo de útero e mama, e homicídio em mulheres, também serão utilizados dados de populações específicas de mulheres.

1) Estimativas populacionais (2015 a 2024)

- **Fonte:** TabNet-DataSUS
- **Link:** Acesse aqui
- **Variável:** População residente estimada
- **Abrangência:** Brasil, grandes regiões, unidades da Federação, municípios

Para extração dos dados:

1. Acesse o site do **DataSUS** e siga os seguintes caminhos:

- Demográficas e Socioeconômicas > População Residente > Estudo de Estimativas populacionais por município, sexo e idade – 2000-2025.
- **Configurações da Tabela**:
- **Linha**: Ano.
- **Coluna**: Faixa etária 2.
- **Conteúdo**: População residente.

2. **Seleções**:

- **Períodos Disponíveis:** 2015-2024 (aumentar o período à medida que tenha dados disponíveis).
- **Município**: Extraia os dados para cada município e para cada estado individualmente (apenas os que irão compor a planilha de indicadores).
- **Faixa Etária 2**: Selecione todas as categorias.

3. **Formato da Tabela**:

- Na parte inferior da página, selecione o formato **"Tabelas com bordas"**. Clique em mostrar.
- Após gerar a tabela, clique em "**Copiar como .CSV**".

2) Estimativas populacionais (2015 a 2024) somente para o sexo feminino

- **Fonte:** TabNet-DataSUS
- **Link:** Acesse aqui
- **Variável:** População residente estimada
- **Abrangência:** Brasil, grandes regiões, unidades da Federação, municípios

Procedimento para extração:

1. Acesse o site do **DataSUS** e siga os seguintes caminhos:

- Demográficas e Socioeconômicas > População Residente > Estudo de Estimativas populacionais por município, sexo e idade – 2000-2024.

2. **Configurações da tabela**:

- **Linha**: Ano.
- **Coluna**: Faixa etária 2.
- **Conteúdo**: População residente.

3. **Seleções**:

- **Períodos Disponíveis:** 2015-2024 (aumentar o período à medida que tenha dados disponíveis).
- **Município**: Extraia os dados para cada município e para cada estado individualmente (apenas os que irão compor a planilha de indicadores).
- **Sexo:** Feminino
- **Faixa Etária 2**: Selecione todas as categorias.

4. **Formato da tabela**:

- Na parte inferior da página, selecione o formato **"Tabelas com bordas"**. Clique em mostrar.
- Após gerar a tabela, clique em "**Copiar como .CSV**".

3) Contagem do Censo 2022

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2022

- **Link:** Acesse aqui
- **Indicadores:** População residente por sexo e idade
- **Abrangência:** Brasil, grandes regiões, unidades da Federação (UF)

Passo a passo:

1. Acesse o link acima.
2. Selecione os dados desejados por UF e seus municípios.
3. Baixe a tabela no formato "XLSX".

4) Salvamento e organização dos arquivos

- **Exemplos para nomes dos arquivos:**
  - Censo_2022.xlsx
  - Estimativas gerais_Vitória da conquista_2015_2021.xlsx
  - Estimativas de mulheres_Boa Vista_2015_2021.xlsx

APÊNDICE B – Taxa de mortalidade prematura por DCNT

Este documento apresenta o processo de extração e organização dos dados de óbitos que comporão o cálculo da taxa de mortalidade prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). A seguir, são descritos os passos necessários para obtenção dos dados.

1. Passos para Extração dos Dados:

- **Fonte dos dados:** O site para a extração é DataSUS.
- **Indicador:** Mortalidade prematura por DCNT, com base nos códigos CID-10.
- **Períodos disponíveis:** Dados entre os anos de 2015 e 2024 (aumentar o período à medida que tenham dados disponíveis).

2. Localização Geográfica:

- **Estado e Municípios do** nosso exemplo**:**
  - Belo Horizonte
  - Juiz de Fora
  - Minas Gerais

3. As faixas etárias (em anos) a serem consideradas para a análise são:

- 30 a 34
- 35 a 39
- 40 a 44
- 45 a 49
- 50 a 54
- 55 a 59
- 60 a 64
- 65 a 69

4. Códigos da CID-10 considerados:

- C00-C97
- E10-E14
- I00-I99
- J30-J98 (exceto J36)

5. Acesse o site do **DataSUS** e siga os seguintes caminhos:

- **Estatísticas vitais** > **Mortalidades desde 1996 pela CID-10** > **Mortalidade Geral**.
- Selecione o **estado** e, em seguida, o **município** ou **todos os municípios**, conforme necessário.

- Configurações da Tabela:
  - **Linha**: Ano do óbito.
  - **Coluna**: Faixa etária det.
  - **Conteúdo**: Óbitos por residência.
- **Seleções**:
  - **Município:** Realize a extração para cada município individualmente. Como no nosso exemplo, quando for fazer a análise para o estado de **Minas Gerais,** selecione a opção **"Todas as categorias".**
  - **Categorias CID-10**: Para extrair todos os códigos, mantenha pressionada a tecla **Ctrl** e selecione os códigos individualmente.
  - **Faixa Etária det:** Selecione as faixas etárias de 30 a 69 anos, considerando os extratos a cada 5 anos (serão 8 categorias). Selecione todas as 8 faixas etárias ao mesmo tempo.
- **Formato da Tabela**:
  - Na parte inferior da página, selecione o formato **"Tabelas com bordas"**. Clique em mostrar.
  - Após gerar a tabela, clique em "**Copiar como .CSV**".

6. Salvamento da Planilha:

- **Exemplo para nomes dos arquivos:**
  - O arquivo deve seguir o padrão: **Cidade_Indicador de Referência**.
  - Exemplo: Belo Horizonte_Mortalidade Prematura por DCNT.csv.

APÊNDICE C – Probabilidade incondicional de morte prematura por DCNT

Este documento apresenta o processo de extração e organização dos dados de óbitos que comporão o cálculo da probabilidade incondicional de morte prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). A seguir, são descritos os passos necessários para obtenção dos dados.

1. Passos para extração dos dados:

- **Fonte dos dados:** O site para a extração é DataSUS.
- **Indicador:** Probabilidade Incondicional de morte prematura por DCNT, com base nos códigos CID-10.
- **Períodos disponíveis:** Dados entre os anos de 2015 e 2024 (aumentar o período à medida que tenham dados disponíveis).

2. Localização Geográfica:

- **Estado e municípios do** nosso exemplo**:**
  - Bahia
  - Salvador
  - Vitória da Conquista

3. As faixas etárias (em anos) a serem consideradas para a análise são:

- 30 a 34
- 35 a 39
- 40 a 44
- 45 a 49
- 50 a 54
- 55 a 59
- 60 a 64
- 65 a 69

4. Códigos da CID-10 considerados:

- C00-C97
- E10-E14
- I00-I99
- J30-J98 (exceto J36)

5. Acesse o site do **DataSUS** e siga os seguintes caminhos:

- **Estatísticas vitais** > **Mortalidades desde 1996 pela CID-10** > **Mortalidade Geral**.
- Selecione o **estado** e, em seguida, o **município** ou **todos os municípios**, conforme necessário.
- Configurações da Tabela:
  - **Linha**: Ano do óbito.
  - **Coluna**: Faixa etária det.
  - **Conteúdo**: Óbitos por residência.
- **Seleções**:
  - **Município:** Realize a extração para cada município individualmente. Como no nosso exemplo, quando for fazer a análise para o estado da Bahia**,** selecione a opção **"Todas as categorias".**
  - **Categorias CID-10**: Para extrair todos os códigos, mantenha pressionada a tecla **Ctrl** e selecione os códigos individualmente.
  - **Faixa Etária det:** Selecione as faixas etárias de 30 a 69 anos, considerando os extratos a cada 5 anos (serão 8 categorias). Selecione todas as 8 faixas etárias ao mesmo tempo.
- **Formato da tabela**:
  - Na parte inferior da página, selecione o formato **"Tabelas com bordas"**. Clique em mostrar.
  - Após gerar a tabela, clique em "**Copiar como .CSV**".

6. Salvamento da planilha:

- **Exemplo para nomes dos arquivos:**
  - O arquivo deve seguir o padrão: **Cidade_Indicador de Referência**.
  - Exemplo: Salvador_Probabilidade Incondicional.csv.

APÊNDICE D – Taxa de mortalidade prematura por câncer do aparelho digestivo

Este documento apresenta o processo de extração e organização dos dados de óbitos que comporão o cálculo da taxa de mortalidade prematura por câncer do aparelho digestivo. A seguir, são descritos os passos necessários para obtenção dos dados.

1. Passos para Extração dos Dados:

- **Fonte dos dados**: Os sites para a extração é DataSUS.
- **Indicador**: Mortalidade prematura por câncer do aparelho digestivo, com base nos códigos CID-10.
- **Períodos disponíveis**: Dados entre os anos de 2015 e 2024 (aumentar o período à medida que tenham dados disponíveis).

2. Localização Geográfica:

- **Estado e Município do** nosso exemplo:
  - Belo Horizonte
  - Juiz de Fora
  - Minas Gerais

3. As faixas etárias (em anos) a serem consideradas para a análise são:

- 30 a 34
- 35 a 39
- 40 a 44
- 45 a 49
- 50 a 54
- 55 a 59
- 60 a 64
- 65 a 69

4. Códigos da CID-10 considerados:

- C15-C25
- C26.0
- C26.8
- C26.9
- C45.1

- C48
- C77.2
- C78.4-C78.8

5. Procedimento para extração dos códigos C15-C25 e C48:

- Acesse o site do **DataSUS** e siga os seguintes caminhos:
  - **Estatísticas vitais** > **Mortalidades desde 1996 pela CID-10** > **Mortalidade Geral**.
  - Selecione o **estado** e, em seguida, o **município** ou **todos os municípios**, conforme necessário.
- **Configurações da Tabela**:
  - **Linha**: Ano do óbito.
  - **Coluna**: Faixa etária det.
  - **Conteúdo**: Óbitos por residência.
- **Seleções**:
  - **Município**: Extraia os dados para o município individualmente. Primeiro, como nosso exemplo, selecione **Belo Horizonte** e, quando for analisar o estado, escolha "**Todas as categorias**".
  - **Categorias CID-10**: Para extrair todos os códigos, mantenha pressione **Ctrl** e selecione os códigos individualmente.
  - **Faixa Etária det**: Selecione as faixas etárias de 30 a 69 anos, considerando os extratos a cada 5 anos (serão 8 categorias). Selecione todas as 8 faixas etárias ao mesmo tempo.
- **Formato da Tabela**:
  - Na parte inferior da página, selecione o formato **"Tabelas com bordas"**. Clique em mostrar.
  - Após gerar a tabela, clique em "**Copiar como .CSV**".
- **Salvamento da Planilha:**
- **Exemplo para nomes dos arquivos:**
  - O arquivo deve seguir o padrão: **Cidade_Indicador de Referência**.
  - Exemplo: Belo Horizonte_Mortalidade CA digestivo.csv.

APÊNDICE E – Taxa de mortalidade prematura por câncer de mama

Este documento apresenta o processo de extração e organização dos dados de óbitos que comporão o cálculo da taxa de mortalidade prematura por câncer de mama. A seguir, são descritos os passos necessários para obtenção dos dados.

1. Passos para Extração dos Dados:

- **Fonte dos dados**: O site para a extração é DataSUS.
- **Indicador**: Mortalidade prematura por câncer de mama, com base nos códigos CID-10.
- **Períodos disponíveis**: Dados entre os anos de 2015 e 2024 (aumentar o período à medida que tenham dados disponíveis).

2. Localização Geográfica:

- **Estado e Município do** nosso exemplo:
  - Belo Horizonte
  - Juiz de Fora
  - Minas Gerais

3. As faixas etárias (em anos) a serem consideradas para a análise são:

- 30 a 34
- 35 a 39
- 40 a 44
- 45 a 49
- 50 a 54
- 55 a 59
- 60 a 64
- 65 a 69

4. Códigos da CID-10 considerados:

- C50 (Neoplasia maligna na mama)

5. Procedimento para Extração de Dados

- Acesse o site do **DataSUS** e siga os seguintes caminhos:
  - **Estatísticas vitais** > **Mortalidades desde 1996 pela CID-10** > **Mortalidade Geral**.
  - Selecione o **estado** e, em seguida, o **município** ou **todos os municípios**, conforme necessário.

- **Configurações da Tabela:**
  - **Linha**: Ano do óbito.
  - **Coluna**: Faixa etária det.
  - **Conteúdo**: Óbitos por residência.
- **Seleções**:
  - **Município:** Realize a extração para cada município individualmente. Como no nosso exemplo, quando for fazer a análise para o estado de **Minas Gerais,** selecione a opção **"Todas as categorias".**
  - **Categorias CID-10**: Para extrair todos os códigos, mantenha pressionada a tecla **Ctrl** e selecione os códigos individualmente.
  - **Faixa Etária det:** Selecione as faixas etárias de 30 a 69 anos, considerando os extratos a cada 5 anos (serão 8 categorias). Selecione todas as 8 faixas etárias ao mesmo tempo.
  - **Sexo:** Feminino
- **Formato da Tabela**:
  - Na parte inferior da página, selecione o formato **"Tabelas com bordas"**. Clique em mostrar.
  - Após gerar a tabela, clique em "**Copiar como .CSV**".

6. Salvamento da Planilha:

- **Exemplo para nomes dos arquivos:**
  - O arquivo deve seguir o padrão: **Cidade_Indicador de Referência**.
  - Exemplo: Belo Horizonte_Mortalidade Prematura por CA de mama.csv.

APÊNDICE F – Taxa de mortalidade prematura por câncer de colo do útero

Este documento apresenta o processo de extração e organização dos dados de óbitos que comporão o cálculo da taxa de mortalidade prematura por câncer de colo do útero. A seguir, são descritos os passos necessários para obtenção dos dados.

1. Passos para Extração dos Dados:

- **Fonte dos dados:** O site para a extração é DataSUS.
- **Indicador:** Mortalidade prematura por câncer de colo de útero, com base nos códigos CID-10.
- **Períodos disponíveis:** Dados entre os anos de 2015 e 2024 (aumentar o período à medida que tenham dados disponíveis).

2. Localização Geográfica:

- **Estado e Municípios do** nosso exemplo**:**
  - Belo Horizonte
  - Juiz de Fora
  - Minas Gerais

3. As faixas etárias (em anos) a serem consideradas para a análise são:

- 30 a 34
- 35 a 39
- 40 a 44
- 45 a 49
- 50 a 54
- 55 a 59
- 60 a 64
- 65 a 69

4. Códigos da CID-10 considerados:

- C53 (Neoplasia maligna do colo do útero)

5. Acesse o site do **DataSUS** e siga os seguintes caminhos:

- **Estatísticas vitais** > **Mortalidades desde 1996 pela CID-10** > **Mortalidade Geral**.
- Selecione o **estado** e, em seguida, o **município** ou **todos os municípios**, conforme necessário.

- Configurações da Tabela:
  - **Linha**: Ano do óbito.
  - **Coluna**: Faixa etária det.
  - **Conteúdo**: Óbitos por residência.
- **Seleções**:
  - **Município:** Realize a extração para cada município individualmente. Como no nosso exemplo, quando for fazer a análise para o estado de **Minas Gerais,** selecione a opção **"Todas as categorias".**
  - **Categorias CID-10**: Para extrair todos os códigos, mantenha pressionada a tecla **Ctrl** e selecione os códigos individualmente.
  - **Faixa Etária det:** Selecione as faixas etárias de 30 a 69 anos, considerando os extratos a cada 5 anos (serão 8 categorias). Selecione todas as 8 faixas etárias ao mesmo tempo.
  - **Sexo:** Feminino
- **Formato da Tabela**:
  - Na parte inferior da página, selecione o formato **"Tabelas com bordas"**. Clique em mostrar.
  - Após gerar a tabela, clique em "**Copiar como .CSV**".

6. Salvamento da Planilha:

- **Exemplo para nomes dos arquivos:**
  - O arquivo deve seguir o padrão: **Cidade_Indicador de Referência**.
  - Exemplo: Belo Horizonte_Mortalidade Prematura por CAutero.csv.

APÊNDICE G – Taxa de mortalidade por suicídio

Este documento apresenta o processo de extração e organização dos dados de óbitos que comporão o cálculo da taxa de mortalidade por suicídio. A seguir, são descritos os passos necessários para obtenção dos dados.

1. Passos para Extração dos Dados:

- **Fonte dos dados:** O site para a extração é DataSUS.
- **Indicador:** Mortalidade por suicídio, com base nos códigos CID-10.
- **Períodos disponíveis:** Dados entre os anos de 2015 e 2024 (aumentar o período à medida que tenha dados disponíveis).

2. Localização Geográfica:

- **Estado e Municípios do** nosso exemplo**:**
  - Boa Vista (RO)
  - Roraima

3. As faixas etárias (em anos) a serem consideradas para a análise são:

- 5 a 9
- 10 a 14
- 15 a 19
- 20 a 24
- 25 a 29
- 30 a 34
- 35 a 39
- 40 a 44
- 45 a 49
- 50 a 54
- 55 a 59
- 60 a 64
- 65 a 69
- 70 a 74
- 75 a 79
- 80 ou mais

4. Códigos da CID-10 considerados:

- X60-X84
- Y87.0

5. Acesse o site do **DataSUS** e siga os seguintes caminhos:

- **Estatísticas vitais** > **Mortalidades desde 1996 pela CID-10** > **Mortalidade Geral**.
- Selecione o **estado** e, em seguida, o **município** ou **todos os municípios**, conforme necessário.
- Configurações da Tabela:
  - **Linha**: Ano do óbito.
  - **Coluna**: Faixa etária det.
  - **Conteúdo**: Óbitos por residência.
- **Seleções**:
  - **Município:** Realize a extração para cada município individualmente. Como no nosso exemplo, quando for fazer a análise para o estado de **Roraima,** selecione a opção **"Todas as categorias".**
  - **Categorias CID-10**: Para extrair todos os códigos, mantenha pressionada a tecla **Ctrl** e selecione os códigos individualmente.
  - **Faixa Etária det:** Selecione as faixas etárias de 5 anos ou mais de idade, considerando os extratos a cada 5 anos (serão 16 categorias). Selecione todas as 16 faixas etárias ao mesmo tempo.
- **Formato da Tabela**:
  - Na parte inferior da página, selecione o formato **"Tabelas com bordas"**. Clique em mostrar.
  - Após gerar a tabela, clique em "**Copiar como .CSV**".

6. Salvamento da Planilha:

- **Exemplo para nomes dos arquivos:**
  - O arquivo deve seguir o padrão: **Cidade_Indicador de Referência**.
  - Exemplo: Boa Vista_suicídio.csv.

APÊNDICE H – Taxa de mortalidade por lesões de trânsito

Este documento apresenta o processo de extração e organização dos dados de óbitos que comporão o cálculo da taxa de mortalidade por lesões de trânsito. A seguir, são descritos os passos necessários para obtenção dos dados.

1. Passos para Extração dos Dados:

- **Fonte dos dados:** O site para a extração é DataSUS.
- **Indicador:** Mortalidade por lesões de trânsito, com base nos códigos CID-10.
- **Períodos disponíveis:** Dados entre os anos de 2015 e 2024 (aumentar o período à medida que tenha dados disponíveis).

2. Localização Geográfica:

- **Estado e Municípios do** nosso exemplo**:**
  - Boa Vista (RO)
  - Roraima

3. As faixas etárias (em anos) a serem consideradas para a análise são:

- 0 a 4
- 5 a 9
- 10 a 14
- 15 a 19
- 20 a 24
- 25 a 29
- 30 a 34
- 35 a 39
- 40 a 44
- 45 a 49
- 50 a 54
- 55 a 59
- 60 a 64
- 65 a 69
- 70 a 74
- 75 a 79
- 80 ou mais

4. Códigos da CID-10 considerados:

- V01 a V89

5. Acesse o site do **DataSUS** e siga os seguintes caminhos:

- **Estatísticas vitais** > **Mortalidades desde 1996 pela CID-10** > **Mortalidade Geral**.
- Selecione o **estado** e, em seguida, o **município** ou **todos os municípios**, conforme necessário.
- Configurações da Tabela:
  - **Linha**: Ano do óbito.
  - **Coluna**: Faixa etária det.
  - **Conteúdo**: Óbitos por residência.
- **Seleções**:
  - **Município:** Realize a extração para cada município individualmente. Como no nosso exemplo, quando for fazer a análise para o estado de **Roraima,** selecione a opção **"Todas as categorias".**
  - **Categorias CID-10**: Para extrair todos os códigos, mantenha pressionada a tecla **Ctrl** e selecione os códigos individualmente.
  - **Faixa Etária det:** Selecione todas as faixas etárias.
- **Formato da Tabela**:
  - Na parte inferior da página, selecione o formato **"Tabelas com bordas"**. Clique em mostrar.
  - Após gerar a tabela, clique em "**Copiar como .CSV**".

6. Salvamento da Planilha:

- **Exemplo para nomes dos arquivos:**
  - O arquivo deve seguir o padrão: **Cidade_Indicador de Referência**.
  - Exemplo: Boa Vista_Mortalidade Lesões por Trânsito.csv.

APÊNDICE I – Taxa de mortalidade por homicídio

Este documento apresenta o processo de extração e organização dos dados de óbitos que comporão o cálculo da taxa de mortalidade por homicídio. A seguir, são descritos os passos necessários para obtenção dos dados.

1. Passos para Extração dos Dados:

- **Fonte dos dados**: Os sites para a extração são DataSUS.
- **Indicador**: Mortalidade por homicídio, com base nos códigos CID-10.
- **Períodos disponíveis**: Dados entre os anos de 2015 e 2024 (aumentar o período à medida que tenha dados disponíveis).

2. Localização Geográfica:

- **Estado e Município do** nosso exemplo:
  - Roraima
  - Boa Vista

3. As faixas etárias (em anos) a serem consideradas para a análise são:

- 0 a 4
- 5 a 9
- 10 a 14
- 15 a 19
- 20 a 24
- 25 a 29
- 30 a 34
- 35 a 39
- 40 a 44
- 45 a 49
- 50 a 54
- 55 a 59
- 60 a 64
- 65 a 69
- 70 a 74
- 75 a 79
- 80 ou mais

4. Códigos da CID-10 considerados:

- **X85-Y09**: Lesões intencionais (assassinatos) por agressões.
- **Y22-Y24**: Lesões por armas de fogo.
- **Y35**: Outros homicídios.
- **Y87.1**: Morte por causas externas não especificadas.
- **Y89.0**: Lesões não especificadas.

5. Procedimento para extração dos códigos X85 a Y09, Y22-Y24, e Y35:

1. Acesse o site do **DataSUS** e siga os seguintes caminhos:

- **Estatísticas vitais** > **Mortalidades desde 1996 pela CID-10** > **Mortalidade Geral**.
- Selecione o **estado** e, em seguida, o **município** ou **todos os municípios**, conforme necessário.

2. **Configurações da Tabela**:

- **Linha**: Ano do óbito.
- **Coluna**: Faixa etária det.
- **Conteúdo**: Óbitos por residência.

3. **Seleções**:

- **Município**: Extraia os dados para cada município individualmente. Primeiro, como no nosso exemplo, selecione **Boa Vista** e, quando for analisar o estado, escolha "**Todas as categorias**".
- **Categorias CID-10**: Para extrair todos os códigos, mantenha pressionada a tecla **Ctrl** e selecione os códigos individualmente.
- **Faixa Etária det**: Marque todas as categorias de idade.

4. **Formato da Tabela**:

- Na parte inferior da página, selecione o formato **"Tabelas com bordas"**. Clique em mostrar.
- Após gerar a tabela, clique em "**Copiar como .CSV**".

5. **Salvamento da Planilha:**

- **Exemplo para nomes dos arquivos:**
  - » O arquivo deve seguir o padrão: **Cidade_Indicador de Referência**.
  - » Exemplo: Boa Vista_homicidio.csv.

APÊNDICE J – Taxa de mortalidade por homicídio em mulheres

Este documento apresenta o processo de extração e organização dos dados de óbitos que comporão o cálculo da taxa de mortalidade por homicídio em mulheres. A seguir, são descritos os passos necessários para obtenção dos dados.

1. Passos para Extração dos Dados:

- **Fonte dos dados**: Os sites para a extração são DataSUS.
- **Indicador**: Mortalidade por homicídio em mulheres, com base nos códigos CID-10.
- **Períodos disponíveis**: Dados entre os anos de 2015 e 2024 (aumentar o período à medida que tenham dados disponíveis).

2. Localização Geográfica:

- **Estado e Município do** nosso exemplo:
  - Roraima
  - Boa Vista

3. As faixas etárias (em anos) a serem consideradas para a análise são:

- 0 a 4
- 5 a 9
- 10 a 14
- 15 a 19
- 20 a 24
- 25 a 29
- 30 a 34
- 35 a 39
- 40 a 44
- 45 a 49
- 50 a 54
- 55 a 59
- 60 a 64
- 65 a 69
- 70 a 74
- 75 a 79
- 80 ou mais

4. Códigos da CID-10 considerados:

- **X85-Y09**: Lesões intencionais (assassinatos) por agressões.
- **Y22-Y24**: Lesões por armas de fogo.
- **Y35**: Outros homicídios.
- **Y87.1**: Morte por causas externas não especificadas.
- **Y89.0**: Lesões não especificadas.

5. Procedimento para extração dos códigos X85 a Y09, Y22-Y24, e Y35:

1. Acesse o site do **DataSUS** e siga os seguintes caminhos:

- **Estatísticas vitais** > **Mortalidades desde 1996 pela CID-10** > **Mortalidade Geral**.
- Selecione o **estado** e, em seguida, o **município** ou **todos os municípios**, conforme necessário.

2. **Configurações da Tabela**:

- **Linha**: Ano do óbito.
- **Coluna**: Faixa etária det.
- **Conteúdo**: Óbitos por residência.

3. **Seleções**:

- **Município**: Extraia os dados para cada município individualmente. Primeiro, como nosso exemplo, selecione **Boa Vista** e, quando for analisar o estado, escolha "**Todas as categorias**".
- **Categorias CID-10**: Para extrair todos os códigos, mantenha pressionada a tecla **Ctrl** e selecione os códigos individualmente.
- **Faixa Etária det**: Marque todas as categorias de idade.
- **Sexo:** Feminino

4. **Formato da Tabela:**

- Na parte inferior da página, selecione o formato **"Tabelas com bordas"**. Clique em mostrar.
- Após gerar a tabela, clique em "**Copiar como .CSV**".

5. **Salvamento da Planilha**:

- **Exemplo para nomes dos arquivos:**
  - » O arquivo deve seguir o padrão: **Cidade_Indicador de Referência**.
  - » Exemplo: Boa Vista_homicidio em mulheres.csv.

APÊNDICE K – Taxa de mortalidade de ocupantes de motocicletas e triciclos

Este documento apresenta o processo de extração e organização dos dados de óbitos que comporão o cálculo da taxa de mortalidade de ocupantes de motocicletas e triciclos. A seguir, são descritos os passos necessários para obtenção dos dados.

1. Passos para Extração dos Dados:

- **Fonte dos dados:** O site para a extração é DataSUS.
- **Indicador:** Mortalidade de ocupantes de motocicletas e triciclos, com base nos códigos CID-10.
- **Períodos disponíveis:** Dados entre os anos de 2015 e 2024 (aumentar o período à medida que tenha dados disponíveis).

2. Localização Geográfica:

- **Estado e municípios do** nosso exemplo**:**
  - Palmas
  - Araguaína
  - Tocantins

3. As faixas etárias (em anos) a serem consideradas para a análise são:

- 0 a 4
- 5 a 9
- 10 a 14
- 15 a 19
- 20 a 24
- 25 a 29
- 30 a 34
- 35 a 39
- 40 a 44
- 45 a 49
- 50 a 54
- 55 a 59
- 60 a 64
- 65 a 69
- 70 a 74
- 75 a 79
- 80 ou mais

4. Códigos da CID-10 considerados:

- V20 a V39: referentes a acidentes com motocicletas e triciclos.

5. Procedimento para Extração:

1. Acesse o site do **DataSUS** e siga os seguintes caminhos:

- **Estatísticas vitais** > **Mortalidades desde 1996 pela CID-10** > **Mortalidade Geral**.
- Selecione o **estado** e, em seguida, o **município** ou **todos os municípios**, conforme necessário.

2. Configurações da Tabela:

- **Linha**: Ano do óbito.
- **Coluna**: Faixa etária det.
- **Conteúdo**: Óbitos por residência.

3. **Seleções**:

- **Município:** Realize a extração para cada município individualmente. Como no nosso exemplo, quando for fazer a análise para o estado de **Tocantins,** selecione a opção **"Todas as categorias".**
- **Categorias CID-10:** Selecione os códigos entre V20 e V39. Para extrair todos os códigos, mantenha pressionada a tecla **Ctrl** e selecione os códigos individualmente.
- **Faixa Etária det:** Marque todas as categorias de idade.

4. **Formato da Tabela**:

- Na parte inferior da página, selecione o formato **"Tabelas com bordas"**. Clique em mostrar.
- Após gerar a tabela, clique em "**Copiar como .CSV**".

6. Salvamento da Planilha:

- **Exemplo para nomes dos arquivos:**
  - O arquivo deve seguir o padrão: **Cidade_Indicador de Referência**.
  - Exemplo: Palmas_Mortalidade Motocicletas.csv.

APÊNDICE L – Mortalidade de jovens por homicídio

Este documento apresenta o processo de extração e organização dos dados de óbitos que comporão o cálculo da taxa de mortalidade de jovens por homicídio. A seguir, são descritos os passos necessários para obtenção dos dados.

1. Passos para Extração dos Dados:

- **Fonte dos dados**: Os sites para a extração são DataSUS.
- **Indicador**: Mortalidade de jovens por homicídio, com base nos códigos CID-10.
- **Períodos disponíveis**: Dados entre os anos de 2015 e 2024 (aumentar o período à medida que tenha dados disponíveis).

2. Localização Geográfica:

- **Estado e Município do** nosso exemplo:
  - » Roraima
  - » Boa Vista

3. As faixas etárias (em anos) a serem consideradas para a análise são:

- 15 a 19
- 20 a 24
- 25 a 29

4. Códigos da CID-10 considerados:

- **X85-Y09**: Lesões intencionais (assassinatos) por agressões.
- **Y22-Y24**: Lesões por armas de fogo.
- **Y35**: Outros homicídios.
- **Y87.1**: Morte por causas externas não especificadas.
- **Y89.0**: Lesões não especificadas.

5. Procedimento para extração dos códigos X85 a Y09, Y22-Y24, e Y35:

1. Acesse o site do **DataSUS** e siga os seguintes caminhos:

- **Estatísticas vitais** > **Mortalidades desde 1996 pela CID-10** > **Mortalidade Geral**.
- Selecione o **estado** e, em seguida, o **município** ou **todos os municípios**, conforme necessário.

2. **Configurações da Tabela**:

- **Linha**: Ano do óbito.
- **Coluna**: Faixa etária det.
- **Conteúdo**: Óbitos por residência.

3. **Seleções:**

- **Município**: Extraia os dados para o município individualmente. Primeiro, como nosso exemplo, selecione **Boa Vista** e, quando for analisar o estado, escolha "**Todas as categorias**".
- **Categorias CID-10**: Para extrair todos os códigos, mantenha pressione **Ctrl** e selecione os códigos individualmente.
- **Faixa Etária det**: Selecione as faixas etárias de 15 a 29 anos, considerando os extratos a cada 5 anos (serão 3 categorias). Selecione todas as 3 faixas etárias ao mesmo tempo.

4. **Formato da Tabela:**

- Na parte inferior da página, selecione o formato **"Tabelas com bordas"**. Clique em mostrar.
- Após gerar a tabela, clique em "**Copiar como .CSV**".

5. **Salvamento da Planilha:**

- **Exemplo para nomes dos arquivos:**
  - » O arquivo deve seguir o padrão: **Cidade_Indicador de Referência**.
  - » Exemplo: Boa Vista_Mortalidade de Jovens.csv.

APÊNDICE M – Taxa de mortalidade de idosos por quedas acidentais

Este documento apresenta o processo de extração e organização dos dados de óbitos que comporão o cálculo da taxa de mortalidade de idosos por quedas acidentais. A seguir, são descritos os passos necessários para obtenção dos dados.

1. Passos para Extração dos Dados:

- **Fonte dos dados:** O site para a extração é DataSUS.
- **Indicador:** Mortalidade de idosos por quedas acidentais, com base nos códigos CID-10.
- **Períodos disponíveis:** Dados entre os anos de 2015 e 2024 (aumentar o período à medida que tenha dados disponíveis).

2. Localização Geográfica:

- **Estado e Municípios do** nosso exemplo**:**
  - Boa Vista (RO)
  - Roraima

3. As faixas etárias (em anos) a serem consideradas para a análise são:

- 60 a 64
- 65 a 69
- 70 a 74
- 75 a 79
- 80 ou mais

4. Códigos da CID-10 considerados:

- W00-W19

5. Acesse o site do **DataSUS** e siga os seguintes caminhos:

- **Estatísticas vitais** > **Mortalidades desde 1996 pela CID-10** > **Mortalidade Geral**.
- Selecione o **estado** e, em seguida, o **município** ou **todos os municípios**, conforme necessário.
- Configurações da Tabela:
  - **Linha**: Ano do óbito.
  - **Coluna**: Faixa etária det.
  - **Conteúdo**: Óbitos por residência.

- **Seleções**:
  - **Município:** Realize a extração para cada município individualmente. Como no nosso exemplo, quando for fazer a análise para o estado de **Roraima,** selecione a opção **"Todas as categorias".**
  - **Categorias CID-10**: Para extrair todos os códigos, mantenha pressionada a tecla **Ctrl** e selecione os códigos individualmente.
  - **Faixa Etária det:** Selecione as faixas etárias de 60 anos ou mais. Selecione todas as 5 faixas etárias ao mesmo tempo.
- **Formato da Tabela**:
  - Na parte inferior da página, selecione o formato **"Tabelas com bordas"**. Clique em mostrar.
  - Após gerar a tabela, clique em "**Copiar como .CSV**".

6. Salvamento da Planilha:

- **Exemplo para nomes dos arquivos:**
  - O arquivo deve seguir o padrão: **Cidade_Indicador de Referência**.
  - Exemplo: Boa Vista_idosos por quedas acidentais.csv.

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação. **Clique aqui** e responda a pesquisa.

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

Ouv SUS 136
Ouvidoria-Geral do SUS

SUS
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Governo Federal