

2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA **ENFRENTAMENTO**
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS





2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

PLANO ESTADUAL DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA ENFRENTAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

2023 - 2030

1ª Edição



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE



Carlos Massa Ratinho Júnior
Governador do Estado do Paraná

Carlos Alberto Gebrim Preto
Secretário de Estado da Saúde

César Augusto Neves Luiz
Diretor Geral

Maria Goretti David Lopes
Diretora de Atenção e Vigilância em Saúde

Elaine Cristina Vieira de Oliveira
Coordenadora de Promoção da Saúde

Acácia Maria Lourenço Francisco Nasr
Coordenadora de Vigilância Epidemiológica

Ivana Lúcia Belmonte
Coordenadora de Vigilância Ambiental

Luciane Otaviano de Lima
Coordenadora de Vigilância Sanitária

Elizeu de Oliveira Freitas
Coordenador do Centro Estadual de Saúde do Trabalhador



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

ORGANIZAÇÃO

Elaine Cristina Vieira de Oliveira
Merari Gomes de Souza

ELABORAÇÃO

Coordenação de Promoção da Saúde

Elaine Cristina Vieira de Oliveira

Divisão de Promoção da Alimentação Saudável e Atividade Física - DVPAF

Cristina Klobukoski
Fernanda Pietrângelo Merlino

Divisão de Promoção da Equidade em Saúde - DVPEQ

Lucimar Pasin de Godoy
Rosane Aparecida de Freitas

COLABORAÇÃO

Coordenação de Vigilância Epidemiológica - CVIE

Acácia Maria Lourenço Francisco Nasr

Divisão de Informações Epidemiológicas - DVIEP

Dora Yoko Nozaki Goto
Luciana Champion
Marcello Zaia Oliveira

Divisão de Vigilância do Programa Estadual de Imunizações - DVVPI

Virginia Dobkowski Franco dos Santos

Coordenação de Vigilância Sanitária - CVIS

Luciane Otaviano de Lima

Coordenação de Vigilância Ambiental - CVIA

Divisão de Vigilância sobre o Meio - DVVSM

Alana Flemming

Centro Estadual de Saúde do Trabalhador - CEST

Amanda de Paula Boni Navarro
Irinéia Solovy

REVISÃO

Elaine Cristina Vieira de Oliveira

Divisão de Promoção da Cultura de Paz e Ações Intersetoriais - DVPAZ

Carla Konieczniak Aguiar
Cristiane Baecker Ávila
Merari Gomes de Souza
Tatiana Gomara Neves
Pedro Henrique de Paula Boscardin

Divisão de Prevenção e Controle de Doenças Crônicas e Tabagismo - DVPCT

Rejane Cristina Teixeira Tabuti
Thais Trybus

Coordenação de Atenção à Saúde - COAS

Divisão de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente - DVSCA

Gisella Sanches Henle Piassetta
Anna Christinne Feldhaus Lenzi Costeira

Divisão de Atenção à Saúde do Idoso - DVASI

Adriane Miró Vianna Benke Pereira
Giseli da Rocha

Divisão de Atenção à Saúde Mental - DVSAM

Marisa da Costa

Gerência de Atenção à Urgência - GAU

Giovana Fratin

Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social - IPARDES

Júlio Takeshi Suzuki Júnior
Adilson Apolinário
Leonildo Pereira de Souza

IDENTIDADE GRÁFICA

Núcleo de Comunicação

Juliana Scheller

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP
Biblioteca da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (BIBSESA)

P223 Paraná. Secretaria da Saúde. Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde. Coordenação de Promoção da Saúde.
Plano Estadual de Ações Estratégicas para Enfrentamento de Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis: 2023-2030 / Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. 1.ed. Curitiba : SESA, 2023.

143 p. color. 5500Kb; PDF
ISBN 978-85-66800-37-1

1. Promoção da Saúde. 2. Saúde Pública. 3. Planejamento Estratégico. 4. Doenças não Transmissíveis. 5. Notificação de Doenças. I. Título. II. Autor.

CDD 613

Elaine Cristina Itner Voidelo - CRB9/1239



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

*“... E de altura elevada
sua marca na história ficou acervada
Dela, caiu uma pinha ressaltada
Que rolou pelo chão montanha abaixo
E sem hesitação caiu no riacho
Seguiu abaixo o rio naquele fluxo frio
Por meio do solavanco chegou no famoso
véu branco (Cachoeira)
No ponto de falhar ou voar,
seguiu a água pra qualquer lugar
Resultado da queda: Se abriu em uma
pedra
Soltou cada pinhão em um braço d’água
Que rápido como avião em outro campo
deságua
Conforme a formação, se desenvolveu
E assim, nova geração cresceu”*

*(Luis Felipe Aguião em Araucária e a
Cachoeira)*



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEISPARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)	21
Figura 2	Mapa demonstrativo de municípios do Paraná que possuem Povos e Comunidades Tradicionais, segundo Regiões de Saúde	24
Figura 3	Taxa de Mortalidade por Acidentes e Violências (Homicídios, Acidente de Transporte Terrestre, Quedas Acidentais e Suicídios) por 100 mil hab. Paraná - 2017 A 2021	30
Figura 4	Evolução do número absoluto de óbitos por lesões de trânsito (V01-V89), segundo UF de residência, Paraná, 2011-2021	32
Figura 5	Evolução da taxa de mortalidade por lesões de trânsito (V01-V89), segundo UF de residência, Paraná, 2011-2021	34
Figura 6	Evolução da taxa de mortalidade por lesões de trânsito (V01-V89), segundo UF de residência, Paraná e Capital, 2011-2021	34
Figura 7	Distribuição do número absoluto de óbitos por lesões de trânsito, segundo UF de residência e modal, Paraná, 2011-2017-2021	35
Figura 8	Série histórica do número absoluto de óbitos por lesões de trânsito, segundo UF de residência e sexo, Paraná, 2011-2021	36
Figura 9	Distribuição do número absoluto de óbitos por lesões de trânsito, segundo UF de residência e faixa etária, Paraná, 2021	37
Figura 10	Evolução do número absoluto de internações hospitalares no SUS, no Paraná, devido a lesões de trânsito, por ano e sexo, 2011-2021	37
Figura 11	Taxa de Mortalidade por quedas acidentais por 100 mil hab. Paraná, 2017 a 2021	39
Figura 12	Taxa de Mortalidade por quedas acidentais por 100 mil hab., segundo sexo. Paraná, 2017 a 2021	40
Figura 13	Proporção de Óbitos por Quedas Acidentais segundo faixa etária. Paraná, 2017 a 2021	40
Figura 14	Figura 14 – Taxa de Mortalidade de Idosos por Quedas (CID 10W0-W19). Paraná, 2012-2021	43
Figura 15	Número de casos de violência interpessoal e autoprovocada, registrados no Sinan. Paraná, 2017 a 2021	51
Figura 16	Proporção de casos de Violência Interpessoal e Autoprovocada,	52



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEISPARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

	segundo região de saúde. Paraná, 2021	
Figura 17	Número de casos de violência autoprovoçada e de reincidência registrados no Sinan. Paraná, 2017 a 2021	53
Figura 18	Proporção de casos de violência interpessoal e autoprovoçada, segundo tipologia. Paraná, 2021	53
Figura 19	Proporção de casos de violência interpessoal e autoprovoçada, segundo raça/cor. Paraná, 2021	54
Figura 20	Proporção de casos de violência interpessoal e autoprovoçada, segundo faixa etária e sexo Paraná, 2021	55
Figura 21	Taxa bruta de mortalidade por homicídios por 100 mil hab. Paraná 2012-2021	58
Figura 22	Variação percentual da taxa de mortalidade por homicídios, por Região de Saúde de residência. Paraná. 2015 a 2021	60
Figura 23	Taxa bruta de mortalidade por homicídio por 100 mil hab., segundo sexo. Paraná, 2017-2021	62
Figura 24	Frequência de óbitos por homicídios, segundo grupos de causa Cid-10. Paraná 2017-2021	63
Figura 25	Taxa bruta de mortalidade por suicídios por 100 mil hab. Paraná. 2012 a 2021	67
Figura 26	Taxa bruta de mortalidade por suicídios por 100 mil hab. Paraná - 2017 a 2021	67
Figura 27	Taxa de mortalidade por suicídios por 100 mil hab., segundo Região de Saúde. Paraná, 2021	68
Figura 28	Taxa de mortalidade por suicídios por 100 mil hab. segundo sexo. Paraná - 2017 a 2021	69
Figura 29	Proporção de óbitos por Suicídios segundo faixa etária. Paraná, 2017 a 2021	70
Figura 30	Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis, Paraná 2017 a 2021	72
Figura 31	Taxa de mortalidade prematura (30-69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis, segundo grupo de causa, Paraná 2017 a 2021	73
Figura 32	Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis segundo sexo, Paraná 2017 a 2021	73
Figura 33	Número de óbitos prematuros por câncer na população residente e taxa de mortalidade por 100 mil hab. Paraná, 2012-2021	75



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Figura 34	Taxa de mortalidade prematura (30-69 anos) por neoplasias malignas segundo faixa etária, Paraná, 2017 a 2021	75
Figura 35	Taxa de mortalidade prematura por câncer no sexo masculino. Paraná 2012 a 2021	76
Figura 36	Taxa de mortalidade prematura por câncer no sexo feminino. Paraná 2012 a 2021	76
Figura 37	Número de óbitos prematuros por câncer de mama em mulheres e taxa de mortalidade por 100 mil habitantes. Paraná, 2017-2021	77
Figura 38	Taxa de mortalidade prematura por câncer de mama segundo faixa etária. Paraná 2017-2021	78
Figura 39	Número de óbitos prematuros por câncer do colo do útero em mulheres e taxa de mortalidade por 100 mil hab. Paraná, 2017-2021	79
Figura 40	Taxa de mortalidade prematura por câncer do colo do útero segundo faixa etária. Paraná 2017-2021	80
Figura 41	Número de óbitos prematuros por câncer do aparelho digestivo e taxa de mortalidade por 100 mil hab. Paraná, 2017-2021	81
Figura 42	Proporção de óbitos prematuros (30-69 anos) por câncer do aparelho digestivo. Paraná, 2017-2021	81
Figura 43	Número de óbitos prematuros por doenças cardiovasculares e taxa de mortalidade por 100 mil habitantes. Paraná, 2017-2021	84
Figura 44	Taxa de mortalidade prematura por doenças cardiovasculares segundo faixa etária. Paraná 2017-2021	84
Figura 45	Número de óbitos prematuros por Diabetes Mellitus e Taxa de Mortalidade por 100 mil hab. Paraná, 2017-2021	86
Figura 46	Taxa de mortalidade prematura por diabetes mellitus segundo faixa etária. Paraná 2017-2021	87
Figura 47	Número de óbitos prematuros por doenças respiratórias crônicas e taxa de mortalidade prematura por 100 mil hab. Paraná, 2012-2021	88
Figura 48	Proporção de excesso de peso e obesidade em crianças menores de 10 anos avaliadas nas unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde. Paraná, 2012 a 2021	89
Figura 49	Proporção de excesso de peso e obesidade em adolescentes avaliados nas unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde. Paraná, 2012 a 2021	90



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS**PARANÁ**
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Figura 50	Proporção de excesso de peso e obesidade em adultos avaliados nas unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde. Paraná, 2012 a 2021	90
Figura 51	Percentual de adultos fumantes na Capital Paranaense, 2006 a 2021	94
Figura 52	Cobertura vacinal com a primeira e segunda dose (D1 e D2) da vacina HPV quadrivalente, em meninas, segundo a unidade federada. Brasil. 2022	98
Figura 53	Cobertura vacinal com a primeira e segunda dose (D1 e D2) da vacina HPV quadrivalente, em meninos, segundo a unidade federada. Brasil. 2022	98
Figura 54	Cobertura vacinal da vacina HPV quadrivalente, em meninas, no estado do Paraná, 2022	99
Figura 55	Cobertura vacinal da vacina HPV quadrivalente, em meninos, no estado do Paraná, 2022	99
Figura 56	Série histórica de atividades coletivas de alimentação saudável. Paraná, 2014 a 2022	104
Figura 57	Série histórica de atividades coletivas de práticas corporais e atividade física. Paraná, 2014 a 2022	106
Figura 58	Valor Observado e Previsto da Taxa Padronizada de Mortalidade Prematura (30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis. Paraná 2000-2030.	108
Figura 59	Valor Observado e Previsto da Taxa Padronizada de Mortalidade Prematura (30 a 69 anos) por câncer de mama. Paraná 2000-2030	108
Figura 60	Valor Observado e Previsto da taxa padronizada de Mortalidade Prematura (30 a 69 anos) por câncer do colo do útero. Paraná 2000-2030	109
Figura 61	Valor Observado e Previsto da taxa padronizada de Mortalidade Prematura (30 a 69 anos) por câncer do aparelho digestivo. Paraná 2000-2030	109
Figura 62	Proporção Observada e Prevista de crianças menores de 10 anos com obesidade, em relação às crianças da mesma faixa etária avaliadas na Atenção Primária à Saúde. Paraná 2008-2030	110
Figura 63	Proporção Observada e Prevista de adolescentes com obesidade, em relação aos adolescentes avaliados na Atenção Primária à	110



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Saúde. Paraná 2008-2030

Figura 64	Proporção Observada e Prevista de adultos com obesidade, em relação aos adultos avaliados na Atenção Primária à Saúde. Paraná 2008-2030	111
Figura 65	Proporção Observada e Prevista de pessoas com marcadores de consumo alimentar avaliados na Atenção Primária à Saúde. Paraná 2015-2030	113
Figura 66	Proporção Observada e Prevista de pessoas com estado nutricional avaliado na Atenção Primária à Saúde. Paraná 2008-2030	113
Figura 67	Número Observado e Previsto de atividades coletivas de alimentação saudável realizadas na Atenção Primária à Saúde. Paraná 2014-2030	114
Figura 68	Prevalência Observada e Prevista do consumo recomendado de hortaliças e frutas. Paraná 2013-2030	114
Figura 69	Prevalência Observada e Prevista do consumo regular de hortaliças e frutas. Paraná 2013-2030	115
Figura 70	Número Observado e Previsto de atividades coletivas de práticas corporais e atividade física realizadas na Atenção Primária à Saúde. Paraná 2014-2030.	115
Figura 71	Prevalência Observada e Prevista de prática adequada de atividade física no lazer. Paraná 2013-2030	116
Figura 72	Prevalência Observada e Prevista de tabagismo. Paraná 2013-2030	116
Figura 73	Valor Observado e Previsto da Taxa Padronizada de Mortalidade por lesões no trânsito. Paraná 2000-2030	118
Figura 74	Valor Observado e Previsto da Taxa Padronizada de Mortalidade por Homicídio. Paraná 2000-2030	119
Figura 75	Valor Observado e Previsto da Taxa Padronizada de Mortalidade por Suicídio. Paraná 2000-2030	119
Figura 76	Eixos do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano de Dant)	121



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Ranking das Causas Básicas de Óbito segundo Capítulos da Cid-10 e o Número Absoluto de Óbitos por Faixa Etária, Paraná - 2019 e 2021	26
Quadro 2	Ranking das Causas Básicas de Óbito segundo capítulos da Cid-10 e o número absoluto de óbitos por faixa etária e sexo masculino, Paraná - 2019 e 2021	28
Quadro 3	Ranking das causas básicas de óbito segundo capítulos da Cid-10 e o número absoluto de óbitos por faixa etária e sexo feminino, Paraná - 2021	29
Quadro 4	Série Histórica das notificações dos Acidentes de Trabalho por Regional de Saúde. Paraná, 2012 a 2021	48
Quadro 5	Classificação de intensidade de atividade física	106
Quadro 6	Indicadores e metas para Doenças Crônicas Não Transmissíveis	107
Quadro 7	Indicadores e metas para Fatores de Risco	112
Quadro 8	Indicadores e metas para Acidentes e Violências	118



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Comparativo número absoluto de óbitos por lesões de trânsito no Paraná e Grupo de Municípios com PVT	33
Tabela 2	Comparativo da taxa de mortalidade por lesões de trânsito por sexo no Paraná, Curitiba e no Estado, 2011-2021	38
Tabela 3	Distribuição absoluta e percentual do número de óbitos de idosos por quedas CID10 (W00-W19) por local de residência, faixa etária e sexo. Paraná, 2021 ¹	43
Tabela 4	Somatória das Notificações de Acidentes de Trabalho, segundo variáveis ocupação, causa do acidente e faixa etária. Paraná, 2012 a 2021	47
Tabela 5	Somatória das notificações de acidentes de trabalho que resultaram em queda, segundo variáveis: ocupação, causa do acidente, diagnóstico da lesão e faixa etária. Paraná, 2012 a 2021	49
Tabela 6	Taxa bruta de mortalidade por homicídios por 100 mil hab., segundo Região de Saúde. Paraná. 2015 - 2021	59
Tabela 7	Proporção de óbitos por eventos de intenção indeterminada e de disparo de arma de fogo com intenção indeterminada, em relação ao total de óbitos por acidentes e violências. Paraná, 2017 a 2021	61
Tabela 8	Razão entre sexo masculino e feminino da taxa de mortalidade por homicídios, Paraná 2017-2021	62
Tabela 9	Número de óbitos por homicídios segundo raça-cor, Paraná - 2017 A 2021	64
Tabela 10	Proporção de óbitos por homicídios segundo raça-cor, Paraná - 2017 A 2021	64
Tabela 11	Percentual de óbitos por Suicídios segundo raça-cor, Paraná - 2017 a 2021	70
Tabela 12	Proporção de óbitos por Suicídios segundo escolaridade (anos de estudo concluídos). UF resid PR, 2017 a 2021	71
Tabela 13	Notificações de câncer relacionado ao trabalho, segundo as variáveis ocupação, diagnóstico da lesão e faixa etária. Paraná, 2012 a 2021	82



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CID-10 – 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças

Dant – Doenças crônicas e agravos não transmissíveis

DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis

DM – Diabetes mellitus

DPOC – Doença pulmonar obstrutiva crônica

HAS – Hipertensão arterial sistêmica

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

Inca – Instituto Nacional de Câncer

Ipardes – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

PVT – Programa Vida no Trânsito

SIM – Sistema de Informação Sobre Mortalidade

Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Sisab – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

Sisvan - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS – Sistema Único de Saúde



APRESENTAÇÃO

Esta publicação apresenta o Plano Estadual de Ações Estratégicas para Enfrentamento de Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis (Plano de Dant) para o período de 2023 a 2030, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). Tem por objetivo abordar o cenário e a tendência de evolução temporal de doenças crônicas e agravos não transmissíveis (Dant) e de seus fatores de risco no Paraná, bem como traçar metas e ações estratégicas e prioritárias direcionadas à prevenção e controle dessas doenças e agravos.

Dada a magnitude e multideterminação destas condições, o Plano aborda, de maneira estratégica, ações de promoção da saúde, atenção integral à saúde, vigilância e prevenção. Para tanto, as dimensões com as quais estamos comprometidos são de promover, prevenir, cuidar, tratar e produzir saúde.

Constituem-se em marcos histórico e normativo nesse processo, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Vigilância em Saúde e a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, bem como dialoga com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e o pacto global da Agenda 2030.

Este documento foi elaborado em consonância com o “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030” do Ministério da Saúde, ajustado às particularidades e especificidades do Estado, tendo em vista a heterogeneidade e diversidade encontradas no país.

Trata-se de uma construção coletiva visando promover o fortalecimento de políticas públicas mais efetivas, integradas, sustentáveis e fundamentadas em evidências com foco na promoção da saúde, prevenção e controle das Dant e de seus fatores de risco. Pretende-se mobilizar gestores, profissionais e serviços de saúde do estado e seus municípios num esforço coletivo para promover saúde e qualidade de vida para toda a população paranaense.



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
1.1 Contextualização e definições	17
1.2 Breve Histórico	18
1.3 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e Agenda 2030	20
2. PANORAMA SITUACIONAL	22
2.1 Cenário Demográfico	22
2.2 Cenário das principais causas de mortalidade por Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis	25
2.3 Acidentes	31
2.3.1 Lesões de Trânsito	31
2.3.2 Quedas Acidentais	39
2.3.3 Quedas em idosos	41
2.3.4 Acidentes relacionados ao trabalho	46
2.4 Violências	50
2.4.1 Violência interpessoal e autoprovocada	51
2.4.2 Homicídios	57
2.4.3 Suicídios	66
2.5 Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	72
2.5.1 Mortalidade prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis	72
2.5.2 Câncer	74
2.5.3 Câncer de mama	77
2.5.4 Câncer do Colo do Útero	78
2.5.5 Câncer do aparelho digestivo	81
2.5.6 Câncer relacionado ao trabalho	82
2.5.8 Diabetes Mellitus	85



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

2.5.9 Doenças Respiratórias Crônicas	87
2.5.10 Obesidade	88
2.6.1 Alimentação Inadequada	91
2.6.2 Inatividade Física	92
2.6.3 Tabagismo	93
2.6.4 Uso problemático de Álcool	95
2.6.5 Vacinação contra HPV	96
2.6.6 Poluição Atmosférica	101
2.7 Fatores de Proteção	102
2.7.1 Alimentação Adequada e Saudável	102
2.7.2 Atividade Física	104
3. INDICADORES E METAS	107
3.1 Grupo de Indicadores e Metas para Doenças Crônicas Não Transmissíveis	107
3.2 Grupo de Indicadores e Metas para Fatores de Risco para as DCNT	112
3.3 Grupo de Indicadores e Metas para Violências e Acidentes	118
4. AÇÕES ESTRATÉGICAS	121
5. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	130
6. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	131
7. REFERÊNCIAS	132



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização e definições

As doenças crônicas e agravos não transmissíveis (Dant) são doenças ou injúrias cuja etiologia não está associada diretamente a um agente biológico, mas está relacionada às mais diversas causas que envolvem determinantes e condicionantes sociais de saúde¹. Inseridas no escopo das Dant, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) caracterizam-se por serem doenças multifatoriais e de longa duração, constituindo a maior carga de morbimortalidade no mundo. No grupo das DCNT estão incluídas as doenças do aparelho circulatório, diabetes mellitus, neoplasias e doenças respiratórias crônicas².

As violências e os acidentes de trânsito também integram as Dant e, configuram-se como um problema de relevância em saúde pública, compreendendo um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não ocasionar a morte, por causas evitáveis, ou seja, causas acidentais, e as intencionais. O setor saúde torna-se uma encruzilhada por onde converge a maioria dos agravos, dentre eles os acidentes e as violências, os quais perpassam os mais diversos setores, como por exemplo a segurança pública^{3,4,5}.

A saúde mental compartilha das principais características das condições crônicas, quais sejam, ter causa múltipla e complexa, ter evolução gradual com momentos de agudização, evoluir ao longo do ciclo de vida, pode comprometer a qualidade de vida por meio de limitações funcionais, ser de curso longo ou persistente, poder levar a uma deterioração gradual da saúde, requerer cuidado de longa duração, ser possível a prevenção ou redução das complicações⁶.

As principais causas de óbito globalmente envolvem as DCNT, que se caracterizam pelo alto índice de mortalidade prematura; perda de qualidade de vida, alto nível de limitação de lazer e trabalho, e impactos econômicos e financeiros, todos estes aspectos se agravam diante da pobreza e das iniquidades. Esse cenário se soma aos diversos aspectos que envolvem os determinantes e condicionantes de saúde¹.

A vigilância das Dant agrega ações que buscam compreender o perfil, a evolução e a relevância dessas doenças e agravos, sendo fundamental também o



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

acompanhamento dos principais fatores de risco utilizando ferramentas de investigação do segmento populacional⁷.

Diante desse contexto, são necessárias estratégias de promoção da saúde, prevenção e identificação precoce dessas condições, construção de governança de processos, concepção e fortalecimento de políticas e programas intersetoriais, estruturação de serviços em rede, territorialização, inovação da gestão, produção de informações baseadas em evidências, entre outras⁸.

Assim sendo, produzir saúde de excelência, planejar e executar ações prioritárias de acordo com os interesses da população tem sido um grande desafio para gestores e trabalhadores da saúde. O planejamento e a avaliação são importantes ferramentas que servem de base para a gestão, pela sua capacidade de nortear a tomada de decisão e a operacionalização do processo de trabalho. Portanto, é fundamental o desenvolvimento e a atualização dos instrumentos de planejamento, segundo à realidade local e às características territoriais.

Neste sentido, o Plano Estadual de Ações Estratégicas para Enfrentamento de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Plano Estadual de Dant) prevê indicadores, metas e ações estratégicas pautados na Promoção da Saúde, Atenção Integral à Saúde, Vigilância em Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde. A abordagem tem foco na atuação multidisciplinar, articulação e cooperação intrasetorial e intersetorial e na transversalidade das ações.

1.2 Breve Histórico

O Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de seus princípios e diretrizes tem se consolidado ao longo dos anos como um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública no mundo. A implantação e implementação de ações e serviços de saúde ocorre de maneira solidária e tripartite entres os entes federados, ou seja, entre união, estados e municípios. Para tanto, é necessário investir em ações que busquem fortalecer os processos de trabalho, incluindo as etapas de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação. Estas estratégias devem ser organizadas de forma descentralizada, ascendente e com alicerce territorial, desenvolvida de maneira verticalizada, com base nas normativas norteadoras do SUS vigentes⁹.

Nessa perspectiva a saúde no Paraná é estruturada em Rede de Atenção à Saúde (RAS). Administrativamente, o estado é dividido em 22 regiões de saúde, as



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

quais contemplam os 399 municípios de abrangência, organizados por micro e macrorregiões de saúde na lógica de regionalização. A gestão e a assistência são compartilhadas de acordo com o nível de governabilidade, distribuição geográfica de serviços de saúde, variações populacionais e disparidades territoriais. O objetivo principal é a gestão integrada, a qualificação do processo de planejamento, a regulação e financiamento e a avaliação em saúde, ou seja, atuam em complementaridade de acordo como os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade do cuidado⁹.

Diante da necessidade e relevância em implementar iniciativas com o propósito de gerar resultados em saúde que impactem na melhoria da qualidade de vida da população, investindo na concretização de ações de promoção da saúde, de prevenção, de vigilância e de controle de doenças crônicas e agravos não transmissíveis, a Sesa organizou em 2012 o primeiro Plano intitulado “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Paraná –2012-2015” e em 2009 publicou o “Plano Estadual de Vigilância de Violências e Acidentes do Estado do Paraná”. Os documentos abordaram o perfil geral a partir dos principais indicadores de morbimortalidade por Dant e de seus fatores de risco no Estado, com o objetivo de fornecer evidências e estimular os municípios na implantação e no fortalecimento das ações, de acordo com a realidade local, tendo em vista o aumento crescente da prevalência e mortalidade precoce por essas condições.

Em 2020 a vigilância epidemiológica das Dant passou a ser trabalhada, de forma integrada, pelas áreas técnicas da Coordenação de Promoção da Saúde (CPRO), a qual busca atuar na perspectiva de promover qualidade de vida e bem estar às pessoas e coletividades, atuando sobre os condicionantes e determinantes sociais de saúde, para alcançar melhores condições de saúde e gerar intervenções que impactem em mudanças nos riscos e vulnerabilidades, reorientando o modo de organização e produção do cuidado nos serviços de saúde. São eixos prioritários, a promoção da equidade em saúde, da cultura de paz e não violência, da alimentação adequada e saudável, de práticas corporais e atividades físicas, da mobilidade segura e sustentável, dos direitos humanos, do desenvolvimento sustentável, além do enfrentamento ao uso do tabaco e de seus derivados. O trabalho é desenvolvido de maneira transversal, intersetorial e articulado com outras políticas públicas.

O processo de discussão e elaboração do Plano Estadual de Dant 2023-2030 se deu a partir da organização de um grupo de trabalho que contou com a participação



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

de diversas áreas técnicas da Sesa. Foram realizadas reuniões com representantes dos respectivos setores, no intuito de integrar as ações e buscar a convergência de agendas e estratégias, tendo em vista a transversalidade das temáticas para o alcance do objetivo proposto. A versão preliminar do documento foi apresentada na Câmara Técnica de Promoção e Vigilância em Saúde da Comissão Intergestores Bipartite do Paraná (CIB/PR). Na sequência, o documento foi submetido à Consulta Pública Sesa nº 002/2023, na premissa de garantir a legitimidade e transparência do processo instituído. A versão preliminar do Plano permaneceu à disposição do público para sugestões e contribuições por um período de 30 (trinta) dias, no site da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, sendo amplamente publicizada. Por fim, o Plano foi apresentado e pactuado no pleno da Comissão Intergestores Bipartite do Paraná mediante Deliberação CIB/PR nº 282, de 13 de setembro de 2023.

1.3 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e Agenda 2030

Durante a cúpula do Milênio das Nações Unidas, que ocorreu no ano de 2000, foi lançada a Declaração do Milênio que apresentava oito objetivos globais a serem alcançados até 2015, chamados de Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)¹.

A intenção dos ODM em conjunto, era erradicar do planeta a extrema pobreza e a fome, especialmente nos países menos desenvolvidos, associado à efetivação de políticas de saúde, saneamento, educação, habitação, promoção da igualdade de gênero e proteção ao meio ambiente, e atrelados a uma parceria global para o desenvolvimento sustentável¹⁰.

Em 2015, durante a Cúpula das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável, a Organização das Nações Unidas (ONU) propôs aos seus países membros uma agenda de desenvolvimento sustentável para os próximos 15 anos, denominada de Agenda 2030. É composta por 169 metas distribuídas em 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), integrados e indivisíveis, devendo as estratégias serem implementadas a partir desta ótica. Caracteriza-se como um pacto global de esforços conjuntos entre países, empresas, instituições e sociedade civil¹¹.

Os ODS apresentam importante relação com os objetivos deste Plano. Podemos destacar além do Objetivo 3, que está diretamente relacionado à saúde, o ODS 1 – Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares; ODS 2 - Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

promover a agricultura sustentável; ODS 3 - Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas; ODS 10 - Reduzir as desigualdades no interior dos países e entre países; ODS 11 - Tornar as cidades e comunidades mais inclusivas, seguras, resilientes e sustentáveis; ODS 16 – Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas a todos os níveis; ODS 17 - Fortalecer os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável.

Figura 1 – Os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)



Fonte: Organização das Nações Unidas Brasil (2022)¹¹

No campo da Saúde, a despeito dos avanços observados na vigência dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, importantes desafios ainda persistem, especialmente relacionados à saúde reprodutiva, saúde materna, saúde da criança e doenças infecciosas, e deixa mais evidente que é imperativo o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus fatores de risco evitáveis¹².

O objetivo 3 dos ODS tem o propósito de assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. Dentre as propostas, abrange metas que objetivam, até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis; Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco; Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool;



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Reduzir pela metade, até 2020, as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas¹¹. Tais metas estão intimamente relacionadas aos objetivos e metas propostos neste Plano.

2. PANORAMA SITUACIONAL

O diagnóstico situacional antecede o planejamento das ações. É uma ferramenta que resulta na produção de evidências, a fim de trazer elementos que possam subsidiar a construção do Plano de Ação. Neste espaço será apresentada análise de situação demográfica e de saúde referente às Doenças e Agravos Não Transmissíveis e respectivos fatores de risco e proteção no Paraná.

2.1 Cenário Demográfico

O Estado do Paraná possui uma população estimada em 11.597.484 habitantes, segundo estimativas do IBGE, o que representa a quinta maior população do país. Deste total, 51% da população paranaense é composta por mulheres¹³.

A população paranaense deverá ser incrementada em aproximadamente 1 milhão de pessoas nos próximos 20 anos, alcançando 12,5 milhões em 2040. O maior aumento deve ocorrer entre 2020-2030 com uma taxa de crescimento de 0,57% ao ano; na década subsequente, esta taxa será reduzida à metade. O maior crescimento esperado até 2040 deverá concentrar-se nos municípios com mais de 100 mil habitantes¹⁴.

Esse cenário de baixo crescimento populacional é fruto das mudanças no perfil etário da população, o que irá repercutir na demanda por serviços públicos, incluindo o setor saúde. Afetado pelo padrão de fecundidade, a participação de crianças menores de 5 anos reduzirá para 6,0% da população paranaense em 2030 e 5,3% em 2040. Por outro lado, projeta-se um intenso crescimento no contingente populacional de idosos, chegando em 20,8% até 2030 e 25,6% até 2040; a participação dessa população do estado aumentará em 10 pontos percentuais até 2040, o que significa que uma em cada quatro pessoas será idosa¹⁴.

Quanto às populações específicas em situação de vulnerabilidade, estas estão distribuídas em todo o Paraná, no entanto, alguns povos vivem mais presentes em determinadas regiões do estado.



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Neste escopo encontram-se os Povos e Comunidades Tradicionais (PCT), que são definidos como:

“[...] grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição¹⁵.”

Nesse escopo, encontram-se, por exemplo, os povos quilombolas, indígenas, e do campo, da floresta e das águas. Segundo dados do IBGE (2010), 28,5% da população do Paraná se autodeclarou negra, totalizando, portanto, um contingente de aproximadamente 3.135.000 pessoas. As Comunidades Quilombolas/Negras Tradicionais concentram-se prioritariamente nos municípios das macrorregiões Leste e Oeste, com ênfase na 2ª Regional de Saúde¹⁶.

O Paraná tem uma população de 19.134 indígenas aldeados, de acordo com dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena - SIASI (2022), residentes em 67 aldeias, agrupadas em 5 microrregiões (Pólos Base), localizadas em 30 municípios do Estado do Paraná, os quais são atendidos, no âmbito da atenção primária à saúde, pelo Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul (DSEI LSUL). Estes municípios estão distribuídos nas Regionais de Saúde de: Paranaguá (1ª), Curitiba (2ª), Irati (4ª), Guarapuava (5ª), Pato Branco (7ª), Foz do Iguaçu (9ª), Cascavel (10ª), Londrina (17ª), Cornélio Procópio (18ª), Jacarezinho (19ª), Toledo (20ª), Telêmaco Borba (21ª) e Ivaiporã (22ª).

Os povos do campo, da floresta e das águas, são caracterizados por comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra, o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo¹⁶. As Comunidades Quilombolas/Negras Tradicionais concentram-se prioritariamente nos municípios das macrorregiões Leste e Oeste, com ênfase na 2ª Regional de Saúde¹⁷.

No rol dessas populações, no Paraná são identificadas comunidades de ilhéus, comunidades de ribeirinhos, comunidades de pescadores artesanais, comunidades de caiçaras e comunidades de faxinalenses. Dentre esses povos, há majoritariamente comunidades de ilhéus e de caiçaras no litoral do Estado, abrangendo os municípios de Antonina, Guaraqueçaba, Paranaguá e Pontal do Paraná, sendo estes pertencentes a 1ª Regional de Saúde. Na 5ª Regional de Saúde, em Guarapuava, prevalecem as comunidades de faxinalenses. Já nas Regionais de Saúde de

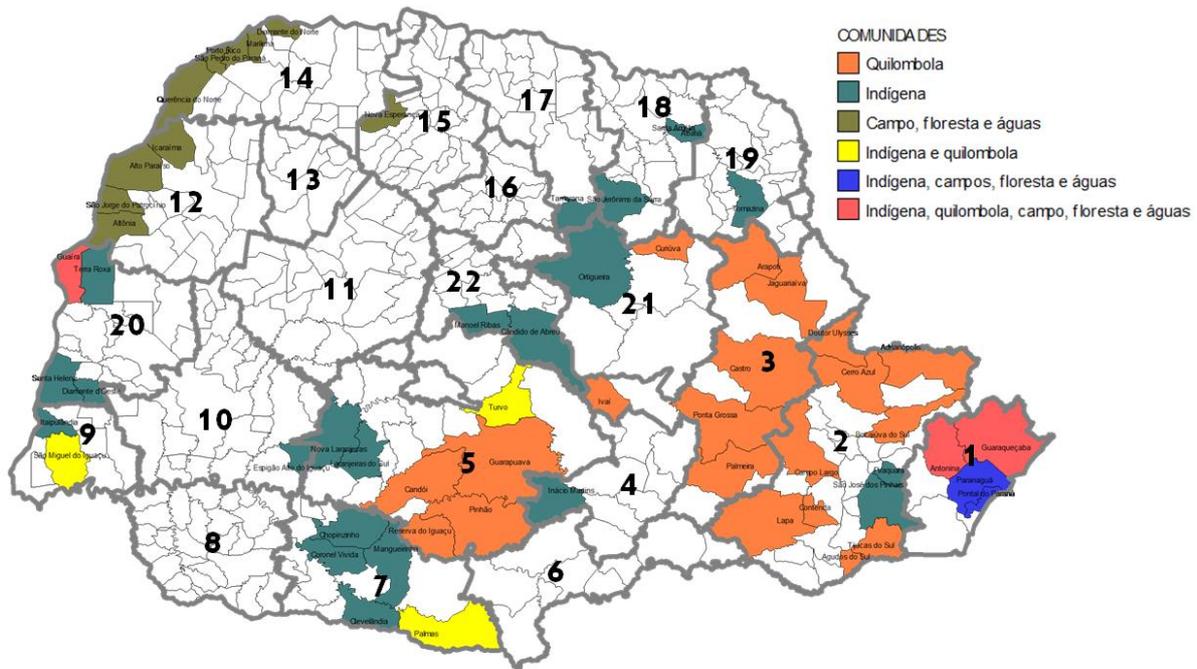


2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Umuarama (12^a), Paranaíba (14^a), Maringá (15^a) Toledo (20^a), há comunidades de ribeirinhos e de ilhéus no Rio Paraná.

Figura 2 - Mapa demonstrativo de municípios do Paraná que possuem Povos e Comunidades Tradicionais, segundo Regiões de Saúde



Fonte: Divisão de Promoção da Equidade em Saúde/CPRO/DAV/SESA (2022)

Em relação à população privada de liberdade no sistema prisional, com idade superior a 18 anos, segundo dados do Departamento de Polícia Penal (2022), no Paraná há aproximadamente 33.268 pessoas custodiadas, distribuídas em 118 unidades penais, e em 90 municípios do Paraná.

Em relação aos migrantes, segundo o Instituto de Políticas Públicas Migratórias (2021), os municípios do Paraná que mais receberam essas pessoas nos últimos anos foram: Curitiba, Cascavel, Maringá, Londrina, Foz do Iguaçu, Cafelândia, Colombo, Paranaguá, Pato Branco, Pinhais, Ponta Grossa, Rolândia, São José dos Pinhais e Toledo.

De acordo com a Política Nacional para a População em Situação de Rua, estas pessoas são definidas como:

[...] grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória¹⁸.

As pessoas em situação de rua estão presentes majoritariamente nos grandes centros urbanos do Estado. Já os povos ciganos, e a população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, que também devem ter suas especificidades consideradas, encontram-se distribuídas por todos os territórios do Paraná. Quanto à população negra, segundo dados do Censo do IBGE (2010), 28,5% da população do Paraná se autodeclarou negra, totalizando, portanto, um contingente de aproximadamente 3.135.000 pessoas em todo Estado.

2.2 Cenário das principais causas de mortalidade por Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis

A proporção de óbitos por doenças e agravos não transmissíveis em relação ao total de óbitos no Paraná, vinha reduzindo desde 2017, porém ainda em níveis considerados elevados, 65,8% (2017) e 64,1% (2019). A avaliação em 2020 (57%) e 2021 (44,2%) sofreu a interferência da mortalidade pela doença causada pelo vírus SARS-CoV-2, a Covid-19, que foi a primeira causa de óbito no estado, não significando queda de morte por Dant.

No Paraná, em 2019, foram registrados 74.656 óbitos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Paraná, sendo que as doenças do aparelho circulatório (que fazem parte do grupo das DCNT) ocuparam o primeiro lugar em número de óbitos por capítulo da CID-10, seguidas pelas neoplasias e doenças do aparelho respiratório. Em 2021 ocorreram 112.529 óbitos, 50,7% de excesso de mortes, sendo que as doenças infecciosas e parasitárias predominaram em função da pandemia Covid-19, seguidas pelas doenças do aparelho circulatório e neoplasias (Quadro 1).

No entanto, a mortalidade por causas externas (CE) permaneceu em quarto lugar em 2019 e 2021 com aumento de 7,8% no número absoluto de óbitos por CE (8.414 em 2019 para 9.068 em 2021).

Na análise da mortalidade por faixa etária em 2019 e Capítulo CID-10, observou-se que a principal causa de morte entre 01-49 anos foi por causas externas, as Neoplasias entre 50-59 anos e as doenças do aparelho circulatório na faixa etária de 60 e mais anos de idade. Em 2021, ficou evidente o impacto da pandemia da



Covid-19, sendo que dos 30-79 anos, as principais causas de mortalidade foram as doenças infecciosas e parasitárias. Mesmo com a pandemia, na faixa etária entre 01 e 29 anos de idade predominaram as causas externas de mortalidade (Quadro 1).

O crescimento global das doenças crônicas nos últimos 30 anos, incluindo obesidade, contribuiu para o aumento de mortes por Covid-19 durante a pandemia¹⁹.

Quadro 1 - Ranking das Causas Básicas de Óbito segundo Capítulos da Cid-10 e o Número Absoluto de Óbitos por Faixa Etária, Paraná - 2019 e 2021¹

2019												
Posição	1º	2º	3º	4º	5º	6º						
< 01a	C. Perinat.	884	Malform.	470	C. Externas	60	C. Mal Def.	47	D. Ap. Resp.	31	D. Infec. Par.	29
01-04a	C. Externas	72	Malform.	51	D. Sist. Nerv.	35	D. Ap. Resp.	30	Neoplasias	26	D. Infec. Par.	22
05-09a	C. Externas	47	Neoplasias	28	D. Sist. Nerv.	24	D. Ap. Resp.	10	Malform.	9	D. Infec. Par.	5
10-14a	C. Externas	75	Neoplasias	40	D. Sist. Nerv.	22	Malform.	12	D. Ap. Resp.	9	D. Ap. Circ.	7
15-19a	C. Externas	551	Neoplasias	47	D. Sist. Nerv.	35	C. Mal Def.	17	D. Ap. Circ.	15	D. Sg. Hemat.	12
20-29a	C. Externas	1773	Neoplasias	145	D. Ap. Circ.	109	C. Mal Def.	81	D. Infec. Par.	80	D. Ap. Resp.	73
30-39a	C. Externas	1370	Neoplasias	382	D. Ap. Circ.	292	D. Infec. Par.	173	D. Ap. Dig.	160	C. Mal Def.	123
40-49a	C. Externas	1135	Neoplasias	982	D. Ap. Circ.	880	D. Ap. Dig.	424	D. Infec. Par.	281	D. Ap. Resp.	263
50-59a	Neoplasias	2555	D. Ap. Circ.	2128	C. Externas	929	D. Ap. Dig.	698	D. Ap. Resp.	635	D. Endocr.	562
60-69a	D. Ap. Circ.	4052	Neoplasias	3831	D. Ap. Resp.	1508	D. Endocr.	1023	D. Ap. Dig.	856	C. Externas	705
70-79a	D. Ap. Circ.	5494	Neoplasias	3869	D. Ap. Resp.	2433	D. Endocr.	1289	D. Ap. Dig.	957	D. Sist. Nerv.	667
80 e+	D. Ap. Circ.	7358	D. Ap. Resp.	4040	Neoplasias	2968	D. Sist. Nerv.	1873	D. Endocr.	1444	D. Ap. Dig.	1033
Total	D. Ap. Circ.	20373	Neoplasias	14879	D. Ap. Resp.	9161	C. Externas	8414	D. Endocr.	4668	D. Ap. Dig.	4213
2021												
Posição	1º	2º	3º	4º	5º	6º						
< 01a	C. Perinat.	739	Malform.	381	C. Mal Def.	50	C. Externas	49	D. Infec. Par.	37	D. Ap. Resp.	23
01-04a	C. Externas	57	Malform.	36	D. Sist. Nerv.	28	Neoplasias	20	D. Infec. Par.	17	D. Ap. Resp.	14
05-09a	C. Externas	43	Neoplasias	34	D. Sist. Nerv.	18	D. Infec. Par.	13	Malform.	10	D. Ap. Resp.	5
10-14a	C. Externas	65	Neoplasias	27	D. Sist. Nerv.	24	D. Infec. Par.	21	C. Mal Def.	11	D. Ap. Dig.	8
15-19a	C. Externas	566	D. Infec. Par.	61	Neoplasias	42	D. Sist. Nerv.	35	C. Mal Def.	22	D. Ap. Circ.	14
20-29a	C. Externas	1984	D. Infec. Par.	569	Neoplasias	153	C. Mal Def.	106	D. Ap. Circ.	106	D. Sist. Nerv.	67
30-39a	D. Infec. Par.	1921	C. Externas	1601	Neoplasias	383	D. Ap. Circ.	322	D. Ap. Dig.	172	C. Mal Def.	166
40-49a	D. Infec. Par.	4226	C. Externas	1218	Neoplasias	995	D. Ap. Circ.	948	D. Ap. Dig.	468	C. Mal Def.	274
50-59a	D. Infec. Par.	7270	Neoplasias	2383	D. Ap. Circ.	2221	C. Externas	999	D. Ap. Dig.	824	D. Ap. Resp.	613
60-69a	D. Infec. Par.	7934	D. Ap. Circ.	4350	Neoplasias	4084	D. Ap. Resp.	1332	D. Endocr.	1182	D. Ap. Dig.	950
70-79a	D. Infec. Par.	7506	D. Ap. Circ.	5978	Neoplasias	3904	D. Ap. Resp.	1959	D. Endocr.	1558	D. Ap. Dig.	991
80 e+	D. Ap. Circ.	8237	D. Infec. Par.	5950	Neoplasias	3244	D. Ap. Resp.	3023	D. Sist. Nerv.	2121	D. Endocr.	1826
Total	D. Infec. Par.	35526	D. Ap. Circ.	22206	Neoplasias	15277	C. Externas	9068	D. Ap. Resp.	7393	D. Endocr.	5573

Fonte: SES/DAV/CVIE/DVIEP Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) 15/09/2022 '2021: dados preliminares, sujeitos a alterações. Nota: D. Infec. Par.: doenças infecciosas e parasitárias; neoplasias malignas; C. Externas.: causas externas; C. Perinat.: afecções do período perinatal; Malform.: anomalias cromossômicas e malformações congênitas; D. Ap. Resp.: doenças do aparelho respiratório, D. Sist. Nerv.: doenças do sistema nervoso, D. Ap. Circ.: doenças do aparelho circulatório; D. Ap. Dig.: doenças do aparelho digestivo, D. Endocr.: doenças endócrinas; C. Mal Def.: causas mal definidas (síntomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte).



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Em 2019, a principal causa de morte entre homens compreendeu as doenças do aparelho circulatório. As causas externas constituíram-se na primeira causa de morte entre 1 e 49 anos, enquanto os óbitos por doenças do aparelho circulatório ficaram na primeira posição na faixa de idade superior a 60 anos (Quadro 1).

As neoplasias constituíram-se na primeira causa de óbito na faixa etária de 50 a 59 anos de idade e na segunda causa de morte até 49 anos de idade, tornando-se a terceira causa de morte em pessoas acima de 80 anos. As doenças respiratórias aparecem logo após as neoplasias, em pessoas com 80 anos ou mais.

Com a pandemia da Covid-19, em 2021 a primeira causa de morte no sexo masculino foi por doenças infecciosas e parasitárias entre 40 e 79 anos. A mortalidade por causas externas permaneceu em 1º lugar entre 1-39 anos, e Doenças do Aparelho Circulatório em pessoas com 80 anos e mais de idade (Quadro 2). A mortalidade por causas externas prevaleceu no sexo masculino com uma razão entre os sexos de 3:6.

Em 2019 a primeira causa de morte entre mulheres foi por doenças do aparelho circulatório, sendo que na faixa etária de 01-29 anos foram por causas externas e por neoplasias entre 30-69 anos e doenças do aparelho circulatório entre 70 anos e mais de idade. Já em 2021, com a pandemia Covid-19 os óbitos por Doenças Infecciosas e Parasitárias foram a primeira causa de morte no sexo feminino, e a principal entre 30 a 79 anos. Na faixa etária de 01-29, assim como em 2019 predominaram as Causas Externas e doenças do aparelho circulatório em 80 anos e mais de idade (Quadro 3).



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Quadro 2- Ranking das Causas Básicas de Óbito segundo capítulos da cid-10 e o número absoluto de óbitos por faixa etária e sexo masculino, Paraná - 2019 e 2021¹

2019												
Posição	1º	2º	3º	4º	5º	6º						
< 01a	C. Perinat.	494	Malform.	248	C. Externas	31	C. Mal Def.	26	D. Ap. Resp.	20	D. Infec. Par.	16
01-04a	C. Externas	43	Malform.	27	D. Sist. Nerv.	18	D. Ap. Resp.	17	D. Infec. Par.	14	Neoplasias	13
05-09a	C. Externas	28	Neoplasias	13	D. Sist. Nerv.	11	D. Ap. Resp.	8	D. Infec. Par.	4	D. Ap. Dig.	4
10-14a	C. Externas	42	Neoplasias	25	D. Sist. Nerv.	9	Malform.	7	D. Ap. Resp.	6	D. Infec. Par.	4
15-19a	C. Externas	476	Neoplasias	29	D. Sist. Nerv.	19	C. Mal Def.	10	D. Infec. Par.	8	D. Ap. Resp.	7
20-29a	C. Externas	1576	Neoplasias	84	D. Ap. Circ.	72	C. Mal Def.	70	D. Infec. Par.	56	D. Sist. Nerv.	41
30-39a	C. Externas	1184	D. Ap. Circ.	163	Neoplasias	147	D. Infec. Par.	121	D. Ap. Dig.	116	C. Mal Def.	96
40-49a	C. Externas	949	D. Ap. Circ.	531	Neoplasias	411	D. Ap. Dig.	316	D. Infec. Par.	189	D. Ap. Resp.	164
50-59a	D. Ap. Circ.	1406	Neoplasias	1346	C. Externas	767	D. Ap. Dig.	502	D. Ap. Resp.	367	D. Endocr.	301
60-69a	D. Ap. Circ.	2526	Neoplasias	2190	D. Ap. Resp.	838	C. Externas	568	D. Ap. Dig.	566	D. Endocr.	527
70-79a	D. Ap. Circ.	3133	Neoplasias	2242	D. Ap. Resp.	1330	D. Endocr.	637	D. Ap. Dig.	533	C. Externas	402
80 e+	D. Ap. Circ.	3261	D. Ap. Resp.	1884	Neoplasias	1624	D. Sist. Nerv.	665	D. Endocr.	579	C. Externas	454
Total	D. Ap. Circ.	11118	Neoplasias	5929	C. Externas	6564	D. Ap. Resp.	4759	D. Ap. Dig.	2520	D. Endocr.	2232
2021												
Posição	1º	2º	3º	4º	5º	6º						
< 01a	C. Perinat.	425	Malform.	196	C. Mal Def.	35	D. Infec. Par.	27	C. Externas	25	D. Ap. Resp.	13
01-04a	C. Externas	39	Malform.	19	D. Sist. Nerv.	15	Neoplasias	11	D. Ap. Resp.	9	C. Mal Def.	6
05-09a	C. Externas	23	Neoplasias	19	D. Sist. Nerv.	12	D. Infec. Par.	6	Malform.	6	D. Ap. Resp.	2
10-14a	C. Externas	39	D. Infec. Par.	14	D. Sist. Nerv.	14	Neoplasias	11	C. Mal Def.	8	D. Ap. Circ.	3
15-19a	C. Externas	466	D. Infec. Par.	25	D. Sist. Nerv.	25	Neoplasias	24	C. Mal Def.	12	Malform.	10
20-29a	C. Externas	1741	D. Infec. Par.	344	C. Mal Def.	76	Neoplasias	75	D. Ap. Circ.	71	D. Sist. Nerv.	44
30-39a	C. Externas	1395	D. Infec. Par.	1244	D. Ap. Circ.	208	Neoplasias	138	D. Ap. Dig.	124	C. Mal Def.	121
40-49a	D. Infec. Par.	2661	C. Externas	1048	D. Ap. Circ.	559	Neoplasias	442	D. Ap. Dig.	336	C. Mal Def.	213
50-59a	D. Infec. Par.	4422	D. Ap. Circ.	1420	Neoplasias	1250	C. Externas	846	D. Ap. Dig.	616	D. Ap. Resp.	364
60-69a	D. Infec. Par.	4536	D. Ap. Circ.	2601	Neoplasias	2340	D. Ap. Resp.	758	D. Ap. Dig.	627	D. Endocr.	623
70-79a	D. Infec. Par.	4215	D. Ap. Circ.	3347	Neoplasias	2178	D. Ap. Resp.	1073	D. Endocr.	776	D. Ap. Dig.	550
80 e+	D. Ap. Circ.	3583	D. Infec. Par.	3036	Neoplasias	1766	D. Ap. Resp.	1457	D. Sist. Nerv.	772	D. Endocr.	701
Total	D. Infec. Par.	20537	D. Ap. Circ.	11816	Neoplasias	8258	C. Externas	7088	D. Ap. Resp.	3936	D. Ap. Dig.	2754

Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) 15/09/2022 ¹2021: dados preliminares, sujeitos a alterações. Nota: **D. Infec. Par.:** doenças infecciosas e parasitárias; **neoplasia:** Neoplasias malignas; **C. Externas.:** causas externas; **C. Perinat.:** afecções do período perinatal; **Malform.:** anomalias cromossômicas e malformações congênitas; **D. Ap. Resp.:** doenças do aparelho respiratório, **D. Sist. Nerv.:** doenças do sistema nervoso, **D. Ap. Circ.:** doenças do aparelho circulatório; **D. Ap. Dig.:** doenças do aparelho digestivo, **D. Endocr.:** doenças endócrinas; **C. Mal Def.:** causas mal definidas (sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte).



Quadro 3 - Ranking das causas básicas de óbito segundo capítulos da cid-10 e o número absoluto de óbitos por faixa etária e sexo feminino, Paraná - 2021¹

2019												
Posição	1º		2º		3º		4º		5º		6º	
< 01a	C. Perinat.	390	Malform.	216	C. Externas	29	C. Mal Def.	21	D.Infec.Par.	13	D. Ap. Resp.	11
01-04a	C. Externas	29	Malform.	17	D. Sist. Nerv.	17	Neoplasias	13	D. Ap. Resp.	13	D. Ap. Circ.	9
05-09a	C. Externas	19	Neoplasias	15	D. Sist. Nerv.	13	Malform.	5	D. Sg. Hemat.	3	D. Endocr.	2
10-14a	C. Externas	33	Neoplasias	15	D. Sist. Nerv.	13	Malform.	6	D. Ap. Resp.	5	C. Mal Def.	4
15-19a	C. Externas	75	Neoplasias	18	D. Sist. Nerv.	16	Grav.P.Puerp.	12	D. Ap. Circ.	10	D. Sg. Hemat.	9
20-29a	C. Externas	196	Neoplasias	61	D. Ap. Circ.	37	D. Ap. Resp.	36	D.Infec.Par.	24	D. Sist. Nerv.	24
30-39a	Neoplasias	235	C. Externas	186	D. Ap. Circ.	129	D.Infec.Par.	52	D. Ap. Dig.	44	D. Endocr.	43
40-49a	Neoplasias	570	D. Ap. Circ.	349	C. Externas	186	D. Ap. Dig.	108	D. Ap. Resp.	99	D.Infec.Par.	92
50-59a	Neoplasias	1209	D. Ap. Circ.	722	D. Ap. Resp.	268	D. Endocr.	261	D. Ap. Dig.	196	C. Externas	162
60-69a	Neoplasias	1641	D. Ap. Circ.	1526	D. Ap. Resp.	670	D. Endocr.	496	D. Ap. Dig.	290	D.Infec.Par.	155
70-79a	D. Ap. Circ.	2361	Neoplasias	1627	D. Ap. Resp.	1102	D. Endocr.	652	D. Ap. Dig.	424	D. Sist. Nerv.	318
80 e+	D. Ap. Circ.	4097	D. Ap. Resp.	2155	Neoplasias	1344	D. Sist. Nerv.	1208	D. Endocr.	865	D. Ap. Dig.	598
Total	D. Ap. Circ.	9255	Neoplasias	6749	D. Ap. Resp.	4400	D. Endocr.	2436	D. Sist. Nerv.	1886	C. Externas	1847
2021												
Posição	1º		2º		3º		4º		5º		6º	
< 01a	C. Perinat.	314	Malform.	185	C. Externas	24	C. Mal Def.	15	D.Infec.Par.	10	D. Ap. Resp.	10
01-04a	C. Externas	18	Malform.	17	D. Sist. Nerv.	13	D.Infec.Par.	11	Neoplasias	9	D. Endocr.	6
05-09a	C. Externas	20	Neoplasias	15	D.Infec.Par.	7	D. Sist. Nerv.	6	Malform.	4	D. Ap. Resp.	3
10-14a	C. Externas	26	Neoplasias	16	D. Sist. Nerv.	10	D.Infec.Par.	7	D. Endocr.	5	D. Ap. Dig.	5
15-19a	C. Externas	100	D.Infec.Par.	36	Neoplasias	18	Grav.P.Puerp.	12	D. Sist. Nerv.	10	C. Mal Def.	10
20-29a	C. Externas	243	D.Infec.Par.	225	Neoplasias	78	Grav.P.Puerp.	61	D. Ap. Circ.	35	C. Mal Def.	30
30-39a	D.Infec.Par.	677	Neoplasias	245	C. Externas	203	D. Ap. Circ.	114	Grav.P.Puerp.	96	D. Ap. Dig.	48
40-49a	D.Infec.Par.	1565	Neoplasias	553	D. Ap. Circ.	389	C. Externas	170	D. Ap. Dig.	132	D. Endocr.	117
50-59a	D.Infec.Par.	2848	Neoplasias	1133	D. Ap. Circ.	801	D. Endocr.	256	D. Ap. Resp.	249	D. Ap. Dig.	208
60-69a	D.Infec.Par.	3398	D. Ap. Circ.	1749	Neoplasias	1744	D. Ap. Resp.	574	D. Endocr.	559	D. Ap. Dig.	323
70-79a	D.Infec.Par.	3289	D. Ap. Circ.	2629	Neoplasias	1726	D. Ap. Resp.	886	D. Endocr.	782	D. Ap. Dig.	441
80 e+	D. Ap. Circ.	4654	D.Infec.Par.	2914	D. Ap. Resp.	1565	Neoplasias	1478	D. Sist. Nerv.	1349	D. Endocr.	1125
Total	D.Infec.Par.	14987	D. Ap. Circ.	10388	Neoplasias	7019	D. Ap. Resp.	3455	D. Endocr.	2935	D. Sist. Nerv.	2050

Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) 15/09/2022 ¹2021: dados preliminares, sujeitos a alterações. Nota: **D.Infec.Par.:** doenças infecciosas e parasitárias; **Neoplasias:** neoplasias malignas; **C. Externas.:** causas externas; **C. Perinat.:** afecções do período perinatal; **Malform.:** anomalias cromossômicas e malformações congênitas; **D. Ap. Resp.:** doenças do aparelho respiratório, **D. Sist. Nerv.:** doenças do sistema nervoso, **D. Ap. Circ.:** doenças do aparelho circulatório; **D. Ap. Dig.:** doenças do aparelho digestivo, **D. Endocr.:** doenças endócrinas; **C. Mal Def.:** causas mal definidas (sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte); **Grav. P.Puerp.:** gravidez, parto e puerpério. **D. Sg. Hemat.:** Doenças sangue, órgãos hematológicos e transtornos imunitários.

As causas externas de mortalidade representaram em 2021, 8% do total de óbitos, entre as quais se destacam as decorrentes dos acidentes de transporte terrestre, suicídios, quedas acidentais e homicídios, representando 6,4% do total de

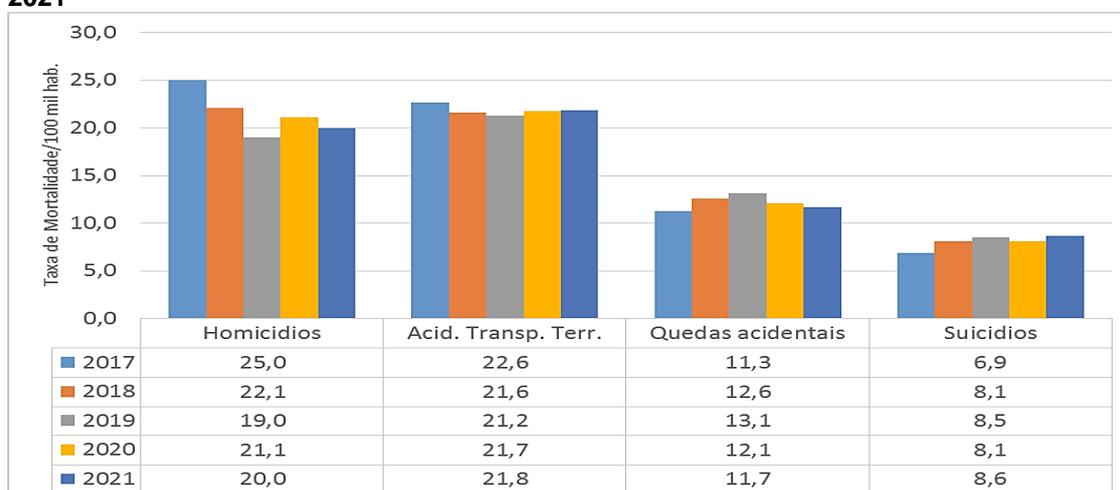


óbitos. O documento base para alimentação de dados para o SIM é a declaração de óbito que no caso das causas externas é emitido pelo Instituto Médico Legal (IML).

Considerando que a partir dos dados do SIM não é possível estabelecer a intencionalidade. Dessa forma, para os óbitos por homicídios cuja causa básica tenha sido classificada com os códigos X85 a Y09 (agressões); Y22 a Y24 (disparo de arma de fogo com intenção indeterminada); Y35 (intervenção legal); Y87.1 (sequela de intervenção legal) da CID-10¹.

Em 2021, segundo dados preliminares, foram registrados 2.530 óbitos por acidentes de transporte terrestre (ATT), 2.319 por homicídios, 1.352 por quedas acidentais e 1.003 por suicídios no Paraná. Observou-se no período de 2017 a 2021 redução de 20% na taxa de mortalidade por homicídios (25,0 em 2017 para 20,0/100 mil habitantes em 2021), redução de 3,7% na taxa de mortalidade por ATT (22,6 para 21,8/100 mil habitantes em 2021). Porém houve um incremento de 26,2% na mortalidade de suicídios (6,9 em 2017 para 8,6/100 mil habitantes em 2021) e de 3,3% por quedas acidentais (11,3 em 2017 para 11,7/100 mil habitantes) (Figura 3).

Figura 3 - Taxa de Mortalidade por Acidentes e Violências (Homicídios, Acidente de Transporte Terrestre, Quedas Acidentais e Suicídios) por 100 mil hab. Paraná - 2017 A 2021¹



Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) 15/09/2022 '2021: dados preliminares, sujeitos a alterações. Códigos CID-10: V01 a V89 (Acidente de Transporte Terrestre); X85 a Y09 – Agressões, Y22 a Y24 - Disparo de arma de fogo, com intenção indeterminada, Y35 - Intervenção legal, Y87.1 - Sequela de Agressão, Y89.0 - Sequela de intervenção legal (Homicídios); X60 a X84 - Lesões autoprovocadas intencionalmente, Y87.0 - Sequelas de lesões autoprovocadas (Suicídios). População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/CGDANT/DAS/CGIAE.

Para mudarmos este cenário, uma estratégia importante e necessária é a promoção da Cultura de Paz, a qual pode ser entendida como uma mudança paradigmática, que propõe outras formas de convivência em contrapartida à cultura de



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

violência. A cultura de paz acolhe as diferenças, os conflitos, busca a mediação através do diálogo e entendimento, repudia a todo tipo e forma de violência, ela olha o planeta, a vida, o ser humano e a preservação de todos de forma integrada, para que finalmente concebemos a fazer da cidadania global uma alternativa viável aos problemas de nosso tempo²⁰.

O conceito de Cultura de Paz de acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU) reúne:

“um conjunto de valores, atitudes, tradições, comportamentos e estilos de vida de pessoas, grupos e nações baseados no respeito pleno à vida e na promoção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, na prática da não-violência por meio da educação, do diálogo e da cooperação, podendo ser uma estratégia política para a transformação da realidade social, contribuindo para a inibição e a proliferação da violência das mais diversas tipologias”²⁰.

A promoção da cultura de paz contribui para a construção de condições de relações mais igualitárias e dignas na organização das sociedades.

“Portanto, o que se espera ao atuar na lógica da promoção da cultura de paz não é um controle de fatores de risco, mas uma “[...] cultura de paz, em termos de valores, atitudes e comportamento individual e coletivo, bem como em termos de estruturas e funcionamentos institucionais”²¹.

A construção de cidades saudáveis, mobilidade sustentável, a prevenção das violências e dos acidentes de trânsito relacionam-se diretamente com a promoção da cultura de paz, para uma sociedade de relações mais igualitárias, respeitadas e dignas na sua organização.

2.3 Acidentes

2.3.1 Lesões de Trânsito

As lesões de trânsito são a maior causa de morte no mundo, entre as causas externas, para crianças e jovens na faixa etária de 5 a 29 anos. No Brasil, se constitui na segunda maior causa de morte por causas externas, e tem um peso importante no perfil epidemiológico de morbimortalidade da população brasileira¹.

No Paraná, em 2017, as mortes por lesões de trânsito representaram 29,7% do total de óbitos por causas externas, sendo que, em 2021, dados preliminares apontam uma redução de 3,7% na taxa de mortalidade por lesões de trânsito (21,8/100 mil habitantes) comparado a 2017 (22,6/100 mil habitantes). Até 2019 a taxa de



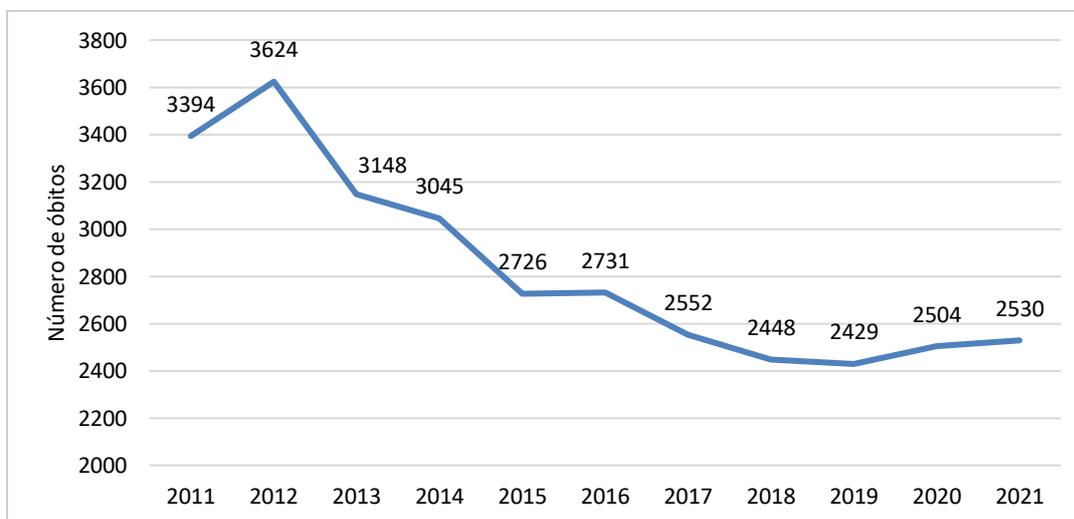
2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEISPARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

mortalidade vinha reduzindo, no entanto em 2020 ela voltou a subir. Essa alteração pode ter sido influenciada pela pandemia da Covid-19, que embora tenha exigido períodos de restrições de circulação, o menor fluxo de veículos pode ter favorecido a adoção de aumento da velocidade nas vias urbanas e rurais, por parte dos condutores.

No contexto paranaense, na Primeira Década de Ações para Segurança Viária da ONU (2011-2020) que propôs a estabilização e posterior redução das mortes e lesões graves no trânsito (Nações Unidas Brasil, 2022), observamos que houve um declínio de 19,7% do número absoluto de óbitos por essa causa, na primeira metade desse período (2011-2015), enquanto na outra parte (2016-2020) a diminuição foi mais discreta (8,3%), tendendo à estabilidade, perfazendo uma redução total de 26,2% na Década (2011-2020). Já em 2021, houve um acréscimo desse quantitativo em torno de 1,0% em relação ao ano anterior, sendo que o último incremento havia ocorrido em 2016 (Figura 4).

Figura 4 - Evolução do número absoluto de óbitos por lesões de trânsito (V01-V89), segundo UF de residência, Paraná, 2011-2021¹



Fonte: SESA/DAV/CPRP/DVPAZ - Tabnet/SIM/SESA (CID10: V01-V89), em 23/09/2022 (Dados preliminares, 2021¹).

No Estado, ao longo desta Primeira Década da ONU, doze municípios paranaenses implantaram a estratégia do Projeto Vida no Trânsito, abrangendo cerca de 42% da população do Paraná até 2020, iniciando em Curitiba (2011), depois Foz de Iguaçu e São José dos Pinhais (2013), posteriormente adotado por outras nove cidades, entre 2017 e 2018 (Campo Mourão, Cascavel, Francisco Beltrão, Londrina,



Maringá, Paranaguá, Paranavaí, Ponta Grossa e Toledo). Já na Segunda Década da ONU (2021-2030), outros dois municípios uniram-se ao Projeto Vida no Trânsito (PVT) Paraná, Araucária (2021) e Umuarama (2022), totalizando 14 (quatorze) municípios aderentes até 2022, contemplando 44% da população paranaense.

Considerando o período de 2011-2020, a redução do número absoluto de mortes no trânsito paranaense foi de 26,2%, enquanto esse grupo de quatorze municípios decaiu 32,1%. E comparando o período de 2017-2021, em que houve um aumento expressivo de municípios com o Projeto/Programa Vida no Trânsito (PVT), observou-se uma redução de 8,5% no grupo de 14 municípios com PVT implantado (incluindo Umuarama), enquanto no Paraná a redução foi de 0,9% (quase a metade). Embora este intervalo englobe o período da Pandemia da Covid-19, com piora dos indicadores no trânsito, observa-se que os municípios aderentes à estratégia PVT alcançaram resultados 9 (nove) vezes melhor.

Tabela 1 – Comparativo número absoluto de óbitos por lesões de trânsito no Paraná e Grupo de Municípios com PVT¹

Óbitos por Lesões de Trânsito (V01-V89)	2017	2021	% redução
Paraná	2.552	2.530	0,9
14 municípios com PVT	858	785	8,5

Fonte: SESA/DAV/CPRP/DVPAZ - Tabnet/SIM/SESA (CID10: V01-V89), em 23/09/2022 (Dados preliminares, 2021¹)

Quanto à taxa de mortalidade por lesões de trânsito no Estado, esta apresentou um aumento de 5,9% em 2012 na Primeira Década da ONU, passando de 31,6 para 33,5 por 100 mil habitantes, mas em seguida reduziu gradativamente até 2018 (21,6/100 mil hab). Observa-se, portanto, que houve atenuação do índice em 31,8% nesse período (2011-2018), com tendência à estabilidade até 2020 (21,7/100 mil hab). Em 2021, a taxa preliminar mostra-se similar àquela do ano anterior (21,8 por 100 mil hab) (Figura 5).

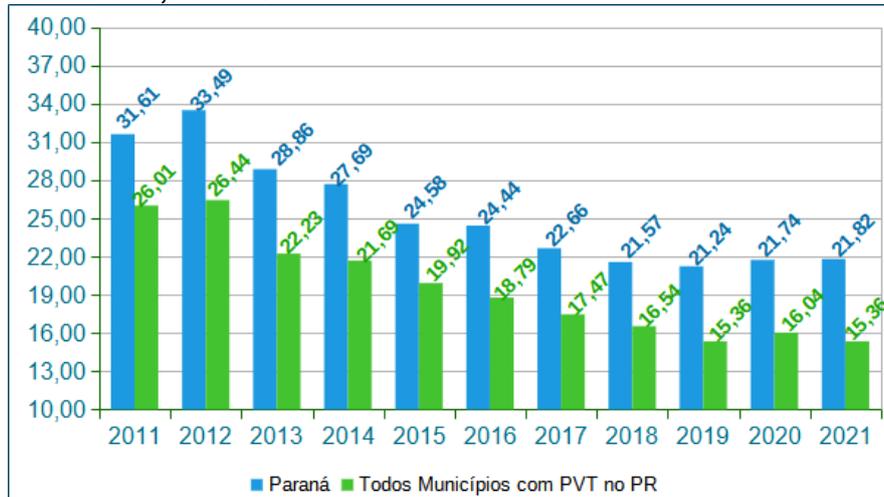


2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

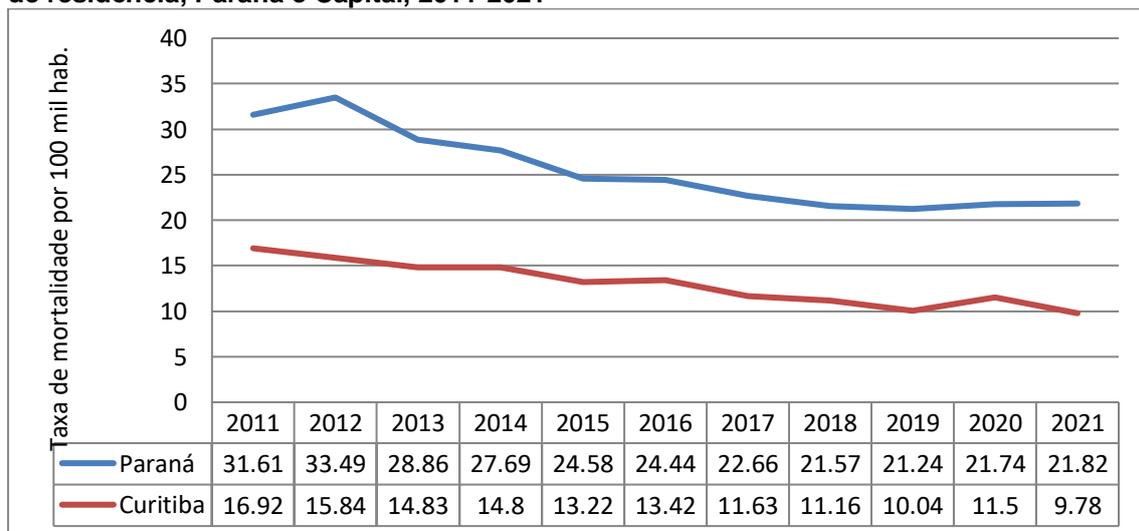
Figura 5 - Evolução da taxa de mortalidade por lesões de trânsito (V01-V89), segundo UF de residência. Paraná, 2011-2021¹



Fonte: SESA/DAV/CPRP/DVPAZ - Tabnet/SIM/SESA (CID10: V01-V89), em 23/09/2022 (Dados preliminares, 2021¹). Estudo de estimativa populacional, IBGE/Datasus/MS.

Ao compararmos o desempenho do Estado com o de Curitiba na Figura 6, nota-se que, enquanto o Paraná teve um incremento do número de óbitos por lesões de trânsito em 2012 (5,9%), em relação ao ano anterior, a Capital do Estado, conseguiu reduzir esse indicador em 6,4% já no ano inicial da implantação da estratégia (PVT). Destaca-se que Curitiba concentra grande parte da população paranaense e foi o primeiro município a aderir ao PVT no Estado.

Figura 6 - Evolução da taxa de mortalidade por lesões de trânsito (V01-V89), segundo UF de residência, Paraná e Capital, 2011-2021¹



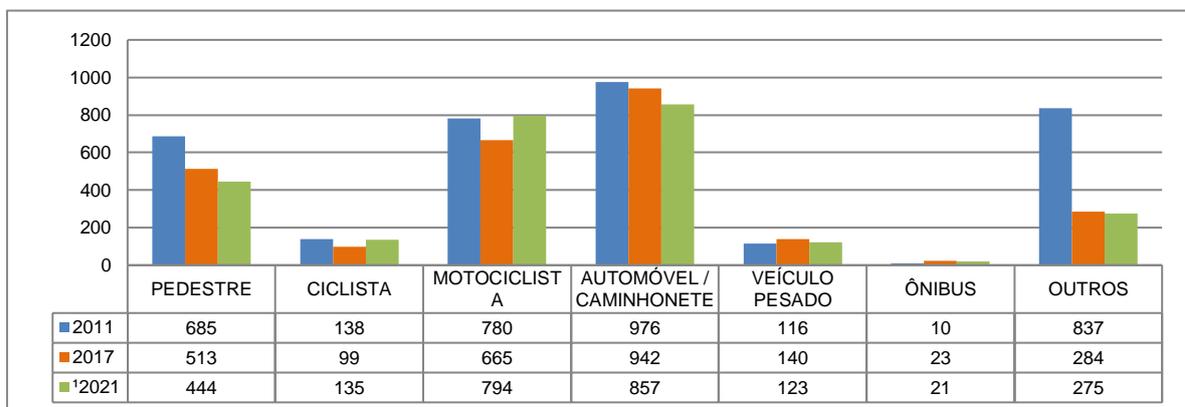
Fonte: SESA/DAV/CPRP/DVPAZ - Tabnet/SIM/SESA (CID10: V01-V89), em 23/09/2022 (Dados preliminares, 2021¹). Estudo de estimativa populacional, IBGE/Datasus/MS.



Observa-se que as reduções ficaram mais discretas com maior tempo de implantação das estratégias, pois há que se considerar que as variáveis socioeconômicas e socioespaciais interferem na redução dos óbitos por lesões de trânsito. O trânsito deve ser entendido a partir da realidade histórica, política e social em que vivemos, assim reflete os conflitos existentes na nossa sociedade e suas iniquidades, as políticas de transporte aclimatam a natureza do ambiente de circulação, encorajam determinadas condutas e modais, além de interferir no acesso à cidade, na mobilidade da população²³.

Quanto à distribuição do número absoluto de óbitos por lesões de trânsito, segundo modal, verificou-se que no período de 2011-2021 houve um aumento dos eventos no grupo de motociclistas os quais representavam 22,0% em 2011, passando para 24,9% em 2017 e chegando a 30,0% em 2021, conforme Figura 7, mesmo havendo uma redução geral dos óbitos por esta causa no período.

Figura 7 - Distribuição do número absoluto de óbitos por lesões de trânsito, segundo UF de residência e modal, Paraná, 2011-2017-2021¹



Fonte: SESA/DAV/CPRP/DVPAZ - Tabnet/SIM/SESA (CID10: V01-V89), em 23/09/2022 (Dados preliminares, 2021¹).

Observa-se ainda, que o grupo de maior impacto são os automóveis/caminhonetes junto às motocicletas. Em 2021 estes dois modais foram responsáveis por 62,3% dos óbitos por lesões de trânsito. O cenário dos motociclistas é preocupante, pois sua ocorrência está aumentando, ao contrário do cenário geral e do grupo de automóveis/caminhonetes, cujos sinistros fatais vêm reduzindo.

De acordo com a Figura 8, verifica-se que, no período estudado (2011-2020), os óbitos por lesões de trânsito predominaram na população masculina, variando de 79,8% a 83,4% das fatalidades por essa causa, no Paraná. Nota-se que a não

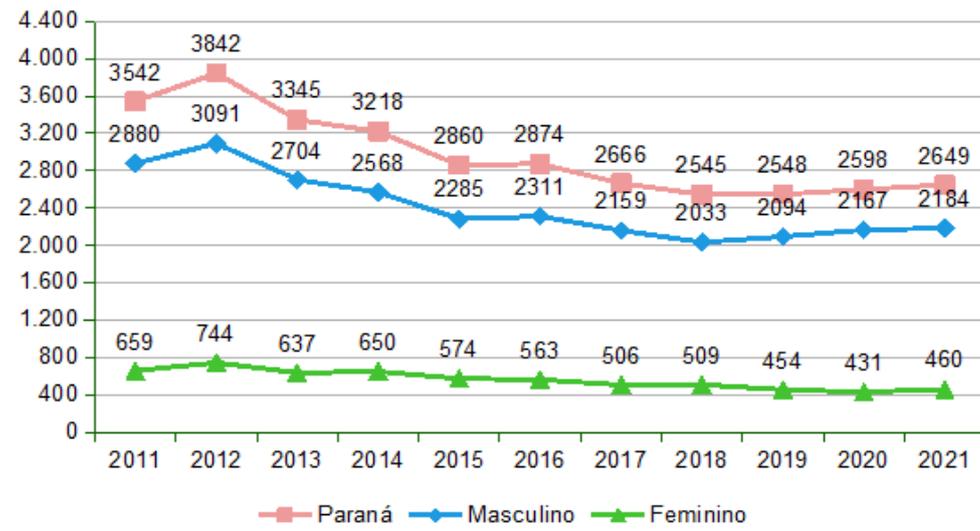


2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEISPARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

identificação do sexo biológico foi eventual e vinha reduzindo ao longo do tempo, zerando em 2018 e 2019, porém com 05 (cinco) novos casos, em 2021, que corresponde a 0,2% das ocorrências.

Figura 8 – Série histórica do número absoluto de óbitos por lesões de trânsito, segundo UF de residência e sexo. Paraná. 2011-2021¹



Fonte: SESA/DAV/CPRP/DVPAZ - Tabnet/SIM/SESA (CID10: V01-V89), em 23/09/2022 (Dados preliminares, 2021¹).

Em 2011 a taxa específica de mortalidade por essa causa no sexo masculino foi de 52,4 por 100 mil habitantes, diminuindo para 36,8 em 2021 (menos 29,8%), enquanto a taxa de mortalidade feminina reduziu de 11,4 (2011) para 7,4 (2021), ou seja, menos 35, 1%. De 2017 para 2021 a variação da redução na taxa para o sexo feminino foi de menos 10,6% (passou de 8,2 para 7,4 por 100 mil), enquanto a taxa de mortalidade por lesões de trânsito no sexo masculino reduziu apenas 2,2% (passou de 37,6 para 36,8 por 100 mil). O que demonstra a necessidade de ações estratégicas mais eficazes direcionadas a esta população.

Ao analisar os óbitos por lesões de trânsito em relação à faixa etária, como apresentado na Figura 9, constata-se que a população jovem e em idade produtiva é a mais impactada, sendo que os indivíduos de 20 a 39 anos representaram 42,1% do número absoluto de óbitos.

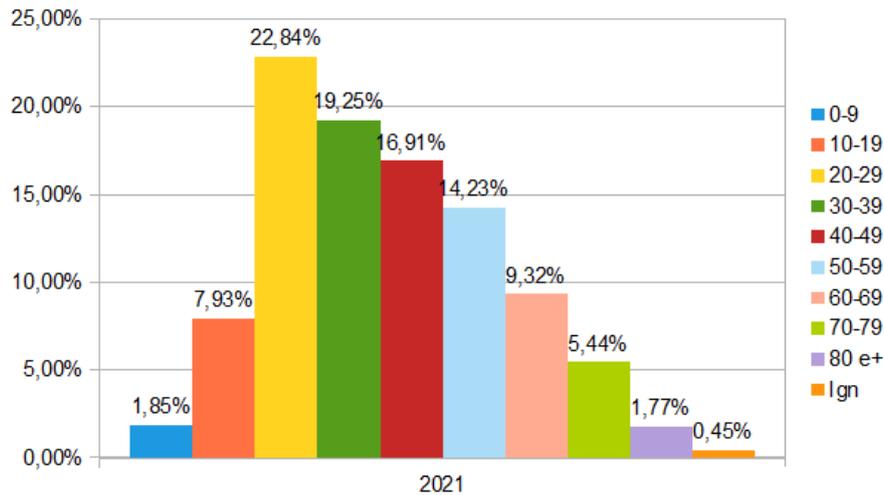


2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

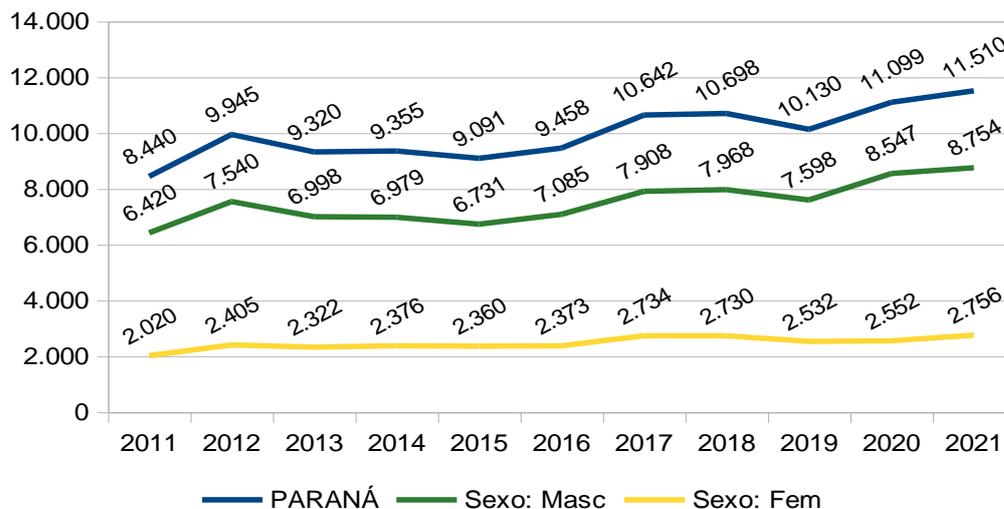
Figura 9 – Distribuição do número absoluto de óbitos por lesões de trânsito, segundo UF de residência e faixa etária, Paraná, 2021¹



Fonte: SESA/DAV/CPRP/DVPAZ - Tabnet/SIM/SESA (CID10: V01-V89), em 23/09/2022 (Dados preliminares, 2021¹).

De 2011 a 2021, no Paraná, houve um crescimento no número absoluto de internações hospitalares no SUS, devido às lesões de trânsito, com um incremento de 26,3% entre o primeiro e o último ano que correspondeu a 3.071 internações, conforme demonstrado na Figura 9. Assim como em relação aos óbitos por lesões de trânsito, as internações também foram mais frequentes no sexo masculino, variando de 74,0 a 77,0%. O custo geral das internações por lesões de trânsito aumentou cerca de R\$ 5 milhões nesse intervalo, passando de R\$ 13,1 milhões para 18,1 milhões.

Figura 10 – Evolução do número absoluto de internações hospitalares no SUS, no Paraná, devido a lesões de trânsito, por ano e sexo, 2011-2021



Fonte: SESA/DAV/CPRP/DVPAZ - Tabnet/SIH/Datasus/MS (CID10: V01-V89), em 13/10/2022.



A variação da taxa específica de internação foi três a quatro vezes maior na população masculina, nesse período. Observa-se, entretanto, que houve um incremento do índice em ambos os sexos. Nota-se que a taxa masculina passou de 12,7 por 10 mil habitantes para 15,4 (aumento de 26,7%) e a feminina subiu de 3,7 para 4,7 (aumento de 25,9%), conforme Tabela 2.

Tabela 2 – Comparativo da taxa de mortalidade por lesões de trânsito por sexo no Paraná, Curitiba e no Estado, 2011-2021

Internações por Lesões de Trânsito (V01-V89)	2011	2021	% de variação
Paraná	7,9	9,9	26,3
Sexo Masculino	12,2	15,4	26,7
Sexo Feminino	3,7	4,7	25,8
Curitiba	3,3	2,7	-16,3
Sexo Masculino	5,5	4,5	-16,8
Sexo Feminino	1,3	1,1	-13,1

Fonte: SESA/DAV/CPRP/DVPAZ - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).
Estudo de estimativa populacional, IBGE/Datasus/MS.

A Capital, com PVT desde 2011, alcançou uma redução de 16,3% da taxa de internação hospitalar no SUS por lesões de trânsito no período de 2011-2021, ao contrário do Paraná que mostrou uma elevação de 26,3% no mesmo intervalo.

Segundo a Nota Técnica nº 01/2021 – Motociclistas²⁴, as internações por lesões de trânsito de pedestres e ocupantes de automóveis entre 2011-2020 haviam reduzido, enquanto que a de motociclistas aumentou aproximadamente 69,0% no mesmo período. Desta forma observa-se que as lesões de trânsito ocorrem, no Paraná, principalmente com homens, jovens e motociclistas.

Este cenário paranaense acompanha o nacional e de outros países em desenvolvimento, conforme a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)²⁵, nestes locais, houve na última década o uso massivo das motocicletas, decorrente de fatores como “a busca por oportunidades de trabalho, os baixos custos de aquisição e manutenção, as facilidades de trânsito e as necessidades de transporte público não atendidas”, além de oportunizar a mobilidade para segmentos da população excluídos até então. No entanto, esse uso veio acompanhado por este aumento dramático de lesões e mortes no trânsito, considerando as vulnerabilidades intrínsecas desse modal. Para a OPAS, mais do que em outros modos de transporte, para as motocicletas a questão da segurança viária se confunde com o contexto socioeconômico.

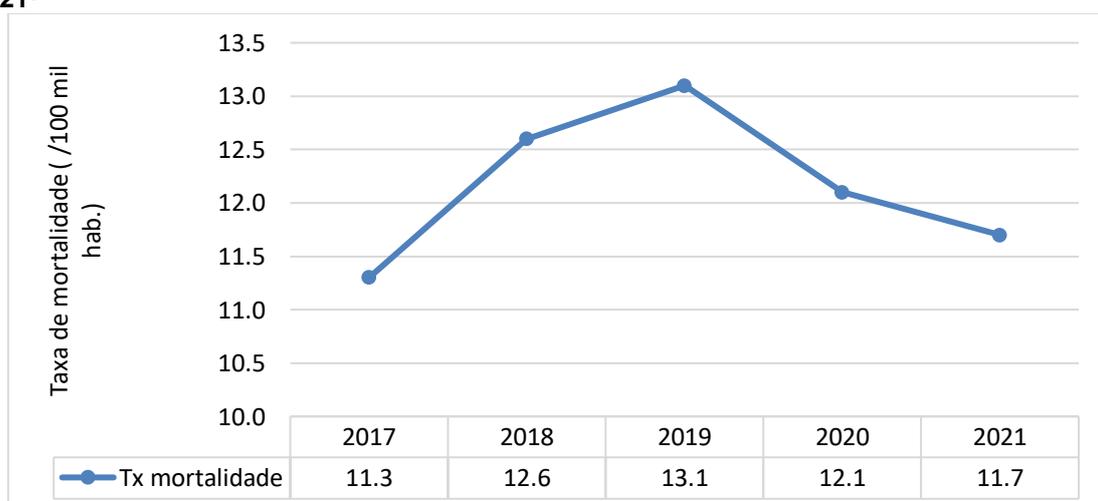


Questões tão complexas como diminuir as mortes e lesões de trânsito exigem a atuação de vários atores (Organização Mundial de Saúde, Secretaria Nacional de Trânsito, Segurança Pública, etc) e estratégias, como a implementação dos Sistemas Seguros (Rodovias que Perdoam, Ruas Calmas, Cidades Saudáveis, Visão Zero, etc). As Políticas Nacional e Estadual de Promoção da Saúde^{52,100} reforçam estas estratégias priorizando a promoção da mobilidade segura e sustentável, ou seja, trabalhar a mobilidade primando pela acessibilidade e equidade social, mobilidade ativa, de forma que o planejamento urbano busque o fortalecimento das relações entre as pessoas, reduzindo conflitos e democratizando o uso da cidade. Além disso, deve-se organizar a mobilidade sem comprometer a saúde humana e os ecossistemas, com foco na segurança, não somente a viária, priorizando os modos não-motorizados e coletivos de transportes, de maneira que não gere segregações espaciais^{26,27}.

2.3.2 Quedas Acidentais

No período de 2017 a 2021 ocorreram 6.938 óbitos por quedas acidentais - códigos W00 a W19 (Quedas) da CID-10 que representaram em média 15% do total de mortalidade por causas externas em números absolutos. A taxa bruta de mortalidade por quedas acidentais entre 2017-2021 ainda apresenta tendência de aumento, apesar da redução a partir de 2019 (13,1/100 mil hab.) (Figura 11).

Figura 11 - Taxa de Mortalidade por quedas acidentais por 100 mil hab. Paraná, 2017 a 2021¹

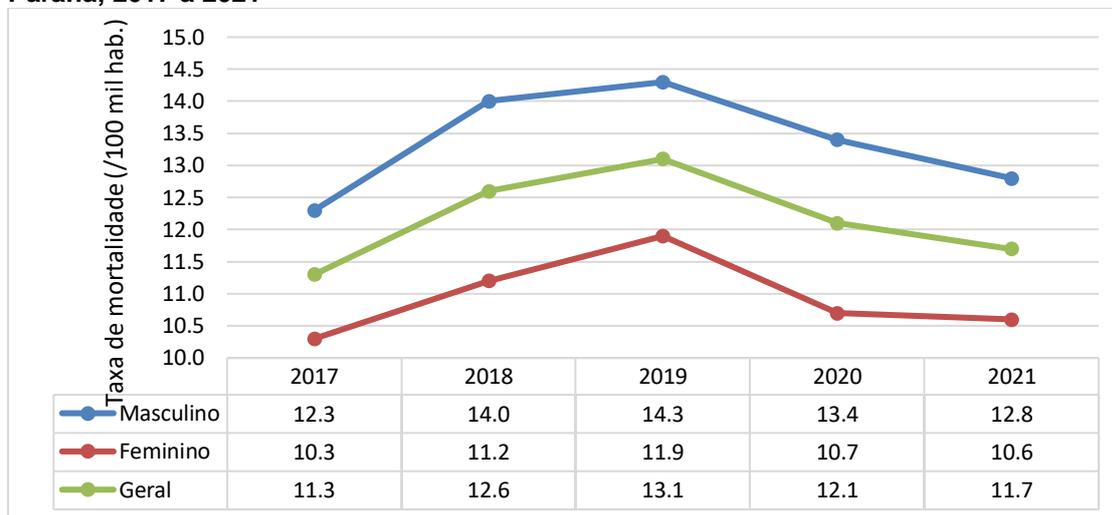


Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP e SESA/DAV/CPRO/DVPCT - Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) 15/09/2022 ¹2021: dados preliminares, sujeitos a alterações



A taxa de mortalidade por quedas acidentais foi maior no sexo masculino em toda a série histórica (Figura 12).

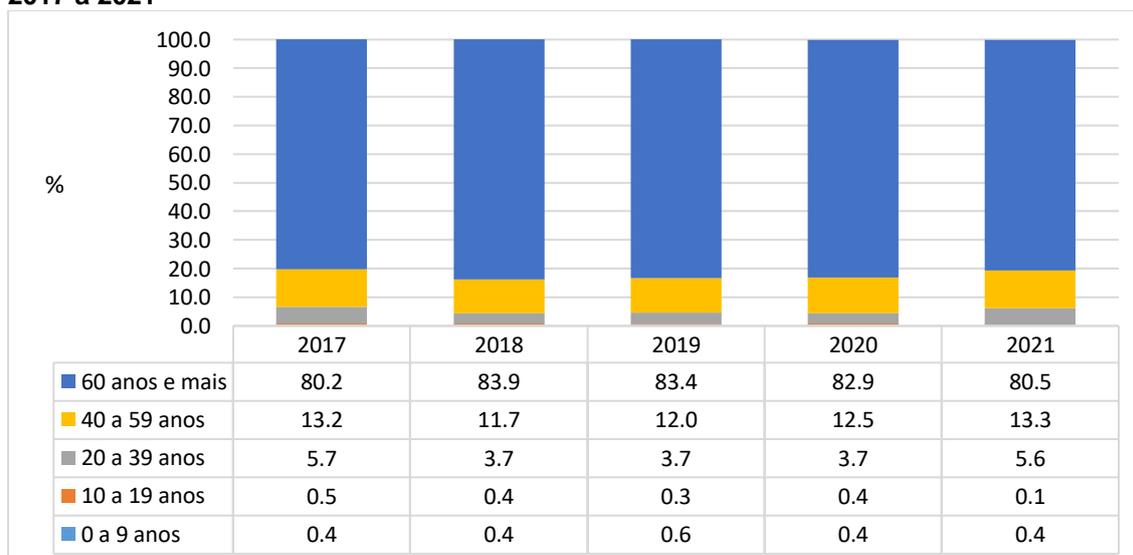
Figura 12 - Taxa de Mortalidade por quedas acidentais por 100 mil hab., segundo sexo. Paraná, 2017 a 2021¹



Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP e SESA/DAV/CPRO/DVPCT - Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) 15/09/2022 ¹2021: dados preliminares, sujeitos a alterações.

A análise da proporção de óbitos por quedas acidentais e faixa etária entre 2017-2021 demonstrou que cerca de 80% ocorreram entre idosos e tendência de aumento na faixa etária de 20-39 anos (5,6%) retornando aos patamares de 2017 (Figura 13).

Figura 13 - Proporção de óbitos por Quedas Acidentais segundo faixa etária. Paraná, 2017 a 2021¹



Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP e SESA/DAV/CPRO/DVPCT - Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) 15/09/2022 ¹2021: dados preliminares, sujeitos a alterações.



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As principais causas de óbito por quedas acidentais em 2021, segundo categoria de queda e faixa etária demonstrou que, em crianças (0-9 anos) foi queda de um leito (33,3%); entre 10 e 19 anos foi queda sem especificação (100%); entre 20 e 29 anos foi queda de um nível a outro/queda de edifícios ou estruturas (46,1%) e de 40-59 anos (40%) igualmente por queda de um nível a outro/queda de edifícios ou estruturas. Entre idosos (60 anos e mais), queda do mesmo nível foi a categoria mais frequente (40,7%). Em 14,3% dos óbitos por quedas não havia a especificação da categoria da queda na causa de óbito. Observou-se também que cerca de 70% das pessoas tinham escolaridade inferior a 8 anos de estudo.

A análise segundo vulnerabilidade por raça-cor demonstrou um aumento da proporção de óbitos na raça-cor negra (soma de parda + preta) de 11,6% (2017-2019) para 16,3% (2020-2021) e dos óbitos em domicílio; de 10,9 para 12,5% nos mesmos períodos (Dados não apresentados em tabela).

A proporção dos óbitos por Quedas segundo ocupação entre 2017-2021 na faixa etária de 20-39 anos foi pedreiro (11,0%), servente de obras (5,2%) e ignorado/branco (5,8%) e entre 40-59 anos: pedreiro (14,4%), representante comercial autônomo (6,5%), ignorado/branco (6,3%). Os dados sugerem maior vulnerabilidade em trabalhadores da construção civil e a necessidade do melhor preenchimento do campo “ocupação” na Declaração de Óbito (Dados não apresentados em tabela).

2.3.3 Quedas em idosos

Segundo a OMS, queda deve ser definida como o ato de vir a inadvertidamente ter ao solo ou em outro nível inferior, excluindo-se mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes e outros objetos²⁸.

A cada ano mais de 684.000 pessoas morrem como resultado de uma queda e mais 172 milhões sofrem com incapacidades de curta ou longa duração. Estatística chocante, que representa sofrimento humano substancial²⁹. As consequências sociais e econômicas são significativas. Em países desenvolvidos, cerca de 1% dos custos com saúde estão relacionados às quedas³⁰.

Para enfrentar a questão, em 2021 a OMS publicou o documento denominado *StepSafely*, que apresenta estratégias para prevenção e manejo de quedas ao longo do curso de vida. Essa abordagem considera o papel dos fatores individuais, biológicos, sociais, econômicos, comportamentais e ambientais que, ao longo da vida



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

possam tanto prevenir, como causar quedas em cada idade. Criam-se assim, oportunidades para a melhoria dos estilos de vida e para a formação de ambientes mais seguros precocemente e em cada período no curso de vida, a fim de prevenir quedas. A discussão envolve os três grupos considerados como de maior risco para quedas: crianças e adolescentes, trabalhadores e idosos²⁹.

As quedas podem ocorrer em qualquer idade. Entre idosos sua frequência é elevada, ocorrendo, a cada ano, em 30% dos indivíduos com idades superiores a 65 anos. A frequência aumenta com a idade e grau de fragilidade, ultrapassando 50% após os 80 anos³¹. Em instituições residenciais as taxas são maiores, com incidência média estimada em 1,6 quedas por leito por ano, com quase metade dos residentes caindo mais que uma vez ao ano²⁹.

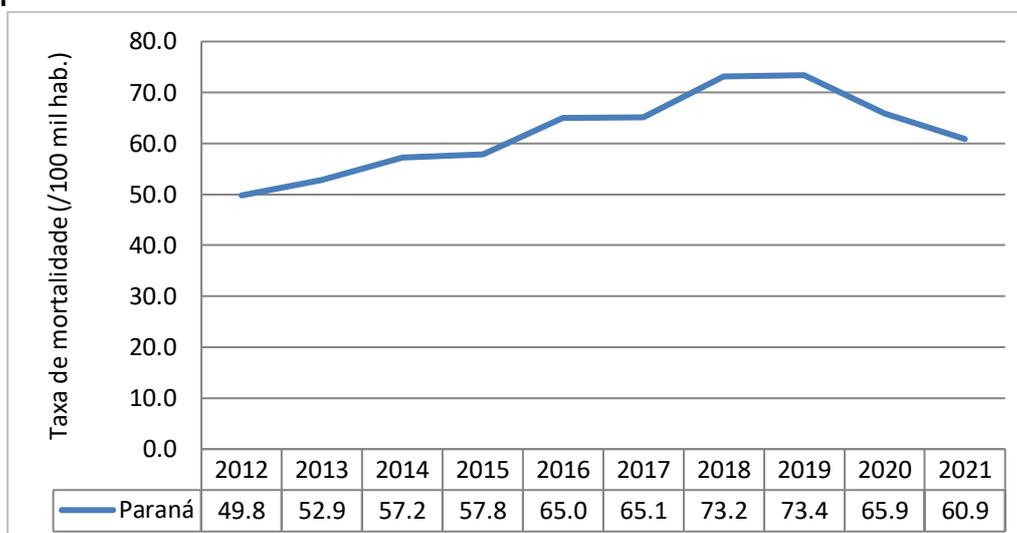
É esperado que o crescimento global do número de idosos se acompanhe de aumento da frequência de quedas, em especial se considerando que grande parte desses idosos apresentam multimorbidades, polifarmácia e fragilidade³⁰. A urbanização crescente e mudanças sociais também contribuem para esse crescimento, pois a cada dia mais idosos vivem sós, sem a apoio para realização de suas atividades diárias²⁹.

No Brasil foram demonstradas taxas de quedas de idosos variando entre 10,7 e 59,3%. O domicílio, no período diurno, foi o cenário mais frequente e as circunstâncias mais comumente descritas foram tropeço, escorregão, tontura e existência de desnível no ambiente. Os fatores mais frequentemente associados às quedas foram sexo feminino, idade maior que 80 anos, déficit cognitivo e sintomas depressivos. As consequências identificadas foram fraturas e o medo de cair³².

No Paraná, como visto anteriormente, os idosos são responsáveis por cerca de 80% de todos os óbitos por queda registrados no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM). No período 2012-2021 a taxa de mortalidade de idosos por quedas teve aumento de 22,3%. O crescimento da taxa foi contínuo até 2019, a partir de quando passou a declinar, possivelmente por influência das medidas de isolamento social e restrição de mobilidade necessárias durante a pandemia da Covid-19 para proteção da população idosa (Figura 14).



Figura 14 – Taxa de Mortalidade de Idosos por Quedas (CID 10W0-W19). Paraná, 2012-2021¹



Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) 04/02/2023 2021¹: dados preliminares, sujeitos a alterações. Dados populacionais: IBGE - Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2010-2060.

Em toda a série histórica, queda no mesmo nível foi a categoria que mais frequentemente ocasionou o óbito.

Ainda no Paraná (SIM), em 2021 há registro de 1.129 óbitos de idosos. Preponderaram o sexo feminino (n=620, 54,9%); a raça branca (n=919, 81,4%); idades acima de 80 anos (n=696, 61,7%); viuvez (n=554, 49,1%) e escolaridade de 4 a 7 anos (n=359, 31,8%). O segmento etário mais afetado foi o das mulheres longevas (80 anos e mais), responsáveis por 39,2% de todos os óbitos por quedas ocorridos entre idosos em 2021. Hospital foi o local do óbito em 81,3% dos casos (n=918), mas vale chamar a atenção para o registro de 151 óbitos no domicílio (13,4%). A Tabela 3 apresenta a destruição dos óbitos de idosos ocorridos em 2021, de acordo com sexo e idade.

Tabela 3 - Distribuição absoluta e percentual do número de óbitos de idosos por quedas CID10 (W00-W19) por local de residência, faixa etária e sexo. Paraná, 2021¹

Faixa Etária (13)	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Total
60-69 anos	121 (10,7%)	44 (3,9%)	165 (14,6%)
70-79 anos	135 (12,0%)	133 (11,8%)	268 (23,7%)
80 e anos e +	253 (22,4%)	443 (39,2%)	696 (61,7%)
Total	509 (45,1%)	620 (54,9%)	1129 (100%)

Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) 04/02/2023 2021¹: dados preliminares, sujeitos a alterações.



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Interessante observar que alguns autores de estudos brasileiros de mortalidade de idosos por quedas que tiveram como fonte das informações o SIM, apontaram limitação da qualidade do dado coletado, com a possibilidade de haver casos mascarados dentro de outras causas básicas de óbito que não a queda, ou ainda informados como causas desconhecidas ou causas mal definidas de mortalidade³³. Assim, é possível que as informações acima apresentadas tenham algum grau de subnotificação.

Os principais riscos para quedas relacionam-se a características e circunstâncias individuais e riscos nos ambientes em que as pessoas vivem ou trabalham²⁹. No caso dos idosos, a suscetibilidade às quedas resulta da interação de múltiplos fatores, como: eficácia reduzida das repostas posturais; diminuição da acuidade sensorial; déficits nos sistemas musculoesquelético, neuromuscular e/ou cardiovascular; descondicionamento associado à inatividade; polifarmácia, depressão, distúrbios do equilíbrio, além dos riscos ambientais³⁴. Idade avançada e antecedente de quedas talvez sejam os principais preditores de quedas no envelhecimento. O risco de cair é maior para idosos com baixa mobilidade, distúrbios do equilíbrio, portadores de déficit visual, declínio cognitivo, Doença de Parkinson, artrite e/ou depressão. Baixo peso e baixa massa óssea são fatores de risco para ocorrência de fraturas como consequência de uma queda²⁹.

As quedas estão entre os mais comuns e mais sérios problemas enfrentados por esse grupo etário. Ameaçam sua qualidade de vida, frequentemente levando a declínio da capacidade de autocuidado e participação em atividades sociais e físicas. Além da redução da funcionalidade, associam-se a aumento de morbidade, mortalidade hospitalização e institucionalização prematura^{30,31}.

Mesmo sem causar lesões físicas, as quedas podem trazer prejuízos aos idosos. O medo de cair, que se desenvolve em 20 a 39% das pessoas que caem, pode levar à limitação da mobilidade com prejuízo da funcionalidade³⁵.

Cerca de metade das quedas ocasionam lesões, das quais 10% são graves, sendo, entre estas, as fraturas de fêmur as mais frequentes. As consequências das fraturas induzidas por quedas podem ser devastadoras: até 20% dos pacientes com fratura de quadril morrem no primeiro ano após o acidente e os que sobrevivem dificilmente retornam ao nível anterior de funcionalidade³¹.

A abordagem mais atual da prevenção e manejo de quedas em idosos inclui aspectos relativos aos ambientes onde o indivíduo vive, permanente ou



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

temporariamente, a saber: domicílio, hospitais e instituições residenciais; e considera os três níveis de prevenção.

Qualquer contato do idoso residente na comunidade com os serviços de saúde deve se constituir em oportunidade para o questionamento sobre a ocorrência de queda nos últimos 12 meses e avaliação do risco de quedas. Este é o ponto de partida para a tomada de decisão sobre a abrangência da avaliação e intervenções necessárias.

A avaliação multidimensional do risco de quedas inclui os seguintes domínios: marcha, equilíbrio e força muscular; medicamentos; distúrbios cardiovasculares, incluindo hipotensão ortostática, tontura, capacidade funcional; dispositivos de auxílio à marcha; visão e audição; distúrbios musculoesqueléticos, problemas nos pés e calçados; distúrbios neuro cognitivos (incluindo delírio, depressão, demência, problemas comportamentais como impulsividade e agitação, distúrbios neurológicos; doenças de base (agudas e crônicas), medo de cair; riscos ambientais; estado nutricional (incluindo ingestão proteica e vitamina D); consumo de álcool; incontinência urinária e dor³⁰. A avaliação da saúde óssea deve ser feita, uma vez que a osteoporose está diretamente relacionada às fraturas de fragilidade em consequência de quedas²⁹.

Idosos que vivem em instituições residenciais e os hospitalizados são considerados de alto risco para quedas e devem receber avaliação abrangente do risco de quedas^{29,30}.

As intervenções podem variar desde a prevenção primária para os idosos com baixo risco (educação para a prevenção de quedas e recomendação de atividade física e exercícios); até, para aqueles de alto risco, a avaliação individualizada e multidimensional para identificação e manejo de todos os fatores de risco identificados, sempre incorporando a perspectiva e os desejos do idoso²⁹.

As intervenções dependerão dos fatores de risco identificados. Para idosos da comunidade são fortemente recomendados programas de exercícios com treino de marcha, força e equilíbrio e Tai-Chi e também intervenções para segurança nos domicílios. É recomendada a redução ou retirada de medicamentos psicotrópicos. Há evidência satisfatória para prescrição de Vitamina D para aqueles que têm deficiência, e cirurgia de catarata para os portadores de catarata. Inúmeras outras intervenções podem ser úteis, embora não tenham corpo de evidência consistente ainda definido^{29,30,36}.



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

A visão de que as quedas são de ocorrência inevitável na vida, particularmente no envelhecimento, pode criar fatalismo e complacência na adoção de medidas para o enfrentamento do problema. Há crescente corpo de evidências a indicar que muitas das quedas são evitáveis e que ações preventivas são eficazes e devem rotineiramente ser adotadas²⁹.

2.3.4 Acidentes relacionados ao trabalho

O trabalho é considerado eixo organizador da vida social e determinante das condições de vida e da saúde dos(as) trabalhadores(as). A partir desta premissa, as intervenções devem buscar a transformação dos processos produtivos, no sentido de torná-los promotores de saúde e não de adoecimento e morte³⁷. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora define os princípios, as diretrizes e as estratégias do SUS para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, “com ênfase na vigilância, visando à promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos”. Portanto, alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença³⁸.

Em relação aos acidentes de trabalho, o Estado do Paraná apresentou um total de 95.716 casos notificados no Sinan entre os anos de 2012 e 2021 (Tabela 4).

Foram analisadas as seguintes variáveis: ocupação, causa do acidente, diagnóstico da lesão e faixa etária. A ocupação com maior número de casos notificados foi pedreiro com 7.012 (7,36%), já alimentador de linha de produção obteve um total de 6.737 (7,07%) casos, e seguido do empregado doméstico nos serviços gerais com 2.924 (3,07%) casos. Evidenciou-se que a principal causa dos acidentes de trabalho são os contatos com outras máquinas com um total de 8.213 (8,58%) casos notificados, em seguida consta a circunstância relativa a condições de trabalho, que aparece entre as principais causas com um total de 7.986 (8,34%) casos notificados, posteriormente o impacto causado por objeto lançado, projetado ou em queda com 6.847 (7,15%) casos.

O principal diagnóstico dos acidentes de trabalho foi o ferimento de dedos sem lesão de unha totalizando 4.356 (4,55%) casos notificados, seguido de ferimento de



punho e da mão com 3610 (3,77%) casos e os acidentes que resultaram em fratura de outros dedos com um total de 3449 (3,6%) notificações.

Ao analisar a faixa etária destes trabalhadores acidentados, percebe-se que entre 20-34 anos prevalece com 41.277 (43,12%) notificações, seguida de 35-49 anos com 30.174 (31,52%) e 50-64 anos com 15.025 (15,70%) notificados. Observou-se também que foram notificados 341 casos menores de um ano, este dado está incorreto e sugere erro na hora da digitação.

Tabela 4 – Somatória das Notificações de Acidentes de Trabalho, segundo variáveis ocupação, causa do acidente e faixa etária. Paraná, 2012 a 2021

Ocupação	n= 95282	%
Pedreiro	7012	7,36
Alimentador de linha de produção	6737	7,07
Empregado doméstico nos serviços gerais	2924	3,07
Trabalhador agropecuário em geral	2694	2,83
Motorista de caminhão (rotas regionais e internacionais)	2519	2,64
Operador de máquinas fixas, em geral	2119	2,22
Mecânico de manutenção de automóveis, motocicletas e veículos similares	2019	2,12
Ignorada	2008	2,11
Motociclista no transporte de documentos e pequenos volumes	2004	2,10
Servente de obras	2001	2,10
Causa do Acidente	n= 95716	%
Contato c/ outras maquinas e c/ as ne	8213	8,58
Circunstância relativa a condições de trabalho	7986	8,34
Impacto causado por objeto lançado, projetado ou em queda	6847	7,15
Apertado, pertado, colhido, comprimido ou esmagado dentro de ou entre objetos	6616	6,91
Motociclista traumatizado em colisão com um automóvel (carro)	6048	6,32
Impacto acidental ativo ou passivo causado por outros objetos	4651	4,86
Queda no mesmo nível por escorregão, tropeção ou passos em falsos (traspés)	3761	3,93
Outras quedas de um nível a outro	3115	3,25
Contato com outros utensílios manuais e aparelhos domésticos equipados com motor	2666	2,79
Motociclista traumatizado em um acidente de transporte sem colisão	2247	2,35
Faixa Etária	n= 95716	%
<1 Ano	332	0,35
1-4	4	0,00
5-9	20	0,02
10-14	147	0,15
15-19	7124	7,44
20-34	41277	43,12
35-49	30174	31,52
50-64	15025	15,70
65-79	1551	1,62
80 e+	62	0,06

Fonte: SESA/DAV/CEST – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Nota: dados sujeitos a alterações conforme atualização e/ou qualificação do banco. Exportação realizada em 04/10/2022.



Em relação às regionais de saúde (RS) notificantes, percebe-se que a 2ªRS (Metropolitana de Curitiba) possui o maior número de notificações com 33.408 (26,69%) casos, seguida da 10ªRS (Cascavel) com 10.115 (10,54%) casos e 15ªRS (Maringá) com 8.431(8,79%) notificações.

Estas notificações devem-se às capacitações constantes realizadas pela equipe do Centro Estadual de Saúde do Trabalhador (CEST) para as 22 regionais de saúde abrangentes do Estado. Nota-se um aumento significativo das notificações em relação aos anos anteriores. Em 2013 foram notificados 5.596 acidentes relacionados ao trabalho, em 2021 foram 27.281 casos (Quadro 4).

Quadro 4 - Série Histórica das notificações dos Acidentes de Trabalho por Regional de Saúde (RS). Paraná, 2012 a 2021

RS de Notificação	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Paranaguá	32	101	112	94	72	52	52	38	85	125	763
Metropolitana	1240	467	1178	2112	2582	1726	2485	4211	4342	5202	25545
Ponta Grossa	246	234	175	209	181	167	249	213	418	676	2768
Irati	524	579	544	186	170	127	216	202	717	847	4112
Guarapuava	64	132	124	132	82	72	136	212	264	383	1601
União da Vitória	209	482	388	185	67	70	160	321	575	1237	3694
Pato Branco	286	269	188	179	119	147	188	180	786	865	3207
Francisco Beltrão	194	179	195	302	276	298	252	830	1629	1662	5817
Foz do Iguaçu	82	245	454	546	610	428	300	522	971	771	4929
Cascavel	393	704	523	596	416	458	529	1179	2513	2781	10092
Campo Mourão	132	152	300	258	185	180	137	319	659	649	2971
Umuarama	126	183	325	299	144	226	119	165	199	258	2044
Cianorte	81	79	94	70	77	88	55	34	58	62	698
Paranavaí	47	65	106	163	139	256	377	361	691	1056	3261
Maringá	528	794	581	692	614	448	656	843	1236	2023	8415
Apucarana	416	314	243	275	282	265	174	95	69	288	2421
Londrina	350	527	540	525	529	550	459	357	375	977	5189
Cornélio Procopio	42	75	103	68	44	40	31	71	105	317	896
Jacarezinho	121	95	80	141	124	168	162	72	72	154	1189
Toledo	36	78	97	94	124	145	178	129	176	454	1511
Telêmaco Borba	391	529	158	149	90	126	128	279	820	743	3413
Ivaiporã	36	40	117	116	88	155	76	61	181	310	1180
Total	5576	6323	6625	7391	7015	6192	7119	10694	16941	21840	95716

Fonte: SESA/DAV/CEST –Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)

Nota: dados sujeitos a alterações conforme atualização e/ou qualificação do banco. Exportação realizada 04/10/2022.

Em relação à notificação de acidentes de trabalho em que a causa foi por queda (Tabela 5), percebe-se na série histórica entre os anos 2012 a 2021 obteve



17.125 casos, um número extremamente significativo. A principal ocupação é o pedreiro com 2.397 (14%) casos, seguido de empregado doméstico nos serviços gerais e alimentador de linha de produção com 713 (4,16%) e 688 (4,02%) casos notificados.

Em relação ao diagnóstico de lesão resultante dessas quedas, observa-se fratura da extremidade distal do rádio com 611 (3,56%) casos, entorse e distensão do tornozelo com 581 (3,39%) casos e traumatismos múltiplos não especificados com 399 (2,33%) casos. Sobre a faixa etária destes trabalhadores, a idade 35-49 anos prevalece com 6.080 notificações, 20-34 anos com 5.755 casos e 50-64 anos com 4.075 casos.

Tabela 5 –Somatório de notificações de acidentes de trabalho que resultaram em queda, segundo variáveis:ocupação, causa do acidente, diagnóstico da lesão e faixa etária. Paraná, 2012 a 2021

Ocupação	n= 17125	%
Pedreiro	2397	14,00
Empregado domestico nos serviços gerais	713	4,16
Alimentador de linha de produção	688	4,02
Servente de obras	517	3,02
Motorista de caminhão (rotas regionais e internacionais)	491	2,87
Ignorada	436	2,55
Zelador de edifício	392	2,29
Eletricista de instalações	345	2,01
Trabalhador agropecuário em geral	317	1,85
Faxineiro	314	1,83
Causa do acidente	n= 17167	%
Queda no mesmo nível por escorregão, tropeção ou passos em falsos (traspés)	3762	21,91
Outras quedas de um nível a outro	3116	18,15
Queda de ou para fora de edifícios ou outras estruturas	2016	11,74
Outras quedas no mesmo nível	1892	11,02
Queda em ou de escadas ou degraus - habitação coletiva	1756	10,23
Queda sem especificação	1403	8,17
Queda em ou de um andaime	1377	8,02
Queda em ou de escadas de mão - habitação coletiva	739	4,30
Queda de árvore	336	1,96
Queda, enquanto estava sendo carregado ou apoiado por outra(s) pessoa(s)	285	1,66
Faixa Etária	n= 17167	%
<1 Ano	49	0,29
5-9	1	0,01
10-14	8	0,05
15-19	785	4,57
20-34	5755	33,52



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

35-49	6080	35,42
50-64	4075	23,74
65-79	401	2,34
80 e+	13	0,08

Fonte: SESA/DAV/CEST - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Nota: Os dados referentes estão sujeitos a alterações conforme atualização e/ou qualificação do banco. Exportação realizada 04/10/2022.

2.4 Violências

As violências constituem-se em um fenômeno de relevância em saúde pública, incidem num processo complexo que inclui os determinantes e condicionantes sociais de saúde e se apresenta como um fenômeno multifatorial, sendo que suas marcas perpetuam ao longo dos anos, interferindo na qualidade de vida do indivíduo e da sociedade e são resultado de “(...) ações ou omissões humanas e de condicionantes técnicos e sociais”³⁹. Neste sentido destaca-se a importância da criação de estratégias e ações intersetoriais para sua prevenção e para a promoção da Cultura de Paz.

As violências se expressam por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações e que causam danos físicos, psicológicos, morais, e/ou espirituais a si mesmo ou a outras pessoas, tais como: agressão física, sexual, psicológica e institucional. Afeta os grupos populacionais de forma diversa e com consequências distintas³⁹.

Segundo o Relatório Mundial da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2002, a tipologia para classificação da violência categoriza a mesma a partir de suas manifestações empíricas, ou seja, violência autoprovocada, interpessoal e coletiva. A violência autoprovocada é aquela que a pessoa faz contra si mesmo, tais como suicídios, autoagressão, entre outras. As violências interpessoais são classificadas em intrafamiliar (Ex.: agressão contra mulher praticada pelo parceiro íntimo, etc) e comunitária (Ex.: violência praticada por conhecido ou desconhecido em instituições públicas ou privadas). E as violências coletivas são os atos violentos que ocorrem nas esferas macrossociais, políticas e econômicas, por exemplo crimes cometidos por grupos organizados, as guerras entre outros. A violência é classificada segundo a tipologia a saber: Física; psicológica e moral; tortura; sexual, tráfico de seres humanos; financeira e econômica; negligência e abandono; trabalho infantil; intervenção legal; outras. Destaca-se a violência interpessoal e autoprovocada integra o roll da lista de agravos de notificação compulsória de relevância para a saúde pública em âmbito nacional⁴⁰.



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

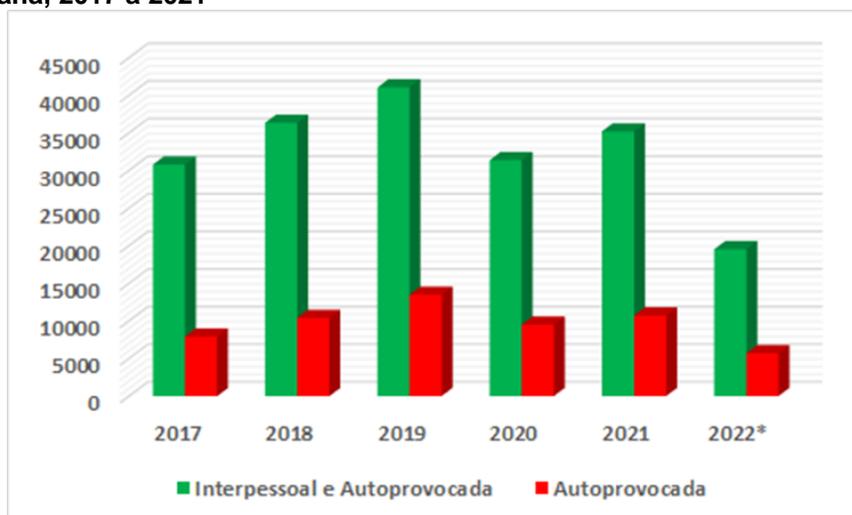
Portanto, é importante abordar o panorama de violência interpessoal e autoprovocada, morbimortalidade por homicídios e suicídios, a partir dos sistemas oficiais de informação do SUS a saber: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

2.4.1 Violência interpessoal e autoprovocada

A vigilância de violências objetiva conhecer a magnitude e a gravidade da situação, por meio da produção e propagação de informações epidemiológicas consistentes e qualificadas, com a finalidade de subsidiar a elaboração de políticas públicas de saúde, bem como fundamentar as práticas de saúde e gestão dos serviços baseados em evidências. Ressalta-se que o Sinan, constitui uma fonte de informação importante do SUS e da vigilância epidemiológica.

Portanto, é essencial conhecer a tendência e o comportamento, bem como a execução de análise situacional tendo a violência como objeto do estudo. Neste sentido, apresenta-se uma série temporal dos registros dos últimos 5 anos de casos de violência interpessoal e autoprovocada registrados no Sinan no Estado (Figura 15).

Figura 15 - Número de casos de violência interpessoal e autoprovocada, registrados no Sinan. Paraná, 2017 a 2021¹



Fonte: SESA/DAV/CPRO/DVPAZ - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 09/08/2022.
Nota¹ Os dados estão sujeitos a alterações conforme atualização e/ou qualificação do banco de dados.

No Paraná, em 2021 foram notificados 35.206 mil casos de violência interpessoal e autoprovocada no Sinan. Destes, 76,2% (26.824) ocorreram na residência, e 47,3% (16.636) são casos de violência contra crianças e adolescentes.



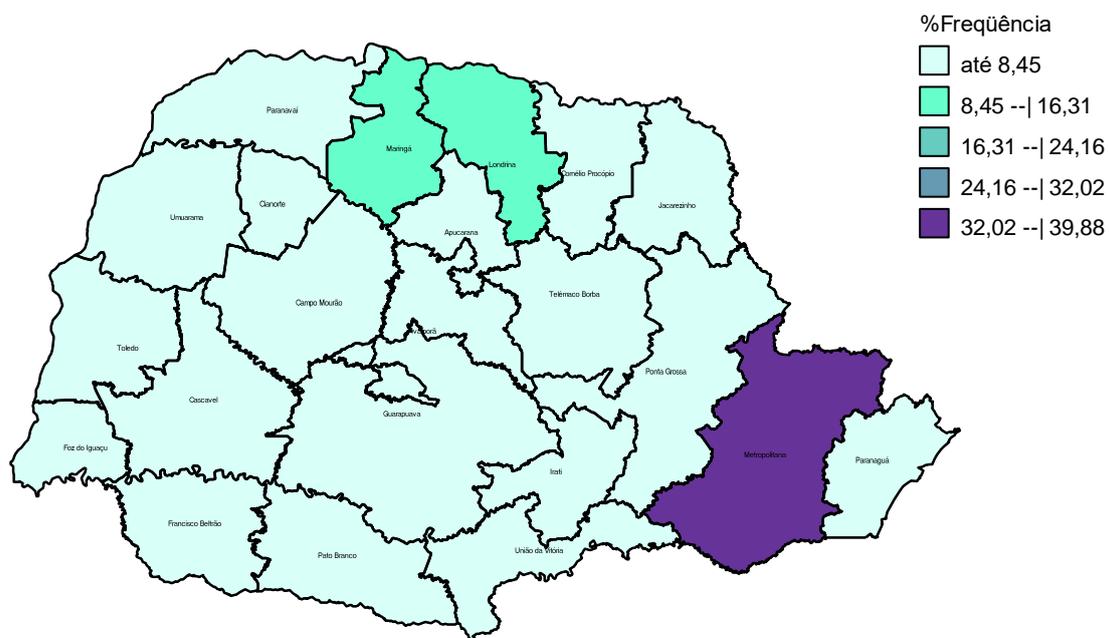
2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Dos 35.209 mil casos de violência interpessoal e autoprovocada inseridos no Sinan, 39,88% ocorreram na 2ª regional de saúde, seguidos pela 17ª regional de saúde, com 12,13%. A 2ª regional de saúde possui o maior número de habitantes em relação às demais, o que pode justificar o maior número de casos apresentados (Figura 16). Além disso, o município sede da 2ª regional de saúde é a capital do Estado. Ademais, há que se considerar que os índices de violência estão crescendo no país, principalmente nos grandes centros urbanos. Infelizmente, este fato está associado ao processo de globalização e ao processo histórico, político e cultural, econômico e social, entre outros fatores, que acabam por influenciar diretamente no cotidiano e no comportamento da população.

Figura 16 - Proporção de casos de Violência Interpessoal e Autoprovocada, segundo Região de Saúde. Paraná, 2021¹



Fonte: SESA/DAV/CPRO/DVPAZ - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 09/08/2022.
Nota¹ Os dados estão sujeitos a alterações conforme atualização e/ou qualificação do banco de dados.

No que diz respeito à violência autoprovocada, foram registrados 10.724 mil casos em 2021. Destes, observou-se que 31,9% (4.529) das ocorrências já haviam acontecido outras vezes, ou seja, eram casos reincidentes, (Figura 17). Os achados evidenciam o sofrimento mental deste público, corroborando com a necessidade da concepção de estratégias de enfrentamento e prevenção da violência autoprovocada, pelos gestores, profissionais e serviços de saúde e da rede intersetorial.

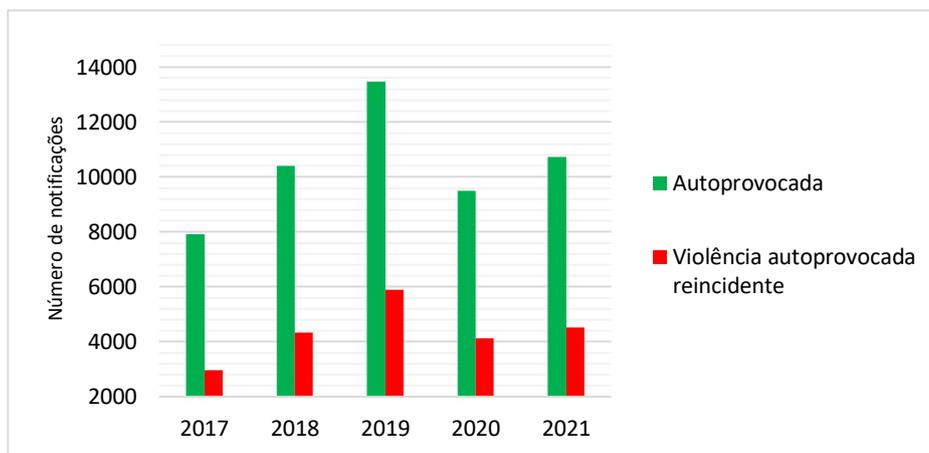


2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

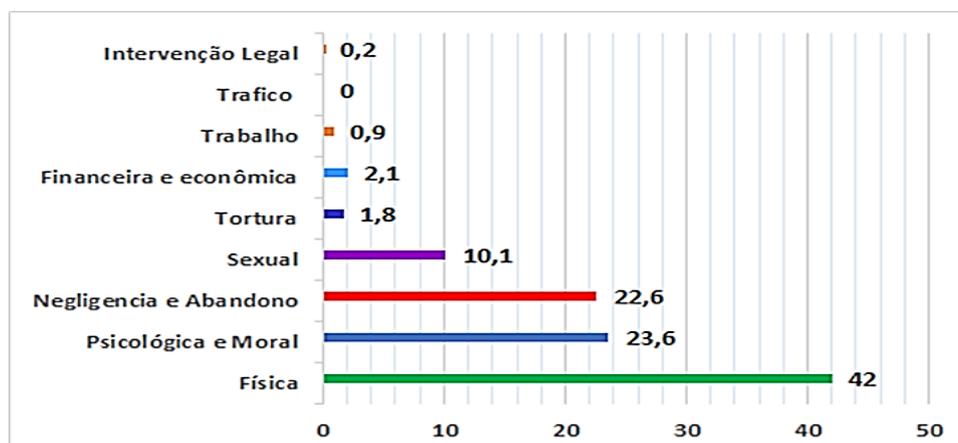
Destaca-se que é essencial assegurar ao usuário em sofrimento psíquico agudo ou crônico, o acesso à atenção psicossocial, sobretudo aos com histórico de ideação suicida, autoagressões e tentativa de suicídio conforme o recomendado na Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio⁴¹. As causas que levam ao suicídio são múltiplas e complexas. Abrangem determinantes exógenos (problemas financeiros, rupturas de relacionamento, trauma e exposição à violência e desastres) e também determinantes endógenos (histórico familiar de suicídio, doenças crônicas, transtornos mentais, sentimentos de solidão e desesperança) entre outros⁴².

Figura 17- Número de casos de violência autoprovocada e de reincidência registrados no Sinan. Paraná, 2017 a 2021¹



Fonte: SESA/DAV/CPRO/DVPAZ - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 09/08/2022. Nota¹ foram excluídas as notificações com o campo "ocorreu outras vezes" ignorado ou em branco; os dados estão sujeitos a alterações conforme atualização e ou qualificação do banco de dados.

Figura 18 - Proporção de casos de violência interpessoal e autoprovocada, segundo tipologia. Paraná, 2021¹



Fonte: SESA/DAV/CPRO/DVPAZ - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 09/08/2022. Nota¹ Os dados estão sujeitos a alterações conforme atualização e/ou qualificação do banco de dados.



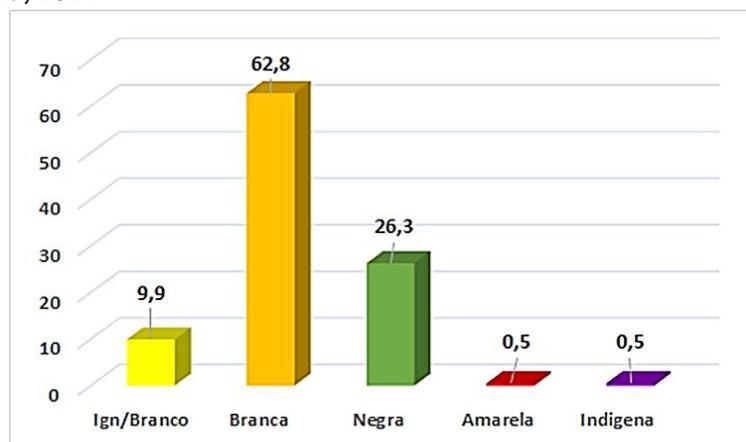
2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Quanto à estratificação dos registros de violência interpessoal e autoprovocada segundo o tipo de violência observou-se o predomínio concomitante: física (42,0%), psicológica e moral (23,6%), negligência e abandono (22,6%) e sexual (10,1%), e constituindo as principais tipologias registradas (Figura 18).

Em relação à raça/cor, verificou-se que o maior percentual se concentrou naquelas pessoas que se autodeclararam brancas (62,8%), seguida da cor negra (26,3%) que é a soma da cor parda e preta (Figura 19). Observou-se um percentual elevado de “ignorado” e “em branco”, o que requer a qualificação quanto a importância da completude do campo, a fim de garantir a robustez e a consistência dos dados.

Figura 19 - Proporção de casos de violência interpessoal e autoprovocada, segundo raça/cor. Paraná, 2021¹



Fonte: SESA/DAV/CPRO/DVPAZ - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 09/08/2022.
Nota¹ Os dados estão sujeitos a alterações conforme atualização e/ou qualificação do banco de dados.

Cabe lembrar que a população é majoritariamente branca no Paraná, sendo que as informações apresentadas se referem apenas a uma frequência simples, ademais, raça/cor é uma variável de difícil definição, visto que a informação desse campo é autodeclarada. Destaca-se que as características étnico-raciais de uma população constituem variáveis de importância social e epidemiológica quanto ao estudo da análise de situação de saúde, em particular para a reflexão sobre as disparidades em saúde com foco na concepção de políticas de equidade em saúde.

No que condiz aos casos de violência interpessoal e autoprovocada segundo sexo e faixa etária, observou-se a prevalência no sexo feminino (68,5%), com maior número de casos na faixa etária de 35 a 49 anos (76,1%) seguida da faixa etária de 10 a 15 anos (74,8%). Um achado relevante foi o índice de registros de violência interpessoal e autoprovocada na faixa etária: menor de 01 ano; 01 a 04 anos

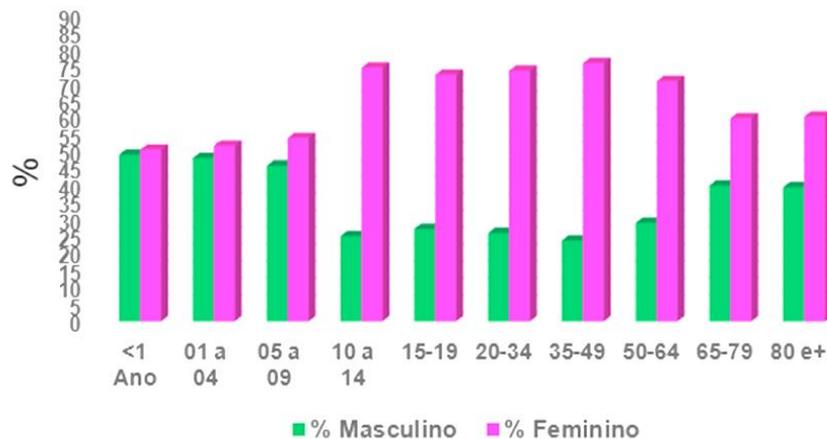


2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

consecutivamente a saber: 59,5%; 56,9%; (Figura 20), apontando a necessidade da concepção de ações prioritárias, pautadas nos princípios de proteção integral e absoluta, a fim de interromper o ciclo de violência, com foco neste grupo específico.

Figura 20 - Proporção de casos de violência interpessoal e autoprovocada, segundo faixa etária e sexo Paraná, 2021¹



Fonte: SESA/DAV/CPRO/DVPAZ - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 09/08/2022.
Nota¹ Os dados estão sujeitos a alterações conforme atualização e/ou qualificação do banco de dados.

Os dados acima dimensionam a violência, sobre a lógica hierárquica de gênero e como ela vulnerabiliza as mulheres em nosso Estado, além do mais, os dados confirmam a cultura patriarcal que prevalece na sociedade ao longo dos anos. Portanto é necessário o investimento em estratégias mais acuradas e efetivas, com fins de coibir e prevenir a violência.

É imprescindível a atuação multiprofissional e interdisciplinar, o processo de trabalho articulado, integrado, transversal, organizado de forma que incorpore todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde, com foco na promoção da saúde, na prevenção das violências, seus determinantes e condicionantes sociais de saúde. Assim, torna-se necessário reconhecer a Atenção Primária em Saúde como uma grande articuladora da rede de saúde, considerando que tem como premissa a centralização no cuidado da família e não no indivíduo, o trabalho com os conceitos de vigilância à saúde, o desenvolvimento de atividades que incluam a prevenção e a promoção da saúde, enfocando as ações de saúde de modo a lidar com os determinantes sociais do adoecimento, realizando práticas intersetoriais e desenvolvendo o exercício da cidadania das pessoas do respectivo território.



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Os profissionais que integram o sistema de saúde e da rede intersectorial, precisam acolher a pessoa em situação de violência em toda a sua integralidade, considerando todo contexto em que a mesma se encontra inserida (individual, familiar, social, outros) e incluí-los no processo do cuidado, a fim de contemplar a atenção psicossocial a todos do convívio do usuário e promover mudanças que interfiram no ciclo da violência e transformações de paradigmas. Destacamos a importância da qualificação técnica dos serviços e profissionais da rede, o fomento e a promoção de debates com rodas de conversas abordando a violência nos espaços comunitários (serviços de saúde, comunidade, escolas, entre outros), a fim de desmitificar a temática, sensibilizar, esclarecer que a violência é um problema de saúde pública e que pode ser prevenida e superada.

A adoção de estratégias prioritárias permite o planejamento, a construção de fluxo de atendimento, integrando os diversos pontos de atenção à saúde, capaz de ofertar a atenção integral no lugar certo, no tempo certo de forma resolutiva, evitando assim a peregrinação da pessoa que buscam por assistência nos serviços da RAS, bem como a sua revitimização. Ademais, a ampliação de propostas de projetos culturais e sociais voltados aos jovens de baixa renda, restrição ao consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos e em entorno das escolas, promoção da cultura de paz, mediação de conflitos, concepção de ambientes urbanos saudáveis, integração das comunidades com os serviços de policiamentos, bem como o aumento de sua cobertura em locais com maiores riscos com abordagem e intervenções educativas⁴³.

Por fim, esclarece-se que existe limitação no estudo apresentado, por se tratar de uma análise descritiva, retrata “uma fotografia” das informações registradas no banco de dados de violência interpessoal e autoprovocada. Além disso, está longe de refletir o universo de casos, considerando as subnotificações, e a parcela significativa de pessoas que não procuram atendimento nos serviços de saúde. Portanto, é primordial a produção de informações epidemiológicas consistentes, robustas e de qualidade, para o planejamento e execução de ações ajustado ao real cenário do Paraná.



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

2.4.2 Homicídios

O homicídio intencional é definido como a morte ilegal causada a uma pessoa com a intenção de causar morte ou lesão grave, sendo uma expressão da violência interpessoal, afeta principalmente grupos e comunidades vulneráveis⁴⁴. A mortalidade por homicídio é uma preocupação mundial, e considerado um indicador universal da violência social.

O Anuário Brasileiro de Segurança Pública define homicídios como Mortes Violentas Intencionais (MVI), considerando homicídios dolosos, latrocínios (roubos seguidos de morte), lesões corporais seguidas de morte e mortes decorrentes de intervenções policiais, e as vislumbram como derivadas de fenômenos multicausais. Há que se considerar outros fenômenos, como desaparecimentos, suicídios, tentativas de homicídio⁴⁵.

Tendo em vista que a partir das informações registradas no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) não é possível estabelecer intencionalidade, foram considerados como homicídios de acordo com MS os óbitos cuja causa básica tenha sido classificada com os códigos X85 a Y09 (agressões); Y22 a Y24 (disparo de arma de fogo com intenção indeterminada); Y35 (intervenção legal); Y87.1 (sequela de agressão) e Y89.0 (sequela de intervenção legal) da CID-10.

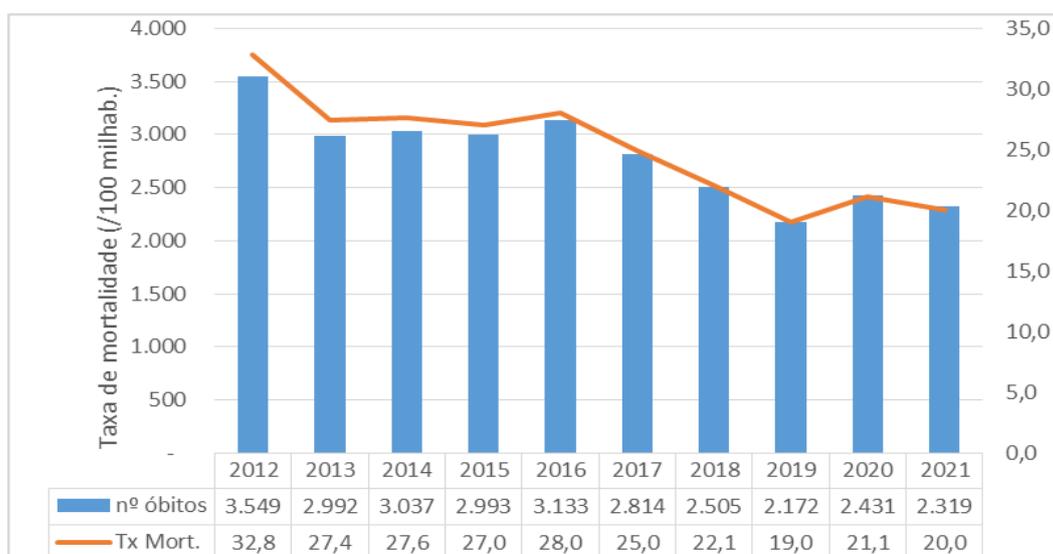
Em 2017, a taxa de mortalidade global por homicídios, segundo o Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime (UNODC), foi de 6,2 homicídios a cada 100 mil habitantes, sendo que nas Américas foi de 17,2/100 mil habitantes. E a maior parte das vítimas foram do sexo masculino, cerca de 81%, com maior risco de morte na faixa etária de 15 a 29 anos de idade⁴⁶.

No Brasil, em 2017, a taxa de homicídios foi de 32,2 óbitos/100 mil habitantes (Brasil, 2021), observando o cenário Brasileiro o Paraná registrou uma taxa de mortalidade por homicídios 22,36% menor que a nacional. A partir de 2018 houve uma queda no número de mortes por homicídio no país (série histórica analisada de 2000 a 2019), porém, ainda assim, no ano de 2019 os homicídios foram a primeira causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, sendo que de todos os óbitos por homicídio 91,7% das vítimas eram do sexo masculino, fato observado em toda série histórica¹. Já no Paraná, a taxa foi de 25,0 homicídios por 100 mil habitantes em 2017 cerca de 300% a mais que a taxa global e 45% a mais do que a taxa de mortalidade nas Américas por homicídio.



Ao analisar série histórica referente ao período de 2012 a 2021, ocorreram 27.945 óbitos decorrentes de homicídios no Paraná. Observou-se uma queda de 39,0% a taxa bruta de mortalidade no período. Em 2012 a taxa era de 32,8/100 mil hab. e vinha caindo gradativamente até 2019 (19,0/100 mil hab.), elevando-se novamente em 2021 (20,0/100 mil hab.), conforme demonstrado na Figura 21).

Figura 21 - Taxa bruta de mortalidade por homicídios por 100 mil hab. Paraná 2012-2021¹



Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP e SESA/DAV/CPRO/DVPAZ - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) atualizado em 15/09/2022.

Nota: 2021¹ – dados preliminares, sujeitos a alterações.

Nos Atlas da Violência 2019 e 2020⁴⁷, observa-se que três fatores ajudaram a impulsionar a diminuição dos homicídios ao longo da década em várias Unidades Federativas: a mudança do regime demográfico rumo ao envelhecimento da população e à diminuição do número de jovens; a implementação de ações e programas qualificados de segurança pública em alguns estados e municípios brasileiros; e o Estatuto do Desarmamento. De fato, entre 2010 e 2020, a proporção de homens jovens entre 15 e 29 anos na população brasileira diminuiu de cerca de 13,5% para 12,1%. Com base em estimativas de Cerqueira e Moura (2014)⁴⁸, tal fenômeno teria o potencial de fazer diminuir em até 20% a taxa de homicídios do país na década.

Contudo, segundo Cerqueira et al. (2021)⁴⁷ a queda do número de homicídios observada entre 2018 e 2019 que foi de 13,3% no Paraná e de 22,1% no Brasil, deve



ser vista com grande cautela em função da deterioração na qualidade dos registros oficiais.

Ao avaliar-se a taxa de mortalidade por homicídio segundo região de saúde observou-se que existe disparidades na redução entre as Regionais de Saúde (RS), algumas tiveram acréscimo nos índices com destaque consecutivamente para região de: Paranaguá (51, 9/100mil.hab), Cianorte (21,4/100mil.hab), Pato Branco (20,4/100mil.hab) e Maringá (18,3/100mil.hab) em 2021 se comparado a 2015. Os valores de redução na taxa de mortalidade por homicídios variam entre as RS, sendo que Ivaiporã (7, 9/100mil.hab), foi a região que obteve menores taxas no período estudado (Tabela 6).

Tabela 6 - Taxa bruta de mortalidade por homicídios por 100 mil hab., segundo Região de Saúde. Paraná. 2015 - 2021¹

Regionais de Saúde	Taxa em 2015	Taxa em 2021
1ª RS Paranaguá	28,0	51,9
2ª RS Metropolitana	34,3	20,8
3ª RS Ponta Grossa	16,6	17,8
4ª RS Irati	10,0	9,0
5ª RS Guarapuava	23,8	17,5
6ª RS União da Vitória	17,3	16,7
7ª RS Pato Branco	17,6	20,4
8ª RS Francisco Beltrão	14,8	13,3
9ª RS Foz do Iguaçu	33,2	26,6
10ª RS Cascavel	24,8	21,5
11ª RS Campo Mourão	25,7	19,6
12ª RS Umuarama	21,2	22,0
13ª RS Cianorte	16,2	21,4
14ª RS Paranavaí	26,9	20,9
15ª RS Maringá	15,8	18,3
16ª RS Apucarana	18,1	10,5
17ª RS Londrina	18,2	16,9
18ª RS Cornélio Procopio	16,4	13,6
19ª RS Jacarezinho	10,1	10,3
20ª RS Toledo	22,7	20,7
21ª RS Telêmaco Borba	36,0	31,4
22ª RS Ivaiporã	20,1	7,9

Fonte: SESA/DAV/CPRO/DVPAZ - SIM/DATASUS e Tabnet/SIM/SESA (CID-10 X85-Y09, Y22-Y24, Y35, Y87.1 e Y89), em respectivamente 24/01/2023 (referente a 2015) e 15/09/2022. ¹Dados preliminares.

A Figura 22 demonstra a variação percentual da taxa de óbitos por homicídio, segundo região de saúde. Houve predomínio na região de Paranaguá que apresentou

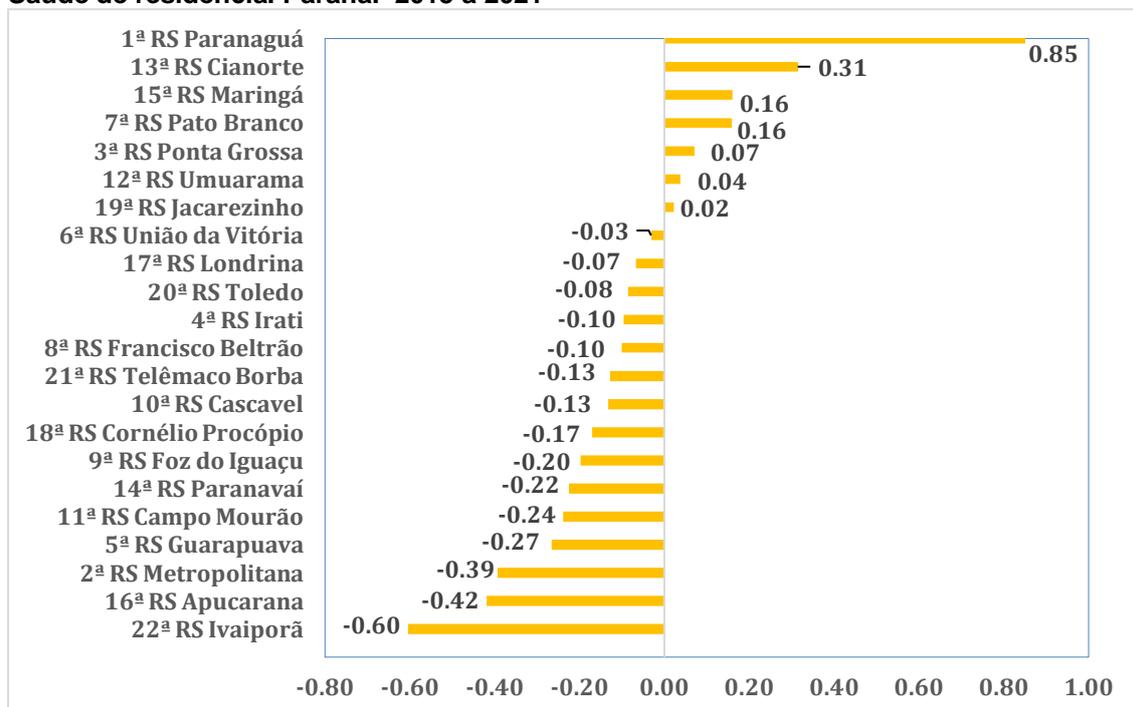


2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

um incremento de 85,1% em 2021 em comparação a 2015. A região de saúde possui diversas particularidades em seu território, é uma área portuária e litorânea. Salienta-se que também, é linha de fronteira, fato este que pode constituir importante rota e aporte de tráfico de drogas, a criminalidade entre outros, situações que podem contribuir com a elevação da mortalidade por homicídios, e mesmo com o declínio observado no Paraná, a linha de fronteira apresentou as maiores taxas de homicídio, ao considerar o conjunto de municípios dessa região.

Figura 22 – Variação percentual da taxa de mortalidade por homicídios, por Região de Saúde de residência. Paraná. 2015 a 2021¹



Fonte: SESA/DAV/CPRO/DVPAZ - SIM/DATASUS e Tabnet/SIM/SESA (CID-10 X85-Y09, Y22-Y24, Y35, Y87.1 e Y89), em respectivamente 04/01/2023 (Dados 2015) e 15/09/2022 (Dados preliminares, 2021¹).

Nos últimos anos, tem-se defendido a tese de que há uma reorganização da violência no território nacional, que trouxe uma disseminação e uma interiorização dos homicídios no Brasil, a qual não ocorreria de forma aleatória, mas seguindo diversas lógicas como o aumento em áreas que apresentaram desenvolvimento econômico recente, reorganização do uso dos espaços, fronteiras interestaduais e internacionais, questões de segurança pública, entre outras⁴⁴. No Paraná observa-se também esta reorganização. Cabe lembrar que, a temática configura um desafio aos profissionais de saúde, gestores públicos e autoridades políticas para a inclusão do tema nas prioridades de saúde nos municípios de linha de fronteira.



A redução da taxa de mortalidade por homicídios é também resultado das várias políticas públicas adotadas no país desde o início do milênio. Salienta-se a Política Nacional de Prevenção da Morbimortalidade por Acidentes e Violências em 2001 e outras iniciativas que foram implantadas a partir dela, como: a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e os Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde (Núcleos de Paz) em 2004, a criação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em 2006.

A promoção de ambientes seguros e saudáveis, a vigilância dos eventos violentos, as estratégias de atenção às pessoas em situação de violência, a organização e capacitação da rede e a articulação intersetorial, as políticas para juventude, o Estatuto do Desarmamento (2003), a criação da Secretaria de Políticas para Mulheres em 2003, todas estas ações contribuíram para a redução destas taxas⁴⁴, embora ainda tenhamos um cenário de violências que impacta fortemente a morbimortalidade de nossa população

No Paraná, entre 2017-2021, a proporção de óbitos por eventos de intenção indeterminada (CID Y10-Y34), em 2019, foi de 5%. No entanto, com a pandemia COVID-19 esse percentual aumentou para 10,9% em 2021. E em relação aos óbitos por disparo de arma de fogo com intenção indeterminada (CID Y20-Y24) a proporção subiu de 0,7% em 2017 para 2,0% em 2021; aumento de 219% em números absolutos no período (Tabela 7).

Tabela 7 - Proporção de óbitos por eventos de intenção indeterminada e de disparo de arma de fogo com intenção indeterminada, em relação ao total de óbitos por acidentes e violências. Paraná, 2017 a 2021¹

Causa Agrupada CID 10	2017	2018	2019	2020	2021
Y10-Y34 Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	351	376	421	720	985
% Y10-Y34	4,1	4,4	5,0	8,3	10,9
Y20-Y24 Disparo de arma de fogo com intenção indeterminado.	58	57	62	144	185
% Y20-Y24	0,7	0,7	0,7	1,7	2,0
Total de causas externas	8.591	8.541	8.414	8.716	9.068

Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP e SESA/DAV/CPRO/DVPAZ - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) atualizado em 15/09/2022.

Nota¹: 2021 – dados preliminares, sujeitos a alterações.

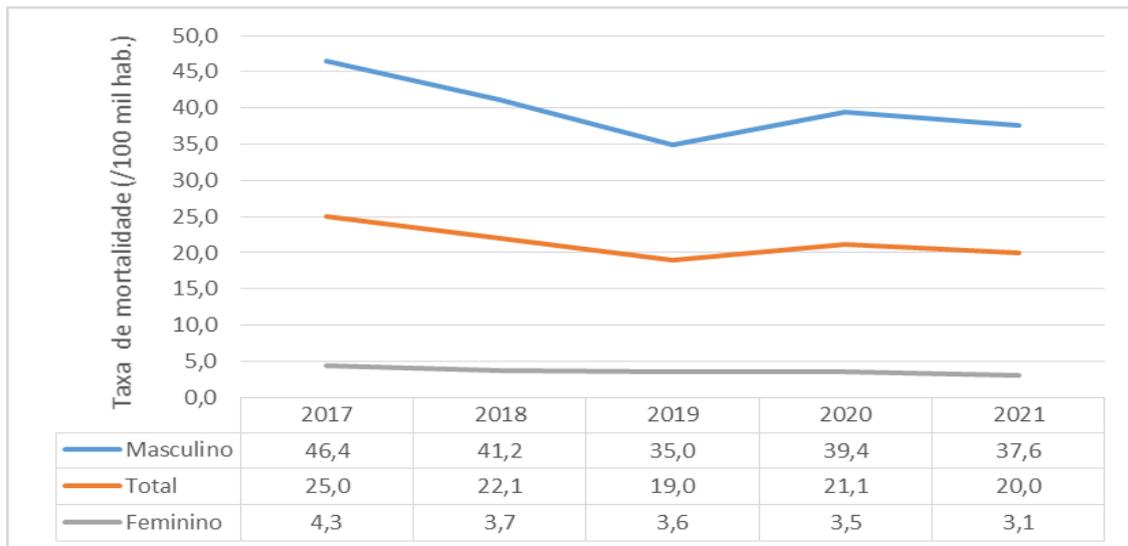


2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEISPARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Ao analisar a taxa de mortalidade por homicídios segundo sexo entre 2017-2021, verificou-se predominância em pessoas de sexo biológico masculino, com redução de 19,1% na população masculina e 28,3% na feminina no período descrito (Figura 23).

Figura 23 - Taxa bruta de mortalidade por homicídio por 100 mil hab., segundo sexo. Paraná, 2017-2021¹



Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP e SESA/DAV/CPRO/DVPAZ Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) em 15/09/2022.

Nota: ¹2021 – dados preliminares, sujeitos a alterações.

Quanto à razão entre sexos que era de 10,7 em 2017, observou-se tendência de crescimento em 2021, apresentando um incremento de 12,1 evidenciando maiores índices no sexo masculino em comparação ao feminino (Tabela 7).

Tabela 8 – Razão entre sexo masculino e feminino da taxa de mortalidade por homicídios, Paraná 2017-2021¹

Ano	2017	2018	2019	2020	2021
Razão M/F	10,7	11,2	9,6	11,1	12,1

Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP e SESA/DAV/CPRO/DVPAZ Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) atualizado em 15/09/2022. Nota: ¹2021 – dados preliminares, sujeitos a alterações.

A mortalidade por homicídios no público masculino é um fenômeno mundial de acordo com um estudo realizado na Ásia em 2014, representou 71% e nas Américas 88%, em uma análise com 193 países. Os autores e as vítimas da violência são na maioria homens. É essencial direcionar o foco em políticas públicas de prevenção à



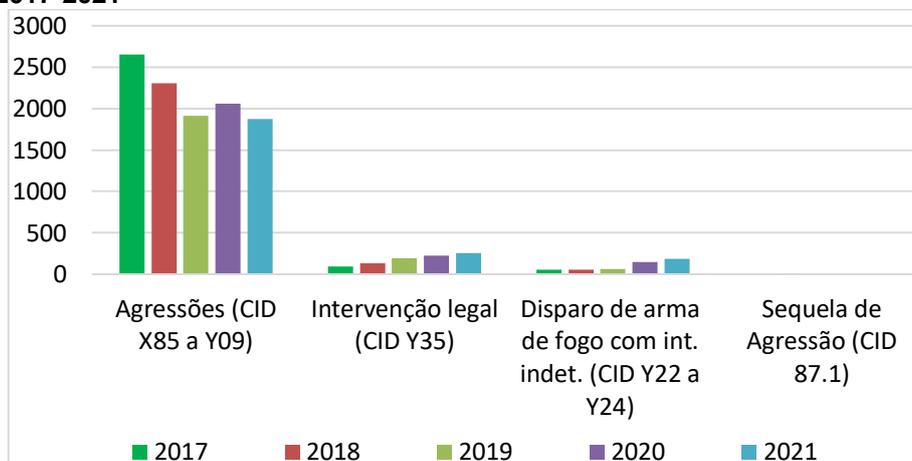
2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

violência nesse grupo, em especial na atenção aos homens que perpetraram a violência, tendo em vista os fatores e determinantes e condicionantes envolvidos⁴⁴.

Nos anos de 2017-2021 observou-se uma queda de 17,6% no número total de óbitos por homicídios (2.814 para 2.319 óbitos) e em agressões foi de 29,5 % (2.654 para 1.872). Contudo, nos registros no SIM de óbitos tendo como causa básica o disparo por arma de fogo com intenção indeterminada (CID Y22 a Y24) aumentou em 219,0% (58 para 185), e Intervenção legal violência policial obteve um acréscimo de 166,7% (96 para 256) no mesmo período (Figura 24).

Figura 24 - Frequência de óbitos por homicídios, segundo grupos de causa Cid-10. Paraná 2017-2021¹



Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP - e SESA/DAV/CPRO/DVPAZ Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) atualizado em 15/09/2022. Nota¹: 2021 – dados preliminares, sujeitos a alterações.

A categoria “Mortes Violentas por Causa Indeterminada” (MVCI) - CID Y10-Y34 é utilizada para os casos de mortes violentas por causas externas e nas situações que não foi possível estabelecer a causa básica do óbito, ou a motivação, como sendo resultante de uma lesão autoprovocada (suicídio), de um acidente (inclusive de trânsito), ou de uma agressão por terceiros ou por intervenção legal (homicídios). Estima-se que 73,9% do total de MVCI correspondem, na verdade, a homicídios não classificados como tais⁴⁸, o que sinaliza a necessidade da qualificação e categorização da informação pelos órgãos responsáveis.

Em 2019 os homicídios foram a primeira causa de morte entre 15-39 anos (1.554 óbitos), predominando em jovens de 20-29 anos (653 óbitos) conforme apresentado na Tabela 8. Em 2021, apesar da pandemia, os homicídios foram a primeira causa de morte entre jovens de 15-29 anos: 15-19 anos (222 óbitos) e 20-29



(770 óbitos). Ao comparar 2019 com 2021, observou-se incremento de 3,2% (15-19anos) e 16,1% (20-29 anos) e 13,2% (15-29 anos) no número de casos.

Tabela 9- Número de óbitos por homicídios segundo raça-cor, Paraná - 2017 a 2021¹

Faixa Etária	2017	2018	2019	2020	2021
< 01a	4	3	2	1	0
01-04a	2	4	5	3	2
05-09a	6	2	6	5	1
10-14a	17	13	12	15	6
15-19a	368	305	222	249	229
20-29a	1.020	878	770	874	894
30-39a	668	622	562	634	602
40-49a	360	349	293	337	305
50-59a	201	177	172	174	162
60-69a	84	76	67	77	64
70-79a	43	36	29	32	27
80 e+	18	13	8	10	12
Total	2.791	2.478	2.148	2.411	2.304

Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP e SESA/DAV/CPRO/DVPAZ Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) atualizado em 15/09/2022. Nota: ¹2021 – dados preliminares, sujeitos a alterações.

Em relação à mortalidade por homicídio, segundo raça-cor entre 2017-2021, houve aumento dos óbitos na raça-cor negra (preta + parda). Em 2017 o percentual era de 24,6%, evoluindo para 39,2% em 2021. Porém, houve redução dos índices na cor branca de 73,8% para 59,6% no mesmo período (Tabela 9). Em 2021 a razão de óbitos por homicídio em negros foi 2,6 vezes maior a outras etnias que não a negra.

Tabela 10 - Proporção de óbitos por homicídios segundo raça-cor, Paraná - 2017 A 2021¹

Raça/ Cor	2017	2018	2019	2020	2021
Branca	73,8	71,1	70,2	66,8	59,6
Preta	3,5	3,8	3,4	4,4	3,7
Amarela	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1
Parda	21,1	23,7	25,1	27,7	35,5
Indígena	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2
Não informado	1,3	1,0	0,9	0,9	0,8
Total	100	100	100	100	100

Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP e SESA/DAV/CPRO/DVPAZ Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) atualizado em 15/09/2022. Nota¹: 2021 – dados preliminares, sujeitos a alterações.

Os resultados apontam a vulnerabilidade a que este grupo está exposto, bem como a necessidade de ampliação de estratégias e políticas de saúde pública com



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

potencial de impactar nos determinantes e condicionantes sociais de saúde, qualidade de acesso aos serviços de saúde e na identificação das doenças e agravos predominantes nos diferentes grupos que compõem a sociedade brasileira.

“(…) é fundamental pensar nas interseccionalidades. Assim, há indivíduos que em função da sobreposição de marcadores, como classe social, cor da pele, religião, deficiências, gênero e orientação sexual, são mais vulneráveis à vitimização por violência. São inúmeros os trabalhos que apontam os jovens negros e pobres como as principais vítimas da violência letal no Brasil”⁴⁴

Quanto à escolaridade dos registros no SIM, observou-se que em 2017 (56,1%) e em 2021 (43,8%), possuíam menos que oito anos de estudo. Apesar de ainda ser considerado elevado, houve diminuição da baixa escolaridade no período. Porém, ao cruzarmos as variáveis raça-cor e escolaridade do ano de 2021 observa-se a desigualdade: brancos (53,2%) e amarelos (66,7%), pardos e negros (47,6%), possuíam mais que oito anos de estudo concluídos. (dados não apresentados em tabela).

Em relação das ocupações das seis mais frequentes: representante comercial autônomo (11%), pedreiros (8,5%), estudantes (5,3%), empregados domésticos (5,3%), servente de obras (4,7%) e desempregados (4,1%) podendo haver diferenças regionais. Contudo, 7,4% das declarações de óbito de homicídios estavam com o campo “ocupação” ignorado ou não informado (dados não apresentados em tabela).

Ressalta-se que a taxa de mortalidade por homicídios permanece elevada no Paraná, afeta principalmente os jovens do sexo masculino, e revela a necessidade de implementação e manutenção de políticas efetivas a favor da juventude, com foco na transversalidade, intersetorialidade primando pela promoção da saúde, promoção da cultura de paz e prevenção das violências. Há evidências de que o aumento de oportunidades no mercado de trabalho para jovens, bem como a manutenção destes indivíduos na escola são instrumentos eficazes para diminuir a criminalidade violenta, ajudando a reforçar o fator demográfico⁴⁸.

Intervir sobre as causas que levam ao homicídio requer estimular, construir e preservar políticas públicas integradas, parcerias, acordos, espaços e conversas entre os entes da Federação (municípios, estados e a União) nas áreas da saúde, segurança pública, educação, assistência social, esporte, cultura, trabalho e emprego. A intervenção demanda a aproximação do estado, da comunidade e da família, entre outros⁴⁹.

Os dados apontam a necessidade de qualificação dos óbitos com arma de fogo de intenção indeterminada com ações integradas junto ao Instituto Médico Legal e



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

outros parceiros a fim de evitar análises distorcidas, na medida em que estes eventos podem indicar subnotificação de homicídios. Assim como o investimento em capacitações para a melhoria de preenchimento de campos da Declaração de Óbito.

2.4.3 Suicídios

A autolesão sem intenção suicida e suicídio são fenômenos complexos e multideterminados, é um evento multicausal que engloba os determinantes e condicionantes sociais de saúde, e está nas principais causas de óbito no planeta. Estima-se que, anualmente, no mundo, morrem mais de 700 mil pessoas por suicídio, em 2019 segundo a OMS. O fenômeno pode acometer qualquer pessoa de distintas culturas, etnias, sexo, classe social, outros^{41,50,51}. Aqui se utilizará a categorização do suicídio usada pela OMS como “ato humano de tirar a própria vida”⁵³.

No mundo, os suicídios representam 50% de todas as mortes violentas entre os homens e 71% entre as mulheres. As taxas globais são maiores entre idosos acima de 70 anos; e é a segunda causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos em alguns países⁵³. Reduzir o número de mortes por suicídio no mundo é um imperativo mundial, e a OMS definiu objetivos globais a esse respeito. A redução da taxa mundial de mortalidade por suicídio para o ano de 2030 é um indicador, sendo o único relativo à saúde mental, nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável do Milênio⁵⁴.

Nesse contexto, apresentamos os principais indicadores de mortalidade por suicídio nos últimos cinco anos no estado, sendo considerados os óbitos classificados com os códigos X60 a X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) e Y87.0 (sequelas de lesões autoprovocadas) da CID-10.

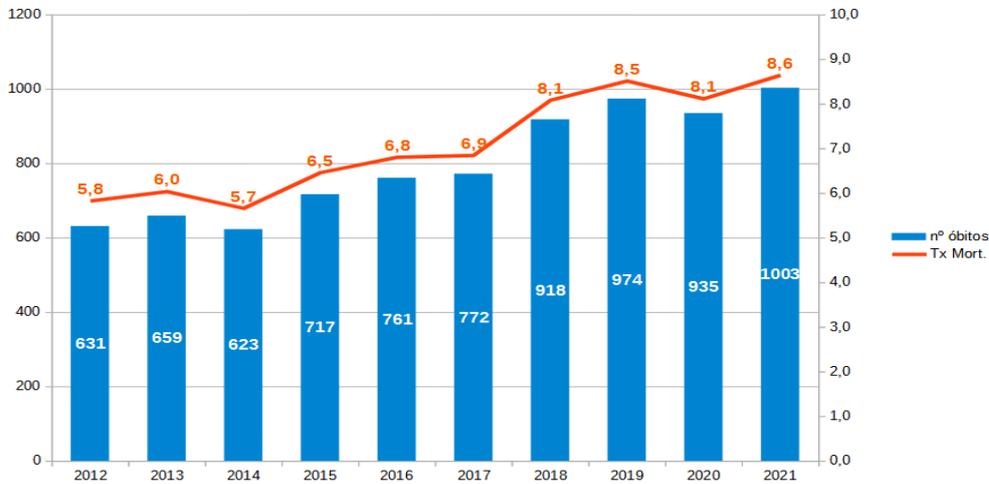
Entre 2012 a 2021, ocorreram 7.993 óbitos por suicídio no Paraná. Houve também uma elevação significativa (48,33%) na taxa de mortalidade por esta causa: de 5,8/100 mil habitantes, em 2012, para 8,6/100 mil habitantes, em 2021 (Figura 25).



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

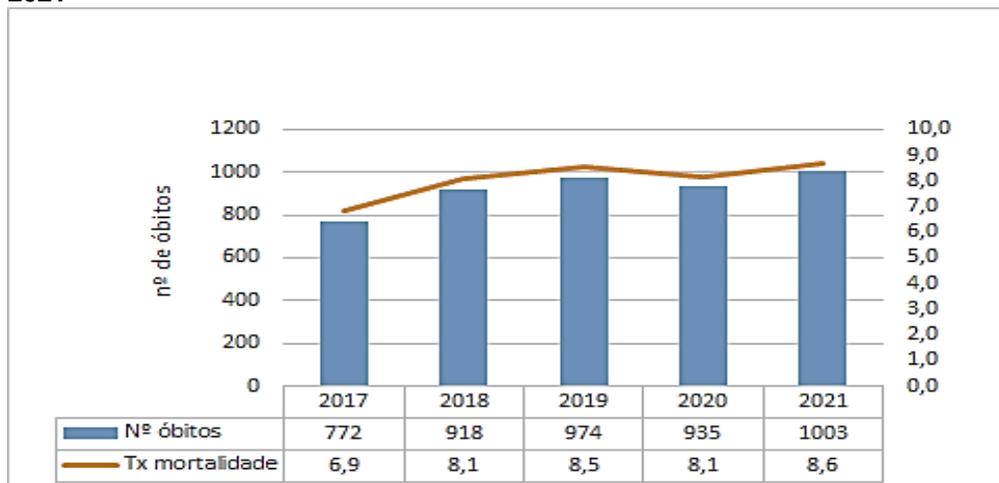
Figura 25 - Taxa bruta de mortalidade por suicídios por 100 mil hab. Paraná. 2012 a 2021¹



Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) atualizado em 15/09/2022. População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae.

Entre 2017 a 2021, ocorreram 4.602 óbitos por suicídio no Paraná. Houve também uma elevação significativa (26,2%) na taxa de mortalidade: de 6,9/100 mil hab., em 2017, para 8,6/100 mil hab., em 2021 (Figura 26).

Figura 26 - Taxa bruta de mortalidade por suicídios por 100 mil hab. Paraná - 2017 a 2021¹



Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) atualizado em 15/09/2022. População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae.



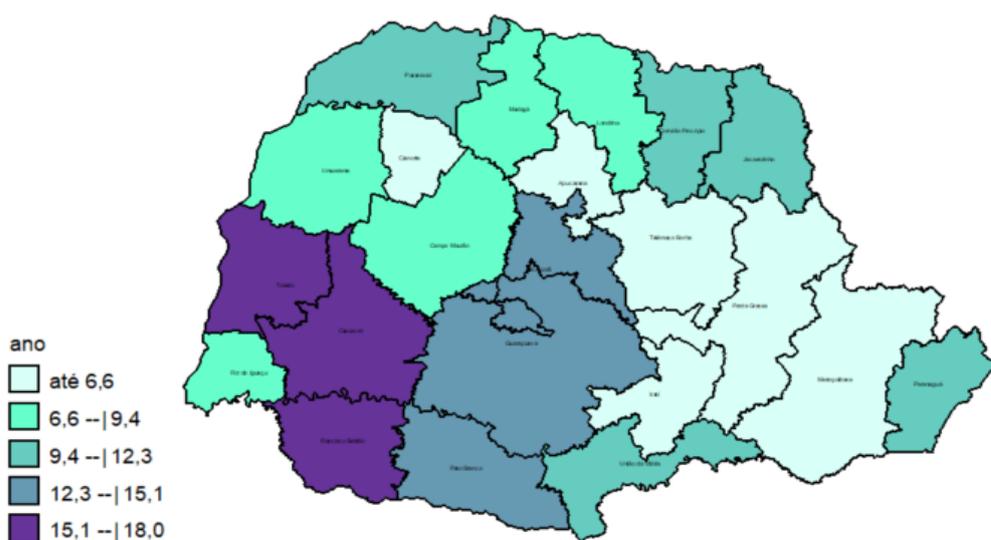
Em 2021, as regiões de saúde com maior taxa (óbito/100 mil habitantes) de mortalidade por suicídio no estado foram: 20ª RS Toledo (18,0), 8ª RS Francisco Beltrão (16,3), 10ªRS Cascavel (16,3) e 22ªRS Ivaiporã (15,1), sendo que a 20ª e a 8ª obtiveram os mesmos índices de óbitos neste ano (Figura 27).

Os dados indicam a existência de uma prevalência maior nas regiões do estado com predomínio de atividades laborativas rurais. Não poderemos prever com certeza, contudo, estes números podem estarem associados ao uso e a exposição de agrotóxicos e/ou derivados. A literatura cita que a exposição prolongada a produtos agrotóxicos e seus derivados (defensivo agrícola, pesticida, praguicida, inseticida, fungicida, herbicida, outros) pode ocasionar quadros depressivos desencadeados por mecanismos neurológicos e/ou endócrinos⁵⁵.

A depender da região, outras ocupações, como estudante, representante comercial autônomo, pedreiros, entre outros, prevalecem. Isso denota também a necessidade de qualificação do preenchimento deste campo na declaração de óbito.

Portanto, entender a dinâmica existente em cada região, tem papel importante na detecção de situações e aspectos de riscos, que antecedem o suicídio ao ato suicida. E possui potencial não apenas para explicar, mas também para colaborar no entendimento do fenômeno, e contribuir com o planejamento e a organização de ações de prevenção efetivas, no sentido de reduzir a mortalidade por suicídio⁵⁶.

Figura 27 - Taxa de mortalidade por suicídios por 100 mil hab., segundo Região de Saúde. Paraná, 2021¹



Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP e SESA/DAV/CPRO/DVPAZ - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) atualizado em 15/09/2022. População residente - Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae.

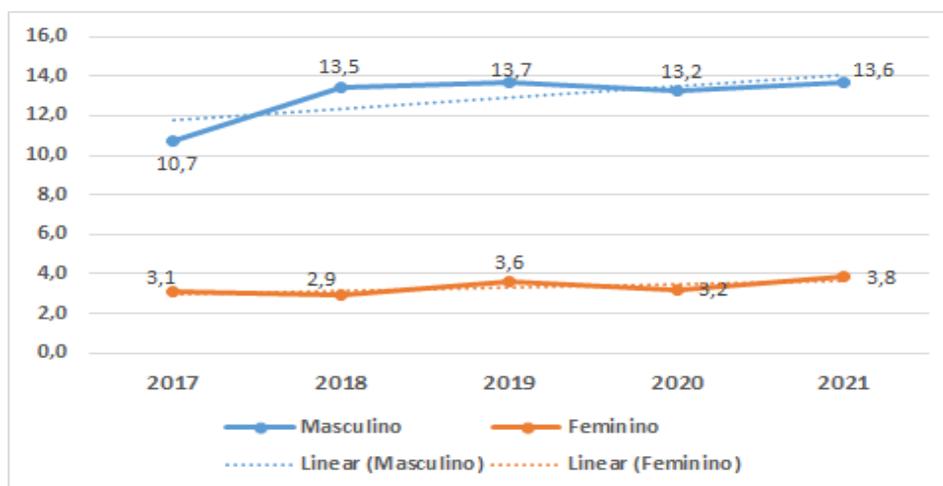


2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Quanto a tendência da taxa de mortalidade por suicídio (entre 2017 e 2021, segundo sexo), observou-se um acréscimo para ambos os sexos, (aumento de 27,3% para masculino e 23% para feminino) com sustentação da razão de taxas entre os sexos no período, em cerca de 4 vezes no sexo masculino (Figura 28).

Figura 28 - Taxa de mortalidade por suicídios por 100 mil hab. segundo sexo. Paraná - 2017 a 2021¹



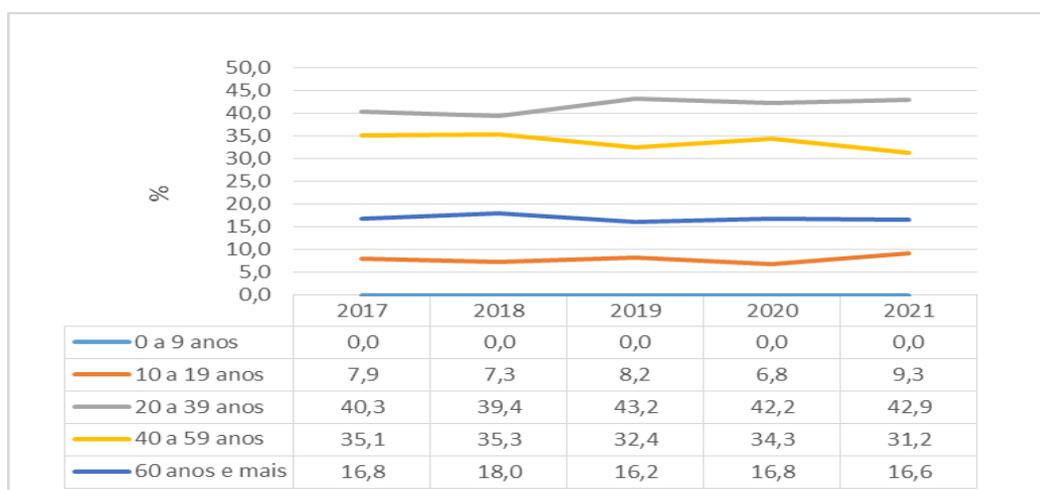
Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) atualizado em 15/09/2022. Nota 1: 2021 - dados preliminares, sujeitos a alterações.

A literatura cita que os homens possuem maior risco de morrer por suicídio do que as mulheres, o equivalente a 3,8; 2,9 vezes consecutivamente. A taxa de mortalidade por sexo segundo o boletim epidemiológico nacional, corrobora o “aumento das taxas para ambos os sexos, com a manutenção da razão de taxas entre os sexos”⁵⁷.

Quando estratificada a análise da proporção de óbitos por suicídios e faixa etária em 2021, o grupo etário de 20 a 39 anos (42,9%) e de 49 a 59 anos (31,2%) apresentam os maiores valores. Evidenciou-se no período 2017-2021, o acréscimo em todas as faixas etárias, com destaque entre 10 a 19 anos com um aumento de 52,5% e 38,7% na faixa etária de 20 a 39 anos (Figura 29). Importante pontuar que 2021 foi ano atípico e isso pode ser reflexo ocorrido pelo advento da Covid-19 com impactos sociais e econômicos.



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEISPARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE**Figura 29 - Proporção de óbitos por suicídios segundo faixa etária. Paraná, 2017 a 2021¹**

Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) atualizado em 15/09/2022. Nota 1: 2021- dados preliminares, sujeitos a alterações.

Cabe destacar a mortalidade por suicídio na faixa etária de 60 anos e mais, foi responsável por 16,6% do total de óbitos no ano de 2021 um índice significativo. Salienta-se que os homens idosos são os que mais falecem por suicídio de acordo com a literatura⁵³.

Quanto à raça/cor, os maiores percentuais de mortalidade por suicídio foram observados na cor branca (70,4%), seguida da cor negra (parda e preta), (27,5%) registrados no SIM em 2021 no estado. Observou-se no período um aumento da vulnerabilidade na raça-cor negra que em 2017 correspondia a 16,2% e no período da pandemia subiu para 27,5% e na cor indígena, aumentou de 0,3 em 2017 para 1,2% em 2021, sendo que a raça-cor branca reduziu de 80,0% para 70,4% no mesmo período (Tabela 11). A literatura corrobora com os achados referentes a população indígena sobre a existência de um percentual elevado de suicídio entre as populações indígenas⁵³.

Tabela 11 - Percentual de óbitos por suicídios segundo raça-cor, Paraná - 2017 a 2021¹

Raça/Cor	2017	2018	2019	2020	2021
Branca	82,0	80,3	78,4	73,5	70,4
Preta	2,6	2,1	3,6	2,5	2,8
Amarela	0,9	0,4	0,2	0,5	0,3
Parda	13,6	15,6	16,8	22,2	24,7
Indígena	0,3	0,8	0,2	0,4	1,2
Não informado	0,6	0,9	0,7	0,9	0,6

Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) atualizado em 15/09/2022. Nota 1: 2021 - dados preliminares, sujeitos a alterações.



Entretanto, essa é uma variável de difícil definição, ponderando que é autodeclarada, poderá gerar divergências quanto ao preenchimento do campo, e correspondem a uma frequência simples, não refletindo uma análise completa do contexto, sendo importante a realização de estudos mais aprofundados.

Quanto à escolaridade houve a prevalência de casos com 08 a 11 de estudo (43,5%), seguido por 04 a 07 anos (24,0%) em 2021 (Tabela 12), o que evidencia maior vulnerabilidade social em indivíduos com baixa escolaridade. Importante pontuar que houve um percentual de registros com campo não informado e ignorado (4,2%), que sugere a intensificação da qualificação das declarações de óbitos.

Tabela 12 - Proporção de óbitos por Suicídios segundo escolaridade (anos de estudo concluídos). UF resid PR, 2017 a 2021¹

Escolaridade	2017	2018	2019	2020	2021 ¹
Não Informada	0,5	1,1	0,6	0,4	0,7
Nenhuma	3,4	1,9	2,8	2,0	3,1
01 a 03	14,8	12,6	12,3	11,0	12,0
04 a 07	30,4	31,0	24,8	30,5	24,0
08 a 11	35,5	37,8	39,4	39,4	43,5
12 e+	12,2	13,2	14,5	12,7	13,3
Ign	3,2	2,4	5,5	4,0	3,5

Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) atualizado em 15/09/2022. Nota 1: 2021 - dados preliminares, sujeitos a alterações.

Para que ocorra redução no número de pessoas que cometem suicídio, é essencial a proposição de ações estratégicas com foco em sua prevenção, neste sentido a OPAS⁵⁴ elaborou um guia para apoiar os países na execução de intervenções eficazes baseadas em evidências, utilizando como ponto de partida o enfoque “Vivir la Vida” para prevenir o suicídio.

Contudo, prevenção do suicídio não pode ser abordada somente pelo setor saúde, tendo em vista sua complexidade e relevância. A sua prevenção incide em muitos âmbitos e em trabalho, para que a prevenção do suicídio seja eficaz, é essencial adotar um enfoque multissetorial⁵⁴. Estudos da área de saúde pública ressaltam a importância da atenção primária, do reforço dos laços familiares e comunitários e da ampliação do acesso aos serviços especializados de saúde mental para atendimentos das pessoas mais vulneráveis⁵³.

Apesar das limitações do estudo, existe a possibilidade de haver uma subnotificação de caso, haja vista que o suicídio, por vezes, não é reconhecido ou



2023 - 2030

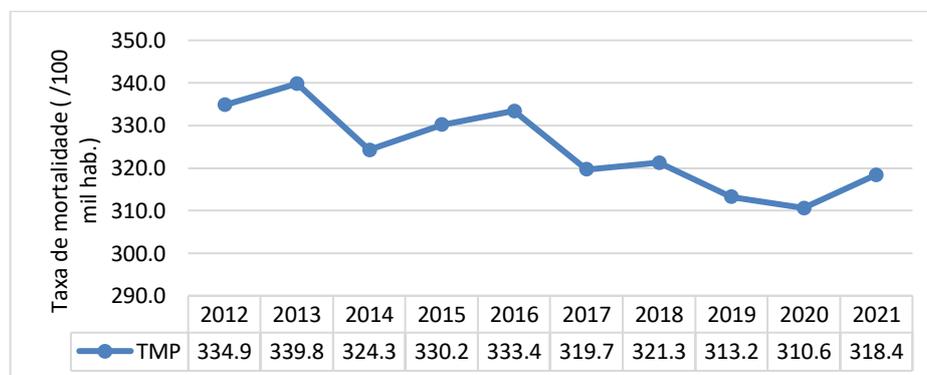
PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEISPARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

exposto, devido ao tabu sobre a problemática e por sua natureza sensível. Contudo, os resultados confirmam o aumento constante na taxa de mortalidade por suicídio no período estudado, com destaque para risco acentuado de óbito na população de jovens do sexo masculino. Os números relativos à mortalidade não podem demonstrar a magnitude do problema, além disso estão sujeitos à subnotificação e limitações do sistema de informação.

2.5 Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

As DCNT constituem-se, globalmente, nas principais causas de mortalidade. Em 2021, foram registrados 42.554 óbitos pelo conjunto das principais DCNT no Paraná, o que inclui as neoplasias, o diabetes, as doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas. Dentre estes, 40,6% (n=17.275) ocorreram prematuramente, ou seja, entre 30 e 69 anos de idade. Observa-se redução na taxa de mortalidade prematura de cerca de 2% ao ano, desde 2018, no entanto, em 2021, houve aumento de 2% nessa taxa, conforme Figura 30.

Figura 30 - Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis. Paraná 2012 a 2021¹



Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP e SESA/DAV/CPRO/DVPCT - Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Nota: ¹2021 dados preliminares, sujeitos a alterações. Foram considerados os óbitos pelo conjunto das principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) classificados com os códigos C00-C97, E10-E14, I00-I99, J30-J98 (exceto J36). Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária do indivíduo estava assinalada como "ignorada".

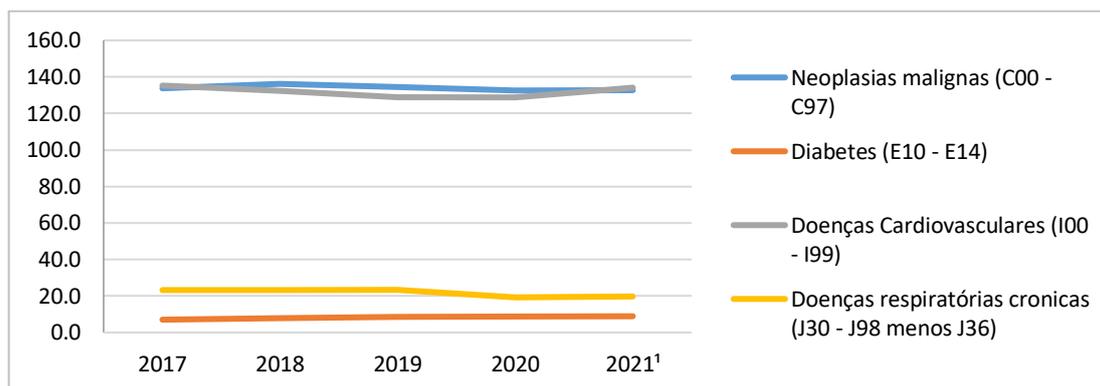
2.5.1 Mortalidade prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis

As neoplasias e doenças cardiovasculares são as principais causas de mortalidade prematura no Paraná. Nos anos de 2018 a 2020, as neoplasias foram a



primeira causa de óbitos na faixa etária de 30 a 69 anos, já em 2021 (dados preliminares), as doenças cardiovasculares ocupam a primeira posição, com uma taxa de mortalidade de 133,9 a cada 100.000 habitantes, contra 132,7 das neoplasias, conforme apresentado na Figura 31.

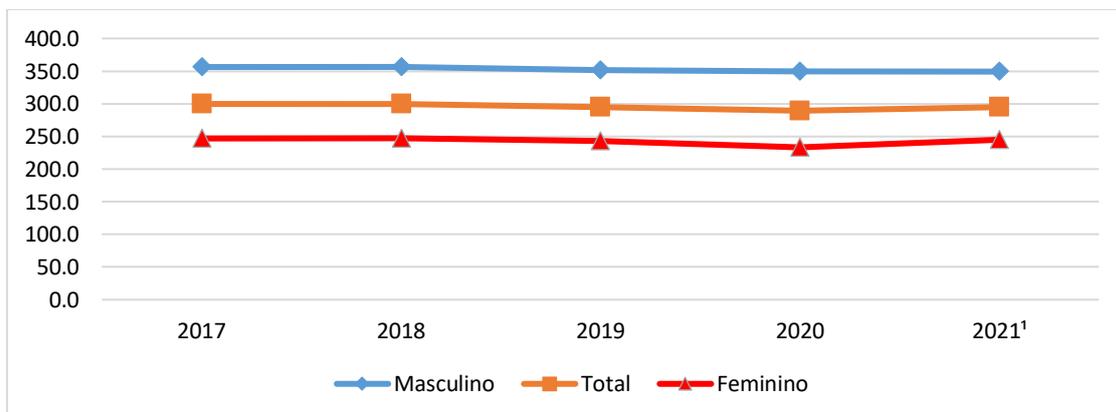
Figura 31 - Taxa de mortalidade prematura (30-69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis, segundo grupo de causa, Paraná 2017 a 2021¹



Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP e SESA/DAV/CPRO/DVPCT - Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Nota: ¹2021: dados preliminares, sujeitos a alterações. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos C00-C97, E10-E14, I00-I99, J30-J98 (exceto J36). Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária do indivíduo estava assinalada como "ignorada".

Ao analisar a taxa de mortalidade prematura por DCNT segundo sexo, observa-se que em todos os anos analisados, a mortalidade foi maior para o sexo masculino, conforme apresentado na Figura 32.

Figura 32 - Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis segundo sexo. Paraná 2017 a 2021¹



Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP e SESA/DAV/CPRO/DVPCT - Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Nota: ¹2021: dados preliminares, sujeitos a alterações. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos C00-C97, E10-E14, I00-I99, J30-J98(exceto J36). Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária do indivíduo estava assinalada como "ignorada"



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Fatores de risco modificáveis e preveníveis como tabagismo, uso nocivo do álcool, sedentarismo e alimentação não saudável, contribuem para a maioria das mortes e incapacidades por DCNT. Esses fatores, associados ao envelhecimento populacional progressivo, à urbanização, às mudanças no comportamento humano e falta da conscientização acerca dos efeitos prejudiciais dos fatores de risco impactam no crescimento da mortalidade por essas doenças⁵⁸.

2.5.2 Câncer

Câncer é um termo amplo que engloba um conjunto de mais de 100 doenças, as quais se caracterizam pelo crescimento desordenado de células, que podem invadir tecidos e órgãos próximos ou à distância⁵⁹. O câncer é considerado o principal problema de saúde pública no mundo, e na maioria dos países, está entre as quatro principais causas de morte antes dos 70 anos de idade⁶⁰.

Diversos fatores têm contribuído para o aumento da incidência e da mortalidade por essa doença, como crescimento e envelhecimento populacional, mudanças na prevalência e distribuição dos fatores de risco, em especial aos relacionados ao desenvolvimento socioeconômico⁶⁰.

Além do aumento dos casos dessa doença, observa-se uma transição nos principais tipos de câncer nos países em desenvolvimento. Verifica-se redução dos casos relacionados à infecções e aumento dos relacionados aos hábitos de urbanização, como sedentarismo e alimentação inadequada. Para o Estado do Paraná, estima-se que para cada ano do triênio 2023-2025 ocorram 36.900 novos casos de câncer, sendo 19.190 na população masculina e 17.710 casos na população feminina (exceto câncer de pele não melanoma). Nos homens, a maior incidência estimada é do câncer de próstata, seguido do câncer de cólon e reto e do câncer de traquéia, brônquios e pulmões. Já nas mulheres, as maiores incidências estimadas são do câncer de mama, seguido também do câncer de cólon e reto e do câncer de traquéia, brônquios e pulmões⁶⁰.

A taxa de mortalidade prematura por câncer vem apresentando redução nos últimos anos, com tendência à estabilidade, conforme demonstrado na Figura 33.

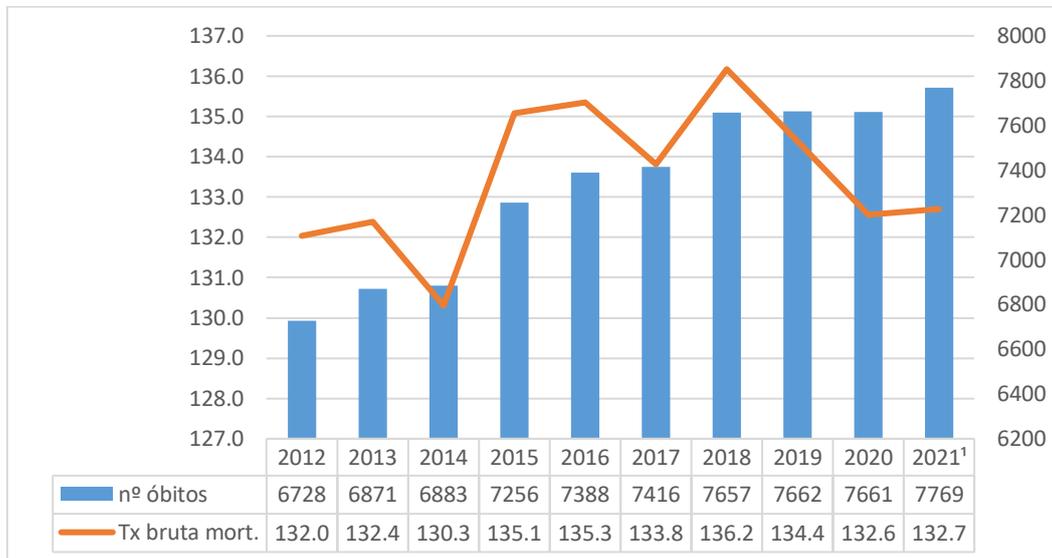


2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

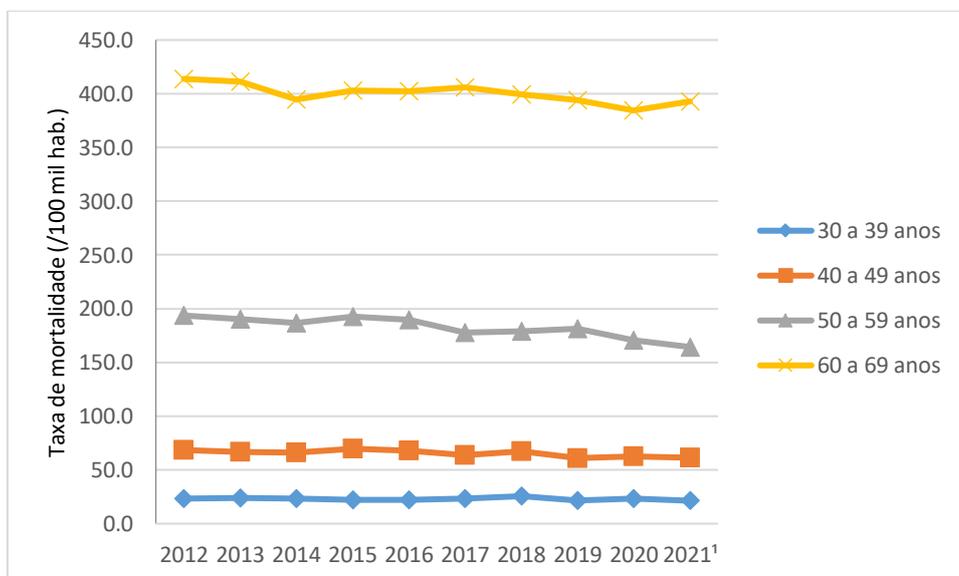
Figura 33 - Número de óbitos prematuros por câncer na população residente e taxa de mortalidade por 100 mil hab. Paraná, 2012-2021¹



Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP e SESA/DAV/CPRO/DVPCT - Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Nota: ¹2021: dados preliminares, sujeitos a alterações. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos C00-C97

A mais elevada taxa de mortalidade prematura por neoplasias encontra-se na faixa etária de 60 a 69 anos, conforme apresentado na Figura 34.

Figura 34 - Taxa de mortalidade prematura (30-69 anos) por câncer segundo faixa etária, Paraná, 2012 a 2021¹

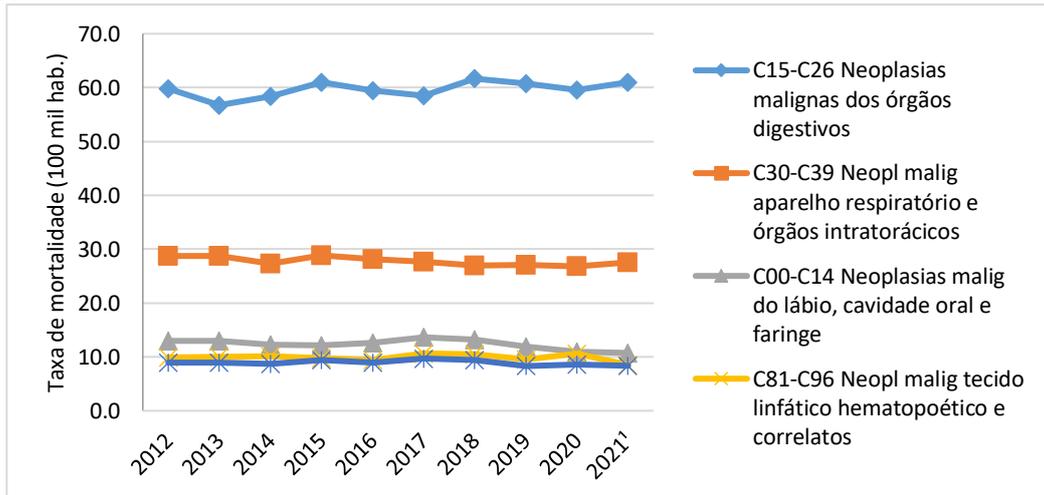


Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP e SESA/DAV/CPRO/DVPCT - Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Nota: ¹2021: dados preliminares, sujeitos a alterações. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos C00-C97.



Na população masculina, as neoplasias dos órgãos digestivos (CID C15-C26), foram a principal causa de mortalidade prematura por câncer. A segunda maior causa de mortes foram as neoplasias malignas do aparelho respiratório (CID C30-C39), conforme apresentado na Figura 35.

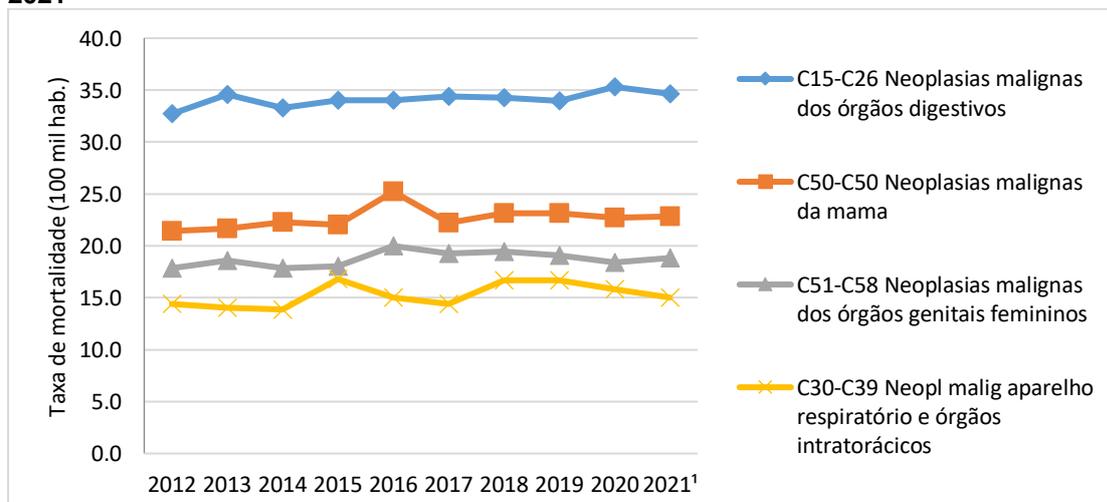
Figura 35 - Taxa de mortalidade prematura por câncer no sexo masculino. Paraná 2012 a 2021¹



Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP e SESA/DAV/CPRO/DVPCT - Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Nota: ¹2021: dados preliminares, sujeitos a alterações. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos C00-C97.

Entre as mulheres, as neoplasias malignas dos órgãos digestivos também foram a principal causa de óbitos, seguido pela neoplasia maligna da mama, conforme apresentado na Figura 36.

Figura 36 - Taxa de mortalidade prematura por câncer no sexo feminino. Paraná 2012 a 2021¹



Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP e SESA/DAV/CPRO/DVPCT - Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Nota: ¹2021: dados preliminares, sujeitos a alterações. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos C00-C97



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

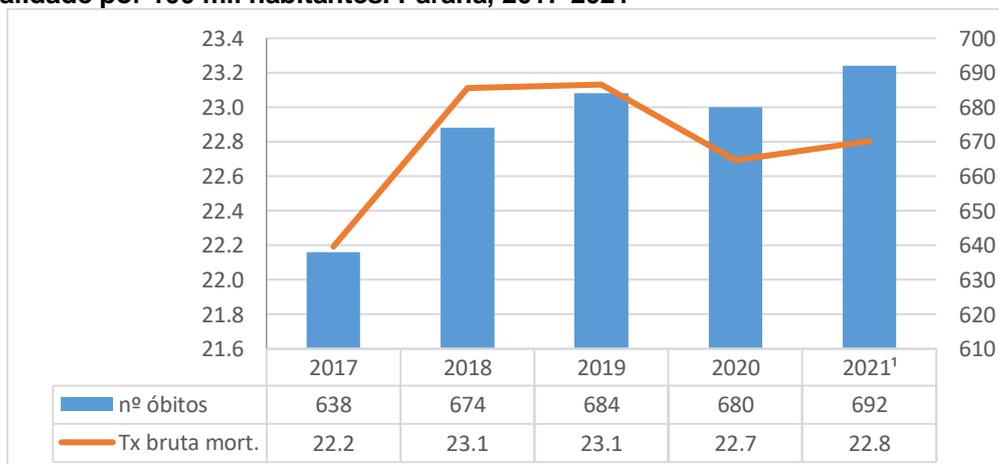
2.5.3 Câncer de mama

Na população feminina, o câncer de mama é o tipo de câncer mais frequente (excluindo câncer de pele não melanoma). Para o Estado do Paraná são estimados 3.650 novos casos de câncer de mama a cada ano do triênio 2023-2025⁶⁰.

O câncer de mama tem causas multifatoriais, sendo que determinados fatores ambientais (obesidade, sedentarismo, exposição frequente a radiação ionizante e consumo de bebidas alcoólicas), fatores hormonais e relacionados à história reprodutiva (menarca antes dos 12 anos, menopausa após os 55 anos, uso de contraceptivos hormonais, não ter tido filhos, ter feito reposição hormonal após a menopausa) e fatores genéticos e hereditários (alterações nos genes BRCA1 e BRCA2, histórico familiar de câncer de ovário, histórico familiar de câncer de mama em homens, ou casos de câncer de mama em mulheres, principalmente antes dos 50 anos), podem configurar-se como fatores de risco. Vale ressaltar que apenas 5% a 10% dos casos de câncer de mama são de caráter genético/hereditário⁶¹.

A mortalidade prematura por câncer de mama é aquela que ocorre dos 30 aos 69 anos de idade. No período de 2017-2021 ocorreram 3.368 óbitos por câncer de mama em mulheres nessa faixa etária. A taxa de mortalidade/100 mil habitantes foi de 22,2 em 2017 para 22,8 em 2021, aumento de 2,8%, conforme apresentado na Figura 37. A mais elevada taxa de mortalidade prematura em mulheres por câncer de mama está na faixa etária de 60 a 69 anos, conforme apresentado na Figura 38.

Figura 37 - Número de óbitos prematuros por câncer de mama em mulheres e taxa de mortalidade por 100 mil habitantes. Paraná, 2017-2021¹



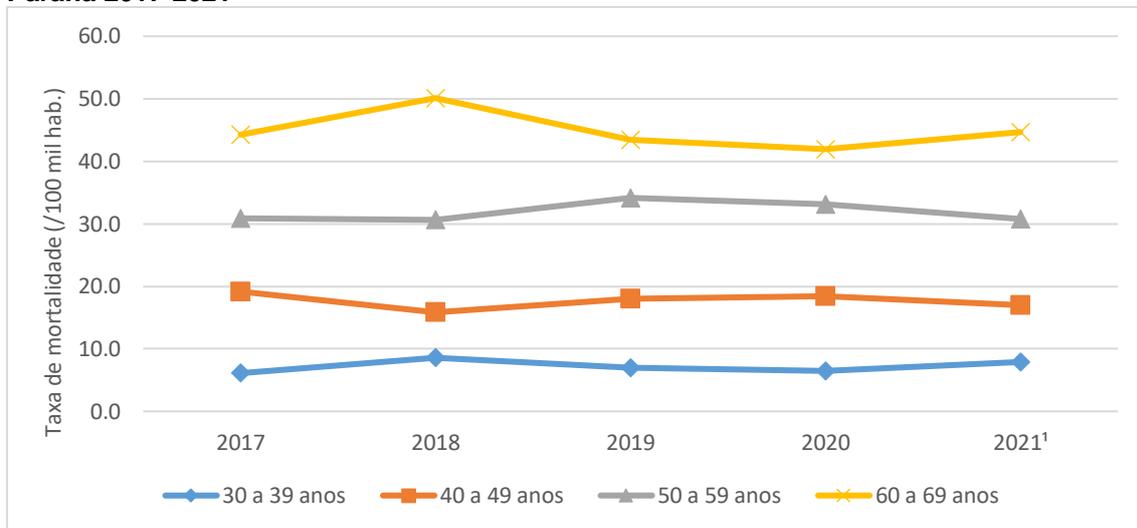
Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP e SESA/DAV/CPRO/DVPCT - Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Nota: ¹2021: dados preliminares, sujeitos a alterações. Considerados os óbitos com o código C50.



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEISPARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Figura 38 - Taxa de mortalidade prematura por câncer de mama segundo faixa etária. Paraná 2017-2021¹



Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP e SESA/DAV/CPRO/DVPCT - Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Nota: ¹2021: dados preliminares, sujeitos a alterações. Considerados os óbitos com o código C50.

O câncer de mama pode ser prevenido adotando hábitos de vida saudáveis em cerca de 30% dos casos. Dentre estes hábitos, estão a alimentação saudável, prática de atividades físicas, manutenção do peso corporal adequado e evitar o uso de reposição hormonal e anticoncepcionais⁶¹.

Quando detectado precocemente, o câncer de mama possui bom prognóstico, ou seja, as chances de sucesso no tratamento aumentam. A principal estratégia recomendada para o rastreamento deste câncer é a realização da mamografia de rastreamento. Caso a mulher já apresente algum sinal suspeito, é ofertada a mamografia diagnóstica, em qualquer idade. Seguindo as orientações da Organização Mundial da Saúde, o Ministério da Saúde recomenda que mulheres com idade entre 50 a 69 anos realizem a cada dois anos a mamografia de rastreamento, que é um exame realizado quando não há sinais ou sintomas suspeitos⁶¹.

2.5.4 Câncer do Colo do Útero

Na população feminina, o câncer do colo do útero é o quarto tipo de câncer mais frequente (excluindo câncer de pele não melanoma). Para o Estado do Paraná, são estimados 790 novos casos de câncer do colo do útero a cada ano do triênio 2023-2025⁶⁰.

É causado pela infecção persistente por alguns tipos de HPV (Papilomavírus Humano) – especialmente o HPV-16 e o HPV-18, que são muito comuns na população



e na maioria das vezes não causam a doença. No entanto, em algumas vezes o vírus causa alterações que podem evoluir para o câncer. Essas alterações podem ser facilmente identificadas no exame de preventivo, permitindo o tratamento e cura em quase todos os casos. Por isso é tão importante realizar este exame, dentro da periodicidade recomendada⁶².

Alguns fatores podem aumentar o risco de desenvolver o câncer do colo do útero, a saber: tabagismo, início precoce da atividade sexual, múltiplos parceiros sexuais e uso prolongado de pílulas anticoncepcionais⁶².

Para o Plano Estadual, será considerada a mortalidade prematura por câncer do colo do útero, de acordo com o Plano Nacional. É considerada morte prematura, aquela que ocorre dos 30 aos 69 anos de idade. No período de 2017-2021 ocorreram 1.284 óbitos por câncer do colo do útero nessa faixa etária. A taxa de mortalidade/100 mil habitantes foi de 8,4 em 2017 para 9,0 em 2021, aumento de 7%, conforme apresentado na Figura 39.

Figura 39 - Número de óbitos prematuros por câncer do colo do útero em mulheres e taxa de mortalidade por 100 mil hab. Paraná, 2017-2021¹

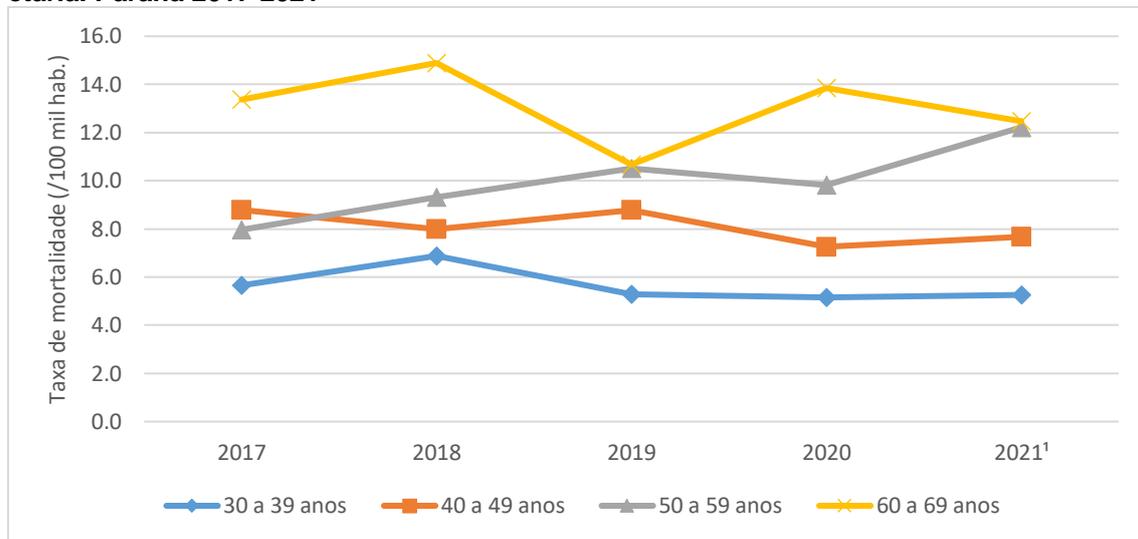


Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP e SESA/DAV/CPRO/DVPCT - Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Nota: ¹2021: dados preliminares, sujeitos a alterações. Foram considerados os óbitos classificados com o código C53

As taxas mais elevadas de mortalidade prematura em mulheres por câncer do colo do útero encontram-se após os 50 anos de idade, conforme apresentado na Figura 40.



Figura 40 - Taxa de mortalidade prematura por câncer do colo do útero segundo faixa etária. Paraná 2017-2021¹



Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP e SESA/DAV/CPRO/DVPCT - Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Nota: ¹2021: dados preliminares, sujeitos a alterações. Foram considerados os óbitos classificados com o código C53

Uma importante estratégia para a prevenção do câncer do colo do útero é a vacinação contra o HPV, que deve ser ofertada para meninos e meninas com idade entre 9 a 14 anos, além de homens e mulheres imunossuprimidos, de 9 a 45 anos, que vivem com HIV/AIDS, transplantados de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes oncológicos. A vacina previne contra a infecção pelo HPV, reduzindo o risco de desenvolver este tipo de câncer e está disponível gratuitamente no SUS, nas Unidades de Saúde. Como a transmissão do HPV ocorre por via sexual, o uso de preservativo (camisinha masculina ou feminina) durante a relação sexual também auxilia na prevenção do contágio do HPV⁶².

A detecção precoce do câncer do colo do útero é feita por meio da identificação de lesões pré cancerígenas (lesões causadas pelo HPV, que podem evoluir para um tumor maligno). A detecção dessas lesões na fase inicial permite chances de cura de até 100%. Essas lesões podem ser identificadas pelo exame preventivo (Papanicolau)⁶².

Mulheres (ou qualquer pessoa com colo do útero, incluindo homens transexuais e pessoas não binárias designadas mulher ao nascer) de 25 a 64 anos, que já iniciaram a atividade sexual devem realizar o exame preventivo. É importante salientar, que os dois primeiros exames devem ser feitos anualmente, e se os resultados estiverem normais, só é necessário fazer o exame a cada três anos.



2023 - 2030

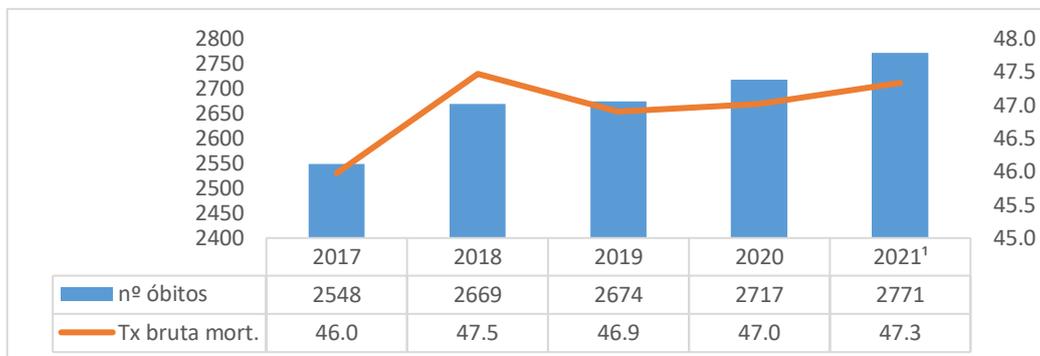
PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

2.5.5 Câncer do aparelho digestivo

O câncer do aparelho digestivo engloba os tumores que se desenvolvem no esôfago, estômago, intestino, cólon, reto, vesícula biliar, pâncreas, peritônio e aqueles do trato gastrointestinal de origem não especificada. As causas, fatores de risco e prevenção irão variar de acordo com a localização do tumor.

A seguir, apresentamos a mortalidade por câncer do aparelho digestivo no Paraná.

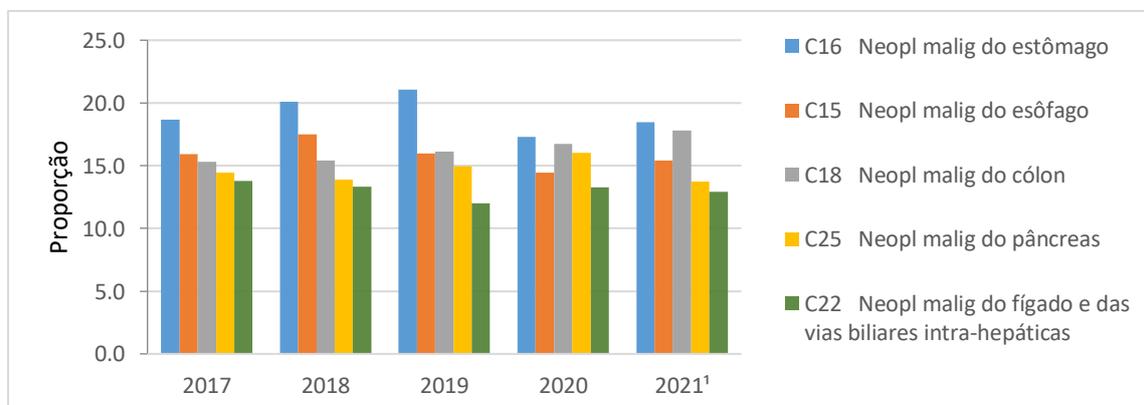
Figura 41 - Número de óbitos prematuros por câncer do aparelho digestivo e taxa de mortalidade por 100 mil hab. Paraná, 2017-2021¹



Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP e SESA/DAV/CPRO/DVPCT - Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Nota: ¹2021: dados preliminares, sujeitos a alterações. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos C15-C26.

Dentre as neoplasias do aparelho digestivo, as que mais causaram óbitos prematuros foram as neoplasias malignas do estômago, cólon e esôfago (Figura 42).

Figura 42 - Proporção de óbitos prematuros (30-69 anos) por câncer do aparelho digestivo. Paraná, 2017-2021¹



Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP e SESA/DAV/CPRO/DVPCT - Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Nota: ¹2021: dados preliminares, sujeitos a alterações. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos C15-C26.



2.5.6 Câncer relacionado ao trabalho

O câncer relacionado ao trabalho é definido pelo Ministério da Saúde como todo caso de câncer que tem entre seus elementos causais a exposição a fatores, agentes e situações de risco presentes no ambiente e processo de trabalho, mesmo após a cessação da exposição. A somatória desse agravo entre os anos de 2012 a 2021 foram 1.272 notificações no Estado do Paraná.

Entre as ocupações com maior número de notificações prevalece o trabalhador produtor agrícola polivalente com 326 (25,66%) casos, trabalhador agropecuário em geral com 221(17,37%) casos e pedreiro com 108 (8,49%) casos. Em relação ao diagnóstico da lesão, identificaram-se outras neoplasias malignas da pele com 125 (9,83%) casos, neoplasia maligna da próstata com 122 (9,59%) casos de neoplasia maligna do estômago com 82 (6,45%) casos. Ao analisar a faixa etária destes trabalhadores acometidos por essa doença, percebe-se que 50-64 anos prevalece com 526 (41,35%) casos, 65-79 anos com 450 (35,38%) casos e 35-49 anos com 169 (13,29%) casos.

Tabela 13 - Notificações de câncer relacionado ao trabalho, segundo as variáveis ocupação, diagnóstico da lesão e faixa etária. Paraná, 2012 a 2021¹

Ocupação	n= 1272	%
Produtor agrícola polivalente	326	25,63
Trabalhador agropecuário em geral	221	17,37
Pedreiro	108	8,49
Motorista de caminhão (rotas regionais e internacionais)	40	3,14
Aposentado/pensionista	36	2,83
Caseiro (agricultura)	34	2,67
Trabalhador volante da agricultura	33	2,59
Mecânico de manutenção de automóveis, motocicletas e veículos similares	32	2,52
Alimentador de linha de produção	22	1,73
Pintor a pincel e rolo (exceto obras e estruturas metálicas)	15	1,18
Diagnóstico da Lesão	n= 1272	%
Outras neoplasias malignas da pele	125	9,83
Neoplasia maligna da próstata	122	9,59
Neoplasia maligna do estômago	82	6,45
Neoplasia maligna da bexiga	72	5,66
Neoplasia maligna da mama	71	5,58
Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões	71	5,58
Neoplasia maligna do cólon	53	4,17
Neoplasia maligna do esôfago	45	3,54
Neoplasia maligna da laringe	36	2,83
Melanoma maligno da pele	32	2,52



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Faixa Etária	n= 1272	%
<1 Ano	0	0,00
1-4	0	0,00
5-9	0	0,00
10-14	0	0,00
15-19	0	0,00
20-34	31	2,44
35-49	169	13,29
50-64	526	41,35
65-79	450	35,38
80 e+	96	7,55

Fonte: SESA/DAV/CEST – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Nota: dados sujeitos a alterações conforme atualização e/ou qualificação do banco. Exportação realizada 27/10/2022.

2.5.7 Doenças cardiovasculares

Em se tratando das DCNT, as doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade, além de configurarem uma das principais razões de incapacidade e anos de vida perdidos⁶³.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. É uma DCNT definida por níveis pressóricos, em que os benefícios do tratamento (não medicamentoso e/ou medicamentoso) superam os riscos. Trata-se de uma condição multifatorial, que depende de fatores genéticos/epigenéticos, ambientais e sociais, caracterizada por elevação persistente da pressão arterial (PA), ou seja, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, medida com a técnica correta, em, pelo menos, duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva. Por se tratar de condição frequentemente assintomática, a HA costuma evoluir com alterações estruturais e/ou funcionais em órgãos-alvo, como coração, cérebro, rins e vasos. Ela é o principal fator de risco modificável com associação independente, linear e contínua para doenças cardiovasculares (DCV), doença renal crônica (DRC) e morte prematura. Associa-se a fatores de risco metabólico para as doenças dos sistemas cardiocirculatório e renal, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose, e diabetes melito (DM)⁶⁴.

As DCV constituem-se na principal causa global de morte, hospitalizações e atendimentos ambulatoriais, inclusive em países em desenvolvimento como é o caso do Brasil. Segundo dados completos e revisados do DATASUS referente à óbitos do



2023 - 2030

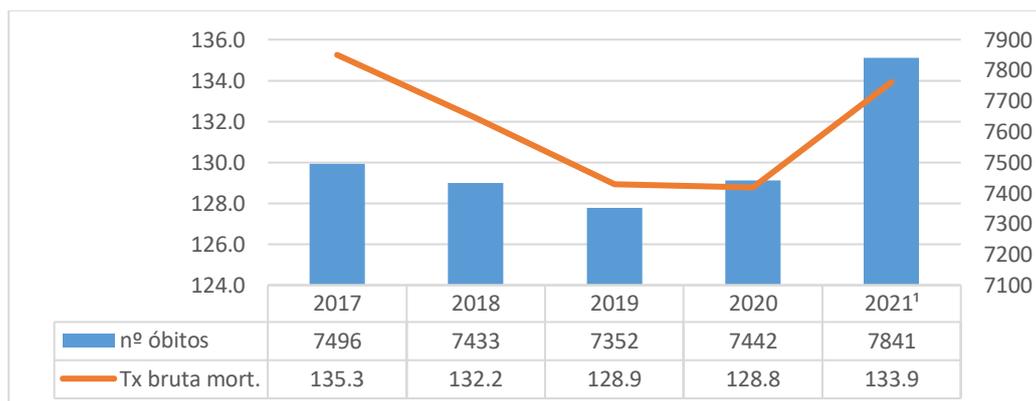
PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

ano de 2017, um percentual de 27,3% foi causado por DCV. A HAS estava associada em 45% destas mortes cardíacas, tanto doenças coronarianas quanto insuficiência cardíaca, e de 51% das mortes por doença cerebrovascular (DcbV). Ressalta-se que a HAS mata mais por suas lesões nos órgãos-alvo⁶⁴.

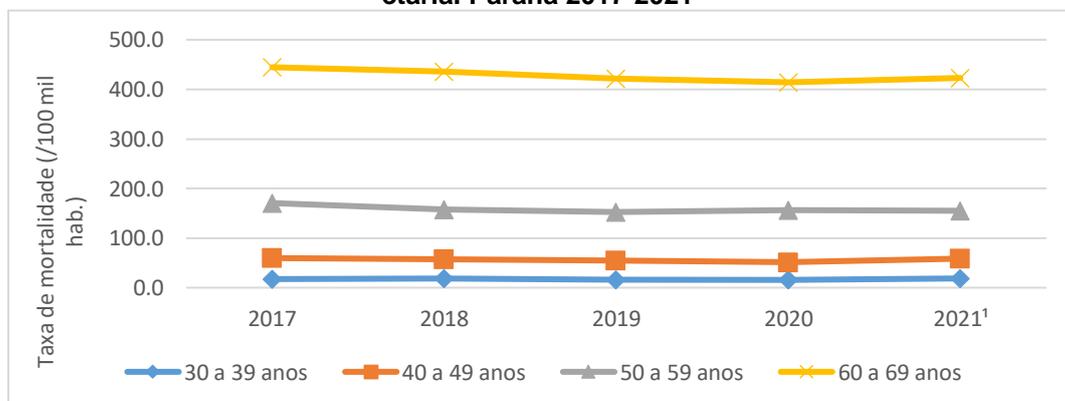
Dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 mostraram que a proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que referiram diagnóstico de hipertensão arterial no Brasil foi de 23,9% em 2019 (em 2013, 21,4%), o que corresponde a 38,1 milhões de pessoas. A análise por regiões demonstra que a maior proporção que referiram diagnóstico de hipertensão foi na região sudeste (25,9%), sendo que na região sul houve uma proporção de 24,5%⁶⁵. As taxas mais elevadas de mortalidade prematura por doenças cardiovasculares encontram-se após os 60 anos de idade (Figura 44).

Figura 43 - Número de óbitos prematuros por doenças cardiovasculares e taxa de mortalidade por 100 mil habitantes. Paraná, 2017-2021¹



Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP e SESA/DAV/CPRO/DVPCT - Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Nota: ¹2021: dados preliminares, sujeitos a alterações. Considerados os óbitos códigos I00-I99.

Figura 44 - Taxa de mortalidade prematura por doenças cardiovasculares segundo faixa etária. Paraná 2017-2021¹



Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP e SESA/DAV/CPRO/DVPCT - Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Nota: ¹2021: dados preliminares, sujeitos a alterações. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos I00-I99.



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

2.5.8 Diabetes Mellitus

O Diabetes Mellitus (DM) é um importante e crescente problema de saúde para todos os países, independentemente do seu grau de desenvolvimento⁶⁶. Em 2022, a Federação Internacional de Diabetes (*International Diabetes Federation* - IDF) estimou que cerca de 537 milhões de pessoas têm diabetes no mundo e em 2045 esse número chegará a 784 milhões. Entre os anos de 2019 e 2021, houve um acréscimo de 74 milhões de casos. Também destaca que mais de 80% dos adultos com a doença vivem em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil⁶⁷.

Em 2019, a Pesquisa Nacional de Saúde estimou que no Brasil 7,7% da população de 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de diabetes (em 2013 era 6,2%), o equivalente a um contingente de 12,3 milhões de pessoas. As Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste foram as que apresentaram as menores proporções deste indicador, alcançando 5,5% e 7,2% da sua população de 18 anos ou mais de idade, respectivamente. Considerando a situação do domicílio, na área urbana 7,9% da população de 18 anos ou mais de idade referiu diagnóstico médico de diabetes, enquanto na área rural a proporção foi de 6,3%. As mulheres (8,4%) apresentaram maior proporção de relato de diagnóstico de diabetes que os homens (6,9%)⁶⁵.

A PNS 2019 também investigou entre as pessoas que referiram diagnóstico médico de diabetes e que apresentaram complicações de saúde por causa do diabetes, qual foi o tipo de complicação apresentada, segundo o tempo de diagnóstico da doença. Tanto para aqueles que possuem diagnóstico de diabetes há menos de 10 anos, como para os que possuíam diagnóstico há 10 anos ou mais, as complicações mais frequentes foram: problemas na vista (29,3%), problemas nos rins (9,5%) e infarto ou Acidente vascular Cerebral (AVC) (7,2%)⁶⁵.

O aumento da prevalência do diabetes está associado a diversos aspectos como rápida urbanização, transição epidemiológica e nutricional, estilo de vida sedentário, excesso de peso, crescimento e envelhecimento populacional e, também, à maior sobrevida dos indivíduos com diabetes. Segundo a Organização Mundial da Saúde, estima-se que valores altos de glicemia é o terceiro fator, em importância, da causa de mortalidade prematura, atrás apenas da pressão arterial aumentada e do uso de tabaco. Ainda muitos governos e sistemas de saúde pública e também



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEISPARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

profissionais da área, não se conscientizaram da atual relevância dessa doença e de suas complicações⁶⁶.

Estima-se que aproximadamente metade das pessoas que têm diabetes desconhece o diagnóstico. O Diabetes chega a corresponder a 80% dos óbitos por doenças endócrinas e metabólicas, além da relevância das complicações para outros órgãos e as incapacitações como àquelas vinculadas às amputações de membros⁶⁸. As complicações do diabetes são categorizadas como distúrbios microvasculares e macrovasculares, que resultam em retinopatia, nefropatia, neuropatia, doença coronariana, doença cerebrovascular e doença arterial periférica⁶⁵.

A DCV é a principal causa de morte entre as pessoas com diabetes, sendo responsável por cerca de metade dos óbitos por diabetes na maioria dos países. O diabetes é responsável por 10,7% da mortalidade mundial por todas as causas, e isso é maior do que a soma dos óbitos causados por doenças infecciosas (1,1 milhão por HIV/AIDS, 1,8 milhão por tuberculose e 0,4 milhão por malária)⁶⁵.

O diabetes tem sido responsabilizado, também por contribuir para agravos, direta ou indiretamente, nos sistemas musculoesquelético e digestório, na função cognitiva e na saúde mental, além de estar relacionado a diversos tipos de câncer. Pouca atenção tem sido dispensada às tendências globais das complicações do diabetes e ao modo como as características da morbidade associada ao diabetes têm sofrido mudanças⁶⁵.

Figura 45 - Número de óbitos prematuros por diabetes mellitus e taxa de mortalidade por 100 mil hab. Paraná, 2017-2021¹



Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP e SESA/DAV/CPRO/DVPCT - Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Nota: ¹2021: dados preliminares, sujeitos a alterações. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos E10-E14.

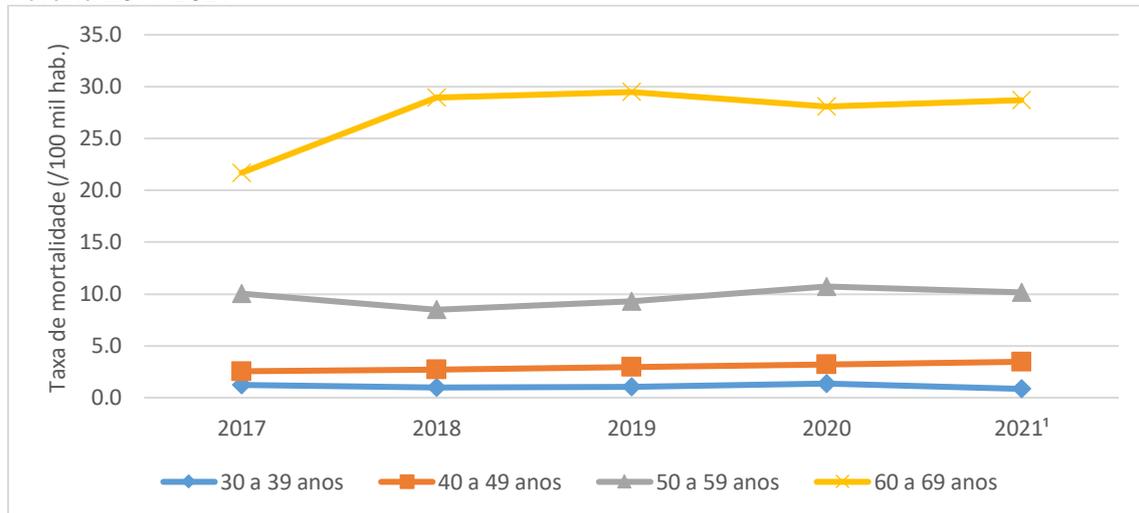


2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As taxas mais elevadas de mortalidade prematura por diabetes encontram-se após os 60 anos de idade, conforme apresentado na Figura 46.

Figura 46 - Taxa de mortalidade prematura por diabetes mellitus segundo faixa etária. Paraná 2017-2021¹



Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP e SESA/DAV/CPRO/DVPCT - Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Nota: ¹2021: dados preliminares, sujeitos a alterações. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos E10-E14.

2.5.9 Doenças Respiratórias Crônicas

As doenças respiratórias crônicas (DRC) compreendem doenças das vias aéreas e outras estruturas do pulmão, sendo as mais comuns a asma, a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e as doenças pulmonares ocupacionais. Esse grupo contribui para o aumento da carga global de doenças crônicas não transmissíveis. No mundo, a mortalidade por DRC aumentou 18% de 1990 a 2017, sendo a maioria dessas mortes atribuídas à DPOC⁶⁹.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), as doenças respiratórias crônicas tendem a ser resultado de uma combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais, atingindo cerca de 7% da mortalidade global e sendo responsável por 4,2 milhões de óbitos anuais⁷⁰.

Os fatores de risco para as doenças respiratórias crônicas já são conhecidos, como a exposição à fumaça de produtos derivados do tabaco, poluição ambiental, agentes ocupacionais, pneumonias, bronquiolite, tuberculose e outras⁷¹. A poluição do ar ambiente (outdoor) é um determinante de saúde, sendo considerado o principal fator de risco ambiental para a saúde humana¹.

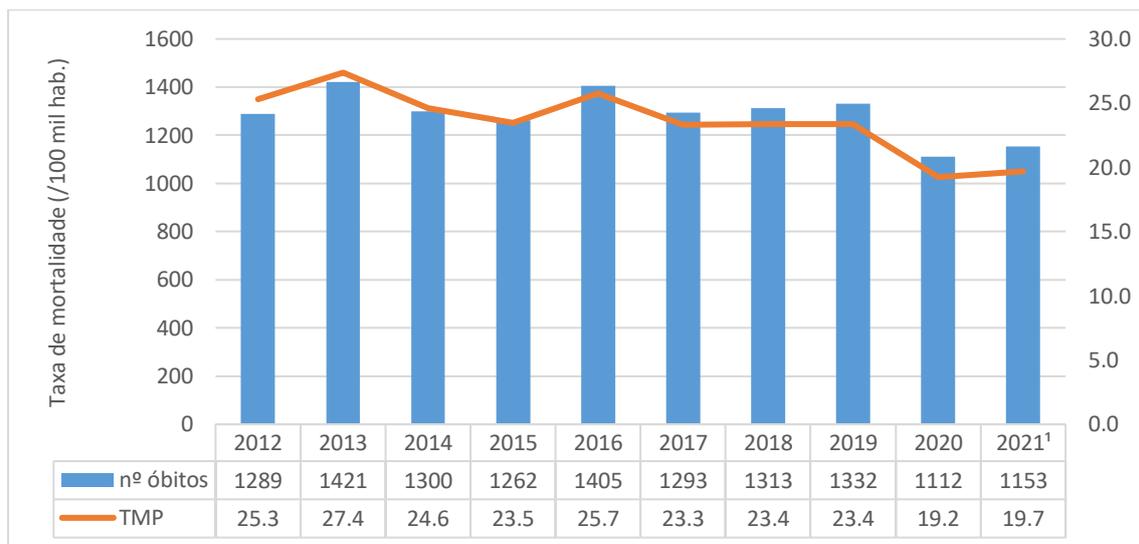


2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

No Paraná, a série histórica de 10 anos de mortalidade por doenças respiratórias crônicas demonstra uma redução na taxa de mortalidade prematura por essas doenças, reduzindo de 25,3 em 2012 para 19,7 em 2021 (dados preliminares), conforme apresenta a Figura 47.

Figura 47 - Número de óbitos prematuros por doenças respiratórias crônicas e taxa de mortalidade prematura por 100 mil hab. Paraná, 2012-2021¹



Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP e SESA/DAV/CPRO/DVPCT - Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Nota: ¹2021: dados preliminares, sujeitos a alterações. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos J30 - J98 (exceto J36).

2.5.10 Obesidade

O excesso de peso é caracterizado por sobrepeso e obesidade, sendo esta última considerada uma condição crônica multifatorial, recidivante, identificada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo. A obesidade está envolvida em diversas complicações e comorbidades que elevam a morbimortalidade e reduzem a qualidade e expectativa de vida⁷².

É decorrente, fundamentalmente, do desequilíbrio entre a ingesta calórica e o gasto energético, porém estes sofrem influência de fatores ambientais, econômicos, sociais, culturais, comportamentais e políticos, que extrapolam as escolhas unicamente individuais⁷².

Também podem estar associados à origem da obesidade o ambiente intrauterino, fatores genéticos, uso de medicamentos obesogênicos, sono insuficiente, disruptores endócrinos e microbiota intestinal⁷².



Diversas complicações metabólicas da obesidade aumentam o risco de desenvolvimento de outras DCNT, como diabetes mellitus tipo 2, doenças cardiovasculares, vários tipos de neoplasias, cirrose hepática, entre outras⁷².

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) é a principal ferramenta utilizada para a gestão das informações da vigilância alimentar e nutricional na Atenção Primária à Saúde e compila todos os dados de peso e altura das pessoas que frequentam as unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde, registrados nos sistemas de informação do SUS.

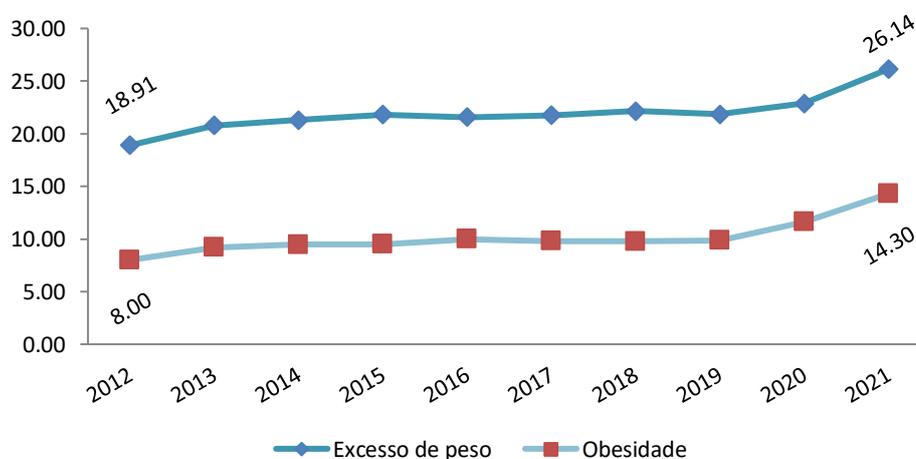
Segundo o Sisvan, no Brasil em 2021, o excesso de peso, que corresponde ao somatório entre sobrepeso e obesidade, foi identificado em 23,59% das crianças menores de 10 anos, 32,76% dos adolescentes e 67,49% dos adultos. A obesidade foi identificada em 12% das crianças, 13% dos adolescentes e 32,91% dos adultos.

No Estado do Paraná, 26,14% das crianças menores de 10 anos estavam com excesso de peso e 14,30% com obesidade. Entre os adolescentes, 40,17% estavam com excesso de peso e, destes, 18,81% com obesidade. E nos adultos paranaenses, 70,45% apresentaram excesso de peso e 36,74% obesidade.

Comparado ao ano de 2012, no Estado do Paraná houve um aumento de 38,23% no excesso de peso e 78,75% na obesidade entre crianças menores de 10 anos; 50,22% no excesso de peso e 131,65% na obesidade entre adolescentes e 24,84% no excesso de peso e 50,08% na obesidade entre adultos.

Nos gráficos a seguir são apresentadas as séries históricas de excesso de peso e obesidade por faixa etária, de acordo com os dados do Sisvan para o estado do Paraná de 2012 a 2021.

Figura 48 - Proporção de excesso de peso e obesidade em crianças menores de 10 anos avaliadas nas unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde. Paraná, 2012 a 2021



Fonte: SESA/DAV/CPRO/DVPAF – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan).
Data: 13/02/2023.

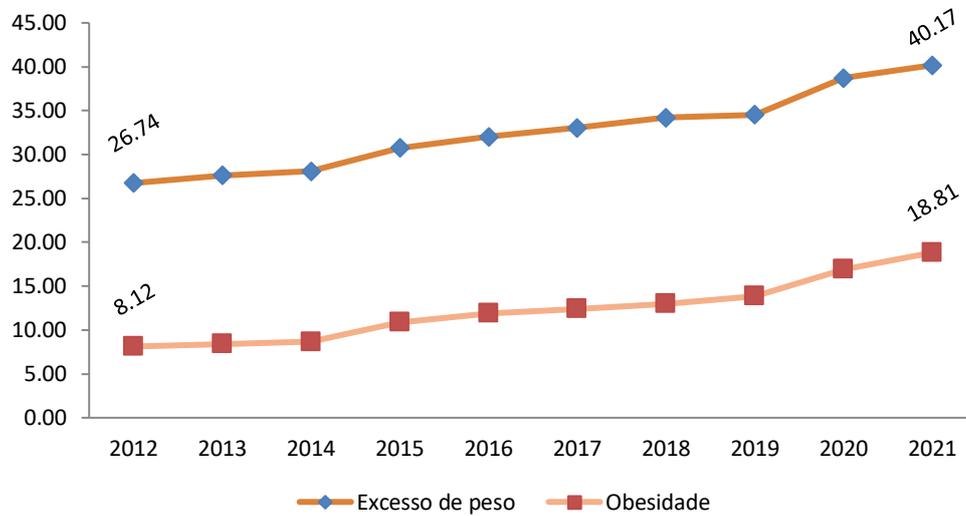


2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

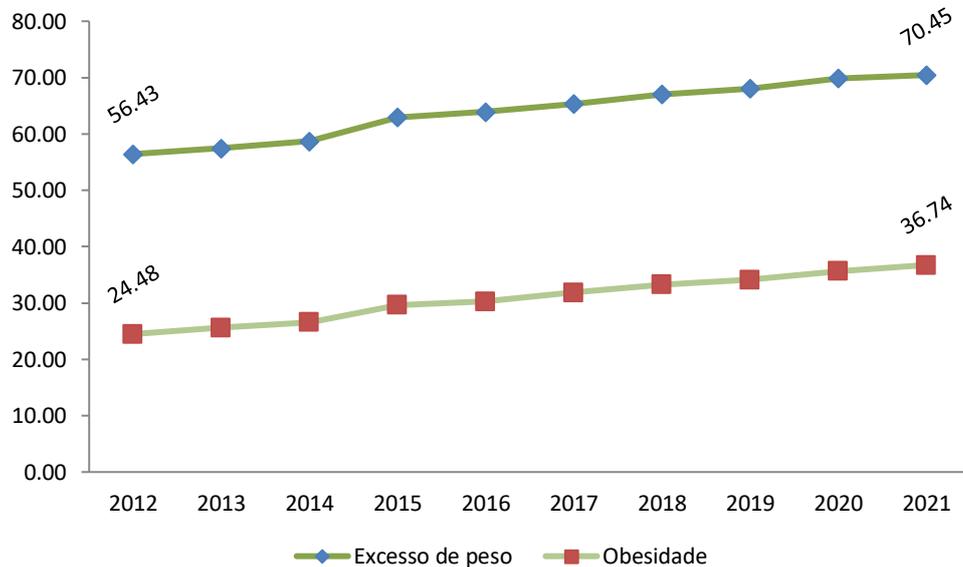
PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Figura 49 - Proporção de excesso de peso e obesidade em adolescentes avaliados nas unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde. Paraná, 2012 a 2021.



Fonte: SESA/DAV/CPRO/DVPAF – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan). Data: 13/02/2023.

Figura 50 - Proporção de excesso de peso e obesidade em adultos avaliados nas unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde. Paraná, 2012 a 2021.



Fonte: SESA/DAV/CPRO/DVPAF – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan). Data: 13/02/2023.



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

2.6 Fatores de Risco

2.6.1 Alimentação Inadequada

Os alimentos ultraprocessados, como biscoitos, balas e guloseimas, sopas prontas, macarrão e temperos instantâneos, salgadinhos de pacote, bebida láctea, refrescos e refrigerantes, embutidos, pães industrializados, entre outros, estão cada vez mais associados às DCNT. A fabricação desse tipo de produto envolve diversas etapas e técnicas de processamento, muitos ingredientes, incluindo sal, açúcar, óleos e gorduras e substâncias de uso exclusivamente industrial, como corantes, conservantes, estabilizantes, realçadores de sabor entre outros aditivos. E tendem a ser muito pobres em fibras, vitaminas, minerais e outras substâncias bioativas, sendo nutricionalmente desbalanceados⁷³.

O consumo de alimentos ultraprocessados favorece doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes, obesidade, além de aumentar o risco de deficiências nutricionais⁷³.

Esses alimentos, por serem hiperpalatáveis, tendem a ser consumidos em excesso e a substituir alimentos *in natura* ou minimamente processados. Sua composição e forma de produção, distribuição, comercialização e consumo afeta de modo desfavorável a saúde, cultura, vida social e meio ambiente⁷³.

Segundo dados do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), em 2019, 76,8% das crianças entre 6 a 23 meses de idade da Região Sul consumiram alimentos ultraprocessados (Brasil: 80,5%), 61,3% já haviam sido expostas ao açúcar (Brasil: 68,4%) e 24,7% consumiam bebidas adoçadas (Brasil: 24,5%)⁷⁴.

Entre os adolescentes paranaenses, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE), em 2019, 68,6% faziam suas refeições concomitante à outras atividades (Brasil: 72,0%); o consumo de doces em 5 ou mais dias nos sete dias anteriores à pesquisa foi relatado por 38,2% (Brasil: 32,8%); o consumo de algum alimento ultraprocessado no dia anterior à pesquisa foi relatado por 97,8% dos adolescentes (Brasil: 97,3%) e o não consumo de bebida ultraprocessada no dia anterior foi relatado por apenas 17,5% (Brasil: 22,3%)⁷⁵.

Nos paranaenses maiores de 18 anos, também em 2019, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, apenas 10,3% não consumiram alimento ultraprocessado no dia anterior à pesquisa (Brasil: 14,8%). O consumo regular de doces foi relatado por 16,5% (Brasil: 14,8%) e percepção de consumo elevado de sal



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

por 18,8% (Brasil: 12,7%). O consumo regular de refrigerantes foi relatado por 9,6% (Brasil: 9,2%), todavia, a pesquisa não analisou o consumo de outras bebidas ultraprocessadas⁷⁶.

Esses dados refletem a má qualidade da alimentação em todas as faixas etárias. Cabe destacar que o custo mais elevado dos alimentos minimamente processados diante dos ultraprocessados, a necessidade de fazer refeições em locais onde não são oferecidas opções saudáveis de alimentação e a exposição intensa à publicidade de alimentos não saudáveis dificultam a adoção de hábitos alimentares saudáveis⁷³.

2.6.2 Inatividade Física

A ocorrência de DCNT está associada, primordialmente, a aspectos ambientais e do estilo de vida, sendo a inatividade física um dos fatores modificáveis ligados ao surgimento de doenças e a maioria das mortes prematuras decorrentes do agravamento de DCNT¹.

O aumento da inatividade física e do tempo em comportamento sedentário da população contribui para o desequilíbrio entre a quantidade de calorias consumidas e gastas. O tempo em comportamento sedentário está fortemente relacionado à obesidade, à diabetes *mellitus* tipo 2, à síndrome metabólica e à mortalidade por todas as causas; bem como ao aumento da circunferência da cintura⁷⁷.

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, em 2019 o percentual da população do Paraná que permaneceu por 3h ou mais por dia em frente à televisão foi de 18,10% e o percentual da população do Paraná que permaneceu por 3h ou mais por dia no tempo livre fazendo uso de telas (computador, celular e tablets) foi de 21,40%.

Entre os adolescentes paranaenses de 13 a 17 anos, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), em 2019, 3,80% foram classificados como inativos (Brasil: 8,70%)⁷⁵.

Quanto ao percentual de escolares paranaenses de 13 a 17 anos classificados como inativos com base na atividade física acumulada nos sete dias anteriores à pesquisa, por sexo e dependência administrativa da escola, 2,00% dos homens são considerados inativos (Brasil: 4,90%) e 5,8% das mulheres são consideradas inativas (Brasil: 12,4%), sendo 3,3% inativos nas dependências de escolas públicas (Brasil:



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

8,7%) e 6,8% inativos nas dependências de escolas privadas (Brasil: 8,8%) (IBGE, 2021).

2.6.3 Tabagismo

O tabagismo é um grave problema de saúde pública, considerado doença epidêmica caracterizada pela dependência da nicotina, sendo fator causal para diversas outras doenças, como cardiovasculares, respiratórias e câncer. Está incluído na 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID10), no grupo de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas⁷⁸.

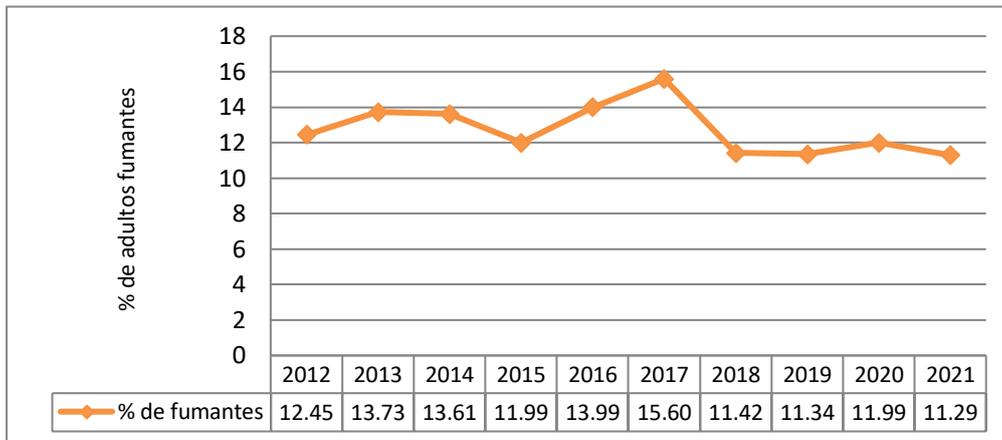
O tabagismo é atualmente a principal causa de morte evitável, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo considerada uma doença pediátrica, pois a maioria dos fumantes se torna dependente até os 19 anos de idade. O tabagismo atinge também as pessoas que não fumam, mas que convivem com fumantes, sobretudo as crianças que são as maiores vítimas. Além disso, fumar durante a gravidez traz sérios riscos para a saúde da mulher e do feto. Os malefícios também alcançam, de forma ampla e danosa, toda a sociedade e o meio ambiente⁷⁹.

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, 14,6% da população acima de 18 anos faz uso atual do tabaco (considera-se produtos derivados do tabaco que são fumados tais como charuto, cigarrilha, cachimbo, cigarros de cravo (ou de Bali) e narguilé (ou cachimbos d'água), ou produtos derivados do tabaco que não fazem fumaça como fumo para mascar ou rapé). Em 2013, esse percentual era de 17,8%, o que representa uma redução de 18% em seis anos. A PNS 2019 também aponta que o índice de cessação do tabaco entre pessoas de 18 anos ou mais, foi de 63,7%. A proporção de fumantes de tabaco que tentaram parar de fumar nos últimos 12 meses foi de 43,6% e a proporção de pessoas de 18 anos ou mais, fumantes de tabaco que tentaram parar de fumar e utilizaram aconselhamento de profissional de saúde nos últimos 12 meses foi de 24%⁶⁵.

Segundo dados da pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)⁸⁰, no ano de 2021, 11,3% da população da capital paranaense é tabagista. A Figura 51 apresenta a série histórica de prevalência de adultos fumantes na capital paranaense⁸¹.



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS**Figura 51 - Percentual de adultos fumantes na Capital Paranaense, 2006 a 2021¹**

Fonte: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), 2006 – 2021¹.

O reconhecimento de que a expansão do tabagismo é um problema global levou os estados membros das Nações Unidas a propor adoção do primeiro tratado internacional de saúde pública da história da humanidade, em 1999, durante a 52ª Assembleia Mundial da Saúde. Trata-se da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco que entrou em vigor em fevereiro de 2005 após ter completado 40 ratificações. A Convenção-Quadro foi assinada pelo Brasil e determina um conjunto de relevantes medidas para deter a expansão do consumo de tabaco. O Brasil teve uma participação de destaque durante todo o processo de negociação do Tratado e foi o segundo país a assiná-lo⁸².

O objetivo da Convenção-Quadro é “proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, proporcionando uma referência para as medidas de controle do tabaco, a serem implementadas pelas Partes nos níveis nacional, regional e internacional, a fim de reduzir de maneira contínua e substancial a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco”⁸³.

O Paraná conta com o Programa Estadual de Controle do Tabagismo (PECT), importante estratégia que visa reduzir a prevalência de fumantes e a morbimortalidade decorrente do consumo de produtos derivados do tabaco. As ações do PECT englobam capacitações, comunicação ativa, ações educativas junto à população, prevenção da iniciação do tabagismo, proteção acerca do tabagismo passivo, entre outras.



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

2.6.4 Uso problemático de Álcool

O álcool é uma substância psicoativa, que causa intoxicação, sendo tóxica para as células e tecidos de vários órgãos do corpo; é carcinogênica, teratogênica, imunossupressora, e seu uso repetido leva à tolerância e pode causar a dependência química. Sabe-se que o uso nocivo de álcool está associado a mais de 200 tipos de agravos, tanto doenças como lesões⁸⁴. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 traz como critério diagnóstico para o transtorno por uso de álcool “um padrão problemático de uso de álcool, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativos⁸⁵.”

O uso nocivo de bebidas alcoólicas é responsável por 7,2% da carga mundial de doenças para os homens e por 2,2% para as mulheres. O consumo do álcool causa cerca de 3 milhões de mortes anuais no mundo, e milhões de anos de vida perdidos por mortes prematuras e anos vividos com algum problema de saúde ou sequelas de lesões não fatais ou outras doenças crônicas. Entre as pessoas de 15 a 49 anos de idade, o álcool é responsável por 10% de todas as mortes no mundo, constituindo-se no fator de risco mais importante⁸³. Ainda, as relações causais mais recentes são aquelas entre o uso nocivo de álcool e a incidência de doenças infecciosas.

O consumo de qualquer tipo de bebida alcoólica pode trazer danos imediatos à saúde ou a médio e longo prazo. O uso abusivo de álcool é uma pauta intersetorial e um fator de risco que influencia para o aumento das DCNT e de acidentes e violências.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 sinaliza que o consumo de bebida alcoólica, é um dos fatores de risco para a população, sendo considerado um dos agravantes para as DCNT. Em 2019, 28,5% dos paranaenses com 18 anos ou mais costumavam consumir bebida alcoólica uma vez ou mais por semana. Com relação ao consumo abusivo de álcool 14,60% relatou consumir 5 doses ou mais de bebida alcoólica em uma única ocasião nos últimos 30 dias. Referente ao uso regular de álcool, entendendo consumo regular como pessoas que costumam consumir bebida alcoólica em 5 dias ou mais por semana, o percentual aferido foi de 3,20%. Outro importante tema abordado na PNS é relacionado ao consumo de bebida alcoólica e a direção, os dados da PNS apontam que para o Estado do Paraná, a proporção de indivíduos que dirigiram após o consumo de bebida alcoólica foi de 17,60%⁶⁵.



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

No campo da saúde, o uso problemático do álcool e outras substâncias é objeto de intervenção que se apresenta complexo, pois indica a necessidade de uma ação não apenas ampliada, mas para onde devem concorrer diferentes saberes e aportes teóricos e técnicos.

Para tentar reverter esse panorama, vários instrumentos e estratégias mundiais têm sido lançados para reduzir o consumo nocivo do álcool no mundo. Mais recentemente foi lançada, pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), em outubro de 2019, no Brasil, a iniciativa SAFER, para a adoção de medidas práticas para acelerar o progresso na saúde, combater as doenças crônicas não transmissíveis, abordar o uso prejudicial do álcool e alcançar metas de desenvolvimento. As estratégias são: reforçar as restrições à disponibilidade de álcool; avançar e impor medidas para direção sob efeito do álcool; Facilitar o acesso à triagem, intervenções breves e tratamento; aplicar proibições ou restrições abrangentes à publicidade, patrocínio e promoção de bebidas alcoólicas; aumentar os preços do álcool por meio de impostos e políticas de preços⁸⁶.

2.6.5 Vacinação contra HPV

O papilomavírus humano (HPV) é um vírus que infecta o epitélio escamoso e pode induzir a formação de uma grande variedade de lesões cutaneomucosas, principalmente nas regiões anogenital e orofaríngea, são conhecidas mais de 200 variações deste vírus. Diversas formas de contato sexual podem transmitir o vírus, inclusive o contato dos dedos com a região genital e a autoinoculação, sendo a Infecção Sexualmente Transmissível (IST) com maior taxa de transmissibilidade⁸⁷.

Do que se tem conhecimento vírus causam cerca de 20% dos cânceres humanos, e destes 50% são causados pelo vírus do HPV. São 14 tipos classificados como alto risco cancerígeno, e no que se refere aos cânceres do colo do útero e lesões pré-cancerosas, 70% são originários dos genótipos de HPV de alto risco 16 e 18⁸⁸.

Há citações em estudos epidemiológicos que cerca de 80% da população sexualmente ativa, entre em contato com o vírus em algum momento de sua vida. Além disso, não existe um tratamento específico contra o HPV e ainda que sejam tratáveis, as lesões provocadas pelo vírus podem evoluir para doenças graves e câncer. A infecção viral persistente com genótipos de HPV de alto risco causa praticamente todos os cânceres do colo do útero. A transmissão ocorre por via sexual



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

e pode acontecer mesmo com o uso de preservativo, pelo contato com áreas de pele não protegidas⁸⁹.

Há estimativas que cerca de 300 mil mulheres morrem com câncer cervical, por ano no mundo, sendo 80% em países de baixa e média renda. Já nas Américas, no ano de 2018, foram 34 mil óbitos pela mesma causa. No Brasil são aproximadamente 700 mil novas infecções por ano, com o vírus do HPV⁸⁸.

A vacina é um instrumento seguro e eficaz de proteção contra os cânceres associados ao HPV foi desenvolvida na Austrália, em 2006. No Brasil, é produzida pelo Instituto Butantan e protege contra o HPV, tipos 6 e 11 (baixo risco) e 16 e 18 (alto risco). A vacina promove uma resposta imunogênica mais efetiva se realizada antes do início da vida sexual⁹⁰.

A vacina contra o HPV, composta pelo Papilomavírus Humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) é ofertada pelo Sistema Único de Saúde através de esquema de rotina de 2 (duas) doses, com intervalo de 6 (seis) meses entre elas, para meninos e meninas de 9 a 14 anos de idade (14 anos, 11 meses e 29 dias).

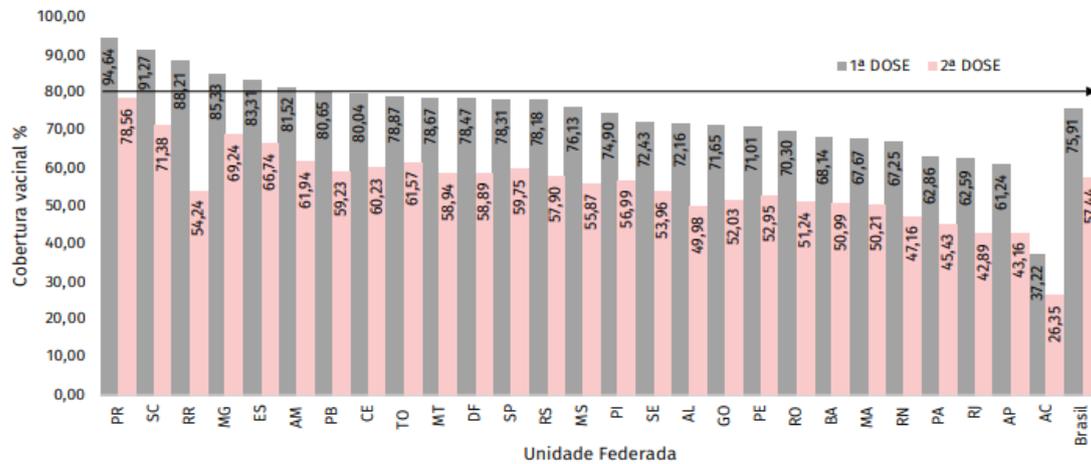
Na vacinação de Grupos Especiais do Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) a vacina é ofertada, após análise de indicação, em esquema de 3 (três) doses da vacina com intervalo de 2 (dois) meses entre a primeira e segunda dose e 6 (seis) meses entre a primeira e terceira dose (0, 2 e 6 meses). O público alvo são meninas e mulheres, meninos e homens, de 9 (nove) a 45 anos de idade, vivendo com HIV/Aids, transplantados de órgãos sólidos e de medula óssea e pacientes oncológicos. Neste caso há necessidade de prescrição médica⁹¹.

Importante destacar que a vacina contra o HPV é contraindicada durante a gestação. Caso a mulher engravide após a primeira dose da vacina HPV ou receba a vacina inadvertidamente durante a gravidez, deve-se suspender a dose subsequente e completar o esquema vacinal, preferencialmente em até 45 dias após o parto. Nestes casos nenhuma intervenção adicional é necessária, somente o acompanhamento do pré-natal.

Apesar de extremamente importante, a vacinação contra o HPV tem atingido índices insatisfatórios de cobertura vacinal (CV) no Brasil, sendo preconizada a meta de 80%. Porém, como demonstrado no Boletim Epidemiológico⁸⁹, as coberturas vacinais, para a primeira e a segunda dose, são de 75,91% e 57,44% na população feminina. Em todos os Estados as CV foram inferiores a meta preconizada.



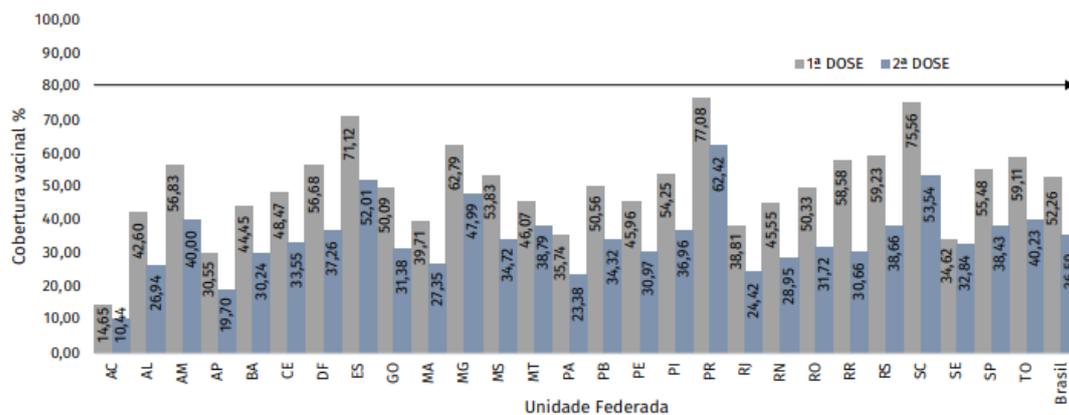
Figura 52 – Cobertura vacinal com a primeira e segunda dose (D1 e D2) da vacina HPV quadrivalente, em meninas, segundo a unidade federada. Brasil. 2022.



Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SIPNI 11/01/2023 (Boletim Epidemiológico, volume 54 , n.º 2 , 16 fev. 2023).

Em relação a população masculina, para a primeira e a segunda dose, as CV foram de 52,26% e 36,59%, respectivamente.

Figura 53 – Cobertura vacinal com a primeira e segunda dose (D1 e D2) da vacina HPV quadrivalente, em meninos, segundo a unidade federada. Brasil. 2022.



Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SIPNI 11/01/2023 (Boletim Epidemiológico, volume 54 , n.º 2 , 16 fev. 2023).

O estado do Paraná se destaca como unidade federada que mais vacinou para a 1ª dose em meninas, tendo a mais alta cobertura vacinal, mas não atinge a meta vacinal para 2ª dose neste público. Ao analisarmos os dados do Paraná, podemos verificar que as coberturas vacinais são menores na população de 09 a 11 anos de idade, momento este considerado ideal para a vacinação.

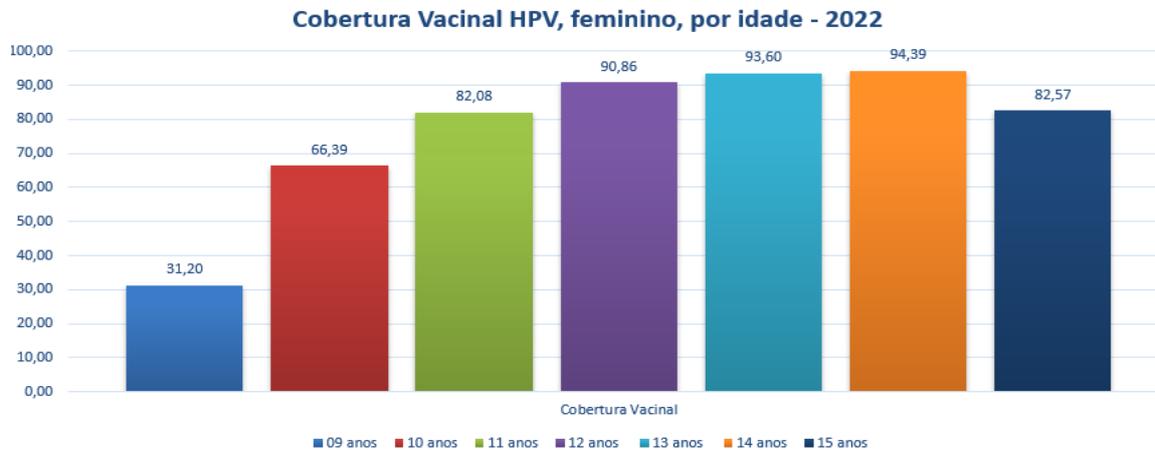


2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

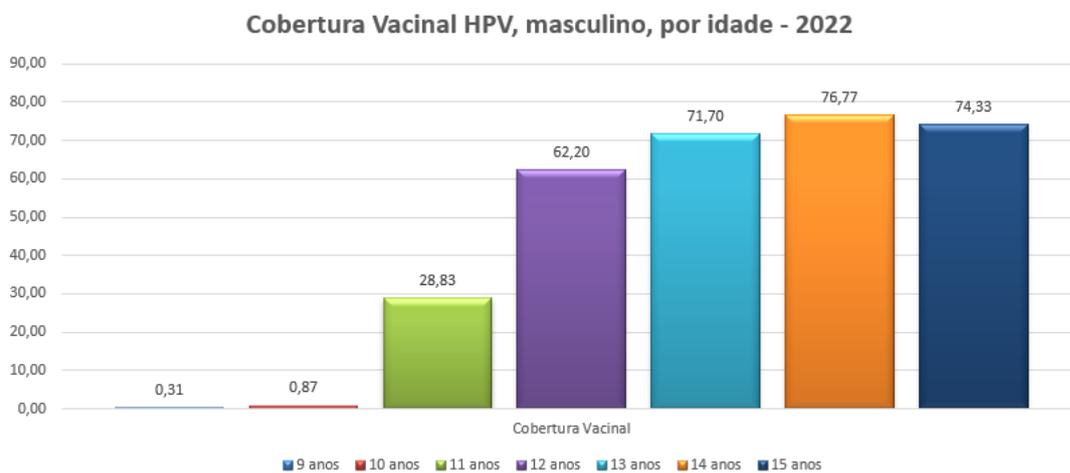
Figura 54 – Cobertura vacinal da vacina HPV quadrivalente, em meninas, no estado do Paraná, 2022.



Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SIPNI 02/05/2023.

No estado do Paraná há 109.277 meninas de 09 anos a 15 anos que não estão vacinadas com a 2ª dose, sendo que 52.120 possuem 9 anos de idade. A cobertura vacinal em meninas de 09 a 15 anos de idade é ainda mais alarmante, é de apenas 0,31% entre meninas de 9 anos de idade, considerando o ano de 2022.

Figura 55 – Cobertura vacinal da vacina HPV quadrivalente, em meninos, no estado do Paraná, 2022.



Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SIPNI 02/05/2023.

O estado do Paraná possui 175.748 meninos não vacinados contra o HPV no ano de 2022, sendo que o maior número de não vacinados corresponde a faixa etária de 09 a 11 anos de idade.

Conforme prevê o Programa Nacional de Imunização, a meta preconizada atualmente para o indicador de cobertura vacinal da vacina contra o HPV é de 80%.



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Isso significa que 80% da população de meninos e meninas na faixa etária de 9 a 14 anos de idade devem receber esta vacina.

A queda nas coberturas vacinais é multifatorial. O acesso às vacinas, hesitação vacinal, *fake news* (notícias falsas) e movimentos anti-vacinas tem contribuído para o descenso nos indicadores no Paraná.

Muito se tem discutido sobre a divulgação das *fake news* relacionadas à vacinação. No caso da vacina contra o HPV elas também acontecem e são notícias sensacionalistas e incorretas, que afetam negativamente a adesão da população à vacinação.

No caso da vacina contra o HPV uma estratégia contra as *fake news* e aumento de vacinação da população é o envolvimento entre a saúde e a escola pública e privada através da educação em saúde, com a realização de reuniões de esclarecimentos, palestras educativas aos pais e/ou responsáveis pelas crianças conscientizando sobre os benefícios da imunização contra o HPV .

A percepção positiva dos pais sobre a segurança e importância da vacina na redução do risco de incidência do câncer do colo do útero e vulva nas mulheres, câncer de pênis, anus e verrugas nos meninos e cânceres de boca, orofaringe e verrugas genitais em ambos os sexos contribui para adesão do público alvo a vacinação.

Um meio importante no combate as *fake news* é o monitoramento das notícias falsas nas redes sociais, mídia local, rádio, TV e internet utilizando de contrainformação positiva com linguagem clara e acessível.

É imprescindível manter a capacitação em vacinas para trabalhadores da saúde, assim como qualificar as práticas de atendimento ao adolescente, além de oferecer funcionamento das salas de vacinas em horários alternativos para a população. Por fim, considerando as barreiras de acesso aos serviços de saúde inerentes à população adolescente, é necessário que os serviços de saúde se organizem conforme a realidade de cada município, com estratégias de acordo com cada faixa etária a ser vacinada, para incrementar a vacinação não somente contra o HPV, mas também com as outras vacinas que fazem parte do seu calendário.

É notório que em face do cenário atual as Secretarias Municipais de Saúde precisam adotar procedimentos que facilitem a adesão vacinal definindo estratégias aproveitando todas as oportunidades de acesso aos serviços de saúde para verificar a condição vacinal.



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

2.6.6 Poluição Atmosférica

O ar é considerado poluído quando existem contaminantes ou substâncias poluidoras na sua composição, podendo ser gases, materiais particulados e compostos orgânicos voláteis, que influenciam a saúde e bem-estar humano, ou ainda causem efeitos danosos ao meio ambiente. A poluição do ar antropogênica, aquela produzida pelo homem, na indústria, transportes, geração de energia, queima de biomassa e agricultura, são as que emitem poluentes em grande concentração e geram impactos negativos à saúde⁹².

A poluição atmosférica, apesar de se consolidar como um importante problema de saúde pública global, historicamente é um tema restrito à área ambiental. No entanto, essa questão entrou nas prioridades da Organização Mundial de Saúde (OMS), que em 2019 considerou a poluição do ar e a mudança climática como uma das dez principais ameaças à saúde mundial⁹³.

Novos estudos mostram que 9 em cada 10 pessoas do planeta respiram ar contendo altos níveis de poluição, o que a torna um fator crítico para as doenças não transmissíveis. A estimativa é que a poluição do ar cause 7 milhões de mortes e 24% de todas as mortes de adultos por doenças cardíacas, 25% dos derrames, 43% das Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (DPOC) e 29% dos cânceres de pulmão⁹⁴. Em 2021, a OMS publicou as novas Diretrizes Globais de Qualidade do Ar, com valores-guia mais restritos que os anteriores, devido ao crescimento acentuado de evidências científicas que demonstram o impacto da poluição do ar na saúde humana⁹⁵.

No Brasil, a falta de dados de monitoramento da qualidade do ar dificulta a avaliação do impacto na saúde dos brasileiros, porém, estima-se que a taxa de mortalidade atribuída à poluição do ar é de 29,9 por 100 mil habitantes⁹⁴. Os resultados de um estudo do Ministério da Saúde, que avaliou o impacto das DCNT devido à poluição atmosférica no Brasil entre 2006 e 2016, mostrou que houve aumento das mortes relacionadas à poluição atmosférica, passando de cerca de 38,7 mil em 2006 para 44,2 mil em 2016. Este mesmo estudo mostra ainda que as Doenças Isquêmicas do Coração responderam pela maior quantidade de anos de vida potencialmente perdidos, tanto em homens, como em mulheres⁹⁶.



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Considerando todas as evidências apresentadas nos últimos anos, percebe-se que o impacto da poluição atmosférica na mortalidade das DCNT necessita ser considerado no planejamento das ações de saúde no país.

2.7 Fatores de Proteção

2.7.1 Alimentação Adequada e Saudável

A promoção da alimentação adequada e saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) fundamenta-se nas dimensões de incentivo, apoio e proteção da saúde e deve associar iniciativas focadas em políticas públicas saudáveis, na criação de ambientes saudáveis, no desenvolvimento de habilidades pessoais e na reorientação dos serviços de saúde na perspectiva da promoção da saúde⁷³.

A alimentação adequada e saudável é um direito humano básico que envolve a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais da pessoa e que deve estar em acordo com as necessidades alimentares especiais; ser referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade, atendendo aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação e prazer; e baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis⁷³.

A alimentação não deve ser reduzida apenas à ingestão de nutrientes, pois os alimentos específicos que fornecem os nutrientes, as combinações entre eles e suas formas de preparo, as características do modo de comer e as dimensões sociais e culturais das práticas alimentares são aspectos que influenciam a saúde e o bem-estar. A proteção que o consumo de frutas, legumes e verduras confere para doenças cardiovasculares e certos tipos de cânceres, por exemplo, não se repete com intervenções baseadas no fornecimento de suplementos de nutrientes isolados. O efeito benéfico sobre a prevenção de doenças é proveniente do alimento em si e das combinações de nutrientes e compostos químicos que fazem parte da matriz do alimento⁷³.

Uma alimentação nutricionalmente balanceada, saborosa, culturalmente apropriada e promotora de um ambiente alimentar socialmente e ambientalmente sustentável é aquela baseada em alimentos *in natura* ou minimamente processados



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

variados, predominantemente de origem vegetal e preferencialmente de base orgânica ou agroecológica (incluindo grãos, cereais, raízes, tubérculos, frutas, legumes, verduras, castanhas, carnes, leite, ovos, água), com o uso moderado de óleos, gorduras, sal e açúcar para temperar, cozinhar e criar preparações culinárias. Os alimentos processados devem ter seu consumo limitado a pequenas quantidades e o consumo de alimentos ultraprocessados deve ser evitado⁷³.

Cabe destacar que adotar uma alimentação saudável não é meramente questão de escolha individual. Muitos fatores – de natureza física, econômica, política, cultural ou social – podem influenciar positiva ou negativamente o padrão de alimentação das pessoas. Por exemplo, morar em bairros ou territórios onde há feiras e mercados que comercializam frutas, verduras e legumes com boa qualidade torna mais factível a adoção de padrões saudáveis de alimentação⁷³.

No início da vida, os dois primeiros anos são cruciais para o estabelecimento de hábitos alimentares que perdurarão por toda a vida, sendo o aleitamento materno e a alimentação complementar saudável e introduzida em tempo oportuno, essenciais para a prevenção de todas as formas de má nutrição infantil e doenças crônicas não transmissíveis⁹⁷.

Segundo dados do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), em 2019, a prevalência de introdução de alimentos complementares *in natura* ou minimamente processados entre crianças de 6 a 8 meses na região Sul foi de 88,7% (Brasil: 84,5%), todavia, a frequência alimentar mínima foi identificada em apenas 51,3% das crianças nessa faixa etária (Brasil: 39,2%) e o não consumo de frutas e hortaliças em 17,3% (Brasil: 22,2%), o que pode indicar que refeições contendo frutas ou comida de sal, indicadas para essa faixa etária, estão sendo substituídas por refeições lácteas. Ainda, entre as crianças de 6 a 23 meses, a diversidade alimentar mínima foi identificada em apenas 59,0% (Brasil: 57,1%), refletindo uma baixa variedade alimentar, e o consumo de água pura em 47,4% (Brasil: 72,1%)⁷⁴. Ressalta-se que a água pura deve ser ofertada às crianças desde o início da oferta de outros alimentos⁹⁷.

O consumo adequado de alimentos *in natura* ou minimamente processados, a exemplo do feijão e das frutas, verduras e legumes, é um importante fator protetor para DCNT.

Entre os adolescentes paranaenses de 13 a 17 anos, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), em 2019, o consumo de frutas e



2023 - 2030

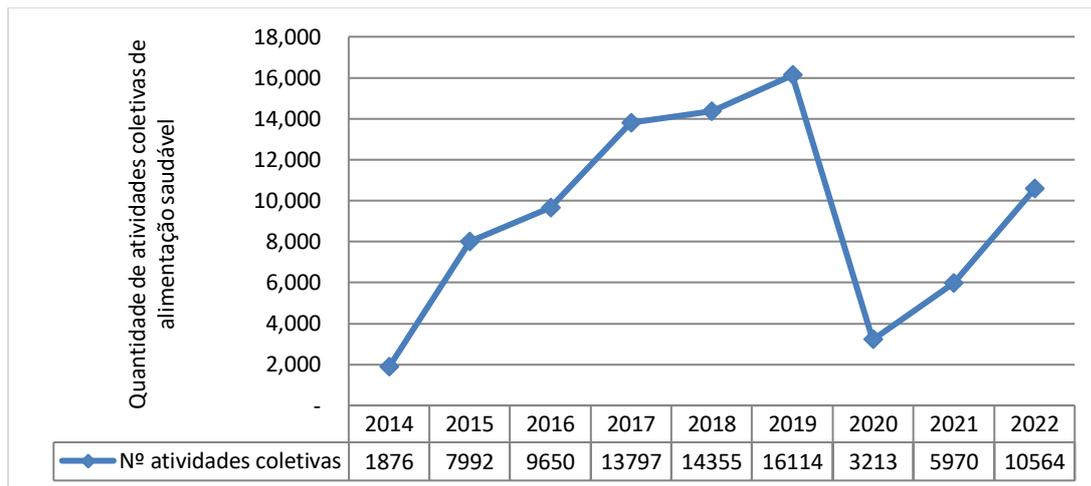
PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

legumes/verduras em cinco dias ou mais nos sete dias anteriores à pesquisa foi relatado por 30,8% (Brasil: 26,9%) e 34,3% (Brasil: 28,8%), respectivamente. A prevalência de consumo de feijão em cinco dias ou mais nos sete dias anteriores à pesquisa foi relatado por 61,4% dos adolescentes (Brasil: 59,0%). O consumo de café da manhã em cinco ou mais dias da semana foi relatado por 48,0% (Brasil: 59,3%)⁷⁵.

Nos paranaenses maiores de 18 anos, também em 2019, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, o consumo regular de feijão foi relatado por 67,5% (Brasil: 68,3%) e a prevalência de consumo regular de frutas e hortaliças foi de 35,1% (Brasil: 32,4%)^{65,76}.

A figura 56 apresenta o número de atividades coletivas de “Alimentação Saudável” realizadas nas Unidades de Saúde da Atenção Primária à Saúde.

Figura 56 - Série histórica de atividades coletivas de alimentação saudável. Paraná, 2014 a 2022



Fonte: SESA/DAV/CPRO/DVPAF - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).
Data: 13/02/2023.

2.7.2 Atividade Física

A atividade física é o comportamento que envolve os movimentos voluntários do corpo, com gasto de energia acima do nível de repouso, promovendo interações sociais e com o ambiente, podendo acontecer no tempo livre, no deslocamento, no trabalho ou estudo e nas tarefas domésticas. Em contrapartida, o comportamento sedentário é caracterizado por atividades realizadas quando o indivíduo está acordado, na posição sentada, reclinada ou deitada e gastando pouca energia⁹⁸.



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

A prática regular de atividade física está entre uma das coisas mais importantes que as pessoas podem fazer para melhorar a sua saúde, no sentido mais amplo, incluindo aspectos individuais e coletivos, como também ao lazer, à qualidade de vida e à educação, devendo ser encarada como um direito que impacta no desenvolvimento humano. Mover-se mais e permanecer menos em comportamento sedentário traz enormes benefícios para todos, independentemente da idade, gênero, raça, etnia ou nível de condicionamento físico atual. As evidências científicas mostram que a atividade física está associada a resultados positivos na saúde e os benefícios podem começar a se acumular com pequenas quantidades de atividade física, imediatamente após o início da prática⁹⁹.

A adesão a um estilo de vida fisicamente ativo não depende somente de uma decisão individual, mas de oportunidades e da inter-relação de diversos fatores individuais, coletivos, ambientais, sociais, culturais, econômicos e políticos. Dessa forma, estratégias para superar as barreiras e promover a prática de atividade física são fundamentais, incluindo as ações vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentre os principais benefícios que a prática de atividade física proporciona, destacam-se a prevenção e a diminuição na mortalidade por diversas doenças crônicas, manejo do peso corporal, melhorando não apenas a saúde, mas também a relação com o corpo, redução de sintomas de asma, de uso de medicamentos e sintomas de ansiedade e depressão, melhora da capacidade cardiorrespiratória, promoção de prazer, relaxamento, divertimento e disposição, melhora da qualidade do sono e a inclusão social do indivíduo, na criação e fortalecimento de laços sociais, vínculos e solidariedade⁹⁸.

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em 2019 a prevalência da população do Paraná praticante de atividade física no lazer corresponde a 29,9% (Brasil: 30,10%)⁷⁶.

Entre os adolescentes paranaenses de 13 a 17 anos, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), em 2019, o percentual por tempo acumulado de atividade física nos sete dias anteriores à pesquisa foi de 31,20% para àqueles que relataram o acúmulo de 1 a 149 minutos (Brasil: 35,20%), de 29,20% para àqueles que relataram o acúmulo de 150 a 299 minutos (Brasil: 26,60%), de 34,00% para àqueles que relataram o acúmulo de 300 minutos ou mais (Brasil: 28,10%)⁷⁵.

Com relação ao percentual de escolares paranaenses de 13 a 17 anos com 300 minutos ou mais de atividade física acumulada nos sete dias anteriores à



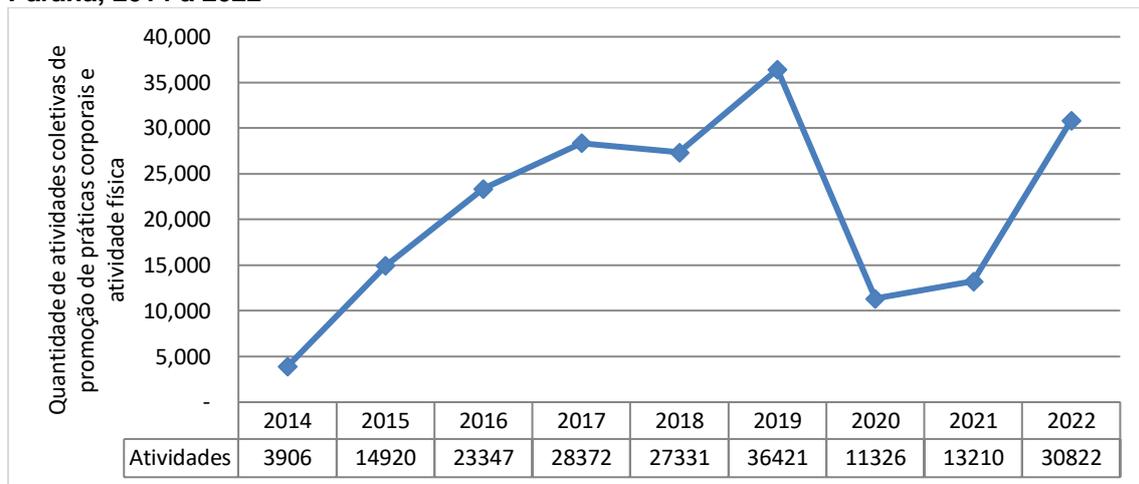
2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

pesquisa, por sexo e dependência administrativa da escola, 43,60% homens são considerados ativos (Brasil: 38,50%) e 23,40% mulheres são consideradas ativas (Brasil: 18%), sendo 34,2% ativos nas dependências de escolas públicas (Brasil: 28,1%) e 32,5% ativos nas dependências de escolas privadas (Brasil: 28,6%)⁷⁵.

A Figura 57 demonstra o número de atividades coletivas de “Práticas Corporais e Atividade Física” realizadas nas unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde.

Figura 57 - Série histórica de atividades coletivas de práticas corporais e atividade física. Paraná, 2014 a 2022



Fonte: SESA/DAV/CPRO/DVPAF - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).
Data: 13/02/2023.

O Guia de Atividade Física para a População Brasileira⁹⁸ recomenda a prática de 150 minutos de atividade física de intensidade moderada por semana ou 75 minutos de atividade física vigorosa por semana para adultos sem permanecer por mais do que dois dias sem atividade física, com benefícios adicionais para maiores durações.

Quadro 5 - Classificação de intensidade de atividade física

	Leve	Moderada	Vigorosa
Esforço	Mínimo	Médio	Alto
Respiração	Pequeno aumento	Mais rápido que o normal	Muito mais rápido que o normal
Batimentos do coração	Pequeno aumento	Moderado aumento	Aumenta muito
Conversar	Normalmente enquanto se movimenta	Dificuldade enquanto se movimenta	Não consegue
Escala de esforço de 0 a 10	1 a 4	5 a 6	7 a 8

Fonte: Guia de Atividade Física para a População Brasileira (2021)⁹⁸



3. INDICADORES E METAS

A partir das análises do cenário das Dant e de seus fatores de risco e de proteção no estado do Paraná, foram definidos indicadores, metas e respectivas ações que deverão ser avaliadas e monitoradas, a fim de acompanhar o alcance de resultados previstos neste Plano.

Para os indicadores de mortalidade foi empregada a metodologia de padronização das taxas de mortalidade por idade pelo método direto, considerando intervalos de 10 anos, sendo a população padrão utilizada a do censo populacional de 2010. Nesses casos, a previsão foi conduzida pelo método de regressão linear simples.

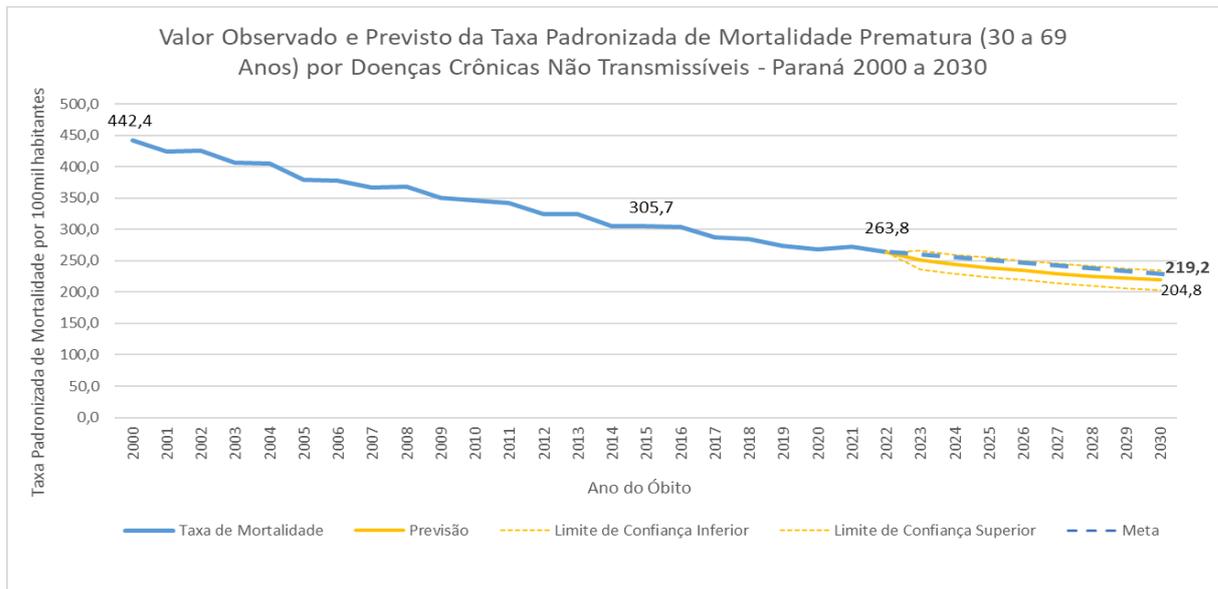
3.1 Grupo de Indicadores e Metas para Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Quadro 6 - Indicadores e metas para Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Indicador	Linha de Base	Meta
Mortalidade prematura por DCNT	305,7 (SIM, 2015)	Reduzir em 1/3 a Taxa Padronizada de Mortalidade Prematura por DCNT
Mortalidade prematura por câncer de mama	21,1 (SIM, 2015)	Reduzir em 10% a Taxa Padronizada de Mortalidade Prematura por câncer de mama
Mortalidade prematura por câncer do colo do útero	8,5 (SIM, 2015)	Reduzir em 20% a Taxa Padronizada de Mortalidade Prematura por câncer do colo do útero
Mortalidade prematura por câncer do aparelho digestivo	43,8 (SIM, 2015)	Reduzir em 10% a Taxa Padronizada de Mortalidade Prematura por câncer do aparelho digestivo
Obesidade em crianças menores de 10 anos acompanhadas pela Atenção Primária à Saúde	14,30% (SISVAN, 2021)	Deter o crescimento da obesidade em crianças menores de 10 anos acompanhadas pela Atenção Primária à Saúde
Obesidade em adolescentes acompanhados pela Atenção Primária à Saúde	18,81% (SISVAN, 2021)	Deter o crescimento da obesidade em adolescentes acompanhados pela Atenção Primária à Saúde
Obesidade em adultos acompanhados pela Atenção Primária à Saúde	36,74% (SISVAN, 2021)	Deter o crescimento da obesidade em adultos acompanhados pela Atenção Primária à Saúde

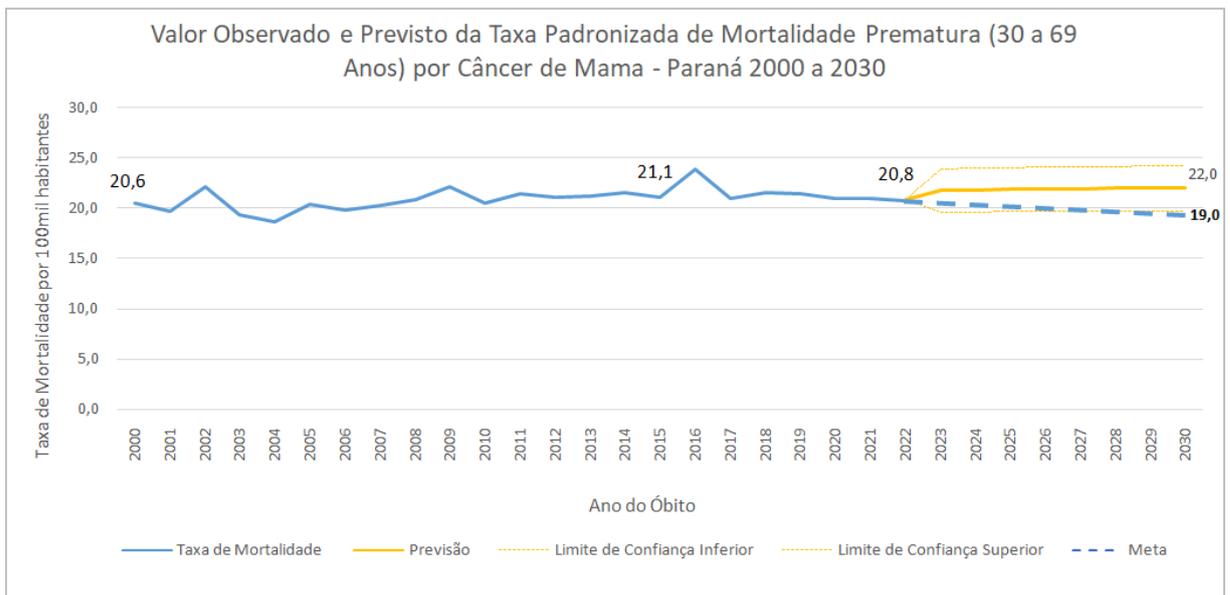


Figura 58 –Valor Observado e Previsto da Taxa Padronizada de Mortalidade Prematura (30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis. Paraná 2000-2030



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade - SESA PR. População residente – Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Grupos de Idade 2000 a 2030, IBGE. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos C00-C97, E10-E14, I00-I99, J30-J98 (exceto J36), doenças crônicas não transmissíveis – DCNT, da CID-10. Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil Censo 2010. A previsão foi realizada utilizando o Método de Regressão Linear Simples.

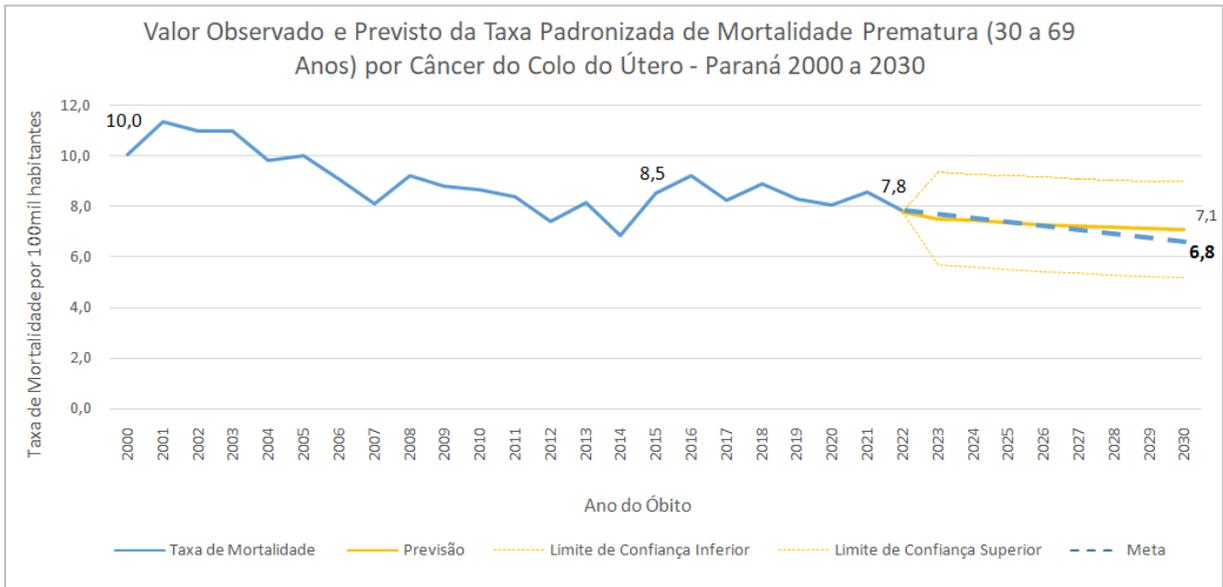
Figura 59 –Valor Observado e Previsto da Taxa Padronizada de Mortalidade Prematura (30 a 69 anos) por câncer de mama. Paraná 2000-2030



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade - SESA PR. População residente – Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Grupos de Idade 2000 a 2030, IBGE. Foram considerados os óbitos classificados com o código C50 (Neoplasia da Mama) da CID-10. Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil Censo 2010. A previsão foi realizada utilizando o Método de Regressão Linear Simples.

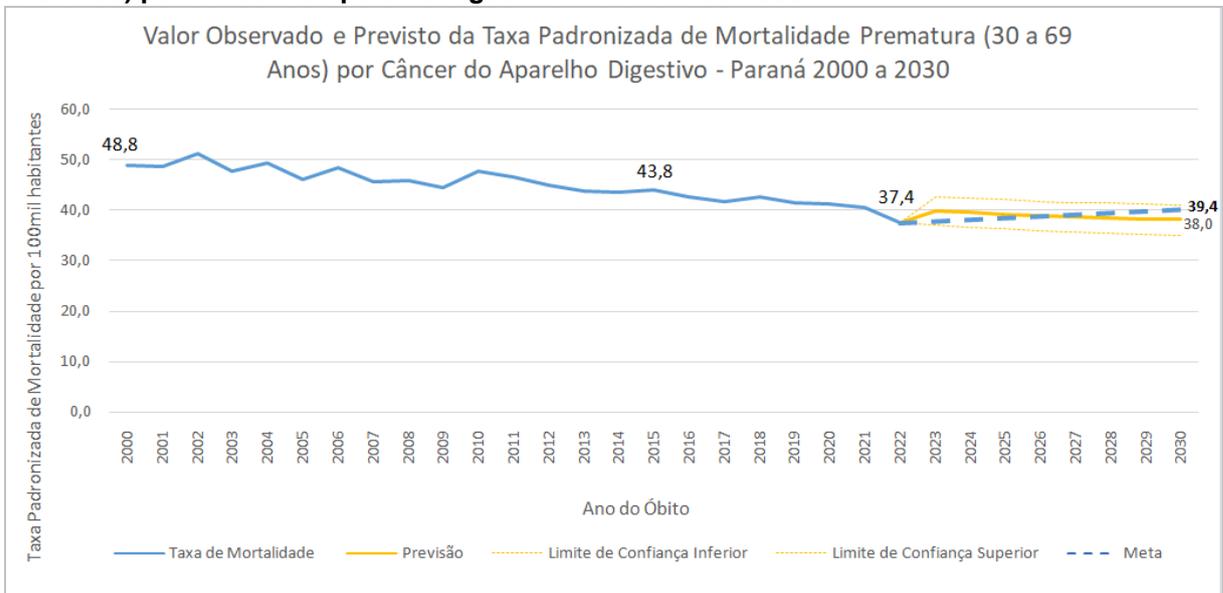


Figura 60 –Valor Observado e Previsto da taxa padronizada de Mortalidade Prematura (30 a 69 anos) por câncer do colo do útero. Paraná 2000-2030



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade - SESA PR. População residente – Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Grupos de Idade 2000 a 2030, IBGE. Foram considerados os óbitos classificados com o código C53 (Neoplasia do Colo do Útero) da CID-10. Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil Censo 2010. A previsão foi realizada utilizando o Método de Regressão Linear Simples.

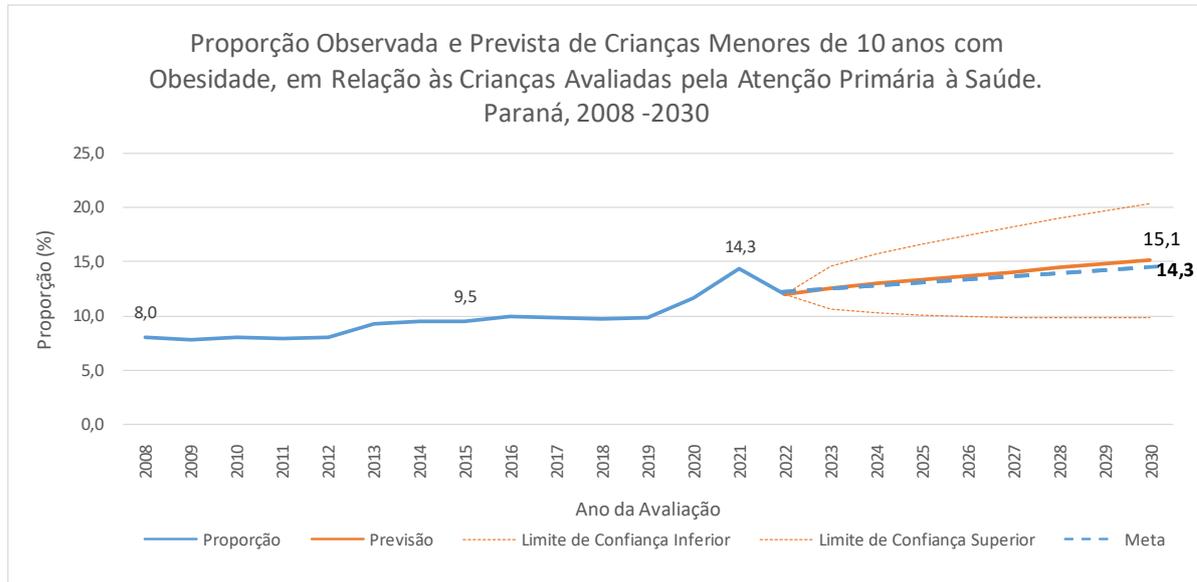
Figura 61 –Valor Observado e Previsto da taxa padronizada de Mortalidade Prematura (30 a 69 anos) por câncer do aparelho digestivo. Paraná 2000-2030



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade - SESA PR. População residente – Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Grupos de Idade 2000 a 2030, IBGE. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos C15, C16-C25, C26.0, C26.8, C26.9, C45.1, C48, C77.2, C78.4-C78.8 (Neoplasia do Aparelho Digestivo) da CID-10. Nota: padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil Censo 2010. A previsão foi realizada utilizando o Método de Regressão Linear Simples.



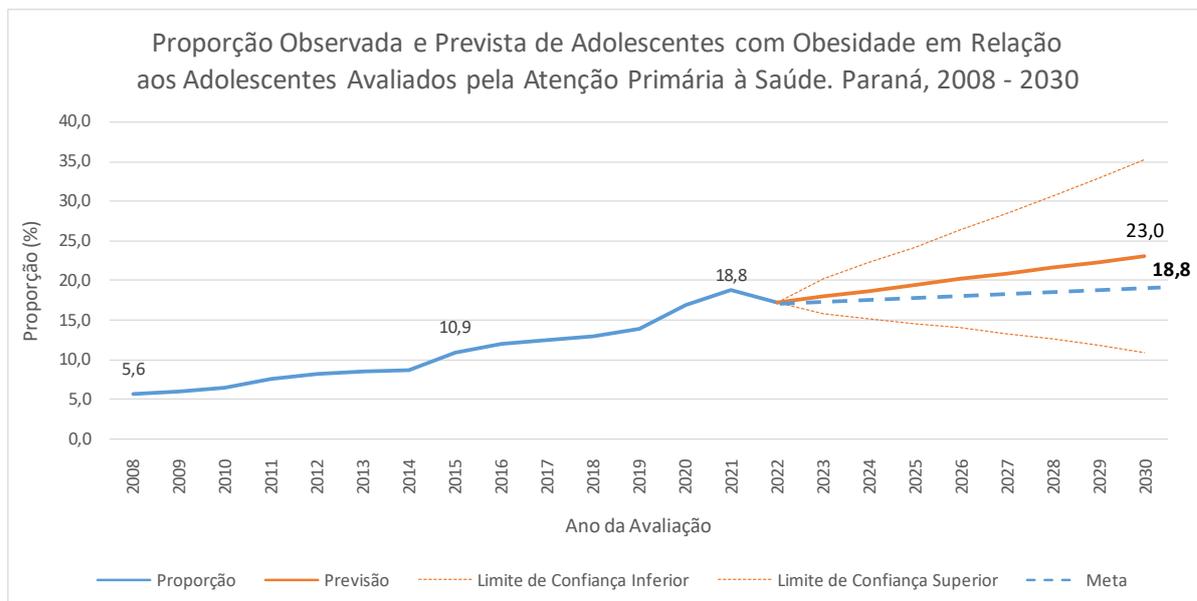
Figura 62 –Proporção Observada e Prevista de crianças menores de 10 anos com obesidade, em relação às crianças da mesma faixa etária avaliadas na Atenção Primária à Saúde. Paraná 2008-2030



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

Nota: Dados referentes ao ano de 2022 são preliminares. A previsão foi realizada utilizando a versão AAA do algoritmo de Suavização Exponencial (ETS).

Figura 63 –Proporção Observada e Prevista de adolescentes com obesidade, em relação aos adolescentes avaliados na Atenção Primária à Saúde. Paraná 2008-2030



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

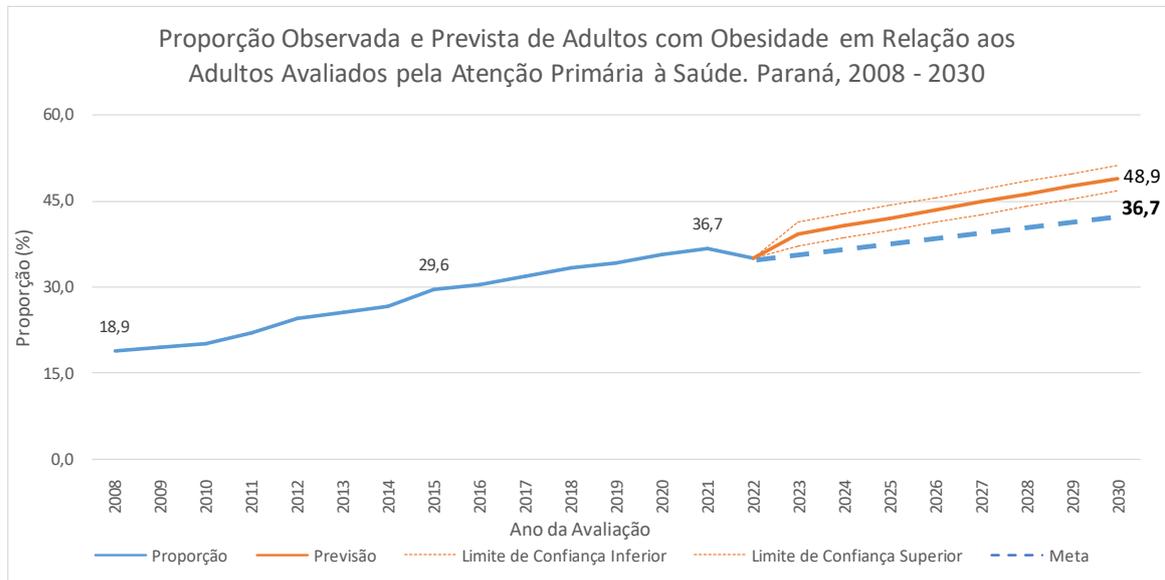
Nota: Dados referentes ao ano de 2022 são preliminares. A previsão foi realizada utilizando a versão AAA do algoritmo de Suavização Exponencial (ETS).



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Figura 64 –Proporção Observada e Prevista de adultos com obesidade, em relação aos adultos avaliados na Atenção Primária à Saúde. Paraná 2008-2030



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

Nota: Dados referentes ao ano de 2022 são preliminares. A previsão foi realizada utilizando a versão AAA do algoritmo de Suavização Exponencial (ETS).

Por entender a obesidade como uma condição crônica multifatorial, recidivante, envolvida em diversas complicações e comorbidades que elevam a morbimortalidade e reduzem a qualidade e expectativa de vida, optou-se por posicionar as metas relacionadas à obesidade no bloco de indicadores e metas para DCNT.

Conforme demonstrado nas análises de cenário, a proporção de obesidade na população paranaense avaliada nas unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde tem apresentado crescimento ao longo dos anos para todas as faixas etárias. Por este motivo, as metas estabelecidas são de deter o crescimento, diferente do plano nacional que propõe a redução da obesidade em 2% em crianças e adolescentes. Ainda, considerando a disponibilidade de informações para a análise desse indicador, optou-se por incluir dados das pessoas avaliadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde, por meio dos dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan).

Para verificação de atingimento da meta de deter o crescimento da obesidade em crianças, adolescentes e adultos acompanhados pela Atenção Primária à Saúde será considerada como linha de base a prevalência de obesidade proveniente dos dados consolidados do SISVAN para o ano de 2021 para todos os ciclos de vida citados e o monitoramento e avaliação se dará pelos dados consolidados do SISVAN dos anos subsequentes.



3.2 Grupo de Indicadores e Metas para Fatores de Risco para as DCNT

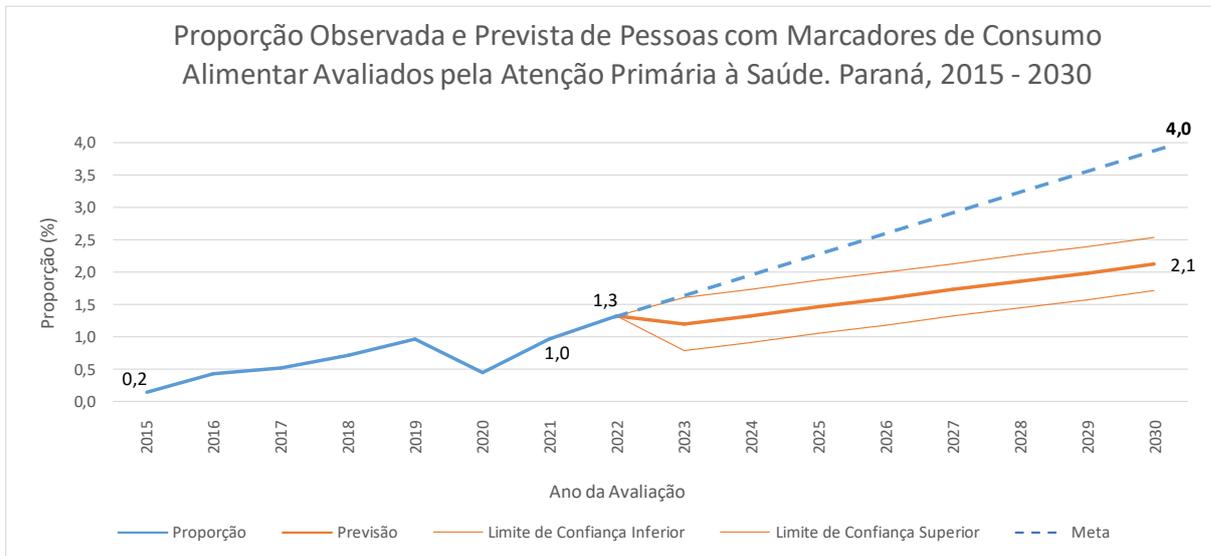
Quadro 7 - Indicadores e metas para Fatores de Risco

Indicador	Linha de Base	Meta
Proporção de pessoas com marcadores de consumo alimentar avaliados	1,00% (SISVAN, 2021)	Aumento da proporção de pessoas com marcadores de consumo alimentar avaliados em 300%, ou seja, atingir 4,0% da população com marcadores de consumo alimentar avaliados.
Proporção de pessoas com estado nutricional avaliado	16,50% (SISVAN, 2021)	Aumento da proporção de pessoas com estado nutricional avaliado em 100%, ou seja, atingir 33,0% da população com estado nutricional avaliado.
Atividades coletivas de alimentação saudável	5.970 (SISAB, 2021)	Aumento do número absoluto de atividades coletivas de alimentação saudável realizadas pela Atenção Primária à Saúde em 318%, ou seja, atingir 25.000 atividades coletivas de alimentação saudável realizadas pela APS.
Consumo regular de frutas e hortaliças	35,10% (PNS, 2019)	Aumentar em 7,3% a prevalência do consumo regular de frutas e hortaliças, ou seja, atingir 37,7% da população com consumo regular de frutas e hortaliças.
Consumo recomendado de frutas e hortaliças	11,60% (PNS, 2019)	Aumentar em 30% a prevalência do consumo recomendado de frutas e hortaliças, ou seja, atingir 15,1% da população com consumo recomendado de frutas e hortaliças.
Não consumo de alimento ultraprocessado no dia anterior	10,30% (PNS, 2019)	Aumentar a prevalência de pessoas que não consumiram alimento ultraprocessado no dia anterior.
Atividades coletivas de práticas corporais e atividade física	13.210 (SISAB, 2021)	Aumento do número absoluto de atividades coletivas de práticas corporais e atividade física em 316%, ou seja, atingir 55.000 atividades coletivas de práticas corporais e atividade física.
Prática adequada de atividade física no lazer	29,9% (PNS, 2019)	Aumentar em 30% a prevalência da prática adequada de atividade física no lazer, ou seja, atingir 38,9% da população com prática adequada de atividade física no lazer.
Tabagismo	14,7% (PNS, 2019)	Reduzir a prevalência de tabagismo em 40%.
Vacina contra o HPV	78,6 meninas 62,4 meninos (SIPNI, 2022)	Atingir 90% de cobertura vacinal contra o HPV.

Nota: Para o indicador “Não consumo de alimento ultraprocessado no dia anterior” não foi proposta uma meta numérica devido a esse indicador ter apenas uma única avaliação, em 2019, não sendo possível avaliar a evolução temporal para estabelecimento de meta quantitativa específica.



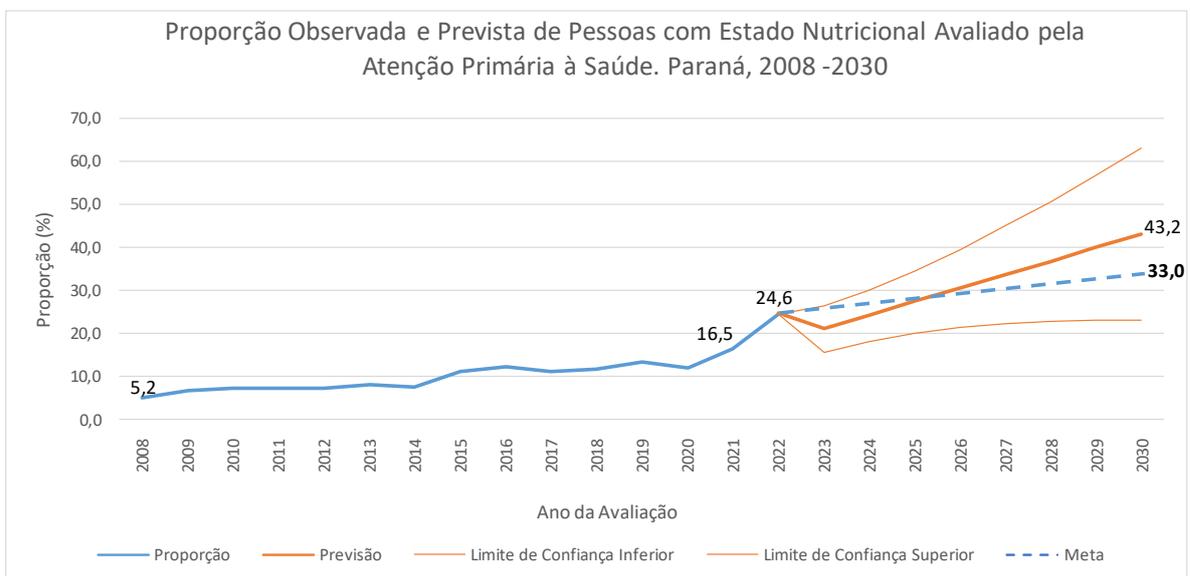
Figura 65 –Proporção Observada e Prevista de pessoas com marcadores de consumo alimentar avaliados na Atenção Primária à Saúde. Paraná 2015-2030



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

Nota: Dados referentes ao ano de 2022 são preliminares. A Previsão foi realizada utilizando a versão AAA do algoritmo de Suavização Exponencial (ETS). Proporção calculada em relação à população total projetada para o Estado - População Projetada - IBGE - período 2000 a 2030 Edição 2013.

Figura 66 –Proporção Observada e Prevista de pessoas com estado nutricional avaliado na Atenção Primária à Saúde. Paraná 2008-2030

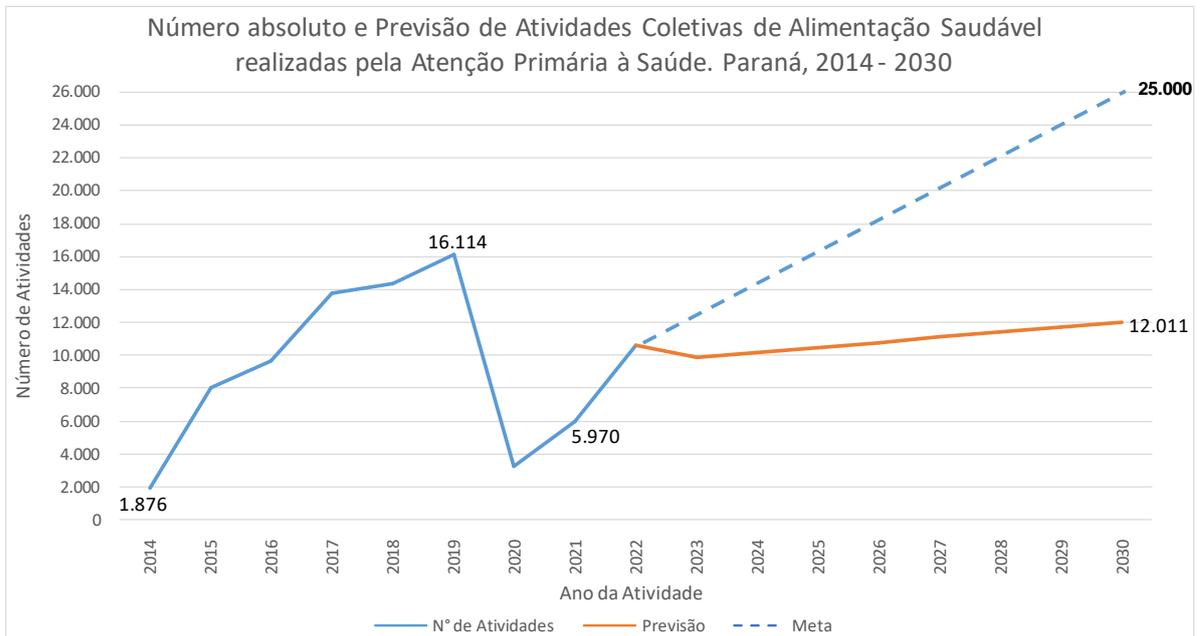


Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

Nota: Dados referentes ao ano de 2022 são preliminares. A Previsão foi realizada utilizando a versão AAA do algoritmo de Suavização Exponencial (ETS). Proporção calculada em relação à população total projetada para o Estado - População Projetada - IBGE - período 2000 a 2030 Edição 2013.



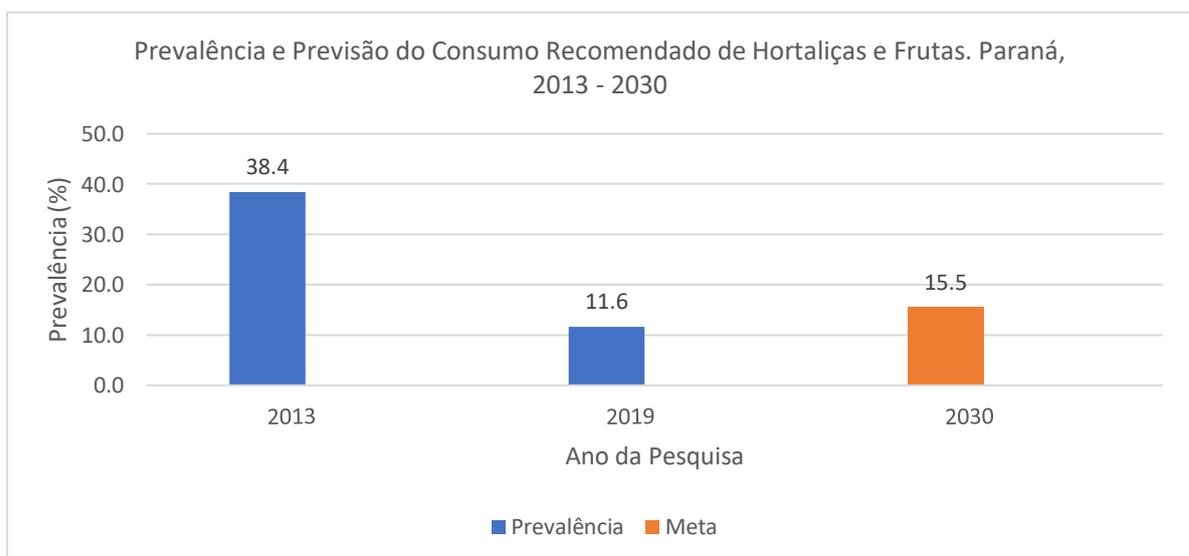
Figura 67 –Número Observado e Previsto de atividades coletivas de alimentação saudável realizadas na Atenção Primária à Saúde. Paraná 2014-2030



Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

Nota: Os dados referentes ao ano de 2022 são preliminares. A Previsão foi realizada utilizando a versão AAA do algoritmo de Suavização Exponencial (ETS). Esse gráfico não apresenta o intervalo de confiança pois, devido à alta variabilidade da série, o limite inferior apresentou-se negativo.

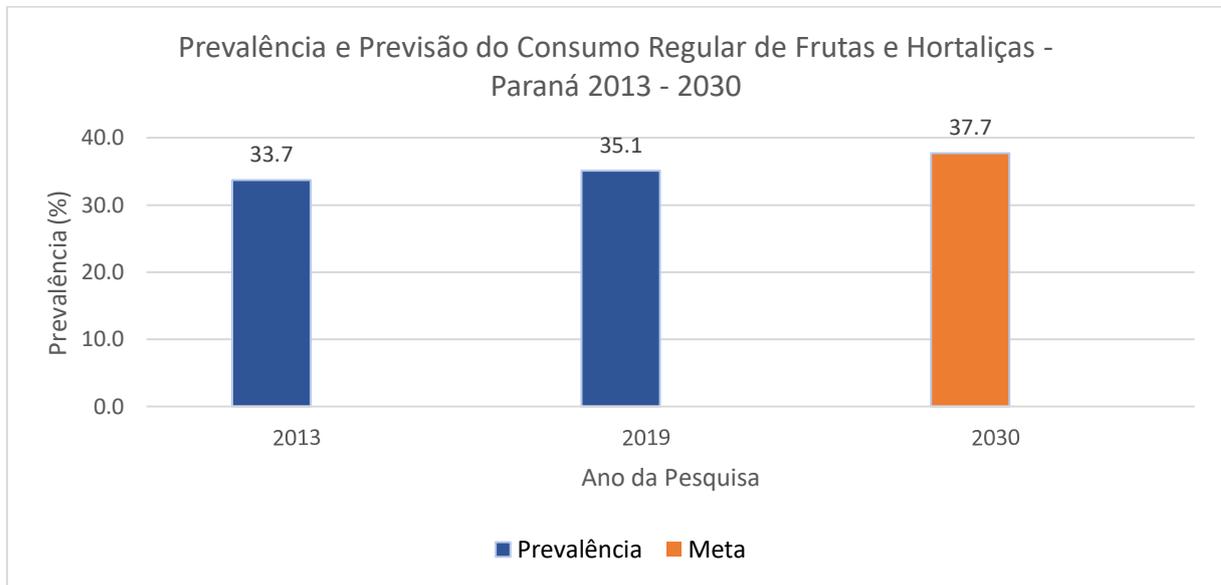
Figura 68 – Prevalência Observada e Prevista do consumo recomendado de hortaliças e frutas. Paraná 2013-2030



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde - Ministério da Saúde, IBGE.



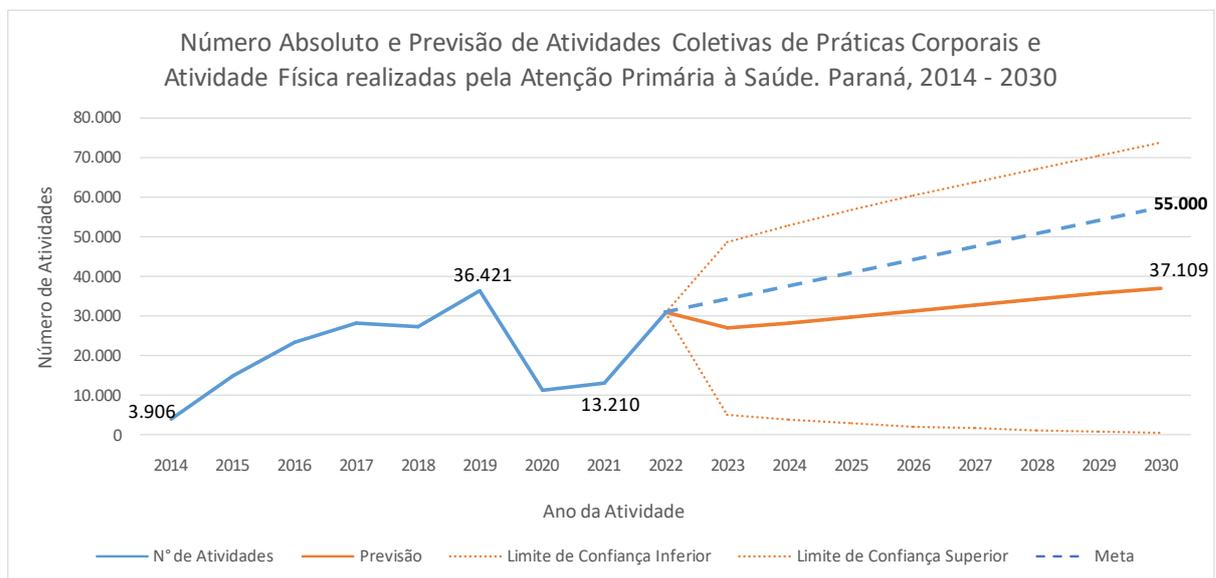
Figura 69 –Prevalência Observada e Prevista do consumo regular de hortaliças e frutas. Paraná 2013-2030



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde - Ministério da Saúde, IBGE.

Nota: Dados obtidos por meio do painel de indicadores disponibilizado pela Fiocruz.

Figura 70 –Número Observado e Previsto de atividades coletivas de práticas corporais e atividade física realizadas na Atenção Primária à Saúde. Paraná 2014-2030

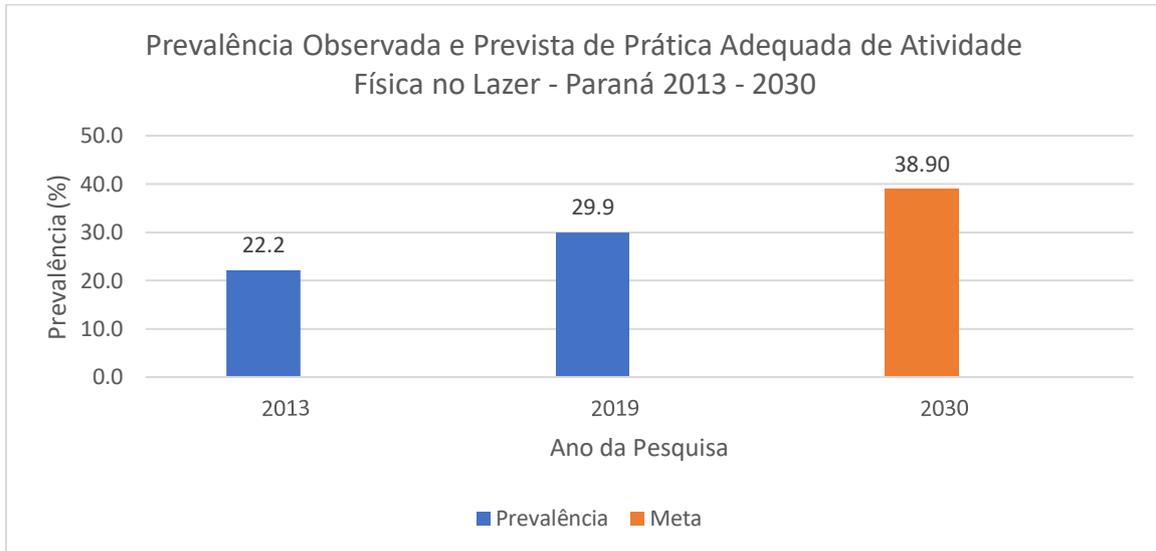


Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

Nota: Os dados referentes ao ano de 2022 são preliminares. A Previsão foi realizada utilizando a versão AAA do algoritmo de Suavização Exponencial (ETS).



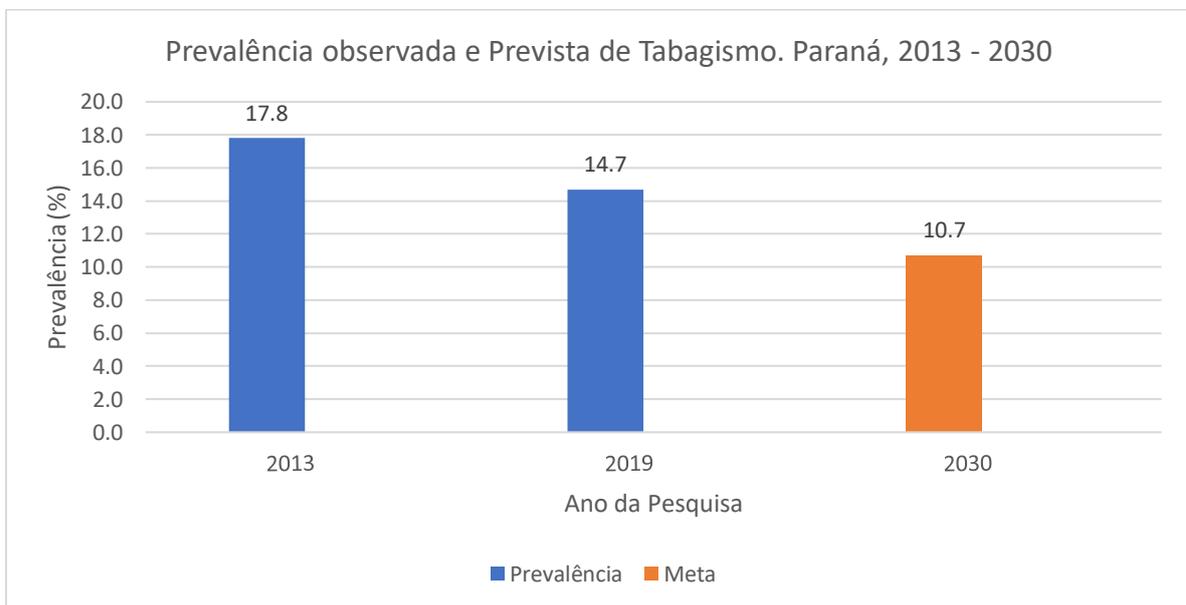
Figura 71 –Prevalência Observada e Prevista de prática adequada de atividade física no lazer. Paraná 2013-2030



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde - Ministério da Saúde, IBGE.

Nota: Dados obtidos por meio do painel de indicadores disponibilizado pela Fiocruz.

Figura 72 –Prevalência Observada e Prevista de tabagismo. Paraná 2013-2030



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde - Ministério da Saúde, IBGE.

Devido à ausência de sistema de informação que possibilite o monitoramento adequado, e ao fato do Vigitel considerar apenas capitais, para os indicadores relativos ao consumo alimentar e à prática de atividade física serão considerados os indicadores “consumo regular de frutas e hortaliças”, “consumo recomendado de frutas



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

e hortaliças”, “não consumo de alimento ultraprocessado no dia anterior” e “prática adequada de atividade física no lazer”, disponíveis na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), tendo como linha de base a prevalência para o Estado do Paraná apresentada na edição de 2019 e para o monitoramento e verificação do atingimento das metas serão utilizados os dados das edições futuras da PNS.

Para possibilitar o monitoramento anual, foram incluídos indicadores de processo que não constam no Plano Nacional, sendo eles: “proporção de pessoas com marcadores de consumo alimentar avaliados”, “proporção de pessoas com estado nutricional avaliado”, “atividades coletivas de alimentação saudável” e “atividades coletivas de práticas corporais e atividade física”.

A proporção de indivíduos com marcadores de consumo alimentar avaliados ainda é muito baixo tanto no Estado do Paraná quanto a nível nacional e o aumento desse indicador é essencial para possibilitar o monitoramento do consumo alimentar da população que frequenta as unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde. Ainda, para uma melhor avaliação da prevalência de obesidade em indivíduos que frequentam as unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde, é fundamental uma boa cobertura populacional. Para esses indicadores serão utilizadas como linha de base a proporção de indivíduos com marcadores de consumo alimentar avaliados e proporção de indivíduos com estado nutricional avaliado segundo dados consolidados do SISVAN do ano de 2021 e o monitoramento será realizado com base nos dados consolidados do SISVAN dos anos subsequentes.

Para a linha de base do indicador “atividades coletivas de alimentação saudável” e “atividades coletivas de práticas corporais e atividade física” serão utilizados os dados do SISAB do ano de 2021 e o monitoramento será realizado com base nos dados do SISAB dos anos subsequentes. As elevadas metas estabelecidas para esses dois indicadores, superiores à estimativa, se justificam devido à pandemia de Covid-19 enfrentada no ano de 2021, o que influenciou drasticamente no número de atividades coletivas realizadas na Atenção Primária à Saúde. Verificando a série histórica visualiza-se que o número de atividades coletivas tanto de alimentação saudável quanto de práticas corporais e atividade física eram bastante superiores à linha de base e observa-se uma recuperação desse número com dados preliminares de 2022.

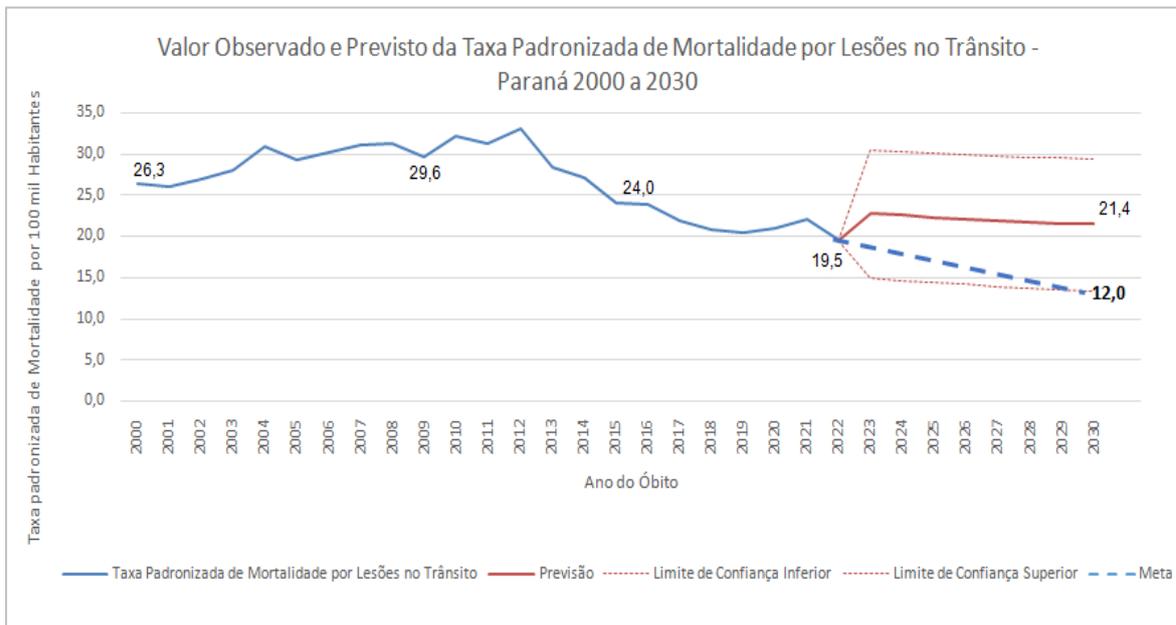


3.3 Grupo de Indicadores e Metas para Violências e Acidentes

Quadro 8 - Indicadores e metas para Acidentes e Violências

Indicadores e metas para Acidentes		
Indicador	Linha de Base	Meta 2023 - 2030
Taxa de mortalidade por lesões no trânsito	A Taxa de mortalidade por lesões no trânsito no Paraná em 2015 foi de 24,0 por 100.000 hab.	Reduzir em 50% a taxa padronizada de mortalidade por lesões de trânsito no Paraná até 2030.
Taxa de mortalidade por homicídios	Taxa de mortalidade por homicídios no Paraná em 2015 foi de 26,8 por 100.000 hab.	Reduzir em 1/3 a taxa padronizada de mortalidade por homicídios no Paraná até 2030.
Taxa de mortalidade por suicídios	Taxa de mortalidade por suicídios no Paraná em 2015 foi de 6,3 por 100.000 hab.	Deter o crescimento da taxa padronizada de mortalidade por suicídios.

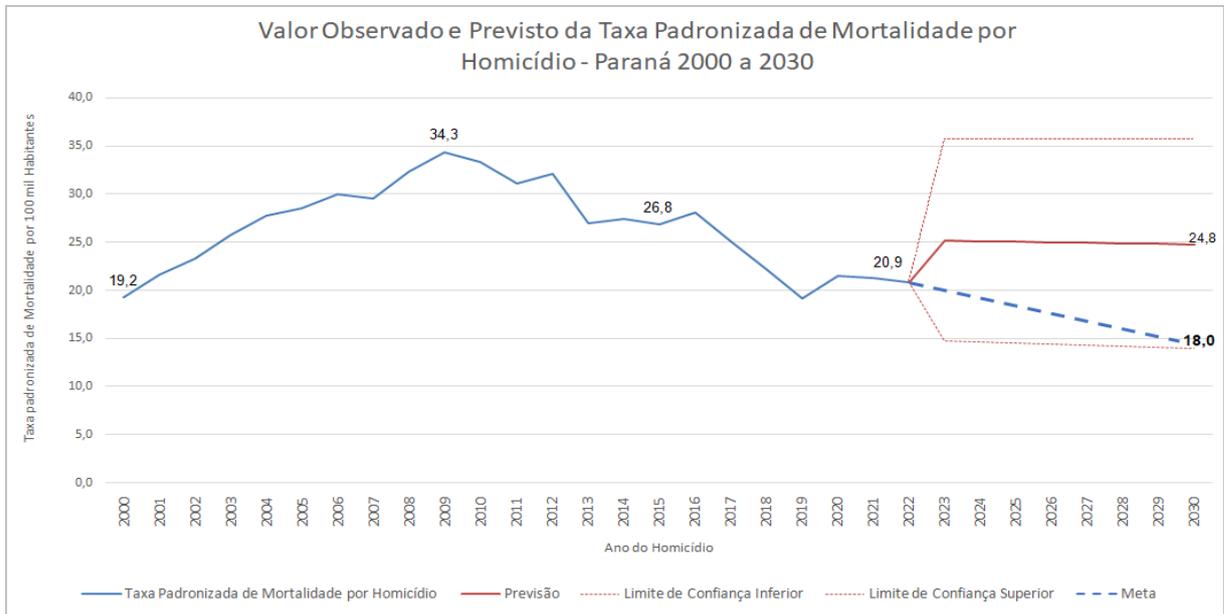
Figura 73 – Valor Observado e Previsto da Taxa Padronizada de Mortalidade por lesões no trânsito. Paraná 2000-2030



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade -Tabnet/SIM/SESA PR. População residente – Estudo de estimativa populacional, 2000 a 2030, IBGE. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos V01 a V89 (Acidente de Transporte Terrestre) da CID-10, extraídos em 23/09/2022 (Dados preliminares, 2021). Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil Censo 2010. Óbitos com a faixa etária da vítima Ignorada não foram considerados. A previsão foi realizada utilizando o Método de Regressão Linear Simples.

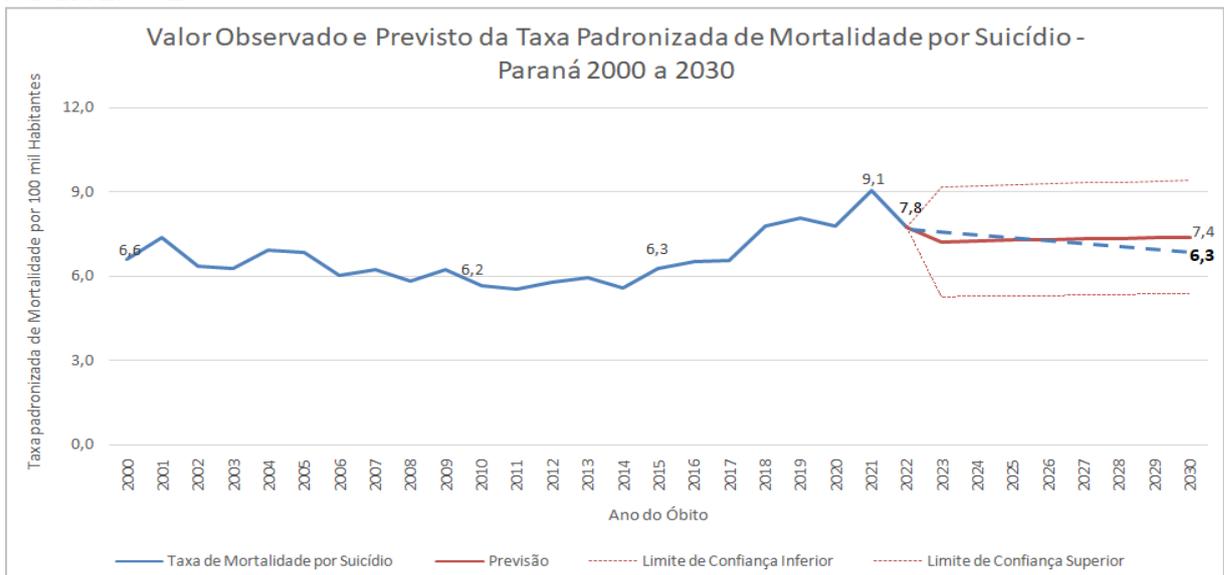


Figura 74 –Valor Observado e Previsto da Taxa Padronizada de Mortalidade por Homicídio. Paraná 2000-2030



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade - Tabnet/SIM/SESA PR. População residente – Estudo de estimativa populacional, 2000 a 2030, IBGE. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos X85 a Y09 (agressões); Y22 a Y24 (disparo de arma de fogo, com intenção indeterminada); Y35 (intervenção legal); Y87.1 (sequela de agressão) e Y89.0 (sequela de intervenção legal), da CID-10).Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil Censo 2010. Óbitos com a faixa etária da vítima Ignorada não foram considerados. A previsão foi realizada utilizando o Método de Regressão Linear Simples.

Figura 75 –Valor Observado e Previsto da Taxa Padronizada de Mortalidade por Suicídio. Paraná 2000-2030



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade - Tabnet/SIM/SESA PR. População residente – Estudo de estimativa populacional, 2000 a 2030, IBGE. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos X60 a X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) e Y87.0 (sequelas de lesões autoprovocadas) da CID-10).Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil Censo 2010. Óbitos com a faixa etária da vítima Ignorada não foram considerados. A previsão foi realizada utilizando o Método de Regressão Linear Simples.



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

No que se refere às metas pactuadas no Plano Nacional de Dant para violências e acidentes, há que se considerar as particularidades territoriais de cada ente federado. As estratégias de enfrentamento e de prevenção de violências e acidentes envolvem um trabalho transversal, intersetorial e coletivo envolvendo diversos setores da sociedade e políticas públicas.

Quanto ao indicador para violência interpessoal e autoprovocada previsto no Plano Nacional de Dant, que é de aumentar em 40% o percentual de municípios notificantes no Viva/Sinan até 2030, há que se ponderar que o Paraná avançou de forma importante nos últimos anos. Em 2021, dos 399 municípios do estado, 362 (90,7%) alcançaram índices maiores que o estabelecido pelo Ministério da Saúde até 2030.

O sistema de vigilância epidemiológica opera-se eficaz quando seu desempenho é aferido periodicamente, para seu aperfeiçoamento e análise das informações. A qualificação do sistema justifica-se, ainda, para evidenciar os resultados obtidos com a ação desenvolvida, que comprovem os recursos aplicados em sua manutenção.

Contudo, o grande desafio para os gestores e os serviços de vigilância epidemiológica é a qualificação dos dados coletados pelas equipes dos serviços que integram a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diante disto, é essencial que o Plano Estadual de Dant contemple estratégias e ações prioritárias, assegurando agenda de qualificação das informações inseridas no banco de dados de violência interpessoal e autoprovocada e a ação de notificação do agravo no sistema de informação.

Além de fortalecer as ações já desenvolvidas, medidas como estas visam assegurar à produção de dados consistentes, robustos e de qualidade, tendo em vista a relevância das informações para a organização das ações nos territórios e definições de políticas públicas.



2023 - 2030

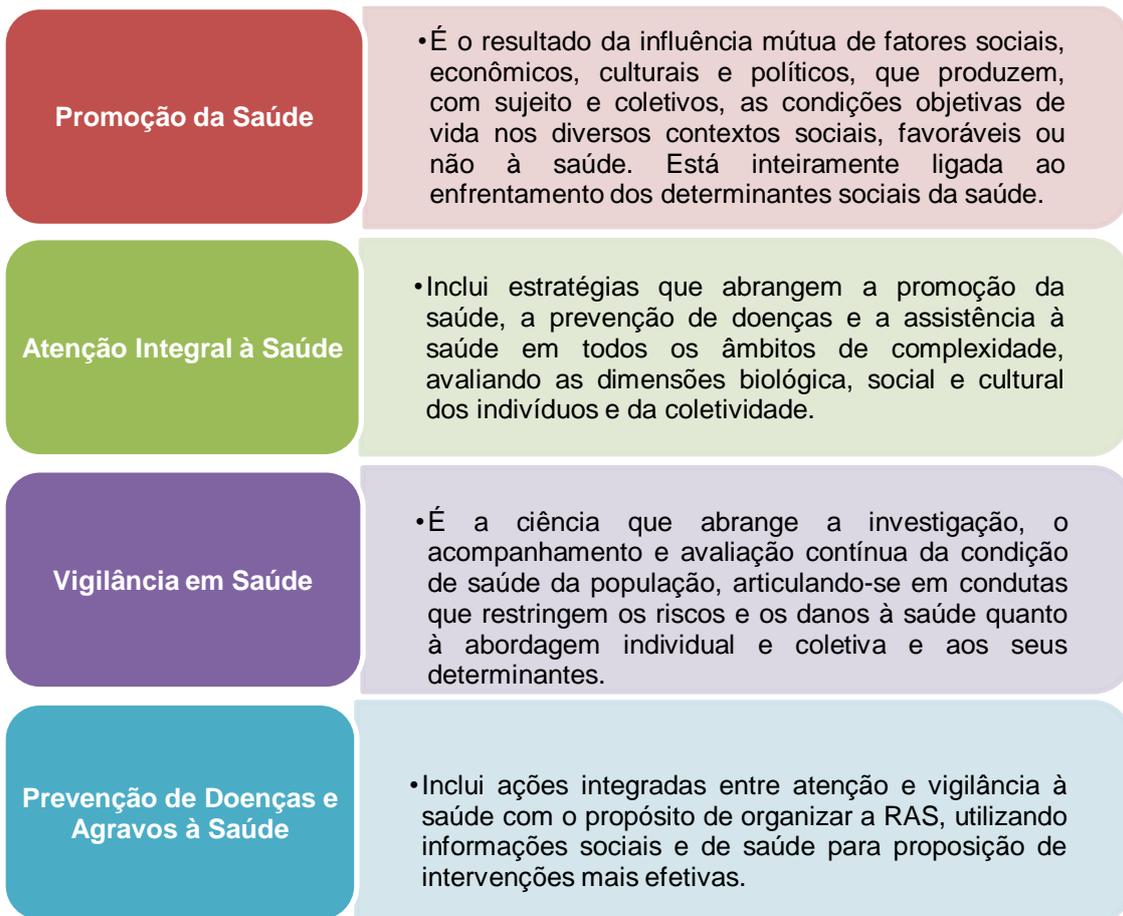
PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

4. AÇÕES ESTRATÉGICAS

As ações estratégicas buscam influenciar direta ou indiretamente o cumprimento das metas definidas neste Plano. Compreendem ações integradas, envolvendo e mobilizando diversas áreas e setores, num esforço conjunto para direcionar práticas que fomentem a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, atenção integral e vigilância em saúde com o foco no enfrentamento das Dant e o conjunto dos principais fatores de risco.

Este Plano buscou articular com os eixos propostos pelo Ministério da Saúde, no Plano Nacional de Dant, quais sejam: Promoção da Saúde, Atenção Integral à Saúde, Vigilância em Saúde e Prevenção de Doenças e agravos à Saúde (Figura 76).

Figura 76 - Eixos do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano de Dant)



Fonte: BRASIL, 2021¹; BRASIL, 2017¹⁰⁰.



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Foram estabelecidas 86 ações estratégicas que estão organizadas para o alcance das metas propostas, considerando a atuação do setor saúde e seu papel protagonista na promoção de parcerias inter e multissetoriais.

AÇÕES ESTRATÉGICAS AMPLIADAS
Elaborar estratégias de comunicação, contemplando todas as fases da vida e relacionando os temas com a promoção da saúde e a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, violências e acidentes: cidades sustentáveis e saudáveis, ambientes saudáveis e acessíveis, prática de atividade física e redução do comportamento sedentário, alimentação adequada e saudável, prevenção do tabagismo, cultura de paz, mobilidade sustentável, equidade em saúde, prevenção do uso prejudicial do álcool e saúde mental.
Desenvolver ferramentas digitais para promoção do autocuidado em doenças crônicas não transmissíveis e hábitos de vida saudáveis, considerando a alimentação adequada e saudável, a prática de atividade física e mobilidade ativa.
Disseminar informações e recomendações para que os municípios façam seu planejamento em consonância com as políticas de mobilidade sustentável, com desenvolvimento orientado ao transporte sustentável (DOTS), com Plano Diretor Estratégico alinhado aos princípios de DOTS e das Cidades Sustentáveis, Saudáveis e Inteligentes, com vistas à diminuição da poluição do ar, à disponibilidade de modos ativos de deslocamento, com fachadas acessíveis às Pessoas com Deficiência e atrativas para caminhar e andar de bicicleta, e ao uso de transporte público.
Elaborar e disponibilizar para a rede da educação, itinerários formativos sobre prevenção de Dant, da promoção da saúde, da cultura de paz e do desenvolvimento sustentável.
Desenvolver e implementar iniciativas de Educação Permanente em Saúde (EPS), considerando demandas apontadas pelos municípios, voltadas à formação dos profissionais do Sistema Único de Saúde, abordando prevenção dos principais fatores de risco para Dant.
Desenvolver ações junto às Secretarias de Saúde municipais para inclusão de procedimentos e ações de prevenção de violências, do uso do álcool e do tabaco, promoção da cultura de paz e prevenção de sinistros de trânsito na Atenção Primária à Saúde.
Ampliar estratégias de promoção do envelhecimento saudável ao longo de toda a vida, com inclusão de linha de cuidado e adaptação de processos terapêuticos às especificidades da pessoa idosa.



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

<p>Fomentar a qualificação e a ampliação da atuação clínico-assistencial dos profissionais de saúde, com ênfase em equipes multiprofissionais, por meio da elaboração, da implantação e da implementação de linhas de cuidado, diretrizes e protocolos clínicos hipertensão arterial, diabetes mellitus, sobrepeso e obesidade, tabagismo, câncer do colo do útero e câncer de mama.</p>
<p>Fomentar a implantação de estratégias de avaliação de risco global para Dant em usuários vinculados à Atenção Primária à Saúde, para o rastreamento de risco e detecção precoce de doenças crônicas.</p>
<p>Fortalecer a Linha de Cuidado do aleitamento materno ampliando a implementação das estratégias que a compõe: Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), Método Canguru, Rede de Banco de Leite Humano (BLH), Mulher Trabalhadora que amamenta (MTA) e Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB).</p>
<p>Disponibilizar ferramentas e estratégias de formação em vigilância de Dant e análise de iniquidades em saúde para profissionais do SUS.</p>
<p>Apoiar os municípios para qualificação da vigilância de Dant, incluindo a qualidade dos dados, a produção e a utilização de informação em saúde para a tomada de decisão.</p>
<p>Monitorar os casos e os óbitos de intoxicações exógenas acidentais e autoprovocadas e relacionadas ao trabalho, por agrotóxicos, metais pesados, produtos de uso domiciliar, produtos químicos, alimentos, raticidas e produtos veterinários.</p>
<p>Fomentar o reconhecimento e a identificação dos potenciais riscos e impactos à saúde dos trabalhadores, às comunidades e ao meio ambiente, advindos das atividades produtivas do território.</p>
<p>Estimular a notificação das doenças e agravos relacionados ao trabalho no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).</p>
<p>Divulgar o Caderno de Atenção Básica e Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora para contribuir na qualificação do cuidado à saúde dos trabalhadores(as).</p>
<p>Fortalecer a Linha de Cuidado em Saúde Mental com o fomento à implantação de serviços que garantam a diversificação das estratégias do cuidado.</p>
<p>Fomentar a implantação e ampliação da oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS.</p>
<p>Fortalecer a agenda relacionada às Dant, bem como aos fatores de risco e de proteção, em conselhos, comitês e grupos técnicos setoriais e intersetoriais.</p>



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

AÇÕES ESTRATÉGICAS POR FATOR DE PROTEÇÃO, FATOR DE RISCO E DOENÇA E AGRAVO NÃO TRANSMISSÍVEL	
Álcool	Fortalecer a articulação entre as redes de atenção à saúde e redes de proteção social, promovendo e qualificando ações voltadas para as pessoas e seus familiares que sofrem os impactos do uso prejudicial do álcool, principalmente nas populações em situação de iniquidade.
	Elaborar, mapear e divulgar estratégias de promoção da saúde e prevenção do consumo problemático do álcool na população.
	Promover ações educacionais na rede pública de ensino, voltadas para a prevenção do uso do álcool, no contexto do Programa Saúde na Escola.
	Apoiar estudos sobre a relação entre o uso de álcool e direção, assim como iniciativas integradas e intersetoriais para a redução de sinistros de trânsito envolvendo o uso de álcool.
Tabaco	Apoiar e divulgar campanhas de conscientização para prevenção à iniciação do uso de produtos derivados do tabaco.
	Intensificar estratégias intersetoriais de promoção da saúde, prevenção e estímulo à cessação do uso de produtos derivados de tabaco.
	Ampliar o acesso ao tratamento da pessoa tabagista.
	Fortalecer as ações de prevenção de doenças e agravos em trabalhadores que atuam na plantação de fumo.
	Promover ambientes livres de tabaco nos municípios.
Alimentação	Fomentar e incentivar a criação de ambientes saudáveis nos territórios.
	Fomentar ações intersetoriais para a promoção, proteção e apoio à alimentação adequada e saudável
	Apoiar a implementação do Guia Alimentar para a População Brasileira.
	Fortalecer ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e a alimentação complementar adequada e saudável, segundo as recomendações do Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos.



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

	<p>Ampliar o número de unidades de saúde certificadas pela EAAB.</p> <p>Apoiar a implementação dos protocolos de uso do Guia Alimentar para a População Brasileira na orientação individual, conforme condições de saúde e ciclos de vida.</p> <p>Fortalecer a Vigilância Alimentar e Nutricional na APS.</p> <p>Fortalecer a realização de orientações alimentares para prevenção de doenças e agravos relacionados à má alimentação no âmbito da APS.</p> <p>Investir em processos de capacitação e atualização para instrumentalizar os profissionais de saúde para o aconselhamento dos usuários para a alimentação adequada e saudável.</p> <p>Apoiar e incentivar a promoção de estratégias e iniciativas que aproximem produtores locais de alimentos saudáveis e consumidores do território.</p> <p>Promover a alimentação adequada e saudável à população em publicações oficiais impressas e digitais (boletins, informes, notícias nas redes sociais, entre outros) e em meios de comunicação.</p>
Práticas Corporais e Atividade Física	<p>Incentivar a criação de ambientes saudáveis no trabalho, na escola, na comunidade e em outros espaços, bem como nos serviços de saúde no âmbito do SUS.</p> <p>Fomentar ações intersetoriais para a promoção e apoio às práticas corporais e atividade física</p> <p>Promover ações de educação, aconselhamento e oferta de serviços voltados à atividade física no lazer.</p> <p>Implementar e disseminar o Guia de Atividade Física para a População Brasileira para promoção da atividade física, conforme condições de saúde e fase do ciclo da vida.</p> <p>Incluir a divulgação de práticas corporais e atividade física à população em publicações oficiais impressas e digitais (boletins, informes, notícias nas redes sociais, entre outros) e em meios de comunicação.</p> <p>Investir em processos de capacitação e atualização para instrumentalizar os profissionais da APS para o aconselhamento dos usuários para a prática de atividade física e benefícios à saúde por meio presencial ou teleducação (ex.: webinários,</p>



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

	<p> cursos on-line, comunidade de práticas, podcast).</p>
	<p> Realizar iniciativas de educação permanente para os profissionais da APS para construir competências no desenvolvimento de atividades físicas adequadas para populações específicas, como por exemplo idosos e pessoas com deficiências.</p>
	<p> Monitorar a prevalência de atividade física na população adscrita e propor ações para seu aumento gradativo.</p>
	<p> Subsidiar a implantação e implementação de programas de incentivo à atividade física e redução do comportamento sedentário na comunidade.</p>
Poluição Atmosférica	<p> Articular intersetorialmente para fortalecer iniciativas de mobilidade ativa, segura, saudável e sustentável nos municípios e promover a interlocução de modos de deslocamento garantindo a sustentabilidade e a segurança.</p>
	<p> Articular com setores dos governos federal, estadual e municipal a inclusão de pontos voltados às calçadas saudáveis, mobilidade segura, saudável e sustentável, sinalização inteligente e espaços de lazer arborizados nas diretrizes de elaboração dos Planos Diretores das Cidades.</p>
	<p> Fortalecer o VIGIAR na perspectiva de prevenção de DCNT e promoção de cidades/territórios inteligentes, saudáveis e sustentáveis.</p>
	<p> Promover articulação local para inserção de ações de vigilância em saúde e qualidade do ar nos instrumentos de planejamento e gestão do SUS.</p>
Doenças crônicas não transmissíveis	<p> Realizar campanha estadual sobre os fatores de proteção para os cânceres mais prevalentes e passíveis de prevenção.</p>
	<p> Realizar oficina de multiplicadores para a promoção de práticas alimentares saudáveis, atividade física e prevenção do câncer.</p>
	<p> Aperfeiçoar o rastreamento do câncer do colo do útero e evoluir do modelo oportunístico para o modelo organizado, com garantia da qualidade do exame, de confirmação diagnóstica, do tratamento de lesões precursoras, com seguimento de acordo com as diretrizes nacionais e a referência dos casos confirmados de câncer para o nível terciário.</p>
	<p> Aperfeiçoar o rastreamento do câncer de mama e evoluir do</p>



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

	<p>modelo oportunístico para o modelo organizado, com controle de qualidade da mamografia, confirmação diagnóstica e encaminhamento tempestivo dos casos confirmados de câncer para o nível terciário.</p>
	<p>Implementar estratégias de formação dos profissionais de saúde da APS para a detecção precoce dos cânceres passíveis de rastreamento (colo do útero e de mama) e diagnóstico precoce (câncer de mama, pele, boca, próstata e colorretal).</p>
	<p>Estimular e ampliar a notificação de câncer relacionado ao trabalho no Sinan.</p>
	<p>Apoiar os municípios para ampliar a cobertura da vacina contra o HPV.</p>
	<p>Estimular o diagnóstico precoce do diabetes mellitus (DM) para início precoce do tratamento, diminuindo o avanço das complicações relacionadas à doença.</p>
	<p>Qualificar os profissionais do atendimento pré-hospitalar, de urgência e de emergência para identificação e atendimento ao acidente vascular encefálico (AVE) e infarto agudo do miocárdio (IAM).</p>
	<p>Trabalhar a implementação da Linha de Cuidado às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade e demais estratégias que induzam a organização do processo de trabalho na Rede de Atenção à Saúde, coordenado pela APS</p>
	<p>Qualificar o cuidado voltado à criança e ao adolescente com obesidade</p>
	<p>Promover a identificação precoce do excesso de peso e o tratamento oportuno e adequado em todas as fases do ciclo da vida</p>
Acidentes	<p>Fortalecer a articulação intra e intersetorial para a promoção da saúde, da cultura de paz no trânsito e da mobilidade sustentável por meio da Comissão Estadual Intersetorial de Prevenção de Acidentes e Segurança no Trânsito.</p>
	<p>Manter a articulação intersetorial para o fornecimento de dados necessários às análises de sinistros de trânsito quanto a fatores e condutas de risco nos municípios que executam a metodologia do Projeto Vida no Trânsito</p>
	<p>Estimular a implantação e implementação nos municípios da estratégia baseada na metodologia do Projeto Vida no Trânsito.</p>



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEISPARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

	<p>Promover e apoiar ações de educação permanente, campanhas e eventos sobre Promoção da Saúde, promoção da cultura de paz no trânsito, prevenção de sinistros no trânsito, Mobilidade Sustentável e Segura, bem como contribuir para a implantação e implementação de estratégias que abordem os Sistemas Seguros, tais como Visão Zero, Ruas Calmas entre outros.</p>
	<p>Elaborar, apoiar e divulgar informações e análises epidemiológicas sobre sinistros de trânsito.</p>
	<p>Promover e incentivar a realização de campanhas de prevenção de quedas, em especial de idosos, em todos os pontos da RAS.</p>
	<p>Incluir a prevenção de quedas, especialmente de idosos, nas ações de educação permanente em saúde.</p>
	<p>Capacitar as equipes de saúde para a identificação e manejo do idoso em risco de quedas.</p>
Violências	<p>Promover, incentivar e apoiar ações de educação permanente, campanhas educativas e eventos sobre Promoção da Cultura de Paz, Atenção às Pessoas em Situação de Violências, Prevenção e Vigilância de Violências direcionadas aos gestores e profissionais que atuam na RAS.</p>
	<p>Fortalecer a articulação intra e intersetorial para a promoção da saúde e da cultura de paz por meio da estratégia do Núcleo Estadual de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e da Cultura de Paz (Núcleo de Paz).</p>
	<p>Elaborar, apoiar e estimular campanhas, conteúdos digitais e materiais gráficos sobre temáticas de prevenção do suicídio, comportamento autolesivo, da estigmatização e da discriminação às pessoas com condições de saúde mental.</p>
	<p>Incluir ações relacionadas à prevenção do suicídio e comportamento autolesivo na linha guia cuidado em saúde mental na RAS</p>
	<p>Realizar visitas técnicas nas regiões de saúde do Estado, visando o suporte técnico quanto à implantação e fortalecimento de estratégias prioritárias com foco na qualificação das ações de vigilância em saúde e atenção às pessoas em situação de violência.</p>
	<p>Apoiar os profissionais e gestores da RAS para a elaboração e/ou atualização, implantação e implementação dos fluxos e</p>



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

	<p>protocolos de atendimento às pessoas em situação de violência.</p>
	<p>Articular e elaborar proposta de programa de incentivo financeiro estadual para a implantação e implementação de Serviços de Referência para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual.</p>
	<p>Elaborar e implantar a Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde das Pessoas em Situação de Violência no Paraná.</p>
	<p>Promover e apoiar ações de educação permanente em saúde com foco na qualificação do banco de dados de violência interpessoal e autoprovocada do Paraná, direcionadas aos profissionais de saúde que atuam na vigilância das violências, bem como aos profissionais da rede intersetorial que atuam com a temática.</p>
	<p>Elaborar e divulgar material educativo, didático, audiovisual (vídeo aula, folder, cartilhas, outros) para divulgação nas mídias e redes sociais com foco na promoção da saúde, cultura de paz e enfrentamento à violência, em parceria com outras instituições que atuam com a temática.</p>
	<p>Divulgar e desenvolver estratégia para a implantação em âmbito estadual do Manual de Qualificação e Sistematização da metodologia de Cálculo dos Principais Indicadores de violência interpessoal e autoprovocada, com o intuito de proporcionar suporte aos profissionais e serviços de saúde com foco nos processos de trabalho de análise do perfil epidemiológico, tendência e comportamento do fenômeno.</p>
	<p>Estimular a implantação e implementação dos Núcleos de Paz, para a prevenção das violências, promoção da saúde e da cultura de paz.</p>
	<p>Elaborar o Plano Estadual Intersetorial de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e da Cultura de Paz.</p>
	<p>Incentivar e apoiar campanhas educativas de prevenção das violências e promoção da saúde e da cultura de paz.</p>



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

5. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O planejamento em saúde é um processo contínuo e composto por etapas, que permitem definir um direcionamento a ser seguido, conjugando teorias, procedimentos e técnicas, na busca por concretizar objetivos e aperfeiçoar o processo de tomada de decisão. O monitoramento e a avaliação são processos complementares entre si e precisam estar vinculados aos instrumentos de planejamento em saúde¹⁰¹.

O monitoramento consiste numa ação contínua, sistemática e frequente de análise de metas e ações, que busca obter informações para verificar e dimensionar o alcance dos objetivos propostos no planejamento, identifica mudanças e promove os ajustes necessários. É um requisito essencial para proceder com a avaliação. Por sua vez, a avaliação, implica na busca de evidências para fazer julgamento da intervenção proposta, aprofunda a análise e investiga as hipóteses geradas no monitoramento, ampliando a compreensão sobre o processo¹⁰¹.

Na esfera do SUS o acompanhamento e a avaliação das ações, necessitam ser efetuadas de maneira individual e conjunta entre os entes municipal, estadual, e as regiões de saúde de referência segundo nível de governança.

O alcance das metas e a execução das ações propostas neste Plano serão monitoradas e avaliadas periodicamente, a partir da elaboração de relatórios anuais e bianuais. O resultado do monitoramento e da avaliação subsidiará possíveis alterações e adaptações que se fizerem necessárias no decorrer do período de duração deste Plano na busca pelo efetivo alcance de sua finalidade.



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

6. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano Estadual de Dant apresenta um recorte estratégico da agenda estadual para enfrentamento de doenças crônicas e agravos não transmissíveis, na busca por impactar positivamente sobre os indicadores de morbimortalidade dessas condições e projetar esforços para proporcionar qualidade de vida e bem-estar à população paranaense.

Apresenta grande potencial para orientar e apoiar o planejamento em saúde e a organização de processos de trabalho, a partir da construção de competências profissionais, atuação em rede e integração entre as áreas da promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, atenção integral e vigilância em saúde.

Este Plano fortalece a agenda de trabalho do estado na medida em que dialoga com as demais políticas de saúde existentes no país, além de normativas e acordos nacionais e internacionais. Além disso, foi planejado em consonância com as metas, indicadores e ações previstas no Plano Nacional de Dant 2021-2030.

Portanto, trata-se de um potente instrumento técnico e de gestão capaz de subsidiar o planejamento das ações de saúde para enfrentamento dessas doenças e agravos no Paraná, com responsabilidades compartilhadas entre o estado e seus 399 municípios de abrangência.



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

7. REFERÊNCIAS

- 1 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- 2 BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2020/2021. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Uma análise da situação de saúde e qualidade da informação. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigilancia/saude_brasil_2020_2021_situacao_saude_web.pdf/view>. Acesso em: 21/09/2022.
- 3 MINAYO, M.C.S. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política estadual de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2008/Ago). [Citado em 17/08/2022]. Está disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/analise-da-implantacao-da-rede-de-atencao-as-vitimas-de-acidentes-e-violencias-segundo-diretrizes-da-politica-estadual-de-reducao-da-morbimortalidade-sobre-violencia-e-saude/2561?id=2561&id=2561>.
- 4 PARANÁ. Secretaria da Saúde. Divisão de Promoção da Cultura de Paz e Ações Intersetoriais. Protocolo de Atenção Integral à Saúde das Pessoas em Situação de Violência Sexual: Abordagem Multidisciplinar. Curitiba, 2021. ISBN: 9786587895031. Disponível em: <https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriva-sesa@64cd669f-b84a-4d9a-aeb8-99ec17e257a9&emPg=true>
- 5 SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. Boletim ISA Capital 2015, nº 15, 2018: Violência na cidade de São Paulo. São Paulo: CEInfo, 2018, 29 p. disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ISA_2015_VI.pdf
- 6 SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde Mental. São Paulo, Hospital Israelita Albert Einstein/Ministério da Saúde, 2021. 40 p.



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

- 7 SÃO PAULO. Boletim: Tendência Temporal de Fatores de Risco e Proteção para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis - VIGITEL 2006 – 2017. São Paulo, 2019. Disponível em:
https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/boletim_vigitel_dant.pdf
- 8 BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT). Apresentação: 2ª Reunião da CGDANT com as Coordenações Estaduais de DANT em 28 de julho de 2022. Brasília, 2022b.
- 9 SILVA. RM. et al. Planejamento, Gestão e Avaliação nas Práticas de Saúde. 1ª Edição. [livro eletrônico], ISBN: 978-85-7826-322-5. Fortaleza - Ceará, 2015. Disponível em: <http://www.uece.br/eduece/wp-content/uploads/sites/88/2013/07/PLANEJAMENTO-GESTAO-E-AVALIACAO-NAS-PRATICAS-DE-SAUDE-EBOOK-548pg.pdf>
- 10 ROMA, JC. Os objetivos de desenvolvimento do milênio e sua transição para os objetivos de desenvolvimento sustentável. Cienc. Cult. v.71, n.1, 2019. Disponível em
<http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252019000100011>. Acesso em 02/02/2023.
- 11 NAÇÕES UNIDAS. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil. Disponível em <<https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>>. Acesso em: 20.11.2022
- 12 INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. Ministério da Economia. Caderno ODS 3: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. 2019
- 13 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Estimativas da população. Disponível em
<<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>>. Acesso em: 03/02/2023.
- 14 INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL – IPARDES. Paraná em perspectiva. Paraná, 2019. Disponível >https://www.ipardes.pr.gov.br/sites/ipardes/arquivos_restritos/files/documento/2020-11/PARANA%20EM%20PERSPECTIVA_2019_20.pdf>. Acesso em 02/02/2023.
- 15 BRASIL. Decreto nº 6.040, de 07 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 07/02/2007.
- 16 GRUPO DE TRABALHO CLÓVIS MOURA. Relatório do Grupo de Trabalho Clóvis Moura: 2005-2010. – Curitiba, PR: GTCM, 2010.



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEISPARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

- 17 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014, altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- 18 BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 23/12/2009.
- 19 INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION (IHME). University of Washington, 2022. Disponível em https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/Projects/GBD/GBD-2019-News-Release_Portuguese.pdf. Acesso em 21/11/2022.
- 20 PARANÁ. Secretaria da Saúde. Divisão de Promoção da Cultura de Paz e Ações Intersetoriais. Manual de orientação: Implantação e Implementação do Núcleo de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e da Cultura de Paz (Núcleo de Paz) no Paraná. Curitiba, 2022. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-04/1a_edicao_manual_de_implantacao_nucleos_de_paz_2022.pdf. Acesso em: 21/11/2022.
- 21 SÃO PAULO. Resolução nº 53/243. Declaração e Programa de Ação sobre uma Cultura de Paz. São Paulo, 1999. Disponível em http://www.comitepaz.org.br/dec_prog_1.htm. Acesso em 04/11/2022.
- 22 Belga apud PARANÁ, 2022, p. 12. Caderno do Curso de Capacitação em Metodologia do Programa Vida no Trânsito/PR (PVT) – Vida No Trânsito/PR.
- 23 HOFFMANN, Maria Helena; CRUZ, Roberto Moraes e ALCHIERI, João Carlos. Comportamento Humano no Trânsito. São Paulo: Casa do psicólogo, 2003.
- 24 PARANÁ. Comissão Estadual Intersetorial de Prevenção de Acidentes e Segurança no Trânsito do Paraná – Vida no Trânsito PR. Nota Técnica nº 01/2021 – Motociclistas. Curitiba, 2021.
- 25 ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. Reunião Nacional de Atores em Segurança Viária: Encaminhando os compromissos do Brasil para a 2ª Década de Ação (Relatório do Evento). Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2022.
- 26 MORAES, MA; BERNARDINIS, M.A.P. Crítica, mitigação e planejamento: análise da PNMU/2012. Revista Nacional de Gerenciamento de Cidades, v. 08, n. 59, p. 117 – 137, 2020.



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

- 27 BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Vida no Trânsito. Brasília: Ministério da Saúde, Universidade Federal de Goiás, 2017.
- 28 WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Who Global report on falls prevention in older age. France: WHO, 2007. P. 47.
- 29 WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Step Safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course. Geneva: World Health Organization; 2021.
- 30 MONTEIRO-ODASSO M, VAN DER VELDE N, MARTIN FC et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. Age and Ageing 2022 Sep;51(9):1-30.
- 31 WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Who Global report on falls prevention in older age. France: WHO, 2007. P. 47.
- 32 LEITÃO SM, et al. Epidemiology of falls in older adults in Brazil: an integrative literature review. Geriatr Gerontol Aging. 2018;12(3):172-9 DOI: 10.5327/Z2447-211520181800030
- 33 WINGERTER DG et al. Mortalidade por queda em idosos: uma revisão integrativa. Revista Ciência Plural 2020; 6(1):119-36.
- 34 LUSARDI ML, FRITZ S, MIDDLETON A. Determining Risk of Falls in community dwelling older adults: A Systematic Review and Meta-analysis using Posttest Probability. J Geriatr PhysTher 2017;40(1):1-36.
- 35 PHELAN EA. et al. Assessment and management of fall risk in primary care settings. Med Clin North Am 2015; 99(2):281-93.
- 36 BURNS ER, Kakara R, Moreland B. A CDC Compendium of Effective Fall Interventions: What Works for Community-Dwelling Older Adults. 4th ed. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, 2022.
- 37 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde do Trabalhador e da trabalhadora. Cadernos de Atenção Básica, nº 41. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIxOA==>. Acesso em: 21/10/2022.
- 38 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo XV. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT).
- 39 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n.º 03/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo I do Anexo VII. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências Portaria MS/GM



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

- n.º 737 de 16 de maio de 2001.
- 40 BRASIL. Ministério da Saúde. VIVA Instrutivo Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada. 2ª Edição. Brasília/DF. 2016.
 - 41 BRASIL. Lei nº 13.819, de 26 de Abril de 2019. Institui a Política nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29/04/2019.
 - 42 BRASIL, Ministério da Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Boletim Epidemiológico 2021; 33:1-10
 - 43 CARDOZA, L. M. S.; SANTOS, D. S.; HOFELMANN, D. A. Caracterização dos pontos de venda de bebidas alcoólicas no entorno de escolas estaduais. Ciência & Saúde Coletiva, 26(Supl. 3):4813-4822, 2021. DOI: 10.1590/1413-812320212611.3.35402018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qtYRv8BFTWDwhTkmMCxkzRm/?format=pdf&lang=pt> Acesso: 30/09/2022.
 - 44 SOUZA, T.O.D. et al. Análise da correlação entre fatores socioeconômicos, sanitários, demográficos e óbitos por homicídio Bahia, Brasil, 2013-2015. Revista Brasileira de Enfermagem, 73, 2020.
 - 45 BRASIL. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Edição 2022. Disponível em <<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/06/anuario-2022.pdf?v=5>>. Acesso: 28/09/2022.
 - 46 ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC). Estudo Global sobre Homicídios. 2019
 - 47 CERQUEIRA, D. et al. Atlas da Violência 2021. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública - FBSP, 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/5141-atlasdaviolencia2021completo.pdf> c
 - 48 CERQUEIRA, D., MOURA, R. L. de. Demografia e homicídios no Brasil. In: CAMARANO, A. A. (Org.). Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: Ipea, 2014, p. 355-373. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_regime_demografico.pdf.> Acesso em: 17/11/2022.
 - 49 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

- 50 NETO, C.H. A. Autolesão sem intenção suicida e sua relação com ideação suicida. Tese para obtenção de grau de Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura. Universidade de Brasília – Brasília/DF. 2019.
- 51 BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. Psicologia USP. São Paulo, 2014 Disponível <https://www.scielo.br/j/pusp/a/HBQQM7PGMRLfr76XRGVYnFp/abstract/?lang=pt>. Acesso:28/09/2022.
- 52 PARANÁ. Resolução SESA nº 228 de 07 de abril de 2017. Institui a Política de Promoção da Saúde no Estado do Paraná e as estratégias para sua implementação, nos termos desta Resolução. Curitiba, 2017.
- 53 MINAYO, M.C.S., and BAHIA, C. Suicídio no Brasil: mortalidade, tentativas, ideação e prevenção. In: NJAINE, K., ASSIS, S.G., CONSTANTINO, P., and AVANCI, J.Q., eds. Impactos da Violência na Saúde [online]. 4th ed. updat. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2020.
- 54 ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. Vivir La vida: Guía de aplicación para La prevención Del suicídio em los países. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021.
- 55 FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde. Subsídios para Diretrizes para Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras da Fumicultura / Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde. — Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, ENSP, CETAB, 2022. 82 p.
- 56 GONCALVES, L.R.C.; GONCALVES, E.; OLIVEIRA JUNIOR, L.B. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. Nova Economia, v. 21, n. 2, p. 281-316, 2011.
- 57 BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Boletim Epidemiológico 2021; 33:1-10.
- 58 ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis nas Américas: Considerações sobre o fortalecimento da capacidade regulatória. Documento de Referência Técnica REGULA. Washington, DC ; OPAS, 2016.
- 59 INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. 6ª ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2020
- 60 INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

- INCA. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019.
- 61 INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Câncer de mama, 2022. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>>. Acesso em 20/12/2022.
- 62 INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. Câncer do colo do útero, 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/colo-do-utero>>. Acesso em 20/12/2022.
- 63 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde: instrutivo para profissionais e gestores. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- 64 BARROSO WKS, RODRIGUES CIS, BORTOLOTTI LA, MOTA-GOMES MA, BRANDÃO AA, FEITOSA ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2021; vol.116, n.3, pg.516-658.
- 65 BRASIL. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020.
- 66 BRASIL. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. Brasília: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019. 491 p. ISBN: 978-85-93746-02-4.
- 67 INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION – IDF. The Diabetes Atlas 10th Edition Reports. 2022.
- 68 BEAGLEY J. et al. Global estimates of undiagnosed diabetes in adults. Diabetes Res ClinPract 2014. Disponível em <[https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227\(13\)00384-7/fulltext](https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227(13)00384-7/fulltext)>. Acesso em 17/04/2023.
- 69 GBD CHRONIC RESPIRATORY DISEASE COLLABORATORS. Prevalence and attributable health burden of chronic respiratory diseases, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. Lancet Respir Med. v. 8, n 6, p. 585-596, 2020.
- 70 GOULART F A A. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- 71 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno de



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

- Atenção Básica nº 25 Doenças Respiratórias Crônicas, Brasília-DF, 2010. Disponível em <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_respiratorias_cronicas.pdf>. Acesso em 20/02/2023.
- 72 BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Portaria nº 53, de 11 de novembro de 2020. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas: Sobrepeso e Obesidade em Adultos. Brasília, novembro 2020.
- 73 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2ª. ed. Brasília: [s. n.], 2014. 158 p.
- 74 UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Alimentação Infantil: Prevalência de indicadores de alimentação de crianças menores de 5 anos: ENANI 2019. - Documento eletrônico. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021. 135 p.. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>. Acesso em: 30.09.2022.
- 75 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Brasil). Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2019. Brasil: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html?edicao=31442&t=resultados>. Acesso em: 24 ago. 2022.
- 76 FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ- FIOCRUZ Painel de Indicadores de Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde: 2019. Brasil: FIOCRUZ, 2021. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/painel-de-indicadores-mobile-desktop/>. Acesso em: 24 ago. 2022.
- 77 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Manual de Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: [s. n.], 2021b. 66 p. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjA1Nw==>. Acesso em: 24 set. 2021.
- 78 BRASIL. Portaria Conjunta nº10, de 16 de abril de 2020. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo. 2020.
- 79 INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. Crianças, adolescentes e jovens: a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o tabagismo uma doença pediátrica, pois a maioria dos fumantes se torna dependente até os 19 anos. Disponível em <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/causas-e-prevencao-do-cancer/tabagismo/criancas-adolescentes-e-jovens>. Acesso 03/02/2023.
- 80 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

- Transmissíveis. Brasília; Ministério da Saúde; 2022. 127 p.
- 81 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico: Morbidade referida e autoavaliação de saúde. Brasília; Ministério da Saúde; 2022. 55 p.
- 82 BRASIL. A Convenção-Quadro da OMS para Controle do Tabaco (CQCT/OMS) é o primeiro tratado internacional de saúde pública da história da Organização. Disponível em <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/causas-e-prevencao-do-cancer/tabagismo/controlado-tabaco-no-brasil>>. Acesso em 03/02/2022.
- 83 INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Secretaria Executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Rio de Janeiro: Inca, 2015. 59 p.
- 84 GLOBAL BURDEN OF DISEASE - GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. 2018.
- 85 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- 86 ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. The SAFER technical package: five areas of intervention at national and subnational levels. 2019.
- 87 CARVALHO, NEWTON et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo papilomavírus humano (HPV). Epidemiol.Serv.Saúde, v.30, Brasília, 2021.
- 88 ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. HPV e Câncer de Colo de Útero, 2023. Disponível em <https://www.paho.org/pt/topicos/hpv-e-cancer-do-colo-do-uterio>. Acesso em 04/05/2023.
- 89 BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Brasília, Boletim Epidemiológico, v. 54, n. 2, p. 19-23, Fev. 2023.
- 90 BRASIL. Ministério da Saúde. Vacina contra o HPV: a melhor e mais eficaz forma de proteção contra o câncer de colo de útero. 2022. Disponível em <<https://bvsm.sau.gov.br/>>. Acesso em 02/02/2023.
- 91 BRASIL. Ministério da Saúde, Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações/Departamento de Imunização e Doenças



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Transmissíveis/Secretaria de Vigilância em Saúde, Julho de 2022.

- 92 INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. Ministério da Saúde. Poluição do ar: Conheça as principais fontes de poluição do ar, os efeitos à saúde e as medidas de controle. Disponível em <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/causas-e-prevencao-do-cancer/exposicao-no-trabalho-e-no-ambiente/poluentes/poluicao-do-ar>>. Acesso em 20/02/2023.
- 93 WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Ten threats to global health in 2019. WHO. Geneva, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>. Acesso em: 23 nov. 2022.
- 94 WORLD HEALTH ORGANIZATION. 9 out of 10 people worldwide breathe polluted air, but more countries are taking action. WHO. Geneva, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/detail/02-05-2018-9-out-of-10-people-worldwide-breathe-polluted-air-but-more-countries-are-taking-action>. Acesso em: 23 nov. 2022.
- 95 ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Novas diretrizes da OMS sobre qualidade do ar reduzem valores seguros para poluição. Nações Unidas Brasil. Brasília, 2021. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/145721-novas-diretrizes-da-oms-sobre-qualidade-do-ar-reduzem-valores-seguros-para-poluicao>. Acesso em: 23 nov. 2022.
- 96 SALES, Luiz Belino Ferreira et al. Impacto da poluição atmosférica na mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil de 2006 e 2016. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Brasil 2018: uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, 2019. 424 p. cap. 15, p. 307-332. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_saude_doencas_agravos_cronicos_desafios_perspectivas.pdf. Acesso em: 23 nov. 2022.
- 97 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília, 2019. 265 p.
- 98 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 54 p.
- 99 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO); SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. Manifesto Obesidade: Cuidar de Todas as Formas. [S. l.], 11 mar. 2021b. Disponível em: <https://abeso.org.br/manifesto-obesidade-cuidar-de-todas-as-formas/>. Acesso em: 6 out. 2021.



2023 - 2030

PLANO ESTADUAL DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO
DE DOENÇAS CRÔNICAS E
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

PARANÁ 
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

- 100 BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde- PNPS. Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília, 2018.
- 101 BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Proposta de Planejamento Monitoramento e Avaliação Base teórica e Oficina SEINSF/NEMS. 2018. Disponível em: <https://projetonems.paginas.ufsc.br/files/2018/08/Caderno.pdf>. Acesso em: 05.12.2022.



PARANÁ 
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

ISBN 978-85-66800-37-1



9 788566 800371

www.saude.pr.gov.br