GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Subsecretaria de Vigilância à Saúde

PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO DISTRITO FEDERAL

2017 A 2022

Brasília, dezembro de 2017

- Versão atualizada e corrigida -

SUMÁRIO

Glossário de siglas 05
Identificação 06
1. Apresentação 09
2. Introdução 10
3. O Distrito Federal 11
4. Estrutura da Rede Assistencial do DF 13
5. Análise da Situação de Saúde da População do DF 16
5.1 Mortalidade 16
5.2 Morbidade 21
5.3 Fatores de Risco e Proteção 26
6. Objetivos 33
7. Metas 34
8. Eixos, Estratégias e Ações 36
9. Detalhamento do Plano: Matriz de Relevância 37
10. Recomendações para implantação do Plano 50
11. Referências 53

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa das Regiões de Saúde do DF 13
Figura 2 - Mortalidade proporcional por capítulos da CID10 e sexo. DF, 2015. 18

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 01 – Descrição dos estabelecimentos de saúde da Secretaria de Estado Saúde do Distrito Federal, 2015. 13

Tabela 02 – Situação da Estratégia Saúde da Família, 2016. 15

Tabela 03 – Número, percentual e taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes) por capítulos da CID 10, Distrito Federal, 2000 e 2015 17

Tabela 04 - Mortalidade prematura em indivíduos de 30 a 69 anos pelas quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DAC, câncer, diabetes e DAR). 19

Tabela 05 - Número de óbitos e coeficiente de mortalidade (por 100 mil habitantes) pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas não Transmissíveis e local de residência, DF,2015. 20

Tabela 06 - Principais causas de internação por CID-10, 2013 A 2015 22

Tabela 07 - Percentual de adultos que avaliaram como ruim sua própria saúde, e posição alcançada entre as unidades da federação, por gênero, Distrito Federal, 2007 a 2015. 22

Tabela 08 - Percentual de adultos que referem diagnóstico prévio de hipertensão arterial, e posição alcançada entre as unidades da federação, por gênero, Distrito Federal, 2007 a 2015. 23

Tabela 09 - Percentual de adultos que referem diagnóstico prévio de diabetes, e a posição alcançada entre as unidades da federação, por gênero, Distrito Federal, 2006 a 2015. 24

Tabela 10 - Percentual de mulheres que realizaram exame preventivo de papanicolau, e posição alcançada entre as unidades da federação, Distrito Federal, 2007 a 2015. 25

Tabela 11 - Percentual de mulheres que realizaram exame de mamografia, Distrito Federal, 2007 a 2015. 25

Tabela 12 - Valor total das internações por alguns capítulos do CID 10 - Distrito Federal, 2015. 26

Tabela 13 - Percentual de fumantes e a posição alcançada do maior percentual para o menor entre as unidades da federação, por gênero, Distrito Federal, 2006 a 2015. 27

Tabela 14 - Percentual de adultos com excesso de peso e a posição alcançada do maior percentual para o menor entre as unidades da federação, por gênero, Distrito Federal, 2006 a 2015. 28

Tabela 15 - Percentual de adultos com obesidade e a posição alcançada do maior percentual para o menor entre as unidades da federação, por gênero, Distrito Federal, 2006 a 2011. 29

Tabela 16 - Percentual de adultos com consumo regular e consumo recomendado de frutas e hortaliças por gênero, Distrito Federal, 2008 a 2015. 30

Tabela 17 - Percentual de adultos que consomem refrigerante em cinco ou mais dias por semana, por gênero, Distrito Federal, 2009 a 2015. 31

Tabela 18 - Percentual de adultos que praticam atividade física, por gênero, Distrito Federal, 2006 a 2015. 32

Tabela 19 - Percentual de adultos que consomem álcool de forma abusiva, por gênero, Distrito Federal, 2006 a 2015. 33

Tabela 20 – Série histórica e metas do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no DF – 2017 a 2022. 35

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

- DCNT: doenças crônicas não transmissíveis
- IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- GEDANT: Gerência de Doenças e Agravos não Transmissíveis
- DIVEP: Diretoria de Vigilância Epidemiológica
- SVS: Subsecretaria de Vigilância em Saúde
- MS: Ministério da Saúde
- GM: Gabinete do Ministro
- VIGITEL: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico
- PNAD: pesquisa nacional por amostra de domicílios
- SUS: sistema único de saúde
- SIM: sistema de mortalidade
- IDH: índice de desenvolvimento humano
- PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
- IMC: índice de massa corporal
- SISVAN: sistema de vigilância alimentar e nutricional
- UBS: unidade básica de saúde
- PSE: Programa de Saúde na Escola
- ASCOM: assessoria de comunicação
- UNB: Universidade de Brasília
- FIOCRUZ: Fundação Oswaldo Cruz
- DF: Distrito Federal
- DOU: Diário Oficial da União
- SES: Secretaria de Estado de Saúde
- RA: Região Administrativa
- PIB: Produto Interno Bruto
- SCIA: Setor Complementar de Indústria e Abastecimento
- UPA: Unidade de Pronto Atendimento
- RIDE: Região Integrada de Desenvolvimento
- APS: Atenção Primária à Saúde
- DAC: Doenças do Aparelho Circulatório
- DRC: Doenças Respiratórias Crônicas
- SIH: Sistema de Internação Hospitalar
- CID: Código Internacional de Doenças
- OMS: Organização Mundial de Saúde
- PeNSE: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
- PPA: Plano Plurianual
- PDS: Plano Distrital de Saúde
- LOA: Lei Orçamentária Anual
- POF: Pesquisa de Orçamentos Familiares
- PNS: Pesquisa Nacional de Saúde
- ELSA: Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto
- ELSI: Estudo Longitudinal de Saúde e Bem-Estar dos Idosos
- ERICA: Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes
- SIA: Sistema de Informação Ambulatorial

- APAC: Autorização de Procedimentos Ambulatoriais

IDENTIFICAÇÃO

SIGLA DA UNIDADE FEDERADA: DF
MUNICÍPIO: Brasília
CÓDIGO IBGE: 530010-8

SECRETÁRIO DE SAÚDE
Humberto Lucena Pereira da Fonseca
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Setor de Áreas Isoladas Norte (SAIN) Parque Rural s/n
Sede da SES/DF, CEP: 70086-900
E-MAIL: gabinetesesdf@gmail.com

SUBSECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Marcus Vinicius Quito
E-MAIL: svsgabinete@gmail.com

DIRETORA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
Maria Beatriz Ruy
E-MAIL: divepdf@gmail.com

GERENTE DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS - GEDANT/DIVEP/SVS/SES-DF E COORDENADORA TÉCNICA DO PLANO
Kelva Karina Nogueira de Carvalho de Aquino
E-MAIL: gdant.df@gmail.com

EQUIPE DE ELABORAÇÃO DO PLANO
Gerência de Doenças e Agravos não Transmissíveis – GEDANT/DIVEP/SVS/SES-DF
- Débora Ronca
- Kelva Karina Nogueira de Carvalho de Aquino
- Monique Britto Knox
- Sarah Guerra Gama Tinoco

Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS – DEMAS/SE/MS
- Taís Porto Oliveira

Faculdade de Medicina – FM/UnB
- Kátia Crestine Poças

PARTICIPANTES NA ELABORAÇÃO DA PROPOSTA

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DF
- SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE (SVS)

Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP)
Gerência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (GEDANT)
Núcleo de Estudos e Programas na Atenção e Vigilância em Violências (NEPAV)
Gerência de Informação e Análise em Situação de Saúde (GIASS)
Gerência de Vigilância Epidemiológica e Imunização (GEVEI)

Diretoria de Vigilância Sanitária (DIVISA)
Gerência de Alimentos (GEALI)

Diretoria do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)

- SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE (SAIS)
Coordenação de Atenção Primária à Saúde (COAPS)
Diretoria de Áreas Estratégicas da Atenção Primária (DAEAP)
Gerência de Ciclos de Vida (GCV)
Gerência de Práticas Integrativas em Saúde (GERPIS)
Coordenação de Redes e Integração de Serviços (CORIS)
Diretoria de Assistência Multidisciplinar (DIAM)
Gerência de Nutrição (GENUT)
Coordenação de Atenção Especializada à Saúde (CATES)
Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF)
Gerência do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (GCBAF)
Diretoria de Assistência Especializada (DIASE)
Gerência de Cuidados ao Câncer (GECAN)
Diretoria de Assistência às Urgências e Emergências (DIURE)

- SUBSECRETARIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE (SUPLANS)
Coordenação de Planejamento, Orçamento e Desenvolvimento Institucional (COPLAN)
Diretoria de Planejamento e Orçamento (DIPLAN)
Gerência de Monitoramento e Avaliação em Saúde (GEMOAS)

- SUPERINTENDÊNCIAS DE SAÚDE
CENTRO SUL (SRSCS)
Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS/SRSCS)
Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVEP/DIRAPS)
Área Técnica de DANT
NORTE (SRSNO)
Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS/SRSNO)
Gerência de Áreas Programáticas (GAP/SRSNO)
Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVEP/DIRAPS/SRSNO)
Área Técnica de DANT
SUL (SRSSU)
Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS/SRSSU)
Gerência de Áreas Programáticas (GAP/SRSSU)
Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVEP/DIRAPS)
SUDOESTE (SRSSO)
Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVEP/HRSAM/SRSSO)
Área Técnica de DANT
OESTE (SRSOE)
Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS/SRSOE)
Gerência de Áreas Programáticas (GAP/SRSOE)
Gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (GPMA/SRSOE)
Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVEP/DIRAPS/SRSOE)
LESTE (SRSLE)
Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS/SRSLE)
Gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (GPMA/SRSLE)
Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVEP/HRL/SRSLE)

- CONSELHO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (CSDF)

- MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS)
SECRETARIA EXECUTIVA
Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS)

SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DANTPS)
Coordenação Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis (CGDANT)

- FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ (FIOCRUZ)

- UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UnB)
Faculdade de Ciências da Saúde (FS)
Faculdade de Medicina (FM)

PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO DISTRITO FEDERAL – 2017-2022

1. APRESENTAÇÃO

Este documento contém a proposta do Plano de Ações Estratégicas Para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Distrito Federal, 2017-2022, de responsabilidade da Gerência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis - GEDANT/DIVEP/SVS da Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal.

A proposta teve subsídio no Plano Nacional para o Enfrentamento das DCNT do Ministério da Saúde (2011 a 2022) e na Portaria Ministerial N° 23, de 09 de agosto de 2012, que estabelece o repasse de recursos financeiros do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, aos estados, Distrito Federal, capitais e municípios com mais de um milhão de habitantes, para implantação, implementação e fortalecimento das ações específicas de vigilância e prevenção para o enfrentamento das crônicas não transmissíveis no Brasil (DOU n° 155, Secção 1, pags. 43 e 44).

O Plano foi elaborado pela equipe técnica desta Gerência de forma integrada com as diversas áreas afins da Secretaria de Saúde, além da colaboração de instituições de ensino e pesquisa e do Conselho de Saúde do Distrito Federal. Foi formulado considerando-se a experiência e resultados do Projeto de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no DF (2012-2016), cujo monitoramento e avaliação se deu anualmente. A partir da análise de tais resultados, e por meio da realização de Fórum envolvendo áreas técnicas consideradas estratégicas para a condução da proposta, a minuta do Plano foi construída utilizando a metodologia da matriz de relevância. Na etapa seguinte o texto foi enviado para as áreas técnicas para revisão do texto, sendo este em seguida submetido à consulta pública. Posteriormente o mesmo foi remetido ao Colegiado de Gestão de Saúde da SES-DF, para aprovação deste órgão colegiado bem como do Secretário de Estado de Saúde (DODF nº149, 2013).

Esta iniciativa visa a constituir-se em um instrumento efetivo no Distrito Federal para enfrentar e deter o avanço da mortalidade e morbidade por DCNT. A meta principal é a redução da taxa de mortalidade prematura em indivíduos de 30 a 69 anos pelo conjunto das quatro principais DCNT (circulatórias, câncer, diabetes e respiratórias) no DF. O documento define estratégias e ações em três áreas: a) vigilância e monitoramento; b) promoção da saúde; e c) cuidado integral. A expectativa é de que os atores responsáveis

pelas ações propostas tenham forte comprometimento para garantir a execução das ações propostas, buscando a efetiva integração e sustentabilidade entre as partes, desse modo fortalecendo os serviços de saúde voltados para a população do Distrito Federal e o sucesso no cumprimento dos objetivos do Plano.

2. INTRODUÇÃO

Seguindo tendências mundiais, o Brasil enfrenta, desde o século passado, uma importante mudança no perfil das cargas de doenças que acometem sua população. São observados no país três processos ocorrendo de forma concomitante: transição demográfica, oriunda da redução dos níveis de fecundidade, mortalidade e aumento da expectativa de vida – acarretando em aumento progressivo do número da proporção de idosos em relação aos demais; transição epidemiológica, expressa na tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carências, uma carga importante de causas externas e uma presença fortemente hegemônica das condições crônicas e, por fim, a transição nutricional, na qual mudanças no padrão alimentar do brasileiro relacionadas à inatividade física (sedentarismo) favorecem o aumento progressivo de sobrepeso, obesidade, e comorbidades associadas. Nas últimas décadas, a mortalidade por DCNT ultrapassou as taxas de mortalidade por doenças infecto-parasitárias (GDF, 2017). Dessa forma, a prevenção e controle de seus fatores de risco são fundamentais para barrar o crescimento, evitando consequências trágicas para a qualidade de vida da população e sistema único de saúde (BRASIL, 2011).

Segundo dados do Ministério da Saúde as doenças crônicas não transmissíveis atingem fortemente camadas pobres da população e grupos vulneráveis. Constituem o maior problema de saúde de maior magnitude do Brasil e do Distrito Federal. Entre os determinantes sociais das DCNT salientamos as desigualdades sociais, no acesso à informação e aos bens e serviços, baixa escolaridade, além de fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada.

A Política Nacional de Promoção da Saúde, publicada pela Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006, e revisada em 2015, ratifica o compromisso na ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS. Trata-se de uma política transversal, integrada e intersetorial, que propõe dialogar com as diversas

áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, os setores privado e não-governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde.

Em 2011, o Ministério da Saúde apresentou o "Plano de Ações Estratégicas Para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022 que tem como objetivo promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para cuidados crônicos.

Em consonância com o Plano Nacional e, considerando o panorama da situação de saúde relativa às DCNT no Distrito Federal descrito abaixo, a Secretaria de Saúde propõe-se a, dando continuidade a iniciativa de 2012, construir uma estratégia local efetiva para o enfrentamento das DCNT para os próximos 05 anos, sistematizadas nesse Plano.

3. O DISTRITO FEDERAL

O Distrito Federal faz parte do Planalto Central, Centro-Oeste do Brasil. É uma unidade federativa autônoma dividida em 31 Regiões Administrativas (RA), das quais apenas 19 possuem poligonais definidas e aprovadas pela Câmara Legislativa. As RA apresentam populações muito distintas que variam de 10.116 (Varjão) a 454.335 (Ceilândia).

A projeção da população é de 2.914.830 habitantes, sendo que a estimativa é de que sejam mais de 3 milhões de pessoas na capital em 2017. (IBGE, 2016). Atualmente é a quarta cidade mais populosa do país**.** A densidade demográfica atual é de 444,66 hab/km^2**.** A maioria dos moradores, 52%, é mulher e tem em média 30 anos. O Distrito Federal recebe muito imigrantes, por conta das oportunidades de trabalho, principalmente no setor público. Eles vêm, em grande parte, da região Nordeste, principalmente Bahia, Maranhão e Piauí, e do Centro-Oeste, especialmente do estado do Goiás. A maioria da população economicamente ativa da cidade (71,8%) trabalha na área de serviços, sendo que 15% são servidores da administração pública, defesa ou seguridade social (Codeplan, 2015).

O rendimento nominal mensal domiciliar per capita da população residente é de R$ 2.252 (IBGE, 2015), a maior do Centro-Oeste. O PIB per capita no DF em 2013 foi de R$

62.859,43, valor bastante superior ao nacional, sendo esse o maior índice do País. Além disso, o DF também tem o maior rendimento médio do País. Esse indicador é influenciado pela grande quantidade de funcionários públicos que trabalham na capital federal. No entanto, em termos de distribuição de renda, o DF é mais desigual do que a média dos Estados da Região Centro-Oeste e do que a média brasileira.

A renda domiciliar média da população do Distrito Federal em 2013 era da ordem de R$ 5.015,04 (6,93 Salários Mínimos - SM) e a renda per capita de R$ 1.489,57 (2,20 SM). A renda média domiciliar mais alta foi verificada no Lago Sul, seguida do Park Way, Sudoeste/Octogonal e Lago Norte, as duas últimas com valores próximos entre si. A renda mais alta representa quatro vezes a renda média do DF. Por outro lado, as regiões de menor renda média domiciliar são SCIA - Estrutural (1,99 SM), Varjão (2,59 SM) e Fercal (2,88 SM). Demonstra-se, assim, que embora em termos de renda média o Distrito Federal detenha valor elevado, ao desagregar os dados em nível de Região Administrativa, um novo contexto aparece, evidenciando o elevado nível de desigualdade interna existente no DF. Verifica-se que a diferença entre a maior renda domiciliar média (Lago Sul) é 14 vezes maior que a menor renda (Estrutural) e em termos de renda per capita, essa diferença é de 18 vezes. (CODEPLAN, 2013).

Quanto ao acesso a serviços de saúde, 65,36% da população do DF não possuem plano de saúde e, portanto, podem ser considerados usuários do SUS. Quanto à utilização de hospital público/Unidade de Pronto Atendimento - UPA, 72,37% da população declarou fazer uso desse serviço. Do total que o utiliza, 18,52% o fazem em Ceilândia, 15,86%, em Taguatinga e 12,35%, no Plano Piloto. Em relação à localização do posto de saúde utilizado pela população, 80,95% declararam utilizar esse serviço público. Dos que o utilizam, aproximadamente 90% procuram o posto de saúde da própria RA.

Desde 1991, o Distrito Federal é líder em qualidade de vida entre as 27 unidades da Federação, segundo o Índice de Desenvolvimento Humano medido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD. Em uma escala que vai de 0 a 1, o IDH do DF passou de 0, 799 em 1991 para 0,874 em 2005, bem acima da média brasileira, que é de 0,790. Segundo análises do próprio PNUD, essa posição pode ser "enganosa" porque o IDH brasiliense não computa os dados das regiões periféricas pertencentes aos estados de Goiás e Minas Gerais, significativamente mais pobres.

A região conformada pelo DF e seu entorno possui características peculiares que se refletem diretamente na definição das políticas públicas, uma vez que a relação observada

não se limita à proximidade geográfica. Tais reflexos se estendem a praticamente todos os setores - saúde, educação, transporte, segurança e meio ambiente, como acontece nas grandes regiões metropolitanas, com a diferença fundamental de que envolve territórios de três estados da Federação. Assim é que a Lei Complementar nº 94/1988 criou a Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno e DF – RIDE/DF, adotando como premissa básica a integração de ações entre União, estados e municípios na solução dos problemas vivenciados por essas populações, promovendo o fortalecimento da ação pública na região. Como grande parte dos 22 municípios que integram a RIDE mantém relação de alta dependência com o DF no que se refere à saúde, é essencial conhecer também as características de sua população, com o propósito de contemplá-la, no que couber, no planejamento local de saúde.

4. ESTRUTURA DA REDE ASSISTENCIAL DO DF

Do ponto de vista da regionalização, recentemente a Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES-DF) passou por processo de reestruturação, de acordo com decreto 37.057, publicado no DODF de 15 de janeiro de 2016. Com isso, o contexto atual da assistência fica assim distribuído: 07 Regiões de Saúde (centro-sul, centro-norte, oeste, sudoeste, norte, leste e sul), as quais contemplam as 31 RAs, que compõem a regionalização assistencial existente, como pode ser observado a seguir na figura 1.

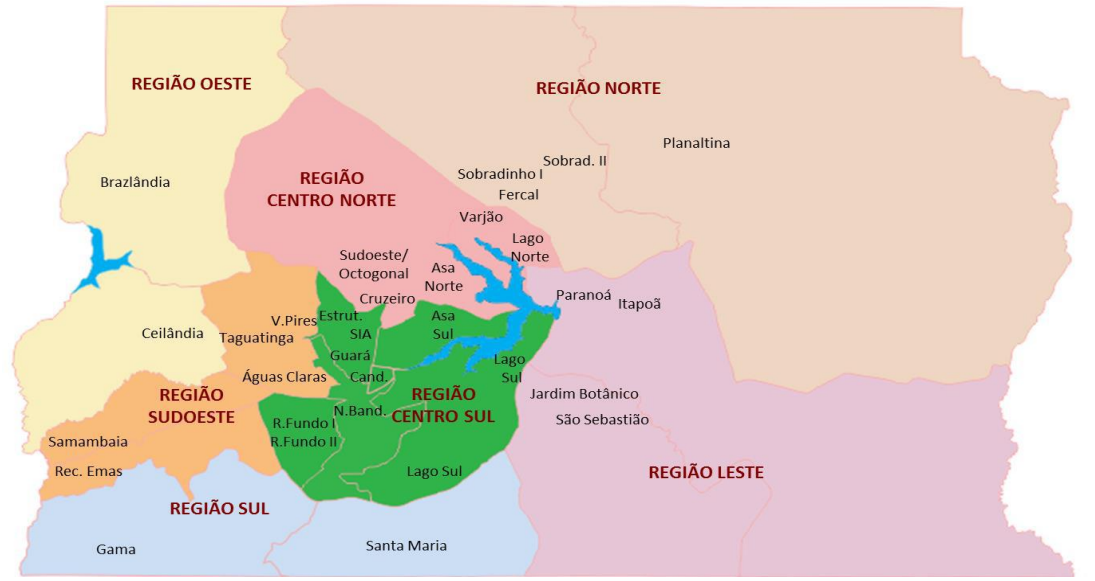

Figura 1 - Mapa das Regiões de Saúde do DF

Fonte: GEPLAN e GEMOAS -DIPLAN/SUPLAN/SES-DF

As Regiões de Saúde foram constituídas observando-se os limites territoriais, as identidades culturais, econômicas, sociais, as redes de comunicação e a infraestrutura de transportes a partir do agrupamento das RA´s.

O sistema de saúde no Distrito Federal caracteriza-se pela predominância de estabelecimentos de saúde sob a administração direta da SES DF. Compõem esta rede, unidades ambulatoriais, hospitalares e de apoio logístico, diagnóstico e terapêutico, conforme descrito na tabela abaixo (tabela 1):

Tabela 01 – Descrição dos estabelecimentos de saúde da Secretaria de Estado Saúde do Distrito Federal, 2015.

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	TOTAL
HOSPITAIS	16
UNIDADES MISTAS DE SAÚDE	03
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)	06
CENTROS DE SAÚDE TRADICIONAIS	59
CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA	07
CLÍNICA DA FAMÍLIA	09
CENTRO DE REFERÊNCIA EM PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE	01
POSTOS DE SAÚDE (Rurais e Urbanos)	38
SALA VERMELHA	11
INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL	01
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL	17
POLICLÍNICA	01
UNIDADES DE SAÚDE PRISIONAL	04

FONTE: Dados Atenção Primária: GEMA/DIGAPS/SAPS/SES, base SCNES, janeiro de 2015; Dados Urgência e Emergência: DIURE/SAS/SES, maio 2015, SCNES/DATASUS; CAPS: DISAM/SAS/SES, março 2015.

A rede da Secretaria de Saúde, conforme previsto no Programa Brasília Saudável (PPA 2016-2019), tem sofrido processo de mudança, principalmente no que se refere à estruturação da Atenção Primária à Saúde (APS).

A APS possui cobertura por Estratégia Saúde da Família de 30,7% do território (Tabela 2). Apresenta abordagem assistencial de baixa resolutividade, em condições precárias de trabalho, sem retaguarda de especialidades médicas e desconectada da atenção hospitalar. A consequência é que as emergências dos hospitais regionais se tornaram a grande porta de entrada dos usuários no Sistema de Saúde do DF e não as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como deveria acontecer. Em uma perspectiva de rede de atenção à saúde, o funcionamento precário das Unidades Básicas de Saúde e das UPAs prejudica os hospitais, perpetuando um ciclo perverso de desassistência e superlotação.

Tabela 02 – Situação da Estratégia Saúde da Família, 2016.

REGIÃO	POPULAÇÃO	COBERTURA ESF	Nº ESF	Nº UBS PRÓPRIAS	Nº UBS NÃO PRÓPRIAS
Sudoeste	779.433	32,2%	67	26	6
Oeste	518.985	27,4%	38	18	4
Centro-sul	443.358	27,9%	33	17	5
Sul	285.147	39,4%	30	14	9
Leste	229.682	45,7%	28	11	15
Norte	372.582	42,2%	42	21	13
Centro-norte	285.644	1,3%	1	8	2
Total	2.914.830	30,7%	239	115	54

Fonte: GDF, Brasília Saudável, Documento de Referência, 2016. DATASUS/CNES, MS/DAB (fevereiro 2016)

No que se refere ao acesso da população aos serviços de saúde, mesmo com um Sistema de Saúde organizado a partir de estrutura de serviços dispostos em perspectiva regionalizada, desde APS até serviços com alto grau de densidade tecnológica, ainda permanece forte iniquidade entre as Regiões de Saúde do DF. A cobertura de APS, que conta com 172 Unidades Básicas de Saúde, é insuficiente em todas as regiões, e tanto a oferta de atenção especializada quanto de equipamentos e recursos diagnósticos estão mais concentrados nas regiões mais centrais.

Visando superar alguns desses desafios, a proposta da SES, que teve início marcado pela publicação da portaria nº 77, de 14/02/2017, que estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, foi a de conversão progressiva do modelo tradicional de Atenção Primária em Estratégia Saúde da Família, com ampliação da cobertura em todas as Regiões.

A reorientação da rede serviços de saúde, bem como a reorganização de fluxos, orientados pela Atenção Primária à Saúde é especialmente estratégica para o Enfrentamento das DCNT. Seguindo diretrizes conceituais, as equipes de saúde da família atuam em território definido com população adscrita, realizando ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção, assistência e acompanhamento longitudinal dos usuários, o que é fundamental na melhoria da resposta aos cuidados dos usuários com DCNT ou expostos a seus fatores de risco.

Outro destaque refere-se à expansão da atenção farmacêutica no DF e distribuição gratuita de mais de 15 medicamentos para hipertensão e diabetes (anti-hipertensivos, insulinas, hipoglicemiante, ácido acetilsalicílico, estatina, dentre outros). Desde 2011, o Programa Farmácia Popular, do Ministério da Saúde, oferece à população medicamentos gratuitos para hipertensão arterial e diabetes mellitus, tanto em estabelecimentos públicos quanto em farmácias privadas.

Quanto às ações de vigilâncias em saúde a SES-DF, por meio da Subsecretaria de Vigilância à Saúde, atua de forma integrada com os setores responsáveis pelos Sistemas de Informação em saúde e as demais áreas da secretária. A GEDANT, subordinada à Diretoria de Vigilância Epidemiológica, elabora boletins e relatórios anuais contemplando dados da situação das DCNT no DF. Os documentos são amplamente divulgados na Secretaria de Saúde e subsidiam o planejamento de ações de promoção e prevenção de saúde desta Gerência, realizado de forma articulada com a atenção primária à saúde.

5. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DO DF

Como acontece em âmbito mundial e nacional, a natalidade no Distrito Federal também vem sofrendo redução ao longo dos últimos anos. Em 2001 foram registrados 46.967 nascidos vivos residentes em Brasília e em 2014 este número passou a 44.538. Na última década a taxa bruta de natalidade (relação entre o número de nascidos vivos para cada grupo de 1000 habitantes) teve uma redução, passando de 22,4 em 2001 para 15,6 em 2014. Por outro lado, a expectativa de vida apresenta tendência de elevação, variando de 72,3 em 2000 para 77,6 anos em 2015 (GIASS, 2015). A tendência que se observa é a de envelhecimento progressivo da população. Tais alterações no perfil demográfico tem impacto direto na situação de saúde da população, gerando a necessidade de readequação nas ações de saúde.

A situação epidemiológica, tanto brasileira quanto distrital, pode ser analisada por três vertentes principais: os fatores de risco ou de proteção, a carga de doenças (morbidade) e a mortalidade.

5.1. MORTALIDADE

As doenças crônicas representam 63% do total de óbitos no mundo, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. Destaca-se que cerca de 80% das mortes por doenças crônicas ocorrem em

países de baixa ou média renda, onde 29% são de pessoas com menos de 60 anos (OMS, 2011).

No Brasil, como nos outros países, as doenças crônicas também se constituem como o problema de saúde de maior magnitude, sendo responsáveis por 72% das causas de morte (Brasil, 2011).

No Distrito Federal, igualmente, as DCNT são o grupo de doenças que mais mata, representando 55,1% dos óbitos em 2014. A análise das causas de óbito por capítulos da CID10 mostra que nos últimos quinze anos ocorreram pequenas alterações nas causas de mortalidade. As doenças do aparelho circulatório permaneceram como primeira causa, responsável por 27% dos óbitos. Nesse período houve um aumento de 28% no risco de morrer por neoplasias, possivelmente em decorrência do aumento da expectativa de vida. A taxa de mortalidade por causas externas (acidentes, homicídios e suicídios) sofreu redução de 12%, mas continua sendo motivo de grande preocupação por ocupar a segunda posição nas causas de óbitos, depois das DCNT. Destaca-se que a mortalidade por doenças do aparelho respiratório sofreu um aumento considerável (59%) (Tabela 3).

Tabela 03 – Número, percentual e taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes) por capítulos da CID 10, Distrito Federal, 2000 e 2015

Causa (Capítulo da CID10)	2000			2015		
	Nº	%	Taxa	Nº	%	Taxa
Doenças do aparelho circulatório	2298	26,8	109,0	3249	27,2	111,5
Neoplasias (tumores)	1354	15,8	64,2	2453	20,5	84,2
Causas externas de mortalidade	1596	18,6	75,7	1705	14,3	58,5
Doenças do aparelho respiratório	569	6,6	27,0	1145	9,6	39,3
Doenças do aparelho digestivo	455	5,3	21,6	704	5,9	24,2
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	414	4,8	19,6	533	4,5	18,3
Doenças infecciosas e parasitárias	508	5,9	24,1	531	4,4	18,2
Doenças do sistema nervoso	122	1,4	5,8	438	3,7	15,0
Afecções perinatais	377	4,4	17,9	304	2,5	10,4
Doenças do aparelho geniturinário	104	1,2	4,9	291	2,4	10,0
Malformações congênitas	200	2,3	9,5	165	1,4	5,7
Transtornos mentais e comportamentais	91	1,1	4,3	166	1,4	5,7

Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	29	0,3	1,4	89	0,7	3,1
Mal definidas	400	4,7	19,0	86	0,7	3,0
Doenças sangue órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários	31	0,4	1,5	52	0,4	1,8
Doenças pele e do tecido subcutâneo	4	0,0	0,2	27	0,2	0,9
Gravidez, parto e puerpério	17	0,2	0,8	16	0,1	0,5
Doenças ouvido e da apófise mastóide	3	0,0	0,1	0	0	0,0
Doenças do olho e anexos	0,0	0,0	0,0	1,0	0,01	0,03
Total	**8572**	**100**	**406,5**	**11955**	**100**	**410,1**

Fonte: SIM. GIASS/DIVEP/SVS/SES-DF, 2015

O perfil de mortalidade dos homens é diferente do encontrado nas mulheres: apesar do conjunto das doenças do aparelho circulatório ser a primeira causa de morte em ambos os sexos, o índice foi um pouco mais expressivo entre as mulheres. Entre os homens as causas externas representaram o segundo maior percentual de óbitos, com incidência 3 vezes maior que nas mulheres, nas quais as neoplasias ocuparam o segundo lugar (Figura 2). Note-se ainda que, contrastando com as DCNT, as doenças infecciosas respondem pela minoria dos óbitos no ano de 2015, seguindo padrão dos anos anteriores.

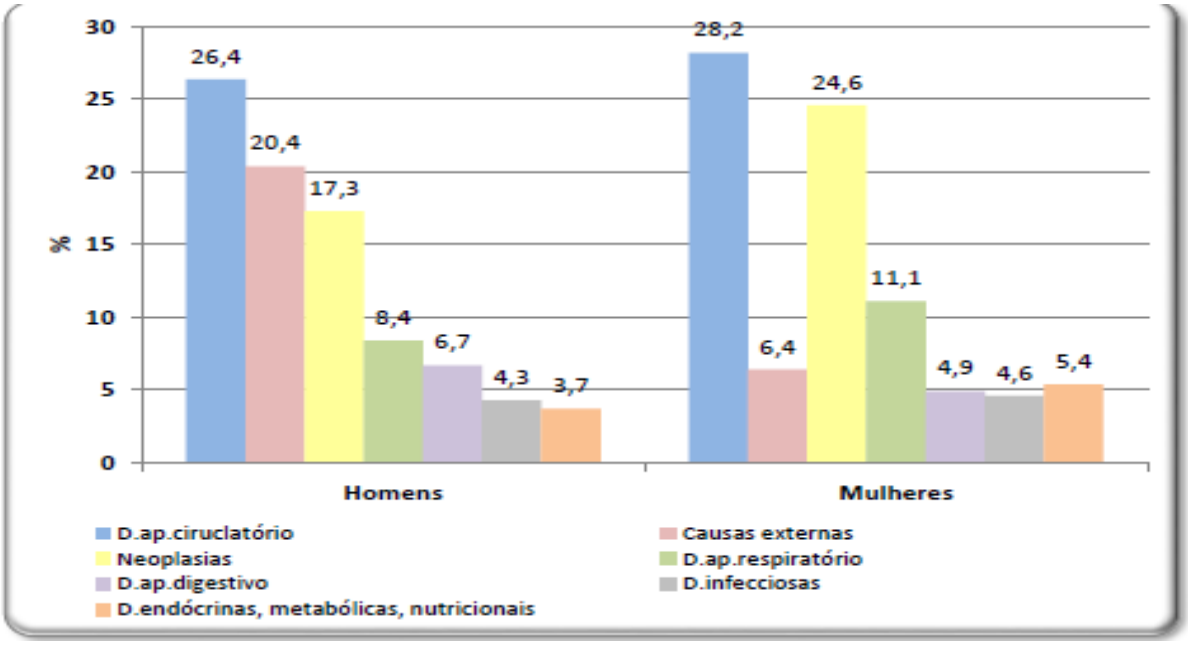

Figura 2 - Mortalidade proporcional por capítulos da CID10 e sexo. DF, 2015.

Fonte: SIM. GIASS/DIVEP/SVS/SES-DF, 2015

Em 2012, 42% das mortes no mundo eram prematuras e preveníveis. Ou seja, foram 16 milhões de vidas perdidas de forma precoce (OPAS, 2015). A mortalidade pelas quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (Doenças do aparelho Circulatório, Câncer, Diabetes, Doenças do Aparelho Respiratório) quando ocorre na faixa etária de 30 a 69 anos é considerada como prematura. Vale ressaltar que a maioria das mortes prematuras por doenças crônicas não transmissíveis são evitáveis. No Distrito Federal tais mortes representam 46% de óbitos por DCNT de todas as faixas etárias. O coeficiente de mortalidade prematura no DF, bem como a variação dos mesmos entre os anos de 2008 a 2015 estão demonstrados na tabela 4.

Tabela 04 - Mortalidade prematura em indivíduos de 30 a 69 anos pelas quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DAC, câncer, diabetes e DAR).

Tabela 4: Mortalidade prematura em indivíduos de 30 a 69 anos pelas quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DAC, câncer, diabetes e DRC).

Ano	N° óbitos	Coef*.	Variação
2008	2734	258,6	-0,9
2009	2761	251,0	-2,9
2010	2814	246,0	-2,0
2011	2893	243,1	-1,1
2012	2956	238,9	-1,7
2013	2953	229,8	- 3,9
2014	3047	228,6	-0,5
2015	3023	219,1	4,2

Fonte: SIM/GIASS/DIVEP/SVS/DF-2015 Execução: GIASS/DIVEP e GEDANT/DIVEP/SVS-SES-DF.
*Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes

Quanto à análise da distribuição de óbitos pelo conjunto das quatro principais DCNT nas Regiões de Saúde do DF em 2015 (Tabela 5), a região que apresenta maior coeficiente de mortalidade por doenças do aparelho respiratório e diabetes é a região Oeste, enquanto que a região Sul apresenta maior coeficiente para doenças do aparelho respiratório, seguida pela região Leste. Os maiores coeficientes de morte por neoplasias foram observados, respectivamente, nas regiões Norte e Sudoeste.

Tabela 05 - Número de óbitos e coeficiente de mortalidade (por 100 mil habitantes) pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas não Transmissíveis e local de residência, DF,2015.

Região de Saúde/Região administrativa (RA)	Neoplasias		Diabetes		DAC*		DRC**		Total	
	nº	Coef	nº	Coef	nº	Coef	nº	Coef	nº	Coef
Centro-Norte	**94**	**59,2**	**9**	**5,7**	**59**	**37,2**	**8**	**5,0**	**170**	**107,1**
Asa Norte	39	49,7	6	7,6	27	34,4	3	3,8	75	95,5
Cruzeiro	22	103,4	1	4,7	14	65,8	2	9,4	39	183,3
Lago Norte	16	76,1	1	4,8	8	38,1	2	9,5	27	128,4
Sudoeste/Oct	16	47,2	1	3,0	4	11,8	1	3,0	22	64,9
Varjão do Torto	1	24,9	0	0,0	6	149,5	0	0,0	7	174,4
Centro-Sul	**210**	**94,0**	**19**	**8,5**	**156**	**69,8**	**17**	**7,6**	**402**	**180,0**
Asa Sul	53	97,0	2	3,7	25	45,8	6	11,0	86	157,4
Candangolândia	3	35,3	1	11,8	6	70,6	1	11,8	11	129,5
Guará	62	97,2	7	11,0	52	81,5	5	7,8	126	197,5
Lago Sul	20	102,3	0	0,0	12	61,4	2	10,2	34	173,9
Núcleo Bandeirante	16	116,5	0	0,0	6	43,7	1	7,3	23	167,4
Park Way	15	124,8	2	16,6	8	66,6	0	0,0	25	208,0
Riacho Fundo I	19	96,0	4	20,2	15	75,8	1	5,1	39	197,1
Riacho Fundo II	8	45,4	1	5,7	20	113,5	1	5,7	30	170,2
SCIA (Estrutural)	12	931,0	2	155,2	12	931,0	0	0,0	26	217,1
SIA	2	16,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	16,1
Leste	**85**	**87,0**	**16**	**16,4**	**120**	**122,9**	**13**	**13,3**	**234**	**239,6**
Itapoã	12	61,4	3	15,4	16	81,9	1	5,1	32	163,8
Jardim Botânico	12	98,0	0	0,0	11	89,9	0	0,0	23	187,9
Paranoá	29	109,6	6	22,7	43	162,6	6	22,7	84	317,6
São Sebastião	32	81,1	7	17,7	50	126,7	6	15,2	95	240,8
Norte	**197**	**117,0**	**29**	**17,23**	**212**	**126,0**	**17**	**10,1**	**455**	**270,3**
Fercal	7	182,0	1	25,99	6	156,0	0	0,0	14	363,9
Planaltina	108	130,0	17	20,46	123	148,1	7	8,4	255	307,0
Sobradinho	42	97,4	3	6,96	47	109,0	6	13,9	98	227,3
Sobradinho II	40	104,5	8	20,91	36	94,1	4	10,5	88	230,0
Oeste	**217**	**92,1**	**54**	**22,9**	**304**	**129,1**	**25**	**10,6**	**600**	**254,8**
Brazlândia	30	107,1	5	17,9	35	125,0	2	7,1	72	257,1
Ceilândia	187	90,1	49	23,6	269	129,6	23	11,1	528	254,4
Sudoeste	**358**	**97,6**	**47**	**12,8**	**372**	**101,4**	**43**	**11,7**	**820**	**223,6**
Águas Claras	44	73,3	7	11,7	48	79,9	5	8,3	104	173,2
Recanto das Emas	49	83,3	9	15,3	60	102,0	7	11,9	125	212,4
Samambaia	113	116,0	13	13,3	119	122,2	17	17,5	262	269,0
Taguatinga	116	99,4	15	12,9	122	104,5	8	6,9	261	223,6
Vicente Pires	36	106,8	3	8,9	23	68,2	6	17,8	68	201,7

Sul	**142**	**109,7**	**23**	**17,8**	**145**	**112,1**	**18**	**13,9**	**328**	**253,5**
Gama	80	110,0	15	20,6	80	110,0	9		184	253,0
Santa Maria	62	109,4	8	14,1	65	114,7	9		144	254,1
Ignorado	1		0		10		1		12	
Total	**1304**	**94,5**	**197**	**14,3**	**1378**	**99,9**	**142**	**10,3**	**3021**	**219,0**

Fonte: SIM. GEDANT/DIVEP/SVS/SES-DF. 2016 *Doenças dos Aparelho Circulatório; **Doenças Respiratórias Crônicas

Possivelmente os altos coeficientes de mortalidade por neoplasias e doenças do aparelho circulatório estejam relacionados à maior taxa de expectativa de vida no DF. Uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas, em especial das doenças crônicas, porque elas afetam mais os segmentos de maior idade. Pode-se presumir, portanto, que, no futuro, a transição demográfica muito rápida poderá determinar elevação progressiva da morbimortalidade por doenças crônicas no Distrito Federal, tanto em termos absolutos, como relativos.

5.2 MORBIDADE

Internação

Do ponto de vista da morbidade, tomada na sua vertente da morbidade hospitalar, no DF, conforme a base de dados do SUS – SIH, no período de 2013 a 2015, a principal causa de internação foi a classificada no capítulo XV do CID-10, ou seja, gravidez, parto e puerpério, totalizando 28% do total (tabela 6). As lesões por envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, como classifica o capítulo XIX do CID-10, lideram a segunda principal causa de internação, perfazendo 9,6% do total das causas. Estão incluídas nesse grupo as intoxicações por drogas, traumatismos envolvendo múltiplas regiões do corpo, queimaduras e corrosões, sequelas por traumatismos, intoxicações e outras consequências por causas externas.

Em seguida, no ranking das principais causas de internação por capítulo do CID-10, aparecem as doenças dos aparelhos respiratório, circulatório e digestivo que somam 25,2% do total das causas. Nesse grupo estão incluídas as pneumonias, as doenças isquêmicas do coração, insuficiência cardíaca.

Tabela 06 - Principais causas de internação por CID-10, 2013 A 2015

Causas de Internação (por capítulo CID – 10)	Total do período 2013-2015	%
XV. Gravidez, parto e puerpério	150.636	28,0
XIX. Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	51.463	9,6
X. Doenças do aparelho respiratório	46.706	8,7
IX. Doenças do aparelho circulatório	45.815	8,5
XI. Doenças do aparelho digestivo	44.900	8,3
XIV. Doenças do aparelho genituário	32.381	6,0
II. Neoplasias (tumores)	28.443	5,3
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	22.405	4,2
XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	22.201	4,1
VI. Doenças do sistema nervoso	16.519	3,1

Fonte: TABWIN/DATASUS/MS – dados gerenciados pela Gerência de processamento de informações ambulatoriais e hospitalares, GEPI/DICS/SUPLANS/SES-DF. In: Plano de Saúde 2016-2019, 2016.

Auto avaliação do estado de saúde

Considerando a auto avaliação do estado de saúde, como outro aspecto para análise do grau de morbidade por DCNT da população, observa-se que, segundo dados do VIGITEL no DF, em 2015, a média da frequência de adultos que auto avaliou o estado de saúde como ruim ou muito ruim, foi de 2,5%, sendo que no sexo masculino o percentual foi de 1,8% e no sexo feminino de 3,2% (tabela 67). Conforme a tabela 6 observou-se redução percentual no ano 2015, tanto em mulheres quanto em homens, quando comparado ao ano base de 2007. Contudo, ao longo dos anos os valores oscilam, não podendo ser ainda estabelecida tendência de redução ou aumento do índice. Com relação à comparação com outros estados da federação, o DF apresentou grande melhoria em sua colocação, estando na melhor posição entre as capitais pesquisadas.

Tabela 07 - Percentual de adultos que avaliaram como ruim sua própria saúde, e posição alcançada entre as unidades da federação, por gênero, Distrito Federal, 2007 a 2015.

ESTADO DE SAÚDE RUIM OU MUITO RUIM					
ANO	MASCULINO	FEMININO	POSIÇÃO DO DF		TOTAL
	%	%	MASCULINO	FEMININO	%
2007	5,7	8,9	3°	3°	7,4
2008	3,1	7,8	11°	4°	5,5
2009	1,1	8,8	27°	3°	5,2

2010	**0,7**	**2,3**	**27°**	**27°**	**1,5**
2011	**2,3**	**10,7**	**23°**	**1°**	**6,8**
2012	**5,1**	**6,3**	**2°**	**10°**	**5,8**
2013	**3,0**	**6,3**	**21°**	**9°**	**4,7**
2014	**3,7**	**6,5**	**11°**	**5°**	**5,2**
2015	**1,8**	**3,2**	**27°**	**27°**	**2,5**

FONTE: VIGITEL, MINISTÉRIO DA SAÚDE

Hipertensão arterial

Com relação ao percentual de adultos que referem diagnóstico de hipertensão no DF, observa-se tendência de aumento da prevalência do indicador (tabela 8). Em 2015, o valor foi de 24,9% para a população total, sendo mais frequente entre as mulheres (27,3%).

Tabela 08 - Percentual de adultos que referem diagnóstico prévio de hipertensão arterial, e posição alcançada entre as unidades da federação, por gênero, Distrito Federal, 2007 a 2015.

HIPERTENSÃO ARTERIAL AUTO-REFERIDA					
ANO	**MASCULINO**	**FEMININO**	**POSIÇÃO DO DF**		**TOTAL**
	%	**%**	**MASCULINO**	**FEMININO**	**%**
2007	**15,4**	**21,0**	**23°**	**18°**	**18,4**
2008	**19,3**	**21,4**	**14°**	**21°**	**20,4**
2009	**19,1**	**23,0**	**18°**	**16°**	**21,2**
2010	**28,8**	**18,1**	**1°**	**25°**	**23,1**
2011	**16,9**	**23,2**	**19°**	**14°**	**20,2**
2012	**21,3**	**26,9**	**3°**	**18°**	**24,3**
2013	**21,5**	**26,3**	**10°**	**19°**	**24,1**
2014	**22,5**	**26,8**	**6°**	**17°**	**24,8**
2015	**22,0**	**27,3**	**20°**	**19°**	**24,9**

FONTE: VIGITEL, MINISTÉRIO DA SAÚDE

Diabetes

Apesar da prevalência ter sofrido redução no último ano, verifica-se no DF um aumento na freqüência de adultos do sexo masculino e feminino que referem diagnóstico prévio de diabetes quando analisada a série histórica (tabela 9). Em 2015 o percentual de foi 7,4%, sendo de 6,9% entre os homens e 7,8% entre as mulheres. Em 2006 o valor era de 5,1% para a população total, 3,8% entre os homens e 7,2% entre as mulheres, o que representa um aumento de 26% na prevalência em nove anos.

Tabela 09 - Percentual de adultos que referem diagnóstico prévio de diabetes, e a posição alcançada entre as unidades da federação, por gênero, Distrito Federal, 2006 a 2015.

DIABETES AUTO-REFERIDA					
ANO	MASCULINO	FEMININO	POSIÇÃO DO DF		TOTAL
	%	%	MASCULINO	FEMININO	%
2006	3,8	6,3	17°	4°	5,1
2007	3,6	3,8	24°	21°	3,7
2008	4,7	4,3	10°	20°	4,4
2009	2,7	4,4	27°	22°	3,6
2010	5,0	3,9	14°	27°	4,4
2011	5,8	5,4	21°	17°	4,7
2012	6,5	8,1	18°	10°	7,4
2013	6,5	7,2	23°	18°	6,9
2014	7,3	8,7	16°	20°	8,0
2015	6,9	7,8	12°	11°	7,4

FONTE: VIGITEL, MINISTÉRIO DA SAÚDE

Exame preventivo de câncer de colo de útero

O inquérito VIGITEL demonstrou ainda que, em 2015, 81% das mulheres com idade entre 25 e 59 anos realizaram exame preventivo para o câncer de colo do útero (Papanicolau) nos últimos três anos, colocando o DF na 17ª posição entre as 27 capitais pesquisadas (tabela 10). Os valores apontam para uma tendência de aumento de cobertura desse procedimento, apesar da ocorrência de instabilidade importante no período.

Tabela 10 - Percentual de mulheres que realizaram exame preventivo de papanicolau, e posição alcançada entre as unidades da federação, Distrito Federal, 2007 a 2015.

ANO	Em algum momento (%)	Nos últimos 3 anos (%)	Posição no DF
2007	81,1	74,9	23°
2008	83,8	74,4	20°
2009	86,1	77,6	15º
2010	76,6	70,0	24º
2011	82,0	73,7	19°
2012	87,4	82,3	12°
2013	88,1	82,9	22°
2014	87,0	81,4	19°
2015	87,6	81,0	17°

FONTE: VIGITEL, MINISTÉRIO DA SAÚDE

Exame preventivo de mamografia

Assim como no exame preventivo de câncer de colo de útero, a realização do exame de mamografia segundo o Vigitel apresentou aumento de prevalência entre 2007 e 2015. No DF, no ano de 2015, 91,9% das mulheres declararam ter realizado o procedimento em algum momento da vida, enquanto 78,1% referiram ter feito nos últimos dois anos (tabela 11). Mesmo considerando as oscilações entre os anos, observa-se tendência de aumento de frequência.

Tabela 11 - Percentual de mulheres que realizaram exame de mamografia, Distrito Federal, 2007 a 2015.

ANO	EM ALGUM MOMENTO %	NOS ÚLTIMOS 2 ANOS %
2007	85,3	68,8
2008	81,8	66,3
2009	82,1	63,3
2010	89,4	81,6
2011	85,7	69,0
2012	89,9	77,4
2013	89,7	78,0
2014	90,8	77,8
2015	91,9	78,1

FONTE: VIGITEL, MINISTÉRIO DA SAÚDE

Aspecto econômico

Além do aspecto do adoecimento, a morbidade traz também uma reflexão sobre o aspecto econômico relacionado à DCNT. O custo para o estado é crescente e responsável por grande parcela dos gastos em estabelecimentos de saúde. Segundo dados do SIH/SUS, em 2015 as DCNT representaram 39,4% dos gastos totais com internações no DF, ou seja, foram equivalentes a quase metade das despesas. Vale ressaltar que a primeira causa de internação no período, a saber, "gravidez, parto e puerpério", foi responsável por apenas 16% do custo total (tabela 12).

Tabela 12 - Valor total das internações por alguns capítulos do CID 10 - Distrito Federal, 2015.

Capítulo CID – 10. Tipo de Doença	Custo internação	% com relação custo total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8.380.466,27	6,05
II. Neoplasias	10.930.583,38	7,89
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1523620,54	1,10
IX. Doenças do Aparelho Circulatório	29724007,92	21,46
X. Doenças do Aparelho Respiratório	12374435,51	8,93
XV. Gravidez, parto e puerpério	22176194,38	16,0
Total DCNT (capítulos II, IV, IX e X)	54552647,35	39,4
Total	138.514.591,69	

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

5.3 FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO

A prevalência dos fatores de risco para as doenças crônicas no Brasil aponta para o sentido de um incremento na produção social de condições crônicas, uma vez que tais fatores são responsáveis pelo aparecimento da maioria das doenças crônicas e estão aumentando entre a população. Visto que não existe ainda um sistema de coleta de dados local para o monitoramento de tais fatores no Distrito Federal, utiliza-se para esse fim o mesmo instrumento da esfera nacional, a saber: a pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL, coordenada pelo Ministério da Saúde e realizada nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Analisaremos a seguir os principais fatores de risco e proteção, primários e intermediários, para o aparecimento das DCNT.

Tabagismo

O tabagismo é um importante fator de risco para o desenvolvimento de uma série de doenças crônicas (WHO, 2011). Evidências associam, também, a exposição passiva ao tabaco ao mesmo grupo de doenças.

Em 2015, a frequência total de fumantes da população adulta no Distrito Federal (DF) foi de 11,%, sendo maior no sexo masculino (13,%) do que no sexo feminino (9,2%), como observado em todos os anos anteriores. Quando observada a série histórica, nota-se forte queda de prevalência de 2006 a 2010. A partir daí os valores se estabilizaram e oscilam ano a ano, ora com aumento e ora com redução de prevalência. (tabela 13). Destaca-se, porém, que houve redução significativa no período de 2006 a 2015.

Tabela 13 - Percentual de fumantes e a posição alcançada do maior percentual para o menor entre as unidades da federação, por gênero, Distrito Federal, 2006 a 2015.

FUMANTES					
ANO	MASCULINO	FEMININO	POSIÇÃO DO DF		TOTAL
	%	%	MASCULINO	FEMININO	%
2006	19,9	14,9	15°	5°	17,2
2007	24,8	9,1	3°	21°	16,4
2008	17,4	14,4	17°	9°	15,8
2009	22,2	11,6	6°	13°	16,5
2010	15,3	12,7	21°	9°	13,9
2011	14,2	12,8	22º	5º	13,5
2012	13,0	8,1	10º	14º	10,4
2013	16,3	5,9	25º	13º	10,7
2014	12,4	7,4	12º	7º	9,7
2015	13,9	9,2	21º	22º	11,4

Fonte: VIGITEL, MINISTÉRIO DA SAÚDE

Excesso de peso e obesidade

No DF a frequência do excesso de peso em 2015 foi de 47,9%, sendo maior entre homens (51,%) do que entre mulheres (45,0%), conforme demonstrado na tabela 14. Com relação a 2006, o excesso de peso aumentou 8,1% no DF, sendo que entre os homens o aumento foi de 3,1% e de 13,4% entre as mulheres. O excesso de peso é diagnosticado quando o Índice de Massa Corporal (IMC) alcança valor igual ou superior a 25 kg/m^2, enquanto que a obesidade é diagnosticada quando o IMC é igual ou superior a 30 kg/m^2.

A pesquisa revelou que, com relação à obesidade, em 2015 a frequência de adultos obesos no DF foi de 14,4% (maior 4,4 %, em relação ao ano de 2006, apesar de apresentar redução com relação ao ano anterior), sendo menor entre homens (13,8%) do que entre mulheres (14,8%) (tabela 15).

Preocupa o fato de que seja na população total, seja entre os homens ou entre as mulheres, a frequência de excesso de peso e obesidade apresentam constante crescimento no DF.

Tabela 14 - Percentual de adultos com excesso de peso e a posição alcançada do maior percentual para o menor entre as unidades da federação, por gênero, Distrito Federal, 2006 a 2015.

EXCESSO DE PESO					
ANO	MASCULINO	FEMININO	POSIÇÃO DO DF		TOTAL
	%	%	MASCULINO	FEMININO	%
2006	48,1	31,6	11°	22°	39,8
2007	38,9	36,6	27°	13°	37,7
2008	45,0	34,9	23°	25°	39,7
2009	37,4	35,2	27°	26°	36,2
2010	58,4	31,2	2°	26°	44,7
2011	53,1	45,2	14º	11º	49,1
2012	49,3	44,2	26º	22º	46,6
2013	54,9	43,9	17º	23º	49,0
2014	56,4	45,0	12º	22º	50,3
2015	51,2	45,0	27º	23º	47,9

FONTE: VIGITEL, MINISTÉRIO DA SAÚDE

Tabela 15 - Percentual de adultos com obesidade e a posição alcançada do maior percentual para o menor entre as unidades da federação, por gênero, Distrito Federal, 2006 a 2011.

OBESIDADE					
ANO	MASCULINO	FEMININO	POSIÇÃO DO DF		TOTAL
	%	%	MASCULINO	FEMININO	%
2006	10,5	9,6	20°	21°	10
2007	10,1	9,9	23°	15°	10
2008	10,4	13,4	23°	15°	12
2009	6,9	11,5	27°	26°	9,3
2010	9,4	9,7	26°	27°	9,5
2011	16,5	13,5	11º	22º	15
2012	13,5	14,9	24º	24º	14,3
2013	15,7	14,4	21º	24º	15,0
2014	15,8	15,8	21º	23º	15,8
2015	13,8	14,8	24º	24º	14,4

FONTE: VIGITEL, MINISTÉRIO DA SAÚDE

Consumo alimentar

O Distrito Federal, seguindo tendência nacional, enfrenta uma transição nutricional caracterizada por alteração no estilo de vida da população, em especial, mudanças no padrão de consumo alimentar e na prática de atividade física. Observa-se ao longo dos anos uma redução no consumo de alimentos naturais e que possuem efeito protetor frente às DCNT e aumento no consumo de alimentos ultraprocessados, como refrigerantes, biscoitos recheados e produtos prontos para consumo, associado também a uma redução na prática de atividade física. Como consequência observa-se o aumento na prevalência de sobrepeso e obesidade na população, além de outras Doenças Crônicas Não Transmissíveis, as quais também possuem alimentação inadequada e inatividade física como fatores de risco.

- **Consumo regular e recomendado de Frutas e Hortaliças**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a ingestão diária de pelo menos 400 gramas de frutas e hortaliças, o que equivale, aproximadamente, ao consumo de cinco porções desses alimentos. O Vigitel analisou o consumo regular e o consumo

recomendado de frutas e hortaliças, como marcadores de padrão alimentar saudável. O consumo regular avalia a frequência de consumo durante a semana, considerando-se regular o consumo destes alimentos pelo menos cinco vezes por semana. Na tabela 16 verifica-se que em 2015, 53,9% dos moradores do DF relataram consumo regular destes alimentos, maior prevalência entre as capitais (a média brasileira foi de 37%). Observa-se uma tendência de aumento no consumo regular de frutas e hortaliças ao longo dos anos e um maior consumo pelas mulheres. Entretanto, ainda é muito baixo (aproximadamente metade da população possui consumo regular).

Já o consumo recomendado de frutas e hortaliças representa o percentual de indivíduos que possuem consumo de acordo com as diretrizes nutricionais (400g/dia). Ao analisar os dados, observa-se que o percentual da população do DF que consome a quantidade recomendada de frutas e hortaliças é ainda menor (39,5%). Novamente, observa-se maior prevalência de adequação entre as mulheres, quando comparado aos homens (44,7% e 33,6%, respectivamente em 2015), bem como uma tendência de crescimento com o passar dos anos (entre os homens, em 2008, apenas 16,9% consumia o recomendado). Uma vez que estes alimentos possuem efeito protetor devem ser realizadas ações para incentivar seu consumo.

Tabela 16 - Percentual de adultos com consumo regular e consumo recomendado de frutas e hortaliças por gênero, Distrito Federal, 2008 a 2015.

Sexo	**Consumo regular de frutas e hortaliças %**							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Masculino	29,7	32,4	36	30,2	31,3	31,6	30,3	45,1
Feminino	43,0	50,4	50,2	45,7	47,6	47,4	51,4	61,6
Ambos**	36,8	42,0	43,5	38,5	40,0	40,0	41,6	53,9
	Consumo recomendado de frutas e hortaliças %							
Masculino	16,9	22,0	23,4	20,7	21,6	21,8	20,6	33,6
Feminino	28,6	31,7	30,1	31,6	34,2	36,6	36,9	44,7
Ambos	23,1	27,1	27,0	26,5	28,3	29,7	29,3	39,5

FONTE: VIGITEL, MINISTÉRIO DA SAÚDE

- **Consumo de alimentos não saudáveis**

Como marcadores da alimentação não saudável, o VIGITEL avaliou o consumo de alimentos que contribuem com o aumento no teor de gordura, açúcar e sódio na alimentação. Estes alimentos geralmente são ultraprocessados e também possuem elevada quantidade de fatores anti-nutricionais, como conservantes e corantes. A recomendação do Novo Guia Alimentar da População Brasileira é para reduzir o consumo de ultraprocessados e aumentar o consumo de alimentos in natura ou minimamente processados.

Destaca-se na tabela 17 o consumo de refrigerante em cinco ou mais dias na semana, na população do DF, avaliado pelo VIGITEL. A série histórica apresentada demonstra uma tendência de crescimento no consumo de 2009 até 2013. Entretanto, de 2013 a 2015, a prevalência de consumo de refrigerante no DF tende a reduzir em ambos os sexos, alcançando no último ano o menor percentual observado (13,7%). As mulheres apresentam menor prevalência de consumo que os homens (10,8% e 17%, respectivamente).

Tabela 17 - Percentual de adultos que consomem refrigerante em cinco ou mais dias por semana, por gênero, Distrito Federal, 2009 a 2015.

Sexo	Consumo de refrigerante %						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Masculino	25,3	25,5	27,9	22,8	25,1	20,2	17
Feminino	18,7	16,9	20,8	21,6	16,3	18,6	10,8
Ambos	21,8	20,9	24,1	22,2	20,4	19,4	13,7

FONTE: VIGITEL, MINISTÉRIO DA SAÚDE

Atividade Física

A Organização Mundial de Saúde recomenda a prática de, pelo menos, 150 minutos de atividade física por semana (WHO, 2010) como fator protetivo para o desenvolvimento das DCNT. O Vigitel avalia o nível de atividade física dos adultos em quatro domínios: no tempo livre (lazer), no trabalho, no deslocamento e no âmbito das atividades domésticas, bem como a prevalência de inatividade física e prática insuficiente de atividade física.

Destaca-se na tabela 18, a prevalência de atividade no tempo livre (lazer) e a prevalência de inatividade física na população do DF. Em 2015, pela primeira vez, mais da

metade da população (52,1%) praticou alguma atividade física no tempo livre (pelo menos 150 minutos de atividade de intensidade moderada). A prevalência foi maior entre os homens quando comparado as mulheres (61,8% e 43,6%, respectivamente). Os homens também apresentam melhores resultados que as mulheres quanto à inatividade física. Em 2015, 12,6% dos homens residentes no DF não referiram praticar qualquer atividade física no tempo livre nos últimos três meses, não se deslocaram para a escola ou trabalho caminhando ou pedalando e não participaram de limpeza pesada em suas casas. Já entre as mulheres, a prevalência de inatividade física foi de 15,1%, ou seja, uma em cada 7 mulheres adultas são inativas no DF.

Tabela 18 - Percentual de adultos que praticam atividade física, por gênero, Distrito Federal, 2006 a 2015.

Sexo	Prática de atividade física									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	Atividade física no tempo livre									
Masculino	–	–	–	48,9	47,1	45,9	45,3	49,8	44,8	61,8
Feminino	–	–	–	29,4	36,1	28,5	33	34,3	30,9	43,6
Ambos	–	–	–	38,5	41,3	36,7	38,7	41,5	37,4	52,1
	Fisicamente Inativos									
Masculino	11,7	14,4	15,2	7,8	12	12	11,5	12,3	13,5	12,6
Feminino	12,5	11,1	16,7	18,8	13,8	14,5	12,3	13,9	14,5	15,1
Ambos	12,1	12,7	16	13,7	12,9	13,3	11,9	13,1	14	13,9

Consumo de bebidas alcoólicas

No VIGITEL, o consumo de bebidas alcoólicas é considerado abusivo quando há ingestão de quatro ou mais doses pelas mulheres, e de cinco ou mais doses pelos homens, em uma mesma ocasião, dentro dos últimos 30 dias. Para tal, considera-se como dose de bebida alcoólica: uma dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho.

Os dados do Distrito Federal, apresentados na tabela 19, demostram que em 2006 a prevalência de consumo abusivo de álcool era quase três vezes maior em homens quando comparado às mulheres. Com o passar dos anos essa distância foi reduzindo e em 2015, a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas entre os homens foi quase o dobro da frequência entre as mulheres (33,7% e 15,4%, respectivamente). Entretanto,

cabe destacar que essa redução pode ser explicada por incremento de 92% no consumo abusivo de álcool pelas mulheres, no período de 2006 (8,7%) a 2015 (15,4%). Entre os homens observa-se também tendência de aumento, porém, em ritmo menos acelerado e ao comparar o período de 2006 a 2015, observa-se aumento de 30% na prevalência de consumo abusivo entre os homens (de 25,8% em 2006 a 33,7% em 2015).

Tabela 19 - Percentual de adultos que consomem álcool de forma abusiva, por gênero, Distrito Federal, 2006 a 2015.

Sexo	Consumo abusivo de álcool									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Masculino	25,8	29,3	27	24,4	25,6	21,3	27,5	24,5	31,9	33,7
Feminino	8,7	9,2	11,2	16,5	11,6	9,8	13,1	9,3	11,5	15,4
Ambos	14,3	18,4	18,6	20,2	18,1	15,2	19,8	16,4	21	24

Estratégias destinadas à prevenção do consumo de álcool devem ser realizadas uma vez que este é fator de risco para as doenças e também agravos não transmissíveis, como a violência e acidentes. Os problemas e transtornos ocasionados pelo consumo deste produto para o indivíduo, família e sociedade são inúmeros. Mais preocupante ainda é o fato que adultos, pais e responsáveis que consomem bebida alcoólica estimulam as crianças e adolescentes a consumir também. Segundo dados da PeNSE (2015), mais da metade dos adolescentes brasileiros de 14 anos (55,5%) já experimentaram alguma vez bebidas alcoólicas. No DF, 22,2% relataram consumo de álcool nos 30 dias que antecederam a entrevista e um em cada três adolescentes relataram que já tiveram algum episódio de embriaguez.

6. OBJETIVO DO PLANO

O Plano aborda as quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, respiratórias crônicas e diabetes e seus quatro principais fatores de risco (tabagismo, consumo abusivo do álcool, inatividade física, alimentação inadequada e excesso de peso).

OBJETIVO GERAL: Implantar, implementar e fortalecer políticas públicas efetivas, integradas e sustentáveis, por meio de ações específicas de vigilância, promoção da saúde e

cuidado integral, para a prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco no DF, com consequente redução da mortalidade prematura por tais doenças.

7 - METAS DO PLANO

As metas sugeridas no presente documento foram estabelecidas com base em um conjunto de cinco fatores: a análise de dados que compõe a série histórica do DF relativos à mortalidade e fatores de risco e proteção para DCNT, o monitoramento de metas do Projeto para o Enfrentamento das DCNT no DF 2012-2016, metas propostas no Plano Plurianual do DF 2016-2019, as metas nacionais pactuadas pelo Ministério da Saúde no Plano Nacional para o Enfretamento das DCNT 2011-2022 e as metas globais voluntárias propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no Quadro de Monitoramento Global das DCNT. As metas propostas para o DF são:

- Reduzir a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNT;
- Reduzir a prevalência de tabagismo;
- Deter o aumento da obesidade em adultos (IMC ≥ 30 kg/m^2);
- Aumentar o consumo recomendado de frutas e hortaliças em adultos;
- Aumentar a prevalência de atividade física no lazer em adultos;
- Reduzir a prevalência do consumo abusivo de álcool em adultos;
- Aumentar a razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária;
- Aumentar a razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária;

A tabela 20 detalha as metas propostas no DF para os anos de 2017 a 2022, bem como os valores da série histórica de cada uma delas e sua tendência de redução ou aumento.

Tabela 20 – Série histórica e metas do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no DF – 2017 a 2022.

Fator	2010 [a, d]	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Tendência	Meta 2017	Meta 2018	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta a ser alcançada*
Redução da taxa de mortalidade prematura (2%/ano)[b]	246,0	243,1	238,9	229,8	228,6	219,1	-	redução	210,7	206,1	201,9	197,8	193,8	189,9	189,9
Redução da prevalência de tabagismo (30% até 2022, considerando linha de base)[c]	14,1%	10,3%	10,4%	10,7%	9,7%	11,4%	-	redução	10,9%	10,7%	10,5%	10,3%	10,0%	9,9%	9,9%
Detenção do aumento da obesidade em adultos (IMC≥ 30 kg/m2) (estabilizar em 10% até 2022)[b,c]	10,0%	14,2%	14,3%	15,0%	15,8%	14,4%	-	aumento	13,1%	12,5%	11,9%	11,2%	10,7%	10,0%	10,0%
Aumento do consumo recomendado de frutas e hortaliças em adultos (0,5%/ano)[b]	27,0%	26,5%	28,3%	29,7%	29,3%	39,5%	-	aumento	40,5%	41,0%	41,5%	42,0%	42,5%	43,0%	43,0%
Aumento da prevalência de atividade física suficiente no lazer em adultos (pelo menos 10% até 2022, considerando linha de base)[c]	41,3%	36,7%	38,7%	41,5%	37,4%	52,1%	-	estabilidade	52,5%	52,7%	52,9%	53,1%	53,3%	53,5%	53,5%
Redução da prevalência do consumo abusivo de álcool em adultos (10% até 2022, considerando linha de base)[c]	19,9%	14,5%	19,8%	16,4%	21,0%	24,0%	-	aumento	22,3%	21,4%	20,5%	19,7%	18,8%	17,9%	17,9%
Aumento da razão de exames citopatológicos do colo do	-	-	-	-	0,31[a]	-	-	-	0,32	0,35	0,35	0,70	0,70	0,70	0,70

Fator	2010 [a, d]	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Tendência	Meta 2017	Meta 2018	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta a ser alcançada*
útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária[e]															
Aumento da razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária[e]	-	-	-	-	0,22[a]	-	-	-	0,25	0,4	0,70	0,70	0,70	0,70	0,70

[a] linha de base
[b] BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022-série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília-DF, 2011.
[c] Quadro de Monitoramento Global da DCNT. Fonte: World Health Organization. Prevention and control of non-communicable diseases: Formal meeting of Member States to conclude the work on the comprehensive global monitoring framework, including indicators, and a set of voluntary global targets for the prevention and control of non-communicable diseases. Report by the Director-General; 2012 [acessado 23 nov. 2016]. Disponível em http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/B132_6-en.pdf
[d] Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2010: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
[e] Fonte: SAIS/SISCAN/SES. In: PPA Brasília 2016-2019;2015 [acessado em 23 nov 2016]. Disponível em http://www.seplag.df.gov.br/planejamento-e-orcamento/planejamento-governamental/299-ppa-2016-2019.html
* Meta a ser alcançada ao final do período (prevalência esperada)

8 – EIXOS, ESTRATÉGIAS E AÇÕES DO PLANO

O Plano fundamenta-se no delineamento de diretrizes, estratégias e ações divididos em três temas: I) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; II) promoção da saúde; III) cuidado integral.

Para a definição das estratégias e ações, foi utilizado o instrumento metodológico da matriz de relevância, o qual se propõe a realçar estratégias e ações importantes na implementação de políticas públicas. Esta ferramenta foi utilizada para elaboração das ações que compõe os eixos de (I) Vigilância, (II) Promoção e (III) Cuidado. A mesma construída de forma consensual por setores estratégicos para o enfrentamento das DCNT da SES-DF em fórum realizado em novembro de 2016. No desenvolvimento da matriz foram recomendadas ações para cada eixo levando-se em consideração: (a) o Plano Nacional de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT; (b) o Plano Distrital para o enfrentamento das DCNT 2012-2016; (c) o estudo de avaliabilidade do Plano de DCNT do GDF, que inclui a construção do modelo lógico para o eixo de vigilância; e (d) pactuações de gestão do GDF como o PPA, o PDS e a LOA.

A escala sugerida para definição de relevância das ações na matriz é: muito relevante (RRR), relevante (RR), pouco relevante (R) e irrelevante (I). O objetivo de tal escala é a identificação das ações que devem ser priorizadas na implantação do plano, sendo predominante a relevância atribuída pelos atores envolvidos. Na classificação sobre relevância considerou-se: muito relevante se a ação é obrigatória; relevante se a ação é recomendada; pouco relevante se a ação é importante, mas não prioritária.

9. DETALHAMENTO DO PLANO: EIXOS, ESTRATÉGIAS E AÇÕES (MATRIZ DE RELEVÂNCIA)

EIXO I: VIGILÂNCIA, INFORMAÇÃO, AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

1. PLANO DE ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS DO DISTRITO FEDERAL, 2017-2022						
2. RESPONSÁVEL PELO EIXO: SVS/SES-DF						
EIXO I: VIGILÂNCIA, INFORMAÇÃO, AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO						
Estratégia 1 - Apoiar/realizar estudos e pesquisas no DF, sobre incidência, prevalência, morbimortalidade e fatores de risco e proteção para DCNT						
AÇÕES	Responsável	Parceiros	Relevância			
			I	R	RR	RRR
1. Realizar pesquisas sobre morbimortalidade e fatores de risco em DCNT nas regiões de saúde, em parceria com instituições de ensino e pesquisa, para apoiar a elaboração e revisão das ações de planejamento.	GEDANT	SAIS (CATES e COAPS) Superintendências Instituições de Ensino e Pesquisa			x	

EIXO I: VIGILÂNCIA, INFORMAÇÃO, AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO						
Estratégia 2 - Fortalecer os sistemas de informação em saúde e produzir análise de situação de saúde de DCNT e fatores de risco						
AÇÕES	Responsável	Parceiros	Relevância			
			I	R	RR	RRR
1. Criar painel de monitoramento com indicadores de vigilância de fatores de risco, morbidades e mortalidade específica por DCNT, por regiões de saúde.	GEDANT/DIVEP/SVS GIASS/DIVEP/SVS	CTINF				X

2. Analisar e divulgar os resultados dos inquéritos (PENSE, VIGITEL, PNAD, POF, PNS), dos estudos longitudinais (ELSA, ELSI, ERICA), estudos da CODEPLAN e outros, nas mídias do GDF e outros meios de divulgação.	GEDANT /DIVEP/SVS	ASCOM			X	
3. Apoiar no processo de capacitação dos servidores para o uso adequado dos sistemas de informação (SIM, SISVAN, SINAN, SISCAN e demais sistemas)	GEDANT/DIVEP/SVS GIASS/DIVEP/SVS	GEPI/DICS/SUPLANS GEAPI/DIRORGS/SAIS SUPERINTENDÊNCIAS (DIRAPS e DH)				X
4. Fortalecer o registro e o monitoramento de ações de promoção da saúde no âmbito da atenção primária à saúde nos sistemas de informação.	GEDANT/DIVEP/SVS SUPERINTENDÊNCIAS (DIRAPS e DH)	GEPAP/DICS/SUPLANS				X
5. Instituir a publicação de documentos epidemiológicos nas regiões de saúde.	NVE das Superintendências	GEDANT/DIVEP/SVS			X	

EIXO I: VIGILÂNCIA, INFORMAÇÃO, AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO						
Estratégia 3 - Fortalecer a vigilância de DCNT na ADMC e nas regiões de saúde da SES/DF						
AÇÕES	Responsável	Parceiros	Relevância			
			I	R	RR	RRR
1. Estruturar áreas responsáveis em vigilância em DCNT nas regiões de saúde (estrutura física, redimensionamento da força de trabalho, insumos e outros).	NVE das Superintendências	GEDANT/DIVEP/SVS				X
2. Monitorar as condicionalidades de saúde relacionadas às DCNT dos participantes do Programa Bolsa Família.	DAEAP/COAPS/SAIS	GEDANT/DIVEP/SVS				X

EIXO I: VIGILÂNCIA, INFORMAÇÃO, AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO						
Estratégia 4 - Fortalecer o enfrentamento das DCNT, por meio das ações do Planejamento, Gestão e Financiamento com os recursos provenientes de Portarias que financiam ações em Vigilância em Saúde						
AÇÕES	Responsável	Parceiros	Relevância			
			I	R	RR	RRR
1. Estabelecer e Participar da elaboração do PDS e PPA (2020 a 2024).	GEDANT/DIVEP/SVS GENUT/CORIS/SAIS GECAN/CATES/SAIS GCV/DAEAP/SAIS	GEPLOS/DIPLAN/SUPLANS GEPLAN/DIPLAN/SUPLANS				X

EIXO I: VIGILÂNCIA, INFORMAÇÃO, AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO						
Estratégia 5 – Implementar e monitorar o Plano de Enfrentamento das DCNT em conjunto com áreas inter e intrassetoriais, para o período de 2017 a 2022, com metas e objetivos estabelecidos						
AÇÕES	Responsável	Parcerias	Relevância			
			I	R	RR	RRR
1. Criação do Grupo Condutor para monitoramento e avaliação do Plano, com representantes das Subsecretarias e Superintendências de Regiões de Saúde.	GEDANT/DIVEP/SVS	GAB/SES				X
2. Monitorar e avaliar a execução e resultados das ações e metas do Plano de Enfretamento das DCNT	Grupo Condutor DCNT					X
3. Elaborar plano de comunicação transversal aos três eixos.	Grupo Condutor DCNT	ASCOM				X

EIXO I: VIGILÂNCIA, INFORMAÇÃO, AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO						
Estratégia 6 - Realizar educação permanente e continuada em saúde						
AÇÕES	Responsável	Parcerias	Relevância			
			I	R	RR	RRR
1. Capacitar gestores e profissionais de saúde para desenvolver as competências de vigilância de DCNT.	GEDANT/DIVEP/SVS	GES/DIPMAT/SUGEP				X
2. Planejar e executar ações de educação continuada e permanente para profissional da SES DF sobre os fatores de risco, proteção e auto cuidado das DCNT.	Grupo Condutor DCNT	Universidades ONG e instituições de ensino			X	
3. Planejar e executar ações de educação em saúde para a população com tema sobre os fatores de risco, proteção e autocuidado das DCNT.	Grupo Condutor DCNT	Universidades ONG e instituições de ensino			X	
4. Estimular e Viabilizar a participação de servidores e gestores em eventos relacionados a temática de DCNT.	GEDANT/DIVEP/SVS	SAIS SVS			X	
5. Divulgar os eventos relacionados a temática de DCNT para a participação da comunidade e do controle social.	GEDANT/DIVEP/SVS	SAIS SVS/Superintendências			X	

EIXO II: PROMOÇÃO DA SAÚDE

1. PLANO DE ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS DO DISTRITO FEDERAL, 2017-2022						
2. RESPONSÁVEIS PELO EIXO: SAIS E SVS						
EIXO II: PROMOÇÃO DA SAÚDE						
Estratégia 1 - Implementar e estimular ações intrassetoriais e programas para o enfrentamento das principais DCNT (Doenças Cardiovasculares, Neoplasias, Diabetes, Doenças Respiratórias Crônicas) e os quatro fatores de risco relacionados (tabagismo, consumo abusivo de álcool, inatividade física alimentação inadequada) com foco na promoção da saúde e na integralidade do cuidado;						
AÇÕES	Responsável	Parceiros	Relevância			
			I	R	RR	RRR
1. Incentivar escolhas saudáveis pelos profissionais de saúde em relação à alimentação em todos os ciclos de vida, por meio dos guias alimentares vigentes.	GEDANT/DIVEP/SVS GENUT/CORIS/SAIS	GCV/DAEAP/SAIS DIRAPS/SUPERINTENDENCIAS				X
2. Apoiar a implementação do Programa Alimentação do Trabalhador/Min. do Trabalho e Emprego, no DF, com foco na alimentação saudável e na prevenção de DCNT no ambiente de trabalho.	GENUT/CORIS/SAIS CEREST/SVS	Secretaria do Trabalho				X
3. Apoiar a execução do Programa Nacional de Alimentação Escolar/Min. da Educação, no DF, com foco na alimentação saudável.	GENUT/CORIS/SAIS	GEDANT/DIVEP/SVS Secretaria de Educação			X	
4. Reestruturar o Programa Saúde na Escola/Min. da Saúde e da Educação, no DF, e priorizar as ações na APS e no âmbito escolar.	GENUT/CORIS/SAIS	GEDANT/DIVEP/SVS Secretaria de Educação				X

5. Implantar o Programa Circuito Multissensorial na atenção primária à saúde, com intuito de Promoção do Envelhecimento Ativo/Saudável e prevenção das DCNT.	GCV/DAEAP/SAIS	DIRAPS/SUPERINTENDENCIAS				X
6. Implantar o Programa Academia da Saúde.	DIRORGS/COAPS/SAIS	DIRAPS/SUPERINTENDENCIAS				X
7. Fortalecer o Programa Saber Saúde (Prevenção de fatores de risco para as DCNT).	GCV/ SAIS	GEDANT/DIVEP/SVS			X	
8. Fortalecer o Programa Famílias Fortes (Álcool e suas consequências sociais) e outros correlacionados.	DISAM/CORIS/SAIS	DIRAPS/SUPERINTENDENCIAS				X
9. Desenvolvimento de ações de Promoção da Saúde na Rede de Atenção ao Usuário de Álcool e outras Drogas (PPA – Brasília Saudável), suas famílias e comunidade.	DISAM/CORIS/SAIS	DIRAPS/SUPERINTENDENCIAS				X
10. Ampliar as ações de práticas integrativas em saúde e práticas corporais.	GERPIS/DAEAP/COAPS/SAIS	DIRAPS/SUPERINTENDENCIAS				X
11. Constituir/identificar grupos intrassetoriais da SES que desenvolvem ações de promoção da saúde e prevenção de DCNT com vistas à formação de uma rede de parcerias.	Grupo Condutor DCNT					X

EIXO II: PROMOÇÃO DA SAÚDE						
Estratégia 2 - Constituir/Identificar/Implementar ações intersetoriais integradas de promoção e prevenção de DCNT (Ampliar a capacidade de atender às necessidades de saúde com foco na prevenção – PPA 2016-2019)						
AÇÕES	Responsável	Parceiros	Relevância			
			I	R	RR	RRR
1. Estabelecer parcerias e/ou constituir/identificar grupos de trabalho intersetoriais para pactuar ações integradas de promoção da saúde e prevenção de DCNT, com outras secretarias (Educação, Cidades, Esportes, Criança, Desenvolvimento Agrário, Desenvolvimento Social, Meio Ambiente, Agricultura, Trabalho, Planejamento, Secretaria Especial de Direitos Humanos, entre outras).	Grupo Condutor DCNT					X
2. Estabelecer parcerias e/ou constituir/identificar grupos de trabalho intersetoriais para pactuar ações integradas de promoção da saúde e prevenção de DCNT, com instituições de ensino e pesquisa, setor produtivo e sociedade civil para o enfrentamento dos determinantes sociais das DCNT, desde que não haja conflito de interesse com o objetivo e metas do Plano.	Grupo Condutor DCNT					X
3. Promover atividade física e práticas integrativas em saúde, e modos de vida saudáveis para todas as fases do curso da vida, inclusive por meio de parceria com as Secretarias do GDF relacionadas.	GERPIS/DAEAP/COAPS/SAIS	Secretarias do GDF relacionadas				X
4. Estabelecer e implementar a Educação para a saúde, como o Projeto "Longevidade: a vida em movimento" para os idosos, visando o autocuidado, a promoção da saúde e a redução dos fatores de risco para as DCNT, inclusive por meio de parcerias com as Secretarias do GDF relacionadas	SAIS (GCV), COAPS, Demais Secretarias do GDF relacionadas					X
5. Fomentar a participação da sociedade civil na implementação do Plano de Enfrentamento das DCNT no DF.	Grupo Condutor DCNT	ARIN/ GAB Secretarias do GDF			X	

6. Estimular a construção, ampliação e revitalização de espaços e equipamentos que promovam a realização de práticas integrativas em saúde, atividades físicas e atividades esportivas saudáveis e ambientalmente sustentáveis.	Grupo Condutor DCNT /DIRORGS/COAPS/ SAIS	Demais Secretarias do GDF				X
7. Articular ações de promoção de alimentação e modos de vida saudável direcionadas às famílias do Programa Bolsa Família.	GASPV/DAEAP/ SAIS	Demais Secretarias do GDF relacionadas				X
8. Fomentar a discussão da CLDF com a sociedade civil sobre a necessidade de aumentar os impostos e taxas do DF incidentes sobre as bebidas alcóolicas, bebidas açucaradas e tabaco.	Grupo condutor DCNT					X
9. Criação do cargo do Educador Físico na SES.	Gecc/Dipmat/Sugep					X

EIXO II: PROMOÇÃO DA SAÚDE						
Estratégia 3 - Apoiar o cumprimento das legislações relacionadas aos fatores de risco das DCNT						
AÇÕES	Responsáveis	Parceiros	Relevância			
			I	R	RR	RRR
1. Acompanhar e apoiar o processo de regulamentação da publicidade de alimentos destinados ao público infantil (advocacy do setor saúde), auxiliando na redução da obesidade infantil.	Grupo condutor DCNT				X	
2. Monitorar e fiscalizar a regulamentação da publicidade de alimentos e bebidas não alcoólicas (advocacy do setor saúde).	GEALI/DIVISA/SVS			X		X
3. Apoiar a inclusão de alertas sobre risco à saúde, a qualquer tipo de publicidade destinada à promoção de alimentos processados, conforme regulamento específico (advocacy do setor saúde).	GEALI/DIVISA/SVS			X	X	
4. Monitorar e fiscalizar a regulamentação do ato de fumar em recintos coletivos, que estabelece o banimento do fumo em ambientes coletivos fechados, bem como legislação referente aos produtos derivados do tabaco (propaganda, rotulagem e outros).	GEALI/DIVISA/SVS					X
5. Monitorar e fiscalizar a implementação da legislação vigente no DF que estabelece diretrizes para a promoção de alimentação adequada e saudável nas escolas da rede de ensino do Distrito Federal, que incluem a regulamentação das cantinas e comercialização de alimentos, conforme o caput do decreto nº 36900, de 23/11/2015.	GEALI/DIVISA/SVS	GCV/DAEAP/SAIS GENUT/CORIS/SAIS				X
6. Apoiar a intensificação de ações que fiscalizem o comércio ilegal em relação à venda de bebidas alcoólicas e tabaco a menores de 18 anos.	GEALI/DIVISA/SVS					X
7. Propor medidas fiscais para redução de impostos, taxas e criação de subsídios, a fim de reduzir o preço dos alimentos saudáveis, estimulando, assim, o seu consumo.	Grupo condutor DCNT	CSDF ARINS/GAB				X
8. Criação do PARA (Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos) no DF.	GEALI/DIVISA/SVS					X

EIXO III: CUIDADO INTEGRAL

1. PLANO DE ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS DO DISTRITO FEDERAL, 2017-2022						
2. RESPONSÁVEL PELO EIXO: SAIS						
EIXO III: CUIDADO INTEGRAL						
Estratégia 1 - Definir Linha de Cuidado da pessoa com DCNT, com foco em diabetes e hipertensão, com projeto terapêutico adequado, vinculação ao cuidador e à equipe de saúde, garantindo a integralidade e a continuidade do acompanhamento						
AÇÕES	Responsável	Parceiros	Relevância			
			I	R	RR	RRR
1. Fortalecer a implementação a Linha de cuidado para a prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas do Distrito Federal (PDS 2016-2019).	GENUT/CORIS/SAIS					X
2. Elaborar a Linha de Cuidado para assistência aos portadores de diabetes e hipertensão.	Grupo Condutor DCNT					

EIXO III: CUIDADO INTEGRAL						
Estratégia 2 - Fortalecer e qualificar a gestão da rede de serviços visando qualificar os fluxos e as respostas às pessoas com DCNT						
AÇÕES	Responsável	Parceiros	Relevância			
			I	R	RR	RRR
1. Monitorar a adesão às Linhas de Cuidado da pessoa com DCNT (sobrepeso e obesidade, Hipertensão e Diabetes)	Grupo condutor DCNT					X
2. Otimizar a oferta de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento no tempo oportuno.	GAD/CATES/SAIS	Grupo Condutor DCNT				X

EIXO III: CUIDADO INTEGRAL						
Estratégia 3 - Fortalecer o complexo produtivo da saúde para o enfrentamento das DCNT						
AÇÕES	Responsável	Parceiros	Relevância			
			I	R	RR	RRR
1. Capacitar os profissionais da Unidades de Saúde nos Protocolos Clínicos e nas Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde e Governo do Distrito Federal, para o cuidado das DCNT e do tabagismo.	DIASF/CATES/SAIS GCV/DAEAP/COAPS/SAIS					X
2. Estabelecer estratégias e mecanismos para o aumento da adesão ao tratamento das DCNT e para a promoção do uso racional de medicamentos específicos.	DIASF/CATES/SAIS GCV/DAEAP/COAPS/SAIS					X
3. Monitorar efeitos adversos, ineficácia e interação medicamentosa decorrentes do uso de medicamentos para o enfrentamento das DCNT.	GEMEC/DIVISA/SVS					X
4. Garantir a oferta regular de vacinas para a prevenção de hepatite B, influenza e pneumococo para as populações alvo, que incluem pessoas com DCNT.	GEVEI/DIVEP/SVS					X
5. Garantir a oferta de vacinas contra o HPV	GEVEI/DIVEP/SVS					X

EIXO III: CUIDADO INTEGRAL						
Estratégia 4 - Fortalecer a rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e mama						
AÇÕES	Responsável	Parceiros	Relevância			
			I	R	RR	RRR
1. Aperfeiçoar o rastreamento do câncer do colo do útero e evoluir do modelo oportunístico para o modelo organizado, com garantia de confirmação diagnóstica, tratamento de lesões precursoras e referência dos casos confirmados de câncer para o nível terciário.	GECAN/CATES/ SAIS DAEAP/COAPS/SAIS					X
2. Fortalecer as ações de rastreamento e o diagnóstico precoce do câncer de mama, com garantia de acesso das mulheres com lesões suspeitas ao imediato diagnóstico e esclarecimento.	GECAN/CATES/ SAIS DAEAP/COAPS/SAIS	GAD/CATES/SAIS				X
3. Monitorar o acesso das mulheres na faixa etária-alvo de 50 a 69 anos à mamografia de rastreamento.	GECAN/CATES/ SAIS	GAD/CATES/SAIS				X
4. Implantar o Programa de Gestão da Qualidade de Citopatologia.	GECAN/CATES/ SAIS	GAD/CATES/SAIS				X
5. Implantação de, pelo menos um, serviço diagnóstico em câncer de colo de útero e mama por Região de Saúde.	GECAN/CATES/ SAIS	SUPERINTENDÊNCIAS				
6. Capacitar profissionais da Atenção Primária à Saúde e Secundária para o rastreamento do câncer do colo do útero e para a detecção precoce do câncer de mama.	GECAN/CATES/ SAIS DAEAP/COAPS/SAIS	EAPSUS SUPERINTENDÊNCIAS			X	
7. Desenvolver estratégias para difusão de informação e mobilização social relativas à prevenção e detecção precoce do câncer de colo do útero e de mama.	GECAN/CATES/ SAIS GEDANT/DIVEP/SVS	ASCOM				X
8. Capacitar profissionais da Atenção 1ª e 2ª para tratamento de fumantes	SAIS (GCV-tabagismo*)	GCV/SAIS				X

EIXO III: CUIDADO INTEGRAL						
Estratégia 5 - Ampliar, fortalecer e qualificar a assistência oncológica no SUS						
AÇÕES	Responsável	Parceiros	Relevância			
			I	R	RR	RRR
1. Ampliar o acesso ao-para o diagnóstico e à assistência oncológica, fortalecendo e expandindo a rede de tratamento do câncer no SUS.	GECAN/CATES/ SAIS	SUPERINTENDÊNCIAS				X
2. Utilizar as diretrizes clínicas para estabelecer e qualificar as redes regionais de atendimento e serviços de referência oncológica.	GECAN/CATES/ SAIS DAEAP/COAPS/SAIS					X
3. Capacitar à atenção primária à saúde para promoção, prevenção e diagnóstico precoce das neoplasias mais prevalentes.	GECAN/CATES/ SAIS DAEAP/COAPS/SAIS	EAPSUS				X
4. Capacitar a atenção primária à saúde para cuidados de suporte, paliativos e dor oncológica para acompanhamento conjunto com os centros de tratamento.	GECAN/CATES/ SAIS DAEAP/COAPS/SAIS	DIRAPS/ SUPERINTENDENCIAS				X
5. Divulgar a comunidade as ações de promoção, prevenção e cuidados relacionados ao paciente e as informações epidemiológicas sobre câncer.	GECAN/CATES/ SAIS DAEAP/COAPS/SAIS	ASCOM				X
6. Reduzir o tempo de espera da quimioterapia para 15 dias até 2019(PDS 2016-2019)	Superintendências					x

3. RECOMENDAÇÕES PARA IMPLANTAÇÃO DO PLANO

- **Gestão Intrasetorial Colegiada na SES/DF (GRUPO CONDUTOR)**

Visando a efetividade das ações de enfrentamento das DCNT no DF está sendo proposto, um modelo de gestão intrasetorial para condução do Plano, no âmbito da SES/DF, com a instituição de um Grupo Condutor composto de representante de áreas estratégicas da administração central e regiões de saúde, a saber: Gabinete do Secretário de Saúde, subsecretários da SVS, SAIS e SUPLANS, Superintendentes das Regiões da Saúde e diretor executivo da FEPECS. Sugere-se que as reuniões da equipe sigam calendário bimestral, estabelecido no primeiro encontro do Grupo.

Sugere-se a existência de uma liderança rotativa do Grupo Condutor, com vistas a assegurar sua função integradora e sua melhor gestão, a qual deve buscar garantir os arranjos eficientes de coordenação e a convergência das ações, a fim de facilitar a coordenação intrasetorial das atividades, o monitoramento e avaliação, comunicação, informação, mobilização e Advocacy da Estratégia, bem como a articulação com a sociedade civil.

O Grupo Condutor realizará o Monitoramento e Avaliação das ações previstas no Plano e acompanhará a implementação e resultados das ações executadas pelos respectivos responsáveis por cada ação, no âmbito da SES/DF e demais Secretarias do GDF. O propósito é subsidiar as decisões, bem como redirecionar as ações previstas, utilizando instrumento específicos de monitoramento. As ações e resultados esperados a partir da execução das atividades deverão ser apresentadas e divulgadas/comunicadas.

Importante destacar, no processo de comunicação, a vinculação das ações com outras estratégias amplas do GDF tais como o Plano Distrital de SAN, a linha de Linha de cuidado para a prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas do Distrito Federal, o PPA 2016-2019, dentre outros. A comunicação e mobilização social deverão prever tanto ações de comunicação de massa, veiculadas na grande mídia, como estratégias permanentes de comunicação em redes sociais, utilizando as estratégias de comunicação setoriais disponíveis em cada um dos parceiros.

O Grupo Condutor tem ainda o papel fundamental de, a partir de um diálogo, adotar mecanismos de articulação das ações nos diferentes setores do GDF (Saúde, Educação,

Assistência e outros), a fim de potencializar os resultados do Plano, aprimorar a coordenação das ações e evitar sobreposições ou lacunas.

Por fim, sugere-se como primeiras ações que o Grupo Condutor, após aprovação do Plano, separe as ações em curto, médio e longo prazo. Em seguida, identifique quais delas são prioritárias, de acordo com a indicação da matriz de relevância e, por fim, comunique aos setores responsáveis pela execução das mesmas as deliberações do Grupo Condutor. Reforçando que a ações classificadas como muito relevante (RRR) devem ser priorizadas e são obrigatórias. As ações relevantes (RR) são recomendadas e as pouco relevantes (R) são tratadas como importantes, mas não prioritárias ou exequíveis no momento.

Sugere-se, ainda, que o Grupo Condutor se reúna a cada seis meses para deliberações, votação de nova liderança, monitoramento e avaliação.

- **As ações da estratégia e o planejamento local**

As ações documento são gerais, necessitando de detalhamento e elaboração de plano local estabelecido por cada setor responsável ou região de saúde envolvida. Há uma série de iniciativas desenvolvidas localmente que se somam ao apresentado e tem a capacidade de potencializar as ações relacionadas ao enfrentamento da DCNT no DF. Outra questão importante é a discussão das atividades e inserção das ações nos instrumentos de planejamento locais.

- **Participação da Sociedade Civil na Estratégia para o Enfrentamento das DCNT**

É importante que o Conselho de Saúde acompanhe e avalie o andamento das ações previstas no Plano. A participação do Conselho de Saúde tem o papel de servir de elo entre este os órgãos governamentais e a sociedade civil. A diversidade de representações da sociedade civil, a maneira como os problemas se expressam nos diferentes grupos, as prioridades e proposições para equaciona-los, identificadas pelo Conselho, precisam estar presentes nas definições do Grupo Condutor.

11. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde**. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022-**série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília-DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico,** Brasília-DF/ 2007 a 2015.

GDF. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Planejamento e Orçamento do Distrito Federal. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - Distrito Federal - PDAD/DF 2013.** Brasília, DF, 2016. Disponível em http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa_socioeconomica/pdad/2013/Pesquisa%20PDAD-DF%202013.pdf. Acesso em 02 de agosto de 2016

_____. Secretaria de Estado de Saúde**. Plano de Saúde 2016-2019 - Versão aprovada conforme Resolução CSDF Nº457, de 05 de abril de 2016.** Brasília, DF, 2016.

_____. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de Vigilância à Saúde. Diretoria de vigilância Epidemiológica. Gerência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Núcleo de Vigilância em doenças não transmissíveis. **Projeto de ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Distrito Federal de 2012-2016.** Brasília: SES, 2012.52 p.

_____. **Brasília Saudável:** ***Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal. Documento de referência.*** Brasília, DF, 2016.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Vigilância à Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Análise de Situação em Saúde. **Relatório Epidemiológico sobre Mortalidade no Distrito Federal, 2015.** Brasília, DF, 2017. Disponível em http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/subsecretarias/583-relatorios.html. Acesso em 03 de abril de 2017.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Doenças e Agravos não Transmissíveis**. Boletim epidemiológico sobre doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco e proteção – 2015.** Brasília, DF, 2016. Disponível em http://www.saude.df.gov.br/outros-links/informes-epidemiologicos/930-informes-epidemiologicos-doencas-e-agravos-nao-transmissiveis.html. Acesso em 03 de abril de 2016.

DODF. DIÁRIO OFICIAL DO DISTRITO FEDERAL. Plano Plurianual para o quadriênio 2016-2019. Lei nº 5.602, de 30 de dezembro de 2015. **DODF nº 250, de 31/12/2015**. Suplemento B. Págs. 1 a 220.. Pag. 1.

_____. Aprovação do Projeto de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de Doenças Crônicas não Transmissíveis pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do DF. **DODF nº 149, de 22/07/2013**. Pag. 8.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Prevention and control of non-communicable diseases: Formal meeting of Member States to conclude the work on the comprehensive global monitoring framework, including indicators, and a set of voluntary global targets for the prevention and control of non-communicable diseases**. Report by the Director-General**; 2012 [acessado 23 nov. 2016]. Disponível em http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/B132_6-en.pdf