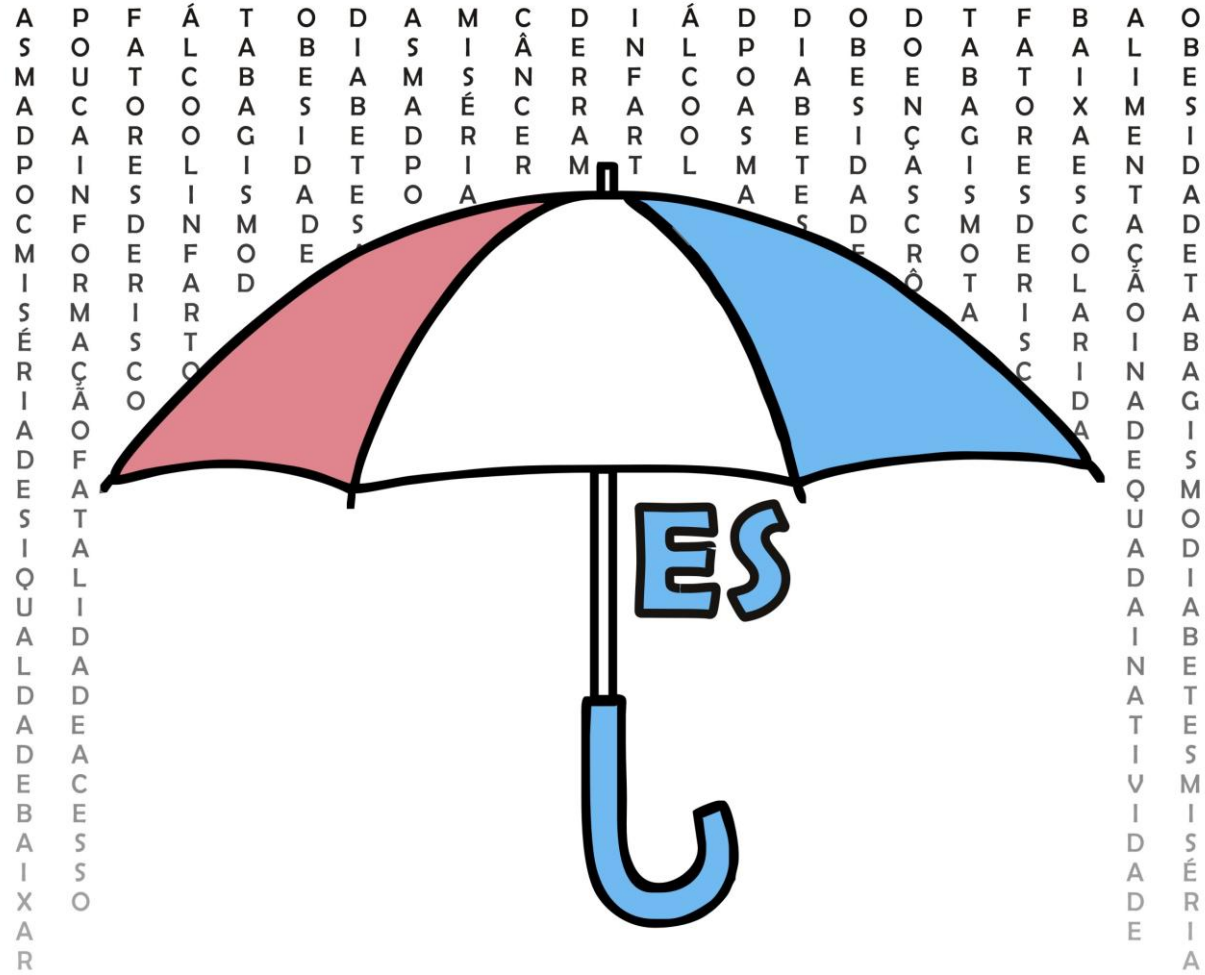


Plano de Ações Estratégicas Para Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Espírito Santo



Plano de Ações Estratégicas Para Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Espírito Santo

GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde



Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial desta obra, por qualquer meio e para qualquer fim, sem autorização prévia, por escrito, dos autores. Obra protegida pela Lei de Direitos Autorais Lei 9.610/98.

Plano de Ações Estratégicas Para Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Espírito Santo.

Impressão – Alternativo

SE446

Estadual de Saúde, Secretaria

Plano de Ações Estratégicas Para Enfretamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Espírito Santo. Adriana de Fátima Bravim; Albertina Maria Salomão Rocha; Ana Maria Rodrigues de Souza Ferreira; Anita Cardoso Gomes; Anselmo Dantas; Bernardete Guerra; Cássio Monteiro de Castro; Célia Márcia Birchler; Denise Villas Boas Barcelos Faioli; Edleusa Ferreira Gomes Cupertino; Edna Cellis Vaccari Baltar; Elaine Cristina Dallhorto; Eloa Sena Guilhen Ribeiro; Gilsa Aparecida Pimenta Rodrigues; Hararrija Diório Duque; Janaina Aparecida Schneider Casotti; Jeane Soares de Aguiar; Kátia Guerzet Teixeira; Larissa Dell'Antonio Pereira; Livia Welter Mannato Redins; Márcio Costa Ribeiro; Maria Cirlene Caser; Pedro Benevenuto Junior; Priscila Rocha Araujo Nader; Renato Luiz Carpanedo; Rita Cássia Cunha Rocha; Romildo Luís Monteiro Andrade, Willys Rodrigues Pereira [Organizadores]. 1. Ed. Gráfica Aquarius: Vitória, 2016.

ISBN: 978-85-60574-70-4

54p.; 25 x 20 cm

1. Medicina e saúde 2. Ciência e Saúde I, Títulos. II. Secretaria Estadual de Saúde

CDD610

**GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO**
Secretaria da Saúde



Paulo César Hartung Gomes
Governador

Ricardo de Oliveira
Secretario de Estado da Saúde

Mayke Armani Miranda
Subsecretário para Assuntos de Regulação

Gilsa Aparecida Pimenta Rodrigues
Gerente de Vigilância em Saúde

EQUIPE TÉCNICA DE ELABORAÇÃO DO PLANO

Adriana de Fátima Bravim
Albertina Maria Salomão Rocha
Ana Maria Rodrigues de Souza Ferreira
Anita Cardoso Gomes
Anselmo Dantas
Bernardete Guerra
Cássio Monteiro de Castro
Célia Márcia Birchler
Denise Villas Boas Barcelos Faioli
Edleusa Ferreira Gomes Cupertino
Edna Cellis Vaccari Baltar
Elaine Cristina Dallhorto
Eloa Sena Guilhen Ribeiro
Gilsa Aparecida Pimenta Rodrigues
Hararrija Diório Duque
Janaina Aparecida Schineider Casotti
Jeane Soares de Aguiar
Kátia Guerzet Teixeira
Larissa Dell'Antonio Pereira
Lívia Welter Mannato Redins
Márcio Costa Ribeiro
Maria Cirlene Caser
Monique Alves Padilha
Pedro Benevenuto Junior

Priscila Rocha Araujo Nader

Renato Luiz Carpanedo

Rita Cássia Cunha Rocha

Romildo Luís Monteiro Andrade

Willys Rodrigues Pereira

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC – Alta Complexidade

ACLS - Advanced Cardiovascular Life Support

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida Humana

ATLS – Advanced Trauma Life Support

APS - Atenção Primária à Saúde

APVP - Anos Potenciais de Vida Perdidos

ASCOM - Assessoria de Comunicação

Br – Brasil

BLS – Basic Life Support

CE - Causas Externas

CONANDA - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CONSEA - Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

COSEMS – Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde

CES – Conselho Estadual de Saúde

CIB – Comissão Intergestora Bipartite

CQCT - Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco

CRES – Centro Regional de Especialidades

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DCVC- Doenças cardiovasculares

DIP – Doenças Infecciosas e Parasitárias

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EAD – Ensino a Distância

ES- Estado do Espírito Santo

ESB- Estratégia de Saúde Bucal

GT- Grupo de Trabalho

Hiperdia - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

HUCAM - Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes

ITLS – International Trauma Life Support

MC – Média Complexidade

MEC - Ministério da Educação

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo

SIA – Sistema de Internação Ambulatorial

SIM – Sistemas de Informações sobre Mortalidade

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SINAN NET – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS/MS- Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde do
Ministério da Saúde

UNACON - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em
Oncologia

UPAs – Unidades de Pronto Atendimento

PA – Pronto Atendimento

PALS – Pediatric Advanced Life Support

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PHTLS – Pre-Hospital Trauma Life Support

VIGITEL- Vigilância de Fatores de Risco e Proteção PARA Doenças
Crônicas por Inquérito Telefônico

VIVA – Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
1 INTRODUÇÃO	11
2 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO	14
3 MORTALIDADE	17
4 MORBIDADE.....	22
5 FUNDAMENTOS PARA ABORDAGEM INTEGRAL EM DANT`s	24
6 INTERVENÇÕES EFETIVAS EM DANT`s	26
6.1 EIXO ESTRATÉGICO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE	26
6.1.1 A ORGANIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO	28
6.2 EIXO PROMOÇÃO DA SAÚDE	30
6.3 EIXO CUIDADOS INTEGRAIS	32
7 PLANILHAS DAS AÇÕES ESTRATÉGIAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS	34
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	488

APRESENTAÇÃO

O Governo do Estado do Espírito Santo, através da Secretaria de Estado da Saúde, publica o **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis (DANT`s)**, a ser implantado e desenvolvido no período compreendido entre os anos 2016 – 2022.

Para elaboração deste, participaram as referências técnicas da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) e outras instituições, buscando fundamentar e dar embasamento técnico a esta publicação.

A diretriz estratégica do plano é baseada no “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011 – 2022” elaborado pelo Ministério da Saúde em suas orientações e desafios a serem superados, adequando-o às peculiaridades regionais incluindo o enfrentamento às causas externas. Portanto, esse plano utilizará a sigla DANT`s para fazer referência as Doenças Crônicas não transmissíveis somados aos agravos e a sigla DCNT quando se tratar apenas das Doenças Crônicas não transmissíveis.

Este plano foi apreciado pelas instâncias colegiadas do SUS, entidades e organismos de governo e da sociedade civil, objetivando consolidar o compromisso social da SESA no enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis em todos os níveis de gestão.

Apresenta a realidade epidemiológica, buscando fundamentar a necessidade da adoção de medidas estratégicas imediatas e de longo prazo, na tentativa de minimizar o passivo assistencial, contribuindo com a dinâmica social visando e diminuir o número de mortes evitáveis.

Visa ainda preparar o Estado do Espírito Santo para enfrentar e reduzir, a morbimortalidade causada pelas DANT`s dentre as quais: acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial sistêmica, cânceres, diabetes e doenças respiratórias crônicas, bem como as causas externas, principalmente os homicídios (agressão) e acidentes de transporte.

No país e no Estado tais doenças e agravos constituem o problema de saúde de maior magnitude, correspondendo cerca de 70% das causas de mortes, atingindo fortemente camadas e grupos mais vulneráveis, como a população de baixa escolaridade e renda.

São apontados como determinantes sociais das DANT`s, as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades no acesso à informação e serviços, além dos fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada.

Na década passada, observou-se uma redução de aproximadamente 20% nas taxas de mortalidade pelas DANT`s, o que pode ser decorrente da expansão da Atenção Primária, sobretudo com a Estratégia de Saúde da Família, com a melhoria da qualidade da assistência, com a expansão dos serviços de saúde, com a implantação da lei seca, e com a redução marcante do consumo do tabaco, mostrando importantes avanços no cuidado à saúde da população.

Como resposta ao desafio das DANT`s, o Governo do Estado do Espírito Santo tem incentivado políticas públicas, através de ações e programas intersetoriais visando o enfrentamento dessas doenças, além da prevenção e controle dos seus fatores de risco.

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis, acrescidas dos acidentes de transporte e da violência, constituem a principal causa de adoecimento e óbito no mundo, acometendo principalmente as populações de baixa renda, em especial as menos escolarizadas, agravando o quadro de iniquidades em saúde, exacerbando a pobreza e causando perda de vidas precocemente. Sua relevância pode ser estimada pontualmente, considerando sua magnitude, já que em 2008 dentre as 57 milhões de mortes no mundo 63% ocorreram devido as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (WHO, 2011b).

O desenvolvimento de intervenções custo-efetivas que possam ser financiadas e executadas por agentes públicos ou pela própria sociedade, se mostram efetivas e eficazes na proteção, promoção e cuidados à saúde das populações, e conseqüentemente no enfrentamento das DANT`s. Ainda, segundo Elza Machado, percebe-se necessária uma intervenção social, capaz de prevenir as violências, as lesões e mortes no trânsito, onde se deve ter metas a curto e longo prazos, tais como a implantação de políticas, programas e ações que objetivem mudanças estruturais, socioculturais, econômicas e subjetivas capazes de alterar as condições que favorecem a violência. E, em se tratando da violência como um fato histórico, a solução também depende da ação humana que questione sua importância na sociedade, estimulando e incentivando processos de mediação de conflitos e que revele o papel da consciência cidadã sob a perspectiva da construção de ambientes saudáveis e de uma nova cultura de paz (OPAS, 2010).

De acordo com Brasil 2011, dentre as melhores intervenções com base populacional estão:

- Aumentar impostos e preços sobre os produtos do tabaco;
- Proteger as pessoas da fumaça do cigarro e proibir que se fume em lugares públicos;
- Advertir sobre os perigos do consumo de tabaco;
- Fazer cumprir a proibição da propaganda, do patrocínio e da promoção do tabaco;
- Restringir a venda de álcool no varejo;
- Reduzir a ingestão de sal e do conteúdo de sal nos alimentos;
- Substituir gorduras *trans* em alimentos por gorduras poli-insaturadas;

Promover o esclarecimento do público sobre alimentação e atividade física, inclusive pela mídia de massa (BRASIL,2011 p.58).

Outras intervenções de base populacional custo-efetivas e de baixo custo que podem reduzir o risco para DCNT incluem:

- Tratamento da dependência da nicotina;
- Promoção da amamentação exclusiva e alimentação complementar adequada;
- Aplicação das leis do álcool e direção;
- Restrições sobre o *marketing* de alimentos e bebidas com muito sal, gorduras e açúcar, especialmente para crianças (BRASIL, 2011).
- Sobretaxar alimentos não saudáveis e subsidiar ações que promovam a oferta e consumo de alimentos saudáveis (LYNGBY, 2007).

Mesmo que as pesquisas, até o momento, não tenham aferido resultados que sejam custo-efetivos, para as seguintes intervenções, existem evidências mostrando ações que, quando aplicadas, possibilitam a diminuição das DCNT, além de reduzir os danos por elas provocados, a saber:

- Ambientes de nutrição saudável nas escolas;
- Informação nutricional e aconselhamento em atenção à saúde;
- Diretrizes nacionais em atividade física;
- Programas de atividade física para crianças com base na escola;
- Programas de atividade física e alimentação saudável nos locais de trabalho;
- Programas comunitários de atividade física e alimentação saudável;
- Construção de ambientes que promovam atividade física (BRASIL, 2011).

As ações estratégicas passam assim a constituir o instrumento de atuação no plano técnico-operacional para desenvolvimento de políticas públicas a serem implantadas visando o enfrentamento das DANT`s.

O Governo do Estado do Espírito Santo por meio da Secretaria de Estado da Saúde elaborou o ***Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis*** com o objetivo de desenvolver políticas públicas, favorecer e incentivar coletivamente a adoção de hábitos saudáveis de vida que possam impactar progressivamente a redução dos Fatores de Risco visando em curto e médio prazo reduzir sua incidência (4 a 8 anos) e a longo prazo (10-12 anos) reduzir a mortalidade por DANT`s no ES.

2 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

No Brasil e no Estado do Espírito Santo ao longo dos últimos 50 anos e a partir da consolidação dos fenômenos das transições *Demográfica, Nutricional e Epidemiológica*, as DCNT tornaram-se problemas de saúde pública de maior relevância.

Os determinantes causais são componentes inequívocos na determinação **do processo de saúde-adoecimento-cuidado** inerente as DCNT, sendo sua identificação fator importante para o seu enfrentamento, devendo ser as ações estratégicas a base para a prevenção e redução, com base no controle dos fatores de risco.

Segundo dados do VIGITEL de 2006 a 2010, os fatores de risco para DCNT na população brasileira, são tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool (BRASIL, 2011).

Observa-se a semelhança da distribuição das DANTS nas quatro regiões de saúde do Estado. Predispondo assim, um planejamento integral nas áreas da saúde para o seu enfrentamento em todo território capixaba.

O modelo assistencial proposto pela Secretaria de Estado da Saúde segue a diretriz da regionalização, contando o ES com quatro regiões de saúde: Norte, Central, Metropolitana e Sul (ESPIRITO SANTO, 2011).

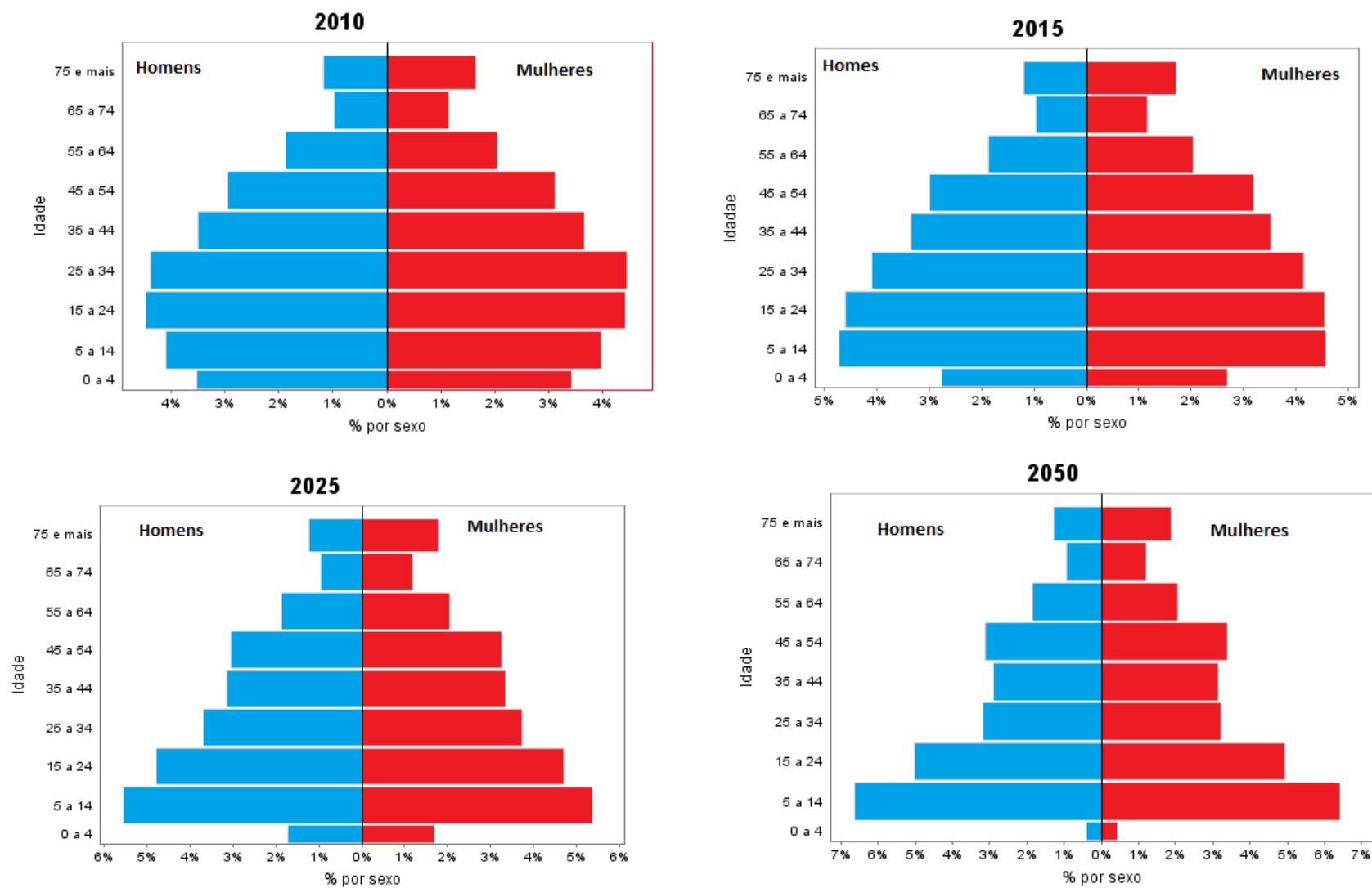
Notadamente a Região Metropolitana conta com maior oferta de aparelhos do Estado, o que faz com que haja um fluxo migratório intenso em busca de atendimento, sobretudo nas especialidades médicas. A Região Norte, assim como a Sul são as que demandam maior necessidade de apoio governamental, com fortalecimento da rede local (ESPIRITO SANTO, 2011).

Para reverter esta tendência foi construído um conjunto de iniciativas envolvendo os mais diversos atores sociais, econômicos e políticos, visando qualificar todas as Regiões de saúde do Espírito Santo, observando ainda as suas especificidades (ESPIRITO SANTO, 2011).

Encontra-se consolidada no plano demográfico do Estado do Espírito Santo a denominada Transição Demográfica, retratada na figura 01 demonstrando o efeito do envelhecimento populacional a partir do ano de 2010.

Projeções estimam que para os anos 2015, 2025 e 2050 teremos um aumento do ápice da pirâmide demográfica em consequência do envelhecimento populacional. Em contrapartida, teremos o estreitamento da faixa etária de menores de um ano, devido à diminuição evidente da taxa de fecundidade da população capixaba, estando já abaixo do nível de reposição, o que não garantiria a renovação das gerações, chegando a faixa etária de 0 a 4 anos a patamares inferiores a 5% da população (segundo projeções geométricas) no ano 2050 (Figura 01).

Figura 01: Pirâmides Demográficas do ES - 2010, 2015, 2025, 2050.



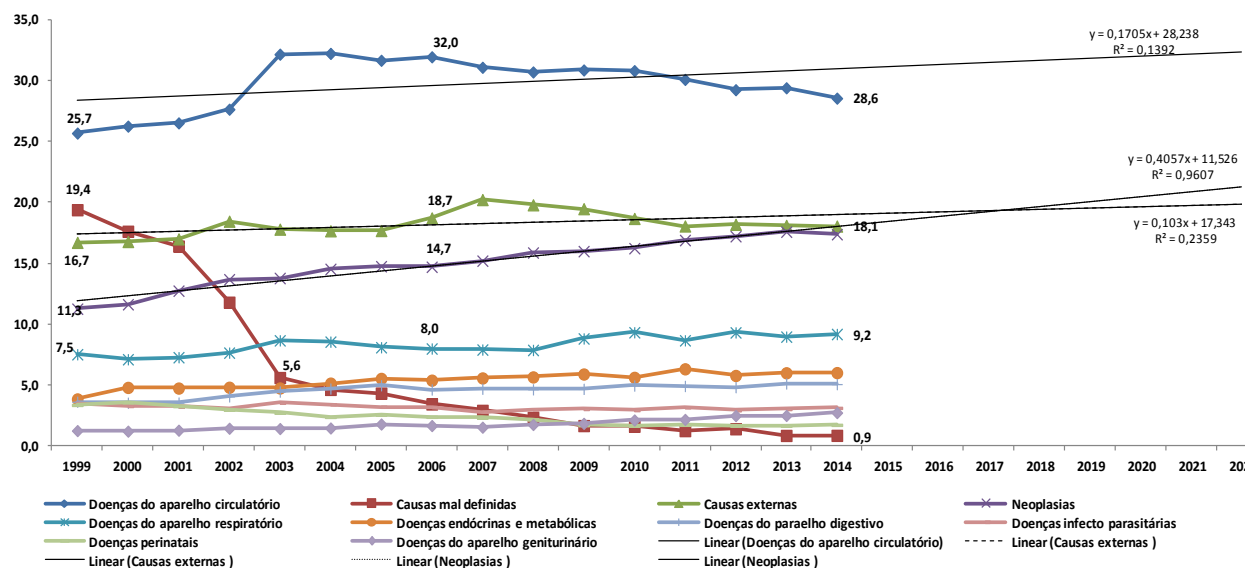
Nota-se que ocorre uma rápida mudança da estrutura etária da população capixaba, com redução significativa de crianças e jovens e um aumento da proporção de idosos e da sua expectativa de vida. Tais mudanças se fazem de forma acelerada, com similaridade ao que acontece em países europeus (IBGE, 2008).

Essa configuração incidirá ainda na necessária reconfiguração dos serviços de saúde, readequando a oferta e qualificação de recursos humanos para atendimento das necessidades de saúde dessa população. A atenção à saúde do idoso passa a demandar a atenção de especialistas, equipamentos e serviços de média e alta densidade tecnológica, expansão de atendimento domiciliar, expansão no acesso e adequações de medicamentos na farmácia básica, farmácia cidadã, imunização, dentre outros.

3 MORTALIDADE

O principal componente da Análise da Mortalidade Proporcional demonstra a magnitude das DANT's, estando as doenças e os agravos a ela pertencentes em 1º, 2º e 3º lugares no total das causas de óbito ao longo do período de 1999-2014. O somatório entre os três primeiros componentes expressa à totalidade de cerca de 64,1% dos óbitos no ano de 2014 (Figura 02).

Figura 02: Coeficiente de mortalidade proporcional na população residente no Estado do Espírito Santo – 1999 a 2014.



Fonte: MS/DATASUS/SIM

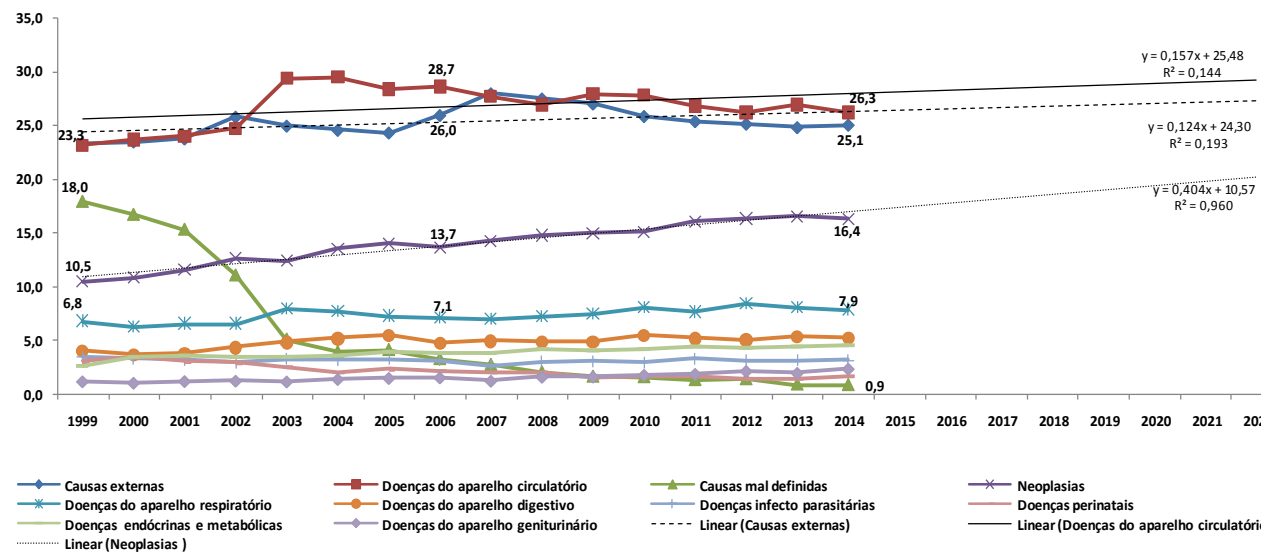
Em 2003 observa-se a queda do componente das causas mal definidas em decorrência da criação do Sistema de Verificação de óbitos (SVO) no ES e melhora das investigações dos óbitos, que anteriormente eram subnotificados ou registrados como causa mal definida.

A tendência crescente da mortalidade por neoplasias pode ser explicada em decorrência do avanço das investigações das causas de óbitos, aumento da expectativa de vida sujeitando a população a maior exposição aos fatores de risco, além da dificuldade em acessar os serviços de saúde.

O desdobramento da mortalidade proporcional dos componentes entre sexos evidenciam no ES, particularidades até então não demonstradas. Na análise do sexo masculino verifica-se a alternância entre o principal grupo de causas das Doenças Cardiovasculares (DCVC) e as Causas Externas (CE), comportamento que interrompe o completo domínio das DCVC entre os anos de 1999 a 2002 como principal causa de óbito dentro do contexto da particularidade do gênero masculino.

É necessário ampliar as medidas preventivas e de controle na tentativa de atenuar os principais componentes das CE dentre os quais podemos citar: os homicídios e os acidentes de transporte terrestres (Figura 03).

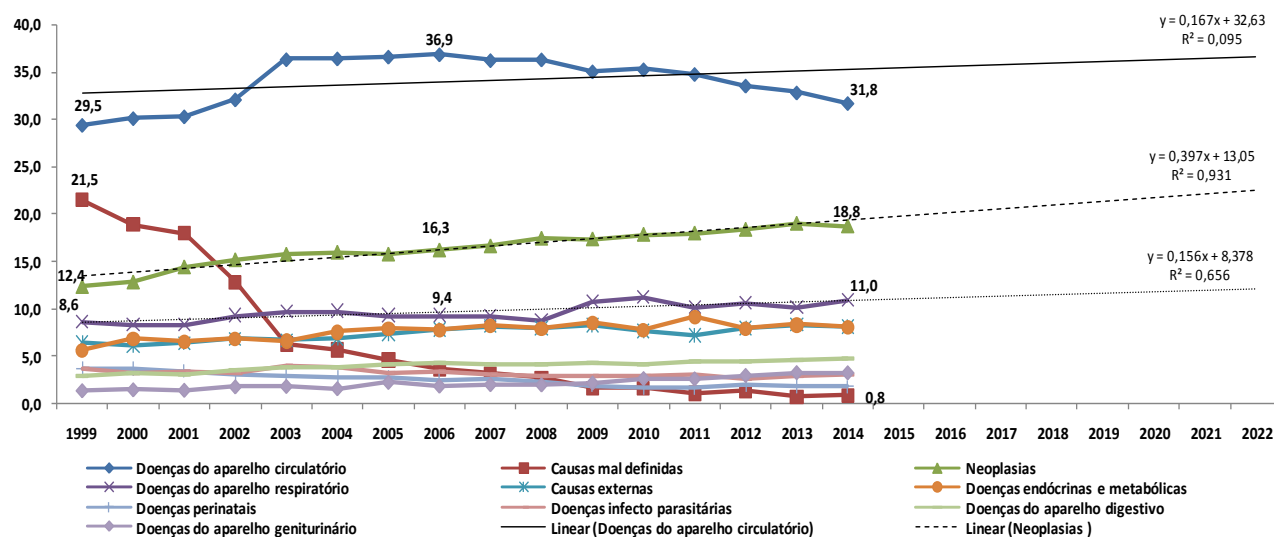
Figura 03: Coeficiente de mortalidade proporcional na população masculina residente no Estado do Espírito Santo - 1999 a 2014.



Fonte: MS/DATASUS/SIM

Na população feminina, os óbitos por doenças cardiovasculares se tornam hegemônicos, quando comparados às demais causas, assumindo isoladamente a posição da principal causa de óbito ao longo do período compreendido entre os anos de 1999-2014 (Figura 04).

Figura 04: Coeficiente de mortalidade proporcional na população feminina residente no Estado do Espírito Santo - 1999 a 2014.



Fonte: MS/DATASUS/SIM

Considerando a mortalidade por faixa etária, observa-se que no ES às causas externas ocupam o primeiro lugar de mortalidade dentre as doenças e agravos não transmissíveis nas faixas etárias de 01 a 49 anos no ano de 2014 (Quadro 01).

Em relação às crianças, sobretudo na infância, o impacto da mortalidade por causas externas como afogamentos e acidentes de transporte terrestre é significativo estando entre as principais causas de morte na faixa etária de 1 a 9 anos.

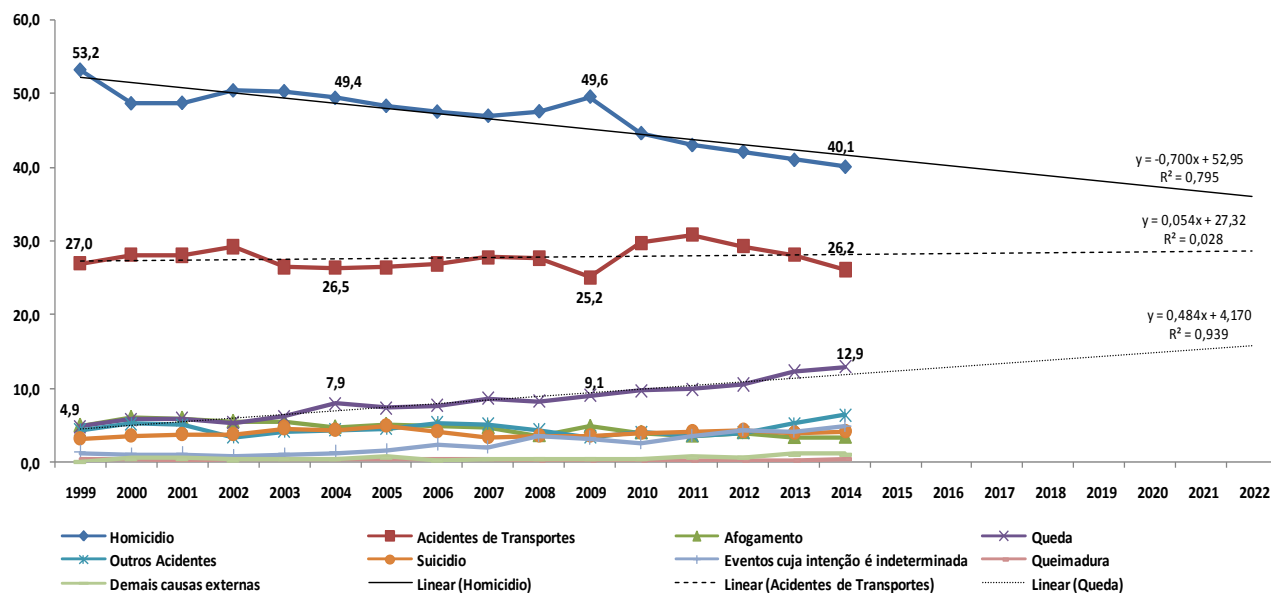
Quadro 01: Coeficiente de mortalidade proporcional segundo faixa etária na população residente no Estado do Espírito Santo, no ano de 2014.

Ano	Faixa Etária									
	Menor de 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 anos e mais
2014										
1º	Perinatais 57,1	Causas externas 26,7	Causas externas 35,6	Causas externas 47,1	Causas externas 87,2	Causas externas 75,2	Causas externas 52,0	Causas externas 28,0	D ap circulatório 28,4	D ap circulatório 37,2
2º	Mal formação congenita 30,0	Mal formação congenita 15,8	Neoplasias 20,5	D sistema nervoso 12,6	Neoplasias 2,3	DIP 4,5	Neoplasias 10,0	D ap circulatório 20,5	Neoplasias 26,3	Neoplasias 19,0
3º	Causas externas 4,0	Neoplasias 13,3	D sistema nervoso 11,0	DIP 8,4	D sistema nervoso 2,1	Neoplasias 4,0	D ap circulatório 9,5	Neoplasias 17,9	Causas externas 13,7	D ap respiratório 12,6
4º	D ap respiratório 3,2	DIP 7,5	DIP 9,6	Mal formação congenita 8,4	D ap respiratório 1,8	D ap circulatório 2,6	DIP 7,9	D ap digestivo 8,0	D ap digestivo 7,0	D endócrinas e metabólicas 7,6
5º	DIP 2,6	D sistema nervoso 7,5	Mal formação congenita 8,2	Neoplasias 6,7	D ap circulatório 1,1	Gravidez parto e puerpério 2,5	D ap digestivo 5,5	DIP 6,4	D endócrinas e metabólicas 6,7	Causas externas 6,1
6º	D endócrinas e metabólicas 0,6	D ap respiratório 7,5	D ap respiratório 2,7	D ap respiratório 5,0	D endócrinas e metabólicas 1,0	D sistema nervoso 2,2	D endócrinas e metabólicas 2,4	D ap respiratório 4,2	D ap respiratório 6,0	D ap digestivo 5,0
7º	D sistema nervoso 0,6	Doenças do aparelho geniturinário 5,8	Doenças do aparelho digestivo 2,7	D sangue órgãos hemat 3,4	Gravidez parto e puerpério 1,0	D ap digestivo 2,0	Transtornos mentais e comportamentais 2,4	Transtornos mentais e comportamentais 4,0	DIP 4,4	D sistema nervoso 4,3
8º	D ap circulatório 0,5	Perinatais 4,2	Perinatais 2,7	D sist osteomuscular 2,5	DIP 0,6	D ap respiratório 1,8	D ap respiratório 2,2	D endócrinas e metabólicas 3,9	Transtornos mentais e comportamentais 2,5	Doenças do aparelho geniturinário 3,6
9º	D ap digestivo 0,5	D ap circulatório 3,3	D sangue órgãos hemat 1,4	D endócrinas e metabólicas 1,7	Mal formação congenita 0,6	Causas mal definidas 1,4	D sistema nervoso 2,1	D sistema nervoso 2,3	Doenças do aparelho geniturinário 1,8	DIP 1,8
10º	Causas mal definidas 0,5	D sangue órgãos hemat 1,7	D ap circulatório 1,4	D ap circulatório 1,7	D sangue órgãos hemat 0,5	D endócrinas e metabólicas 1,3	Gravidez parto e puerpério 1,9	Doenças do aparelho geniturinário 1,8	D sistema nervoso 1,2	Transtornos mentais e comportamentais 0,8

Fonte: MS/DATASUS/SIM

Dentre as mortes por causas externas observa-se que os homicídios ocupam o primeiro lugar, apresentando uma leve tendência decrescente. Os acidentes de transportes e as quedas vêm apresentando uma curva ascendente. Entre os acidentes por transporte terrestres, os que envolvem os motociclistas apresentam tendência crescente seguidos pelos acidentes envolvendo pedestres e os ocupantes de automóveis. Chama a atenção o número expressivo de acidentes de veículos não especificados, o que demonstra a necessidade de investimentos no sentido de qualificar essas informações (Figura 5). Essa situação traduz-se num sério problema de saúde pública, devido s consequências geradas do ponto de vista social, pela redução da expectativa de vida de adolescentes, jovens em idade economicamente produtiva e consequentemente da redução da qualidade de vida desta população, e do ponto de vista econômico devido ao grande número de internações e de sequelas decorrentes, principalmente, dos homicídios e dos acidentes de transporte (figura 5).

Figura 05: Taxa de mortalidade proporcional por causas externas, na população residente no Estado do Espírito Santo – 1999 a 2014.



Fonte: MS/DATASUS/SIM

4 MORBIDADE

As DCNT têm representado impacto crescente nos custos diretos para o sistema de saúde no Brasil, estando entre as principais causas de internação hospitalar (MALTA et al., 2011).

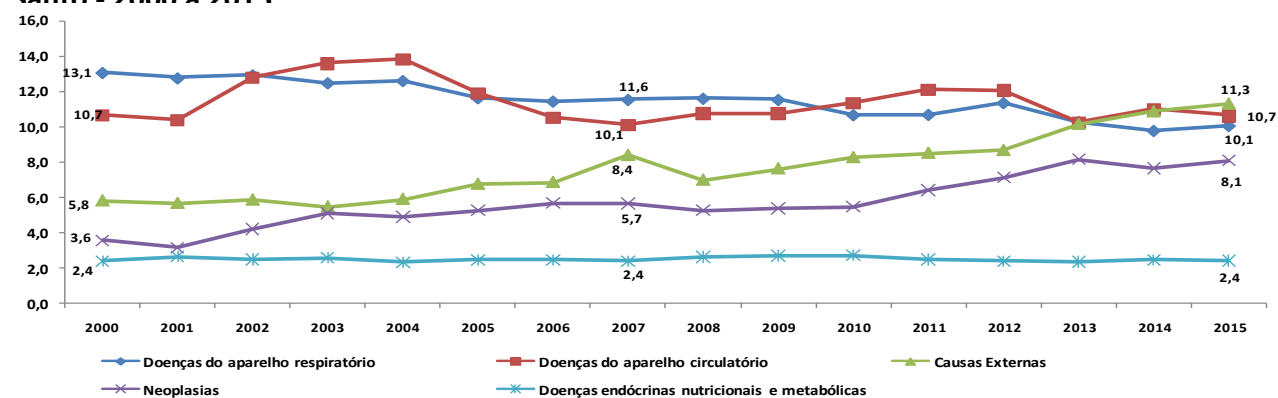
As DCNT por serem de curso prolongado acarretam sobrecarga financeira aos sistemas de saúde assim como para as famílias com doentes crônicos (MALTA et al., 2011).

Em estudo realizado no Brasil utilizando o DALY (Disability Adjusted Life of Years – Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade), que mede os anos de vida perdidos seja por morte prematura ou incapacidade, mostrou-se que do total de 74,7% das causas de anos de vida vividos com incapacidade, 11,2% deste total refere-se às doenças respiratórias crônicas, 7,2% ao diabetes mellitus, 2,7% às DCV e 1% ao câncer (SCHRAMM et al., 2004).

Os fatores de risco altamente prevalentes para o desenvolvimento das DCNT são: sedentarismo, alimentação inadequada, e consumo nocivo de bebidas alcoólicas e o tabagismo. O aumento da longevidade possibilita maior tempo de exposição acumulada a esses fatores (SANTOS et al., 2015).

No ES, conforme pode ser observado na figura 06, as causas externas acompanhada pela doença do aparelho circulatório são as principais causas de internações e os maiores geradores de custo nesse componente do sistema de saúde.

Figura 06: Internações segundo grupo de causas, na população no Estado do Espírito Santo - 2000 a 2015



Fonte: MS/DATASUS/SIH

No sistema de saúde nacional as doenças cardiovasculares geram o maior custo referente a internações hospitalares. Em 2007, 12,7% das hospitalizações não relacionadas a gestações e 27,4% das internações de indivíduos de 60 anos ou mais foram causadas por doenças cardiovasculares (SCHMIDT et al., 2011).

Em 2010 o Sistema Único de Saúde gastou o equivalente a 2,4 bilhões de reais (68% do total de gastos) com internações hospitalares por doença crônica e 1,2 bilhões (32%) referentes ao tratamento ambulatorial. Os custos despendidos para o tratamento das doenças crônicas são mais altos do que aqueles destinados a prevenção das mesmas (SOTO et al., 2015).

No quadro 02, observa-se o impacto financeiro ao Sistema Único de Saúde do ES, quando levantado o número de internações oriundas das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis. Cerca de 54% do valor gasto com internações no ES no ano de 2015, deve-se a estas doenças. Observa-se também que 42% dos leitos são ocupados pelos pacientes internados em decorrência das DCNT.

Quadro 02: Custo e número de internações, em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI adulto e infantil), Unidade de tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) e de leitos comuns, no ano 2015.

Internações gerais

Tipo de UTI	Nº de Internações	Valor
Leito comum	214.768	176.930.903,88
UTI infantil / adulto	11.260	72.590.940,46
UTI neonatal	2.107	16.228.490,94
Total	228.135	265.750.335,28

Fonte: Tabwin/SESA

Internações por DANT`S

Nº de Internações	Nº de Internações	Valor
Leito comum	88.130	89.646.271,86
UTI infantil / adulto	8.175	53.334.942,83
UTI neonatal	108	993.977,58
Total	96.413	143.975.192,27

Com base em mais este dado, justifica-se ações de promoção de saúde e prevenção de DANTS no ES, previstas neste plano de enfrentamento, buscando além da redução dos custos, um aumento da qualidade de vida da população capixaba.

5 FUNDAMENTOS PARA ABORDAGEM INTEGRAL EM DANT`S

Na Constituição Federal de 1988, o Estado brasileiro assume como objetivos precípuos a redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária sem quaisquer formas de discriminação. Tais objetivos marcam o modo de conceber os direitos de cidadania e os deveres do Estado no país, dentre os quais a saúde (BRASIL, 1988).

Neste contexto, a garantia da saúde implica não só em assegurar o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, mas também a formulação de políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer. No texto constitucional tem-se ainda que o sistema sanitário brasileiro encontra-se comprometido com a integralidade da atenção à saúde, quando suas ações e serviços são instados a trabalhar pela promoção, proteção e recuperação da saúde, com a descentralização, a regionalização e com a participação social.

No entanto, ao longo dos anos, o entendimento da integralidade passou a abranger outras dimensões, aumentando a responsabilidade do sistema de saúde com a qualidade da atenção e do cuidado, passando a incorporar a rede de proteção e cuidados, sobretudo para crianças, adolescentes, mulheres, idosos e suas famílias em situação de violência.

A integralidade implica, para além da articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, a ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, quer individual e/ou coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades e suas potencialidades na construção dos projetos e da organização do trabalho sanitário.

A ampliação do comprometimento e da co-responsabilidade entre trabalhadores da saúde, usuários e território em que se localizam, altera os modos de atenção e de gestão dos serviços de saúde, uma vez que a produção de saúde torna-se indissociável da produção de subjetividades mais ativas, críticas, envolvidas e solidárias e, simultaneamente, exige a mobilização de recursos políticos, humanos e financeiros que extrapolam o âmbito da saúde. Assim, coloca-se ao setor saúde o desafio de construir a intersetorialidade.

Construir um plano de enfrentamento de uma doença e/ou agravo requer também compreensão sobre os determinantes sociais e fatores de risco que podem estar atuando de forma singular. O maior desafio provavelmente se encontra no plano psicossocial, ou seja, onde entra o comportamento e as crenças das pessoas.

Assim, cabe inserir movimentos de massa que induzam a população a adquirir hábitos saudáveis de vida, inclusive, com reforços sociais que valorizem esses novos comportamentos.

Em suma, é preciso reconhecer na Promoção da Saúde um instrumento fundamental na busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde da população, sendo que, o fortalecimento da participação social é uma ferramenta fundamental na consecução de resultados de Promoção da Saúde, em especial, da equidade e do empoderamento individual e comunitário.

O Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no estado do Espírito Santo propõe diretrizes e ações efetivas nos seguintes eixos estratégicos:

- Vigilância em Saúde;
- Promoção em Saúde;
- Cuidado Integral.

6 INTERVENÇÕES EFETIVAS EM DANT`S

6.1 EIXO ESTRATÉGICO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Em um conceito ampliado a Vigilância em Saúde é uma proposta de reorganização das práticas de saúde que leva em conta, por um lado, a busca da integralidade do cuidado à saúde e, por outro, a necessidade de adequar as ações e serviços à situação concreta da população de cada área territorial definida em função das características sociais, epidemiológicas e sanitárias, seja num distrito sanitário, num município ou em uma região de saúde. Nas últimas décadas do século XX, os debates sobre vigilância em saúde passaram a destacar o problema na perspectiva da construção de sistemas integrados de abrangência nacional, superpondo-se às concepções anteriores que destacavam as práticas e a organização dos serviços (SABROSA, 2014).

As profundas mudanças nos perfis epidemiológicos das populações, que ao longo das últimas décadas vem apresentando um declínio das taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e crescente aumento das mortes por causas externas e pelas doenças crônicas não transmissíveis, têm sido responsáveis pela evolução no conceito e na abrangência da Vigilância em Saúde.

Além destes aspectos, este cenário traz para a Vigilância em Saúde profundas mudanças na sua função social que vem necessariamente resultando em importantes transformações nos seus objetivos e modelos de organização institucional (SABROSA, 2014).

Impõe-se a necessidade do desenvolvimento de um modelo de Vigilância em Saúde que produza ações de monitoramento contínuo dos territórios, por meio de estudos e análises que revelem o comportamento dos principais indicadores de saúde, priorizando as questões mais relevantes, com o objetivo de subsidiar o planejamento das ações no SUS, propiciando desta forma, a qualificação da atenção à saúde a partir do princípio da integralidade.

Declich e Carter (1994) colocam que devem ser considerados como elementos essenciais para um Sistema de Vigilância em saúde pública, na nova concepção pluralista, a definição clara dos objetivos da vigilância; a consideração de aspectos legais e éticos; a definição das fontes de informação e das bases de dados que podem ser utilizadas; os diferentes métodos de coleta de dados; os diferentes sistemas de vigilância que podem ser utilizados; os métodos para avaliação dos sistemas e as estratégias para sua melhoria. Faz-se necessário pensar em uma concepção de vigilância integrada de modo sistêmico, articulando diferentes sistemas de informação e instituições (DECLICH; CARTER. 1994).

O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde foi definido na Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009 que teve suas responsabilidades e diretrizes definidas pela Portaria nº 1.378 de 9 de julho de 2013. Ele é coordenado nacionalmente pela Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), e tem como componentes os Subsistemas Nacionais de Vigilância Epidemiológica e em Saúde Ambiental; o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública e os sistemas de informação; os programas de prevenção e controle de doenças de relevância em saúde pública, incluindo o Programa Nacional de Imunizações; a Política Nacional de Saúde do Trabalhador; e a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2015).

A Política Nacional de Promoção da Saúde institucionalizou a integração das ações da Vigilância em Saúde com as da Atenção Primária à Saúde, na medida em que propõe que os processos de trabalho da Vigilância em Saúde estejam incorporados no trabalho das equipes de APS/Saúde da Família retomando a necessidade de efetivarem o planejamento do SUS baseado nos problemas dos territórios e com os fatores de risco e de proteção neles existentes (BRASIL, 2010).

A vigilância em saúde relaciona com a promoção da saúde através da ênfase no monitoramento e na divulgação de informações relacionadas a fatores de risco relativos às doenças cardiovasculares e certas formas de câncer, procurando modificar estilos de vida considerados implicados no processo patogênico, resultando em importante redução da morbimortalidade por estes agravos, considerados de enorme relevância.

Por outro lado, questiona-se a capacidade do sistema hegemônico de vigilância-promoção da saúde de ao menos concentrar o foco nos problemas de maior relevância, tendo em vista o aumento explosivo da obesidade, o crescente impacto do diabetes, a grande prevalência da drogadição entre jovens, a frequência de depressão entre os idosos, a inaceitável mortalidade por agressões com armas de fogo e acidentes de transporte, a disseminação do sofrimento difuso em grupos vulneráveis, e do medo em toda a população.

Este cenário aponta para a importância da construção da vigilância em saúde não só como prática e como sistema, mas também como um campo teórico da saúde pública, que integre questões que vão das categorias biológicas e ambientais às econômicas e sociais, do individual ao populacional, do local ao global, ultrapassando os limites impostos pelas disciplinas constituintes do campo.

6.1.1 A ORGANIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

A Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Espírito Santo, por meio da equipe de vigilância das DANT's, vem desenvolvendo ações de promoção da saúde e prevenção, no controle das doenças crônicas e seus agravos, bem como no monitoramento dos seus fatores de risco.

Seguindo o modelo nacional, a vigilância das DANT's vem se organizando de modo a estruturar e operacionalizar um sistema de vigilância que possibilite conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas e seus fatores de risco, promovendo e apoiando as iniciativas de promoção da saúde. A Vigilância de DANT's tem-se utilizado das seguintes fontes de informações para a sua operacionalização:

- **Fatores de Risco e Proteção:** VIGIESCOLA, VIGITEL, PENSE.
- **Morbidade:** SIA/SUS, SIH, RCBP, RHC, HIPERDIA, SISVAN, SISCOLO, SISMAMA, SINAN, VIVA, MV e SAMU
- **Mortalidade:** SIM

Diante deste contexto, com o objetivo de fortalecer a vigilância integrada das DANT's e de seus fatores de risco e de proteção modificáveis e comuns a maioria das DANT's (tabagismo, alimentação não saudável, inatividade física e o consumo nocivo do álcool) o plano estadual propõe algumas ações para monitoramento destes fatores, tendo como parâmetros as ações apresentadas abaixo no quadro 03.

QUADRO 03: Ações do plano de enfrentamento DANT`s no ES segundo o ciclo vital.

CICLO DE VIDA	AÇÕES PROPOSTAS
Gestação e desenvolvimento intra-uterino	<p>Rede Cegonha: Acompanhamento da Gestação – nutrição, controle da hipertensão, glicemia e da transmissão vertical de doenças; Acompanhamento do parto e puerpério – nascimento humanizado e redução do risco obstétrico e neonatal.</p>
Infância	<p>Alimentação saudável na infância, estímulo ao aleitamento materno, alimentação saudável e educação alimentar na escola (PSE); Promoção da aquisição de alimentos frescos nas escolas (merenda escolar); Promoção de atividade física na escola e no contra turno; Ações de promoção à saúde no Programa Saúde na Escola (PSE): alimentação saudável, atividade física, prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas; Regulação da publicidade de alimentos na infância; Implementação e ampliação das diversas linhas de cuidados existentes na rede de atenção.</p>
Adultos	<p>Incentivo aos hábitos saudáveis de vida, como alimentação saudável, prática de atividade física regular, cessação de tabagismo, prevenção ao uso nocivo do álcool; Incentivo à criação de espaços adequados para prática de atividade física e alimentação saudável nos locais de trabalho; Desconstrução da cultura ao estupro e a violência de gênero, por meio de ações integradas nas escolas e nas empresas; Ampliação do Projeto Vida no Transito; Implementação e ampliação das diversas linhas de cuidados existentes na rede de atenção.</p>
Idosos	<p>Promoção de atividade física; Capacitação de cuidadores na comunidade; Campanha de estímulo ao envelhecimento ativo; Implementação e ampliação das diversas linhas de cuidados existentes na rede de atenção.</p>
Todas as idades	<p>Ações educativas de hábitos saudáveis; Incentivo à alimentação saudável (redução do consumo de sal e produtos industrializados, estímulo ao consumo de frutas, verduras e legumes); Medidas regulatórias de tabaco, álcool e alimentos; Acesso universal à Atenção Primária à Saúde; Oferta de medicamentos gratuitos para tratamento dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.</p>

6.2 EIXO PROMOÇÃO DA SAÚDE

A Portaria Ministerial nº687/GM 30/03/2006 estabeleceu a **Política Nacional de Promoção da Saúde** e disponibilizou elementos que referenciam a construção das diretrizes e estratégias para construção das redes de promoção à saúde, contemplando iniciativas que permitem o enfrentamento dos agravos crônicos não transmissíveis (BRASIL, 2006). A partir da criação do SUS propõem-se o emprego do conceito ampliado de saúde que aponta a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la, onde é imperativa a participação social na construção do sistema e das políticas de saúde.

O setor sanitário não tem como atuar sozinho na transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população. Nesse sentido, o SUS, como política do Estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde.

A promoção da saúde é uma das estratégias de produção de saúde que representa um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro. Assim, ela contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2006).

Na perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, do SUS e das Cartas da Promoção da Saúde, os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária. Ao contrário, os sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis e organizam suas escolhas criando novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses que pertencem à ordem coletiva (BRASIL, 2006).

Propõe-se, então, que as intervenções em saúde ampliem seu escopo tomando como objeto os problemas e necessidades de saúde e seus determinantes. Desta forma, a organização da atenção e do cuidado envolve as ações e serviços que operam sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem os espaços para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo assim, sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e coletividades no território onde vivem e trabalham.

Nesta direção, a promoção e a vigilância em saúde devem buscar uma articulação que reforce a exigência de um movimento integrador na construção de consensos e sinergias, e na execução das agendas governamentais a fim de que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida.

Esta integração culmina com o trabalho em rede na sociedade civil organizada, favorecendo o planejamento das ações em saúde mais vinculado às necessidades percebidas e vivenciadas pela população nos diferentes territórios, garantindo a sustentabilidade dos processos de intervenção nos determinantes e condicionantes de saúde.

O paradigma promocional vem colocar a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das práticas no campo da saúde e, mais ainda, no campo das políticas públicas, seja feito por meio da construção e da gestão compartilhadas, a que fundamenta e estabelece uma rede de compromissos e co-responsabilidades em favor da vida.

O processo de construção de ações intersetoriais implica a troca e a construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de equacionar determinada questão sanitária, de modo que nele torna-se possível produzir soluções inovadoras quanto à melhoria da qualidade de vida. Este processo propicia, a cada setor, à ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de operar a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes.

Ressaltamos que a promoção da saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e o não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população na qual todos sejam participantes na proteção e no cuidado com a vida.

Por fim, pode-se concluir que a promoção da saúde realiza-se na articulação sujeito/coletivo, público/privado, Estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores, visando romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento-cuidado e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem. Tendo por objetivo central, a promoção da qualidade de vida e redução da vulnerabilidade e riscos à saúde.

6.3 EIXO CUIDADOS INTEGRAIS

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis levaram ao óbito 36 milhões de pessoas no mundo, representando 63% de todas as mortes no ano de 2008. Os países mais atingidos foram os de baixa ou média renda, sendo que no Brasil as DCNT alcançam 72% das mortes (BRASIL, 2011).

As DCNT não respeitam as camadas socioeconômicas, porém os idosos e a população de baixa renda constituem grupos vulneráveis, estando, portanto, sujeitos a serem os mais atingidos. As desigualdades sociais, as diferenças no acesso de bens e aos serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades no acesso à informação e os fatores de risco em comum modificáveis como tabagismo, alimentação não saudável, inatividade física e o consumo nocivo de álcool constituem os determinantes sociais das DCNT (BRASIL, 2011).

A mortalidade fornece um quadro incompleto da carga da doença, pois as doenças crônicas foram responsáveis por 66% de DALYS (*disability-adjusted life years*) em um estudo realizado em 1998 no Brasil, destacando-se dentre as doenças crônicas os transtornos neuropsiquiátricos (19%), as doenças cardiovasculares (13%), os cânceres (6%), as doenças músculo-esqueléticas (6%) e diabetes (5%) (SCHMIDT et al., 2011). As doenças infecciosas, maternas e perinatais e deficiências nutricionais contribuíram com 24%, e as causas externas por 10%.

Diante do quadro epidemiológico e da publicação da Portaria nº 252 de 19 de fevereiro de 2013 que institui a Rede de Atenção a Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, salienta-se que há de se utilizar a abordagem integral das DANT's, o que inclui atuação em todos os níveis com ação de promoção, prevenção e cuidado integral a ser desenvolvido no campo da macro e micropolítica (MALTA; MEHRY, 2010).

No campo da macropolítica são destacados:

- As ações regulatórias;
- Articulações intersetoriais;
- A organização da rede de serviços.

Na micropolítica encontra-se:

- Atuação da equipe na linha do cuidado;
- Vinculação e responsabilização do cuidador;
- Produção da autonomia do usuário.

Com a priorização do enfrentamento das DANT`s em saúde pública no Brasil, políticas de prevenção e controle têm sido implantadas. As medidas de prevenção e controle das DANT`s devem ser embasadas em evidências de efetividade e custo-efetivas. O controle do tabaco e a ampla distribuição de medicamentos aos indivíduos que tem alto risco de desenvolver doenças cardiovasculares são exemplos de intervenções altamente custo-efetivas desenvolvidas no Brasil.

O controle das DANT`s necessita de modelos de atenção a condições crônicas levando em consideração:

- As experiências locais;
- Expansão e qualificação da Estratégia Saúde da Família;
- Acesso ampliado a medicamentos custo-efetivos;
- Maior comunicação entre a atenção primária e outros níveis de atenção;
- Aperfeiçoamento da detecção imediata e tratamento de indivíduos com câncer curável.

Faz-se necessário, portanto, produzir uma agenda de governo que contemple a redução das desigualdades sociais, com a organização de sistemas de serviços de saúde a fim de reduzir a mortalidade por DANT`s no ES, com políticas claras e pactuadas em todos os níveis de gestão dentro e fora do Sistema Único de Saúde.

Para o enfrentamento das DANT`s este documento propõe metas claras e intersetoriais a serem incluídas no Plano Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo.

7 PLANILHAS DAS AÇÕES ESTRATÉGIAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Eixo I - Vigilância, informação, avaliação e monitoramento			
1 - Diretriz		Fortalecer e consolidar os sistemas de informação em saúde e produzir análise de situação de saúde das DANTS e fatores de risco.	
Ações / Estratégias	Entes responsáveis	Referencia legal (portarias, decretos)	Indicador de monitoramento e avaliação
Fortalecer os sistemas de informações que contemplam as Doenças e Agravos não Transmissíveis.	Estadual Municipal	Plano nacional de vigilâncias das Vigilância das DCNT do: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e novos desafios / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde - Brasília, MS, 2006. Portaria nº 1271, de 6 junho de 2014 que define a Lista Nacional de notificação compulsória de doenças e agravos e eventos de saúde pública.	Nº de municípios com monitoramento atualizado a partir da alimentação dos sistemas de informação
Publicar anualmente o diagnóstico situacional das DANT`s no ES, fomentando pesquisas para subsidiar ações e identificar grupos especiais de maior vulnerabilidade.	Estadual	Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013 que Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria nº 687/GM/MS, de 30 de março de 2006, que aprova a Política de promoção da Saúde;	Nº de publicações

Eixo I - Vigilância, informação, avaliação e monitoramento			
2 - Diretriz	<i>Pactuar as ações de enfrentamento das DANT's, e indicadores de monitoramento e avaliação</i>		
Ações / Estratégias	Entes responsáveis	Referencia legal (portarias, decretos)	Indicador de monitoramento e avaliação
Realizar pesquisa de prevalência para fatores de risco e proteção dos agravos crônicos não transmissíveis de cobertura estadual.	Estadual	Portaria nº 65, de 2 de Junho de 2008	Pesquisa realizada
Realizar inquérito de vigilância dos acidentes e violências nos serviços de urgência e emergência do SUS em municípios acima de 100 mil habitantes.	Estadual	Portaria nº 1.265, de 1º de Junho de 2011	Nº de municípios com o inquérito realizado

Eixo I - Vigilância, informação, avaliação e monitoramento			
3 - Diretriz	<i>Propor e fomentar iniciativas intersetoriais para a adoção de medidas fiscais tais como taxas, subsídios e tributação simplificada pra os produtos saudáveis com foco na prevenção das DANT's</i>		
Ações / Estratégia	Entes responsáveis	Referencia legal (portarias, decretos)	Indicador de monitoramento e avaliação
Contribuir na fiscalização do cumprimento das leis vigentes que tratam da venda e do consumo do álcool e tabaco.	Estadual Municipal	Política Nacional de Promoção da Saúde / Portaria nº 687/GM/MS de 30/03/2006 Lei Federal nº 12.546 de 3 de Dezembro de 2014 Lei Federal nº 13.106 de 18 de março de 2015	Nº de fiscalizações realizadas

Eixo II - Promoção da saúde			
1 - Diretriz	Fortalecer o controle social nas instâncias do SUS		
Ações / Estratégias	Entes responsáveis	Referencia legal (portarias, decretos)	Indicador de monitoramento e avaliação
Publicizar a Política de Promoção a Saúde em todas as instâncias de gestão, intra e intersetoriais.	Estadual Municipal	Política Nacional de Promoção da Saúde / Portaria nº 687/GM/MS de 30/03/2006	Nº de participações nas instâncias de gestão

Eixo II - Promoção da saúde			
2 - Diretriz	Acompanhar a aplicação pelo Estado e pelos Municípios das Políticas, Programas e Planos Públicos (Nacionais, Estaduais e Municipais) relacionados à promoção da saúde e combate as DANT's.		
Ações / Estratégias	Entes responsáveis	Referencia legal (portarias, decretos)	Indicador de monitoramento e avaliação
Incentivar o desenvolvimento de planos municipais de prevenção da violência e promoção da cultura de paz em todos os seus aspectos e implantação da notificação compulsória dos casos de violência.	Estadual Municipal	Portaria GM/MS 936/2004; Portaria GM/MS nº 737 de 16/05/01; Portaria GM/MS nº 1271/2014; Linha de Cuidado para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência: MS/ 2010.	Nº de municípios notificantes e número de planos municipais elaborados e efetivados
Implantar a atenção Integral às vítimas de violência sexual, com a implantação da Coleta de Vestígios do agressor em parceria com a SESP/SPM, cadastrando e habilitando 04 hospitais (HUCAM, HEINSG, HEJSN, HABF) para tal		Decreto-lei 7958/2013 e Portaria Interministerial 288/2015	Número de hospitais fazendo a coleta de vestígios do agressor

Eixo II - Promoção da saúde			
2 - Diretriz	Acompanhar a aplicação pelo Estado e pelos Municípios das Políticas, Programas e Planos Públicos (Nacionais, Estaduais e Municipais) relacionados à promoção da saúde e combate as DANT's.		
Ações / Estratégias	Entes responsáveis	Referencia legal (portarias, decretos)	Indicador de monitoramento e avaliação
Desenvolver iniciativas intersetoriais visando à aplicação das ações da Convenção Quadro para Controle do Tabaco no ES.	Estadual Municipal	Decreto Presidencial nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006 Portaria nº 571, 5 de Abril de 2013 Lei Federal nº12546 de 3 de Dezembro de 2014	Nº de municípios desenvolvendo ações contempladas na convenção quadro
Estimular ações de promoção e prevenção da asma nas Unidades Básicas de saúde, bem como o acompanhamento aos portadores da doença.	Estadual Municipal	Portaria Nº 1130, de 05 de Agosto de 2015 que institui Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Portaria Nº 252 de 19 de fevereiro de 2013. Portaria n 053-R e Portaria n 054-R, de 12 de maio de 2009.	Nº de unidades básicas de saúde com ações implantadas

Eixo II - Promoção da saúde			
3 - Diretriz	Realizar ações intersetoriais com vistas ao enfrentamento dos determinantes das DANT's		
Ações / Estratégias	Entes responsáveis	Referencia legal (portarias, decretos)	Indicador de monitoramento e avaliação
Desenvolver ações, em articulação com a rede de ensino público (em parceria com Programa de Saúde do Escolar) e privado, voltadas para alimentação saudável, práticas corporais, esportivas e atividade física, prevenção do uso de álcool, drogas e tabaco em conformidade com a lei de Diretrizes e Bases da Educação.	Estadual Municipal	Decreto Presidencial nº 6286, de 05 de dezembro de 2007	Nº de ações realizadas
Fortalecer o Programa Academias da Saúde, possibilitando a criação de espaços de promoção à saúde.	Estadual Municipal	Portaria nº 687/GM/MS de 30 de março de 2006 Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011	N.º de academias implantadas
Incentivar ações de práticas integrativas e outras ações nos espaços de promoção a Saúde, articulando com a Política da Promoção da Equidade em grupos com vulnerabilidade.	Municipal Estadual	Portaria nº 971 de 03 de maio de 2006 Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011 Portaria nº 992/GM/MS, de 13 de maio de 2009	Nº de atividades realizadas nos espaços de promoção a saúde
Expandir o Projeto Vida no Trânsito.	Municipal Estadual	Portaria nº 3.023 de 21 de dezembro de 2011	Nº de municípios com o projeto implantado.
Articular parcerias com sociedades científicas, profissionais e sociedade civil organizada para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção de DANT's.	Municipal Estadual	Política Nacional de Promoção da Saúde / Portaria nº 687/GM/MS de 30/03/2006	Número de parcerias estabelecidas e ações realizadas

<p>Estabelecer parcerias para o incentivo e implementação à prática da Alimentação Saudável, em consonância com programas e ações existentes nas esferas federal estadual e municipal - Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), Programa Saúde na Escola (PSE), Academias de Saúde, Estratégia Amamenta/Alimenta Brasil, Banco de Alimentos, Banco de Leite, Programa Bolsa Família, Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), Rede Cegonha, Brasil Carinhoso, Brasil Sorridente, etc.</p>	<p>Municipal Estadual</p>	<p>Resolução nº 26 de 17 de junho de 2013 (PNAE) Portaria nº 1911 de agosto de 2011 (PSE) Portaria nº 1920 de 5 de setembro de 2013 (EAAB) Portaria nº 2715 de 17 de novembro de 2011 (PNAN) Portaria 054-R de 12 de maio de 2009 Lei nº 10.301 de 5 de dezembro de 2014 Lei nº 9.849 de 5 de junho de 2012</p>	<p>Nº de parcerias estabelecidas e ações desenvolvidas</p>
<p>Apoiar os projetos de lei e ações que regulamentam a publicidade e a propaganda de bebidas alcoólicas.</p>	<p>Estadual Municipal</p>	<p>Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / MS</p>	<p>Nº de assessorias realizadas</p>
<p>Divulgar medidas de proteção contra a radiação ultravioleta nos 78 municípios em parceria com a saúde do trabalhador</p>	<p>Estadual Municipal</p>	<p>Portaria nº 687/GM/MS de 30/03/2006 Portaria Estadual nº 001-r</p>	<p>Nº de assessorias realizadas</p>

Eixo II - Promoção da saúde			
4 - Diretriz	<i>Criar, fomentar e ampliar as campanhas de mídia, atuando como agente de mudança, para incentivo à adoção de hábitos de vida saudável.</i>		
Ações / Estratégias	Entes responsáveis	Referencia legal (portarias, decretos)	Indicador de monitoramento e avaliação
Desenvolver estratégias de <i>marketing</i> social para a promoção de modos de vida saudável em nível estadual articulada com ASSCOM e outras parcerias.	Estadual Municipal	Política Nacional de Promoção da Saúde / Portaria nº 687/GM/MS de 30/03/2006	Nº de campanhas realizadas
Divulgar as práticas integrativas complementares a serem oferecidas no âmbito do SUS.	Estadual Municipal	Política Nacional de Promoção da Saúde / Portaria nº 687/GM/MS de 30/03/2006	Nº de campanhas realizadas e materiais educativos distribuídos

Eixo II - Promoção da saúde			
5 - Diretriz	<i>Articular ações de promoção de modo de vida e alimentação saudáveis às famílias beneficiárias programa bolsa família acompanhadas pelo setor saúde (acompanhamento das condicionalidades)</i>		
Ações / Estratégias	Entes responsáveis	Referencia legal (portarias, decretos)	Indicador de monitoramento e avaliação
Inserir famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família nas atividades de promoção a saúde no seu território.	Estadual Municipal	Lei Nº 10.836 de 01/2004 Decreto 5.209 de 09/2004	Nº de famílias do PBF inseridos nos referidos programas

Eixo III - Cuidado integral			
1 - Diretrizes	Fortalecimento da Atenção Primária no processo de enfrentamento das Doenças Crônicas e agravos Não Transmissíveis		
Ações / Estratégias	Entes responsáveis	Referencia legal (portarias, decretos)	Indicador de monitoramento e avaliação
Implantar a rede de Atenção à Saúde para Pessoas com Doenças Crônicas: câncer, obesidade, hipertensão, diabético, renal crônico, doenças respiratórias e doenças raras e genéticas.	Estadual Municipal	Portaria Estadual de Controle dos Cânceres 001/2012; Portaria nº 252 de 19 de fevereiro de 2013, Portaria nº 483 de 1º de abril de 2014, Portaria nº 874 de 16 de maio de 2013 Portaria nº 140 de 27 de fevereiro de 2014. Portaria Nº 1130, de 05 de Agosto de 2015 que institui Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).	% de municípios com serviços organizados para o atendimento as pessoas portadoras de doenças de crônicas
Implementar os serviços de atendimento aos portadores de Asma no Espírito Santo na rede de atenção a saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS.	Estadual Municipal	Portaria Nº 252 de 19 de fevereiro de 2013. Portaria n 053-R e Portaria n 054-R, de 12 de maio de 2009.	Nº de serviços estruturados
Qualificar a Atenção Hospitalar e pontos de atenção fixos (pré-hospitalar fixo e Atenção Primária) nas linhas de cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral promovendo treinamentos e capacitação profissional no manejo clínico e fluxo assistencial.	Estadual Municipal	Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011	Nº de serviços e profissionais capacitados

Eixo III - Cuidado integral			
1 - Diretrizes	Fortalecimento da Atenção Primária no processo de enfrentamento das Doenças Crônicas e agravos Não Transmissíveis		
Ações / Estratégias	Entes responsáveis	Referencia legal (portarias, decretos)	Indicador de monitoramento e avaliação
Contribuir com ações para a implantação e implementação das redes intersetoriais de atenção as pessoas em situação de violência sexual e doméstica.	Estadual Municipal	Lei nº 10741/03 Lei nº 8.069/90 Lei nº 11340/2006. Portaria GM/MS nº 1271/2013	Nº de serviços de referencia

Eixo III - Cuidado integral			
2 - Diretriz	Ampliação e fortalecimento das ações de Educação Permanente		
Ações / Estratégias	Entes responsáveis	Referencia legal (portarias, decretos)	Indicador de monitoramento e avaliação
Qualificar os profissionais dos diversos eixos da rede de atenção com vistas ao enfrentamento e prevenção das DANT's.	Estadual Municipal	Portaria Estadual de Educação Permanente	Nº de profissionais de saúde qualificados
Assessorar os municípios para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde no âmbito da academia de saúde.	Estadual Municipal	Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011	Nº de municípios assessorados
Implementar a tecnologia de telessaúde como ferramenta de qualificação dos profissionais da APS no processo de enfrentamento das DANT's.	Estadual	Portaria nº 35 de 4 de janeiro de 2007 Portaria nº 402, de 24 de fevereiro de 2010	% dos municípios com Telessaúde implantado

<p>Capacitar profissionais da APS, em promoção integral de saúde contemplando os diversos ciclos de vida, com vistas à adoção de hábitos saudáveis e envelhecimento ativo.</p>	<p>Estadual Municipal</p>	<p>Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, SAS; dep. de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Portaria MS/GM nº 2528, de 20 de outubro de 2006 - Direciona medidas coletivas e individuais de saúde para população idosa em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, a fim de promover a recuperação, a autonomia e a independência dos idosos.</p>	<p>Nº de profissionais da APS capacitados</p>
<p>Ampliar o número de profissionais capacitados no trabalho com base na Linha de Cuidados às crianças, adolescentes, mulheres, idosos e suas famílias em situação de violência</p>	<p>Estadual Municipal</p>	<p>Portaria GM/MS 936/2004; Portaria GM/MS nº 737 de 16/05/01; Portaria GM/MS nº 1271/2014; Linha de Cuidado para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência: MS/ 2010. Decreto-lei 7958/2013 e Portaria Interministerial 288/2015</p>	<p>Nº de profissionais capacitados</p>

Eixo III - Cuidado integral			
3 - Diretriz	Qualificação da gestão para o enfrentamento das DANT's e agravos		
Ações / Estratégias	Entes responsáveis	Referencia legal (portarias, decretos)	Indicador de monitoramento e avaliação
Incentivar a expansão a cobertura, da ESF e ESB, foco na abordagem multiprofissional para os pacientes diagnosticados como portadores de DANT's fortalecendo as ações de prevenção e promoção da saúde.	Estadual Municipal	Plano Estadual de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DANT's) 2011-2022 / SESA / 2012	% de municípios com toda a equipe voltada as ações de prevenção das DANTs e promoção a saúde
Implantar serviços de especialidades de diagnóstico, tratamento do sobrepeso/obesidade e acompanhamento do pré e pós operatório tardio da cirurgia bariátrica em consonância com atenção primaria.	Estadual	Portaria nº 2715 de 17 de novembro de 2011 (PNAN) Portaria nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013	Nº de serviços de atenção integral implantado
Incentivar a implantação de serviços de diagnóstico precoce da obesidade nas unidades básicas de saúde.	Municipal	Portaria nº 2715 de 17 de novembro de 2011 (PNAN) Portaria nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013	Nº de unidades com serviços implantados
Implantar a Estratificação do Risco Cardiovascular (classificação de Framingham) nos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes na APS.	Estadual Municipal	Cadernos da Atenção Básica/MS nº 35,36 e 37	Nº de serviços com estratificação de risco implantada

Implantar o protocolo para identificação de risco de Doença Renal Crônica nos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes.	Estadual Municipal	Cadernos da Atenção Básica/MS nº 14,35,36 e 37 Portaria nº 252/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2013 Portaria nº 389, de 13 de março de 2014	Nº de serviços com identificação de risco implantada
Incentivar a implantação de serviços de referência para tratamento e monitoramento às vítimas de violência e ao agressor.	Estadual Municipal	Pacto Estadual de Enfrentamento da violência contra a mulher no ES	Nº de serviços implantados para tratamento e monitoramento às vítimas de violência e ao agressor
Implantar serviços para abortamento legal.	Estadual Municipal	Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica / MS; SAS; Área Técnica de Saúde da Mulher/ MS, 2011. Pacto Estadual pelo enfrentamento à violência contra a mulher; SEASDH; ES; 2011	Nº de serviços para abortamento legal implantado
Instituir a política de cuidados paliativos organizando os serviços em cada Região de Saúde.	Estadual Municipal	Portaria Estadual de controle dos cânceres 001/2012 Portaria 2439/2005 GM/ MS Programa Melhor em Casa nº 1533, de julho de 2012 Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013	Nº de serviços de cuidados paliativos
Estimular os municípios por meio de protocolos na efetivação da assistência domiciliar nos territórios.	Municipal	Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013	Nº de equipes realizando assistência domiciliar conforme o protocolo instituído

Instituir serviços de diagnóstico dos cânceres sensíveis a APS nos municípios e ambulatórios especializados e dos hospitais referencia.	Estadual Regional Municipal	Portaria Estadual de controle dos cânceres 001/2012 Portaria nº 483 de 1º de abril de 2014 Portaria nº 874 de 16 de maio de 2013 Portaria nº 140 de 27 de fevereiro de 2014	Nº de Serviços de diagnóstico de câncer implantado
Implantar e credenciar os serviços de alta complexidade em oncologia na região Norte e Central.	Estadual	Portaria nº 140 de 27 de fevereiro de 2014	Nº de serviços implantados e credenciados, segundo Portaria Ministerial 741/2005
Fortalecer o HUCAM como UNACON na oferta de quimioterapia de todos os cânceres prevalentes.	Estadual	Portaria nº 140 de 27 de fevereiro de 2014	Nº de quimioterapias realizadas por cânceres prevalentes
Organizar e normalizar os Serviços Especializados ou consórcios municipais para diagnóstico de câncer e oferta de métodos de diagnóstico (de imagem, biópsia e patologia).	Estadual	Portaria 483 de 1º de abril de 2014	Nº de CRES e consórcios organizados e normalizados para diagnóstico de câncer e métodos diagnóstico
Organizar e normalizar serviços de referencia para o atendimento adequado às vítimas de IAM e AVCI (instituição da terapia trombolítica), em todas as regiões de saúde do ES.	Estadual Municipal	Portaria 483 de 1º de abril de 2014	Nº de serviços ofertados e organizados para o atendimento adequado às vítimas de IAM e AVCI
Implantação de novas bases do SAMU nas Regiões de Saúde.	Estadual	Portaria GM/MS nº 737 de 16/05/01 E39 Publicada no DOU Nº 96 Seção 1e – de 18/05/01 Portaria 2.657 de 16 de Dezembro de 2004	Nº de serviços em funcionamento

4 - Diretriz	Produção, implantação e manutenção dos processos de trabalho nos diversos níveis de atenção		
Ações / Estratégias	Entes responsáveis	Referencia legal (portarias, decretos)	Indicador de monitoramento e avaliação
Implementar e operacionalizar as redes de urgência e emergência para os atendimentos de média e alta complexidade nas regiões de saúde.	Estadual	Portaria Nº 1.600, de 07 de julho de 2011 Portaria Nº 1.601, de 7 de julho de 2011 Portaria Nº 2.026, de 24 de agosto de 2011 Portaria Nº 2.029, de 24 de agosto de 2011	Nº de regiões de saúde com a rede de UE implantada
Fortalecer as ações de educação alimentar e nutricional para as famílias beneficiárias dos programas socioassistenciais e usuários do SUS.	Estadual Municipal	Portaria nº 2715 de 17 de novembro de 2011 que institui a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)	% de municípios com abordagem multiprofissional implantado e alimentando o SISVAN
Capacitar profissionais da APS em saúde da pessoa idosa, com foco em promoção integral de saúde na perspectiva de ciclo de vida, com vistas a ampliar a possibilidade de envelhecimento ativo da população.	Estadual Municipal	Portaria Nº 122- R - Política Estadual de Atenção á saúde da Pessoa Idosa no Espírito Santo. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diretrizes para o Cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de Atenção Integral do MS.	Nº de profissionais da APS capacitados em saúde da pessoa idosa
Capacitar os profissionais da APS na identificação de idosos que estão em situações de risco, através da avaliação funcional, para estabelecer o plano de cuidado de atenção.	Estadual Municipal	Portaria Nº 122- R - Política Estadual de Atenção á saúde da Pessoa idosa no Espírito Santo. Portaria MS/GM nº 2528, de 20 de outubro de 2006 - Direciona medidas coletivas e individuais de saúde para população idosa em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, a fim de promover a recuperação, a autonomia e a independência dos idosos.	Nº de Protocolos implantados
Implementar os guias alimentares para fomentar, em todos os ciclos da vida, escolhas saudáveis relacionadas à alimentação.	Estadual Municipal	Portaria nº 2715 de 17 de novembro de 2011 que institui a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).	Nº de oficinas municipais realizadas

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANDERSON, P.; CHISHOLM, D.; FUHR, D. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *The Lancet*, 2009, n. 373, p. 2234-46.

ASARIA, P. et al. Chronic disease prevention: health effects and financial costs of strategies to reduce salt intake and control tobacco use. *The Lancet*, 2007, n. 370, p. 2044-53. Assembly. Geneva: World Health Organization, 2010.

BRASIL. Constituição (1988): Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1998.

BRASIL. Portaria Ministerial nº 687/GM 30/03/2006 estabeleceu a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília-DF, 30 mar. 2006.

BRASIL. Portaria MS/GM nº 2528, de 19 de outubro de 2006, que direciona medidas coletivas e individuais de saúde para população idosa em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, a fim de promover a recuperação, a autonomia e a independência dos idosos. Brasília-DF, 19 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Portaria Nº 1.378 de 9 de julho de 2013, que institucionaliza a integração das ações da Vigilância em Saúde com as da Atenção Primária. Brasília-DF, 9 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Portaria Nº 1.130, de 5 de Agosto de 2015, que Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF, 5 ago. 2015.

CECCHINI, M. et al. Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost effectiveness. *The Lancet*, 2010, n. 376, p. 1.775-84.

DECLICH, S.; CARTER, A.O. Public health surveillance: historical origins, methods and evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 1994, 72 (2): 285-304.

ESPIRITO SANTO. Plano Diretor de Regionalização – PDR – ES – 2011.

IARC. Evaluating the effectiveness of smoke-free policies. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2009 (IARC Handbooks of Cancer Prevention, v. 13).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Coordenação de população e indicadores sociais, projeções da população do Brasil por sexo e faixa etária. Revisão 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

JAMISON, D. T. et al. Disease control priorities in developing countries. 2. ed. *New York: Oxford University Press*, 2006.

LYNGBY. Economic nutrition policy tools—useful in the challenge to combat obesity and poor nutrition? Lyngby, Danish Academy of Technical Sciences, 2007.

MALTA, D. C.; CEZÁRIO, A. C.; MOURA, L.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JÚNIOR, J. B. Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2006, n. 15, p. 47-64.

MALTA, D. C.; MOURA, L.; SOUZA, M. F. et al. Lung cancer, cancer of the trachea, and bronchial cancer: mortality trends in Brazil, 1980-2003. *J. Bras. Pneumol.*, 2007, n. 33, p. 536-43.

MALTA, D. C.; LEAL, M. C.; COSTA, M. F. L.; NETO, O. L. M. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2008, n. 11 (Supl. 1), p. 159-67.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.

MALTA, D. C.; SARDINHA, L. M. V.; MENDES, I. et al. Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2010, n. 15 (Supl. 2), p. 3.009-19.

MALTA, D. C.; NETO, O.L.M.;JUNIOR, J.B.S. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 20(4):425-438,out-dez 2011.

MELO, E.M. Podemos prevenir a violência: teorias e práticas. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde; Organização Mundial de Saúde, 2010. 278p.

MINAYO, MCS. Violência e Saúde (on line), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. *Temas em Saúde collection*. 132 p. ISBN 978-85-7541-380-7.

MURRAY, C. et al. Effectiveness and costs of interventions to lower systolic blood pressure and cholesterol: a global and regional analysis on reduction of cardiovascular-disease risk. *The Lancet*, 2003, n. 361, p. 717-25.

SABROSA, P. Vigilância em Saúde. *Abrasco*, 2014.

SANTOS, M.A.S. et al. Tendências da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2002 a 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 24(3):389-398, jul-set 2015.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D.; MENEZES, P. R. Health in Brazil 4. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*, 2011, n. 377.

SCHRAMM, J.M.A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4):897-908, 2004

STEVENS, A.; SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B. Desigualdades de gênero na mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10):2627-2634, 2012

SOTO, P.H.T. Morbidades e custos hospitalares do Sistema Único de Saúde para doenças crônicas. *Ver Rene*. 2015 jul-ago; 16(4):567-75.

WHO. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization, 2003.

WHO. Nutrition labels and health claims: the global regulatory environment. Geneva: World Health Organization, 2004.

WHO. Protection from exposure to second-hand tobacco smoke: policy recommendations. Geneva: World Health Organization, 2007.

WHO. Interventions on diet and physical activity: what works? Summary report. Geneva: World Health Organization, 2009.

WHO. Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke. Geneva: World Health Organization, 2010a.

WHO. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: World Health Organization, 2010b.

WHO. Marketing of food and non-alcoholic beverages to children. Resolution WHA63.14 of the Sixty-third World Health Organization, 2010c.

WHO. TFI Smoking cessation. Geneva: World Health Organization, 2011a.

WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization, 2011b.

WILLETT, W. C. et al. Prevention of chronic disease by means of diet and lifestyle changes. In: JAMISON, D. T. et al. *Disease control priorities in developing countries*. Washington: The World Bank, 2006.