

MORTES PREMATURAS DE ADULTOS POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: ANÁLISE ESTATÍSTICA E DE COBERTURA A ATENÇÃO BÁSICA

PREMATURE DEATHS OF ADULTS FROM CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES: STATISTICAL ANALYSIS AND COVERAGE OF PRIMARY CARE

DOI 10.5281/zenodo.13376777

Amanda Maria Filgueira da Silva¹

Ana Julia Santos Duarte²

Karla da Cruz Silva³

Estéfano de Lira Fernandes⁴

Estela Maris de Lira Fernandes⁵

RESUMO

A morte prematura constitui os óbitos ocasionados antes do período estimado da expectativa de vida do indivíduo brasileiro, sendo classificada pelo Ministério da Saúde, entre 30 e 69 anos. Com isso, o estudo analisa dados estatísticos de 2016 a 2021, a fim de avaliar as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) mais predominantes por gênero, além de realizar uma análise se o Brasil está sendo eficaz para a redução destas mortes. Para a coleta de dados, foram utilizados como fonte de pesquisa estudos publicados na *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), além destes também foi utilizado o site do: Ministério da Saúde, bem como uma análise documental secundária no: Departamento online de Informação do SUS (DATASUS). Entre os principais resultados aponta-se: a) o número de óbitos prematuros anuais por DCNT; b) as mortes prematuras por divisões; c) o número de óbitos por faixa etária, sexo, localização e de forma geral; d) análise de indicadores do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB). Conclui-se que, para evitar agravos por fatores de risco modificáveis, a APS deve implantar medidas profiláticas de educação em saúde da população, para mais autonomia na tomada de decisões.

Palavras-chave: morte prematura; indicadores de saúde; cobertura da atenção básica.

ABSTRACT

Premature death is a death occurring before the estimated time period of a Brazilian individual's life expectancy, classified by the Ministry of Health as between 30 and 69 years. With this, the study analyzes statistical data from 2016 to 2021, in order to evaluate the most predominant Chronic Non-Communicable Diseases (NCDs) by gender, in addition to carrying out an analysis of whether Brazil is being effective in reducing these deaths. For data collection, studies published in the Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and Virtual Health Library (VHL) were used as a research source, in addition to these, the website of the Ministry of Health was also used, as well as a secondary documentary analysis at: SUS online

¹ Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Presidente Prudente. E-mail: filgueiraamanda61@gmail.com

² Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Presidente Prudente. E-mail: anajuliaduarte@gmail.com

³ Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Presidente Prudente. E-mail: karlacruz2424@gmail.com

⁴ Mestre em Promoção da Saúde, graduado em Medicina pela Universidade do Oeste Paulista. E-mail: estefanoestela@gmail.com

⁵ Especialista em Docência e Gestão na Educação Superior, graduada em Enfermagem pela Universidade de Marília (UNIMAR). E-mail: estelamarisenf@gmail.com

Department of Information (DATASUS). Among the main results are: a) the number of annual premature deaths due to NCDs; b) premature deaths due to divisions; c) the number of deaths by age group, sex, location and in general; d) analysis of indicators from the Primary Care Health Information System (SISAB). It is concluded that, to avoid injuries due to modifiable risk factors, PHC must implement prophylactic health education measures for the population, for more autonomy in decision-making.

Keywords: premature death; health indicators; primary care coverage.

1 INTRODUÇÃO

A morte prematura induz à reflexão sobre uma morte anterior ao período de tempo estimado na expectativa de vida do indivíduo brasileiro, sendo classificada pelo Ministério da Saúde, como óbitos entre 30 a 69 anos, aqueles que afetam, portanto, a adultos e idosos. A partir desses números, Faria (2019) conclui que esses óbitos prematuros são ocasionados em grande maioria por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em todo o Brasil, mas, sabemos ainda que atrás destas doenças há uma gravidade e magnitude global.

De acordo com a cartilha do Ministério da Saúde, *o Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis* (2021), essas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são classificadas como: doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), neoplasias, além de acidentes e violências, ou seja, tudo que pode de fato agravar ao indivíduo de modo não transmissível.

Tais doenças são ocasionadas, na grande maioria das vezes, por hábitos modificáveis, como, uma alimentação balanceada, a diminuição do sedentarismo, com a prática no segundo de atividades físicas, além da diminuição e de preferência cessação do alcoolismo, tabagismo e automedicação, sendo estes os agravos e fatores de riscos associados e quanto aos não modificáveis temos a idade, raça e sexo como os mais prevalentes (Brasil, 2021).

Para Malta (2019), a temática deve ser abordada já que esta ocasiona grandes impactos econômicos negativos tanto do indivíduo que possui o agravo da DCNT, quanto por seus familiares e todos que estão à sua volta e dos quais o mesmo necessite. Isso porque as doenças causam o óbito de mais 41 milhões de pessoas no mundo anualmente, respondendo à cerca de 71% do número de óbitos gerais e no Brasil, aproximadamente à 70%.

Todavia, o trabalho busca responder às seguintes questões: como estão os índices estatísticos de morte prematura? O Brasil tem obtido políticas públicas eficazes para esta

diminuição das DCNT por meio da atenção básica? Conseguirá atingir suas metas de diminuição de 30% das DCNT até 2030?

Malta (2019) considera que o Brasil vem sofrendo mudanças em sua pirâmide etária, devido à diminuição do número de natalidade de cada casal, o que indica uma diminuição no número de crianças e adolescente, aumentando em contrapartida a diminuição da natalidade, a expectativa de vida de adultos e idosos, o que indiretamente propiciam ao aumento das DCNTs, sendo que estas são as duas faixas etárias mais afetadas por estas doenças anteriormente citadas, devido aos fatores de risco como as alterações fisiológicas de senescência e senilidade geram, devido aos débitos, os créditos ao longo da vida, sendo o primeiro relacionado a uma vida saudável plenamente e no segundo, um adulto/idoso não saudável em toda a sua vida.

Ao afirmar esses dados, Faria (2019) relata que o número elevado da expectativa de vida faz jus às decrescentes diminuições de patologias transmissíveis devido à informação, a vacinação, ao controle de saneamento básico, tratamento de água e esgoto, além dos cuidados com produtos de saúde da vigilância sanitária. Na contramão desse dado, houve um aumento nas taxas de doenças crônicas de maneira proporcional a queda da anterior como relata Malta no parágrafo anterior, sendo justificado devido aos processos de senescência e senilidade.

Tais patologias estão associadas não somente a fatores de hábitos não saudáveis, mas também, a fatores socioculturais, que atingem indivíduos das mais variadas camadas sociais e ainda mais aos grupos vulneráveis, como aqueles com situação de trabalho não adequada e/ou com baixa escolaridade e que possui menor acesso a informações e a serviços de saúde gerando falta de equidade (Cardoso *et al*, 2021).

Segundo Faria (2019), o mais preocupado com a temática em nível nacional é o Brasil desde que entrou em 2011 para cumprir metas internacionais da Organização das Nações Unidas (ONU) que vinham estimulando a criação de meios de fortalecer as políticas públicas, minimizando fatores de risco, prevenindo e controlando as DCNT. E como forma de atuação do último, foram criados os indicadores de saúde, com a finalidade de monitoramento, que, por sua vez, permitem atingir os *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável* (ODS), que são:

Reduzir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes em 2%”, “deter o crescimento da obesidade em adultos”, “aumentar a prevalência da prática de atividade física no tempo livre em 30%”, “aumentar o consumo recomendado de frutas e de hortaliças em 30%”, “reduzir o consumo de alimentos ultraprocessados”, “reduzir em 30% o consumo regular de bebidas adoçadas”, “reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%”,

“reduzir a prevalência de tabagismo em 40%”, “reduzir a mortalidade por DCNT atribuída à poluição atmosférica” (Brasil, 2021, p. 72).

Contudo, o indicador funciona pelo controle de óbitos no país, que nos permite observar as causas relacionadas às DCNTs, porém, esse indicador tem sofrido críticas diante da necessidade de melhoria nas Declarações de Óbito, de modo a facilitar o controle adequado de seus dados, evitando prejuízos na qualidade de informação da mortalidade do Sistema *online* de Informação de Mortalidade (SIM), que neste trabalho será utilizado (Brasil, 2021).

Com isso, em busca de meios para minimizar as taxas de óbitos, que em sua maioria é ocasionada por causas evitáveis, como diminuição de fatores de risco e hábitos saudáveis de toda a população, é de responsabilidade de todos os profissionais da saúde frisarem e também em todos os níveis de saúde, com um enfoque maior ao primário devido a sua área de abrangência a saúde maneiras de prevenir a saúde e minimizar as doenças. (Cardoso *et al*, 2021).

Além disso, as políticas estimulam os profissionais a promoverem saúde e minimizarem as doenças o Brasil participa como meio de auxiliar de favorecerem a estes profissionais de planos e programas a abordarem as temáticas, criando ainda por meio destas cartilhas e atuando nos *Planos de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis de 2021-2030* e também no anterior a ele o *Plano de DCNT e DANT de 2011-2022*. Ressalta assim, que tais planos abordam a temática e salientam a importância do cuidado com a saúde para a ampliação de um envelhecimento saudável com a diminuição da produção de produtos em geral que são nocivos à saúde.

Assim sendo, um novo plano instituído possui objetivo de: “Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, além de apoiar os serviços de saúde voltados às doenças crônicas” (Brasil, 2021, p. 10).

De qualquer forma, para se atingir os objetivos, os cuidados devem ser focados em uma abordagem com: promoção, vigilância, informação e monitoramento, além de cuidados longitudinais e se necessário com atividades de reabilitação. (Brasil, 2021).

Para Rodrigues (2017), o plano deverá nestes nove anos diminuir as DCNT até 2030 em 30%, decrescendo aos casos de: Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), HAS e outros agravos ocasionados por estas, que elevam as taxas de mortalidade em todo o mundo, principalmente aos mais carentes e vulneráveis, que devem ser atendidos de modo adequado de deter a estes males, ofertando-lhes cobertura e acesso à saúde.

Suplici (2021) reafirma que a atenção básica deve refletir sobre a criticidade que está envolvida a população da qual são responsáveis e, assim, observar quanto ao comportamento, modo de enfrentamentos, hábitos e tudo o que envolve como o citado anteriormente os hábitos saudáveis adequados e previsíveis à prevenção e à promoção de saúde, o que afeta diretamente para evitar estas DCNTs, observando sempre predisposições maiores de modo a diminuí-las cotidianamente até que se os cuidados se tornem rotina.

Portanto, torna-se necessário o controle para se evitar as desigualdades de acesso, como preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do seu princípio de equidade, que auxilia ao olhar também aos hábitos, chamados de determinantes de saúde de cada indivíduo e consequentemente grupo social por meio da observação dos: “Fatores sociais, econômicos, comportamentais, culturais e ambientais que estabelecem alguma relação com as condições de saúde de um indivíduo ou população” (Rodrigues, 2017, p.59).

Nesse contexto, segundo Faria (2019), a cobertura da atenção básica deve contribuir para formação de políticas públicas de saúde que envolvam as temáticas citadas nos ODS, ou seja, para diminuir a obesidade, como políticas que abordem questões de nutrição diretamente ligadas às condições e características das populações como no caso mais vulneráveis e carentes, ampliando ainda mais as academias de rua, com professores, por exemplo, estimulando a prática de atividades físicas de modo saudável e correto para que não prejudiquem suas funções do organismo com lesões e outros agravos. Assim, programas, palestras e ações do abandono ao cigarro, automedicação devem ofertar maior atendimento médico com continuidade para a manutenção a saúde, com diagnósticos e tratamentos também eficazes e rápidos de modo a evitar que estas doenças por nós aqui citadas tornem-se crônicas.

Rodrigues (2017) sugere e complementa a ideia de que os profissionais da saúde devam identificar aos indivíduos que mais necessitam de informações sobre estes fatores de risco onde para os autores, é tempo de agir, a fim de que consigamos protegê-los e impactá-los de modo saudável e em forma de bem-estar a estes.

Mas, para Malta (2019), deve-se ofertar a chamada de educação em saúde para a população, que pode ser dada através de informações sobre estes determinantes de renda, atividade física, trabalho, etnia e tudo que possa servir de agravo a fim de evitar as desigualdades e favorecer os princípios doutrinários do SUS, principalmente da equidade, sendo, portanto, necessário às investigações.

Faria (2019) demonstra o quão é importante este papel de educador da população, feito pelo trabalho da atenção primária a saúde e sobre ela a ação do enfermeiro, já que são

profissionais de maior proximidade do paciente, facilitando o vínculo e consecutivamente adesão. Além disso, seu olhar biopsicossocial facilita a redução das taxas de mortalidades podendo agir na gestão, orientação e realização de acompanhamento e aconselhamento sobre estilo e hábitos de vida saudáveis, bem como de acompanhar a sua clientela e população adstrita atendida.

De acordo com Suplici (2021), cabe tanto ao enfermeiro como ao médico notificarem corretamente durante suas consultas após diagnóstico médico às informações sobre as DCNT de maneira correta, para que assim consiga-se evitar que os dados de informações sejam incorretos e afetem posteriormente aos dados de mortalidade municipal, estadual e federal que forem gerados pelas DCNT, de fato, nas três esferas.

Logo, este estudo tem por objetivo refletir perante dados estatísticos e quantitativos encontrados no DATASUS, por meio de análise: quais são os índices de mortalidade prematura ocasionada por DCNT em Presidente Prudente, analisando ao painel de monitoramento de mortes prematuras por DCNT de 2016 a 2021, realizando comparativos entre os anos e os valores quantitativos de óbitos, além de avaliar se as políticas estão sendo atingidas as metas de diminuir as mortes prematuras por DCNT, analisando e observando quais as DCNT possuem maiores agravos e os potenciais de melhoria da atenção básica para com a temática.

2 MÉTODO

Este estudo apresenta uma pesquisa bibliográfica, já que avaliam dados já publicados e reconhecidos, de modo qualitativo, mas, é ainda uma pesquisa quantitativa, porque se trata de números elevados de investigação da população geral. E é classificada como um método indutivo, já que busca validar ou refutar a hipótese se está havendo ou não cobertura da atenção básica para diminuir as DCNT, com base no aumento dos índices avaliados no Departamento *online* de Informação do SUS (DATASUS).

Trata-se de um estudo do tipo é ecológico, ou também chamado de estatístico, com base de dados documentais já que busca dados secundários extraídos do Sistema online de Informação sobre Mortalidade (SIM), um sistema *online*, como dito, feito pelo Ministério da Saúde, para controle e acesso a informações para todos os brasileiros ou não, de modo gratuito, por meio de indicadores, permitindo acesso à população, trabalhadores e gestores de saúde. O período de escolha para a observação e análise desses dados foi de 2016 a 2021, para que

conseguíssemos observar um período anterior e menos crítico da pandemia da Covid-19, já que isso infere sobre os dados que se tornarão fonte desta pesquisa.

No primeiro momento, foram analisados o país Brasil, as suas regiões de modo geral, com enfoque maior sobre os valores do Sudeste, somente de modo breve, para demonstrar a problemática, posteriormente foram descritos valores de mortalidade prematura sobre as regiões geográficas do Estado de São Paulo e do município de Presidente Prudente.

A variável será a taxa de mortalidade prematura por DCNT. Um dos indicadores que avaliam o número de óbitos ocasionados por DCNT em faixa etária de 30 a 69 anos, que são consideradas assim, mortes prematuras e as doenças que mais afetam a estes indivíduos. No primeiro momento, também foram utilizados como fonte de dados artigos científicos e sites governamentais, como no primeiro o *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e a Biblioteca Virtual da Saúde (BVS); e no segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS).

Para o início da pesquisa, foram estudados artigos pra servir de conhecimento inicial, análise e comparação de dados que possuíam a temática proposta, assim foram utilizados os dos últimos 5 anos, sendo um de 2006, dois de 2009 e um de 2015. Quanto aos descritores foram: morte prematura; DCNT; indicadores de saúde; cobertura da atenção básica. Onde por meio destes conseguimos obter os dados, relacionado à temática, excluindo aqueles que não tinham relação ao assunto.

As variáveis independentes foram escolhidas de acordo com a temática e os próprios indexadores da plataforma do DATASUS, sendo o período já citado uma destas lacunas e dentre as outras temos: como áreas de abrangência o Brasil, São Paulo e Presidente Prudente, nos indicadores as neoplasias malignas (C00-C97), DM (E10-E14), doenças do aparelho circulatório (I00-I99) e respiratório (J30-J98) e em alguns casos quando para ser visto de modo geral sem especificações o indicador foi o número de óbitos totais, tendo em vista estes cinco indicadores, já que dentro de cada uma destas há ainda outras subdivisões.

Dentre as categorias de óbitos, houve a notificação de óbitos e por ocorrência oportuna em 30 dias, em locais gerais, ou seja, abrangendo estes em domicílio, vias públicas, aldeias indígenas e brancos/ignorados que eram todas as formas de busca desta lacuna a serem preenchidas. Relacionado aos atestados de óbito médico, houve: o IML, substituto, SVO e a classificação tida como outros, o grupo etário foi: de 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59 e 60 a 69 anos e seu geral que eram a lacuna escrita mortes prematuras.

A raça escolhida foi tida como geral e o mesmo para a lacuna de especificações e as visualizações em linhas, alternando somente aos ditos, como: localidades, grupo etário, anos, os indicadores, tornando, assim, os valores mais fidedignos.

Em seguida, a coleta de dados referentes à cobertura da Atenção Básica foi feita por meio de buscas no site governamental de acesso à população do Sistema de Informação de Saúde da Atenção Básica (SISAB). Esse site foi criado para fornecer informações dessas abordagens aos gestores de saúde, porém de acesso livre à população, mas, claro que de modo mais simplificado, neste podemos avaliar a sete indicadores de saúde e, portanto, de cobertura da atenção básica sobre eles. São chamados estes indicadores de indicadores de desempenho.

Assim, foram obtidos para dados de pesquisa neste artigo somente dois indicadores que possuem relação com a temática das DCNTs abordadas, são eles: a proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre e a proporção de pessoas com diabetes, com consultas e hemoglobina glicada solicitada no semestre. Assim, podemos perceber que esses indicadores são limitados no que diz respeito sobre as patologias prevalentes das mortalidades prematuras por DCNT, sendo avaliadas sobre a HAS (ligada às doenças cardiovasculares) e DM, não havendo indicadores as demais doenças e outra classificação para melhoria nos dados.

No último, ícone foram avaliadas as coberturas do Estado de São Paulo, com o município de Presidente Prudente, na opção da “lacuna de quadrimestres”, foi escolhido o ícone de todos os quadrimestres. Outra limitação foi que os dados somente poderiam ser vistos de modo anual, se limitando muito aos valores de nossas pesquisas que foram do DATASUS de 2016 a 2021 e sobre a última lacuna da visão das equipes, foram consideradas todas as equipes do município (eSF, eAP, eCR, eAPP e a eSFR). Já quanto ao modo de visualização, observamos a esses valores na opção “ver em tela”, que demonstrou a todos aqui apresentados.

E ainda, quando acessado o site de informações do *Ministério da Saúde gov.br*, que dá acesso a informações à população, as informações estavam negadas do prazo de dois de julho de dois mil e vinte e dois a trinta de outubro de dois mil e vinte e dois ou até mesmo poderiam se estender devido ao período político, o que dificultou ainda mais ao acesso das informações à população. Todas as informações com a forma de acesso como população e não como profissionais de saúde ou gestores por não possuir a esses títulos no momento.

3 RESULTADOS

3.1 Resultados encontrados no DATASUS

Para análise, foram observadas as taxas dispostas pelo DATASUS destas mortalidades prematuras por DCNT, descritas abaixo em forma de tabelas.

Tabela 1- Número de óbitos prematuros anuais por DCNT

Ano dos óbitos:	Sexo dos óbitos:		
	Masculino (%):	Feminino (%):	Total:
2016	56,6	43,4	301.377
2017	56,3	43,7	300.600
2018	56,2	43,8	303.791
2019	56,0	44,0	308.528
2020	56,3	43,7	307.675
2021	56,0	44,0	298.016

Fonte: Autoria própria.

Na tabela 1, foram dispostos em ordem crescente de modo anual os óbitos prematuros, por um período de seis anos, avaliando assim o número geral ao país Brasil e a porcentagem afetada de mortes pela classificação do sexo dos óbitos, sendo estes o masculino e o feminino, tornando-se possível observar por estes valores gerais e qual o sexo mais afetado.

Ao analisar de maneira ampla esses seis anos, consegue-se observar que houve aumentos nas taxas de cerca de 13.696 mil dos casos durante três anos não consecutivos, havendo uma queda de 777 mil casos do ano de 2016 a 2017, caindo ainda as taxas de 2019 para 2020 de 853 mil casos e ainda de 2020 a 2021 houve uma queda de 9.659 mil casos do ano anterior, aonde no ano de 2021 quanto ao ano de 2019, quando houve a maior taxa de queda de 96,59% do ano anterior.

Nesta análise, torna-se possível avaliar que o maior percentual de mortes prematuras de agravos por: doenças do aparelho circulatório, respiratória, Diabetes Mellitus e neoplasias, que são de fato as DCNT aqui abordadas, tiveram um aumento não progressivo de mais de 4.737 óbitos se comparados com o ano anterior o maior aumento em 2019.

É possível verificar que no último ano obtivemos um valor maior nos casos destas mortes, pois acredita-se que possa estar ligado à nova pandemia a qual o mundo adentrava, quando foram descobertas as complicações da Covid-19, pelo vírus SARS-CoV-2, e quando o órgão de saúde nacionais e internacionais, tais como: Ministério da Saúde, a Organização das

Nações Unidas e outros órgãos responsáveis pela saúde, alertavam que os mais afetados pelo vírus com maior chance de agravos e mortalidade, eram, portanto, os portadores de doenças crônicas como as citadas, fazendo jus ao aumento do percentual.

Tabela 2- Mortes prematuras por divisões das DCNTs:

Percentual de Mortes Prematuras por DCNT:						
Localização geográfica:	Sexo:	NEO: (%):	DAC (%):	DAR (%):	DM (%):	Total:
São Paulo	Masculino	84,2	12,3	2,0	1,5	1.064.1001.
	Feminino	46,7	44,2	8,4	0,70	773.570
Presidente	Masculino	37,3	49,7	8,0	5,0	1.143
Prudente	Feminino	46,6	41,1	7,4	4,6	855

NEO- Neoplasia; **DAC-** Doença do Aparelho Circulatório; **DAR-** Doenças do aparelho respiratório; **DM-** Diabete Mellitus.

Fonte: Autoria própria.

Na tabela 2, foram analisados os valores totais dos seis anos estudados do período de 2016 a 2021, levando em conta a distribuição das DCNT específicas do enfoque do trabalho, a localização geográfica e agora de forma mais específica como busca o objetivo deste trabalho de modo que abrangeu o Estado de São Paulo e o município pesquisado de Presidente Prudente.

Todavia, pode-se analisar que os índices, assim como os valores máximos totais, são completamente diferentes se em comparação com o estado e o município, gerando valores números diversificados, notando-se, por exemplo, quando em relação ao Estado de São Paulo, perpassa por valores maiores em disparado, afetando a metade das doenças citadas maiores percentuais femininos de agravos.

Já quanto ao município, valores controversos nos levam a refletir que, em primeiro lugar, as mulheres buscam mais aos estabelecimentos de saúde. Por isso, estão sendo diagnosticadas mais com as doenças e, assim, se elevam seus óbitos. Em segundo lugar, que quanto aos homens ao município, se dá a busca falha aos estabelecimentos de saúde primários, somente preocupando-se com a problemática quando já em nível terciário de saúde, ou seja, de modo tardio, o que geram agravos em níveis e estágios mais avançados, diminuindo a qualidade e expectativa de vida e aumentando as chances de morbimortalidades, como já havia sido citado nas pesquisas de Ibañez et al. (2006).

Além disso, podemos avaliar que os índices de neoplasias masculinas e femininas em três das diversificações observadas estão com os maiores valores, mantendo-se nestes um disparado considerando as outras patologias que serviram de variantes, o que se leva a questionar se podem ser quanto aos homens suas formas de trabalhos, uma vez que trabalham expostos a atividades remuneradas ou não que envolvem assim substâncias cancerígenas, como o trabalho na mineração que tem por fator específico o sexo masculino (Ibañez *et al*, 2006).

Quanto às mulheres, a taxa de estresse e de modo coletivo devido aos hábitos não saudáveis como o abuso de substâncias lícitas, como o tabaco e álcool, má alimentação, inatividade física e entre outros fatores. (Coelho; Burini, 2009).

Tabela 3- Número de óbitos por DCNT conforme a faixa etária, sexo, localização e de modo geral:

Faixa etária dos óbitos:	Por localização:	Sexo:	MP (geral):
30-39	São Paulo	Feminino: Masculino:	10.426- 5,5% 11.777- 4,6%
	PP	Feminino: Masculino:	35- 4,1% 32- 2,6%
40-49	São Paulo	Feminino: Masculino:	25.916- 13,7% 30.763- 11,9%
	PP	Feminino: Masculino:	107-12,5% 138- 11,3%
50-59	São Paulo	Feminino: Masculino:	55.939- 29,7% 79.540- 30,9%
	PP	Feminino: Masculino:	258- 30,0% 398- 32,6%
60-69	São Paulo	Feminino: Masculino:	96.299- 51,1% 135.413- 52,6%
	PP	Feminino: Masculino:	459- 53,4% 652- 53,5%
TOTAL- Feminino:			São Paulo: 188.580 PP: 859
TOTAL- Masculino:			São Paulo: 257.493 PP: 1.220

PP- Presidente Prudente; MP- Morte Prematura.

Fonte: Autoria própria.

Na tabela 3, foram analisados e dispostos sobre ela, as doenças com mais mortalidade por localidade, sexo e faixas etárias, de nove em nove anos, com início em 30 e término em 69 anos, bem como qual o sexo mais afetado sobre estes valores de mortes prematuras gerais dispostas todos os valores em relação aos seis anos de estudo, fazendo uma comparação entre São Paulo com Presidente Prudente.

Notamos que de 30 a 49 anos, nas duas variantes observadas, os valores de óbitos são maiores ao sexo feminino, dado que pode ser evidenciado pela pesquisa de Coelho e Burini (2009), que aponta altas taxas de estresse prevalentes no sexo feminino e que na faixa etária de 50 a 69 mais homens vêm a óbito devido a processos senis, como podemos verificar na tabela de dados acima.

3.2 Resultados encontrados no SISAB

O indicador do SISAB somente com informações recentes, sem histórico dos anos anteriores.

Tabela 4- Indicadores do SISAB

Indicadores de desempenho do SISAB (6 e 7):		
Região:	DM (Consulta +HbG): (RQ):	HAS (Consulta +Aferição de PA): (RQ):
São Paulo	10%	16%
Presidente Prudente	34%	46%

DM (Diabete Mellitus); **HbG** (Hemoglobina Glicosada); **RQ** (Relatório Quadrimestral); **HAS** (Hipertensão Arterial Sistêmica); **PA** (Pressão Arterial).

Fonte: Autoria própria.

As colorações são semelhantes às classificações do próprio sistema do SISAB, que classifica estes valores por cores, que são divididas em quatro a vermelha que representa valores menores de 20%, a laranja maior ou igual 20% até 35%, verde maior ou igual 35% e até 50% e o azul valor maior que 50%.

Por estas classificações, observamos que os valores da AB para ambos dos indicadores observados no Estado de São Paulo são baixos.

Além disso, os valores na AB do município são melhores e mais altos em Presidente Prudente, que possui uma boa cobertura da AB mesmo com o seu estado em geral sendo falho no que diz respeito à cobertura bipartite, assim, os seus controles são considerados moderados.

Os valores na AB do município são mais positivos em Presidente Prudente, que possui, assim, uma boa cobertura da AB e seus controles são considerados moderados, já que observamos que o controle para diabéticos ainda possui de modo geral pontos de melhorias, como por exemplo, o conhecimento de enfermeiros sobre o rastreio da Diabetes, o que contribui indiretamente desta doença ser mais baixo do que os valores dos hipertensos. (Coelho; Burini, 2009).

Os hipertensos possuem de fato maior cobertura uma vez que em todo o atendimento realiza-se uma escuta inicial, quando é aferida a pressão arterial, tendo em vista que ela é um dos sinais vitais analisados (Barreto; Carreira; Marcon, 2015).

Ressaltamos que foi observado que o Estado com maior adesão da AB aos dois grupos que se enquadram ao grupo que chamamos de Hiperdia (atendimento ao diabético e hipertenso ou de ambos) é Alagoas, pois nessa unidade federativa há um valor moderado de 30% de atendimentos e consultas, com aferição da PA em hipertensos, sendo que o Estado Rio de Janeiro é o que possui um valor menor de adesão em 10% e o Estado de São Paulo com 16%.

Foi observado, ainda, que, no controle e consultas com aferição de PA de HAS, doze municípios dos 645 do Estado de São Paulo demonstraram ter taxas de 0% de cobertura de AB. Já Santópolis do Aguapeí foi o município da região do Estado de São Paulo com um valor de cobertura maior, com 70%.

Dentre os municípios da Alta Sorocabana, dos quais a região de Presidente Prudente faz parte, possui ainda um suporte ao usuário com relacionamentos terapêuticos e, assim, adesão profissional e do usuário ao controle e manutenção da doença. Esse dado demonstra que podemos chegar a altos valores, como, por exemplo, o município de Narandiba, um dos municípios da região que possuiu 64% de cobertura e adesão.

Quanto à adesão e cobertura dos diabéticos, em consultas e solicitação de hemoglobina glicosada, o maior valor foi de 20% demonstrando a discrepância entre os cuidados e adesão ao tratamento do diabético em relação ao portador de HAS. O índice mostrou que 38 municípios possuíam 0% de cobertura a estes diabéticos e ainda mostra Santópolis do Aguapeí

o maior dos índices com 63% de adesão e também nas regiões da Alta Sorocabana foi Narandiba com 59%.

E quanto a estas atuações de manter indicadores e melhorias na saúde e prevenção e DCNT entra a atuação do enfermeiro com seu conhecimento teórico-científico sobre estes tipos de DCNT mais graves, olhar holístico e biopsicossocial para promover, proteger e prevenir a saúde, dando-lhes acesso a informações e cuidados, além de exigir cobertura de saúde aos seus pacientes, a fim de atingir níveis de qualidade em saúde e minimizar agravos, afastamentos de trabalho, aposentadorias por invalidez, diminuição de mão de obra, entre tantos outros agravos que podem ocorrer com o aumento das DCNT (Barreto; Carreira; Marcon, 2015).

4 DISCUSSÕES

As DCNT tiveram, como observado nos resultados, valores maiores, que caíram e se mantiveram e, em seguida, retornaram a ter aumentos de casos, o que ocorre quando não há a implantação e implementação de educação em saúde eficaz nas ações de promoção e prevenção da saúde ou manutenção da doença (Suplici, 2021).

Apesar disso, mesmo com oscilações, podemos obter uma diminuição nos índices de casos dos dois últimos anos, melhorando assim, as coberturas, tendo em vista, a ameaça jurídica pela portaria de nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que iria bloquear o repasse de verbas a AB e seus instrumentos, devido à falta de alimentação do sistema de informações. Isso demonstra que a AB não está cumprindo com sua função em prestar cobertura a outros, como de fato havia ocorrido e foi modificado após a publicação da portaria. (Ibañes *et al*, 2006).

Dentro desta perspectiva, faz-se necessária a investigação de dados estatísticos, para melhor mostrar a sociedade e aos gestores de saúde a grande magnitude do assunto. Além disso, é imprescindível questionar as formas de abordagem, promoção e prevenção de saúde no nível da Atenção Primária a Saúde (APS) para que continuem cumprindo com sua função da prestação de serviços. (Barreto; Carreira; Marcon, 2015.)

Suplici (2021) salienta a importância anterior para que se ampliem conhecimentos, evitando ao agravo e consecutivamente diminuindo aos números elevados da mortalidade prematura por elas ocasionadas, minimizando ainda as Doenças ocasionadas por Agravos Não Transmissíveis (DANT), bem como aumenta os anos potenciais saudáveis que são perdidos devido à falta de qualidade de vida dos indivíduos.

Todavia, para a resolução destes casos, deverá haver uma melhor atuação da Atenção Básica (AB), devido seu foco como sistema primário de saúde e seus critérios organizativos, como sua atuação em medicina preventiva, social e comunitária, além de ser baseada nos princípios de saúde, garantindo assim democratização, descentralização e universalização, em todos os seus trabalhos e por isso é instituída o mais próximo o possível do paciente, sua família e comunidade. (Ibañes *et al*, 2006).

Portanto, a APS foi criada para ser mais próxima do paciente, de modo integral e holístico, com diversas atuações profissionais, devido sua equipe multiprofissional, agindo de modo restrito e conhecendo a sua população então chamada de adstrita, ligando esta população além de seus serviços aos demais níveis de atenção à saúde, devido à sua ligação com as RAS (Redes de Atenção à Saúde), o que promove então um cuidado ainda mais resolutivo, baseada na mudança do histórico de saúde do Brasil, mas que foi falho. (Ibañes *et al*, 2006).

Com isso, Barreto, Carreira e Marcon (2015) afirmam que a Atenção Básica teria tudo para possuir melhor planejamento para atuar na saúde e prevenção de doenças, comprovado pelo número de políticas públicas criadas que abordam a temática. É necessário superar ainda o desafio da APS, em se abster do enfoque nas afecções e doenças e focar mais nos seus cuidados primários de fato, servindo essa como porta de entrada e acolhimento ao idoso que é mais propenso as DCNT abordadas na pesquisa.

Dessa maneira, deverá o sistema prestar assistência ao doente, para que os problemas não sejam cronificados, porém, não se esquecendo de ações para o indivíduo que está saudável e ativo. (Barreto; Carreira; Marcon, 2015).

5 CONSIDRAÇÕES FINAIS

Em resumo, perante os dados estatísticos e suas análises realizadas no decorrer do presente estudo, foram observados e analisados o Estado de São Paulo e o município de Presidente Prudente, quando aos seus dados em potencial alarmante de óbitos por morte prematura, além das incapacitações das DCNT ao longo prazo, surgindo à necessidade da APS em promover, prevenir, proteger e realizar a manutenção a saúde.

Verificamos que há uma necessidade da criação de medidas de melhoria nos hábitos não saudáveis da população brasileira. Para evitar os fatores de risco modificáveis das DCNT, que a AB deve ser a responsável por estas medidas profiláticas, por meio do empoderamento

de sua população, em educação em saúde, para que tenham autonomia na tomada de suas decisões adequadamente e que sirvam de débito durante toda uma vida, sendo feita em todas as faixas etárias de vida existentes, para um aumento na qualidade de vida e redução destas mortes prematuras, devendo seguir para esta educação em saúde as orientações das cartilhas de saúde do MS.

Dentro desta perspectiva, além das ações de educação em saúde, deve haver a atuação dos gestores de saúde para formular melhorias nas políticas públicas existentes e discutirem sobre novas políticas atualizadas que sigam aos ODS e estimulem dentro da APS que em todas as suas intervenções os princípios do SUS devam ser seguidos, principalmente o da equidade, que traz acesso à saúde aos mais necessitados.

Para melhorar aos conhecimentos científicos sobre a temática, é de suma relevância que sejam revisados e criados indicadores de saúde voltados propriamente para a promoção, prevenção e minimização de todas as DCNT e não somente algumas para que se evitem as mortes prematuras por elas ocasionadas, por meio do acesso fidedigno à informação destes dados estatísticos, sendo principalmente voltado a APS, para medidas mais específicas e a partir de então por gestores e profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS

BARRETO, M.S; CARREIRA, L; MARCON, S.S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Rev. Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.18, n.1, p.325-339, Jan-Mar. 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/26092/18731>. Acesso em: 21 de Jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de monitoramento da mortalidade prematura por Doenças Crônicas**. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/dcnt/>. Acesso em: 26 de mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil - 2021-2030**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/view#:~:text=O%20plano%20de%20A%C3%A7%C3%B5es%20Estrat%C3%A9gicas,a%20dirimir%20desigualdades%20em%20sa%C3%BAde. Acesso em: 26 mar. 2022.

CARDOSO, L.S.M; TEIXEIRA, R.A; RIBEIRO, A.L.P; MALTA, D.C. Mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis nos municípios brasileiros, nos triênios de 2010 a 2012 e 2015 a 2017. **Rev. bras. Epidemiol.** n. 24, v. 1, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/xf5MRXKynHWgRqMYhsLdcPM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 de mar. 2022.

CASADO, L; VIANNA, L.M; THULER, L.C.S. Fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil: uma Revisão Sistemática. **Rev. Bras. de Cancerologia**, n.55, v. 4, p. 379-388, 2009. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1594/947>. Acesso em: 22 de Jul. 2022.

COELHO, C.F; BURINI, R.C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.22, n.6, p.937-946, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/3CfMRjMyHsMGzBxKRM6jtWQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 de Jul. 2022.

FARIA, H.M. **Mortalidade prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis, em Santa Catarina**: uma análise temporal 2006 - 2015. Monografia. UFSC, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/197142/TCC%20final%20Monique%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 26 de mar. 2022.

IBÃNES, N; ROCHA, J.SY; CASTRO, P.C; RIBEIRO, M.C.S.A; PORSTER, A.C; NOVAES, M.H.D; VIANA, A.L.A. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, n. 11, v. 3, p. 683- 703, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8ZM7nP5pPJXNwDywj5V6nCf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 de Jul. 2022.

MALTA, D.C; ANDRADE, S.S.C.A; OLIVEIRA, T.P; MOURA, L; PRADO, R.R; SOUZA, M.F.M. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Rev. Bras. Epidemiol**, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/r7QkT4hR3HmkWrBwZc6bshG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 de mar. 2022.

RODRIGUES, J.M. Análise da qualidade da informação, potencialidades e limitações do indicador de mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis e sua utilização nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). **Rev. Arca. Fio Cruz**, 2017. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/30218/2/jessica_rodrigues_icict_mest_2017.pdf. Acesso em: 26 de mar. 2022.

SUPLICI, S.E.R; SOUZA, S.S; ZAMPROGNA, K.M; CUNHA, A.C; LAURINDO, D.L.P. Mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis e cobertura da atenção básica: análise dos indicadores. **Rev. Enferm.** UFSM- REUFSM, jan.-mar. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/44513/html>. Acesso em: 26 de mar. 2022.

Recebido em 18/04/2023.

Aceito em 15/02/2024.