



**PLAN DE ACCIONES ESTRATÉGICAS PARA EL
ENFRENTAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES NO
TRANSMISIBLES Y LESIONES EN BRASIL **2021-2030****

MINISTERIO DE SALUD DE BRASIL
Secretaría de Vigilancia en Salud y Ambiente
Departamento de Análisis Epidemiológico y Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles

**PLAN DE ACCIONES
ESTRATÉGICAS PARA EL
ENFRENTAMIENTO DE
LAS ENFERMEDADES
NO TRANSMISIBLES Y
LESIONES EN BRASIL**

2021-2030

2024 Ministerio de Salud de Brasil.



Esta obra está disponible bajo la Licencia Creative Commons – Asignación - No comercial - Compartir bajo la misma licencia 4.0 internacional. Es permitida la reproducción parcial o total de esta obra siempre que sea citada su fuente.

La colección institucional del Ministerio de Salud puede ser encontrada integralmente en la Biblioteca Virtual de Salud del Ministerio de Salud de Brasil: <http://bvsm.sau.de.gov.br>

Título original en portugués: Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030

Número de ejemplares: 1ª edición – 2024 – versión electrónica

Elaboración, distribución e informaciones:

MINISTERIO DE SALUD DE BRASIL
Secretaría de Vigilancia en Salud y Ambiente
Departamento de Análisis Epidemiológico y Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles
Coordinación-General de Enfermedades y Lesiones
SRTVN 701, Vía W5 Norte, Ed. PO 700, 6º piso
C.P: 70719-140 – Brasília/DF
Sitio: www.saude.gov.br
E-mail: cgdant@saude.gov.br

Ministra de Estado de la Salud:

Nísia Verônica Trindade Lima

Secretaria de Vigilancia en Salud y Ambiente:

Ethel Leonor Noia Maciel

Coordinación:

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

Organización:

Danielle Keylla Alencar Cruz
Érika Carvalho de Aquino

Elaboración:

Danielle Keylla Alencar Cruz
Danilo Campos da Luz e Silva
Ellen de Cássia Dutra Pozzetti Gouvea
Érika Carvalho de Aquino

Karine Bonfante
Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha
Luiza Eunice Sá da Silva
Mariana Alencar Salles
Mariana Carvalho Pinheiro
Paula Carvalho de Freitas
Roberta de Oliveira Santos
Vera Lúcia Tierling

Colaboración:

Secretaría de Atención Especializada a la Salud
Secretaría de Atención Primaria a la Salud
Secretaría de Ciencia, Tecnología, Innovación e Insumos Estratégicos
Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud
Secretaría de Vigilancia en Salud y Ambiente
Secretaría Especial de Salud Indígena

Traducción:

Frederico Magalhães Machado
Oscar Geovanny Enriquez Martinez

Producción:

Núcleo de Comunicación (Nucom/SVSA/MS)

Diagramación:

Fred Lobo – Editorial Nucom/SVSA

Normalización:

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Ficha Bibliográfica

Brasil. Ministério de Salud de Brasil. Secretaría de Vigilancia en Salud y Ambiente. Departamento de Análisis Epidemiológico y Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles.

Plan de Acciones Estratégicas para el Enfrentamiento de las Enfermedades no Transmisibles y Lesiones en Brasil 2021-2030 [recurso electrónico] / Ministério de Salud de Brasil, Departamento de Análisis Epidemiológico y Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles. – Brasília : Ministerio de Salud de Brasil, 2024.
124 p. : il.

Traducción del Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030

Modo de acceso: World Wide Web:
https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/plan_enfrentamiento_enfermedades_lesiones_2021_2030.pdf
ISBN 978-65-5993-502-4

1. Enfermedades y lesiones no transmisibles. 2. Política de Salud. 3. Promoción de la Salud. I. Título.

CDU 614

Catalogación en la fuente - Coordinación General de Información y Documentación – Editora MS – OS 2023/0160

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

- APS** – Atención Primaria de Salud
- AVE** – Accidente Vascular Encefálico
- Caps** – Centro de Atención Psicosocial
- CIB** – Comisiones Intergestoras Bipartitas
- CIE-10** – 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades
- CIR** – Comisiones Intergestoras Regionales
- Dant** – Enfermedades no transmisibles y lesiones
- ENT** – Enfermedades no transmisibles
- Denatran** – Departamento Nacional de Tránsito
- DM** – Diabetes *mellitus*
- Epoc** – Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- ERC** – Enfermedades respiratorias crónicas
- HAS** – Hipertensión arterial sistémica
- IAM** – Infarto Agudo del Miocardio
- Inca** – Instituto Nacional de Cáncer
- Ipea** – Instituto de Pesquisa Económica Aplicada
- ODS** – Objetivos de Desarrollo Sostenible
- OMS** – Organización Mundial de la Salud
- ENS** – Encuesta Nacional de Salud
- PVT** – Programa Vida en el Tránsito
- RCVG** – Riesgo Cardiovascular Global
- Rename** – Relación Nacional de Medicamentos Esenciales
- SIM** – Sistema de Información Sobre Mortalidad
- Sinan** – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SUS** – Sistema Único de Salud

Sumario

PRESENTACIÓN	7
1 INTRODUCCIÓN	9
2 BALANCE DEL PLANO DE ACCIONES ESTRATÉGICAS PARA ENFRENTAR LAS ENT EN BRASIL, 2011-2022	13
2.1 BALANCE DE LAS METAS DEL PLAN DE ACCIONES ESTRATÉGICAS PARA ENFRENTAR LAS ENT EN BRASIL, 2011-2022	14
3 PANORAMA DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN BRASIL	21
3.1 PANORAMA DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN BRASIL	21
3.2 PANORAMA DE LA PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN BRASIL	30
4 PANORAMA DE LA MORTALIDAD POR ACCIDENTES Y VIOLENCIA EN BRASIL	37
4.1 LESIONES DE TRÁNSITO	38
4.2 HOMICIDIOS	43
4.3 SUICIDIOS	48
4.4 CAÍDAS ACCIDENTALES	52
4.5 VIGILANCIA DE LA VIOLENCIA	56
5 PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN ESTRATÉGICO PARA ABORDAR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y LESIONES EN BRASIL, 2021-2030	61
6 INDICADORES Y METAS DEL PLAN DE DANT 2021-2030	69
6.1 GRUPO DE INDICADORES Y METAS PARA LAS ENT	70
6.2 GRUPO DE INDICADORES Y METAS PARA FACTORES DE RIESGO PARA LAS ENT	75
6.3 GRUPO DE INDICADORES Y METAS PARA ACCIDENTES Y VIOLENCIAS	81
7 ACCIONES ESTRATÉGICAS PARA ENFRENTAR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y LESIONES	89
7.1 ACCIONES ESTRATÉGICAS	90
7.2 ACCIONES ESTRATÉGICAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN, PRODUCCIÓN DE CUIDADOS Y ASISTENCIA PARA ENFRENTAR LOS FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y LESIONES	94
7.3 ACCIONES ESTRATÉGICAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PREVENCIÓN Y CUIDADO FRENTE AL GRUPO DE ENT	105
8 SUGERENCIAS PARA EL USO DEL PLAN DE ACCIONES ESTRATÉGICAS PARA ENFRENTAR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y LESIONES EN BRASIL, 2021-2030	111
REFERENCIAS	117

PRESENTACIÓN

Las enfermedades no transmisibles y lesiones (ENT) son responsables de más de la mitad de las muertes totales en Brasil. En 2019, el 54,7% de las muertes registradas en Brasil fueron causadas por enfermedades no transmisibles (ENT) y el 11,5% por lesiones.

Las ENT, principalmente las enfermedades cardiovasculares, los cánceres, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas, son causadas por diversos factores relacionados con las condiciones de vida de los sujetos. Estos están determinados por el acceso a: bienes y servicios públicos, garantía de derechos, información, empleo e ingresos y posibilidades de hacer elecciones favorables a la salud.

Los principales factores de riesgo conductual de las ENT son el tabaquismo, el consumo de alcohol, una dieta poco saludable y la inactividad física. Éstas pueden modificarse mediante un cambio de comportamiento y mediante acciones gubernamentales que regulen y reduzcan, por ejemplo, la comercialización, el consumo y la exposición de productos perjudiciales para la salud.

Las lesiones mortales (violencia y accidentes) también forman parte del escenario de morbimortalidad de la población. Las muertes por violencia están fuertemente relacionadas con las desigualdades sociales, que pueden estar determinadas por el género, la raza o el color de la piel, la clase social y el nivel de educación. Los hombres y mujeres negros y morenos son víctimas más frecuentes de muertes por causas violentas que los blancos. Entre los hombres jóvenes, se producen tres veces más muertes violentas entre los negros que entre los blancos. La violencia es la segunda causa de muerte en Brasil y en algunos estados incluso es la primera.

Los accidentes, cuya principal representación son las lesiones de tránsito, también tienen un peso importante en el perfil epidemiológico de morbimortalidad de la población brasileña. A pesar de la reducción de las tasas de mortalidad por lesiones de tránsito en Brasil en los últimos años, todavía se pierden miles de vidas, principalmente de adultos jóvenes económicamente activos. Además, las

lesiones por accidentes de tránsito que implican motociclistas siguen mostrando una tendencia creciente y están interiorizadas en el país. El gran número de lesiones no mortales que causan discapacidades temporales y permanentes llama la atención. Estas tienen un impacto en los ingresos familiares y en la reinserción en el mercado laboral, lo que hace más complejas las consecuencias de las lesiones de tránsito.

El plan de Acciones Estratégicas para el Enfrentamiento de las Enfermedades No Transmisibles y Lesiones en Brasil, 2021-2030 (Plan de Dant), se presenta como una directriz para la prevención de los factores de riesgo de las ENT y para la promoción de la salud de la población con el fin de reducir las desigualdades en salud. Su alcance incluye la creación y el fortalecimiento de políticas y programas intersectoriales, la estrategia de organización de servicios en red, la construcción de gobernanza de procesos, la producción de información orientada a la toma de decisiones basada en la evidencia, el control social y la innovación en la gestión, la investigación y los servicios de salud.

El Plan fue elaborado con la contribución de representantes de las secretarías, agencias, institutos y fundaciones vinculadas al Ministerio de Salud (MS), gestores y trabajadores de la salud de los municipios, estados y del Distrito Federal, empresas privadas y sectores del mercado, investigadores y otros representantes de la sociedad civil. Dichas contribuciones se realizaron a través de talleres, reuniones, foros y consultas públicas.

Este esfuerzo colectivo formará parte de la agenda de la salud para los próximos diez años, en línea con la Agenda 2020-2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. El Plan también está en consonancia con las recomendaciones mundiales y nacionales para la prevención de las ENT y la promoción de la salud.

Se espera que la agenda colectiva fijada por el Plan de Dant pueda optimizar la ejecución de las acciones propuestas en él, y por último, añadir a la gestión de la vigilancia en salud recursos innovadores y dispositivos institucionales que favorezcan la participación social, la gobernanza, la gestión compartida y las redes de cooperación y organización de las acciones y servicios de salud.

MINISTERIO DE SALUD

INTRODUCCIÓN

En 2011, el Ministerio de Salud lanzó el Plan de Acciones Estratégicas para el Enfrentamiento de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) en Brasil, 2011-2022, con el objetivo de promover el desarrollo y la aplicación de políticas públicas eficaces, integradas, sostenibles y basadas en la evidencia para la prevención y el control de las ENT y sus factores de riesgo, así como el fortalecimiento de los servicios de salud para las enfermedades no transmisibles. La elaboración de este Plan fue coordinada por el Ministerio de Salud y contó con la colaboración de otros ministerios del gobierno brasileño, de instituciones educativas y de investigación, de miembros de organizaciones no gubernamentales, entidades médicas, asociaciones de personas con enfermedades no transmisibles, entre otros.

El Plan abordó los cuatro grupos principales de enfermedades no transmisibles (cardiovasculares, cánceres, respiratorias crónicas y diabetes) y sus factores de riesgo (tabaquismo, abuso de alcohol, inactividad física, dieta poco saludable y obesidad). También definió directrices y acciones en tres ejes: a) vigilancia, información, evaluación y seguimiento; b) promoción de la salud; c) atención integral.

Al mismo tiempo, tras la Cumbre del Milenio de 2000, las Naciones Unidas lanzaron la Declaración del Milenio, que contenía ocho objetivos internacionales de desarrollo para 2015, llamados Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). En 2015, Brasil asumió la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que sucedieron y actualizaron los ODM. Los ODS tienen 169 metas que deben alcanzarse hasta 2030.

Dada la proximidad del término del período de vigencia del Plan de Acciones Estratégicas para el Enfrentamiento de las Enfermedades No Transmisibles en Brasil – 2011-2022, y en respuesta al nuevo pacto mundial para alcanzar los ODS, el Ministerio de Salud consideró necesario elaborar un nuevo documento que reafirme y amplía las propuestas para enfrentar las ENT y promover la salud en Brasil.

Se sabe que el perfil de las causas de muerte en Brasil ha cambiado significativamente en las últimas décadas. Las transiciones epidemiológicas y demográficas se producen a un ritmo acelerado. El envejecimiento de la población y la reducción

de las causas de muerte por enfermedades infecciosas, parasitarias y materno-infantiles, además del crecimiento acelerado de las muertes por enfermedades no transmisibles y causas externas han ido perfilando un nuevo escenario para el ejercicio de las políticas públicas (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Con la transición demográfica, se observa un aumento progresivo de la esperanza de vida, aumentando la proporción de personas mayores en relación con otros grupos de edad. Este fenómeno provoca cambios en el perfil de morbimortalidad en Brasil. Este cambio ocurre con gran diversidad regional debido a las diferencias socioeconómicas, culturales, raciales, el acceso a los servicios de salud, la urbanización, entre otros (LEITE-CAVALCANTI *et al.*, 2009).

Las transformaciones en la estructura de las causas de muerte han afectado al patrón de edad de la mortalidad en la población brasileña. Esto ocurre especialmente en las zonas donde las muertes por causas externas son más frecuentes, ya que estas causas afectan más a los hombres jóvenes-adultos (de 15 a 39 años), reduciendo su esperanza de vida. El aumento de la importancia de las causas externas se ha producido paralelamente al descenso de la mortalidad infantil y juvenil (SIMÕES, 2002).

El gran impacto de las causas externas en el patrón de morbimortalidad de la población brasileña puso de manifiesto la necesidad de que el nuevo Plan abarque las lesiones, pasando de un plan específico para las ENT a un documento más amplio, que incluya las Dant. Así, alineado con las principales políticas y programas sobre los temas y con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el Ministerio de Salud presenta el Plan de Acción Estratégico para el Enfrentamiento de las Enfermedades No Transmisibles y Lesiones en Brasil, con metas y acciones propuestas para el período 2021 a 2030. El nuevo Plan de Dant tiene como objetivo fortalecer la agenda para enfrentar las ENT, la violencia y los accidentes a nivel federal, estatal, municipal y del Distrito Federal, así como orientar la promoción de la salud en las acciones sanitarias.

El punto de partida para la elaboración de este nuevo Plan fue la realización de un balance del Plan de Dant 2011-2022 para identificar los avances y retos en relación a las metas propuestas en 2011 y la dirección de su implementación en el país.

Por lo tanto, el nuevo Plan de Dant comienza con la visión analítica de las ENT en el país, después de casi una década de implementación de las acciones previstas para el período 2011-2022. El análisis refleja la importancia de que las acciones de

prevención de las ENT se mantengan en la cúspide de los debates, contextualizadas en la determinación social del proceso salud-enfermedad-atención y dirigidas a la (re)organización de la atención ante el envejecimiento de la población y las políticas económicas desfavorables a la regulación de los productos nocivos para la salud y restrictivas en relación a la universalización de los servicios de salud.

En la misma dirección, la contextualización del Plan de Dant presenta análisis sobre índices de mortalidad por accidentes y violencia, con recortes por sexo, edad y región, con el propósito de demarcar la línea de base que justifique la inclusión de acciones y metas relacionadas a las lesiones en una agenda nacional de vigilancia en salud. Las acciones estratégicas fueron analizadas y mejoradas a lo largo del proceso de elaboración para conferirles pertinencia con las políticas y programas relacionados con los temas y carácter innovador y actual en relación con las recomendaciones globales.

Al final, se presentan recomendaciones para el uso de este Plan con el fin de reforzarlo en la vigilancia de la salud y su relación con otros sectores y servicios de salud y políticas hermanas, como la educación, la protección social, el deporte y el entretenimiento, el medio ambiente y la seguridad pública y vial. El seguimiento y evaluación del Plan de Dant se realizará anualmente mediante el seguimiento de las metas, reuniones técnicas y la elaboración de informes durante el periodo de vigencia.

En 2030, último año de vigencia del Plan, la agenda de prevención de las ENT y promoción de la salud debe actualizarse y reforzarse con la construcción de nuevas metas y acciones que reflejen los avances y los problemas sociales, culturales, políticos, económicos y científicos de su tiempo. El Plan de Dant se presenta como una herramienta de apoyo a la planificación en salud, a la definición de prioridades de inversión y a la ejecución para alcanzar las metas propuestas. Nace como una agenda compartida y debe seguir siéndolo durante todo su periodo de vigencia.

BALANCE DEL PLAN DE ACCIONES ESTRATÉGICAS PARA ENFRENTAR LAS ENT EN BRASIL, 2011-2022

Las ENT constituyen el grupo de enfermedades de mayor magnitud en el país, afectando especialmente a las poblaciones más vulnerables, como las de bajos ingresos y educación.

El Plan de Lucha contra las ENT tiene como objetivo promover el desarrollo y la aplicación de políticas públicas eficaces, integradas, sostenibles y basadas en la evidencia para la prevención y el control de las ENT y sus factores de riesgo, además de apoyar los servicios de salud para las enfermedades no transmisibles. El Plan aborda los cuatro grupos principales de enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes) y sus factores de riesgo modificables (tabaquismo, abuso de alcohol, inactividad física, dieta inadecuada y obesidad) y define directrices y acciones en tres ejes:

- Vigilancia, información, evaluación y seguimiento.
- Promoción de la salud.
- Cuidado integral.

El Plan de Dant 2011-2022 es el gran hito de las acciones contra el cuadro epidemiológico de morbilidad y mortalidad en el país desde hace una década. Para su seguimiento, se fijaron 12 metas que se han seguido durante los diez años de su vigencia para orientar las acciones de salud y alcanzar los objetivos de prevención de enfermedades y reducción de muertes prematuras por ENT.

2.1 BALANCE DE LAS METAS DEL PLAN DE ACCIONES ESTRATÉGICAS PARA ENFRENTAR LAS ENT EN BRASIL, 2011-2022

Para el seguimiento del plan de enfrentamiento de las ENT (Plan de Dant), se establecieron metas nacionales compartidas por los estados, el Distrito Federal y los municipios. La cuantificación de las metas del Plan siguió las recomendaciones del Global Action Plan for prevention and control of noncommunicable diseases - 2013-2020 de la Organización Mundial de la Salud, además de la adopción de un nuevo rango de mortalidad prematura. El monitoreo del cumplimiento de estas metas permite seguir los resultados producidos frente a la morbilidad por ENT en el país, así como analizar la situación actual de salud de la población brasileña.

Entre las 12 metas propuestas en el Plan de Dant, cuatro de ellas no se incluirán en este balance debido a la dificultad de su seguimiento en el ámbito de la Coordinación General de Enfermedades No Transmisibles y Lesiones y la Secretaría de Vigilancia de la Salud. Son ellas:

- Reducir la prevalencia de la obesidad en los niños (ya que no hay datos nacionales periódicos).
- Reducir la prevalencia de la obesidad en los adolescentes (debido a la falta de comparabilidad de los datos disponibles).
- Reducir el consumo promedio de sal (ya que no hay datos nacionales periódicos).
- Tratar al 100% de las mujeres diagnosticadas con lesiones precursoras de cáncer (porque no se dispone de datos nacionales).
- Así, las metas cuyo seguimiento se presentará aquí son:
- Reducir la mortalidad prematura (30-69 años) por ENT en un 2% al año.
- Reducir la prevalencia del tabaquismo en un 30%.
- Reducir el consumo excesivo de alcohol en un 10%.
- Detener el crecimiento de la obesidad en los adultos.

- Aumentar el consumo recomendado de frutas y verduras en un 10%.
- Aumentar la prevalencia de la actividad física durante el tiempo libre en un 10%.
- Aumentar al 70% la cobertura de mamografías en mujeres de 50 a 69 años en los últimos dos años.
- Aumentar la cobertura de la prueba de Papanicolaou en mujeres de 25 a 64 años en los últimos tres años hasta el 85%.

La Tabla 1 muestra el balance de los objetivos del Plan de Combate a las ENT.

Tabla 1 – Balance de los objetivos del Plan de Acción Estratégico para la lucha contra las ENT 2011-2022

Indicadores	Tasa y Prevalencia (%)			Tasa/ Prevalencia Esperada 2022	2010-2019		2010-2015		2015-2019	
	2010	2015	2019		Variación Anual promedio ¹	<i>p</i>	Variación Anual promedio ¹	<i>p</i>	Variación Anual promedio ¹	<i>p</i>
Reducir 2% la mortalidad prematura por ENT ²	315,5	305,0	300,8	≤ 282,1	-1,64	0,002	-3,28	0,000	-2,12	0,028
Reducir 30% prevalencia de tabaquismo	14,1	10,4	9,8	≤ 9,9	-0,48	0,001	-0,76	0,001	-0,28	0,011
Reducir 10% consumo abusivo de bebida alcohólica	18,1	17,2	18,8	≤ 16,3	0,18	0,122	-0,19	0,143	0,13	0,626
Detener crecimiento de la obesidad en adultos	15,1	18,9	20,3	≤ 15,1	0,53	0,000	0,71	0,001	0,37	0,040
Aumentar en 10% el consumo de frutas y hortalizas	19,5	25,2	22,9	≥ 21,5	0,35	0,178	1,00	0,001	-0,59	0,002
Aumentar en 10% la práctica de actividad física	30,5	37,6	39,0	≥ 33,6	0,93	0,000	1,30	0,000	0,33	0,190
Aumentar mamografías a un 70%	73,4	78,1	76,9	≥ 70	0,39	0,133	0,97	0,027	-0,26	0,215
Aumentar papanicolaou a un 85%	82,2	81,0	81,5	≥ 85	-0,05	0,525	-0,19	0,299	0,07	0,790

Fuente: Muertes – Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM-MS), Población residente - Estimaciones preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Factores de riesgo: Vigitel (2010, 2015 y 2019).

¹Variación Anual Promedio en puntos porcentuales.

²Tasa bruta de mortalidad por ENT, utilizando la proyección de la población 2000-2030 del Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE).

A continuación, se discuten los objetivos y resultados desde la perspectiva de aclarar su situación hasta 2019 y la previsión para 2022. Las previsiones de esta sección se han realizado mediante el algoritmo de Suavizado Exponencial Triple (ETS). Para realizar la previsión del periodo 2020 y 2022 se han tenido en cuenta los datos del periodo 2010 a 2019.

Figura 1 – Meta de reducción de la mortalidad prematura por ENT en el Plan de Combate de las ENT 2011-2022

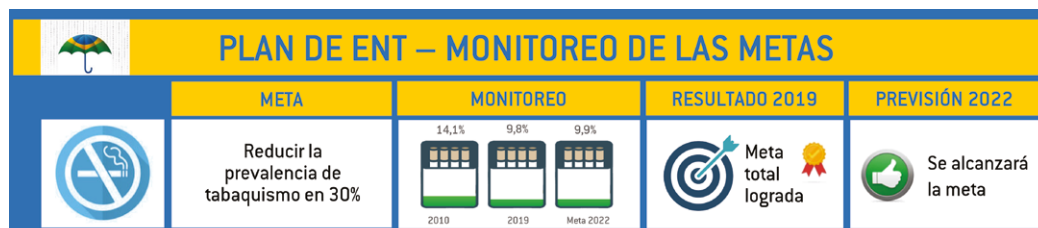


Fuente: Muertes – Sistema de Información de Mortalidad (SIM-MS), Población Residente - Estimaciones preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae.

La Tabla 1 y la Figura 1 muestran que la mortalidad prematura por ENT se redujo en los tres periodos analizados, presentando, de 2010 a 2019, una reducción promedio de 1,64 puntos porcentuales (p.p.) por año. Sin embargo, al analizar las rupturas del periodo, se observan diferentes velocidades de descenso, siendo la mayor caída la que se produce de 2010 a 2015 (3,28 p.p.) y disminuyendo la velocidad de reducción de 2015 a 2019 (2,12 p.p.).

Teniendo en cuenta las variaciones anuales de reducción, la perspectiva es que en 2022 no se alcance esta meta.

Figura 2 – Meta de reducción de la prevalencia del tabaquismo del Plan de Combate de las ENT 2011-2022



Fuente: Vigitel (2010 y 2019).

La prevalencia de tabaquismo disminuyó en los tres periodos analizados, presentando una reducción promedio de 0,48 puntos porcentuales por año desde 2010 hasta 2019. Sin embargo, al analizar las rupturas del periodo, se observan diferentes velocidades de descenso, siendo la mayor caída la que se produce de 2010 a 2015 (0,76 p.p.) y disminuyendo la velocidad de reducción de 2015 a 2019 (0,28 p.p.) (Tabla 1 y Figura 2).

La meta de reducir la prevalencia del tabaquismo en un 30% se alcanzó en 2019. Se espera que la prevalencia de fumadores continúe descendiendo, concluyendo el periodo del plan para abordar las ENT con éxito en la consecución del objetivo propuesto para este indicador.

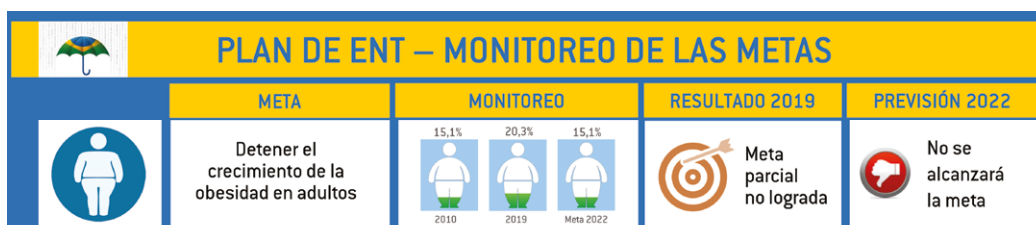
Figura 3 – Meta de reducción del consumo excesivo de alcohol en el Plan de Combate de las ENT 2011-2022



Fuente: Vigitel (2010 y 2019).

La prevalencia del consumo abusivo de alcohol mostró estabilidad a lo largo del periodo analizado (Tabla 1 y Figura 3). Para lograr la meta, sería necesario alcanzar una prevalencia inferior al 16,3% en 2022. Sin embargo, observando el comportamiento de este indicador entre 2010 y 2019, se espera que para 2022 no se alcance esta meta.

Figura 4 – Meta para detener el crecimiento de la obesidad en adultos en el Plan de Lucha contra las ENT 2011-2022

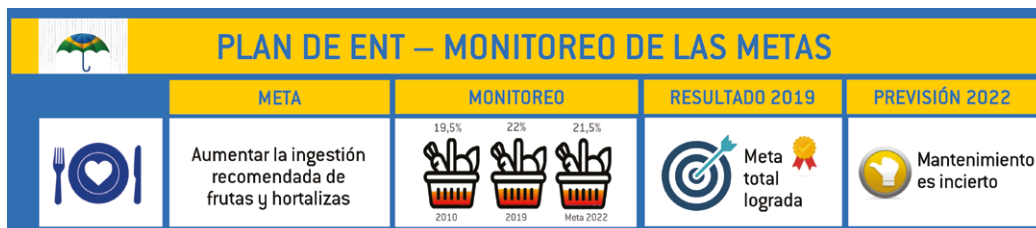


Fuente: Vigitel (2010 y 2019).

La prevalencia de la obesidad entre los adultos mostró un aumento en el periodo analizado (Tabla 1 y Figura 4). Sin embargo, se observa que en los últimos cinco años (2015 a 2019), la tasa de evolución ha disminuido, con un aumento promedio de 0,37 puntos porcentuales, reducido, con un aumento promedio de 0,37 puntos porcentuales, en comparación con los primeros años de implementación del plan para abordar las ENT (2010 a 2015), cuando se observó un crecimiento promedio de 0,71 puntos porcentuales (Tabla 1).

Aunque el aumento de la obesidad entre los adultos no ha sido tan marcado en los últimos años controlados, se prevé que la prevalencia siga creciendo, llegando al final del plan de lucha contra las ENT sin éxito en la consecución de esta meta.

Figura 5 – Objetivo de aumentar el consumo recomendado de frutas y hortalizas en el Plan de Lucha contra las ENT 2011-2022

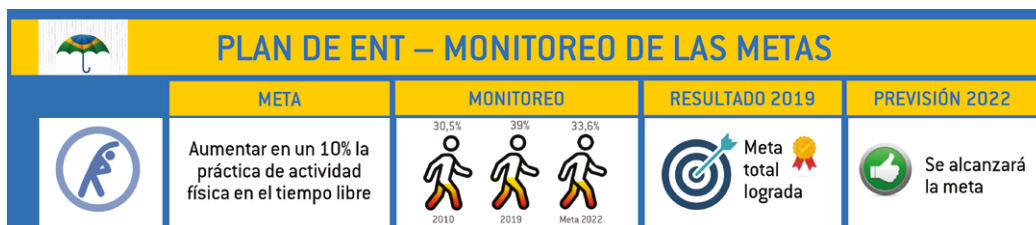


Fuente: Vigitel (2010 y 2019).

La prevalencia del consumo recomendado de frutas y hortalizas mostró estabilidad de 2010 a 2019 (Tabla 1 y Figura 5). Considerando solo el periodo de 2010 a 2015, se produjo un aumento promedio de 1,00 punto porcentual por año. Sin embargo, al analizar los últimos cinco años monitoreados, se observa que hubo una disminución en este período, con una reducción promedio de 0,59 puntos porcentuales por año (Tabla 1).

Así, aunque la meta relacionada con el consumo de frutas y verduras ya se haya alcanzado en 2011 (prevalencia del 22,0%), los resultados de este indicador han empeorado en los últimos años. Por tanto, la previsión de cumplimiento de la meta para 2022 es incierta.

Figura 6 – Meta de aumentar la actividad física durante el tiempo libre en el Plan de Lucha contra las ENT 2011-2022



Fuente: Vigitel (2010 y 2019).

La prevalencia de la práctica de actividad física en el tiempo libre mostró un incremento promedio anual de 0,93 puntos porcentuales desde 2010 hasta 2019 (Tabla 1 y Figura 6). Sin embargo, al analizar los periodos fraccionados, se observa que este crecimiento se produjo de 2010 a 2015 (1,30 p.p.), ya que de 2015 a 2019 se observó estabilidad en la prevalencia (Tabla 1).

Cabe destacar que el objetivo se alcanzó a partir de 2013 (prevalencia del 33,8%), alcanzando un valor superior al 33,6%, (lo que equivaldría al incremento del 10% respecto a la línea base de 2010). En los años siguientes, la prevalencia de la práctica de actividad física en el tiempo libre se mantuvo por encima de la meta.

Por lo tanto, se espera que la meta propuesta para este indicador se complete con éxito en 2022.

Figura 7 – Meta de aumentar la cobertura de mamografías en mujeres de 50 a 69 años en el Plan de Combate a las ENT 2011-2022

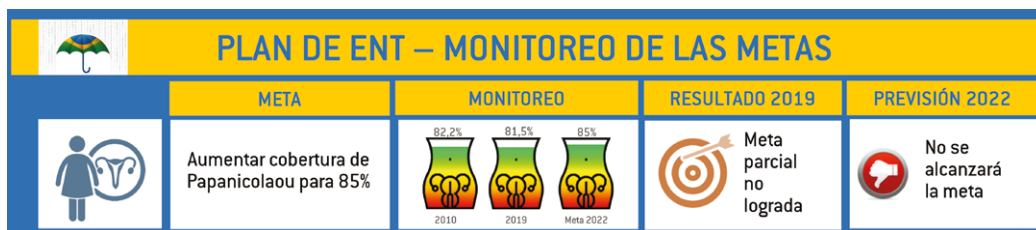


Fuente: Vigitel (2010 y 2019).

La cobertura de mamografía en mujeres de 50 a 69 años presentó estabilidad desde 2010 hasta 2019 (Tabla 1 y Figura 7). En el periodo de 2010 a 2015, se produjo un aumento promedio de 0,97 puntos porcentuales por año. Sin embargo, al analizar los últimos cinco años monitoreados, la prevalencia de la mamografía se mantuvo estable de 2015 a 2019 (Tabla 1). Se espera que la meta propuesta para este indicador en el plan de combate de las ENT se logre con éxito.

Cabe destacar que, según los datos de la Encuesta Nacional de Salud, que tiene representatividad nacional, la prevalencia de la mamografía era del 60% en 2013 y del 69,5% en 2019, acercándose al valor deseado. Sin embargo, debido a la periodicidad de esta encuesta, no es posible construir una serie histórica anual para evaluar la evolución del indicador en el periodo estudiado. El seguimiento de este indicador mediante los datos de Vigitel, que son representativos de las capitales brasileñas, mostró una prevalencia superior al 70% deseado desde la línea de base.

Figura 8 – Meta de aumentar la cobertura de la prueba de Papanicolaou en el Plan de Lucha contra las ENT 2011-2022



Fuente: Vigitel (2010 y 2019).

La cobertura de la prueba de Papanicolaou se mantuvo estable a lo largo del periodo analizado, oscilando entre el 82,2% en 2010 y el 81,5% en 2019 (Tabla 1 y Figura 8). Cabe destacar que, desde la puesta en marcha del Plan, no se ha conseguido en ningún momento la meta de aumentar la prueba de Papanicolaou (Tabla 1). La previsión es que este objetivo no se alcance hasta 2022.

En general, el Plan de Acciones Estratégicas para el Enfrentamiento de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) en Brasil, en el período de 2010 a 2019, ha progresado y ha logrado alcanzar la mitad de las metas parciales incluso antes del final de su vigencia, que ocurrirá en 2022. La atención se centra en las que no se prevé que se alcancen en 2022, con la necesidad de tomar medidas que incidan en la reversión del escenario de incumplimiento y asegurar los cambios necesarios para su éxito durante la vigencia del nuevo Plan de Dant.

La complejidad que implica los procesos de prevención, atención y tratamiento de las ENT hace imprescindible el seguimiento de las metas establecidas en el Plan de Dant para garantizar la continuidad de la agenda de combate de estas enfermedades en el país. En esta perspectiva, las acciones del Plan Dant se trasladaron a este plan.

Los siguientes temas presentan la situación epidemiológica de las enfermedades no transmisibles y lesiones con el objetivo de contextualizar el nuevo Plan de Dant y sus acciones frente a las demandas que surgen del cuadro más actual de morbilidad y mortalidad en el país.

3

PANORAMA DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN BRASIL

3.1 PANORAMA DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN BRASIL

Brasil se ha caracterizado, en las últimas décadas, por una transición demográfica acelerada, resultado de la fuerte reducción de la tasa de fecundidad y de las altas tasas de envejecimiento de la población. A su vez, la transición epidemiológica observada en el país está marcada, entre otros aspectos, por el desafío de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, además del fuerte crecimiento de las causas externas de morbimortalidad (DUARTE; BARRETO, 2012).

Cuadro 1 – Clasificación de las causas básicas de muerte según los capítulos de la CIE-10 y el número absoluto de muertes por grupo de edad en Brasil en 2019

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

Fuente: Sistema de Informaciones sobre la Mortalidad (SIM/SVS/MS).

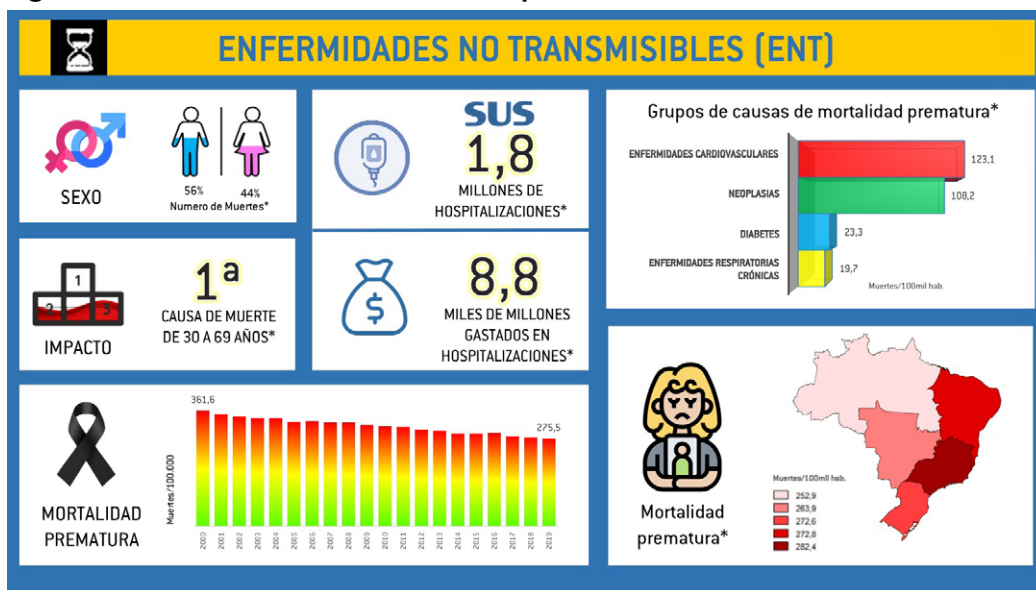
Nota: E.I.P.: enfermedades infecciosas y parasitarias; neoplasias; C. Exter.: causas externas; C. Perinat.: lesiones del período perinatal; Mal form.: anomalías cromosómicas y malformaciones congénitas; E. Ap. Resp.: enfermedades del aparato respiratorio; E. Sist. Nerv.: enfermedades del sistema nervioso; E. Ap. Circ.: enfermedades del aparato circulatorio; E. Ap. Dig.: enfermedades del aparato digestivo; E. Endócr.: enfermedades endócrinas; E. Ap. Uri.: enfermedades del aparato genitourinario; C. Mal Def.: causas mal definidas (síntomas, señales y hallazgos anormales en los exámenes clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte).

Las ENT constituyen el grupo de enfermedades de mayor magnitud en el mundo, afectando especialmente a las poblaciones más vulnerables, como las de medio o bajos ingresos y educación media o baja, debido a la mayor exposición a los factores de riesgo o al acceso restringido a la información y a los servicios de salud (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

En Brasil, en 2019, las enfermedades del sistema circulatorio (que forman parte del grupo de las ENT) ocuparon el primer lugar en número de muertes por capítulos de la CIE-10. En los grupos de edad superiores a 50 años, las principales causas de muerte en 2019 fueron las enfermedades del sistema circulatorio, los tumores malignos y las enfermedades del sistema respiratorio (Cuadro 1).

Las ENT son responsables de la mayor carga de morbimortalidad en el mundo, lo que conlleva una pérdida de calidad de vida, limitaciones, discapacidades y una alta tasa de mortalidad prematura (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). La Figura 9 presenta el perfil de la morbimortalidad por ENT en Brasil.

Figura 9 – Panorama de la morbimortalidad por enfermedades no transmisibles en Brasil



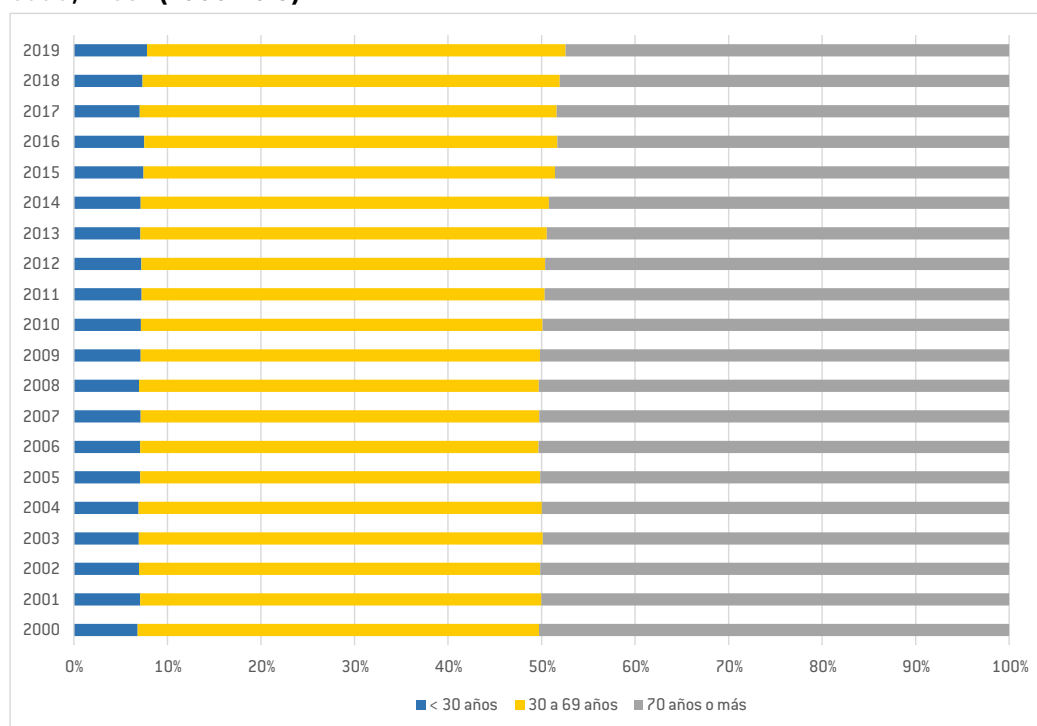
Fuente: Muertes - Sistema de Informaciones de Mortalidad (SIM/SVS/MS), Población residente - Estimaciones preliminares del Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Gasto y hospitalizaciones - Sistema de Información Hospitalaria del SUS (SIH-SUS).

*En 2019.

En 2019, se registraron 738.371 muertes por ENT en Brasil. De ellas, el 41,8% (n=308.511) se produjeron de forma prematura, es decir, entre los 30 y los 69 años, lo que supone una tasa de mortalidad estandarizada de 275,5 muertes prematuras por cada 100.000 habitantes. De 2000 a 2019, se observa una reducción de la contribución de las muertes prematuras en el número total de muertes por

ENT, de 47,4% en 2000 para 41,8% en 2019. Sin embargo, este porcentaje sigue siendo elevado (figura 10). Cabe destacar, por tanto, que los mismos factores que pueden incidir en la reducción de la mortalidad prematura por estas causas también benefician a los mayores de 70 años, ya que las principales causas de muerte y limitaciones en el grupo de 30 a 69 años son similares a las que afectan a los individuos de edades más avanzadas (NORHEIM *et al.*, 2015).

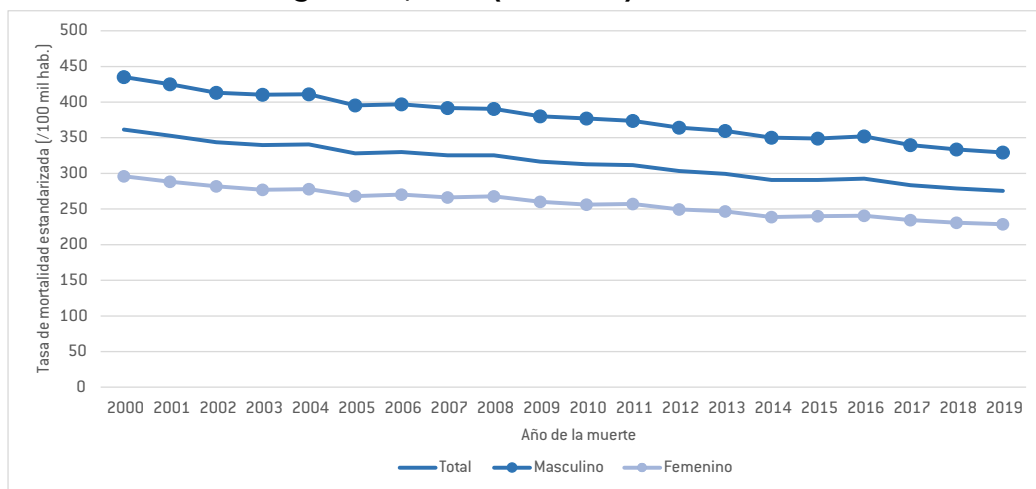
Figura 10 – Proporción de muertes por enfermedades no transmisibles, por grupo de edad, Brasil (2000-2019)



Fuente: Muertes - Sistema de Informaciones sobre la Mortalidad (SIM/CGDANT/SVS/MS). Se consideraron las muertes clasificadas con los códigos C00-C97, E10-E14, I00-I99, J30-J98 (excepto J36) (Enfermedades no transmisibles) de la CIE-10. No se han tenido en cuenta los fallecimientos cuyo rango de edad del individuo estaba marcado como "desconocido".

En la Figura 11 se presenta la evolución de la tasa de mortalidad prematura estandarizada por ENT general y según el sexo del individuo. Se observa una reducción de la mortalidad por esta causa en el periodo analizado. En 2019, en Brasil, el 56,1% de las muertes prematuras por esta causa (n=173.207) fueron de sexo masculino, resultando una tasa de mortalidad estandarizada de 329,3 muertes por cada 100.000 habitantes. En el caso de las mujeres, esta tasa fue de 228,7 muertes por cada 100.000 habitantes en el mismo año. Se puede observar que, en todos los años de la serie histórica analizada (2000 a 2019), la mortalidad prematura por ENT fue mayor para el sexo masculino. El mismo comportamiento se observa en todo el mundo, siendo la mortalidad por ENT mayor en los hombres en la mayoría de los países.

Figura 11 – Tasa estandarizada de mortalidad prematura (30 a 69 años) por enfermedades no transmisibles según sexo, Brasil (2000-2019)

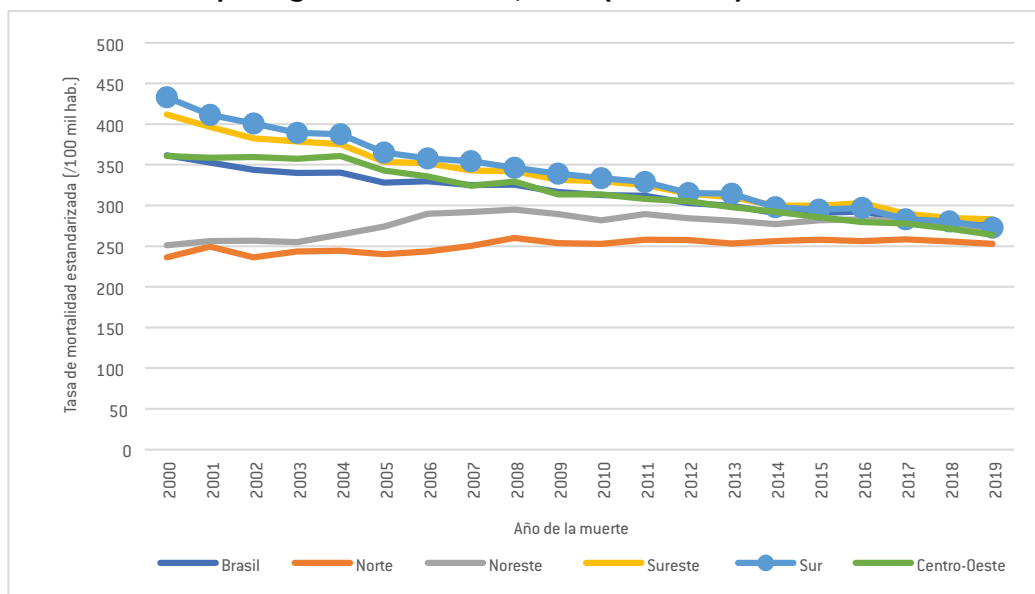


Fuente: Muertes - Sistema de Información de Mortalidad (SIM-MS), Población residente - Estimaciones preliminares del Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Se consideraron las muertes clasificadas con los códigos C00-C97, E10-E14, I00-I99, J30-J98 (excepto J36) de la CIE-10 (enfermedades no transmisibles).

Nota: Estandarización por edad mediante el método directo. Población estándar: Brasil 2010. No se tuvieron en cuenta las muertes cuyo grupo de edad o sexo de la víctima se marcó como "ignorado".

Debido al tamaño de Brasil y a sus diferencias regionales, es esencial evaluar la distribución de la mortalidad por ENT para identificar sus peculiaridades. La figura 12 muestra la evolución de la tasa estandarizada de mortalidad por ENT según la región de residencia. La diferencia regional en la magnitud de las tasas observadas fue amplia entre las regiones en la década de 2000, siendo mayor en las regiones sur y sureste del país. En 2019, aunque la tasa del sureste sigue siendo la más alta, todas las tasas de las regiones tendieron a acercarse a lo largo de los años analizados. Esto muestra que las ENT están extendidas por todo Brasil y son una importante causa de muerte en las cinco regiones geográficas, en el grupo de edad de 30 a 69 años.

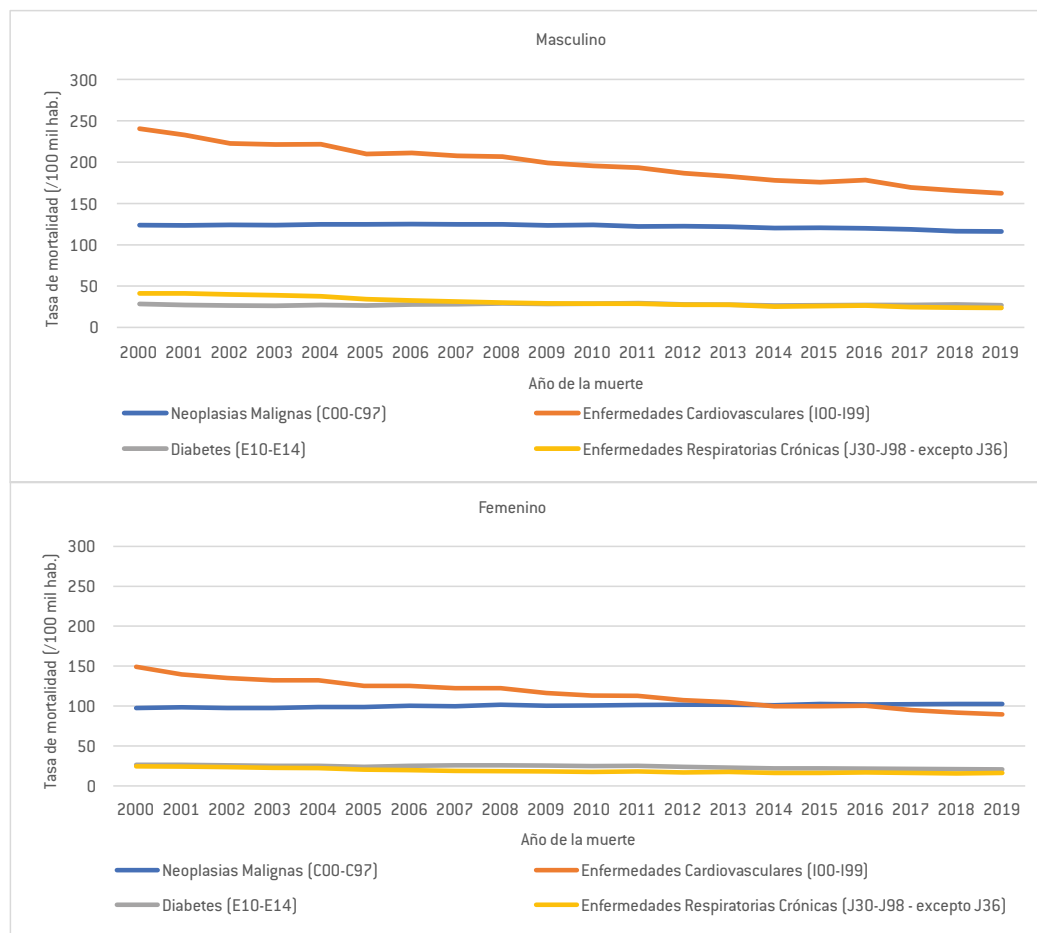
Figura 12 – Tasa estandarizada de mortalidad prematura (30 a 69 años) por enfermedades no transmisibles por región de residencia, Brasil (2000-2019)



Fuente: Defunciones - Sistema de Información de Mortalidad (SIM/CGDANT/SVS/MS), Población residente - Estimaciones preliminares del Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Se consideraron las muertes clasificadas con los códigos C00-C97, E10-E14, I00-I99, J30-J98 (excepto J36) (enfermedades no transmisibles) de la CIE-10. Nota: Estandarización por edad mediante el método directo. Población estándar: Brasil Censo 2010. No se tuvieron en cuenta las muertes cuyo tramo de edad o región de residencia de la víctima se marcó como "ignorado".

Al analizar el comportamiento de las cuatro principales ENT por sexo, se puede observar que, en la población masculina, las enfermedades cardiovasculares fueron las responsables de las mayores tasas de mortalidad a lo largo del período, aunque hubo una disminución en su magnitud. En la población femenina, las enfermedades cardiovasculares fueron las responsables de las mayores tasas de mortalidad hasta 2013. A partir de 2014, la mortalidad por tumores malignos se convirtió en la principal causa de muerte por ENT entre las mujeres (Figura 13).

Figura 13 – Tasa estandarizada de mortalidad prematura (30 a 69 años) por enfermedades no transmisibles por grupo de causas, Brasil (2000-2019)

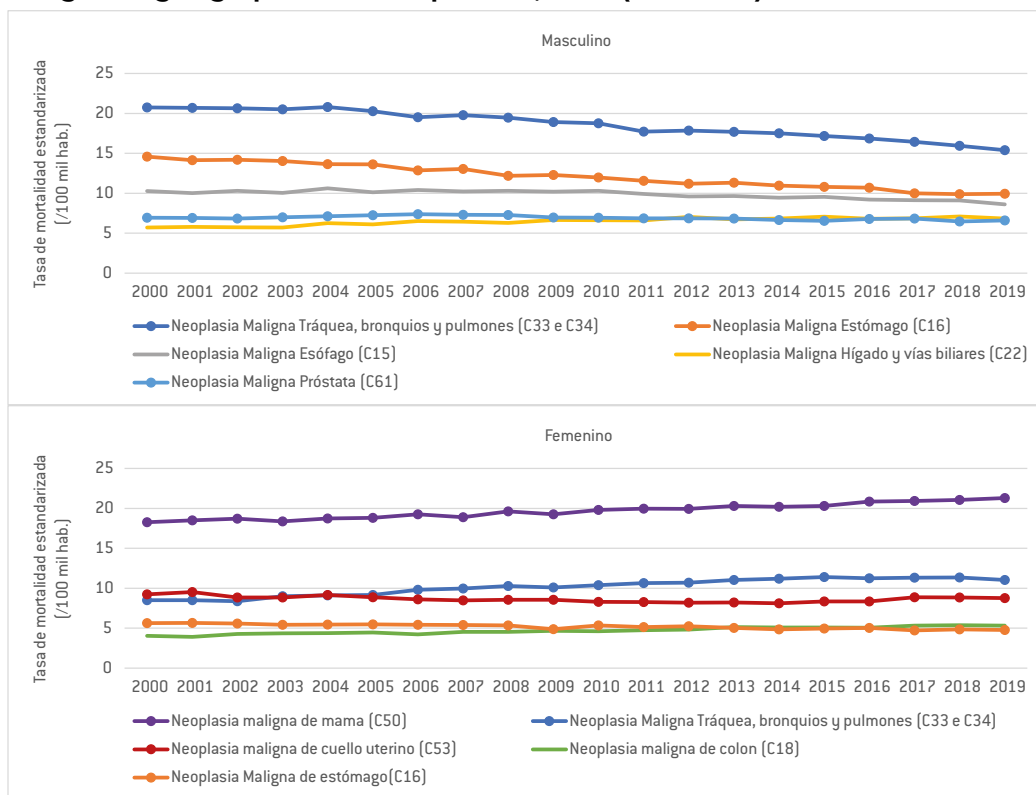


Fuente: Sistema de Información sobre la Mortalidad (SIM/CGDANT/SVS/MS), Población residente – Estimativas preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Se consideraron las muertes clasificadas con los códigos C00-C97, E10-E14, I00-I99, J30-J98 (excepto J36) (enfermedades no transmisibles) de la CIE-10. Nota: Estandarización de la edad mediante el método directo. Población estándar: Brasil Censo 2010. No se han tenido en cuenta las muertes cuyo tramo de edad o sexo de la víctima se ha marcado como "desconocido".

La mortalidad por tumores malignos ha ido aumentando en todo el mundo y ya representa la segunda causa de muerte en la mayoría de los países (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). En el 80% de los países, la tendencia de la mortalidad prematura por cáncer está obstaculizando el avance hacia la consecución de la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que es la reducción de 1/3 de la mortalidad prematura por ENT hasta 2030 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

En 2019, se registraron 120.994 muertes por tumores malignos en Brasil, cuyos individuos estaban en el grupo de edad de 30 a 69 años. En la figura 14 se presenta la evolución de las tasas estandarizadas de mortalidad prematura por los grupos de causas incluidas en los tumores malignos, en el periodo de 2000 a 2019, según sexo.

Figura 14 – Tasa estandarizada de mortalidad prematura (30 a 69 años) por tumores malignos según grupos de causas por sexo, Brasil (2000-2019)



Fuente: Sistema de Información sobre la Mortalidad (SIM/CGDANT/SVS/MS), Población residente – Estimaciones preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Se consideraron las muertes clasificadas en los códigos C00-C97 (Neoplasias) de la CIE-10.

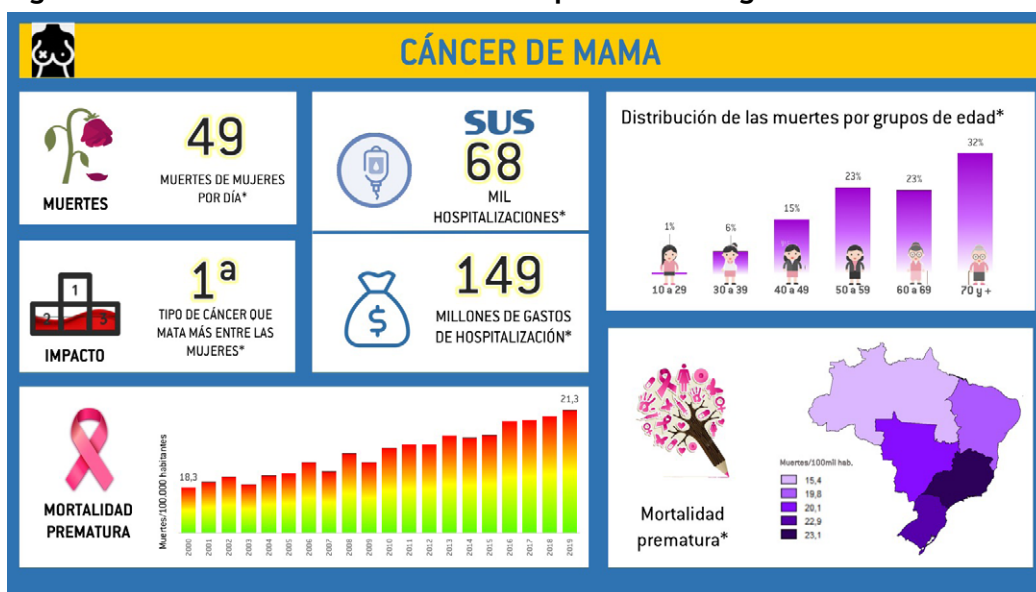
Nota: Estandarización de la edad mediante el método directo. Población estándar: Brasil Censo 2010. No se han tenido en cuenta las muertes cuyo tramo de edad o sexo de la víctima se ha marcado como “desconocido”.

En la población masculina, los tumores malignos de los bronquios y los pulmones fueron las responsables de las tasas de mortalidad más elevadas durante todo el periodo, disminuyendo su magnitud a partir de 2004.

Entre las mujeres, los tumores malignos bronquiales y pulmonares ocupaban el tercer lugar entre las causas de muerte por tumores malignos hasta 2005, pasando al segundo lugar a partir de entonces. A diferencia de los hombres, las mujeres han mostrado un aumento de la tasa de mortalidad por tumores malignos de los bronquios y los pulmones (Figura 14). Sin embargo, las estimaciones del Instituto Nacional del Cáncer (Inca) indican que la mortalidad por esta causa entre las mujeres se estabilizará a partir de 2030, como consecuencia directa de la disminución de la prevalencia del tabaquismo en la población femenina. Este cambio tardío en relación con la población masculina puede deberse a que, históricamente, la mayor prevalencia del tabaquismo entre las mujeres se ha observado en un momento posterior al de la mayor prevalencia entre los hombres (SOUZA *et al.*, 2020).

El Tumor maligno de mama fue la responsable de la mayor tasa de mortalidad por tumor maligno en las mujeres en todo el periodo analizado, con un aumento de su magnitud a lo largo de los años (Figura 14). La figura 15 presenta el panorama de la morbilidad por tumor maligno de mama en Brasil.

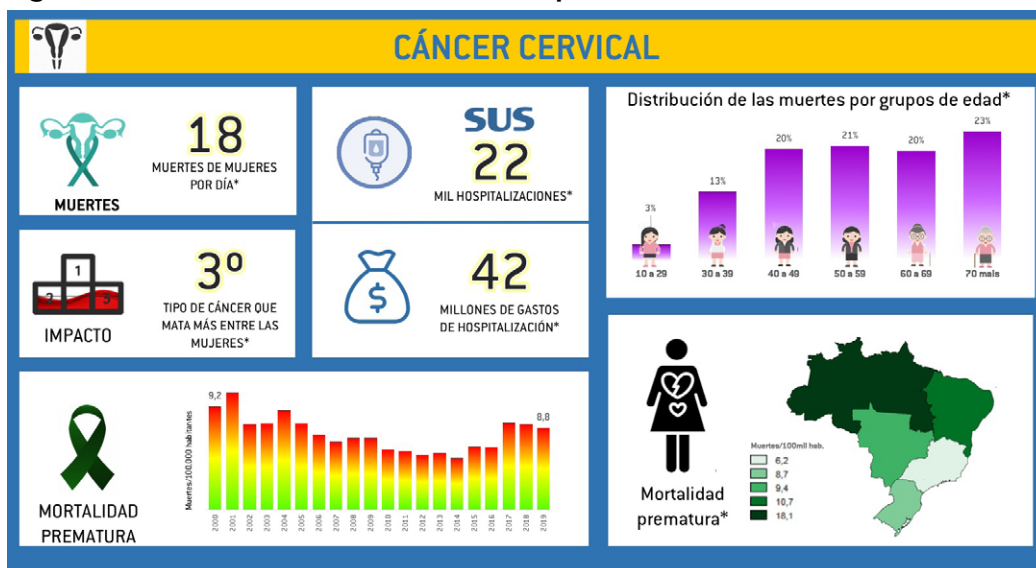
Figura 15 – Panorama de la morbilidad por tumor maligno de mama en Brasil



Fuente: Muertes - Sistema de Informaciones sobre la Mortalidad (SIM/SVS/MS), Población residente - Estimativas pre- liminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Gastos y hospitalizaciones - Sistema de información hospitalaria SUS (SIH-SUS).
*En 2019.

En cuanto a el tumor maligno de cuello uterino, se observa poca variación en la mortalidad por esta causa en el periodo de 2000 a 2019, manteniéndose como la tercera causa de muerte por tumores malignos entre las mujeres desde 2005 (Figura 14). La figura 16 presenta el panorama de la morbilidad por tumor maligno de cuello uterino en Brasil.

Figura 16 – Panorama de la morbilidad por cáncer de cuello uterino en Brasil



Fuente: Muertes - Sistema de Informaciones sobre la Mortalidad (SIM/SVS/MS), Población residente - Estimativas preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Gastos y hospitalizaciones - Sistema de información hospitalaria SUS (SIH-SUS).
*En 2019.

También en la figura 14, entre los cinco principales tumores malignos que llevan a hombres y mujeres a la muerte prematura se encuentran las relacionadas con el tubo digestivo, localizadas en el páncreas, el estómago, el esófago, el colon, el hígado y las vías biliares. A nivel mundial, se observa una transición de los principales tipos de cáncer, con un descenso de los asociados a infecciones y un aumento de los relacionados con actitudes asociadas a la urbanización, como el sedentarismo y la mala alimentación (BRAY *et al.*, 2018). La figura 17 presenta el panorama de morbilidad por tumor maligno del aparato digestivo en Brasil.

Figura 17 – Panorama de la morbilidad por tumores malignos del aparato digestivo



Fuente: Muertes - Sistema de Informaciones sobre la Mortalidad (SIM/SVS/MS), Población residente - Estimativas pre- liminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Gastos y hospitalizaciones - Sistema de información hospitalaria SUS (SIH-SUS). *En 2019.

Un ejemplo del impacto de los hábitos de vida en las neoplasias del aparato digestivo son los factores de riesgo relacionados con las tumores malignos de colon y recto y de estómago, entre los que se encuentran la obesidad, la inactividad física, el tabaquismo, el alto consumo de carne procesada, la dieta baja en frutas y hortalizas y el consumo excesivo de alcohol; los factores de riesgo que se presentarán a continuación (INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA; BRASIL, 2019).

3.2 PANORAMA DE LA PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN BRASIL

En el contexto de las ENT, es urgente conocer el comportamiento de la población, que puede reflejarse en impactos en la salud en todas las etapas de la vida, ya que las condiciones en las que las personas viven y trabajan influyen en la calidad de vida y en la salud (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). La mayoría de las muertes prematuras están relacionadas con factores de riesgo modificables, como la obesidad, los hábitos alimentarios inadecuados, la inactividad física, el tabaquismo, el consumo de alcohol, la contaminación ambiental y la salud mental. Las políticas de salud que crean entornos propicios para las opciones saludables y accesibles son esenciales para motivar a las personas a adoptar y mantener comportamientos saludables (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2017).

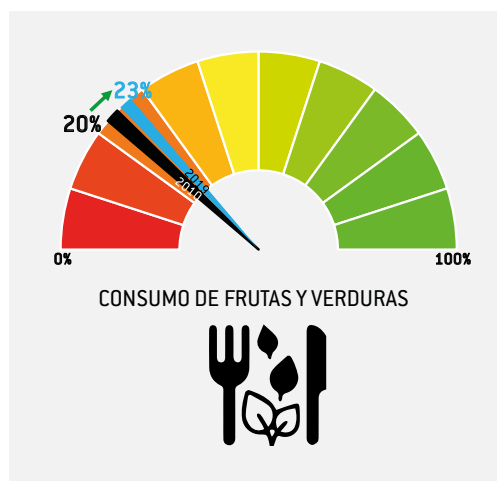
Una alimentación adecuada y saludable es un derecho humano básico y está relacionada con la mejora de la salud, la reducción del riesgo de enfermedades no transmisibles y la longevidad. El efecto beneficioso en la prevención de enfermedades proviene de los propios alimentos y de las combinaciones de nutrientes y otros compuestos químicos que forman parte de la matriz alimentaria, más que de los nutrientes individuales. La Figura 18 presenta el seguimiento de la prevalencia del consumo recomendado de frutas y verduras en las capitales brasileñas y el Distrito Federal, en los años 2010 y 2019.

¿Sabías que?

Las frutas y las hortalizas son alimentos esenciales para una dieta saludable, ya que contienen varios elementos fundamentales, favoreciendo el mantenimiento de la salud y del peso corporal.

Por otro lado, el consumo de alimentos ultraprocesados determina, entre otras consecuencias, un desequilibrio en el aporte de nutrientes y una ingesta excesiva de calorías (BRASIL, 2014). Además, según la OMS, el consumo de azúcares libres debe reducirse a menos del 10% de la ingesta calórica total (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2015).

Figura 18 – Seguimiento del consumo recomendado de frutas y hortalizas de 2010 y 2019, capitales brasileñas y Distrito Federal



Fuente: Vigitel (2010 y 2019).

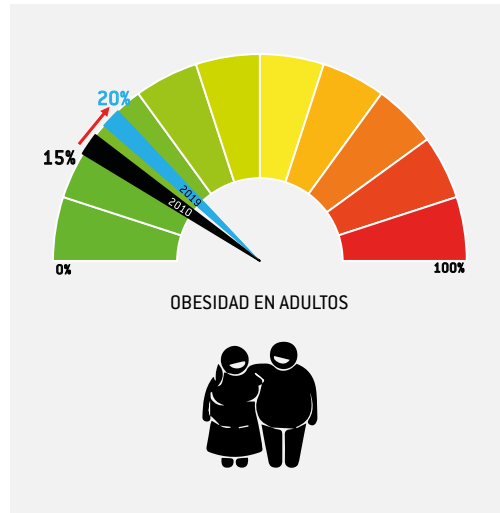
Según los datos de Vigitel 2019, en la población adulta (≥ 18 años), la frecuencia de consumo recomendada de frutas y verduras es del 22,9%, la frecuencia de consumo de cinco o más grupos de alimentos ultraprocesados es del 18,2% y el consumo habitual de bebidas azucaradas es del 15,0%.

Según la OMS, la prevalencia de niños con sobrepeso aumentó del 4,8% al 5,9% entre 1990 y 2018, un aumento de más de 9 millones de niños. Además, de 2006 a 2019 hubo un aumento del 72% en la prevalencia de la obesidad en adultos en las capitales brasileñas, pasando del 11,8% al 20,3%, con un aumento tanto en hombres como en mujeres. La Figura 19 presenta el seguimiento de la prevalencia de la obesidad en adultos en las capitales brasileñas y el Distrito Federal, en los años 2010 y 2019.

¿Sabías que?

El sobrepeso y la obesidad en adultos también están aumentando en casi todos las regiones y países, con 1.900 millones de personas con sobrepeso en 2016, das quais 650 milhões (13% da população mundial) são obesos.

Figura 19 – Seguimiento de la obesidad de 2010 y 2019, capitales brasileñas y Distrito Federal



Fuente: Vigitel (2010 y 2019).

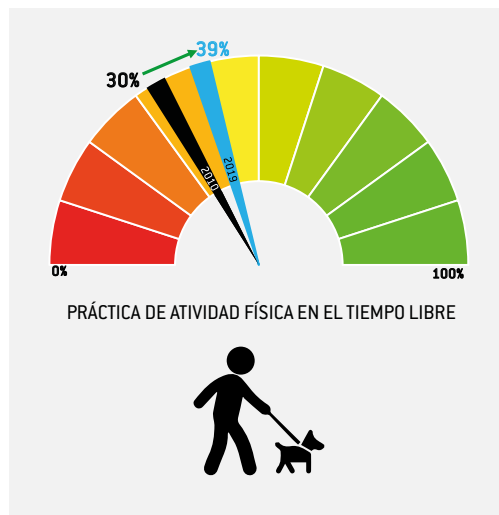
Los beneficios de la actividad física en la reducción de la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer, la obesidad y otras, y en última instancia en la reducción de la mortalidad por enfermedades no transmisibles, están bien establecidos y reconocidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Según un estudio que describió los niveles de actividad física insuficiente en la población de varios países, en 2016, la prevalencia global estandarizada por edad de este indicador fue del 27,5%. Este valor se mantuvo estable entre 2001 y 2016 (GUTHOLD *et al.*, 2018). La Figura 20 presenta el seguimiento de la prevalencia de la práctica de actividad física en el tiempo libre en las capitales brasileñas y el Distrito Federal, en los años 2010 y 2019.

¿Sabías que?

Un estudio con datos de Vigitel 2019 demostró que la práctica de actividad física en el tiempo libre está asociada a factores sociodemográficos y a los hábitos saludables. La práctica de la actividad física es más frecuente entre las personas más jóvenes, de sexo masculino, con estudios superiores, de raza blanca, con seguro médico, no fumadoras y que consumen frutas y hortalizas (BRASIL, 2020a).

Figura 20 – Monitoreo de la práctica de actividad física de 2010 y 2019, capitales brasileñas y Distrito Federal



Fuente: Vigitel (2010 y 2019).

En Brasil, en 2019, el porcentaje de adultos que practicaban actividades físicas en su tiempo libre equivalentes a al menos 150 minutos de actividad de intensidad moderada a la semana era del 39%, siendo mayor entre los hombres, con tendencia a disminuir con la edad y aumentando fuertemente según el nivel de educación.

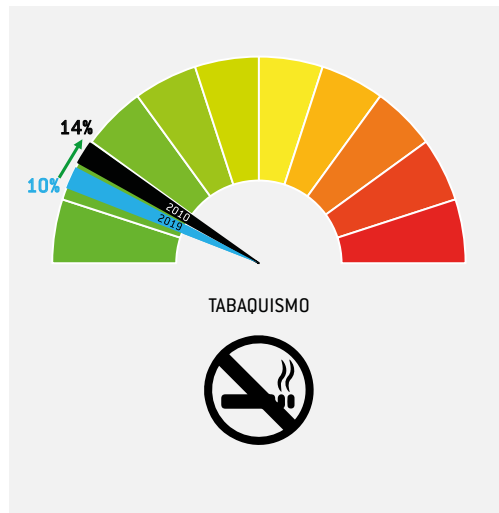
Otro importante factor de riesgo de las enfermedades no transmisibles (ENT) es el tabaquismo, que está relacionado con el desarrollo de varios tipos de tumores malignos, enfermedades respiratorias y cardiovasculares, entre otras. El tabaquismo es una de las principales amenazas para la salud pública, ya que es responsable de más de 8 millones de muertes al año en todo el mundo, de las cuales cerca de 1,2 millones se deben al humo de segunda mano.

Según datos de Vigitel 2019, la prevalencia del tabaquismo en la población de las capitales brasileñas y del Distrito Federal fue del 9,8%, siendo mayor en los hombres, en la población con menor educación y en el grupo de edad entre 45 y 54 años (BRASIL, 2020a). La Figura 21 presenta el seguimiento de la prevalencia del tabaquismo en las capitales brasileñas y el Distrito Federal en los años 2010 y 2019. Según un estudio que evaluó la tendencia de la prevalencia de fumadores en Brasil en el periodo de 2006 a 2014, se produjo una reducción relativa de 0,645 puntos porcentuales cada año, pasando del 15,6% en 2006 al 10,8% en 2014 (MALTA *et al.*, 2020).

¿Sabías que?

Aunque la prevalencia está disminuyendo a lo largo de los años, el tabaquismo sigue siendo responsable de un gran número de muertes evitables. Se estima que fue responsable de 156.216 muertes en 2015 (428 muertes al día), lo que representa el 12,6% de todas las muertes ocurridas en Brasil. Además, hay que destacar la relevancia de los años de vida perdidos, la calidad de vida asociada al tabaquismo y el elevado costo de la atención médica atribuible al tabaquismo.

Figura 21 – Seguimiento del tabaquismo de 2010 y 2019, capitales brasileñas y Distrito Federal



Fuente: Vigitel (2010 y 2019).

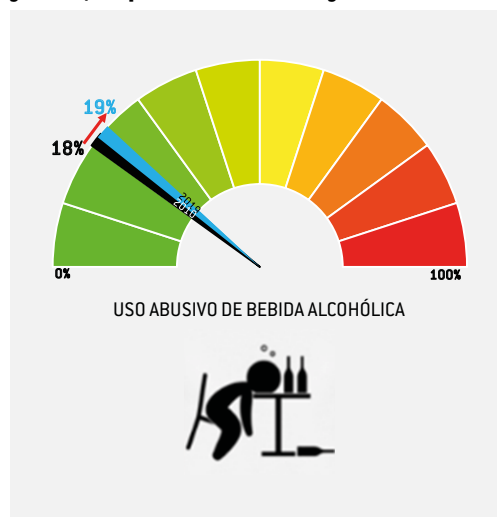
El consumo de alcohol es también uno de los principales factores de riesgo para la salud de la población mundial, y el avance en el conocimiento sobre el impacto de su uso abusivo en la salud de los individuos y las poblaciones ha puesto de manifiesto la asociación de esta sustancia con la mortalidad y la aparición de una amplia variedad de enfermedades no transmisibles, como los tumores malignos, las enfermedades cardiovasculares, las hepáticas, entre otras (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Según las estimaciones del Global Burden of Disease (GBD), en 2017, aproximadamente el 6,2% de todas las muertes en Brasil estaban relacionadas con el consumo de alcohol. Además, al observar los años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVAD), el consumo de alcohol fue el tercer factor de riesgo conductual de la carga de enfermedad en Brasil y el cuarto en el mundo. La Figura 22 presenta el seguimiento de la prevalencia del consumo abusivo de bebidas alcohólicas en las capitales brasileñas y en el Distrito Federal, en los años 2010 y 2019.

¿Sabías que?

Además de la relación entre las bebidas alcohólicas y las ENT, evidencias indican su importante contribución a la aparición de lesiones intencionadas y no intencionadas, como accidentes de tráfico, caídas, ahogamientos, intoxicaciones, violencia interpersonal y autoinfligida.

Figura 22 – Monitoreo del uso de bebidas alcohólicas 2010 y 2019, Capitales de Brasil y Distrito Federal



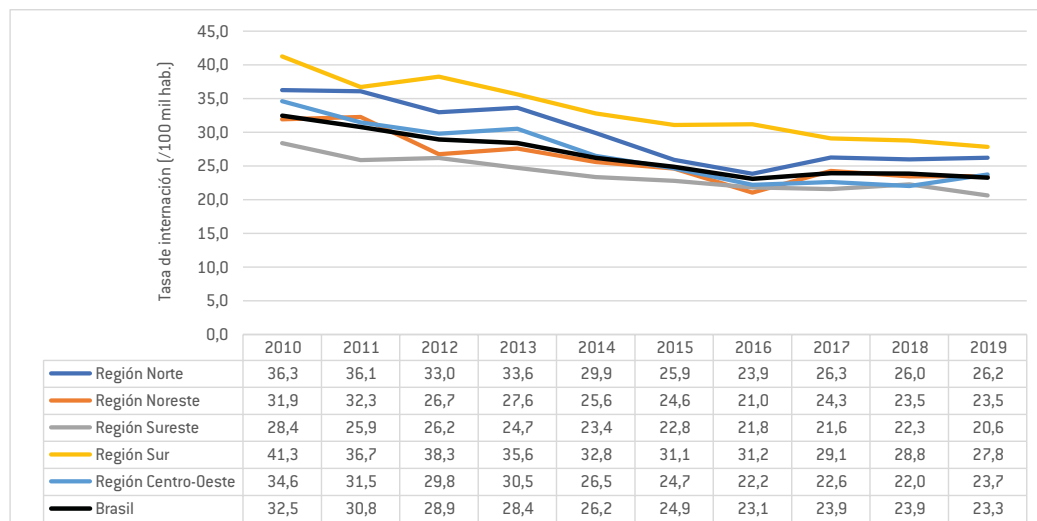
Fuente: Vigitel (2010 y 2019).

Entre los factores causales asociados a las ENT, la contaminación del aire ambiente (outdoor) se considera un importante determinante de la salud y el principal factor de riesgo ambiental para la salud humana. Se calcula que cada año se producen en el mundo 4,2 millones de muertes prematuras atribuidas a la contaminación atmosférica. Responsable del desarrollo, exacerbación y muerte por enfermedades no transmisibles y agudas, se estima que la contaminación atmosférica fue responsable, en el año 2016, de aproximadamente el 58% de las muertes prematuras por enfermedades cerebrovasculares y cardiopatía isquémica; el 18% por enfermedad pulmonar obstructiva crónica e infección respiratoria aguda baja; y el 6% por cáncer de pulmón, tráquea y bronquios (BRASIL, 2018).

En general, el número de muertes por ENT debidas a la contaminación atmosférica (MP2,5 y O3) aumentó en Brasil y en las unidades federadas entre los años 2006 y 2016. Mientras que en 2006 se estimó un total de 22.395 muertes atribuidas a estos contaminantes para hombres en Brasil, en 2016 esta cifra ascendió a 25.435.

El impacto de la contaminación atmosférica en los niños es importante. Aunque no es la única causa de enfermedades respiratorias, contribuye a las hospitalizaciones por esta causa en todo el país (Figura 23).

Figura 23 – Tasa de hospitalización de niños menores de 5 años por enfermedades respiratorias, Brasil y regiones, 2010 a 2019



Fuente: Internaciones - Sistema de Información Hospitalaria (SIH/SUS); Población residente - Estimaciones preliminares del Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Se consideraron las hospitalizaciones clasificadas en los códigos J00-J99 de la CIE-10.

La vacuna contra el virus del papiloma humano 6, 11, 16 y 18 (recombinante) - cuadrivalente del VPH - fue insertada en el Calendario Nacional de Vacunación para reforzar las acciones de prevención del cáncer de cuello uterino. En 2019, esta afección representó el tercer tumor maligno más frecuente en la población femenina y la tercera causa de muerte de mujeres por tumores malignos en Brasil. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda un enfoque integral para la prevención y el control de los tumores malignos de cuello uterino, presentando la vacunación como uno de los avances tecnológicos para hacer frente a esta enfermedad en la población mundial.

La Estrategia de Salud Global de Infecciones de Transmisión Sexual 2016-2021 destacó como uno de sus objetivos clave el logro de una cobertura nacional del 90% y de al menos el 80% en cada distrito (o unidad administrativa equivalente) en los países que han incluido la vacunación contra el VPH en su Programa Nacional de Inmunización, con el fin de eliminar el cáncer de cuello uterino.

La complejidad inherente al proceso de atención y prevención de las ENT es extensiva, con sus respectivas particularidades, a los accidentes y lesiones, que se presentarán en el siguiente tema.

4

PANORAMA DE LA MORTALIDAD POR ACCIDENTES Y VIOLENCIA EN BRASIL

En los últimos años, los avances en el área de la salud han causado impactos positivos, como el aumento de la esperanza de vida de la población brasileña. Se trata de un fenómeno mundial debido principalmente a los avances de la medicina y a la mejora de la calidad de vida. Sin embargo, especialmente desde 1980, las causas externas (accidentes y violencia) de morbimortalidad se han convertido en un grave problema de salud pública, sobre todo en los países en desarrollo (LEMOS; JORGE; RIBEIRO, 2013).

Debido a la gravedad de las lesiones causadas por los accidentes y la violencia, la mayoría de las víctimas requieren atención ambulatoria, hospitalización o rehabilitación relacionada con las secuelas físicas y/o psicológicas. Además del impacto en el perfil de mortalidad, las causas externas representan un importante reto para el patrón de morbilidad de la población.

Además de los sistemas de salud, las causas externas de morbimortalidad generan una gran presión sobre el sistema judicial, la seguridad social y los servicios sociales. Además, la mayoría de las muertes por estas causas se producen entre los jóvenes. Esto supone un gran perjuicio para la sociedad, que se ve privada del potencial económico e intelectual de las víctimas en edad productiva. Así pues, la morbimortalidad por causas externas repercute cada vez más en la economía de los países, lo que supone un reto para las autoridades sanitarias.

En Brasil, las causas externas constituyen un elemento importante en el perfil de morbimortalidad de la población, especialmente cuando se observa la ocurrencia de lesiones relacionadas al tránsito, agresiones y caídas. Entre las causas externas de mortalidad, en 2019, los grupos con mayores magnitudes fueron las agresiones, los accidentes de transporte y otras causas externas accidentales (Cuadro 2).

Cuadro 2 – Ranking de los principales grupos de causas de muerte entre las causas externas, según el grupo de edad. Brasil, 2019

Posición	0 a 9 años	10 a 19 años	20 a 39 años	40 a 59 años	60 a 79 años	≥80 años	Total
1	Otras C. Ext. Accidentales 1.751	Agresiones 6.561	Agresiones 26.402	Accidentes de Transporte 10.034	Otras C. Ext. Accidentales 7.779	Otras C. Ext. Accidentales 9.508	Agresiones 44.033
2	Accidentes de Transporte 568	Accidentes de Transporte 2.588	Accidentes de Transporte 13.620	Agresiones 8.242	Accidentes de Transporte 4.987	Eventos intención indeterminada 2.356	Accidentes de Transporte 32.879
3	Eventos intención indeterminada 290	Otras C. Ext. Accidentales 1.425	Lesiones autoinfligidas 5.601	Otras C. Ext. Accidentales 6.267	Eventos intención indeterminada 3.126	Accidentes de Transporte 848	Otras C. Ext. Accidentales 31.865

Fuente: Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM/SVS/MS). Se consideraron muertes de causa externa aquellas cuya causa básica figuraba en el capítulo XX de la CIE-10. No se tuvieron en cuenta las muertes cuyo grupo de edad o sexo de la víctima se marcó como "desconocido".

En Brasil, en 2019, se registraron 142.800 muertes por causas externas. Las agresiones fueron responsables de 44.033 muertes (30,8%). Las lesiones mortales por accidentes de transporte determinaron 32.879 muertes (23,0%), de las cuales 31.945 fueron causadas por lesiones de tránsito. Las lesiones autoinfligidas fueron responsables de 13.520 muertes (9,5%) y otras causas externas de lesiones accidentales, incluyendo caídas y ahogamientos, de 31.865 muertes (22,3%).

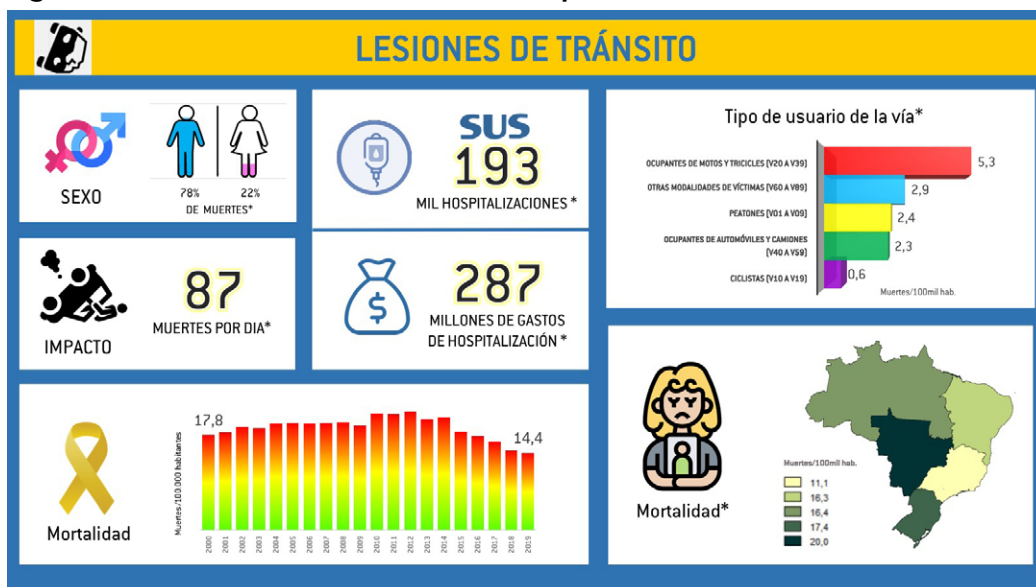
Cada una de estas causas merece ser destacada en un análisis más detallado, que se presentará a continuación.

4.1 LESIONES DE TRÁNSITO

El informe sobre los traumatismos por accidentes de tránsito presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS,) en 2019, señalaba los progresos realizados en relación con ellos. La tasa de mortalidad por esta causa se ha estabilizado en los últimos años, pero no ha sido suficiente para compensar la rápida y creciente motorización en muchas partes del mundo. Además, las lesiones por accidentes de tráfico son la principal causa de muerte de niños y jóvenes de entre 5 y 29 años, lo que indica la importancia de este grave y complejo problema de salud pública.

En Brasil, los traumatismos causados por el tránsito representan la segunda causa de muerte entre las causas externas, con la mayor ocurrencia entre los jóvenes y los adultos de 15 a 39 años. La figura 24 presenta el panorama de la morbilidad por accidentes de tránsito en Brasil.

Figura 24 – Panorama de la morbilidad por lesiones de tránsito en Brasil



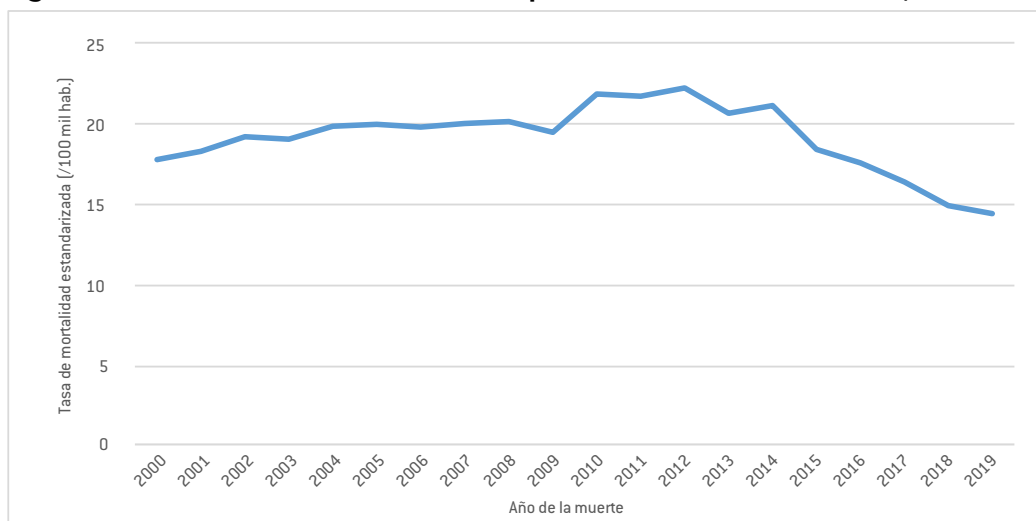
Fuente: Muertes - Sistema de Informaciones sobre la Mortalidad (SIM/SVS/MS), Población residente – Estimativas preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Gastos y hospitalizaciones - Sistema de información hospitalaria SUS (SIH-SUS).
*En 2019.

Existen varios factores asociados a la ocurrencia de lesiones y muertes en el tránsito, tales como: las condiciones de la vía; el aumento del parque automotor, especialmente de motocicletas; el consumo de alcohol asociado a la conducción; el no uso de equipos de seguridad (cinturones de seguridad, cascos, sistemas de protección infantil, entre otros) (SILVA; OYAMA; SANCHEZ, 2016; MORAIS NETO *et al.*, 2016). Además, el uso de teléfonos móviles por parte del conductor, la alta velocidad y la falta de respeto a la legislación vigente (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Por ello, cobran importancia los enfoques que hacen hincapié en la promoción de la salud y la educación para reducir los riesgos del tránsito. Las iniciativas destinadas a estructurar las acciones en los estados y municipios deben ser fomentadas y apoyadas por los gobiernos federal, estatal y municipal, junto con el desarrollo y la mejora de las políticas de movilidad segura y sostenible, la intensificación de la vigilancia continua, la educación y la sensibilización de la población.

La figura 25 presenta la evolución de la tasa de mortalidad por lesiones de tránsito en Brasil de 2000 a 2019. Se puede observar que, después de 2014, hubo un descenso persistente de la mortalidad por esta causa. Entre 2000 y 2019, hubo una reducción del 18,8%. Considerando el periodo de 2014 a 2018, esta reducción fue del 31,6%. Aun así, en 2019 se produjeron 31.945 muertes por lesiones de tránsito en el país, lo que representa 14,4 muertes por cada 100.000 habitantes.

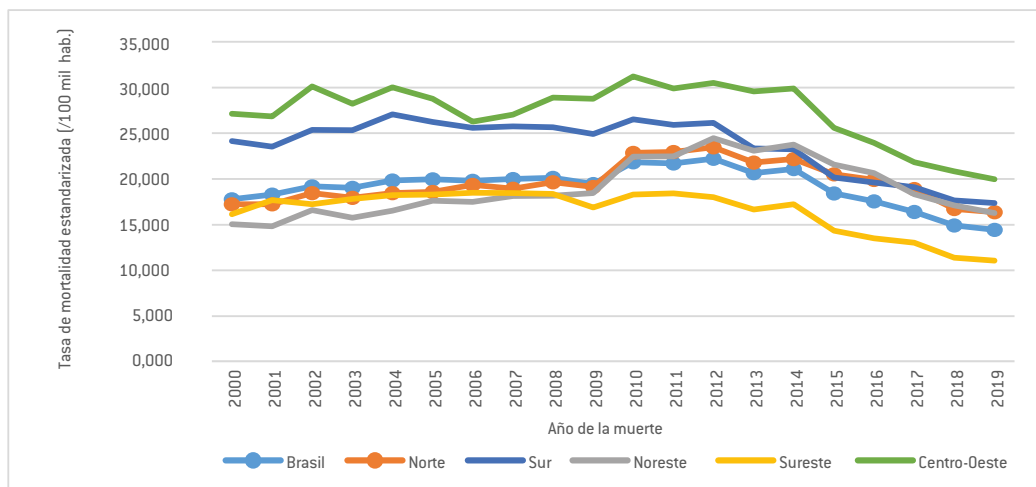
Figura 25 – Tasa de mortalidad estandarizada por accidentes de tránsito. Brasil, 2000 a 2019



Fuente: Muertes - Sistema de Informaciones sobre la Mortalidad (SIM/SVS/MS), Población residente – Estimativas preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Se consideraron las muertes clasificadas con los códigos V01 a V89 (Accidentes de transporte terrestre) de la CID-10.
 Nota: Estandarización por edad mediante el método directo. Población estándar: Brasil 2010. Las muertes cuyo grupo de edad de la víctima se marcó como "ignorado" no se tuvieron en cuenta".

La figura 26 presenta la evolución de la tasa de mortalidad por lesiones de tránsito según la región de residencia de la víctima. Las tasas más altas se observaron en la región centro-oeste durante todo el periodo analizado. Hasta 2008, las tasas más bajas se observaban en la región noreste. Entre 2009 y 2019, la región sureste presentó las tasas más bajas de mortalidad por lesiones de tránsito, con una disminución persistente de estas tasas.

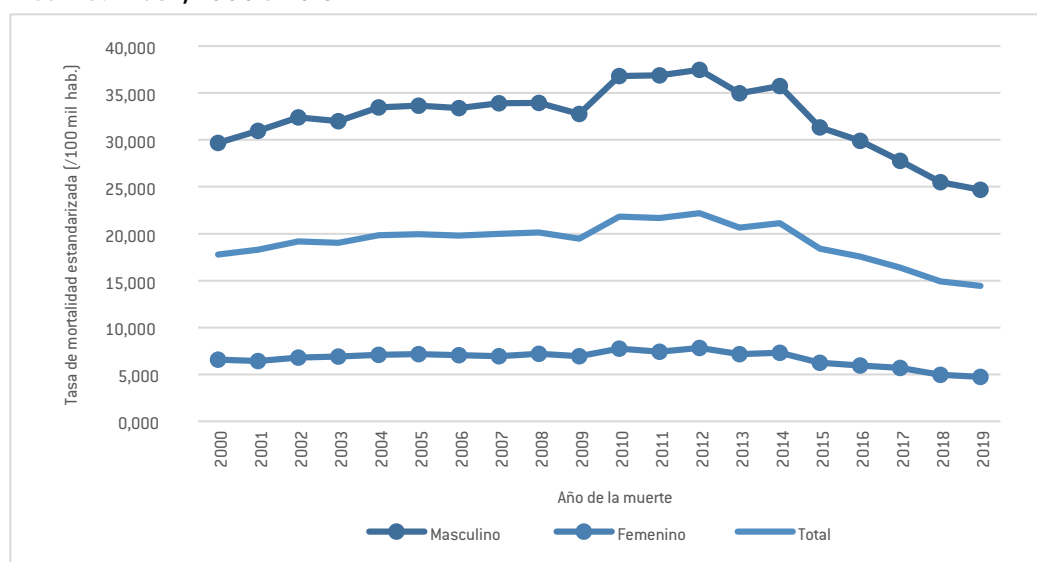
Figura 26 – Tasa estandarizada de mortalidad por lesiones de tráfico, por región de residencia de la víctima. Brasil, 2000 a 2019



Fuente: Muertes - Sistema de Informaciones sobre la Mortalidad (SIM-MS), Población residente – Estimativas preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Se consideraron las muertes clasificadas con los códigos V01 a V89 (Accidentes de transporte terrestre) de la CIE-10.
 Nota: Estandarización por edad mediante el método directo. Población estándar: Brasil 2010. Las muertes cuyo grupo de edad de la víctima se marcó como "ignorado" no se tuvieron en cuenta".

La figura 27 muestra la evolución de la tasa de mortalidad por lesiones de tránsito en Brasil, según el sexo de la víctima. En 2019, el 77,6% de los fallecidos por esta causa (n=24.798) fueron hombres, con una tasa de mortalidad de 24,7 muertes por cada 100.000 habitantes. En el caso de las mujeres, esta tasa fue de 4,7 muertes por cada 100.000 habitantes en el mismo año. Podemos observar que en todos los años de la serie histórica analizada (2000 a 2019), la mortalidad por lesiones de tráfico fue mayor para el sexo masculino.

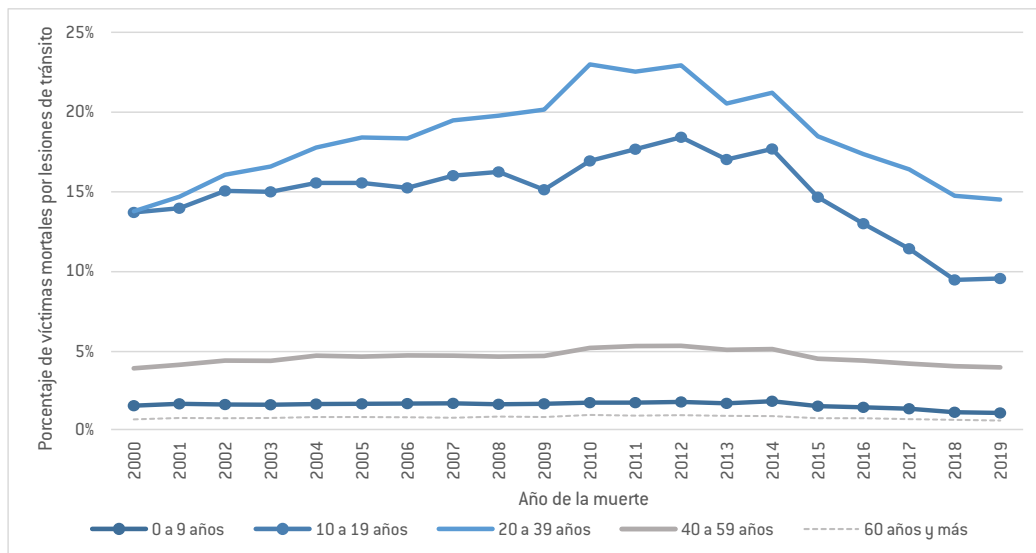
Figura 27 – Tasa estandarizada de mortalidad por lesiones de tránsito, por sexo de la víctima. Brasil, 2000 a 2019



Fuente: Muertes - Sistema de Informaciones sobre la Mortalidad (SIM-MS), Población residente – Estimativas preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Se consideraron las muertes clasificadas con los códigos V01 a V89 (Accidentes de transporte terrestre) de la CIE-10.
 Nota: Estandarización por edad mediante el método directo. Población estándar: Brasil 2010. Las muertes cuyo grupo de edad de la víctima se marcó como "ignorado" no se tuvieron en cuenta".

En 2019, el grupo de edad más frecuente entre los fallecidos por accidente de tránsito fue el de 20 a 39 años, concentrando este grupo de edad el 43,0% de los fallecidos (n=13.249). En todo el periodo analizado, la mayor mortalidad proporcional por esta causa se observó en el grupo de edad de 20 a 39 años, y en 2010 las lesiones de tráfico representaron el 23,0% de todas las muertes de individuos en este grupo de edad (Figura 28).

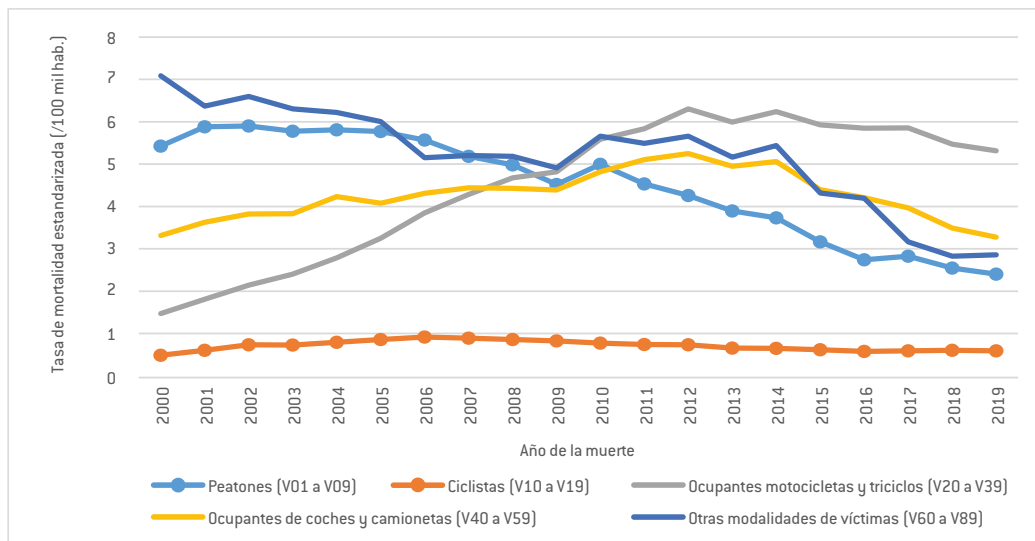
Figura 28 – Proporción de muertes por accidentes de tránsito en el total de muertes, por grupo de edad de la víctima. Brasil, 2000 a 2019



Fuente: Muertes - Sistema de Informaciones sobre la Mortalidad (SIM-MS). Se consideraron las muertes clasificadas con los códigos V01 a V89 (Accidentes de transporte terrestre) de la CIE-10. Las muertes cuyo grupo de edad de la víctima se marcó como "ignorado" no se tuvieron en cuenta".

En el 33,0% de las muertes por lesiones de tránsito ocurridas en Brasil en 2019 (n=10.533), la víctima era ocupante de una moto o triciclo. Aunque la tasa de mortalidad de los ocupantes de automóviles y camionetas haya aumentado hasta 2012, la tasa de mortalidad de los ocupantes de motocicletas y triciclos la superó en 2008. Después de 2014, se produjo una reducción de la mortalidad en todas las categorías de víctimas de accidentes de tránsito (Figura 29).

Figura 29 – Tasa de mortalidad estandarizada por lesiones de tráfico, según el estado de la víctima. Brasil, 2000 a 2019



Fuente: Muertes - Sistema de Informaciones sobre la Mortalidad (SIM-MS), Población residente – Estimativas preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Se consideraron las muertes clasificadas con los códigos V01 a V89 (Accidentes de transporte terrestre) de la CIE-10. Nota: Estandarización por edad mediante el método directo. Población estándar: Brasil 2010. Las muertes cuyo grupo de edad de la víctima se marcó como "ignorado" no se tuvieron en cuenta".

4.2 HOMICIDIOS

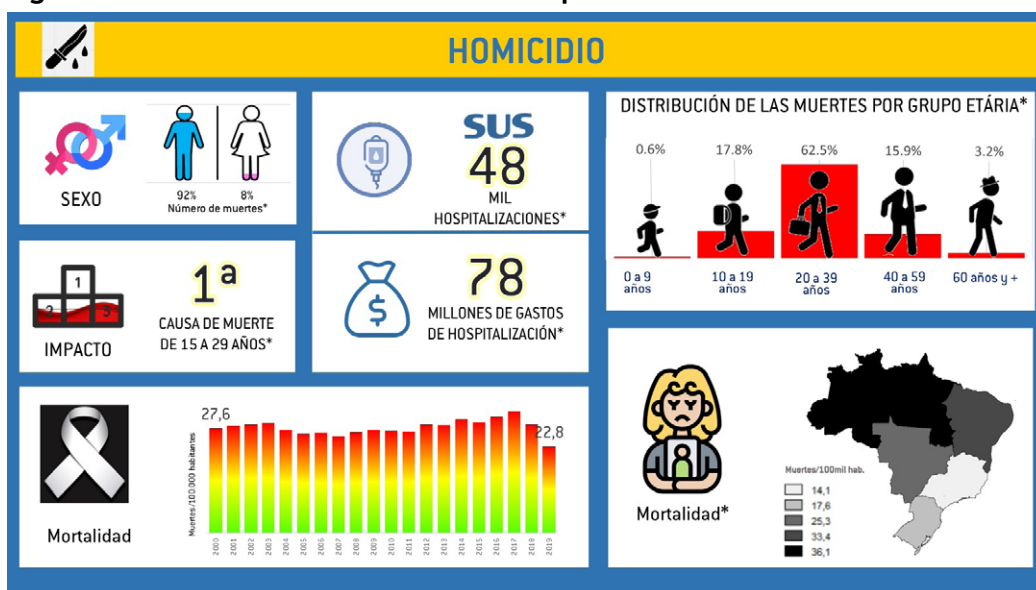
La violencia afecta a millones de personas en todo el mundo. Las consecuencias de la violencia pueden provocar un mayor consumo de alcohol y drogas, depresión, suicidio, abandono escolar, desempleo y dificultades recurrentes en las relaciones, así como el aumento de las disparidades sociales, especialmente cuando los países están en crisis económica.

El homicidio intencional se define como el asesinato ilegal causado a una persona con la intención de causar la muerte o lesiones graves (UNITED NATIONS, 2015). Dado que no es posible establecer la intencionalidad a partir de los datos disponibles en el Sistema de Información de Mortalidad (SIM), se consideraron como homicidios las muertes cuya causa básica se clasificó con los códigos X85 a Y09 (agresiones); Y22 a Y24 (disparo de arma corta, con intención no determinada); Y35 (intervención legal); Y87.1 (secuela de agresiones) e Y89.0 (secuelas de intervención legal) de la CIE-10.

Un estudio global sobre homicidios mostró una tasa de mortalidad, en 2017, de 6,2 homicidios por cada 100.000 habitantes, con gran variabilidad entre las distintas regiones. La mayor tasa de mortalidad se produjo en las Américas (17,2/100.000), seguida de África (13/100.000). La mayoría de las víctimas eran de sexo masculino, aproximadamente el 81%, con mayor riesgo de muerte en el grupo de edad de 15 a 29 años (UNITED NATIONS, 2019).

En Brasil, en 2019, las agresiones fueron la principal causa de muerte de los jóvenes de 15 a 29 años (n= 22.228; 50,6%). Mientras que las autolesiones constituyeron la cuarta causa de muerte, en el mismo grupo de edad (n=3.862; 8,8%) (BRASIL, 2020b). La figura 30 presenta el panorama de la morbimortalidad por homicidios en Brasil.

Figura 30 – Panorama de la morbimortalidad por homicidio en Brasil

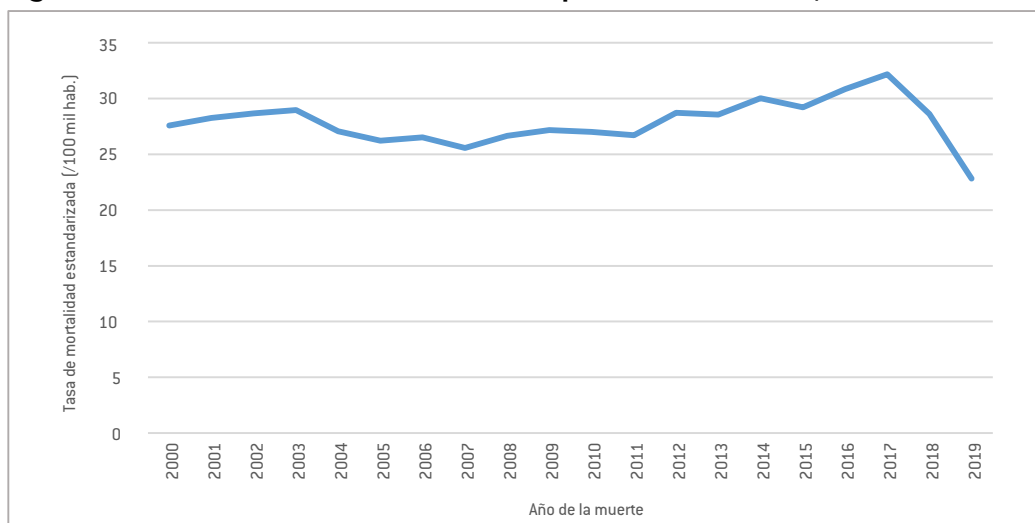


Fuente: Muertes - Sistema de Informaciones sobre la Mortalidad (SIM/SVS/MS), Población residente - Estimativas pre- liminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Gastos y hospitalizaciones - Sistema de información hospitalaria SUS (SIH-SUS). *En 2019.

Las muertes provocadas por esta causa violenta contribuyen a sobrecargar los servicios de salud, el sistema judicial y el aparato social, revelando las fallas existentes en los mecanismos y políticas públicas frente a la intensificación de este proceso.

La Figura 31 presenta la evolución de la tasa de mortalidad por homicidio en Brasil en el período comprendido entre 2000 y 2019. Entre 2000 y 2017, la tasa aumentó un 16,7% (de 27,6 a 32,2 muertes/100.000 habitantes). A partir del año 2018, sin embargo, se produjo una inversión de esta tendencia, con un descenso del 29,1% hasta 2019 (de 32,2 en 2017 a 22,8/100.000 en 2019). Aun así, en 2019 se produjeron 47.536 homicidios en el país.

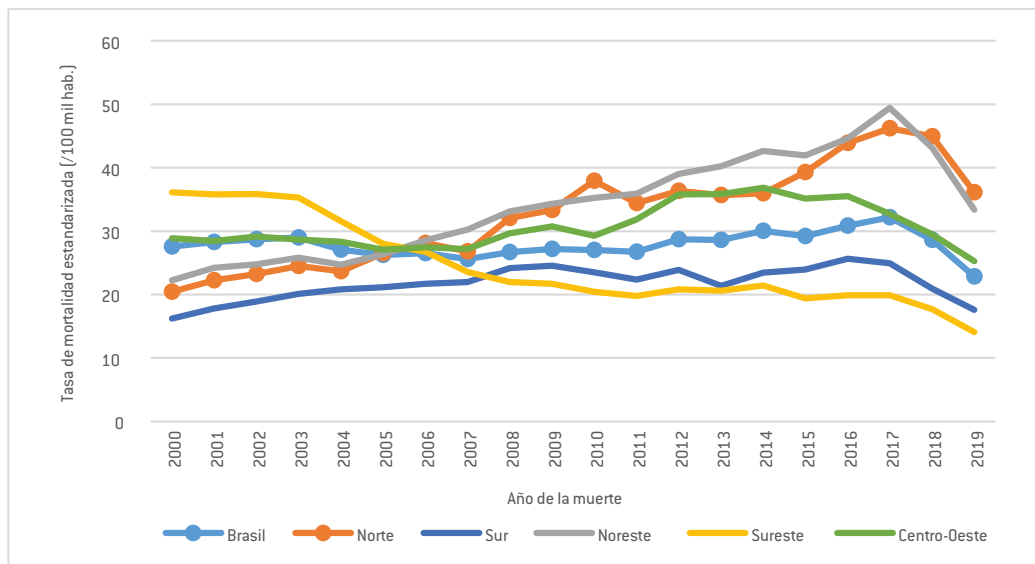
Figura 31 – Tasa de mortalidad estandarizada por homicidio. Brasil, 2000 a 2019



Fuente: Sistema de Información sobre la Mortalidad (SIM/CGDANT/SVS/MS), Población residente – Estimativas preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Se consideraron las muertes clasificadas con los códigos X85 a Y09 (agresiones); Y22 a Y24 (disparo de arma de fuego, con intención no determinada); Y35 (intervención legal); Y87.1 (secuelas de agresión) e Y89.0 (secuelas de intervención legal) de la CIE-10. Nota: Estandarización por edad mediante el método directo. Población estándar: Brasil 2010. Las muertes cuyo grupo de edad de la víctima se marcó como "ignorado" no se tuvieron en cuenta".

La Figura 32 presenta la evolución de la tasa de mortalidad por homicidio según la región de residencia de la víctima. Las tasas de mortalidad por homicidio más elevadas se observaron en la región sureste hasta 2005. Posteriormente, entre 2004 y 2019, las tasas más altas se produjeron alternativamente en las Regiones Norte y Noreste, alcanzando en 2019, 36,1 y 33,4 muertes por cada 100.000 habitantes, respectivamente. A partir de 2018 se observó una reducción de la tasa de mortalidad por homicidio en todas las regiones.

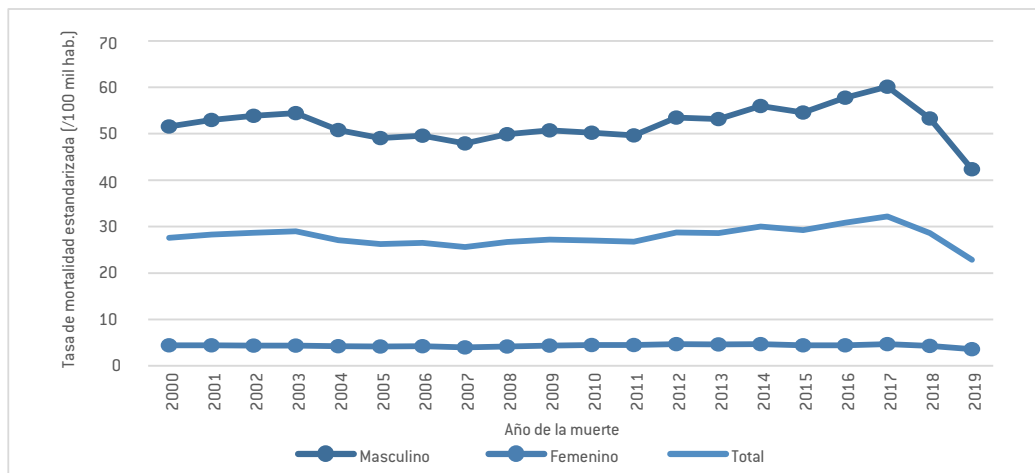
Figura 32 – Tasa de mortalidad estandarizada por homicidio, según la región de residencia de la víctima. Brasil, 2000 a 2019



Fuente: Sistema de Información sobre la Mortalidad (SIM/CGDANT/SVS/MS), Población residente – Estimativas preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Se consideraron las muertes clasificadas con los códigos X85 a Y09 (agresiones); Y22 a Y24 (disparo de arma de fuego, con intención no determinada); Y35 (intervención legal); Y87.1 (secuela de agresión) e Y89.0 (secuela de intervención legal) de la CIE-10. Nota: Estandarización por edad mediante el método directo. Población estándar: Brasil 2010. Las muertes cuyo grupo de edad de la víctima se marcó como "ignorado" no se tuvieron en cuenta".

La Figura 33 muestra la evolución de la tasa de mortalidad por homicidio según el sexo de la víctima en Brasil. En 2019, en Brasil, en el 91,7% de las muertes por esta causa (n=43.614), la víctima era de sexo masculino, lo que hace una tasa de mortalidad de 42,4 muertes por cada 100 mil habitantes. Para el sexo femenino, esta tasa fue de 3,6 muertes por cada 100 mil habitantes en el mismo año. Se puede observar que en todos los años de la serie histórica analizada (2000 a 2019), la mortalidad por homicidio fue mayor para el sexo masculino.

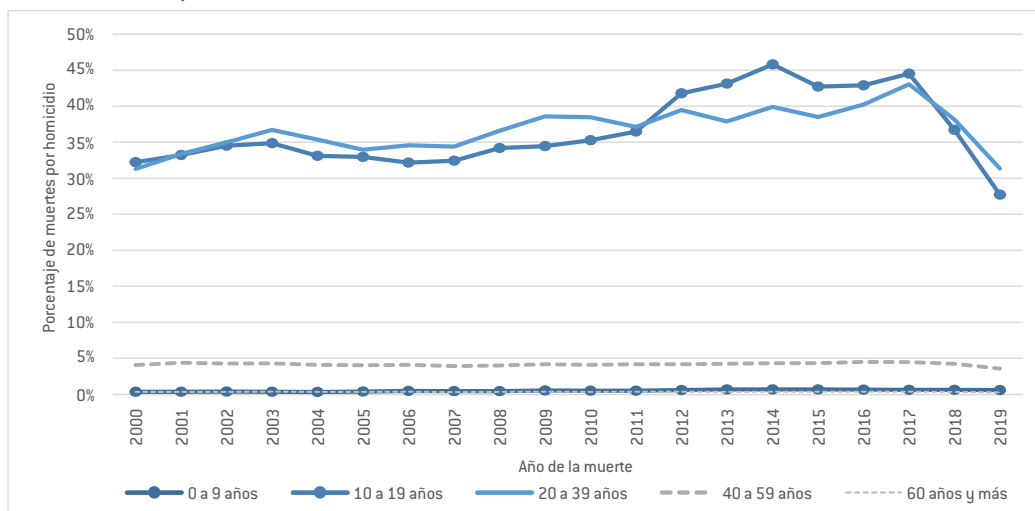
Figura 33 – Tasa de mortalidad estandarizada por homicidio según el sexo de la víctima. Brasil, 2000 a 2019



Fuente: Sistema de Información sobre la Mortalidad (SIM/CGDANT/SVS/MS), Población residente – Estimativas preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Se consideraron las muertes clasificadas con los códigos X85 a Y09 (agresiones); Y22 a Y24 (disparo de arma de fuego, con intención no determinada); Y35 (intervención legal); Y87.1 (secuela de agresión) e Y89.0 (secuela de intervención legal) de CID-10. Nota: Estandarización por edad mediante el método directo. Población estándar: Brasil 2010. Las muertes cuyo grupo de edad de la víctima se marcó como "ignorado" no se tuvieron en cuenta".

En 2018 y 2019, el grupo de edad más frecuente entre las víctimas de homicidio fue el de 20 a 39 años, y en 2019 concentró el 60,2% de las muertes (n=28.613). En todo el periodo analizado, la mayor mortalidad proporcional por esta causa se observó en los grupos de edad de 10 a 19 años o de 20 a 39 años. En 2014, los homicidios representaron el 45,8% de todas las muertes de individuos en el grupo de edad de 10 a 19 años (Figura 34).

Figura 34 – Proporción de homicidios respecto al total de muertes por edad de la víctima. Brasil, 2000 a 2019



Fuente: Muertes - Sistema de Informaciones sobre la Mortalidad (SIM/CGDANT/SVS/MS). Se consideraron las muertes clasificadas con los códigos X85 a Y09 (agresiones); Y22 a Y24 (disparo de arma de fuego, con intención no determinada); Y35 (intervención legal); Y87.1 (secuela de agresión) e Y89.0 (secuela de intervención legal) de la CIE-10. Nota: Estandarización por edad mediante el método directo. Población estándar: Brasil 2010. Las muertes cuyo grupo de edad de la víctima se marcó como "ignorado" no se tuvieron en cuenta".

4.3 SUICIDIOS

El suicidio es un importante problema de salud pública en Brasil y en todo el mundo. Se calcula que casi 800.000 personas mueren cada año por suicidio, lo que representa una muerte cada 40 segundos en todo el mundo. Además, el suicidio es la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

En 2017, los suicidios representaron un total de 34.012.508,9 años de vida ajustados por discapacidad (DALYs), de los cuales el 99% consisten en años potenciales de vida perdidos (YLLs), lo que representa el 2% del total de YLLs en todo el mundo, y una tasa de 438,5 años perdidos por cada 100.000 años de vida. Los resultados del estudio Global Burden of Disease estimaron, en 2017, una tasa de mortalidad por suicidio a nivel mundial de 10,4 muertes por cada 100.000 habitantes, con una tendencia a la baja (INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION, 2019).

La Figura 35 presenta el panorama de la morbilidad y mortalidad por suicidio en Brasil.

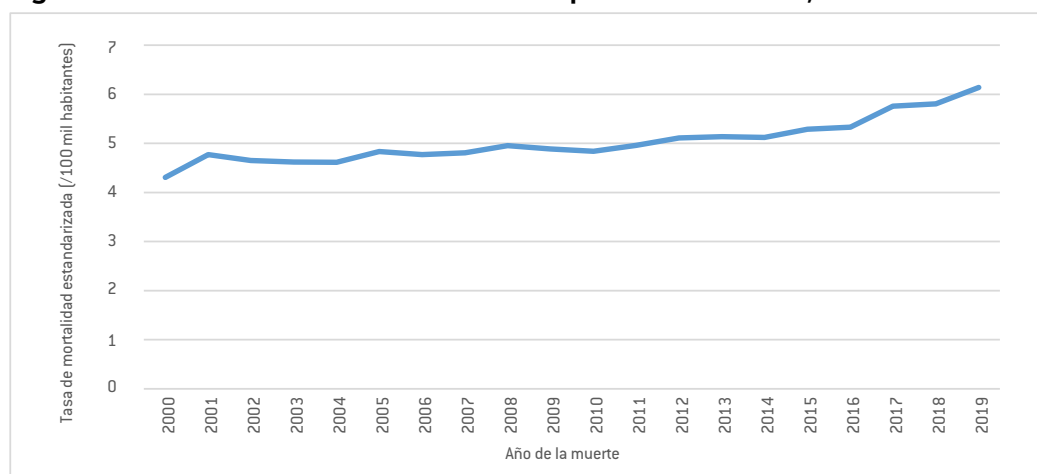
Figura 35 – Panorama de la morbilidad y mortalidad por suicidios en Brasil



Fuente: Muertes - Sistema de Informaciones sobre la Mortalidad (SIM/SVS/MS), Población residente – Estimativas pre- liminarias elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Gastos y hospitalizaciones - Sistema de información hospitalaria SUS (SIH-SUS). *En 2019.

En Brasil, en 2019, los datos del SIM mostraron que los suicidios resultaron en 13.523 muertes, con una tasa de mortalidad de 6,1 muertes por cada 100.000 habitantes. Entre 2000 y 2019, se produjo un aumento de las tasas de suicidio de alrededor del 42,6%, que osciló entre 4,3 y 6,1 muertes por cada 100.000 habitantes (Figura 36).

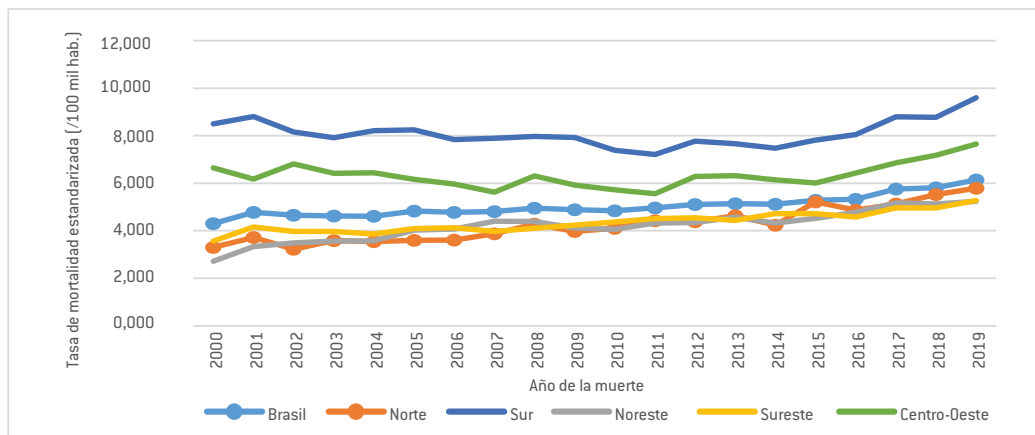
Figura 36 – Tasa de mortalidad estandarizada por suicidios. Brasil, 2000 a 2019



Fuente: Sistema de Información sobre la Mortalidad (SIM/CGDANT/SVS/MS), Población residente – Estimativas preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Se consideraron las muertes clasificadas con los códigos X60 a X84 (Lesiones autoinfligidas intencionalmente) e Y87.0 (secuelas de lesiones autoinfligidas) de la CIE-10. Nota: Estandarización por edad mediante el método directo. Población estándar: Brasil 2010. Las muertes cuyo grupo de edad de la víctima se marcó como "ignorado" no se tuvieron en cuenta".

La Figura 37 presenta la evolución de la tasa estandarizada de mortalidad por suicidio según la región de residencia de la víctima. La región Sur presentó las mayores tasas de mortalidad por esta causa en todo el periodo analizado (2000 a 2019). Las regiones del norte, del noreste y del sureste presentaron, alternativamente, las tasas más bajas en el mismo periodo.

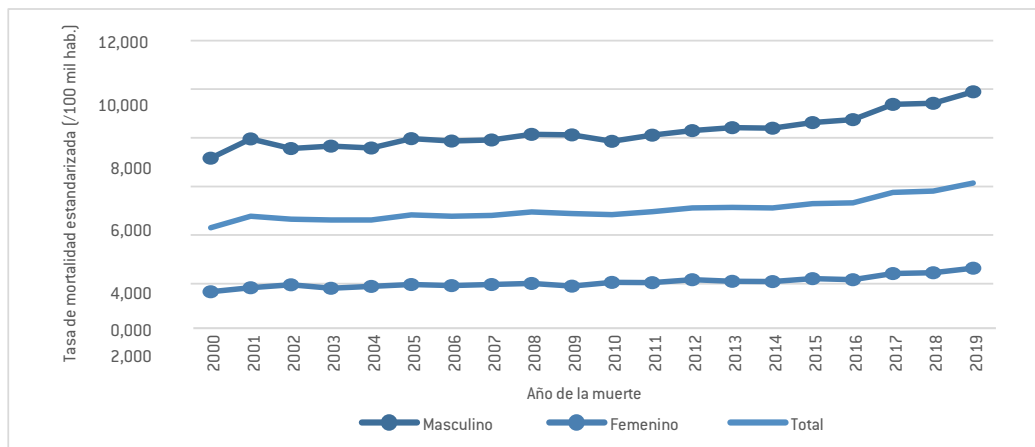
Figura 37 – Tasa de mortalidad estandarizada por suicidios según región de residencia de la víctima. Brasil, 2000 a 2019



Fuente: Muertes - Sistema de Informaciones sobre la Mortalidad (SIM-MS), Población residente – Estimativas preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Se consideraron las muertes clasificadas con los códigos X60 a X84 (lesiones autoinfligidas intencionalmente) e Y87.0 (secuelas de lesiones autoinfligidas) de la CIE-10. Nota: Estandarización por edad mediante el método directo. Población estándar: Brasil 2010. Las muertes cuyo grupo de edad de la víctima se marcó como “ignorado” no se tuvieron en cuenta”.

La Figura 38 muestra la evolución de la tasa estandarizada de mortalidad por suicidio según el sexo de la víctima en Brasil. El análisis del perfil del suicidio muestra una mortalidad entre los hombres, con una tasa de 9,9 por cada 100.000 habitantes en 2019, y entre las mujeres, de 2,6 por cada 100.000. En el mismo año, en Brasil, en el 78,4% de las muertes por esta causa (n=10.600), la víctima era de sexo masculino. Se puede observar que, en todos los años de la serie histórica analizada, la mortalidad por suicidios fue mayor para el sexo masculino.

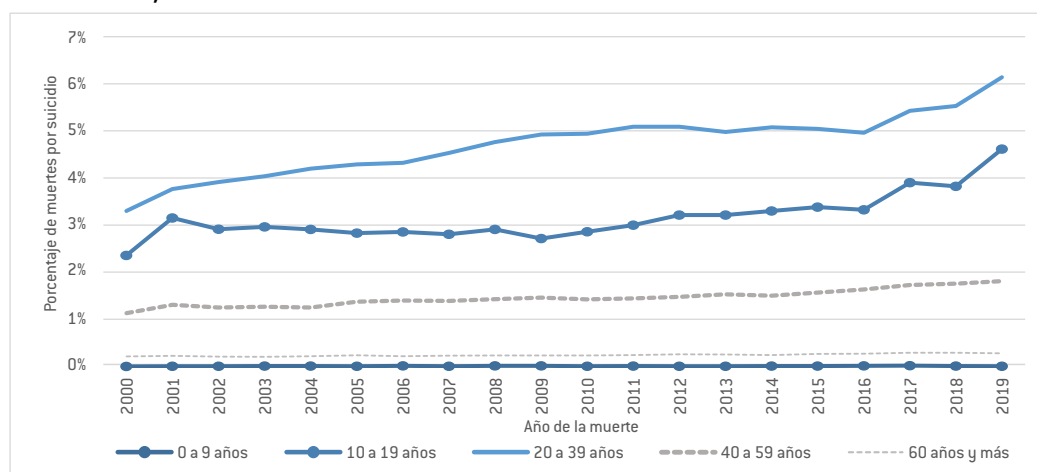
Figura 38 – Tasa de mortalidad estandarizada por suicidios según el sexo de la víctima. Brasil, 2000 a 2019



Fuente: Muertes - Sistema de Informaciones sobre la Mortalidad (SIM-MS), Población residente – Estimativas preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Se consideraron las muertes clasificadas con los códigos X60 a X84 (Lesiones autoinfligidas intencionalmente) e Y87.0 (secuelas de lesiones autoinfligidas) de la CIE-10. Nota: Estandarización por edad mediante el método directo. Población estándar: Brasil 2010. Las muertes cuyo grupo de edad de la víctima se marcó como “ignorado” no se tuvieron en cuenta”.

En 2019, el 41,4% de las víctimas de suicidio (n=5.601) estaban en el grupo de edad de 20 a 39 años (Figura 39). Los suicidios representaron la tercera causa de mortalidad en el grupo de edad de 15 a 29 años, sólo superada por los homicidios y los accidentes de transporte. En todo el periodo analizado (2000 a 2019), la mayor mortalidad proporcional por esta causa se produjo en los grupos de edad de 20 a 39 años y de 10 a 19 años, respectivamente, siendo creciente en ambos.

Figura 39 – Proporción de muertes por suicidio en el total de muertes, por grupo de edad. Brasil, 2000 a 2019



Fuente: Muertes - Sistema de Informaciones sobre la Mortalidad (SIM-MS). Se consideraron las muertes clasificadas con los códigos X60 a X84 (Lesiones autoinfligidas intencionalmente) e Y87.0 (secuelas de lesiones autoinfligidas) de la CIE-10. Las muertes cuyo grupo de edad de la víctima se marcó como "ignorado" no se tuvieron en cuenta".

Los datos presentados refuerzan la posición de las violencias autoinfligidas como un importante problema de salud pública en Brasil. En todas las regiones del mundo, los hombres tienen mayores tasas de mortalidad por suicidio que las mujeres (VIANA; CORASSA, 2020), de modo que los hombres tienen un 75% más de probabilidades de morir por suicidio que las mujeres (MELEIRO; CORREA, 2020). Además, los grupos en situación de vulnerabilidad y víctimas de la discriminación, como los indígenas, los homosexuales, los bisexuales y los transexuales, presentan mayores riesgos de suicidio. También cabe destacar que el suicidio es un problema complejo y multifacético, pero evitable (MELEIRO; CORREA, 2020).

La determinación del suicidio es múltiple y compleja. En ella intervienen tanto los determinantes exógenos -como los problemas económicos, las rupturas sentimentales, los traumas y la exposición a la violencia y las catástrofes- como los endógenos -como los antecedentes familiares de suicidio, las enfermedades no transmisibles, los trastornos mentales, los sentimientos de soledad y desesperanza.

Es importante mencionar el papel de los trastornos mentales en el comportamiento suicida. Se estima que más del 90% de las víctimas de suicidio tienen algún trastorno mental, siendo la depresión el trastorno más frecuente (MELEIRO; CORREA, 2020). Además, los individuos con trastornos mentales tienen un riesgo ocho veces mayor de suicidarse en comparación con los individuos sin trastornos mentales (TOO *et al.*, 2019). En este sentido, los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2019 apuntan a una prevalencia de diagnóstico de depresión por parte de los profesionales de la salud del 10,2% (IC 95%: 9,9% - 10,6%). De estos individuos, (52,8%; IC del 95%: 50,7% - 54,9%) declararon haber recibido atención médica en los 12 meses anteriores a la entrevista; y sólo el 18,9% (IC del 95%: 17,5% - 20,4%) declaró haber recibido psicoterapia. Por el contrario, (48,0%; IC 95%: 46,1% - 49,9%) declararon utilizar medicamentos antidepresivos (IBGE, 2020).

Los datos del Estudio Epidemiológico de Trastornos Mentales São Paulo Megacity, un estudio de base poblacional realizado entre 2005 y 2007 en la Región Metropolitana de São Paulo, mostraron una prevalencia de vida del trastorno depresivo mayor del 16,9%. Un meta-análisis de estudios brasileños también estimó en un 17% la prevalencia del trastorno depresivo mayor (ANDRADE *et al.*, 2012).

Los datos apuntan a la existencia de una parte importante de la población con trastornos mentales y sin un diagnóstico y tratamiento adecuados, haciendo evidente la necesidad de ampliar y democratizar el acceso a la salud mental en Brasil, así como la importancia de la identificación precoz de los trastornos mentales en la atención primaria de salud.

4.4 CAÍDAS ACCIDENTALES

El envejecimiento de la población es un hecho innegable en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud, la población mundial de más de 60 años pasará de los 841 millones actuales a 2.000 millones en 2050. En Brasil, se estima que la población de edad avanzada alcanzará el 30% en 2050.

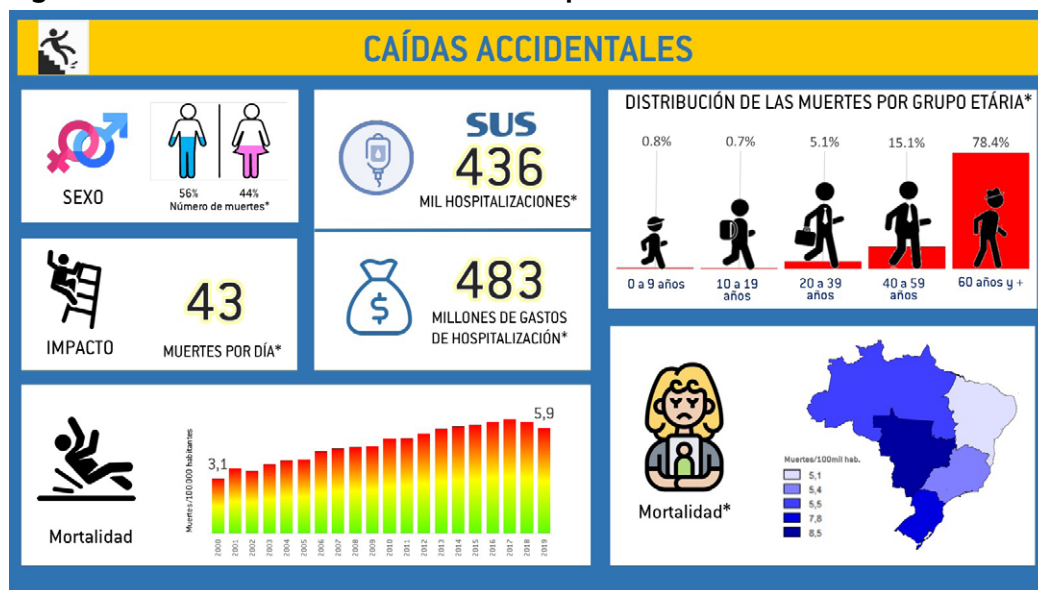
Las caídas accidentales pueden afectar a cualquier persona, independientemente del sexo, la edad y el nivel socioeconómico (PIMENTEL *et al.*, 2018). Sin embargo, entre las personas mayores, se convierte en un acontecimiento aún más relevante debido a las consecuencias, que pueden causar discapacidad funcional, con un impacto en los costos sociales y económicos para los ancianos, los cuidadores y los servicios de salud (HESLOP; WYNADEN, 2016; AMBROSE; PAUL; HAUSDORFF, 2013; NICOLUSSI *et al.*, 2012). En los individuos que sobreviven a

las caídas, especialmente entre los ancianos, puede haber una disminución de la capacidad para realizar las actividades diarias y el miedo a nuevas caídas (VISSCHEDIJK *et al.*, 2015), lo que puede conducir al aislamiento y al deterioro de la salud (MCMINN; FERGUSSON; DALY, 2017).

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2013, el 7,8% de las personas mayores de 60 años declararon haberse caído en los últimos 12 meses. Entre los que informaron caídas, el 8,3% dijo haber presentado fractura de cadera o fémur, entre los que el 44% requirió tratamiento quirúrgico. Las características más asociadas a la prevalencia de las caídas fueron: el sexo femenino, la edad superior a 75 años y el estado civil divorciado/separado.

Según datos del Sistema de Informaciones Hospitalarias del SUS (SIH-SUS), cada año se gastan más de 51 millones de reales en tratamientos de fracturas derivadas de caídas en personas mayores. Esto implica la necesidad de orientar las políticas públicas hacia esta población y los problemas a los que están expuestos, como la morbimortalidad por caídas accidentales. La figura 40 presenta el panorama de la morbimortalidad por caídas accidentales en Brasil.

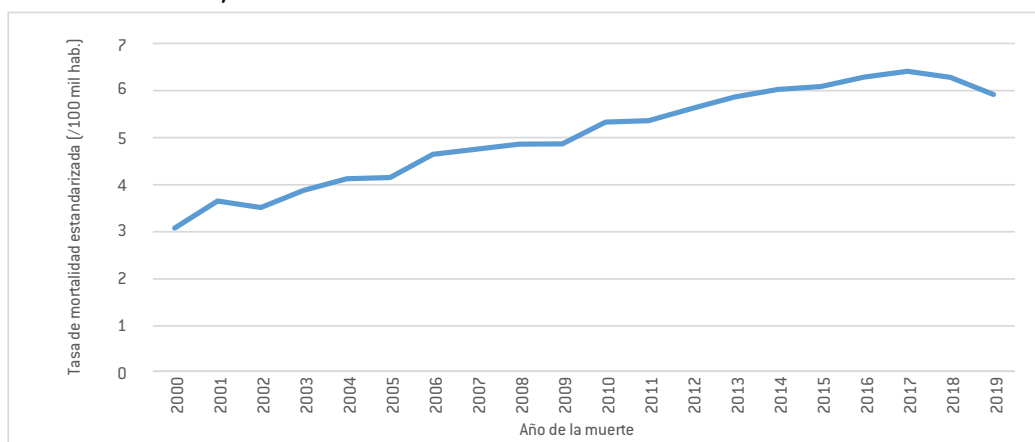
Figura 40 – Panorama de la morbimortalidad por caídas accidentales en Brasil



Fuente: Muertes - Sistema de Informaciones sobre la Mortalidad (SIM/SVS/MS), Población residente – Estimativas pre- liminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Gastos y hospitalizaciones - Sistema de información hospitalaria SUS (SIH-SUS).
*En 2019.

La Figura 41 presenta la evolución de la tasa de mortalidad por caídas accidentales en Brasil en el periodo de 2000 a 2019. Se puede observar que, entre 2000 y 2017, hubo un aumento constante de la mortalidad por esta causa en Brasil, variando de 3,08 a 6,40 muertes por cada 100 mil habitantes. A partir de 2018, la tasa descendió, situándose en 5,9 muertes/100.000 habitantes en 2019, lo que supone un descenso del 7,6% respecto a 2017.

Figura 41 – Tasa de mortalidad estandarizada por caídas accidentales por año de ocurrencia. Brasil, 2000 a 2019

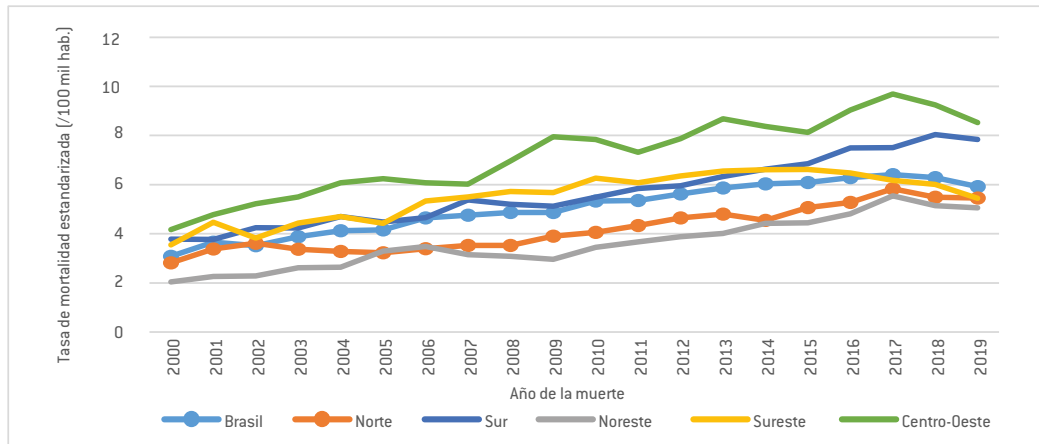


Fuente: Sistema de Información sobre la Mortalidad (SIM/CGDANT/SVS/MS), Población residente – Estimativas preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Se consideraron las muertes clasificadas con los códigos W00 a W19 (Caídas) de la CIE-10.

Nota: Estandarización por edad mediante el método directo. Población estándar: Brasil 2010. Las muertes cuyo grupo de edad de la víctima se marcó como "ignorado" no se tuvieron en cuenta".

La Figura 42 presenta la evolución de la tasa estandarizada de mortalidad por caídas según la región de residencia de la víctima. Las mayores tasas de mortalidad por esta causa se observaron en la región centro-occidental durante todo el periodo analizado (2000 a 2019). La región del noreste presentó los índices más bajos en casi todo el periodo.

Figura 42 – Tasa de mortalidad estandarizada por caídas accidentales según la región de residencia de la víctima. Brasil, 2000 a 2019

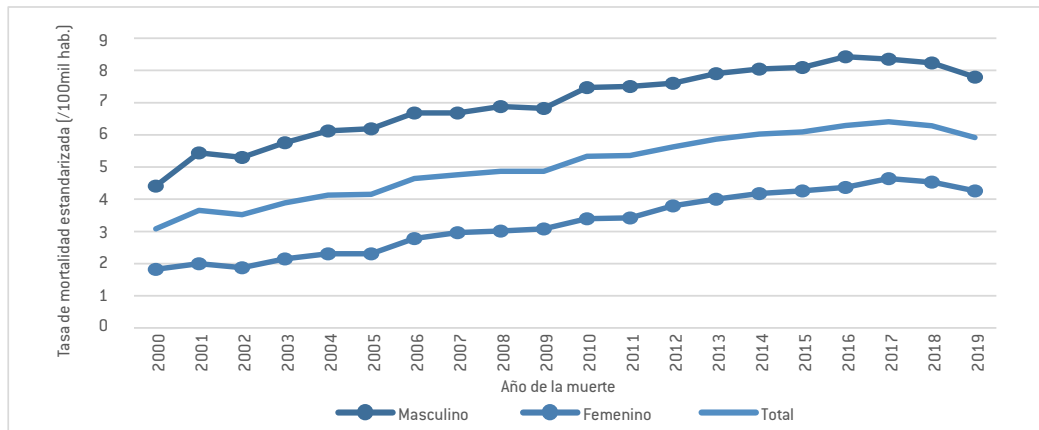


Fuente: Muertes - Sistema de Informaciones sobre la Mortalidad (SIM-MS), Población residente – Estimativas preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Se consideraron las muertes clasificadas con los códigos W00 a W19 (Caídas) de la CIE-10.

Nota: Estandarización por edad mediante el método directo. Población estándar: Brasil 2010. Las muertes cuyo grupo de edad de la víctima se marcó como "ignorado" no se tuvieron en cuenta".

La Figura 43 muestra la evolución de la tasa de mortalidad por caídas accidentales según el sexo de la víctima en Brasil. En 2019, en Brasil, en el 56,0% de las muertes por esta causa (n=8.698) la víctima era de sexo masculino, lo que hace una tasa de mortalidad de 7,8 muertes por cada 100 mil habitantes. Para el sexo femenino, esta tasa fue de 4,3 muertes por cada 100 mil habitantes en el mismo año. Se puede observar que, en todos los años de la serie histórica analizada, la mortalidad por caídas fue mayor para el sexo masculino.

Figura 43 – Tasa de mortalidad estandarizada por caídas accidentales según el sexo de la víctima. Brasil, 2000 a 2019

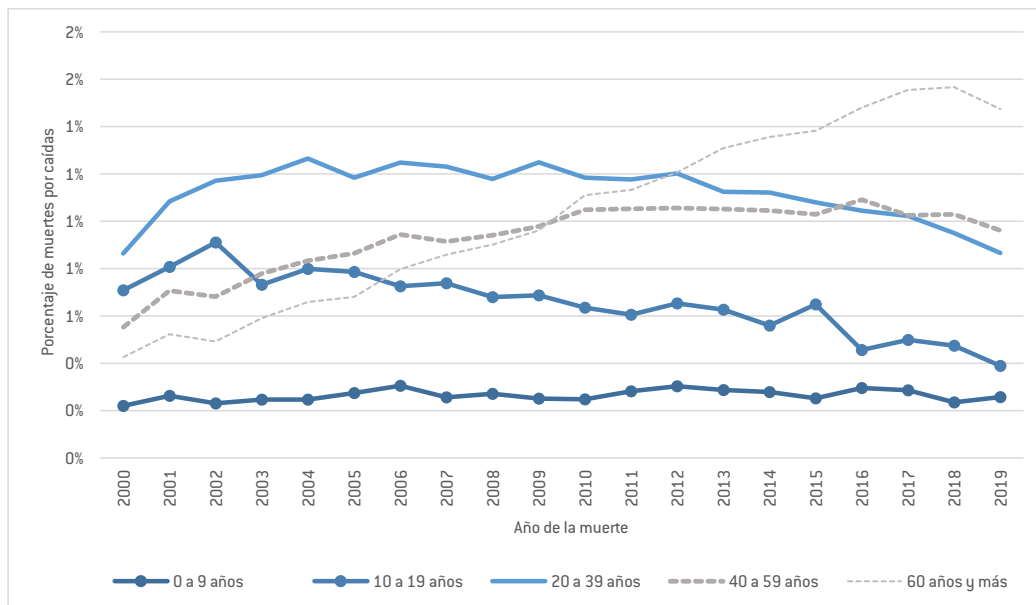


Fuente: Muertes - Sistema de Informaciones sobre la Mortalidad (SIM-MS), Población residente – Estimativas preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Se consideraron las muertes clasificadas con los códigos W00 a W19 (Caídas) de la CIE-10.

Nota: Estandarización por edad mediante el método directo. Población estándar: Brasil 2010. Las muertes cuyo grupo de edad de la víctima se marcó como "ignorado" no se tuvieron en cuenta".

En 2019, el grupo de edad más frecuente entre las víctimas mortales de caídas accidentales fue el de 60 años y más, que concentró el 78,4% de los fallecimientos (n=12.182). Entre 2000 y 2012, la mayor mortalidad proporcional por caídas se observó en el grupo de edad de 20 a 39 años. En 2012, entretanto, el grupo de edad con mayor mortalidad proporcional por esta causa era de 60 años y más (Figura 44).

Figura 44 – Proporción de muertes por caídas accidentales en el total de muertes por grupo de edad de la víctima. Brasil, 2000 a 2019



Fuente: Muertes - Sistema de Informaciones sobre la Mortalidad (SIM-MS). Se consideraron las muertes clasificadas con los códigos W00 a W19 (Caídas) de la CIE-10. Las muertes cuyo grupo de edad de la víctima se marcó como "ignorado" no se tuvieron en cuenta".

4.5 VIGILANCIA DE VIOLENCIAS

La obligación de comunicación de la violencia contra segmentos vulnerables de la población pasó a integrar las acciones del Sistema Único de Salud (SUS) a partir de las determinaciones del Estatuto del Niño y del Adolescente (Ley n.º 8.069, de 13 de julio de 1990), y posteriormente con la Ley n.º 10.778, de 24 de noviembre de 2003 para la violencia contra la mujer y el Estatuto del Anciano (Ley n.º 10.741, de 1 de octubre de 2003). En 2001 se publicó la Política Nacional para la Reducción de la Morbimortalidad por Accidentes y Violencia. Esto surgió como respuesta al desafío de las causas externas como problema de salud pública en el país, en vista de su magnitud y trascendencia.

Como resultado de la Política Nacional de Reducción de la Morbimortalidad por Accidentes y Violencia, en 2004, se propuso la creación de la Red Nacional de Prevención de la Violencia y Promoción de la Salud, a través de la Ordenanza MS/GM n.º 936, de 18 de mayo de 2004, y, en 2006, se inició la implantación del Sistema de Vigilancia de Violencias y Accidentes (Viva), a través de la Ordenanza MS/GM n.º 1.356. Viva consta de dos componentes: a) Vigilancia de la violencia interpersonal y autoinfligida del Sistema de Información de Lesiones de Notificación (Viva/Sinan); y b) Vigilancia de violencias y accidentes en las unidades de urgencia y emergencia (Viva Inquérito).

En 2009, la Ficha de Notificación/Investigación de la violencia interpersonal/autoinfligida pasó a formar parte del Sistema de Información de Lesiones de Notificación (Sinan), integrando la Lista de Notificación Obligatoria en las Unidades Centinela. Y en 2011, con la Ordenanza MS/GM n.º 104 del 25 de enero de 2011, la notificación se hizo obligatoria en todos los servicios de salud públicos y privados de Brasil.

La Ordenanza MS/GM n.º 1.271, de junio de 2014, estandarizó los procedimientos estándar relacionados con la notificación obligatoria dentro del SUS. Actualmente, están sujetos a notificación los casos de violencia interpersonal y/o autoinfligida contra niños y adolescentes, ancianos, mujeres, indígenas, personas con discapacidad, personas LGBT, así como los hombres víctimas de violencia doméstica/intrafamiliar, sexual o autoinfligida, y los casos de trata de personas, trabajo esclavo, trabajo infantil, tortura e intervención judicial. La notificación obligatoria de la violencia interpersonal y autoinfligida en los servicios de salud públicos y privados está regulada por la Ordenanza de Consolidación n.º 04, de 28 de septiembre de 2017.

El objetivo de Viva es conocer la magnitud y gravedad de las violencias a través de la producción y difusión de información epidemiológica y definir políticas públicas de enfrentamiento como estrategias y acciones de intervención, prevención, atención y protección a las personas en situación de violencia. Además, la vigilancia continua tiene como objetivo la

articulación e integración con la red de atención y protección integral a las personas en situación de violencias, con el fin de proporcionar una atención integral y humanizada, en el marco de las políticas de asistencia social y del sistema de protección y garantía de los derechos humanos (BRASIL, 2019, p. 12).

Así, la notificación se presenta como una herramienta para garantizar los derechos y activar la línea de atención, constituyéndose como el principal sistema de vigilancia de las violencias no fatales. El gráfico 45 presenta una visión general de las notificaciones de violencia en Brasil.

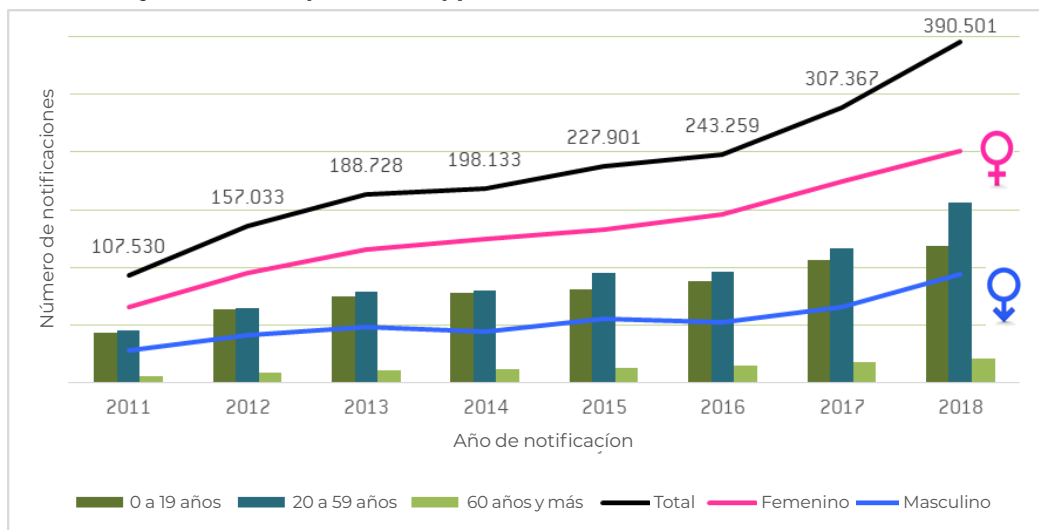
Figura 45 – Panorama de las denuncias de violencia en Brasil



Fuente: Viva/Sinan.
*En 2018.

Desde la universalización de la notificación de la violencia interpersonal/autoinfligida en 2011, se registraron más de 1,8 millones de casos en Viva/Sinan. Entre 2011 y 2018, hubo un aumento del 263,2% en el número de notificaciones de violencia interpersonal/autoinfligida en Brasil, con los principales aumentos observados en las mujeres (194%) y en el grupo de edad de 60 años o más (261%). (Figura 46).

Figura 46 – Número de notificaciones de violencias en el Sistema de Vigilancia de Violencias y Accidentes (Viva/Sinan) por año de notificación. Brasil, 2011 a 2018

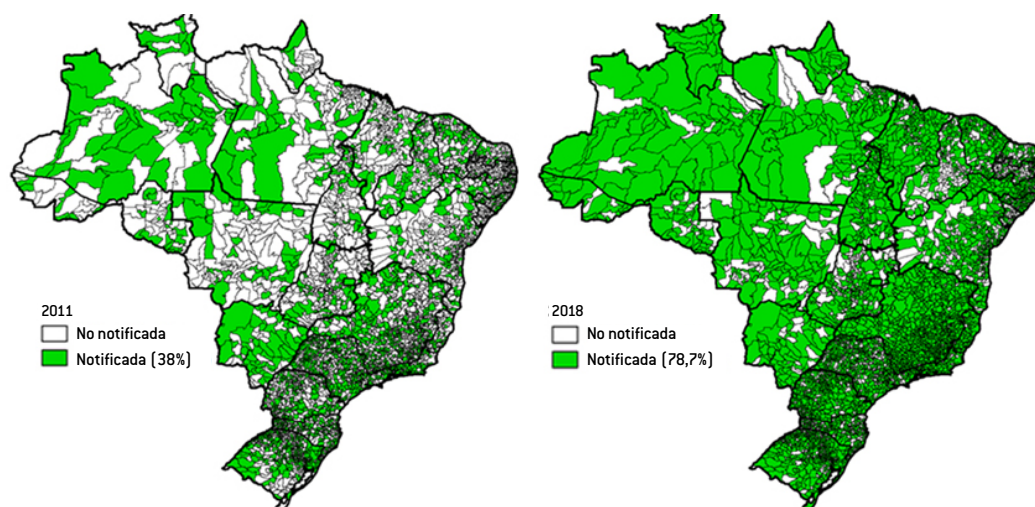


Fuente: Viva/Sinan.

Ampliar el número de municipios y unidades de salud que notifican la violencia, así como fortalecer la red de atención y protección integral a las personas en situación de violencia, es una estrategia clave para ampliar la cobertura del Sistema Viva. Con una mayor cobertura, la vigilancia de la violencia interpersonal/ autoinfligida puede contribuir aún más a concienciar sobre el problema, subvencionar la construcción de estrategias de prevención y enfrentamiento, así como promover una cultura de paz.

Entre 2011 y 2018, hubo un aumento sustancial en el número de municipios que notificaron al Sistema de Vigilancia de Violencias y Accidentes (Viva/Sinan), pasando de 2.114 municipios (38,0%) en 2011 a 4.381 (78,7%) en 2018. Es necesario aumentar la cobertura, sobre todo en las regiones del norte y del noreste. Esta cobertura viene dada por la proporción de municipios que realizaron al menos una notificación de violencia interpersonal o autoinfligida, en el año, en cada unidad federada. La Figura 47 presenta el mapa con los porcentajes de municipios que notifican en Viva en el país, según la región geográfica.

Figura 47 – Cobertura del sistema de Vigilancia de Violencias y Accidentes (Viva/Sinan). Brasil, 2011 y 2018



Fuente: Viva/Sinan.

El aumento del porcentaje de municipios que notificaron violencias en Brasil entre 2011 y 2018 muestra que ha habido una mejora en la adhesión a Viva/Sinan. Sin embargo, sigue existiendo un importante grado de subnotificación de los casos de violencia (KIND *et al.*, 2013; SILVA; OLIVEIRA, 2016). Los motivos para no notificar son variados, entre ellos el desconocimiento del formulario de notificación y de cómo notificar, así como su obligatoriedad, el desconocimiento de las diferencias entre notificación y denuncia, el miedo a romper el secreto profesional

y a perder el vínculo con el paciente, el miedo a las represalias del agresor y la falta de confianza en las autoridades y los servicios de protección (GARBIN *et al.*, 2016; PEDROSA; ZANELLO, 2016).

La subnotificación de los casos de violencia contribuye a su persistencia, afectando negativamente la vigilancia epidemiológica de estas lesiones y al desarrollo de políticas de salud pública. Las desigualdades regionales verificadas en la notificación de Viva/Sinan refuerzan la importancia de monitorear la distribución de los casos y la necesidad de estrategias dirigidas a la promoción de la equidad en el acceso al sistema de salud y a la sensibilización/capacitación de los profesionales del área.

Teniendo en cuenta la importancia de la notificación como herramienta de atención a las víctimas de la violencia, es fundamental evaluar periódicamente el Viva, para identificar sus puntos fuertes y débiles, comprobando su cobertura y sensibilidad. Los análisis y los panoramas construidos en esta parte del Plan de Dant subvencionaron la elaboración de indicadores, metas y acciones para enfrentar las ENT y las lesiones (accidentes y violencias) en Brasil.

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PLAN DE ACCIONES ESTRATÉGICAS PARA ENFRENTAR LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y LESIONES EN BRASIL, 2021-2030

La elaboración de un plan nacional con el propósito propuesto para el Plan de Dant requirió del equipo una planificación a largo plazo y la revisión de la experiencia de elaboración del Plan de Dant, para replicar las acciones exitosas y avanzar en lo esencial para la actualización e innovación de la nueva propuesta.

Iniciado en el primer semestre de 2019, la primera medida fue la formación de un grupo interno en el Departamento de Análisis y Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles (DASNT), con representantes de la Coordinación General de Enfermedades y Lesiones (CGDANT) y la oficina del DASNT para liderar la elaboración del plan en esta primera etapa.

El grupo partió de los siguientes consensos:

- Garantizar la participación de representantes de las secretarías del Ministerio de Salud -SVS, Saps, Saes, SCTIE, SGTES y Sesai – organismos, institutos y fundaciones vinculados al Ministerio de Salud.
- Escuchar a los investigadores sobre los temas.
- Ampliar la participación para incluir a los gestores y trabajadores de la salud de las secretarías municipales, estatales y del Distrito Federal.
- Innovar consultando a la sociedad civil.
- Preparar un análisis de la situación de la salud para conocer el estado del arte de ENT en los últimos años.

Se han previsto tres etapas para el desarrollo del Plan de Dant. La primera etapa consistió en la elaboración de instrumentos y método de consulta para las propuestas al Plan; la invitación a representantes internos y externos al Ministerio de Salud y la realización de reuniones, talleres y foros para captar propuestas para el Plan de Dant. En esta etapa se elaboró una matriz que debían rellenar los invitados (Figura 48).

Figura 48 – Matriz para rellenar las propuestas según el Eje y la Línea de Acción

Líneas de Acción	
Ejes	Ambientes y territorios saludables Desarrollo saludable del ciclo de vida Equidad en la salud Salud mental Gestión del conocimiento e información para la salud Innovación en salud Educación y Comunicación en Salud
Promoción de la salud	
Atención integral de la salud	
Vigilancia de la salud	
Prevención de enfermedades y lesiones	

Fuente: elaboración propia.

Los ejes de la matriz se eligieron a partir de discusiones internas sobre la integración de la vigilancia en salud con la Atención Primaria de Salud, la integración de la vigilancia de ENT, la garantía de las acciones de prevención de enfermedades y lesiones y promoción de la salud. Para cada eje, se elaboró una descripción del concepto, con el objetivo de mejorar su comprensión y disminuir las dudas en la elección de la acción y en la confección de la Matriz. A saber:

La promoción de la salud se entiende como el resultado de la interacción de factores sociales, económicos, culturales y políticos, que producen, con el sujeto y el colectivo, las condiciones objetivas de vida en los diversos contextos sociales, favorables o no a la salud. La estrategia principal de la promoción de la salud consiste en desarrollar las capacidades de los individuos y los colectivos para una mayor participación y control de los procesos que afectan directamente a sus vidas, como las decisiones políticas. La promoción de la salud está directamente relacionada con la lucha contra los determinantes sociales de la salud.

La atención integral de la salud es un conjunto de acciones que abarcan la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención de la salud en todos los niveles de complejidad, considerando las dimensiones biológica, social y cultural de los individuos.

La vigilancia de la salud es el conjunto de prácticas continuas y articuladas destinadas a conocer, predecir, prevenir y afrontar los problemas de salud de la población en un territorio determinado relacionados con los factores de riesgo actuales y potenciales, los accidentes, las discapacidades, las enfermedades y las lesiones de salud. Además de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles, incluye la promoción de la salud, la vigilancia de lesiones (violencias y accidentes) y enfermedades no transmisibles, la vigilancia de la salud medioambiental, la vigilancia de la salud de los trabajadores y la vigilancia de las situaciones de salud.

La prevención de enfermedades y lesiones comprende acciones conjuntas entre la vigilancia y la atención a la salud con el fin de estructurar la red de protección y atención con componentes para la producción y el uso de información social y sanitaria; acciones anticipadas contra los factores de riesgo de enfermedades y accidentes; acciones intersectoriales que acuerdan la estructuración de las intervenciones en las ciudades y en el campo, y la puesta en marcha de acuerdos normativos que se centran en los factores de riesgo.

Las siete líneas de acción tuvieron como principal objetivo asegurar propuestas actuales y correlacionadas con las estrategias para enfrentar de las ENT en Brasil y en el mundo. Se demarcaron las acciones en curso impulsadas por el Ministerio de Salud y la inclusión, en los procesos de gestión compartida, de nuevas tecnologías e iniciativas innovadoras para la prevención de enfermedades, la producción de cuidados y asistencia y la promoción de la salud. Son los siguientes:

Ambientes y territorios saludables entendidos como dimensiones concretas del proceso salud-enfermedad, en las que las determinaciones sociales de la salud provocan acciones transformadoras. Más que espacios definidos geográfica y políticamente, representan lugares en los que las personas viven, circulan y, en consecuencia, producen sus relaciones interpersonales, con el trabajo, la naturaleza, la salud, etc.

El desarrollo saludable en los ciclos vitales comprende los aspectos hereditarios, biológicos y del medio integrados en la producción del ciclo vital de cada individuo, desde el nacimiento hasta la muerte. En el Plan de Dant cabe destacar la importancia de la atención a la salud del niño, especialmente en los mil días, y el cuidado ampliado para contemplar las necesidades, los problemas de salud y las enfermedades más prevalentes en cada ciclo de vida, en la perspectiva de la promoción de la salud (producción de elecciones favorables a la salud) y la prevención de las enfermedades (anticipación ante la construcción de formas de vida desfavorables a la salud).

La equidad en la salud significa atender las demandas de las personas y los colectivos según sus necesidades, provocando ajustes sociales favorables a la mejora de las condiciones de vida. El concepto de equidad considera que las desigualdades sociales son injustas y evitables, por lo que es necesario poner en marcha acciones gubernamentales dirigidas a satisfacer las diferentes necesidades de la población. Dentro de este concepto, debe prestarse atención prioritaria a los grupos o poblaciones vulnerables.

La salud mental es un estado de bienestar en el que el individuo es capaz de utilizar sus propias capacidades, recuperarse del estrés habitual, ser productivo y contribuir a su comunidad. En el contexto del Plan de Dant, la salud mental se asocia, de manera complementaria y estable, con el acceso a las acciones y servicios de salud orientados a la enfermedad en todos los niveles de complejidad. Supone una atención en red, prolongada y compartida entre profesionales, individuos y familiares.

La gestión del conocimiento y la información para la salud son dos grandes dimensiones del proceso y la organización de las personas, las acciones y los servicios. En la salud, la gestión del conocimiento es una estrategia para mejorar los servicios y los profesionales. Se asocia a la integración, retención, intercambio y reutilización del conocimiento mediante la construcción de mecanismos que favorezcan estas acciones. La información para la salud se entiende como un componente de la atención en salud, caracterizado por la producción y difusión sistemática de datos analizados con el fin de apoyar la atención y la toma de decisiones a nivel individual, profesional, colectivo y de gestión. Enfatiza la mejora constante de los sistemas de información para un seguimiento adecuado, el fortalecimiento de las capacidades técnicas para la producción de análisis y la construcción de advocacy para la revisión o finalización de las acciones y servicios.

La innovación en el ámbito de la salud está relacionada con la creación, la mejora o la restauración de algo o de algo que promueva ganancias. Significa mejorar la forma de hacer algo, transformar algo existente en otra acción o cosa que presente mejoras mayores que la anterior. Desde esta perspectiva, la innovación en materia de salud en el Plan de Dant está relacionada con la (re)creación de salidas y soluciones a las iniciativas en curso o nuevas que surgen de las demandas actuales del sector.

La educación y la comunicación en salud son dimensiones diferentes, pero se unen para trazar un camino completo con la formación, la producción y la difusión de la información. La educación en salud presupone una aproximación pedagógica a los temas relacionados con la salud individual y colectiva, discutidos desde

contextos políticos, sociales, culturales y económicos. Su objetivo es ampliar el conocimiento, la autonomía y la horizontalidad en el debate entre los profesionales de la salud y los usuarios del SUS. La comunicación en salud se aborda como una estrategia para difundir información de salud a diversos públicos con el fin de promover la salud, prevenir enfermedades y contribuir a la toma de decisiones. Su importancia se centra en la difusión de información y la mejora del diálogo entre los profesionales de la salud y la población.

Con el instrumento de recogida preparado, se cursaron invitaciones a las secretarías del MS y se celebraron talleres para rellenar la matriz con las propuestas. Se celebraron diez talleres en los que participaron representantes de los temas: abuso de alcohol, dieta inadecuada, inactividad física, contaminación atmosférica, tabaquismo, violencia doméstica (mujeres, niños, adolescentes y ancianos), accidentes (accidentes de tránsito, caídas y ahogamientos, etc.), ENT, violencia urbana y autoinfligida.

A continuación, se celebró un taller los días 24 y 25 de octubre de 2019, con 24 expertos vinculados a las siguientes instituciones: Instituto Nacional del Cáncer (Inca), Instituto de Investigación Económica Aplicada (Ipea), Alianza para el Control del Tabaco y la Promoción de la Salud (ACT), Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz), Universidad Federal de Goiás (UFG), Universidad Federal de Pernambuco (UFPE), Universidad Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidad Federal de Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidad del Sur de Santa Catarina (Unisul), Universidad Federal de Pelotas (UFPel), Universidad de São Paulo (USP), Universidad Federal de Alagoas (Ufal), Universidad Estadual de Campinas (Unicamp) y Universidad do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), en la que se presentó la matriz para la elaboración del nuevo Plan y se discutieron las acciones del Plan de Dant 2011-2022, incluyendo la recomendación de actualizar y migrar algunas de ellas para el plan de Dant.

El momento final de esta etapa fue el VI Foro de Seguimiento del Plan de Acción Estratégico para el Enfrentamiento de las Enfermedades No Transmisibles y Seminario de Evaluación de la Política Nacional de Reducción de la Morbimortalidad por Accidentes y Violencias, del 5 al 7 de noviembre de 2019, en Brasilia/DF. El evento contó con la presencia de representantes de los Ministerios de la Mujer, Familia y Derechos Humanos; Ciudadanía y Desarrollo Regional, representante de la Dirección Nacional de Tránsito (Denatran), representantes de las Secretarías de Salud Estatales, del Distrito Federal y Municipales, investigadores y sociedad civil.

En el Foro se presentó el seguimiento del Plan de Dant, se debatieron temas relacionados a las ENT, con la presentación de experiencias municipales, y se celebraron ocho talleres con los participantes para presentar la estructura y los

objetivos del nuevo plan de Dant y captar propuestas para su composición. Los temas del taller fueron alcohol y tabaco; alimentación sana, actividad física y obesidad; enfermedades no transmisibles (cardiovasculares y diabetes); enfermedades no transmisibles (cáncer y enfermedades respiratorias crónicas); violencia doméstica; violencia urbana; autoinfligidas y accidentes.

Al final de la etapa 1, la matriz contaba con 92 propuestas, que cubrían todos los ejes, además de la alineación con los ODS y el énfasis en la contaminación del aire como quinto factor de riesgo de las ENT.

La segunda etapa del desarrollo del Plan de Dant tuvo cinco pasos:

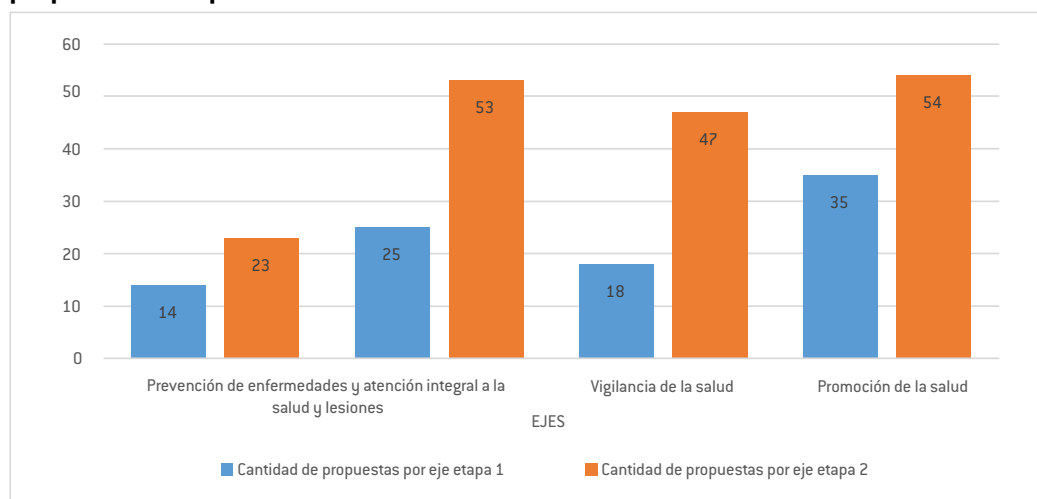
El primero de ellos se desarrolló a partir del análisis de la matriz, procediendo a la exclusión de repeticiones (propuestas iguales en el mismo eje y línea de acción), a la unión de propuestas similares en el mismo eje y línea de acción, reclasificación de propuestas con cambio de eje y/o línea de acción y exclusión de aquellas que no se constituían como propuesta.

El segundo paso se caracterizó por la elaboración de un conjunto de recomendaciones que incluían temas y estrategias importantes para el Plan de Dant con la perspectiva de hacerlo actual, integral y relacionado con las principales cuestiones que implican las acciones de promoción de la salud, la prevención de enfermedades y lesiones y la producción de atención en salud. Las recomendaciones se basaron en las políticas nacionales de vigilancia de la salud, la atención primaria, la prevención de la morbimortalidad por accidentes y violencias, la promoción de la salud, la alimentación y la nutrición, las directrices de la Organización Mundial de la Salud para enfrentar las ENT, los Best Buys para las ENT (WORLD HEALTH ORGANIZATION, [2013]), 60 publicaciones sobre prevención de accidentes y violencias, publicaciones sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), el Plan de Acción Estratégico para el Enfrentamiento de las Enfermedades No Transmisibles, 2011-2022 y Guías sobre los temas elaborados por el Ministerio de Salud.

En el tercer paso, los contenidos de la matriz se reorganizaron en tres conjuntos de acciones estratégicas, vinculadas a los ejes y con especificidades por factores de riesgo y protección y conjunto de ENT. Son: (a) conjunto de acciones estratégicas, (b) conjunto de acciones estratégicas para la promoción de la salud, enfrentamiento de factores de riesgo, prevención de lesiones, producción del cuidado y asistencia para enfrentar las ENT y (c) conjunto de acciones estratégicas para la promoción de la salud, prevención y cuidado ante el grupo de enfermedades no transmisibles.

La matriz fue enviada a las áreas del MS que participaron en la primera etapa del plan, con las recomendaciones sistematizadas. Una vez devueltas las contribuciones, volvieron a pasar por el proceso de unión, excluyendo las repeticiones o el reenvío de la matriz, que se cerró con un total de 177 propuestas. La comparación entre la cantidad y la distribución de las propuestas por eje entre las etapas 1 y 2 se presenta en el siguiente gráfico (Figura 49).

Figura 49 – Comparación del número de propuestas por eje en las etapas 1 y 2 de preparación del plan de Dant



Fuente: Coordinación General de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y Lesiones – CGDANT/DASNT/SVS/MS.

La tercera y última etapa se inició con la consulta pública abierta el 30 de septiembre de 2020 y finalizada el 30 de noviembre del mismo año, para las aportaciones a los temas sobre metas, acciones y posibles aplicaciones del Plan de Dant en la gestión en salud.

Las contribuciones de la consulta pública pasaron por el mismo análisis de la segunda etapa para verificar la pertinencia y la correlación con el eje y la acción para la que fueron sugeridas. Para ello, el trabajo se dividió por temas del Plan y por temas para que el equipo de preparación leyera todos los formularios con la vista puesta en la parte previamente definida. Todos los análisis fueron presentados y discutidos en el equipo, que procedió con las observaciones necesarias a la decisión de aceptarlos o rechazarlos. Esta etapa concluye con el documento final del Plan de Acción Estratégico para el Enfrentamiento de las Enfermedades No Transmisibles y Lesiones en Brasil, 2021-2030.

INDICADORES Y METAS DEL PLAN DE DANT 2021-2030

A partir del balance del Plan de Dant 2011-2022 y de los análisis de las enfermedades no transmisibles y lesiones presentados anteriormente, se definieron 23 indicadores y sus respectivas metas a las que hay que dar seguimiento para supervisar la ejecución anual y los principales resultados del Plan de Dant.

A continuación, se presentan las metas, divididas en los siguientes grupos:

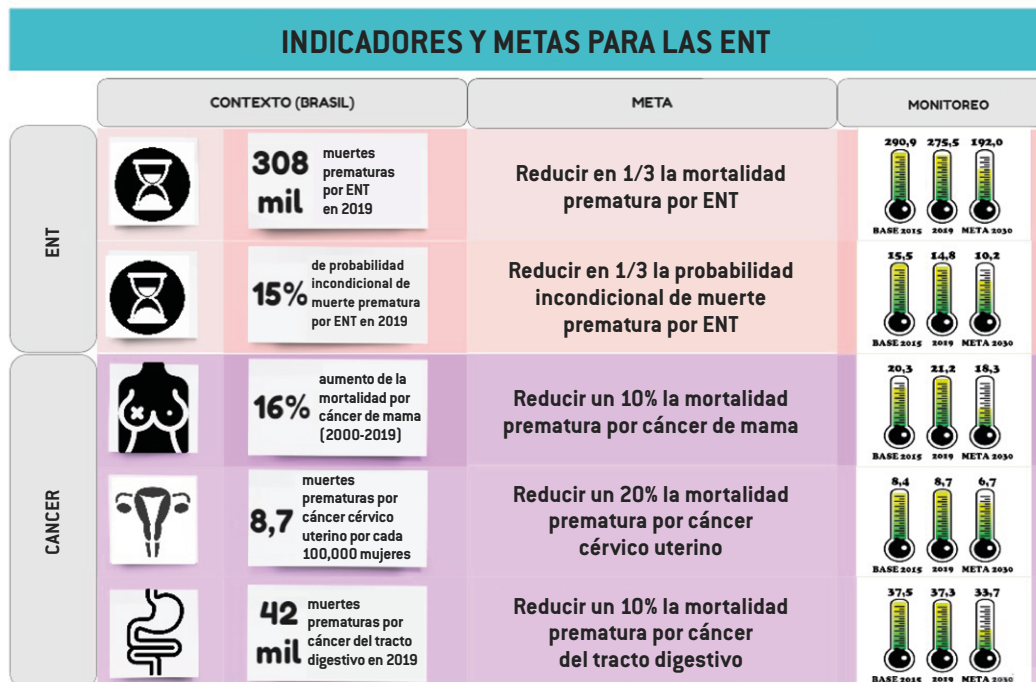
- Cinco indicadores y metas para las ENT.
- Diez indicadores y metas para los factores de riesgo de las ENT.
- Ocho indicadores y metas para lesiones (accidentes y violencias).

Hay que tener en cuenta que las metas fijadas en los grupos mencionados anteriormente tienen una fuente de información (sistemas de información, encuestas) y datos para calcular la línea de base y el resultado a alcanzar en 2030. Sin embargo, los estados, el Distrito Federal y los municipios son libres de incluir otros objetivos de esta naturaleza o de proceso, que no tienen un sistema de información pero que son importantes para el seguimiento del progreso del plan.

Los datos de 2015 se utilizaron como referencia para calcular los valores de las metas para 2030, con el fin de alinearlos con las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que también utilizan este año como referencia. Junto con la línea de base, se hicieron previsiones para los años 2020 a 2030. La previsión se ha realizado mediante el algoritmo de Suavizado Exponencial Triple (ETS), considerando los datos del periodo 2000 a 2019 para realizar la previsión del periodo 2020 a 2030. La previsión se representó gráficamente con la línea gris sólida y el intervalo de confianza de la previsión se representó con las líneas grises discontinuas.

6.1 GRUPO DE INDICADORES Y METAS PARA LAS ENT

Figura 50 – Grupo de indicadores y metas para las ENT



Fuente: Muertes – Sistema de Informaciones sobre la Mortalidad (SIM/SVS/MS), Población residente – Estimativas preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae.

Las metas fijadas para las ENT son **“reducir en 1/3 la tasa estandarizada de mortalidad prematura (30 a 69 años) por ENT”, “reducir en 1/3 la probabilidad incondicional de muerte prematura (30 a 69 años) por ENT”, “reducir en un 10% la mortalidad prematura (30 a 69 años) por cáncer de mama”, “reducir en un 20% la mortalidad prematura (30 a 69 años) por cáncer de cuello de útero” y “reducir en un 10% la mortalidad prematura (30 a 69 años) por cáncer del aparato digestivo”, en Brasil, hasta 2030 (Figura 50).**

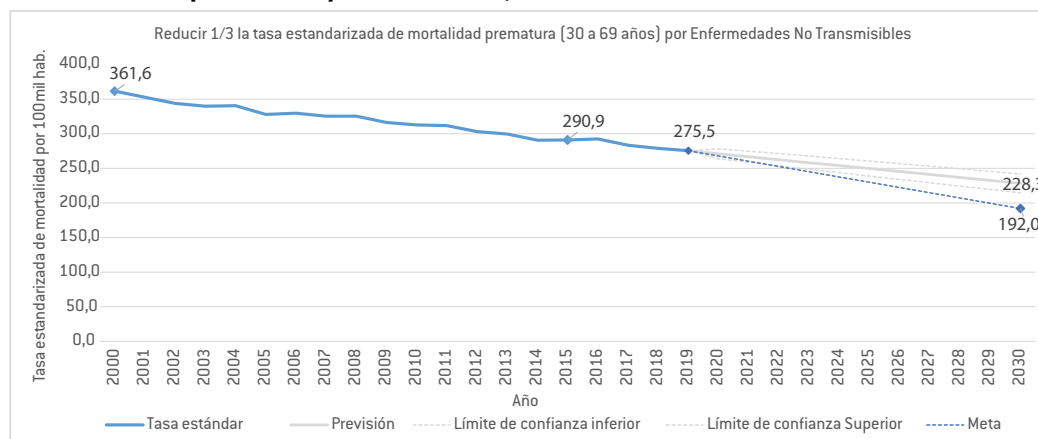
Para el seguimiento de estas metas, debe considerarse la tasa de mortalidad prematura (30 a 69 años) estandarizada por edad debido a las ENT, el cáncer de mama, el cáncer de cuello uterino y el cáncer del tracto digestivo. Se considerarán las defunciones por ENT las clasificadas con los códigos C00-C97 (tumores malignos), E10-E14 (diabetes mellitus), I00-I99 (enfermedades cardiovasculares) y J30-J98, excepto J36 (enfermedades respiratorias crónicas). Se considerarán muertes por cáncer de mama las registradas en el código C50 (Tumor maligno de mama), por cáncer de cuello de útero las registradas en el código C53 (Tumor maligno de cuello de útero) y por cáncer del aparato digestivo las registradas en los códigos C15-C25, C26.0, C26.8, C26.9, C45.1, C48, C77.2, C78.4-C78.8.

Se consideraron los códigos incluidos en la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Los datos sobre las muertes se obtendrán del Sistema de Información sobre la Mortalidad. La población residente se considerará según las estimaciones preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. La población estándar utilizada será la de Brasil, en el año 2010, según el Censo de Población.

La probabilidad incondicional de muerte prematura por ENT se medirá calculando inicialmente la tasa de mortalidad específica por edad para cada grupo de edad de 5 años entre 30 y 69 años: $(tasa \times 5)/(1 + tasa \times 2,5)$. La probabilidad incondicional de morir por ENT en el grupo de edad de 30 a 69 años se calculará como: $1 - \text{producto}(1 - \text{tasa específica por edad})$.

La Figura 51 presenta la evolución de la tasa estandarizada de mortalidad prematura por ENT en Brasil entre 2000 y 2019, así como la predicción de este indicador para los años 2020 a 2030. También se presenta la evolución necesaria de este indicador para alcanzar la meta definida para 2030.

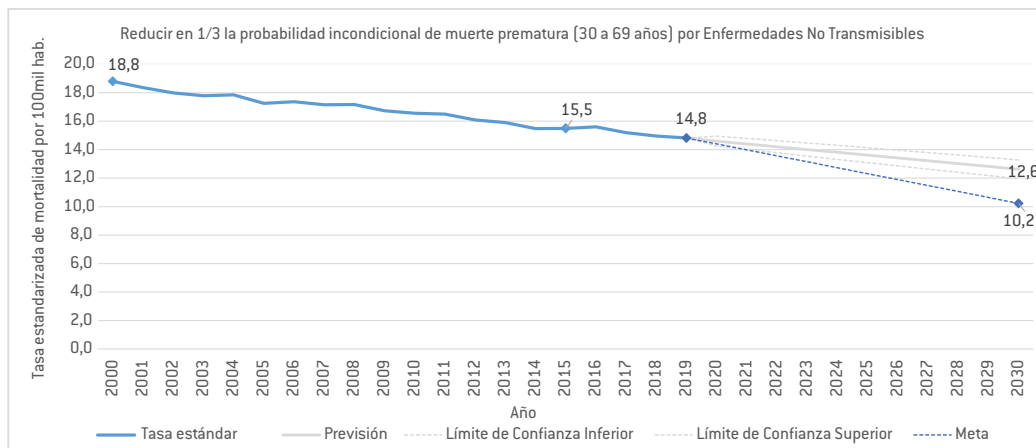
Figura 51 – Seguimiento de la meta, valor observado y previsto de la tasa estandarizada de mortalidad prematura por ENT. Brasil, 2000 a 2030



Fuente: Sistema de Información sobre la Mortalidad (SIM/CGDANT/SVS/MS), Población residente –Estimativas preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Se consideraron las muertes clasificadas con los códigos C00-C97, E10-E14, I00-I99, J30-J98 (excepto J36) (enfermedades no transmisibles – ENT) de la CIE-10. Nota: Estandarización por edad mediante el método directo. Población estándar: Brasil Censo 2010. La previsión se realizó mediante el método de regresión lineal simple.

La Figura 52 presenta la evolución de la probabilidad incondicional de muerte prematura por ENT en Brasil entre 2000 y 2019, así como la predicción de este indicador para los años 2020 a 2030. También se presenta la evolución necesaria de este indicador para alcanzar el objetivo fijado para 2030.

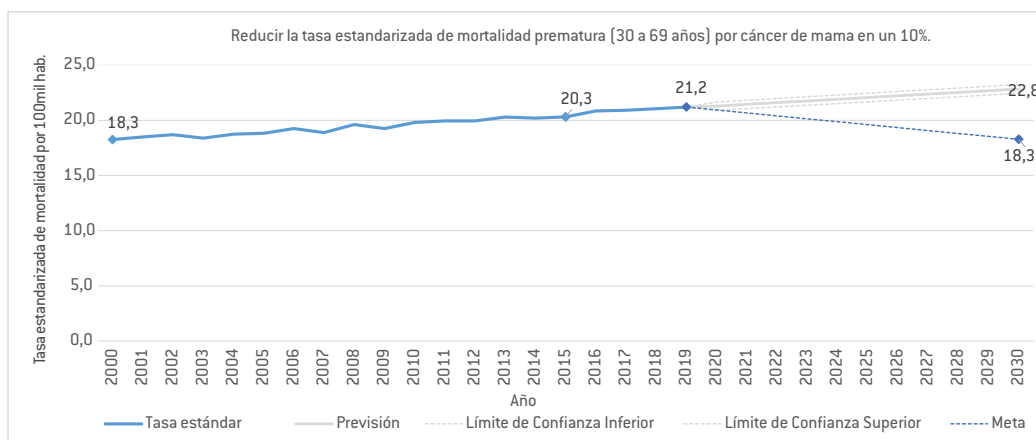
Figura 52 – Seguimiento de la meta, valor observado y previsto probabilidad incondicional de muerte prematura. Brasil, 2000 a 2030



Fuente: Sistema de Información sobre la Mortalidad (SIM/CGDANT/SVS/MS), Población residente – Estimativas preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Se consideraron las muertes clasificadas con los códigos C00-C97, E10-E14, I00-I99, J30-J98 (excepto J36) (enfermedades no transmisibles – ENT) de la CIE-10. Nota: Estandarización por edad mediante el método directo. Población estándar: Brasil Censo 2010. La previsión se realizó mediante el método de regresión lineal simple.

La Figura 53 presenta la evolución de la tasa estandarizada de mortalidad prematura por tumores malignos de mama en Brasil entre 2000 y 2019, así como la predicción de este indicador para los años 2020 a 2030. También se presenta la evolución necesaria de este indicador para alcanzar el objetivo definido para 2030.

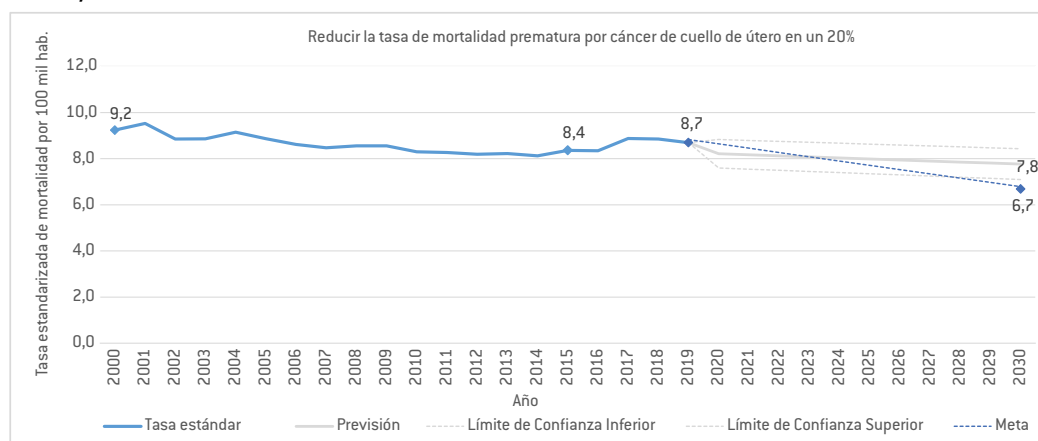
Figura 53 – Seguimiento del valor objetivo, observado y previsto de la tasa estandarizada de mortalidad prematura (30 a 69 años) por tumores malignos de mama. Brasil, 2000 a 2030



Fuente: Sistema de Información sobre la Mortalidad (SIM/CGDANT/SVS/MS), Población residente – Estimativas preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Consideramos las muertes clasificadas con el código C50 (Tumor maligno de mama) de la CIE-10. Nota: Estandarización por edad mediante el método directo. Población estándar: Brasil Censo 2010. La previsión se realizó mediante el método de regresión lineal simple.

La Figura 54 presenta la evolución de la tasa estandarizada de mortalidad prematura por tumores malignos de cuello uterino en Brasil entre 2000 y 2019, así como la previsión de este indicador para los años 2020 a 2030. También se presenta la evolución necesaria de este indicador para alcanzar el objetivo definido para 2030.

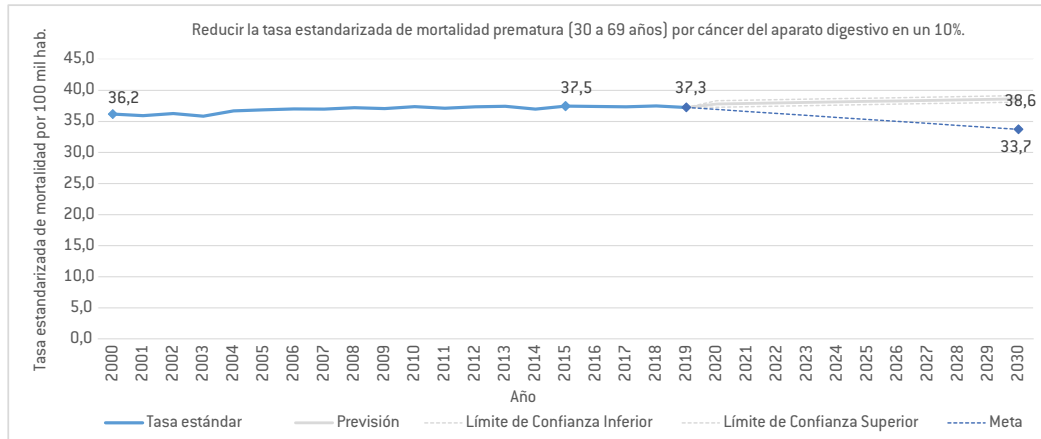
Figura 54 – Seguimiento del valor objetivo, observado y previsto de la tasa estandarizada de mortalidad prematura (30 a 69 años) por tumores malignos del cuello de útero. Brasil, 2000 a 2030



Fuente: Sistema de Información sobre la Mortalidad (SIM/CGDANT/SVS/MS), Población residente – Estimativas preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Consideramos las muertes clasificadas con el código C53 (cáncer de cuello uterino) de la CIE-10.
 Nota: Estandarización por edad mediante el método directo. Población-estándar: Brasil Censo 2010. La previsión se realizó mediante el método de regresión lineal simple.

La Figura 55 presenta la evolución de la tasa estandarizada de mortalidad prematura por tumores malignos del sistema digestivo en Brasil entre 2000 y 2019, así como la previsión de este indicador para los años 2020 a 2030. También se presenta la evolución necesaria de este indicador para alcanzar el objetivo definido para 2030.

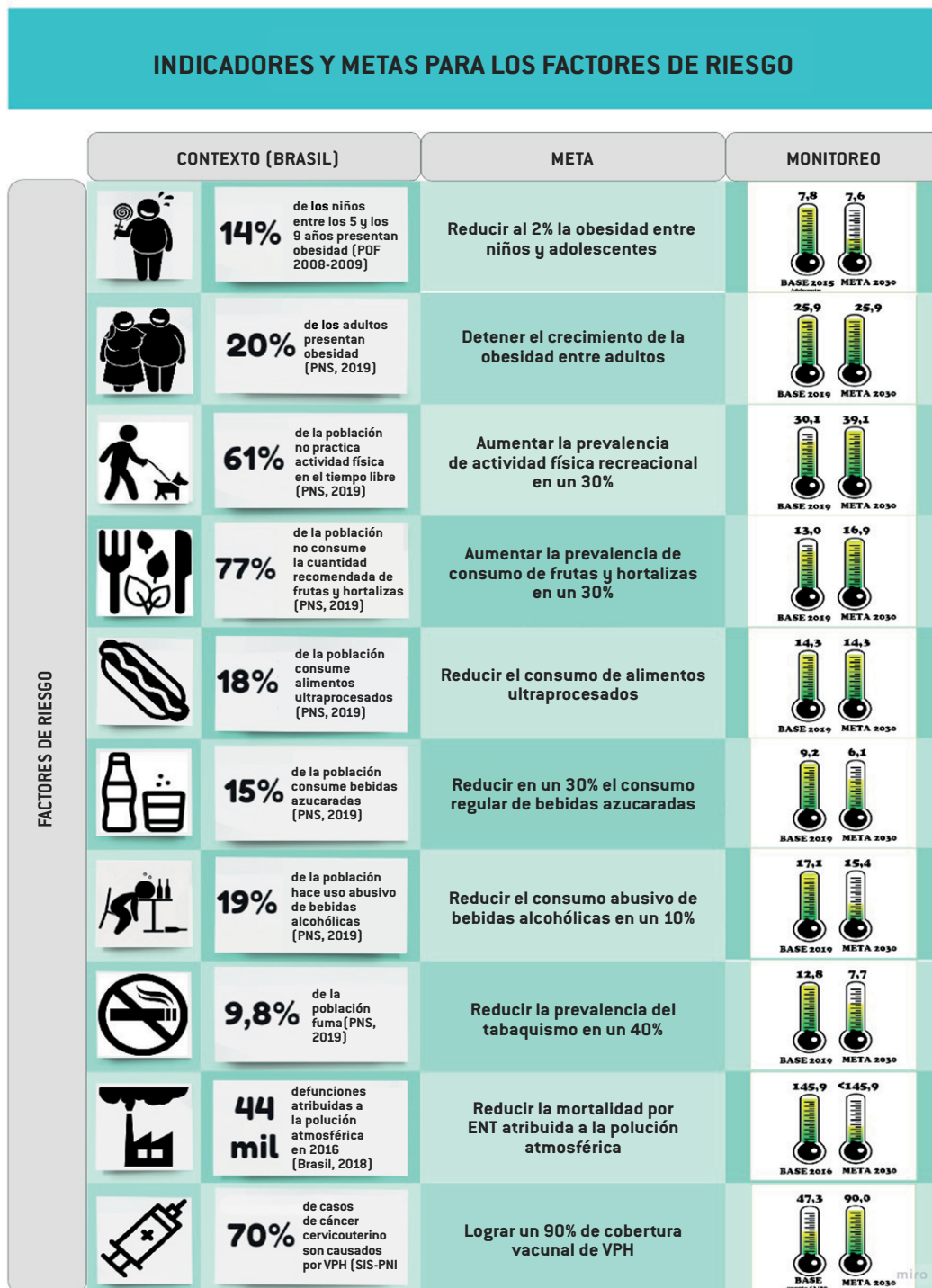
Figura 55 – Seguimiento del valor objetivo, observado y previsto de la tasa estandarizada de mortalidad prematura (30 a 69 años) por tumores malignos del aparato digestivo. Brasil, 2000 a 2030



Fuente: Sistema de Información sobre la Mortalidad (SIM/CGDANT/SVS/MS), Población residente – Estimativas preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Se consideraron las muertes clasificadas con los códigos C15, C16-C25, C26.0, C26.8, C26.9, C45.1, C48, C77.2, C78.4-C78.8 (Tumor maligno del aparato digestivo) de la CIE-10. Nota: Estandarización por edad mediante el método directo. Población estándar: Brasil Censo 2010. La previsión se realizó mediante el método de regresión lineal simple.

6.2 GRUPO DE INDICADORES Y METAS PARA LOS FACTORES DE RIESGO PARA LAS ENT

Figura 56 – Grupo de indicadores y metas para los factores de riesgo para las ENT



Fuente: Factores de riesgo – PNS (2019), POF 2008-2009, PeNSE (2015); Muertes – Sistema de Información sobre la Mortalidad (SIM/SVS/MS), Población residente – Estimativas preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Gastos y hospitalizaciones - Sistema de información hospitalaria SUS (SIH-SUS). Cobertura de vacunación – SIS-PNI.

Los objetivos fijados para los factores de riesgo son **“reducir la prevalencia de la obesidad en niños y adolescentes en un 2%”, “detener el crecimiento de la obesidad en adultos”, “aumentar la prevalencia de la actividad física durante el tiempo libre en un 30%”, “aumentar el consumo recomendado de frutas y hortalizas en un 30%”, “reducir el consumo de alimentos ultraprocesados”, “reducir el consumo habitual de bebidas azucaradas en un 30%”, “reducir el consumo abusivo de bebidas alcohólicas en un 10%”, “reducir la prevalencia del tabaquismo en un 40%”, “reducir la mortalidad por ENT atribuida a la contaminación atmosférica” y “alcanzar una cobertura de vacunación contra el VPH del 90%”,** en Brasil, hasta 2030 (Figura 56).

Para la verificación de la consecución de la meta de reducir la obesidad en los niños, se debe considerar como línea de base la prevalencia de la obesidad infantil de la Pesquisa de Orçamentos Familiares (Investigación de Presupuestos Familiares) (POF) que realizó antropometría en niños menores de 5 años, y, el seguimiento, se utilizarán estudios de base poblacional futuros. Hasta la fecha, estos datos no se han publicado, por lo que no se presentarán en este documento.

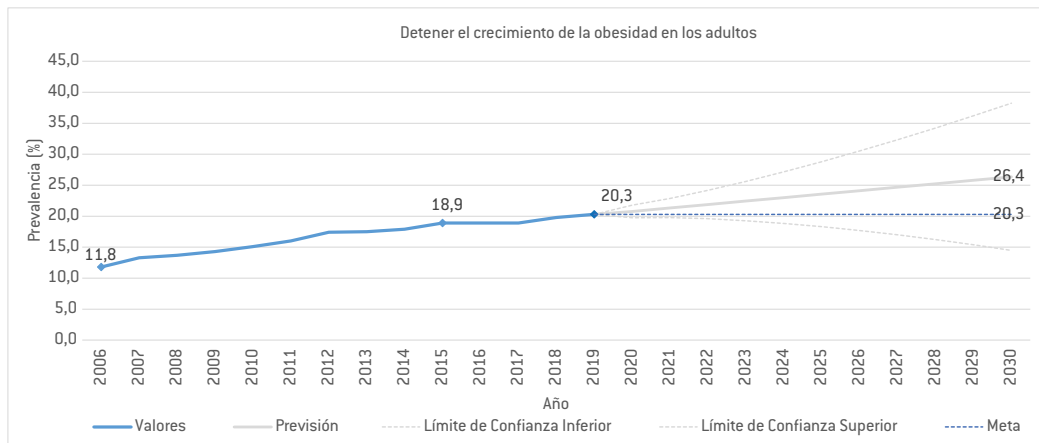
Para verificar el cumplimiento de la meta de reducción de la obesidad en adolescentes, se debe considerar como línea de base la prevalencia de obesidad en adolescentes de la Encuesta Nacional de Salud Escolar (PeNSE), edición 2015, datos de la muestra 2 (adolescentes de 13 a 17 años), y para el seguimiento se considerarán las ediciones posteriores de la PeNSE.

Para verificar el cumplimiento de la meta de detener la obesidad en adultos, se considerará como línea de base la prevalencia de obesidad en adultos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS), edición 2019, y para el seguimiento se utilizarán los datos de Vigitel. Para los periodos disponibles, se deben utilizar los datos de la ENS, debido a su mayor cobertura y a la obtención de información sobre el peso y la talla mediante su medición. Los datos del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (Sisvan) también se utilizarán para el control de la obesidad en la población seguida por la atención primaria, considerando todos los ciclos vitales citados.

Las Figuras 57 a 61 muestran el ejemplo del seguimiento de los objetivos relacionados con los factores de riesgo de las ENT que se controlan a partir de los datos de Vigitel.

La Figura 57 presenta la evolución de la prevalencia de la obesidad en adultos (18 años o más) entre 2006 y 2019, así como la predicción de este indicador para los años 2020 a 2030. También se presenta la evolución necesaria de este indicador para alcanzar el objetivo definido para 2030.

Figura 57 – Seguimiento de la meta, valor observado y previsto de la prevalencia de obesidad en adultos (≥ 18 años) en todas las capitales brasileñas y el Distrito Federal, 2006 a 2030

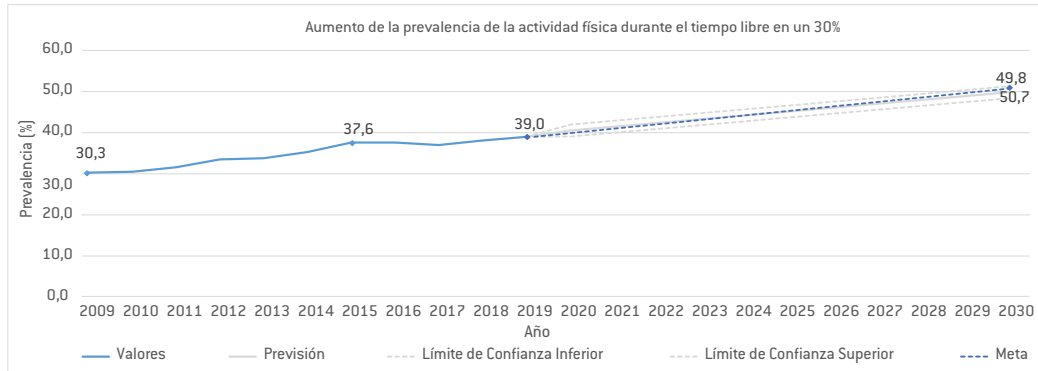


Fuente: Ministerio de Salud – Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo y protección de las enfermedades no transmisibles por encuesta telefónica (Vigitel) (CGDANT/DASNT/SVS/MS). La predicción se realizó mediante el método de regresión lineal simple.

Para verificar la consecución de los objetivos de aumentar el consumo recomendado de frutas y hortalizas, reducir el consumo de bebidas azucaradas, reducir el consumo de alimentos ultraprocesados, aumentar la práctica de actividad física en el tiempo libre, reducir el tabaquismo y reducir el consumo abusivo de bebidas alcohólicas, se deben considerar las prevalencias de Vigitel 2019 como línea de base y se utilizarán los datos de futuras ediciones de Vigitel para su seguimiento. Para los periodos disponibles, deben utilizarse los datos del PNS, debido a su mayor cobertura.

La Figura 58 presenta la evolución de la prevalencia de la actividad física en el tiempo libre entre los adultos (18 años o más) entre 2009 y 2019, así como la predicción de este indicador para los años 2020 a 2030. También se presenta la evolución necesaria de este indicador para alcanzar el objetivo fijado para 2030.

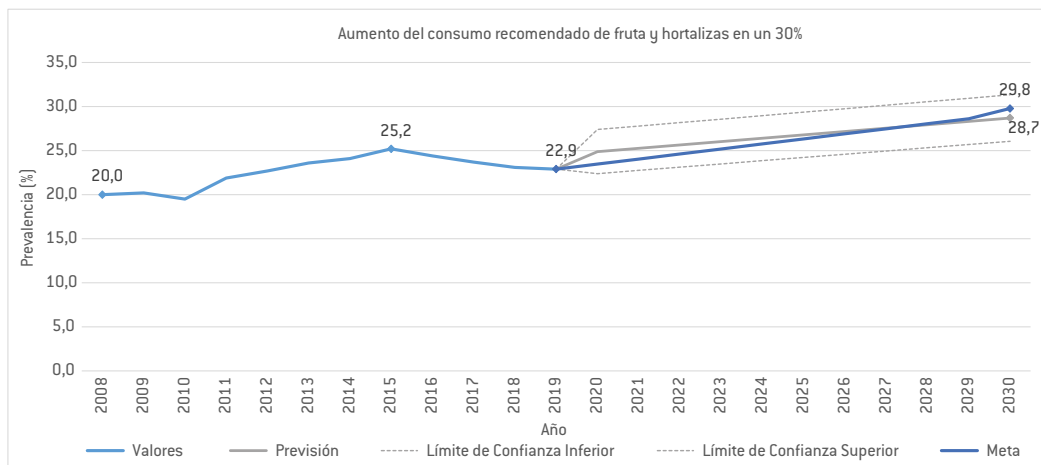
Figura 58 – Seguimiento de la meta, valor observado y previsto de la prevalencia de la práctica de actividad física en el tiempo libre entre los adultos (≥ 18 años) en todas las capitales brasileñas y el Distrito Federal, 2009 a 2030



Fuente: Ministerio de Salud - Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo y Protección de Enfermedades Crónicas por Consulta Telefónica (Vigitel) (CGDANT/DASNT/SVS/MS). La predicción se realizó mediante el método de regresión lineal simple.

La Figura 59 presenta la evolución de la prevalencia del consumo recomendado de frutas y hortalizas entre los adultos (mayores de 18 años) entre 2008 y 2019, así como la previsión de este indicador para los años 2020 a 2030. También se presenta la evolución necesaria de este indicador para alcanzar el objetivo definido para 2030.

Figura 59 – Seguimiento de la meta, valor observado y previsto de la prevalencia del consumo recomendado de frutas y hortalizas en adultos (≥ 18 años) en todas las capitales brasileñas y el Distrito Federal, 2006 a 2019



Fuente: Ministerio de Salud - Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo y Protección de Enfermedades Crónicas por Consulta Telefónica (Vigitel) (CGDANT/DASNT/SVS/MS). La predicción se realizó mediante el método de regresión lineal simple.

La Figura 60 presenta la evolución de la prevalencia del consumo excesivo de alcohol entre los adultos (mayores de 18 años) entre 2006 y 2019, así como la previsión de este indicador para los años 2020 a 2030. También se presenta la evolución necesaria de este indicador para alcanzar el objetivo definido para 2030.

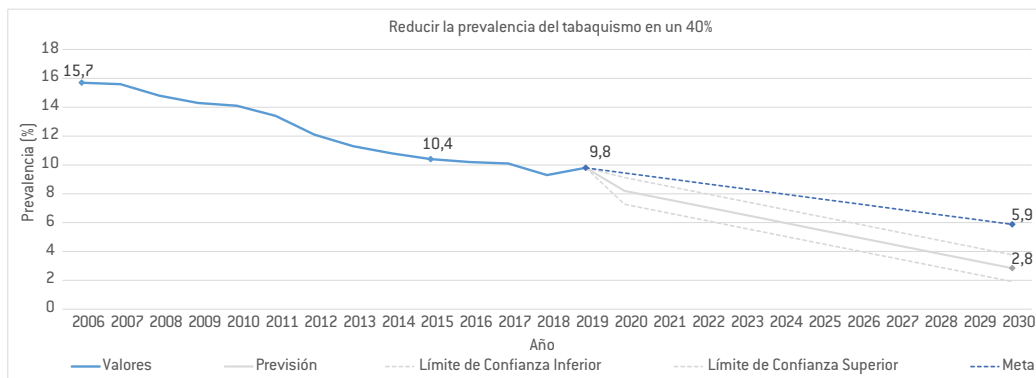
Figura 60 – Seguimiento de la meta, valor observado y previsto de la prevalencia de consumo abusivo de bebidas alcohólicas en adultos (≥ 18 años) en las capitales brasileñas y el Distrito Federal (2006-2019)



Fuente: Ministerio de Salud - Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo y Protección de Enfermedades Crónicas por Consulta Telefónica (Vigitel) (CGDANT/DASNT/SVS/MS). La predicción se realizó mediante el método de regresión lineal simple.

La Figura 61 presenta la evolución de la prevalencia de tabaquismo en adultos (mayores de 18 años) entre 2006 y 2019, así como la previsión de este indicador para los años 2020 a 2030. También se presenta la evolución necesaria de este indicador para alcanzar el objetivo definido para 2030.

Figura 61 – Seguimiento de la meta, valor observado y previsto de la prevalencia de tabaquismo en adultos (≥ 18 años) en todas las capitales brasileñas y en el Distrito Federal, 2006 a 2019



Fuente: Ministerio de Salud - Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo y Protección de Enfermedades Crónicas por Consulta Telefónica (Vigitel) (CGDANT/DASNT/SVS/MS). La predicción se realizó mediante el método de regresión lineal simple.

El seguimiento de la carga de la mortalidad por ENT atribuida a la contaminación atmosférica se lleva a cabo con información producida por una metodología que combina datos de salud y de calidad del aire. Estas estimaciones se han obtenido a través del GBD Collaboration. Para la elaboración de este indicador se evaluará la magnitud de la mortalidad; el número de años de vida potencialmente perdidos, es decir, los años de vida perdidos por muerte prematura; la fracción atribuible

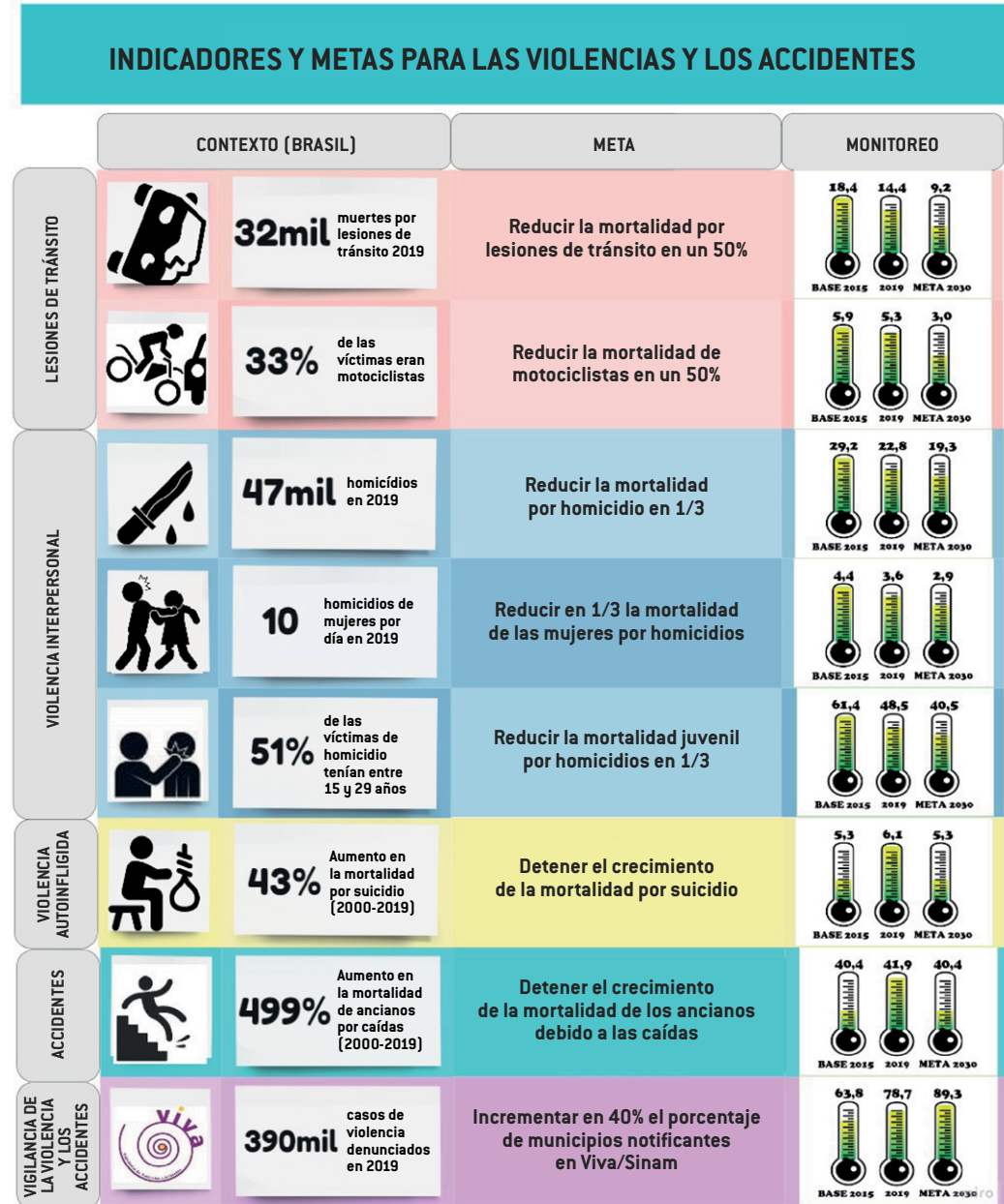
en la población (PAF), definida como la porción de la carga de una determinada enfermedad que puede estimarse a partir de la exposición por un factor de riesgo específico; y la síntesis de exposición, que representa la medida de exposición de una población a un determinado factor, considerando la magnitud de la exposición por nivel de riesgo y su contribución a la carga de enfermedad (BRASIL, 2018).

Durante las discusiones de la Agenda de los ODS en la Secretaría de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud, se ha considerado la producción de estimaciones independientes del impacto de la contaminación atmosférica en la mortalidad general por lesiones crónicas específicas por parte del Ministerio de Salud, con datos de SIM/DataSUS y Sisam/Inpe. Sin embargo, teniendo en cuenta los datos disponibles hasta el momento, la mortalidad por ENT atribuida a la contaminación fue de 180,9 muertes por cada 100.000 habitantes entre los hombres y de 111,0 muertes por cada 100.000 habitantes entre las mujeres en 2016. Para alcanzar el objetivo propuesto para 2030, deberían alcanzarse valores inferiores a estos.

El cálculo de la cobertura de vacunación acumulada por cohorte de niñas y niños se basará en la identificación de cohortes de edad, definidas como el grupo de personas que cumplen el mismo número de años de vida en el mismo año natural. El análisis de la cobertura se realizará por separado para la primera y la segunda dosis, utilizando los datos del Sistema de Información del Programa Nacional de Inmunización. La cobertura de la primera dosis entre las niñas (9 a 14 años) fue del 82,89% en la cohorte de 2013 a 2020; y entre los niños (11 a 14 años) fue del 57,4%. Considerando también la cohorte de 2013 a 2020, la cobertura de la segunda dosis entre las niñas (9 a 15 años) fue del 58,2%; y entre los niños (11 a 15 años) fue del 36,0%.

6.3 GRUPO DE INDICADORES Y METAS EN MATERIA DE ACCIDENTES Y VIOLENCIAS

Figura 62 – Grupo de indicadores y metas para las violencias y los accidentes



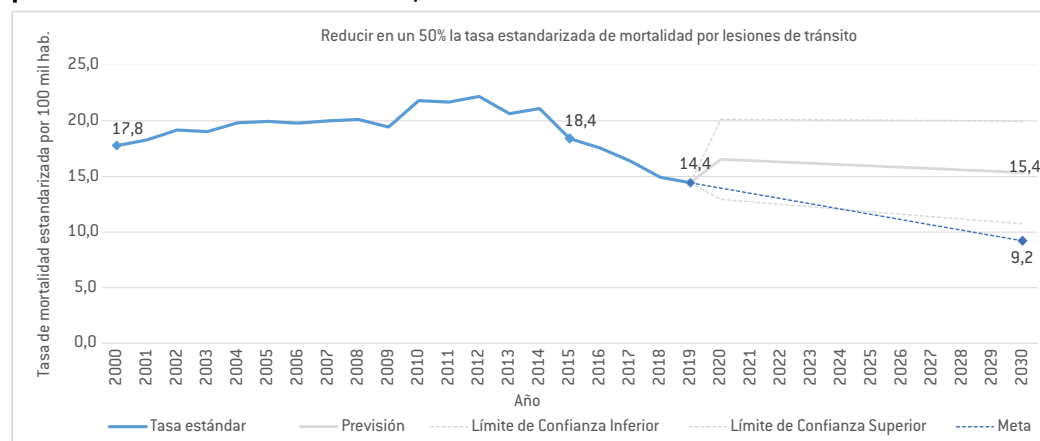
Fuente: Muertes - Sistema de Informaciones sobre la Mortalidad (SIM/SVS/MS), Población residente – Estimativas preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Notificaciones – Viva/Sinam.

Las metas establecidas para violencias y accidentes son: **“reducir en un 50% la tasa de mortalidad por lesiones de tránsito”, “reducir en un 50% la tasa de mortalidad de los ocupantes de motocicletas/triciclos”, “reducir en 1/3 la tasa de mortalidad por homicidios”, “reducir en 1/3 la tasa de mortalidad de las mujeres por homicidio”, “reducir en 1/3 la tasa de mortalidad de jóvenes (15 a 29 años) por homicidios”, “detener el crecimiento de la mortalidad por suicidios”, “detener el crecimiento de la mortalidad por caídas accidentales” y “aumentar en un 40% el porcentaje de municipios que informan a Viva/Sinan”, en Brasil, hasta 2030.**

Para el seguimiento de las metas de “reducir en un 50% la tasa de mortalidad por accidentes de tránsito” y “reducir en un 50% la tasa de mortalidad de los ocupantes de motocicletas/triciclos” en Brasil para el año 2030, se deben considerar las tasas de mortalidad por accidentes de tránsito y de los ocupantes de motocicletas y triciclos estandarizadas por edad. Consideraremos las muertes clasificadas con los códigos V01 a V89 (accidentes de transporte terrestre) y V20 a V39 (ocupantes de motos y triciclos) de la CIE-10 en el SIM. Consideraremos la población residente según las estimaciones preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. La población estándar utilizada será la de Brasil, en el año 2010, según el Censo de Población.

La Figura 63 presenta la evolución de la tasa estandarizada de mortalidad por lesiones de tránsito en Brasil entre 2000 y 2019, así como la previsión de este indicador para los años 2020 a 2030. También se presenta la evolución necesaria de este indicador para alcanzar el objetivo definido para 2030.

Figura 63 – Seguimiento de la meta, valor observado y previsto de la tasa de mortalidad por accidentes de tránsito. Brasil, 2000 a 2030

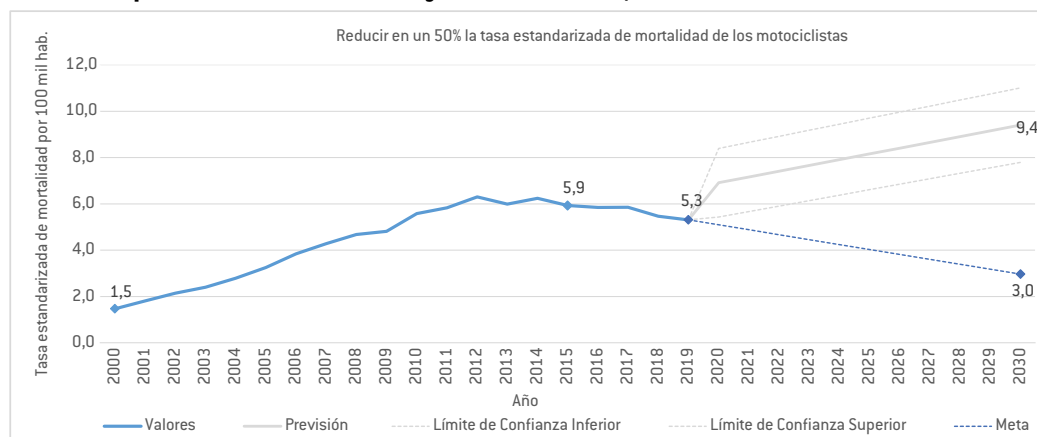


Fuente: Muertes - Sistema de Informaciones sobre la Mortalidad (SIM-MS), Población residente – Estimativas preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Se consideraron las muertes clasificadas con los códigos V01 a V89 (Accidentes de transporte terrestre) de la CIE-10.

Nota: Estandarización por edad mediante el método directo. Población estándar: Brasil 2010. Las muertes cuyo grupo de edad de la víctima se marcó como “ignorado” no se tuvieron en cuenta”. La previsión se realizó mediante el método de regresión lineal simple.

La Figura 64 presenta la evolución de la tasa de mortalidad de los ocupantes de motocicletas y triciclos en Brasil entre 2000 y 2019, así como la previsión de este indicador para los años 2020 a 2030. También se presenta la evolución necesaria de este indicador para alcanzar el objetivo definido para 2030.

Figura 64 – Seguimiento de la meta, valor observado y previsto de la tasa de mortalidad de los ocupantes de motocicletas y triciclos. Brasil, 2000 a 2030



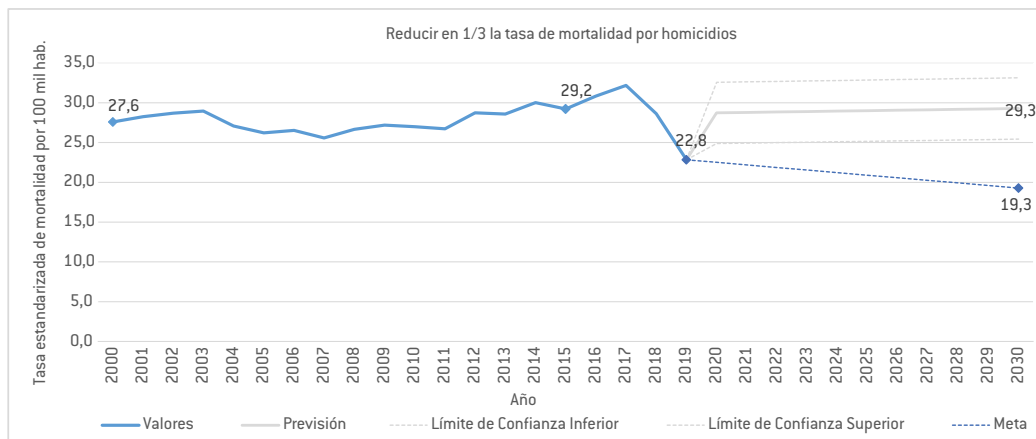
Fuente: Muertes - Sistema de Informaciones sobre la Mortalidad (SIM-MS), Población residente – Estimativas preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Se consideraron las muertes clasificadas con los códigos V20 a V39 (Ocupantes de motocicletas e triciclos) de la CIE-10.

Nota: Estandarización por edad mediante el método directo. Población estándar: Brasil 2010. Las muertes cuyo grupo de edad de la víctima se marcó como “ignorado” no se tuvieron en cuenta”. La previsión se realizó mediante el método de regresión lineal simple.

Para el seguimiento de las metas **“reducir en 1/3 la tasa de mortalidad por homicidios”**, **“reducir en 1/3 la tasa de mortalidad de mujeres por homicidio”** y **“reducir en 1/3 la tasa de mortalidad de jóvenes (15 a 29 años) por homicidios”**, en Brasil hasta 2030, Se debe tener en cuenta: la tasa de mortalidad por homicidio y la tasa de mortalidad de mujeres por homicidios, estandarizada por edad, y la tasa de mortalidad específica de los jóvenes (15 a 29 años) por homicidios, respectivamente. Consideraremos las muertes clasificadas con los códigos X85 a Y09 (agresiones); Y22 a Y24 (disparos, con intención no determinada); Y35 (intervención legal); Y87.1 (secuela de agresión) y Y89.0 (secuela de intervención legal) de la CIE-10 en el Sistema de Información de Mortalidad. Consideraremos la población residente según las estimaciones preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. La población estándar utilizada será la de Brasil, en el año 2010, según el Censo de Población. La tasa de mortalidad juvenil a controlar debe ser la tasa específica (bruta) y no la tasa estandarizada.

La Figura 65 presenta la evolución de la tasa estandarizada de mortalidad por homicidios en Brasil entre 2000 y 2019, así como la previsión de este indicador para los años 2020 a 2030. También se presenta la evolución necesaria de este indicador para alcanzar el objetivo definido para 2030.

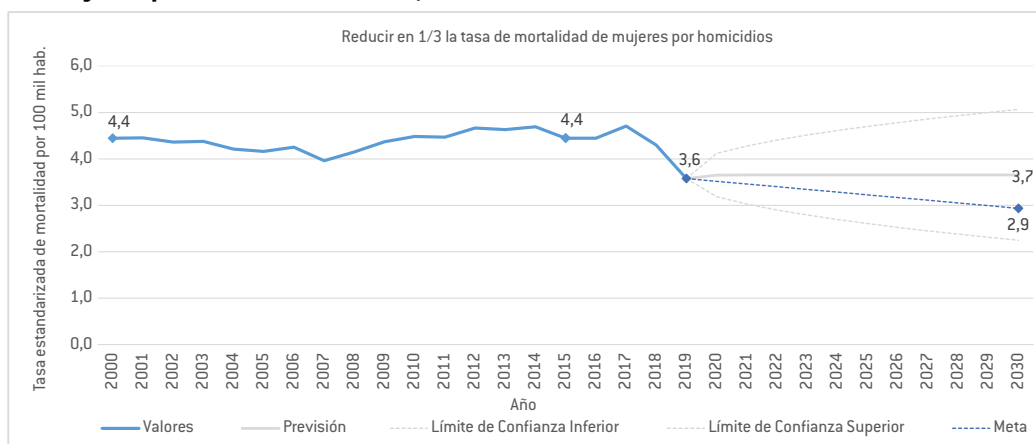
Figura 65 – Seguimiento de la meta, valor observado y previsto de la tasa de mortalidad por homicidios. Brasil, 2000 a 2030



Fuente: Muertes - Sistema de Informaciones sobre la Mortalidad (SIM-MS), Población residente – Estimativas preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Se consideraron las muertes clasificadas con los códigos X85 a Y09 (agresiones); Y22 a Y24 (disparo de arma de fuego, con intención indeterminada); Y35 (intervención legal); Y87.1 (secuela de agresión) e Y89.0 (secuela de intervención legal) de la CIE-10.
 Nota: Estandarización por edad mediante el método directo. Población estándar: Brasil 2010. Las muertes cuyo grupo de edad de la víctima se marcó como "ignorado" no se tuvieron en cuenta". La previsión se realizó mediante el método de regresión lineal simple.

La Figura 66 presenta la evolución de la tasa estandarizada de mortalidad de mujeres por homicidios en Brasil entre 2000 y 2019, así como la previsión de este indicador para los años 2020 a 2030. También se presenta la evolución necesaria de este indicador para alcanzar el objetivo definido para 2030.

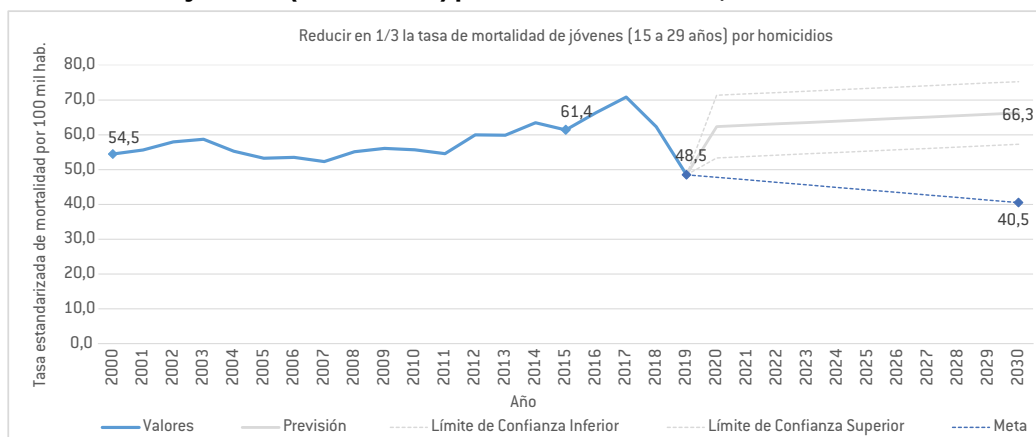
Figura 66 – Seguimiento de la meta, valor observado y previsto de la tasa de mortalidad de mujeres por homicidios. Brasil, 2000 a 2030



Fuente: Muertes - Sistema de Informaciones sobre la Mortalidad (SIM-MS), Población residente – Estimativas preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Se consideraron las muertes clasificadas con los códigos X85 a Y09 (agresiones); Y22 a Y24 (disparo de arma de fuego, con intención no determinada); Y35 (intervención legal); Y87.1 (secuela de agresión) e Y89.0 (secuela de intervención legal) da CID10.
 Nota: Estandarización por edad mediante el método directo. Población estándar: Brasil 2010. Las muertes cuyo grupo de edad de la víctima se marcó como "ignorado" no se tuvieron en cuenta". La previsión se realizó mediante el método de regresión lineal simple.

La Figura 67 presenta la evolución de la tasa específica de mortalidad de jóvenes (15 a 29 años) por homicidios en Brasil entre 2000 y 2019, así como la previsión de este indicador para los años 2020 a 2030. También se presenta la evolución necesaria de este indicador para alcanzar el objetivo definido para 2030.

Figura 67 – Seguimiento de la meta, valor observado y previsto de la tasa específica de mortalidad de jóvenes (15 a 29 años) por homicidios. Brasil, 2000 a 2030

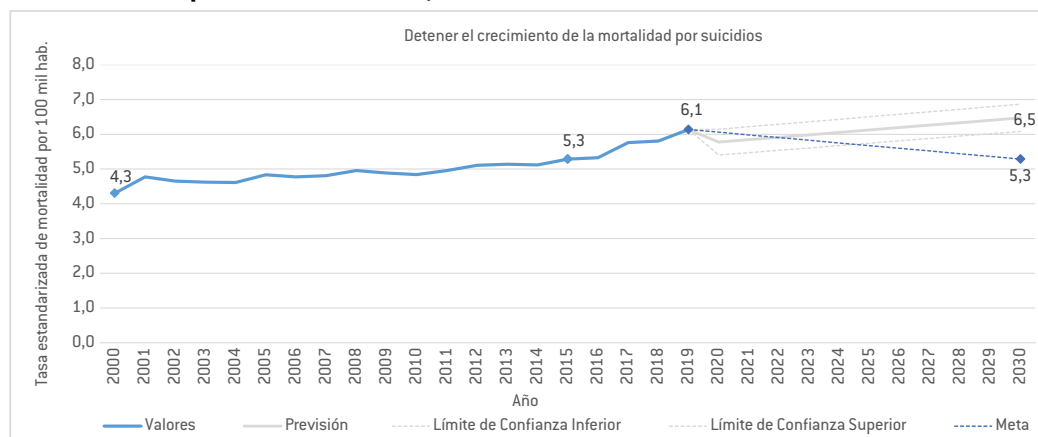


Fuente: Muertes - Sistema de Informaciones sobre la Mortalidad (SIM-MS), Población residente – Estimativas preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Se consideraron las muertes clasificadas con los códigos X85 a Y09 (agresiones); Y22 a Y24 (disparo de arma de fuego, con intención indeterminada); Y35 (intervención legal); Y87.1 (secuela de agresión) e Y89.0 (secuela de intervención legal) de la CIE-10. Las muertes cuyo grupo de edad de la víctima se marcó como “ignorado” no se tuvieron en cuenta”. La previsión se realizó mediante el método de regresión lineal simple.

Para el seguimiento de la meta de **“detener el crecimiento de la mortalidad por suicidio”**, en Brasil para el año 2030, se debe considerar la tasa de mortalidad por suicidio estandarizada por edad. Consideraremos las muertes clasificadas con los códigos X60 a X84 (lesiones autoinfligidas intencionadamente) e Y87.0 (secuelas de lesiones autoinfligidas) de la CIE-10 en el Sistema de Información de Mortalidad. La población residente se considerará según las estimaciones preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. La población estándar utilizada será la de Brasil en el año 2010, según el Censo de Población.

La Figura 68 presenta la evolución de la tasa estandarizada de mortalidad por suicidios en Brasil entre 2000 y 2019, así como la previsión de este indicador para los años 2020 a 2030. También se presenta la evolución necesaria de este indicador para alcanzar el objetivo definido para 2030.

Figura 68 – Seguimiento de la meta, valor observado y previsto de la tasa estandarizada de mortalidad por suicidios. Brasil, 2000 a 2030

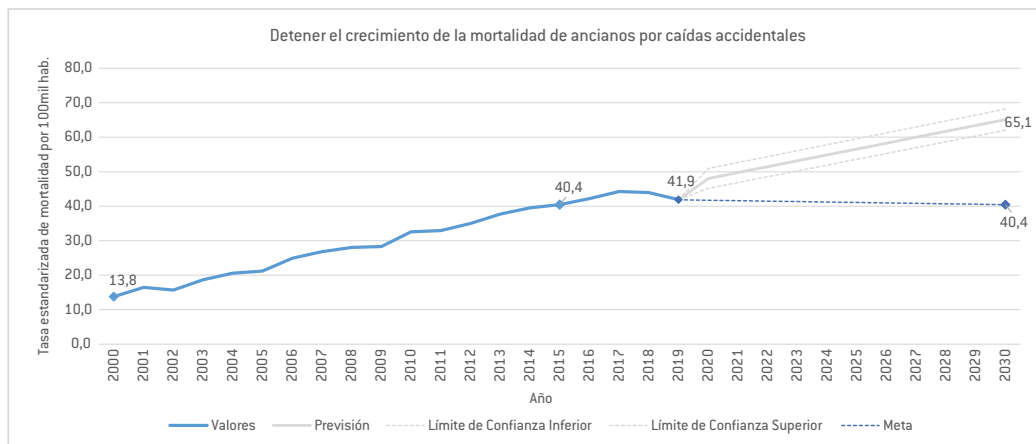


Fuente: Muertes - Sistema de Informaciones sobre la Mortalidad (SIM-MS), Población residente – Estimativas preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Se consideraron las muertes clasificadas con los códigos X60 a X84 (Lesiones autoinfligidas intencionalmente) e Y87.0 (secuelas de lesiones autoinfligidas) de la CIE-10. Nota: Estandarización por edad mediante el método directo. Población estándar: Brasil 2010. Las muertes cuyo grupo de edad de la víctima se marcó como “ignorado” no se tuvieron en cuenta”. La previsión se realizó mediante el método de regresión lineal simple.

Para el seguimiento de la meta **“detener el crecimiento de la mortalidad de ancianos por caídas accidentales”**, en Brasil hasta 2030, habrá que tener en cuenta la tasa de mortalidad específica de los ancianos (mayores de 60 años) por caídas accidentales. Debe considerarse la tasa bruta, no la tasa estandarizada. Se considerarán las muertes clasificadas con los códigos W00 a W19 (Caídas) del CIE-10 en el Sistema de Información de Mortalidad. Se considerará la población residente, según las estimaciones preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae.

La Figura 69 presenta la evolución de la tasa específica de mortalidad de ancianos por caídas accidentales en Brasil entre 2000 y 2019, así como la previsión de este indicador para los años 2020 a 2030. También se presenta la evolución necesaria de este indicador para alcanzar la meta definida para 2030.

Figura 69 – Seguimiento de la meta, valor observado y previsto de la tasa específica de mortalidad de ancianos por caídas accidentales. Brasil, 2000 a 2030

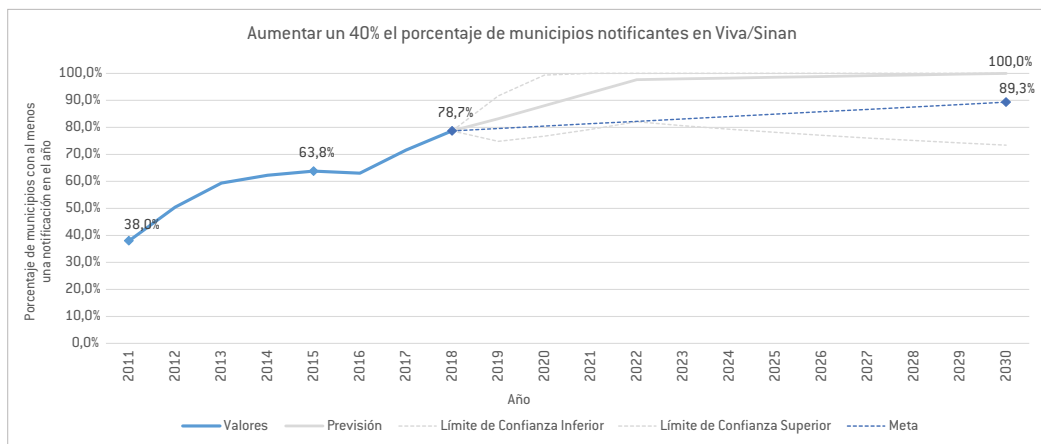


Fuente: Muertes - Sistema de Informaciones sobre la Mortalidad (SIM-MS), Población residente – Estimativas preliminares elaboradas por el Ministerio de Salud/SVS/DASNT/Cgiae. Se consideraron las muertes clasificadas con los códigos W00 a W19 (Caídas) de la CIE-10. La previsión se realizó mediante el método de regresión lineal simple.

Para el seguimiento de la meta de **“aumentar en un 40% el porcentaje de municipios notificantes en el programa Viva/Sinan”**, en Brasil hasta 2030, el indicador viene dado por la proporción de municipios que han realizado al menos una notificación de violencia interpersonal o autoinfligida en el año (número de municipios que han realizado al menos una notificación, dividido por el número total de municipios, multiplicado por 100).

La Figura 70 presenta la evolución del porcentaje de municipios notificantes en Viva/Sinan en Brasil entre 2011 y 2018, así como la previsión de este indicador para los años 2019 a 2030. También se presenta la evolución necesaria de este indicador para alcanzar el objetivo definido para 2030.

Figura 70 – Seguimiento de la meta, valor observado y previsto del porcentaje de municipios notificantes en Viva/Sinan, 2011 a 2030



Fuente: Notificaciones: Componente continuo del Sistema de Vigilancia de Violencias y Accidentes (Viva/Sinan). Número de municipios: Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE).



ACCIONES ESTRATÉGICAS PARA ENFRENTAR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y LESIONES

Para alcanzar las metas, se definieron 226 acciones estratégicas a desarrollar por el Ministerio de Salud, los estados, el Distrito Federal y los municipios. Las acciones estratégicas se presentan por bloques y se asocian a los indicadores y metas con los que existe la posibilidad de influir directamente en su consecución. El bloque de **acciones estratégicas** contiene acciones que movilizan diversas áreas y sectores, transversalizando los demás bloques, contribuyendo a la consecución del conjunto de metas del Plan de Dant.

El bloque de **acciones estratégicas de promoción de la salud, prevención, producción de cuidados y asistencia para enfrentar los factores de riesgo de las enfermedades y lesiones** presenta las acciones organizadas en base a la vinculación de los factores de riesgo de las ENT con los ejes de promoción de la salud, atención integral de la salud, vigilancia en salud y prevención de las ENT a la salud. Estas acciones se correlacionan con las específicas de cada tema y pretenden indicar el enfoque y la dirección para lograr los objetivos del Plan de Dant.

Por último, el bloque de **acciones estratégicas para la promoción de la salud, prevención y cuidado ante el grupo de ENT** presenta acciones correlativas a las específicas de cada tema, con el mismo objetivo de proporcionar enfoque y dirección para lograr las metas del Plan de Dant.

7.1 ACCIONES ESTRATÉGICAS

Eje de promoción de la salud

Elaborar un plan de comunicación para la población, estableciendo canales de comunicación con influenciadores digitales, bloggers y vloggers para orientar las discusiones, considerando todos los ciclos de vida y relacionando los siguientes temas con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades no transmisibles, violencias y accidentes: ciudades sostenibles, entornos saludables, salud y seguridad en el trabajo, actividad física, calidad del aire, cambio climático, exposición a sustancias químicas, alimentación saludable, prevención del tabaquismo, prevención del abuso del alcohol, cultura de la paz, movilidad sostenible y calidad del aire, soluciones innovadoras en materia de salud, equidad en la salud, salud mental y gobernanza en la salud.

Articular con los canales de televisión estatales la producción y emisión de programas sobre los temas del Plan de Enfermedades No Transmisibles y Lesiones (DANT).

Poner en marcha iniciativas para medir el impacto en el cambio de comportamiento de la población en relación con las ENT.

Desarrollar herramientas digitales para promover el autocuidado en las enfermedades no transmisibles, incluida la obesidad, y los hábitos de vida saludables considerando una alimentación adecuada y saludable y la actividad física.

Elaborar y poner a disposición de la red de enseñanza básica, itinerarios de formación sobre la prevención de las ENT y las lesiones, la promoción de la salud y el desarrollo sostenible.

Estimular el desarrollo de programas de promoción de la salud y de prevención de enfermedades no transmisibles en el sector de la salud complementaria en coordinación con la Agencia Nacional de Salud Complementaria.

Establecer asociaciones con el sector privado para desarrollar acciones dirigidas a la promoción de la salud, la salud mental, la seguridad en el trabajo y la prevención de las ENT para los trabajadores y los empleadores, abarcando cambios en los procesos de producción, las formas de gestión y organización del trabajo y los entornos laborales.

Articular con el sector privado, la sociedad civil y el tercer sector proyectos de bajo costo, fácilmente aplicables y altamente efectivos para aumentar la práctica de la actividad física, reducir la contaminación atmosférica y los accidentes de trabajo y de tránsito, promover la salud mental, la prevención de la violencia y las ENT para ponerlos a disposición de los estados, el Distrito Federal y los municipios.

Desarrollar y acordar los términos de un código ético y de conducta para las asociaciones público-privadas para el desarrollo de iniciativas de promoción de la salud y prevención de enfermedades no transmisibles.

Proponer y desarrollar una propuesta de Convenio Marco para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles para América del Sur.

Apoyar la realización de estudios de evaluación sobre la eficacia de las acciones y programas de promoción de la salud en la Atención Primaria de Salud (APS), incluidas las acciones dirigidas a los grupos más vulnerables a las ENT y a la obesidad.

Difundir información y recomendaciones para que las ciudades utilicen las zonas urbanas y los planes de transporte, con políticas de movilidad destinadas a reducir la contaminación atmosférica, la disponibilidad de modos de desplazamiento accesibles que incorporen la actividad física, como los desplazamientos a pie y en bicicleta, y el uso del transporte público.

Promover la Agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en los estados, el Distrito Federal y los municipios con el fin de estructurar los procesos de planificación y seguimiento locales.

Desarrollar e implementar un conjunto de iniciativas de Educación Permanente en Salud (EPS), considerando las demandas indicadas por las áreas técnicas de del Ministerio de Salud, por estados, el Distrito Federal y los municipios, dirigidas a la formación de profesionales del Sistema Único de Salud, incluyendo los niveles medio y técnico para el análisis, abordaje, atención y prevención de los factores de riesgo de las ENT.

Promover acciones de promoción de la salud y la seguridad en el trabajo, considerando intervenciones en los factores de riesgo laboral, priorizando los grupos de trabajadores más vulnerables, como los trabajadores informales, los menores de 18 años, los ancianos, las mujeres embarazadas, los trabajadores en situaciones análogas a la esclavitud, entre otros.

Formar y capacitar a los profesionales de la salud y a la sociedad civil para diseñar y aplicar ciudades/territorios inteligentes, saludables y sostenibles.

Eje de Atención Integral a la Salud

Reforzar los mecanismos de verificación de la relación costo-eficacia para la incorporación de nuevas tecnologías para las ENT.

Reforzar el complejo productivo sanitario para aumentar la producción de insumos farmacéuticos (medicamentos) para luchar contra las ENT.

Desarrollar estrategias intersectoriales para organizar la atención en salud de las mujeres embarazadas y puérperas, los recién nacidos y los niños de hasta dos años privados de libertad.

Ampliar el acceso a la atención dental prenatal para reducir la aparición de caries y enfermedades periodontales.

Reforzar las prácticas integradoras en la APS como componente de la atención a la salud.

Ampliar las estrategias para promover un envejecimiento saludable a lo largo de la vida, con la inclusión de una línea de cuidados y la adaptación de los procesos terapéuticos a las especificidades de las personas mayores.

Promover la cualificación y ampliación del desempeño clínico-asistencial de los profesionales de la salud, con énfasis en los equipos multiprofesionales, mediante el desarrollo, implementación y despliegue de líneas de atención, guías y protocolos clínicos para las enfermedades no transmisibles (ENT) - hipertensión, diabetes mellitus, sobrepeso y obesidad, tabaquismo, cáncer de cuello uterino y cáncer de mama.

Apoyar a las entidades federadas interesadas en implementar el modelo de atención a personas con enfermedades no transmisibles con énfasis en hipertensión, diabetes y obesidad desarrollado por el Ministerio de Salud.

Poner en marcha estrategias de evaluación global del riesgo de ENT en los usuarios vinculados a la Atención Primaria de Salud, para el rastreo de riesgos y la detección precoz de enfermedades no transmisibles.

Cualificar la gestión de la información en la APS a través de la mejora y el seguimiento de la información del Sisab y el avance de la informatización de los equipos, considerando la incorporación de información sobre las poblaciones en situación de vulnerabilidad, invisibilidad e inequidades.

Coordinar acciones para inducir la política de atención psicosocial centrada en el abordaje breve en la Atención Primaria de Salud, con énfasis en los trastornos mentales más frecuentes, los eventos agudos, la dependencia y el abuso del alcohol y el manejo adecuado de la cronicidad.

Desarrollar acciones de advocacy con las Secretarías de Salud estatales, del Distrito Federal y de los municipios para la inclusión de procedimientos y acciones de prevención de la violencia, del consumo de alcohol y del consumo de tabaco en sus respectivas carteras de servicios en la Atención Primaria de Salud.

Apoyar el desarrollo de investigaciones sobre los efectos de la auriculoterapia y otras prácticas integradoras y complementarias en el cuidado de las ENT y sus factores de riesgo, incluyendo a las personas privadas de libertad y a las poblaciones en situación de inequidad.

Actualizar e implementar las guías clínicas del Ministerio de Salud, basadas en la evidencia y el costo-efectividad para las líneas de atención de las principales enfermedades no transmisibles: hipertensión, diabetes, sobrepeso y obesidad, tabaquismo, accidentes cerebrovasculares, enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y otras ENT.

Desarrollar estrategias de protección y asistencia a las personas con ENT en situaciones de epidemia o pandemia, con la aplicación de medidas de protección contra el contagio y la garantía de acceso y continuidad de la atención, incluida la adquisición de medicamentos.

Eje Vigilancia en Salud

Crear un observatorio nacional de la violencia y los accidentes.

Poner a disposición de los profesionales del SUS herramientas y estrategias de formación en materia de vigilancia de las enfermedades no transmisibles y lesiones (Dant) y de análisis de las inequidades en materia de salud.

Apoyo a los estados y municipios para cualificar la vigilancia de las ENT, incluyendo la calidad de los datos, la producción y el uso de la información en salud para la toma de decisiones.

Fomentar la creación de comités de investigación de muertes como estrategia para mejorar la calidad de los datos.

Controlar los casos y las muertes por intoxicación exógena, accidental y autoinfligida causada por plaguicidas, metales pesados, productos domésticos, productos químicos, alimentos, raticidas y productos veterinarios y por el abuso de alcohol y otras drogas.

Apoyar la estructuración y el fortalecimiento de la vigilancia de los riesgos de intoxicación por agrotóxicos, alimentos y metales para los trabajadores rurales, ribereños, agentes endémicos, pescadores, quilombolas y quienes trabajan en su producción.

Garantizar el suministro de vacunas para la prevención de la hepatitis B, la gripe en los ancianos, el neumococo y otras comorbilidades de las ENT.

Implementar el programa de calificación de la información y ampliar la captación de procedimientos no registrados en el SUS, la construcción de la interoperabilidad de los sistemas y el uso del análisis de la situación de salud para la toma de decisiones en la vigilancia de las ENT.

Apoyar financieramente la realización de estudios de evaluación sobre la eficacia y el impacto económico de las medidas de reducción de la morbimortalidad y de prevención de los factores de riesgo asociados a las ENT en la APS, incluidas las acciones dirigidas a los grupos más vulnerables a las ENT.

Realizar un estudio epidemiológico sobre las condiciones de salud bucodental de la población brasileña-SB BRASIL.

Publicar una Guía de Vigilancia de ENT integrada.

Publicar boletines epidemiológicos sobre los temas del plan de Dant.

Realizar anualmente la encuesta telefónica sobre factores de riesgo y protección de las ENT de Vigitel.

Promover la aplicación de la vigilancia integrada de Dant (ENT y lesiones) integrada en el país.

Realizar el seguimiento y la difusión de información sobre los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible bajo la responsabilidad de la Secretaría de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud.

Proponer subvenciones y articular la creación de la Comisión Nacional para los Objetivos de Desarrollo Sostenible con la participación del Ministerio de Salud.

Estimular y subvencionar a las universidades e instituciones públicas de investigación para que realicen encuestas sobre los factores de riesgo y protección de las ENT en los municipios no cubiertos por Vigitel.

Realizar la Encuesta Nacional de Salud cada cinco años, incluyendo temas sobre el acceso y la utilización de los servicios, la morbilidad, los factores de riesgo y de protección de las enfermedades no transmisibles, la salud de los ancianos, de las mujeres y de los niños, así como las mediciones antropométricas y de la presión arterial y la recogida de material biológico.

Realizar periódicamente la Encuesta Nacional de Salud Escolar (PeNSE).

Desarrollar y ofrecer a los estados, al Distrito Federal y a los municipios tecnología para la interoperabilidad de los datos de los sistemas de información de salud para calificar la vigilancia de las lesiones por causas externas.

Eje Prevención de Enfermedades y Lesiones

Desarrollar acciones intersectoriales para ampliar la fluoración de los suministros públicos de agua, asegurando la continuidad y los niveles adecuados de flúor, con el fin de prevenir la caries dental.

Difundir las buenas prácticas para la prevención de las ENT y la obesidad llevadas a cabo en la Atención Primaria de Salud.

Implementar estrategias de capacitación de los profesionales de la salud de la APS para la detección temprana de los factores de riesgo de las ENT y la obesidad, así como el diseño de iniciativas para su reducción individual y colectiva en el territorio, involucrando los ciclos de vida.

Estructurar acciones de educación y comunicación relacionadas con la nutrición adecuada, las prácticas corporales y la actividad física, la prevención del consumo de tabaco y alcohol y otros factores de riesgo, y la cualificación de la atención a las ENT, mediante la oferta de:

1. Estrategias de teleeducación y teleconsulta para actualizar los equipos y apoyar el uso de guías clínicas/líneas de atención/protocolos.
2. Acciones de cualificación profesional para el uso de la entrevista motivacional, planes de atención y autocuidado y prácticas corporales/mentales.
3. Acciones de educación para personas con ENT y familiares para la construcción de estilos de vida favorables a la salud y el autocuidado apoyado.
4. Acciones para promover la seguridad alimentaria y nutricional, la prevención y el abandono del consumo de alcohol y tabaco, y la promoción de prácticas corporales y de actividad física en grupos en situación de vulnerabilidad e inequidad sanitaria, considerando y valorando las especificidades culturales y regionales de los diferentes grupos y etnias.

7.2 ACCIONES ESTRATÉGICAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN, PRODUCCIÓN DE CUIDADOS Y ASISTENCIA PARA ENFRENTAR LOS FACTORES DE RIESGO DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y LESIONES

Alcohol	
Promoción de la Salud	Articular y promover las aportaciones técnico-científicas y políticas para las iniciativas reguladoras que pretenden aplicar prohibiciones o restricciones integrales a la publicidad, el patrocinio y la promoción comercial de las bebidas alcohólicas.
	Apoyar los proyectos de ley destinados a modificar la Ley n.º 9.294/1996 para prohibir la publicidad comercial de bebidas alcohólicas en los medios de comunicación.
	Apoyar las medidas reglamentarias y fiscales para reducir el consumo de bebidas alcohólicas y para que se las etiqueten informando sobre los daños relacionados con su consumo.
	Articular con el Ministerio de Justicia y Seguridad Pública un proyecto de ley para regular la disponibilidad y el consumo de alcohol en eventos masivos, públicos o privados.
	Apoyar la aplicación de la Ley n.º 13.106/2015 que modifica el artículo 243 del Estatuto del Niño y del Adolescente (ECA - Ley n.º 8.069/1990) que penaliza la venta, el suministro, la acción de servir, suministrar o entregar bebidas alcohólicas, aunque sean gratuitas, a menores de 18 años.

Promoción de la Salud	Elaborar, mapear y difundir estrategias de promoción de la salud y prevención del abuso del alcohol en la población indígena.
	Desarrollar campañas nacionales en los medios de comunicación sobre el consumo de alcohol y la conducción, el consumo de alcohol y el trabajo y el empleo, el consumo de alcohol y la violencia doméstica y el consumo de alcohol y las enfermedades no transmisibles, así como las medidas de protección y difusión de los servicios de salud disponibles para apoyar la prevención y el cese del consumo.
	Fortalecer la articulación entre las redes de atención a la salud y las redes de protección social, promoviendo y cualificando las acciones dirigidas a las personas y sus familias que sufren el impacto del abuso del alcohol, especialmente en poblaciones en situación de inequidad.
	Desarrollar estudios para recomendar la restricción de la disponibilidad física y los horarios de venta de bebidas alcohólicas en los establecimientos comerciales.
	Promover acciones educativas en los colegios públicos y privados dirigidas a prevenir y reducir el consumo de alcohol, en el marco del Programa Salud en la Escuela.
Atención Integral a la Salud	Incrementar el número de acciones dirigidas a la población indígena a desarrollar por los Caps en las Regiones de Salud responsables de la atención a esta población, asegurando el acceso y la referencia de los pueblos indígenas a la Red de Atención Psicosocial.
	Fortalecer la red de salud mental con la participación de la sociedad civil organizada y la implementación de servicios de prevención, detección temprana, tratamiento y atención de los trastornos por consumo de alcohol (causas plenamente atribuibles) con un protocolo de medidas breves, así como apoyo y tratamiento a los familiares afectados en la APS.
	Coordinar acciones para inducir la política de atención psicosocial centrada en el abordaje breve en la Atención Primaria de Salud, con énfasis en los trastornos mentales más frecuentes, los eventos agudos, la dependencia y el abuso del alcohol y el manejo adecuado de la cronicidad.
	Desarrollar acciones de advocacy con las Secretarías de Salud Estatales, el Distrito Federal y los municipios para la inclusión de procedimientos y acciones de prevención del uso del alcohol en sus respectivas carteras de servicios en la Atención Primaria de Salud.
	Cualificar a los equipos del Consultorio en la Calle en la atención a la salud mental y la prevención del uso nocivo del alcohol para la población sin techo.
	Fortalecer, a través de la educación continua y de aportes financieros para el desarrollo de iniciativas en las redes de salud y en los Distritos Sanitarios Indígenas, la detección, prevención y atención dirigida a los usuarios y potenciales usuarios indígenas de alcohol y a sus familias, buscando el cese, la reducción y el fin de la ingesta temprana a lo largo del ciclo de vida.

Vigilancia en Salud	Calificar la disponibilidad de información en Sinan sobre cuestiones de equidad e ingresos en relación con las lesiones relacionadas con el alcohol.
	Apoyar con estudios e iniciativas integradas e intersectoriales la aplicación de la Ley Seca, especialmente en la relación entre el consumo de alcohol y la conducción.
	Establecer marcos eficaces para las actividades de vigilancia y seguimiento del consumo de alcohol con encuestas nacionales periódicas y sistemas nacionales de información sobre morbimortalidad.
Preven- ción de Enferme- dades y Lesiones	Fortalecer el enfoque familiar en la Atención Primaria de Salud, desarrollando líneas de atención y acciones de prevención que aborden los riesgos y las consecuencias derivadas del abuso del alcohol.
	Articular con el Ministerio de Educación, el Consejo Nacional de Educación y la representación de las instituciones de educación superior, tanto públicas como privadas, la inclusión en la malla curricular de los cursos de salud de materias que aborden los conocimientos sobre la prevención y atención de los usuarios de alcohol y otras drogas, y, en los cursos de graduación, materias que aborden los determinantes sociales y los factores condicionantes del consumo de alcohol y otras drogas, la relación con la violencia, la detección temprana del consumo y el apoyo a las medidas de apoyo articulado y complementario a los servicios de salud.

Tabaco	
Promo- ción de la Salud	Apoyar y realizar campañas a favor de la prohibición total de la publicidad de los cigarrillos, incluyendo: la exhibición para la venta, la prohibición de la venta a menores, la publicidad internacional y los medios de comunicación modernos, la adopción de un empaquetado estandarizado, y la comercialización, importación y publicidad de dispositivos electrónicos para fumar, incluyendo el tabaco calentado.
	Inducir y articular la implementación de medidas regulatorias relacionadas con la comercialización, publicidad, consumo e inspección contra la venta de productos ilegales.
	Movilizar y articular a los poderes y sectores de la sociedad con el objetivo de promover la mejora de la legislación nacional en cuanto al cumplimiento del Convenio Marco para el Control del Tabaco y sus protocolos.
	Intensificar las estrategias intersectoriales para promover la salud, prevenir y fomentar el abandono del consumo de productos del tabaco en los estados fronterizos y en aquellos con mayor prevalencia de consumo de cigarrillos ilegales.
	Apoyar y articular acciones en el ámbito del Programa Nacional de Control del Tabaquismo que abarquen estrategias de comunicación, producción de materiales, capacitación presencial o a distancia con énfasis en los factores de riesgo y protección dirigidos a poblaciones en situación de deterioro de la salud y en áreas remotas.
	Proporcionar subvenciones para establecer servicios nacionales de apoyo para dejar de fumar, con costos cubiertos y eficaces, que incluyan asesoramiento breve y servicios de línea telefónica gratuita para dejar de fumar a nivel nacional.

Atención Integral a la Salud	Desarrollar estrategias con las Secretarías de Salud Estatales, del Distrito Federal y de los municipios para la inclusión y ampliación de procedimientos y acciones de prevención y cese del consumo de productos derivados o no del tabaco en sus respectivas carteras de servicios en la Atención Primaria de Salud y otros niveles de atención.
	Realizar acciones integradas con asistencia farmacéutica en la atención a los fumadores, para garantizar y ampliar el acceso al programa de cese del tabaquismo, los insumos estratégicos y los medicamentos.
	Ampliar el acceso, mediante el refuerzo de las Líneas de Atención, a una atención integral en todos los niveles asistenciales para las personas que consumen tabaco.
	Proporcionar materiales y estrategias para fortalecer el control del tabaquismo en las acciones desarrolladas por los profesionales de la APS, de los demás niveles de atención y de la vigilancia en el territorio, en colaboración con las escuelas de educación infantil, las escuelas primarias y la escuela secundaria, especialmente en las escuelas con una mayoría de estudiantes que reciben programas de transferencia de ingresos del gobierno federal y los grupos vulnerables.
Vigilancia en Salud	Controlar anualmente la prevalencia de fumadores en la población adulta, incluyendo datos sobre el consumo de nuevos productos de tabaco, derivados o no del tabaco, y de productos ilegales.
	Desarrollar estudios para apoyar la aplicación de la prohibición de los aditivos de sabor y aroma en los productos del tabaco, sean o no derivados del tabaco.
Prevención de Enfermedades y Lesiones	Fomentar el desarrollo de ambientes saludables en el trabajo, en la escuela, en la comunidad y en los servicios de salud en el ámbito del SUS, promoviendo la implementación de "ambientes libres de productos de fumo, derivados o no del tabaco".
	Reforzar las acciones de prevención de enfermedades y lesiones entre los trabajadores de las plantaciones de tabaco, incluida la orientación sobre los cultivos sin pesticidas, los riesgos de la enfermedad de la hoja verde del tabaco, la salud mental y la prevención del suicidio.
	Fomentar la adopción de medidas y leyes que prohíban el consumo de productos del fumo, derivados o no del tabaco en espacios abiertos como plazas, parques, bosques, playas, campus universitarios.
	Articular con el Ministerio de Educación, el Consejo Nacional de Educación y Salud, la inclusión en los planes de estudio de los cursos y grados de salud de pregrado, disciplinas que aborden el conocimiento sobre el control del tabaco, la promoción de la salud y la prevención del tabaquismo.

Alimentación Adecuada y Saludable

Promoción de la Salud

Estimular el desarrollo de entornos saludables en el trabajo, la escuela, la comunidad y los servicios de salud en el ámbito del SUS mediante:

1. Promoción de acciones de alimentación sana y adecuada según la Guía de Alimentación para la Población Brasileña.
2. Aplicar medidas de protección en los entornos alimentarios, especialmente en las escuelas, para contribuir a la reducción del consumo de alimentos ultraprocesados y de la obesidad en la primera infancia y la adolescencia, basándose en las Guías Alimentarias.
3. Articulación de estrategias para aumentar la producción, el suministro y el acceso a alimentos naturales y mínimamente procesados producidos de forma saludable y sostenible.

Implementar guías para la promoción de una alimentación saludable, según las condiciones de salud y los ciclos de vida.

Fortalecer las acciones de apoyo a la lactancia materna y a la alimentación complementaria adecuada, con el apoyo de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición, la Política Nacional de Atención Integral a la Salud Infantil, de acuerdo con las recomendaciones de la Guía Alimentaria para Niños Brasileños Menores de 2 Años.

Promover subvenciones técnico-científicas y políticas para apoyar el desarrollo de medidas reglamentarias y fiscales para reducir el consumo de alimentos ultraprocesados y estimular el consumo de alimentos naturales y mínimamente procesados.

Fomentar y apoyar las iniciativas estatales y municipales para regular las cantinas escolares y otras estrategias para promover una alimentación adecuada y saludable.

Fomentar y apoyar las iniciativas estatales y municipales a favor de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.

Desarrollar estrategias para reducir el consumo de sal y azúcar añadidos mediante la reformulación de los alimentos, un etiquetado adecuado y campañas de comunicación.

Fomentar y ofrecer subvenciones técnicas para la regulación de cantinas escolares enfocadas a una alimentación adecuada y saludable para los estudiantes.

Fomentar la compra de alimentos sanos procedentes de la agricultura familiar, de acuerdo con el Programa Nacional de Alimentación Escolar.

Estimular la producción de alimentos orgánicos y agroecológicos en entornos urbanos y rurales.

Reforzar las medidas de perfeccionamiento de la normativa relativa al etiquetado nutricional adecuado de los alimentos, basado en pruebas científicas.

Reforzar la regulación de la publicidad de alimentos, especialmente la dirigida a los niños.

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

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

Atención Integral a la Salud	Ampliar la implementación en la APS y adaptar la Estrategia de Lactancia y Alimenta Brasil a las poblaciones indígenas y otras poblaciones en situación de inequidad en salud.
	Elaborar subsidios, mediante protocolos clínicos, para las intervenciones no farmacológicas para el control de la obesidad, en relación con el control de la ganancia de peso, el consumo de alimentos y la actividad física en la APS.
	Implementar la línea de atención a personas con sobrepeso y obesidad y otras estrategias que induzcan la organización del proceso de trabajo en la Red de Salud coordinada por la APS.
	Cualificar la atención a los niños con obesidad infantil, a través del desarrollo de protocolos de manejo clínico, capacitación profesional e implementación de medidas efectivas de prevención y control en la APS y otras acciones intersectoriales, con énfasis en la alianza con la educación.
Vigilancia en Salud	Aumentar la cobertura de la Vigilancia Alimentaria y Nutricional en la APS.
	Elaborar indicadores de obesidad que propongan controlar la reducción en los niños de 0 a 10 años y frenar el aumento en los adultos.
	Controlar periódicamente los indicadores de alimentación y nutrición mediante sistemas de información sobre salud, estudios y encuestas de población.
Prevención de Enfermedades y Lesiones	Desarrollar campañas destinadas a reducir el consumo de sal y azúcar añadido libremente.
	Aplicar medidas de prevención y control de la obesidad infantil en la Atención Primaria de Salud y en el ámbito escolar.

Prácticas Corporales y Actividad Física

Promoción de la Salud	Subvencionar a los sectores responsables con información sobre la importancia y las ganancias para la salud de la población con la construcción y definición/delimitación de áreas de entretenimiento como plazas, parques (áreas verdes urbanas) y áreas libres con estructura para la actividad física con acceso a agua potable.
	Promover la articulación para aumentar el kilometraje de las ciclovías y carriles bici en las capitales y grandes ciudades brasileñas.
	Estimular el desarrollo de ambientes saludables en el trabajo, en la escuela, en la comunidad y en los servicios de salud en el ámbito del SUS a través de la oferta de servicios dirigidos a la práctica de la actividad física y el entretenimiento.
	Implementar y difundir una guía para promover la actividad física según las condiciones de salud y los ciclos vitales.
	Articular con el MEC la garantía de la educación física escolar en la enseñanza básica en la red pública de enseñanza, la ampliación del número de escuelas con estructuras y equipamientos para la práctica deportiva, el refuerzo de las competiciones deportivas escolares locales, regionales y nacionales y la práctica del deporte en las escuelas a tiempo completo.
Atención Integral a la Salud	Desarrollar y ofrecer iniciativas de formación continua para instruir a los profesionales de la APS en el asesoramiento a los usuarios sobre la actividad física y los beneficios para la salud.
	Apoyar el programa de actividad física como componente de la atención en la APS y vinculado a los equipos de salud de la familia, garantizando la construcción o renovación de espacios físicos para transformarlos en un espacio de salud para su uso por la APS y la comunidad para la práctica de la actividad física con orientación sanitaria.
	Llevar a cabo iniciativas de formación continua para que los profesionales de la APS adquieran competencias en el desarrollo de actividades físicas adaptadas como componentes de la atención a las personas mayores, las personas con discapacidad y las personas con trastornos psíquicos.
Vigilancia en Salud	Ayudar a los gestores públicos, al mercado y al tercer sector a tomar decisiones, diseñar e implementar iniciativas para la promoción de la actividad física y las prácticas corporales en la población.
	Monitorizar anualmente la prevalencia de la actividad física en la población adulta brasileña y proponer acciones para aumentarla gradualmente.
Prevención de Enfermedades y Lesiones	Desarrollar subsidios para la implementación de programas para fomentar la actividad física y reducir el sedentarismo en el trabajo en los sectores público y privado.
	Realizar campañas nacionales sobre la práctica de actividad física y reducción del sedentarismo, ambientes saludables y la relación con el cambio climático.

Contaminación atmosférica

Promo- ción de la Salud	Subvencionar a los Ministerios de Medio Ambiente y Desarrollo Regional, al sector privado y a la sociedad civil para que desarrollen programas nacionales relacionados con el medio ambiente, la energía limpia, las ciudades y la sostenibilidad, el acceso al agua potable volcados a la salud de la población.
	Realizar <i>advocacy</i> en las instancias federales de consulta y toma de decisiones en políticas relacionadas con el medio ambiente, la alimentación, al deporte, la educación, la cultura y áreas afines sobre la importancia de la calidad del aire y la relación con la mortalidad temprana.
	Articular intersectorialmente para fortalecer las iniciativas de movilidad activa, segura, saludable y sostenible en los estados y municipios y promover la interconexión de los modos de desplazamiento garantizando la sostenibilidad y la seguridad.
	Articular con sectores de los gobiernos federal, estatal, municipal y del Distrito Federal la inclusión de puntos centrados en pavimentos saludables, movilidad segura, saludable y sostenible, señalización inteligente y espacios de recreación arbolados en las directrices para la elaboración de los Planes Directores de la Ciudad.
	Articulación con el Ministerio del Medio Ambiente y otros órganos del Sistema Nacional del Medio Ambiente (Sisnama) para el avance continuo de las normas de control de la emisión de contaminantes y de ruido, análogamente a lo que ocurre en los países más avanzados en este tema.
	Apojar y subvencionar iniciativas de construcción de zonas verdes y otras instalaciones de recreación alejadas de los centros industriales, las vías de tránsito pesado y las zonas de quemadas.
Atención Integral a la Salud	Estructurar y reforzar la notificación de casos graves de asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Dpoc).
	Poner en marcha estrategias de formación de los profesionales de la salud de la APS para la detección precoz de los factores de riesgo de las enfermedades respiratorias, incluido el cáncer de pulmón, y diseñar iniciativas para su reducción individual y colectiva en el territorio, involucrando el ciclo vital.
Vigilancia en Salud	Fortalecer la implementación de las normas nacionales y locales de control de la calidad del aire en los estados, el Distrito Federal y los municipios, con miras a establecer entornos saludables y sostenibles en las ciudades y las zonas rurales.
	Vigilar la mortalidad por ENT atribuida a la contaminación atmosférica, haciendo hincapié en los grupos vulnerables, especialmente los ancianos.
	Reforzar VIGIAR desde la perspectiva de la prevención de las ENT y la promoción de ciudades/territorios inteligentes, saludables y sostenibles.
	Promover la articulación intersectorial para la implementación de mecanismos de información sobre la calidad del aire en lugares estratégicos de las zonas urbanas.

Vigilancia en Salud	Subvencionar la construcción y puesta en marcha de las fases reglamentarias del Programa de Control de la Contaminación Atmosférica de los Vehículos a Motor (Proconve) y del Programa de Control de la Contaminación Atmosférica de las Motocicletas y Vehículos Similares (Promot).
	Promover la articulación local para la inserción de las acciones de vigilancia en salud y calidad del aire en los instrumentos de planificación y gestión del SUS.
Prevención de Enfermedades y Lesiones	Promover enfoques relacionados con los riesgos del uso doméstico de querosén, la madera y el carbón en cocinas y estufas, observando la cultura de las comunidades rurales o la condición de grupos en situación de vulnerabilidad mediante la APS y la vigilancia en salud.
	Articular con sectores del gobierno federal para realizar campañas nacionales sobre la calidad del aire y su importancia para la salud y la prevención de enfermedades no transmisibles.

Violencias	
Promoción de la Salud	Realizar acciones de Advocacy con el Conass, Cosems, Conasems y el Frente Nacional de Alcaldes para fortalecer la agenda sobre violencia urbana y promoción de la cultura de paz en la gestión pública.
	Calificar y apoyar a los equipos de APS en las acciones intersectoriales de lucha contra la violencia doméstica, prestando atención a las poblaciones en situación de vulnerabilidad y/o inequidad y a las cuestiones relacionadas con la diversidad, los determinantes sociales y el contexto cultural.
	Fomentar la inclusión en el proceso de producción de cuidados desarrollado por los profesionales de la APS de enfoques que promuevan la cultura de la paz involucrando los ciclos vitales.
	Elaborar, junto con las Secretarías de Salud de los Estados y el Distrito Federal, planes de publicaciones locales sobre los temas del suicidio y la automutilación, contemplando los ciclos vitales e incluyendo los relacionados con el trabajo, para combatir la desinformación y el estigma en torno a los trastornos mentales y el suicidio.
Atención Integral a la Salud	Desarrollar acciones de advocacy con las Secretarías de Salud Estatales, el Distrito Federal y los municipios para incluir procedimientos y acciones de prevención de la violencia en las respectivas carteras de servicios de Atención Primaria de Salud.
	Revisar y reforzar las directrices clínicas y promover la implantación de líneas de atención a personas en situación de violencia e ideas suicidas, considerando los ciclos vitales y los determinantes laborales.
	Implementar estrategias de educación permanente para que los profesionales de la salud utilicen las directrices brasileñas para el diagnóstico y tratamiento de la intoxicación por plaguicidas, especialmente en situaciones de intoxicación asociadas a intentos de suicidio.
	Reforzar la red de atención psicosocial para hacer frente a las violencias autoinfligidas.

Vigilancia en Salud	Apoyar la implementación de Núcleos de Prevención de las Violencias como estrategia de salud, incluyendo los Dsei, para la construcción de redes, la organización de acciones y los servicios de prevención y atención a víctimas y agresores.
	Calificar la disponibilidad de información en Sinan sobre cuestiones de equidad (raza/color, identidad de género y orientación sexual; comunidades tradicionales, población sin techo y otros datos complementarios) en relación a las lesiones derivadas de la violencia interpersonal y autoinfligida.
	Vigilar los casos y muertes por intoxicación exógena por plaguicidas, metales pesados, productos de uso domiciliario, productos químicos, raticidas y productos veterinarios con verificación de las relaciones con la violencia autoinfligida y con el trabajo.
	Incluir los Dsei como unidad notificadora de la violencia interpersonal y autoinfligida por el Sistema del Sinan.
	Destinar incentivos financieros para el desarrollo de la investigación sobre la violencia, la victimización, el suicidio y las vulnerabilidades relacionadas con estas lesiones.
Prevención de Enfermedades y Lesiones	Desarrollar e implementar un programa de formación para los profesionales de la salud de los Dsei sobre cómo abordar, prevenir y atender a los indígenas en situaciones de violencia.
	Elaborar y poner a disposición de la red educativa un itinerario formativo para los institutos sobre la violencia y la cultura de paz.
	Articular con el Ministerio de Educación, el Consejo Nacional de Educación y los representantes de las instituciones de educación superior, tanto públicas como privadas, la inclusión en los planes de estudio de las carreras de salud, de disciplinas que aborden los conocimientos sobre prevención y atención a las víctimas de la violencia y los intentos de suicidio, y en las carreras de grado, de disciplinas que aborden los determinantes sociales y las condiciones de la violencia, incluyendo la violencia autoinfligida, la detección de situaciones y los procedimientos de protección a las víctimas.
	Promover en la vigilancia en salud y en la Atención Primaria de Salud acciones intra e intersectoriales de prevención de la violencia contra las mujeres, los niños, los adolescentes y los ancianos y otras poblaciones vulnerables, observando las diversidades, los contextos socioeconómicos, culturales y los determinantes sociales y promoviendo habilidades sociales y comunitarias para enfrentar los conflictos, como la resiliencia, la comunicación no violenta y el fortalecimiento de los vínculos.

Accidentes	
Promoción de la salud	Fomentar y subvencionar el programa intersectorial dirigido a la vigilancia integrada, la construcción de redes y la participación de la sociedad civil para la prevención de los accidentes de tránsito en los municipios.
	Fomentar y apoyar las iniciativas intersectoriales entre el gobierno, el mercado y la sociedad civil que den prioridad a la seguridad vial, el transporte y el tránsito seguros, la señalización, la protección de las carreteras, en la perspectiva de sistemas seguros, incluyendo la especificación de la seguridad en la adquisición de vehículos de paseo, carga y de pasajeros.
	Implementar estrategias de formación para los profesionales de la salud, la educación y la sociedad civil para prevenir los accidentes entre los niños y las personas mayores, considerando intervenciones en los comportamientos y enfoques sobre las adaptaciones estructurales de los entornos abiertos (calles, parques, plazas y similares), los entornos cerrados (hogar, escuela, unidades de salud y similares) y la movilidad (desplazamientos).
	Realizar acciones de advocacy con otros ministerios para una agenda conjunta de acciones intersectoriales que tengan como perspectiva el derecho a la ciudad.
	Realizar acciones de advocacy con el Poder Legislativo para fortalecer los proyectos de ley con propuestas dirigidas a medidas de probada eficacia en la reducción de la morbilidad por accidentes. Advocacy con otros ministerios en una agenda conjunta de acciones intersectoriales que tengan como perspectiva el derecho a la ciudad.
Atención Integral a la Salud	Implantar en el SUS una línea de atención a las víctimas de accidentes (escalpelamiento, quemaduras, ingestión de sustancias tóxicas, ahogamiento y asfixia por cuerpo extraño) con la elaboración de protocolos y notificaciones obligatorias para las lesiones por escalpelamiento.
	Ampliar la aplicación del SAMU en lagunas asistenciales con altas tasas de morbilidad por causas externas.
Vigilancia en Salud	Implementar el Sistema Nacional de Vigilancia de Causas Externas de Morbilidad.
	Sistematizar y poner a disposición de los estados, del Distrito Federal y de los municipios, estudios y recomendaciones de probada eficacia de las medidas destinadas a la prevención y reducción de los accidentes de tránsito en las ciudades, incluyendo las zonas urbanas y rurales.
Prevención de Enfermedades y Lesiones	Desarrollar y aplicar metodologías y estrategias para la población de educación y de comunicación de riesgo sobre las lesiones consecuentes de la exposición humana a contaminantes ambientales, especialmente a los pesticidas y la contaminación atmosférica.
	Desarrollar una campaña nacional en los medios de comunicación sobre la prevención de accidentes con mayor incidencia en la población incluyendo todo el ciclo vital y observando los tipos de accidentes más frecuentes en las regiones de salud.

7.3 ACCIONES ESTRATÉGICAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y ATENCIÓN FRENTE AL GRUPO DE ENT

Cáncer	
Promoción de la Salud	Realizar una campaña nacional sobre los factores de protección de los cánceres más prevalentes y prevenibles.
	Llevar a cabo acciones de promoción de la salud y de prevención de factores de riesgo como el tabaquismo, la obesidad, la inactividad física, el alcoholismo, la mala alimentación, entre otros, con el objetivo de adoptar estilos de vida saludables.
Atención Integral a la Salud	Perfeccionar el rastreo del cáncer de cuello uterino y evolucionar del modelo oportunístico al modelo organizado, con la garantía de calidad del examen, de confirmación diagnóstica, del tratamiento de las lesiones precursoras, con un seguimiento según las directrices nacionales y la referencia de los casos confirmados de cáncer para el nivel terciario.
	Mejorar el cribado del cáncer de mama y evolucionar del modelo oportunístico al modelo organizado, con control de calidad de las mamografías, confirmación diagnóstica y derivación oportuna de los casos confirmados de cáncer al nivel terciario.
	Garantizar el acceso al diagnóstico y la asistencia oncológica mediante el fortalecimiento y la ampliación de la red de tratamiento del cáncer en el SUS.
	Implementar un programa nacional de calidad de mamografías que garantice el seguimiento y la cobertura de al menos el 70% de la red del SUS.
	Ampliar el tratamiento radioterápico, revisando los parámetros técnicos y la regionalización de la salud, para superar las desigualdades de acceso en las regiones del país.
	Desarrollar y/o fortalecer la infraestructura de los sistemas de información de salud, en particular los relacionados con la gestión de la oncología, con el fin de generar una capacidad adecuada para evaluar la calidad de la atención prestada a los pacientes con cáncer.
	Desarrollar y poner a disposición aplicaciones para resolver los problemas de acceso y orientación en relación con los resultados de los exámenes oncológicos.
	Implementar líneas de atención y otras estrategias que induzcan la organización del proceso de trabajo en la APS para la detección temprana de los cánceres de mama y cuello uterino.
	Promover el acceso a la capacitación de los profesionales de atención primaria sobre los protocolos y directrices nacionales basadas en la evidencia para la atención del cáncer.
	Reforzar la informatización en las Unidades Básicas de Salud (UBS) para promover la vigilancia, el control y el seguimiento de las acciones de detección y diagnóstico precoz del cáncer.

Atención Integral a la Salud	<p>Poner en marcha estrategias de formación para los profesionales de la salud de la APS para la detección precoz de los cánceres susceptibles de cribado (cáncer de cuello de útero y de mama) y el diagnóstico precoz (cáncer de mama, de piel, de boca, de próstata y colorrectal).</p> <p>Desarrollar una educación permanente para los profesionales de la salud con el fin de mejorar la calidad del diagnóstico de laboratorio relacionado con las neoplasias más comunes en la población.</p> <p>Promover el acceso a la formación y actualización en registros de cáncer para los profesionales que trabajan en los registros hospitalarios de cáncer en unidades y centros calificados de alta complejidad en oncología.</p>
Vigilancia en Salud	<p>Llevar a cabo/impulsar la investigación basada en evidencias y/o las encuestas de población necesarias para aumentar el conocimiento sobre el cáncer y sus factores de riesgo.</p> <p>Desarrollar y actualizar programas nacionales de control del cáncer, adaptados al contexto socioeconómico y destinados a reducir la incidencia, la prevalencia y la mortalidad por cáncer.</p> <p>Animar a los estados y municipios a registrar el campo "ocupación" en los sistemas de información sobre el cáncer.</p> <p>Estimular y ampliar la notificación del cáncer relacionado con el trabajo en Sinan.</p> <p>Desarrollar la investigación sobre los vínculos entre los factores de riesgo ambientales y los cánceres.</p> <p>Desarrollar y/o reforzar los sistemas de información en salud para la vigilancia del cáncer con el fin de crear una capacidad adecuada para evaluar el impacto de los cánceres en la población y la aplicación efectiva de los programas de prevención y control, incluidos los servicios de diagnóstico y la supervisión de la calidad del cribado.</p> <p>Apoyar la estructuración y el fortalecimiento de la vigilancia proactiva y oportuna de las poblaciones expuestas a sustancias químicas peligrosas, como plaguicidas y metales pesados, por parte de trabajadores y poblaciones rurales, ribereñas, pescadores, quilombolas y otros grupos vulnerables.</p>
Prevención de Enfermedades y Lesiones	<p>Aumentar la cobertura de vacunación contra el VPH en las niñas de 9 a 14 años y en los niños de 11 a 14 años, en coordinación con las redes de educación pública y privada.</p> <p>Reforzar los proyectos terapéuticos para personas con diabetes mellitus, incluyendo iniciativas de APS sobre actividad física, alimentación saludable, abandono del consumo de tabaco y derivados, fomentando el autocuidado y la adhesión al tratamiento.</p>

Diabetes mellitus

Promoción de la salud	Estimular y apoyar la aplicación de medidas intersectoriales destinadas a la reducción del consumo de alimentos excesivamente procesados, azúcar, alcohol y productos de fumo derivados o no del tabaco y aumentar la práctica de actividad física relacionada con la promoción de la salud.
Atención Integral a la Salud	<p>Aumentar la cobertura en la APS de los servicios de identificación, gestión y seguimiento de las personas con diabetes mellitus (DM) y con problemas de agudeza visual.</p> <p>Aumentar la cobertura en la APS de los servicios de detección, seguimiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en adultos asintomáticos.</p> <p>Garantizar el cuidado preventivo de los pies de las personas con diabetes, incluyendo la educación en salud, el autocuidado y el acceso a un calzado adecuado.</p> <p>Garantizar la detección de la retinopatía diabética en todos los pacientes con diabetes y la fotocoagulación con láser para prevenir la ceguera.</p> <p>Promover en la APS un control glucémico eficaz para las personas con diabetes, junto con el control domiciliario, el estándar de glucosa para las personas tratadas con insulina para reducir las complicaciones de la diabetes.</p> <p>Desarrollar estrategias para la implementación de servicios de tratamiento para el control de la diabetes que abarquen el control del peso, el patrón alimenticio, la promoción de la actividad física, la reducción del consumo de azúcares libres y de azúcares en los alimentos y el uso racional y adecuado de los medicamentos en la APS y en los Caps.</p>
Vigilancia en Salud	Elaborar e implementar el seguimiento de la diabetes mellitus (DM) en los diferentes niveles de atención del SUS.
Prevención de Enfermedades y Lesiones	<p>Reforzar los proyectos terapéuticos para las personas con diabetes mellitus, abarcando iniciativas en la APS sobre la actividad física, la alimentación saludable, el abandono del consumo de tabaco y sus derivados y el autocuidado.</p> <p>Estimular el diagnóstico precoz de la diabetes mellitus (DM) para el inicio precoz del tratamiento, reduciendo la progresión de las complicaciones relacionadas con la enfermedad.</p>

Enfermedades cardiovasculares

Promoción de la salud

Promover articulaciones intersectoriales para la implementación nacional de iniciativas articuladas con los servicios públicos de salud, seguridad pública, educación, el medio ambiente y la asistencia social, el mercado y el tercer sector para aumentar la práctica de la actividad física, el consumo de alimentos saludables, la reducción del tabaquismo y el consumo de alcohol en la población.

Atención Integral a la Salud

Reforzar los proyectos terapéuticos para las personas con enfermedades cardiovasculares que abarcan iniciativas en la APS sobre la actividad física, la alimentación saludable, el abandono del consumo de productos de fumo derivados o no del tabaco y el autocuidado.

Fomentar la implementación de la medicación por parte de los equipos de APS con el objetivo de controlar la presión arterial en el grupo de pacientes hipertensos.

Aumentar la cobertura en la APS de los servicios de identificación, gestión y seguimiento de las personas con hipertensión arterial sistémica, dislipidemia y problemas de agudeza visual.

Aumentar la cobertura en la APS de los servicios de detección, seguimiento y control de la hipertensión y la dislipidemia en adultos asintomáticos.

Poner en marcha protocolos de tratamiento y agilizar el traslado y el transporte de pacientes con síndrome coronario agudo y accidente vascular encefálico.

Cualificar a los profesionales de la atención prehospitalaria, de urgencia y de emergencia en la identificación y atención del accidente vascular encefálico y del infarto agudo del miocardio (IAM).

Difundir entre la población los conocimientos relativos a la identificación precoz del IAM y el AVE.

Fomentar el asesoramiento a las personas que han sufrido un infarto agudo del miocardio (IAM) o un accidente vascular encefálico (AVE) o que tienen un alto riesgo de sufrir eventos cardiovasculares en los enfoques de todos los niveles de atención de salud.

Vigilancia en Salud

Desarrollar una propuesta de seguimiento de la hipertensión arterial sistémica (HAS) y la dislipidemia en los diferentes niveles de atención del SUS.

Subvencionar la inclusión de las mediciones de la presión arterial y la dislipidemia en las encuestas de población.

Prevención de Enfermedades y Lesiones

Aumentar en la APS la cobertura de los servicios de cribado y la identificación de riesgos cardiovasculares globales (RCVG) con el objetivo de realizar una puntuación para la estratificación del riesgo cardiovascular.

Enfermedades respiratorias crónicas

Promoción de la Salud	Promover articulaciones intersectoriales para la creación y viabilidad de alternativas para el uso de combustibles sólidos para la energía doméstica.
	Promover iniciativas intersectoriales que incidan en la reducción de la influencia de los agentes ambientales y laborales en las causas y el empeoramiento de las enfermedades respiratorias crónicas (DRC).
Atención Integral a la Salud	Garantizar en las Unidades Básicas de Salud (UBS) los esteroides de inhalación y otros medicamentos incluidos en la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (RENAME) para el tratamiento de las enfermedades respiratorias crónicas y de antibióticos, en caso de infección asociada, que se incluyen en el componente básico de la asistencia farmacéutica.
	Aumentar en la APS la cobertura de los servicios de cribado e identificación del riesgo cardiovascular global (RCVG) con el objetivo de realizar la puntuación para la estratificación del riesgo cardiovascular, además de fomentar el desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables y la adhesión al tratamiento.
	Ampliar el acceso, a través del fortalecimiento de las Líneas de Atención, a la atención integral en todos los niveles de atención a las personas con enfermedades respiratorias crónicas.
	Promover acciones de educación permanente para la construcción de habilidades, competencias y atención interdisciplinaria de los profesionales de la APS en la prevención y manejo de las enfermedades respiratorias crónicas más prevalentes: asma, EPOC, tos crónica, apnea obstructiva del sueño, disnea, nódulos pulmonares.
Vigilancia en Salud	Vigilar la mortalidad por ERC, con atención al grupo de edad de 50 a 69 años.
	Realizar una investigación sobre la prevalencia de la ERC en la población de 18 años o más.
	Subvencionar el desarrollo y la aplicación y promover el seguimiento de normas y medidas para reducir la contaminación del aire interior (Calidad del aire interior).
Prevención de Enfermedades y Lesiones	Desarrollar acciones de educación en salud sobre los problemas causados por el uso de combustibles sólidos para la energía doméstica, el tabaquismo y el tabaquismo pasivo en relación con la ERC.
	Ampliar el alcance de las campañas de vacunación contra enfermedades respiratorias como la gripe y la neumonía a las personas con enfermedades respiratorias crónicas.

SUGERENCIAS PARA EL USO DEL PLAN DE ACCIONES ESTRATÉGICAS DE LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y LESIONES EN BRASIL, 2021-2030

El Plan de Acciones Estratégicas para el Enfrentamiento de las Enfermedades No Transmisibles y Lesiones en Brasil, 2021-2030, representa el corte estratégico de la agenda nacional para los temas, vinculado a los indicadores y metas que, de ser mejorados y alcanzados, promoverán en el país un gran impacto en la reducción de la morbilidad por ENT y en las discapacidades y muertes causadas por las lesiones. Tiene un gran potencial para fortalecer o (re)organizar los procesos de trabajo a partir de la construcción de nuevas competencias profesionales, acuerdos favorables para las acciones intersectoriales y en redes e innovación para la promoción de la salud.

Más que intencionalidades, las metas del Plan de Dant orientarán las acciones en el área durante una década, con la perspectiva de convertirse en puntos de diálogo entre las esferas de gestión del SUS, apoyo a la definición de subsidios técnicos y financieros para la vigilancia de la salud para fortalecerla en las áreas de Atención Primaria de Salud, Atención Especializada, Ciencia y Tecnología y Gestión del Trabajo y Educación en Salud en el Sistema Único de Salud.

Desde esta perspectiva, el Plan de Dant reafirma el diálogo con las principales políticas de salud, otras normativas institucionales y acuerdos internacionales relacionados a sus metas (Cuadro 3).

Cuadro 3 – Reglamentos y acuerdos institucionales con los cuales el Plan de Dant 2021-2030 dialoga

Documento	Enlace de acceso
Ordenanza MEC n.º 1.570, de 20 de diciembre de 2017.	http://basenacionalcomum.mec.gov.br/abase/#medio
Decreto Presidencial n.º 5.658, de 2 de janeiro de 2006. Convenio Marco para el Control del Tabaco.	https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/convencao-quadro-para-o-controle-tabaco
Ley n.º 13.819, de 26 de abril de 2019. Política Nacional de Prevención de la Automutilación y Suicidio.	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm
Resolución Contran n.º 514, de 18 de diciembre de 2014. Política Nacional de Tránsito.	https://antigo.infraestrutura.gov.br/resolucoes-contran.html
Leyes, políticas y directrices republicadas en las Ordenanzas de Consolidación GM/MS, n.ºs 2 e 3/2017	
Ley n.º 10.216, de 6 de abril de 2001. Prevé la protección de las personas con trastornos mentales y reorienta el modelo de atención a la salud mental	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html
Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas	
Política Nacional de Atención Primaria	
Política Nacional de Atención Integral a la Salud de los Niños	
Política Nacional de Atención Integral a la Salud de la 3ª edad	
Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre	
Política Nacional de Prácticas Integradoras y Complementarias	
Política Nacional de Promoción de la Salud	
Política Nacional de Reducción de la Morbimortalidad por Accidentes y Violencias	
Política Nacional de Atención Integral a la Salud de la Mujer	
Política Nacional de Salud de la Persona con Discapacidad	
Política Nacional de Alimentación y Nutrición	
Política Nacional de Vigilancia en Salud	
Política Nacional de Medicamentos	
Política Nacional de Asistencia Farmacéutica	
Política Nacional de Salud del Trabajador y de la Trabajadora	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html
Política Nacional para Prevención y Control del Cáncer	
Política Nacional de Salud Bucodental	
Directrices Nacionales para la Atención Integral de la Salud de Adolescentes y Jóvenes en la promoción, protección y recuperación de la salud	
Directrices Nacionales para la Prevención del Suicidio	
Política Nacional de Atención a Personas con Enfermedad Renal	
Política Nacional de Gestión de Tecnologías en Salud (PNGTS)	

Fuente: elaboración propia.

La implementación del Plan de Dant es apoyada por el Ministerio de Salud a través de espacios de gobernanza y seguimiento de las acciones, con responsabilidades compartidas en los procesos de gestión.

Para asegurar la integralidad del alcance y fortalecer el Plan de Dant como herramienta de apoyo a la planificación de los temas que aborda, se recomienda que las entidades federadas fortalezcan sus objetivos a partir de cuatro dimensiones estructurantes del proceso de organización, producción de acciones y servicios, y gestión de la salud, que se presentan a continuación:

1. Educación Continua en Salud centrada en los temas y estrategias para la implementación del Plan de Dant

- Se trata de asegurar los temas en los planes estatales y/o municipales de Educación Continua en Salud (EPS), con una base de capacitación para construir y fortalecer las habilidades y destrezas de los profesionales de la salud para abordar y producir la atención de las ENT y las lesiones. Entre las habilidades y competencias se incluyen la construcción de iniciativas intersectoriales, la organización y producción de información para orientar y/o subvencionar las decisiones técnicas y políticas y la movilización de la comunidad, tanto para apoyar la (re)organización de los servicios en la APS y la vigilancia de la salud para garantizar los enfoques de las ENT y las lesiones como para exigir la gestión pública para aplicar y supervisar el Plan en los estados, el Distrito Federal y los municipios.

2. Implantación y refuerzo de los servicios de salud destinados a la prevención de las ENT y lesiones (violencia y accidentes)

– Las acciones de prevención de los factores de riesgo de las ENT y las lesiones deben formar parte de los constructos que caracterizan la vigilancia en salud y la Atención Primaria de Salud. Para ello, un paso previo es promover la integración de estos dos ámbitos con la construcción y puesta en común de una misma planificación. Una disposición que surge en el movimiento de integración propuesto es la organización de la vigilancia de la salud en la red de salud local, pasando por todos los niveles de atención. Medias y altas complejidades deben estar involucradas en la perspectiva de una red de atención y cuidado de personas con ENT y víctimas de lesiones. Preguntas como “¿cuáles son los resultados de la vigilancia de la salud y la APS para la gestión de las ENT?”, “¿qué procesos de trabajo deben establecerse o revisarse para garantizar las acciones propuestas por el plan de Dant en todos los niveles de la atención en salud?” y “¿qué habilidades y competencias son necesarias para desarrollar las acciones del plan de Dant” deben ser respondidas si se toma la decisión de implementar el plan.

3. Creación de asociaciones multisectoriales – Las ENT y las lesiones están fuertemente relacionadas con los determinantes sociales de la salud que, en sí mismos, retratan la complejidad de los fenómenos y aportan al enfoque de los factores de riesgo y protección, componentes económicos, sociales, políticos y culturales. Del mismo modo, la violencia se retrata bajo la profunda influencia de estos determinantes, además del género y el color de la piel. Las acciones encaminadas a la prevención de accidentes requieren una reestructuración y asociaciones más allá del sector de la salud. Hace tiempo que se ha señalado la necesidad de que la salud trascienda su ámbito y se alíe con otras políticas, sumando su objetivo para sintonizarlo con otros que les son comunes. Se espera que el Plan de Dant fomente y subvencione iniciativas multisectoriales en las que participen la gestión pública, el mercado y el tercer sector. Las acciones propuestas en el Plan de Dant se centran esencialmente en la necesidad de articulación para alcanzar sus metas, lo que interferirá en los indicadores de otras políticas como la educación, el tránsito, la asistencia social y la seguridad pública.

4. Desarrollo de capacidades y habilidades para la generación y uso de la información – La información es un recurso importante para el trabajo de salud pública. Ya sea para informar, describir o definir, la información sanitaria es por naturaleza funcional y utilizable. A nivel nacional, los sistemas de información y las grandes encuestas, como la Encuesta Nacional de Salud (ENS), la Encuesta Nacional de Salud Escolar (PeNSE), el sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles (Vigitel), tratan de responder a los indicadores formulados a nivel mundial y nacional. A nivel local, el seguimiento de estos indicadores, así como de los formulados localmente, es esencial para evaluar y orientar las acciones y servicios. Se recomienda mantener la base de datos actualizada y mejorar el llenado de los formularios de notificación (llenado de todos los campos).

Además de mejorar la información en salud, es posible avanzar en la interoperabilidad de los datos, efectiva para componer un conjunto cohesionado y completo de información que pueda mostrar indicadores de la situación de salud y su relación con otros indicadores sociales. Para el enfrentamiento de las ENT, se trata de análisis interesantes: comprobar el absentismo escolar por problemas de salud, la relación entre los accidentes de tráfico y el consumo de alcohol, la violencia, el género y la escolarización, el embarazo adolescente y el abandono escolar, etc. Además de ser capaz de elaborar un análisis de la situación de la salud, es esencial saber comunicar la información y utilizarla para defender las acciones del Plan de Dant. Esta acción debe ir acompañada de la informatización de la salud, tanto en lo que se refiere a la ampliación del acceso a computadoras conectadas a la red de internet, como a la automatización del mayor número posible de procesos para facilitar y agilizar el trabajo de los profesionales en el día a día.

En cada evaluación del Plan de Dant estas dimensiones estarán presentes para guiar el proceso y ayudar a localizar y articular el conjunto de iniciativas desarrolladas para su implementación en el país.

El Ministerio de Salud, en colaboración con otras entidades federales, se encargará de:

- a.** Proporcionar apoyo técnico y aportaciones para la aplicación, el seguimiento, la revisión y la evaluación del Plan de Dant.
- b.** Dinamizar la agenda del plan y las agendas convergentes para que los debates sean pertinentes para la consecución de las metas.
- c.** Desarrollar y apoyar iniciativas de formación continua destinadas a crear competencias y habilidades para desarrollar y responder a los indicadores de salud a nivel estatal y municipal.
- d.** Fomentar la creación de redes multisectoriales.
- e.** Reforzar la vigilancia de ENT integrada.
- f.** Apoyar la inclusión de las acciones y metas del Plan de Dant en los respectivos planes de salud y en los planes de educación continua de los estados, el Distrito Federal y los municipios.
- g.** Desarrollar y apoyar la investigación sobre la aplicación del Plan de Dant y sus resultados en la salud de la población brasileña.
- h.** Mantener las acciones y metas del plan actualizadas y alineadas con las políticas, directrices y acuerdos internacionales de los que el país es signatario.
- i.** Organizar la vigilancia de las ENT en las redes de asistencia de salud.
- j.** Articular con la salud complementaria para apoyo a las acciones y metas del Plan de Dant.

Las metas del Plan de Dant pueden ser supervisadas por los sistemas de salud y las encuestas nacionales. Es importante que mejoren el seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud y la prevención de accidentes y violencia.

Sin embargo, es importante incluir las metas locales y las relacionadas con las demás acciones del Plan de Dant que no están captadas por los sistemas de información en salud y los estudios nacionales. La oportunidad de incluir metas en respuesta a las realidades locales puede favorecer la cobertura del seguimiento de las acciones de interés.

La recomendación es que los estados y el Distrito Federal desarrollen o incluyan en su planificación actual metas para la cobertura de los municipios que serán sensibilizados para la implementación del plan de Dant, para la participación de la sociedad civil, para la coordinación intersectorial, para la implementación de programas, para la educación continua, para las publicaciones, para las campañas y para la cobertura de las acciones propuestas.

Se recomienda que el Plan de Dant se presente y se acompañe con los consejos de salud, las Comisiones Intergerenciales Bipartitas (CIB) y los Intergerentes Regionales (CIR), para construir la gobernanza de la planificación del Plan de Dant con la participación de los gestores y trabajadores de la salud en las esferas de gestión del SUS.

La implementación del Plan de Acciones Estratégicas para el Enfrentamiento de las Enfermedades No Transmisibles y Lesiones en Brasil, 2021-2030 es un compromiso compartido por todas las esferas de gestión del SUS. Comprende la agenda de salud para la vigilancia y prevención de las ENT y la promoción de la salud en los próximos diez años.

REFERÊNCIAS

AMBROSE, A. F.; PAUL, G.; HAUSDORFF, J. M. Risk factors for falls among older adults: a review of the literature. **Maturitas**, Amsterdam, v. 75, n. 1, p. 51-61, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.02.009>. A disposición en: [https://www.maturitas.org/article/S0378-5122\(13\)00054-6/fulltext](https://www.maturitas.org/article/S0378-5122(13)00054-6/fulltext). Accedido: 28 mayo 2021.

ANDRADE, L. H. *et al.* Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. **PLoS One**, [s. l.], v. 7, n. 2, p. e31879, 2012.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Mortalidade – desde 1996 pela CID-10**. Brasília, DF: MS, 2018. A disposición en: <https://datasus.saude.gov.br/mortalidad-desde-1996-pela-cid-10>. Accedido: 29 abr. 2020.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2019**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas

por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019. Brasília, DF: MS, 2020a. A disposición en: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/27/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf>. Accedido: 28 mayo 2021.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Viva Inquérito 2017**: Vigilância de Violências e Accidentes em Serviços Sentinelas de Urgência e Emergência – Capitais e Municípios. Brasília, DF: MS, 2019. A disposición en: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_inquerito_2017_1ed_2019.pdf. Accedido: 30 dic. 2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão; IBGE. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009**: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. 130 p. A disposición en: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv50063.pdf>. Accedido: 6 oct. 2021.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão; IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 132 p. A disposición en: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>. Accedido: 6 oct. 2021.

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

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

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

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

HESLOP, K. R.; WYNADEN, D. G. Impact of falls on mental health outcomes for older adult mental health patients: an Australian study. **International Journal of Mental Health Nursing**, Carlton, Vic., v. 25, n. 1, p. 3-11, 2016.

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

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

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA; BRASIL. Ministerio de Salud. **Estimativa 2019**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2019. A disposición en: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>. Accedido: 1 ene. 2021.

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

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

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

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

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

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

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

NICOLUSSI, A. C. *et al.* Qualidade de vida em idosos que sofreram quedas: revisão integrativa da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 723-730, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mcsDty596hhWH73mgsZyP7H/?lang=pt>. Accedido: 28 mayo 2021.

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

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

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

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

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

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

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

PIMENTEL, W. R. T. *et al.* Caídas com necessidade de procura de servicios de saúde entre idosos: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. e00211417, 2018.

SILVA, L. E. L.; OLIVEIRA, M. L. C. Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 25, n. 2, p. 1-2, 2016. DOI 10.5123/S1679-4974-2016000200012. A disposición en: <https://www.scielo.br/j/ress/a/Qjzmx9JzZsqGSqL4gDBZdxF/?lang=pt&format=pdf>.
Accedido: 30 mayo 2021.

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

SIMÕES, C. C. da S. **Perfis de saúde e de mortalidad no Brasil**: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. Brasília, DF: OPAS/OMS, 2002. A disposición en: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perfis.pdf>.
Accedido: 30 mayo 2021.

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

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

UNITED NATIONS. Office on Drugs and Crimes. **Global study on homicide: executive summary**. Vienna: UNODC, 2019. E-book. A disposición en: <https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/gsh/Booklet1.pdf>. Accedido: 24 abr. 2020.

UNITED NATIONS. Office on Drugs and Crime. **International Classification of Crime for Statistical Purposes: version 1.0**. Vienna: UNODC, Mar. 2015. E-book. A disposición en: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/crime/ICCS/ICCS_English_2016_web.pdf. Accedido: 15 set. 2021

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

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

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

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

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

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

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health topics**: Chronic diseases. Geneva: WHO, 2013. A disposición en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/. Accedido: 1 ene. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide**. 17 jun. 2021. A disposición en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. Accedido: 28 mayo 2020.

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

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

Díganos lo que piensa de esta publicación.
Haga **clic aquí** y responda la encuesta.

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsm.sau.de.gov.br

DISQUE
SAÚDE **136**



MINISTERIO DE
SALUD

Gobierno
de Brasil