

Plano de enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) para o município de  
Palmas-TO

Período 2013-2017

**Palmas-TO**

**2013**

## **COORDENADORES DO PLANO**

**Marta Maria Malheiros Alves** – Gerente de vigilância epidemiológica

**Patrícia Ferreira Nomellini** - Coordenadora de vigilância das DANT

**Ellyara Barreira Alves**– Responsável técnico do RCBP/ câncer

**Silvely Tiemi Kojo Sousa**- Responsável técnico da área de Promoção da Saúde

## **RESPONSÁVEIS PELA ELABORAÇÃO DO PLANO**

**Alessandro Pantoja** – Gerente de Atenção Básica

**Andreza Domingos da Silva**– Responsável técnico da área de Fatores de Risco

**Ellyara Barreira Alves**– Responsável técnico do RCBP/ câncer

**Juliana Ramos Bruno** – Gerente de Educação na Saúde e Mobilização Social

**Patrícia Ferreira Nomellini** - Coordenadora de vigilância das DANT

**Pâmela Eva Teixeira de Aguiar** – Coordenadora de urgência e Emergência

**Paula Rodrigues Barbosa de Freitas** – Gerente de Média Complexidade

**Silvely Tiemi Kojo Sousa**- Responsável técnico da área de Promoção da Saúde

## Apresentação

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) são responsáveis pelas principais causas de óbito no mundo e, no Brasil, constituem o problema de saúde pública de maior magnitude, atingindo fortemente as camadas menos favorecidas da população (mais pobres e grupos vulneráveis, como idosos e aqueles de baixa escolaridade).

Para o Ministério da Saúde, esse grupo de doenças pode ter seu impacto reduzido, através de ações amplas e custo-efetivas de promoção da saúde que busquem a redução de seus fatores de risco, além da melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno.

O tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool, são os principais fatores de risco para a ocorrência de DCNT. E, as DCNT que mais afetam a população brasileira e os palmenses são as doenças cardiovasculares, as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e a diabetes.

Em 2011, o Ministério da Saúde (MS), através da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), lançou o Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, assumindo através dele um compromisso internacional com propostas para reverter esse problema. Através da Portaria nº 23, de 9 de agosto de 2012 a SVS estabeleceu incentivo financeiro para implantação, implementação e fortalecimento das ações específicas de vigilância e prevenção para o enfrentamento das DCNT, a partir da elaboração de propostas locais para a redução dos principais fatores de risco e das principais DCNT elencadas no Plano nacional.

Em Palmas-TO, a Vigilância das DCNT está implantada desde 2004. Desde então, vem estruturando as áreas técnicas com a inserção e capacitação de profissionais, realização de análises da situação de saúde, vigilância e monitoramento de fatores de risco e de doenças crônicas, além do desenvolvimento de ações intra e intersetoriais de promoção da saúde e fortalecimento das redes de assistência à saúde. Sendo todas as ações planejadas pactuadas nos Planos Plurianuais que são submetidos ao Conselho Municipal de Saúde.

Para enfrentar o problema das DCNT em Palmas-TO e respondendo aos estímulos feitos pelo MS foi desenvolvido o Plano de Enfrentamento das DCNT para o Município de Palmas-TO, para os anos de 2013 a 2017.

## Sumário

1. Introdução .....	08
1.1 O município de Palmas –TO.....	08
1.2 Dados demográficos.....	08
1.3 Setor Saúde.....	10
2. Epidemiologia das DCNT.....	12
2.1 Mortalidade .....	13
2.2 Morbidade .....	16
2.2.1. Morbidade por Neoplasias .....	17
2.2.2. Morbidade por Doenças do Aparelho Circulatório .....	26
2.3 Fatores de risco.....	27
2.3.1. VIGITEL.....	28
2.3.2. PeNSE.....	30
3. Intervenções .....	31
4. Objetivos do Plano.....	32
4.1. Objetivo geral.....	32

4.2. Objetivos específicos.....	33
5. Eixos estratégicos .....	33
6. Metas e indicadores de monitoramento .....	34
7. Atividades por eixo/resultados esperados.....	35
8. Cronograma de execução de cada ação .....	52
9. Atores envolvidos no planejamento, execução, monitoramento, acompanhamento e avaliação da proposta de ação.....	55

## Lista de Quadros, organogramas e figuras

Quadro1. Quadro etário do município de Palmas-TO, nos anos de 2007 e 2012.....	09
Organograma 1. Organograma da Vigilância das DANT.....	11
Figura 1 Frequência de óbito das cinco principais causas em residentes de Palmas-TO, 2005-2010.....	13
Figura 2. Taxa de mortalidade acumulada por doenças crônicas selecionadas de acordo com a CID10, segundo ano, em residentes de Palmas-TO, 2006-2010 (x100.000hab.).....	14
Figura 3. Taxa de mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório (Cap.IX), segundo sexo e faixa etária em residentes em Palmas-TO, 2011 (x 100.000 hab.).....	15
Figura 4 . Taxa de internação por doenças crônicas selecionadas em residentes em Palmas-TO. 2005-2011 (x 100.000 hab.).....	16
Figura 5. Taxas de incidência para as 5 localizações primárias mais frequentes em mulheres, ajustadas por idade, no período de 2000 a 2009.....	17
Figura 6. Taxas de incidência para as 5 localizações primárias mais frequentes entre homens, ajustadas por idade, no período de 2000 a 2009. ....	21
Figura 7. Distribuição percentual da incidência de câncer, segundo a extensão da doença.....	25

Figura 8. Frequência de internações pelas cinco primeiras afecções do aparelho circulatório, em residentes de Palmas-TO, 2005-2011.....	27
Figura 9. Prevalência de Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis em adultos ( $\geq 18$ anos), Palmas-TO*, 2006-2011. .....	28
Figura 10. Projeção dos fatores de risco* e proteção em adultos ( $\geq 18$ anos), Palmas-TO, 2006-2022.....	29
Figura 11 . Prevalência de fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis em escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental, por sexo, Palmas-TO, 2009.....	31

# I- **Introdução**

## 1.1. **O município de Palmas-TO**

Fundada em 20 de maio de 1989, após a criação do Tocantins pela Constituição de 1988, Palmas primeiro foi criada nas pranchetas dos arquitetos urbanistas, depois pelas mãos dos trabalhadores locais e outros vindos de todo o País, e, por fim, só veio a ser implantada como Capital definitiva em 1º de janeiro de 1990, com a instalação dos poderes constituídos (após a alocação na capital provisória, Miracema do Tocantins).

## 1.2. **Dados demográficos:**

Palmas possui importante taxa de crescimento demográfico do Brasil nos últimos dez anos, recebendo pessoas de praticamente todos os estados brasileiros. Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2008, o município atingiu um crescimento populacional de mais de 110% comparando com a população residente em 1996.

Após vinte e três anos sua população é composta por 242.070 habitantes (**Quadro 1**), e o desenvolvimento econômico pelo qual tem passado tem contribuído para a atração de um contingente populacional proveniente de diversas partes do país. De diferentes culturas e estilos de vida.



**Quadro1. Quadro etário do município de Palmas-TO, 2007 e 2012.**

Faixa Etária	2007			2012		
	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total
Menor 1 ano	2473	2381	<b>4854</b>	2285	2155	<b>4440</b>
1 a 4 anos	9686	9495	<b>19181</b>	8644	8422	<b>17066</b>
5 a 9 anos	11676	12073	<b>23749</b>	10520	10073	<b>20593</b>
10 a 14 anos	11229	11973	<b>23202</b>	11207	11162	<b>22369</b>
15 a 19 anos	11298	12636	<b>23934</b>	11811	13116	<b>24927</b>
20 a 29 anos	24595	30899	<b>55494</b>	27393	29089	<b>56482</b>
30 a 39 anos	19469	21958	<b>41427</b>	20897	22366	<b>43263</b>
40 a 49 anos	11531	11952	<b>23483</b>	13676	13817	<b>27493</b>
50 a 59 anos	5652	5292	<b>10944</b>	7771	7088	<b>14859</b>
60 a 69 anos	2343	2545	<b>4888</b>	3539	3123	<b>6662</b>
70 a 79 anos	813	967	<b>1780</b>	1412	1452	<b>2864</b>
80 anos e mais	232	348	<b>580</b>	481	571	<b>1052</b>
<b>Total</b>	<b>110997</b>	<b>122519</b>	<b>233516</b>	<b>119636</b>	<b>122434</b>	<b>242070</b>

Fontes: DATASUS, acesso em 20/11/2012

De 2007 a 2012 houve pequena redução no número de nascimentos e aumento da população, principalmente, das faixas etárias acima de 30 anos.

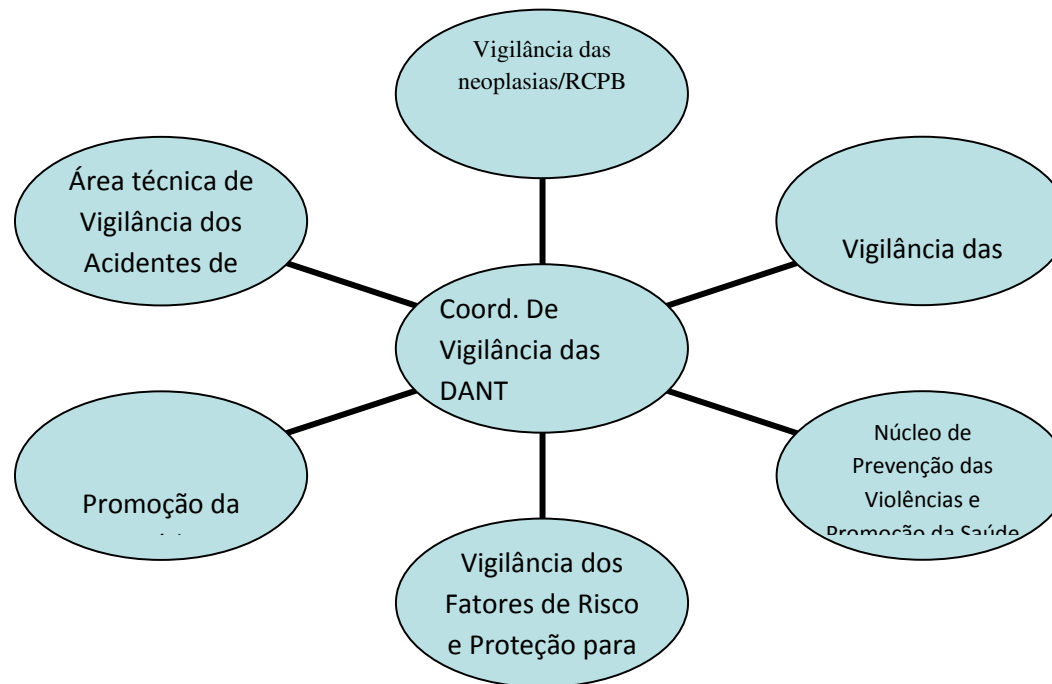
### **1.3. Setor Saúde:**

A Secretaria Municipal de Saúde é composta por quatro diretorias:

- Diretoria de Vigilância em Saúde {vigilância epidemiológica (Vigilância das DANT (Ver Organograma) e Vigilância das doenças transmissíveis), CEREST, CIEVS/URR, Central de Vacinas e Vigilância das doenças imunopreveníveis, Centro de controle de zoonoses e Vigilância Sanitária};
- Diretoria de Atenção à Saúde (Atenção básica – áreas técnicas da estratégia Saúde da família, criança, adolescente, mulher, idoso, PSE, alimentação, Média complexidade (saúde mental) e urgência e emergência);
- Diretoria de regulação, controle e avaliação (diversas áreas, trabalha com a organização e controle do fluxo de encaminhamentos e exames);
- Diretoria de gestão de pessoas (gestão de RH e educação na saúde).

A Vigilância das DANT está estruturada no município desde o ano de 2006, no entanto, sua composição foi modificada algumas vezes, no entanto, nos últimos 4 anos houve uma estabilidade nas pessoas responsáveis pela área técnica. A enfermeira responsável pela coordenação desde julho de 2007 é Patrícia Ferreira Nomellini, , contato 63-3218-5574/5106/9213-5300

### Organograma 1. Organograma da Vigilância das DANT



O município conta com 33 unidades saúde da família (inclusive unidades rurais), onde estão 46 ESF e 9 de PACS, 02 policlínicas, 02 Centros de atenção especializada onde são disponibilizados atendimentos de enfermagem, médico especializado, psicologia, nutricionista e fisioterapia. Duas unidades de Pronto atendimento, SAMU, um Centro de Saúde Sexual e Reprodutivo, CAPS II e CAPS III, Centro de referência em odontologia e centro de referência em oftalmologia.

Três hospitais estaduais, sendo um infantil e uma maternidade/ginecológico (atende vítimas de violência sexual) e, um hospital geral (atendimento ao trauma em geral), 03 hospitais privados e 01 unidade de urgência privada.

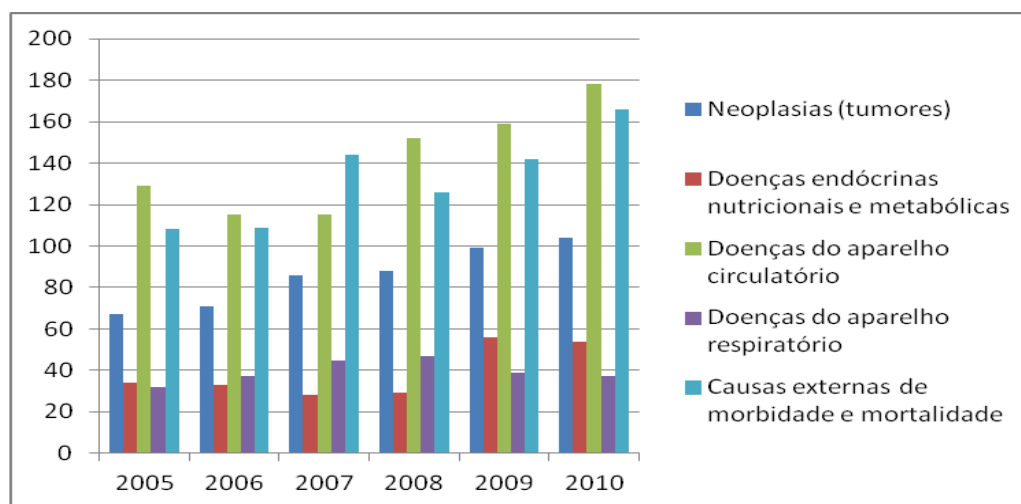
Nas ações promoção da saúde conta com o desenvolvimento de ações intersetoriais no âmbito das escolas, de empresas, além da parceria de duas universidades nas ações de prevenção e promoção da saúde com foco nas DCNT. Dentre as ações que estão sendo desenvolvidas em parceria estão, extensão junto a Universidade Federal do Tocantins, que leva aos alunos de escola pública, através dos universitários, informações sobre o tabaco e suas consequências e o desenvolvimento do PETsaúde e do PETsaúdeVS, desde julho de 2010.

## **2. EPIDEMIOLOGIA DAS DCNT**

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) têm se colocado como um dos maiores problemas de saúde pública, pois são causas importantes de morbidade, mortalidade e incapacidades. Em Palmas, a morbi-mortalidade por DCNT ocupa os primeiros lugares nos grupos de causas, evidenciando situação semelhante ao restante do país e obedecendo a uma tendência mundial que coloca tais doenças e agravos no nível de uma epidemia.

Houve aumento na frequência de óbitos ocorridos nos anos de 2005 a 2010 (**Figura 1**), tendo as doenças do aparelho circulatório levando a óbito precocemente, afetando pessoas a partir dos 30 anos, as neoplasias, principalmente, pessoas na faixa etária de 50 a 59 anos. Havendo necessidade de implementação de intervenções a curto e em longo prazo que possam mudar essa realidade.

**Figura 1** Frequência de óbito das cinco principais causas em residentes de Palmas-TO, 2005-2010.



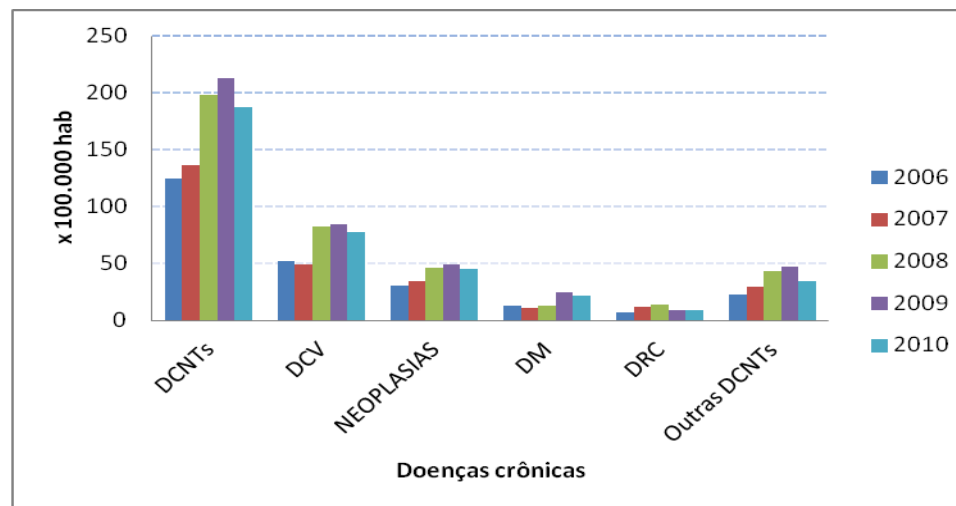
Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

## 2.1 Mortalidade

Em relação ao ano de 2006, houve um aumento na frequência de óbitos ocorridos por conta das DCNT em todos os anos (**Figura 2**). Embora a frequência desses óbitos tenha sido menor que a média nacional, segundo o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil desenvolvido pelo Ministério da Saúde, mostra o impacto dessas doenças para a população, principalmente pela tendência de crescimento.

Torna-se importante ressaltar que as doenças crônicas representam a soma da exposição a fatores de risco acumulados durante anos e, que a população de Palmas-TO já vem contando com esses hábitos dos estados e municípios de origem das pessoas, já que é um município novo.

**Figura 2. Taxa de mortalidade acumulada por doenças crônicas selecionadas de acordo com a CID10, segundo ano, em residentes de Palmas-TO, 2006-2010 (x100.000hab.).**

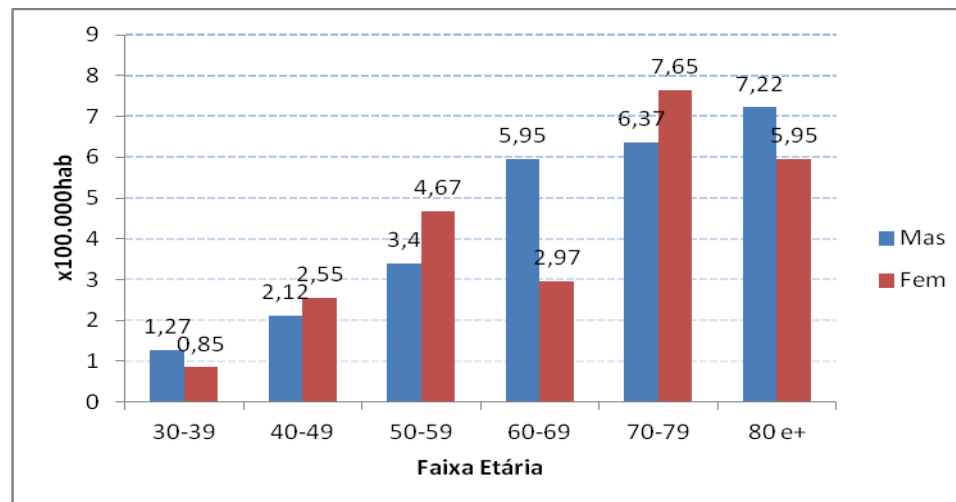


Fonte: DATASUS, SEMUS, 2012- Palmas/TO.

As doenças crônicas não transmissíveis caracterizam-se por ter etiologia incerta, múltiplos fatores de risco (FR), geralmente passíveis de controle relacionados entre si, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e por estar associadas a deficiências e incapacidades funcionais.

Em 2011, as doenças do aparelho circulatório afetaram tanto pessoas do sexo masculino quanto do feminino, com variação entre faixas etárias, mas que levaram a óbito precoce (**Figura 3**), reduzindo os anos de vida vividos e, possivelmente, aumentando os anos de vida vividos com incapacidades naquelas que ficaram doentes e, que ficaram com sequelas.

**Figura 3. Taxa de mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório (Cap.IX), segundo sexo e faixa etária em residentes em Palmas-TO, 2011 (x 100.000 hab.).**



Fonte: SIM, SEMUS, 2012- Palmas/TO

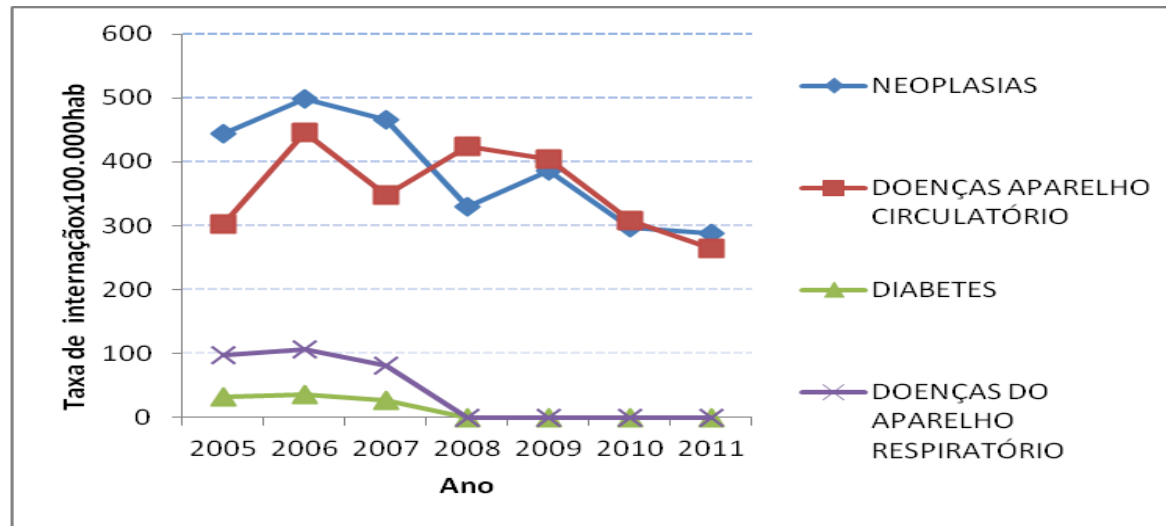
## **2.2. Morbidade**

Conforme se pode observar na Figura 4, tem ocorrido uma queda significativa nas internações por doenças do aparelho circulatório e, uma tendência de queda nas neoplasias, quando toma-se o ano de 2006 como base da análise, como pode ser observado em dados nacionais de 2000 a 2009 apresentados no Plano de Enfrentamento de Doenças Crônicas no Brasil.

Quanto as internações por doenças do aparelho respiratório e diabetes que apresentavam taxas decrescentes nos anos de 2005 a 2007, não obtiveram nenhum registro de internação nos anos de 2008 a 2011, o que leva a pensar que, no caso, principalmente da Diabetes, alguma complicação da doenças pode estar sendo registrada como motivo da internação, o que torna necessário uma análise delicada dessa ausência de dados.

**Figura 4 . Taxa de internação por doenças crônicas selecionadas em residentes em Palmas-TO. 2005-2011 (x 100.000 hab.).**



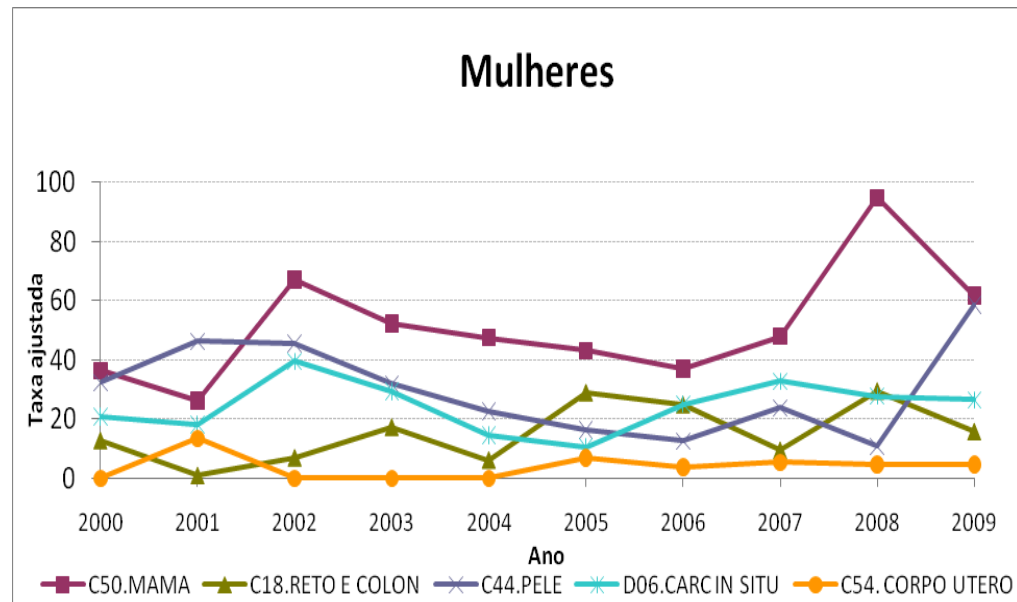


Fonte: DATASUS, acesso dia 20/11/2012

### 2.2.1. Morbidade por Neoplasias

Assim como no Brasil, em Palmas-TO, o câncer de mama é o mais frequente em mulheres e tem se mostrado de forma crescente (**Figura 5**). No Brasil tem sido a principal causa de morte por neoplasias na população feminina e no Mundo ocupa a quinta causa de morte por câncer.

**Figura 5. Taxas de incidência para as 5 localizações primárias mais frequentes em mulheres, ajustadas por idade, no período de 2000 a 2009.**



Fonte: Registro de Câncer de Base Populacional de 2000 a 2009

A ocorrência do câncer de mama feminina se encontra relacionada à dificuldade no diagnóstico precoce o que automaticamente reflete no tratamento em tempo oportuno. O tempo entre o diagnóstico e início do tratamento deve ser curto de forma a possibilitar o tratamento oportuno, uma vez que o atraso superior a três meses pode comprometer a sobrevivência da mulher. Outro fator está relacionado ao processo de urbanização da população, evidenciando maior risco de adoecimento entre mulheres que vivem nas grandes cidades, perfil esse observado no Brasil onde as cidades mais desenvolvidas apresentam as maiores taxas de incidência e tratamento precoce de acordo com o Instituto Nacional do Câncer.

A etiologia do câncer de mama é multifatorial, porém idade e fatores relacionados com a vida reprodutiva da mulher continuam sendo os mais importantes para o desenvolvimento desse tipo de câncer. A magnitude das taxas de incidência é relativamente baixa em mulheres até os 40

anos, porém a partir dessa faixa etária as taxas aumentam significativamente ficando mais elevadas após os 50 anos. Mulheres com antecedentes de câncer de mama na família devem ser bem acompanhadas.

Uma forma de oportunizar precocemente o diagnóstico é realizar o rastreamento organizado das mulheres na faixa etária favorável para a ocorrência do câncer de mama (acima de 50 anos) e aquelas que têm histórico familiar.

Os profissionais da saúde devem aproveitar cada ida das mulheres nos serviços de saúde para realizar a avaliação da mulher, fazer o auto-exame das mamas, ensinar as mulheres a auto avaliar suas mamas e incentivar que ela façam com frequência.

O câncer de pele também chama bastante atenção, pois apresentava em queda até 2006 e após esse período começou a crescer atingindo em 2009 uma elevação considerável, tornando o segundo câncer mais incidente em nossa capital. Isso também a melhora no diagnóstico da doença. O principal fator de risco associado aos cânceres da pele é a exposição excessiva aos raios solares (raios ultravioletas), presença de história prévia de câncer de pele e história familiar.

Em Palmas temos a temperatura bastante elevada o que favorece a ocorrência do câncer de pele na população, os profissionais da saúde diante disso devem trabalhar melhor políticas que incentive a população ao uso adequado de filtros solares, vestimentas que auxiliem na proteção contínua, como o uso de chapéus, roupas com mangas longas, guarda sol, óculos escuro e evitar a exposição solar entre 10:00 e 16:00h.

As evidências científicas indicam que o rastreamento populacional para o câncer de pele por meio do exame clínico da pele deve fazer parte do exame físico de rotina, mesmo que a queixa principal do paciente não esteja localizada na pele. Especial atenção deve ser dada aos indivíduos de pele clara, trabalhadores rurais, pescadores e outros profissionais com alta exposição à luz solar. Indivíduos com lesões suspeitas devem ser imediatamente encaminhados à consulta especializada para realização dos procedimentos diagnósticos necessários.

O câncer de colo do útero foi o terceiro que se destacou de forma mais incidente, no gráfico ele tem se mostrado de forma crescente o que nos chama a atenção é o fator desse ser um câncer que pode ser evitado através de medidas simples como a realização do exame citológico, denominado de Papanicolau, de forma que atinja todas as mulheres na faixa etária de maior risco e, na frequência na frequência preconizada pelo

Instituto Nacional de Câncer (INCA) do Ministério da Saúde. Ele apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando a 100%, quando diagnosticado precocemente e podendo ser tratado em nível ambulatorial em cerca de 80% dos casos.

Ele é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de 275 mil mulheres por ano. É uma doença de desenvolvimento lento, que pode cursar sem sintomas em fase inicial evoluir para quadros de sangramento vaginal intermitente ou após a relação sexual, secreção vaginal anormal e dor abdominal associada com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados.

O câncer do colo do útero é raro em mulheres até 30 anos e sua incidência aumenta progressivamente até ter seu pico na faixa de 45 a 50 anos. A mortalidade aumenta progressivamente a partir da quarta década de vida, com expressivas diferenças regionais. Ele está associado à infecção persistente pelo vírus HPV (Papilomavírus Humano), porém a infecção pelo HPV é um fator necessário, mas não suficiente, para o desenvolvimento do câncer.

Além de aspectos relacionados à própria infecção pelo HPV, fatores como imunidade, à genética e o comportamento sexual podem influenciar os mecanismos ainda incertos determinam a regressão ou a persistência da infecção e também a progressão para lesões precursoras ou câncer. Desta forma, a idade, o tabagismo, a iniciação sexual precoce, a multiplicidade de parceiros sexuais, a multiparidade e o uso de contraceptivos orais são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de câncer do colo do útero.

Os profissionais devem procurar sempre oportunizar precocemente o diagnóstico uma forma seria a realização do rastreamento organizado das mulheres na faixa etária favorável, aquelas que têm histórico familiar de câncer e histórico de múltiplos parceiros. Deve – se aproveitar cada ida das mulheres nos serviços de saúde para coleta do histórico da coleta do Papanicolau dessa mulher, além de incentivar que a mesma realize o auto - exame das mamas também e instituir a coleta organizada, de forma a terem conhecimento da situação da cobertura do exame das mulheres de cada área.

A detecção precoce do câncer do colo do útero em mulheres assintomáticas (rastreamento), por meio do exame citopatológico (Papanicolau), permitirá a detecção das lesões precursoras e da doença em estágios iniciais, antes mesmo do aparecimento dos sintomas. Com o

aumento da faixa etária em 2011 se faz importante o rastreamento de forma mais sistemática dessas mulheres para incentivá-las a realizar a coleta do papanicolau. Além do acompanhamento do tratamento da doença (colposcopia e CAF - cirurgia de alta frequência).

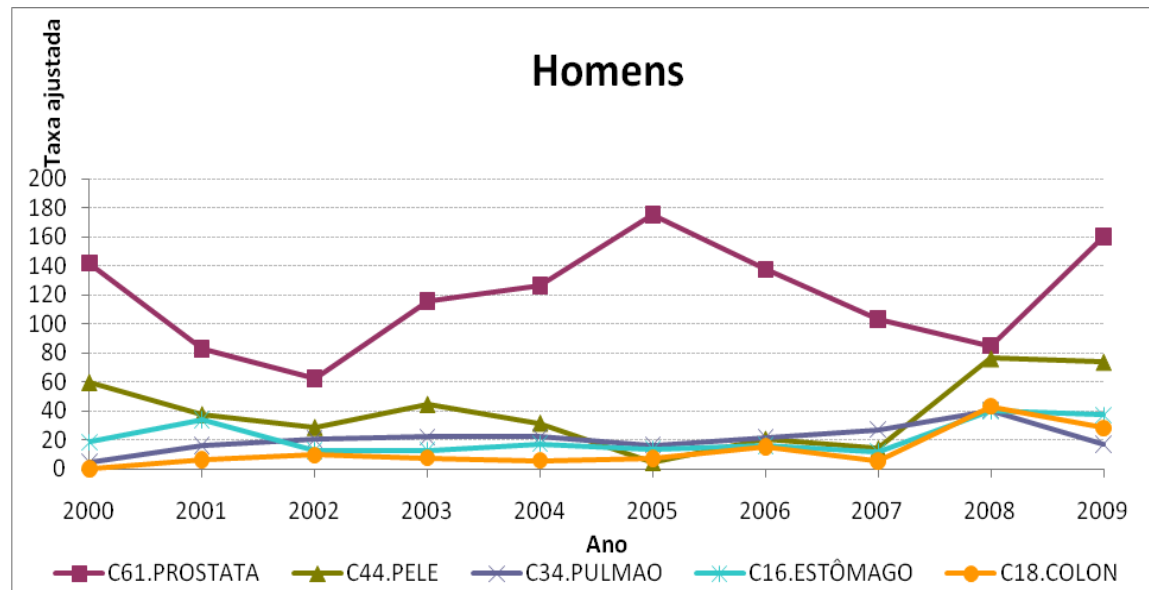
Para o enfrentamento do câncer, são necessárias ações que incluam: educação em saúde em todos os níveis da sociedade, promoção e prevenção orientadas a indivíduos e grupos (não esquecendo da ênfase em ambientes de trabalho e nas escolas), apoio e estímulo à formulação de leis que permitam monitorar a ocorrência de casos. Para que essas ações sejam bem-sucedidas, será necessário ter como base as propostas em informações oportunas e de qualidade e análises epidemiológicas a partir dos sistemas de informação e vigilância disponíveis.

Enquanto para o sexo masculino, o câncer de próstata foi o que mais se destacou (**Figura 6**). No entanto no Brasil, o câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens (atrás apenas do câncer de pele não-melanoma). No Mundo ele é o sexto tipo mais comum e o mais prevalente em homens, representando cerca de 10% do total de cânceres.

Mais do que qualquer outro tipo, é considerado um câncer da terceira idade, já que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos. O aumento observado nas taxas de incidência no Brasil pode ser parcialmente justificado pela evolução dos métodos diagnósticos (exames), pela melhoria na qualidade dos sistemas de informação do país e pelo aumento na expectativa de vida.

Alguns desses tumores podem crescer de forma rápida, espalhando-se para outros órgãos e podendo levar à morte. A grande maioria, porém, cresce de forma tão lenta (leva cerca de 15 anos para atingir 1 cm<sup>3</sup>) que não chega a dar sinais durante a vida e nem a ameaçar a saúde do homem.

**Figura 6. Taxas de incidência para as 5 localizações primárias mais frequentes entre homens, ajustadas por idade, no período de 2000 a 2009.**



Fonte: Registro de Câncer de Base Populacional de 2000 a 2009

Cabe aos profissionais realizar atividades de forma a envolver melhor os homens ao serviço de saúde, visto que muitas vezes os mesmos são resistentes para procurar o atendimento, principalmente, devido ao fato de que o câncer de próstata se apresenta na maioria das vezes em idosos e também pela dificuldade apresentada pelos homens em se submeterem ao exame. Devemos procurar aprimorar a realização do exame físico possibilitando o diagnóstico precoce assim como a realização dos exames complementares, pesquisar a ocorrência em familiares, histórico de alimentação e tabagismo. Ampliar o acesso às ações educativas e de assistência à saúde são fatores primordiais para a detecção precoce desse tipo de câncer, e as ações de promoção à saúde e de prevenção são importantes para a redução da incidência da doença.

Quanto mais precoce se diagnostica um tumor, maiores são as chances de cura. Prevenir o aparecimento de câncer de próstata é promover ações sabidamente benéficas à saúde de forma geral.

Em segundo lugar o câncer que se mostrou mais incidente entre os homens foi o câncer de pele ele pode apresentar – se como melanoma cutâneo (menos comum) e o não melanoma (mais comum).

O melanoma cutâneo é um tipo de câncer de pele que tem origem nos melanócitos (células produtoras de melanina, substância que determina a cor da pele) e tem predominância em adultos brancos. Embora o câncer de pele seja o mais frequente no Brasil e corresponda a 25% de todos os tumores malignos registrados no País, o melanoma representa apenas 4% das neoplasias malignas do órgão, apesar de ser o mais grave devido à sua alta possibilidade de metástase. O prognóstico desse tipo de câncer pode ser considerado bom, se detectado nos estádios iniciais. Nos últimos anos, houve uma grande melhora na sobrevida dos pacientes com melanoma, principalmente devido à detecção precoce do tumor.

O câncer não - melanoma é o mais frequente no Brasil e corresponde a 25% de todos os tumores malignos registrados no país. Apresenta altos percentuais de cura, se for detectado precocemente. Entre os tumores de pele, o tipo não-melanoma é o de maior incidência e mais baixa mortalidade.

O câncer de pele é mais comum em pessoas com mais de 40 anos, sendo relativamente raro em crianças e negros, com exceção daqueles já portadores de doenças cutâneas anteriores. Pessoas de pele clara, sensível à ação dos raios solares, ou com doenças cutâneas prévias são as principais vítimas.

A nossa capital devido a intensa radiação solar favorece a ocorrência do câncer de pele na população. Diante disso, os profissionais da saúde devem trabalhar melhor políticas que incentive a população sobre as formas de prevenção, principalmente através do uso adequado de filtros solares, vestimentas adequadas como o uso de chapéus, roupas com mangas longas, guarda sol, óculos escuro e evitar a exposição solar entre 10:00 e 16:00h.

O câncer de estômago foi o terceiro que se destacou de forma mais incidente. Na figura 6, observa-se ele tem se mostrado de forma crescente, ele também é denominado câncer gástrico, os tumores do estômago se apresentam, predominantemente, na forma de três tipos

histológicos: adenocarcinoma (responsável por 95% dos tumores), linfoma, diagnosticado em cerca de 3% dos casos, e leiomiossarcoma, iniciado em tecidos que dão origem aos músculos e aos ossos.

O pico de incidência se dá em sua maioria em homens, por volta dos 70 anos. Cerca de 65% dos pacientes diagnosticados com câncer de estômago têm mais de 50 anos. No Brasil, esses tumores aparecem em terceiro lugar na incidência entre homens e em quinto, entre as mulheres. No resto do mundo, dados estatísticos revelam declínio da incidência, especificamente nos Estados Unidos, Inglaterra e outros países mais desenvolvidos.

O diagnóstico precoce do câncer de estômago só é possível por meio de uma biópsia. Geralmente ela é feita durante uma endoscopia, porém a avaliação clínica previa é fundamental. Se o diagnóstico de câncer for confirmado, outros exames devem ser solicitados no intuito para verificar se o câncer se espalhou para outros órgãos.

Vários estudos têm demonstrado que a dieta é um fator preponderante no aparecimento para o câncer de estômago. Uma alimentação pobre em vitamina A e C, carnes e peixes, ou com alto consumo de nitrato, alimentos defumados, enlatados, com corantes ou conservados no sal, pessoas fumantes, etilistas são fatores de risco para o aparecimento deste tipo de câncer. Outros fatores ambientais como a má conservação dos alimentos e a ingestão de água proveniente de poços que contém uma alta concentração de nitrato também estão relacionados com a incidência do câncer de estômago.

Há também fatores de risco de origem patológica. A anemia perniciosa, as lesões pré-cancerosas como a gastrite atrófica e metaplasia intestinal e as infecções gástricas pela bactéria *Helicobacter pylori* podem ter fortes relações com o aparecimento desta neoplasia. No entanto, uma lesão pré-cancerosa leva aproximadamente 20 anos para evoluir para a forma grave.

Sendo assim, os profissionais devem direcionar seus trabalhos de forma a orientar a população quando as forma de se prevenir sendo fundamental a realização de uma dieta balanceada composta por vegetais crus, frutas cítricas e alimentos ricos em fibras. Orientações quanto ao preparo e conservação dos alimentos são medidas eficazes para diminuir os riscos. É importante também trabalhar o combate ao tabagismo e diminuição da ingestão de bebidas alcoólicas. Além de monitorar aqueles que apresentarem histórico compatível com um possível câncer



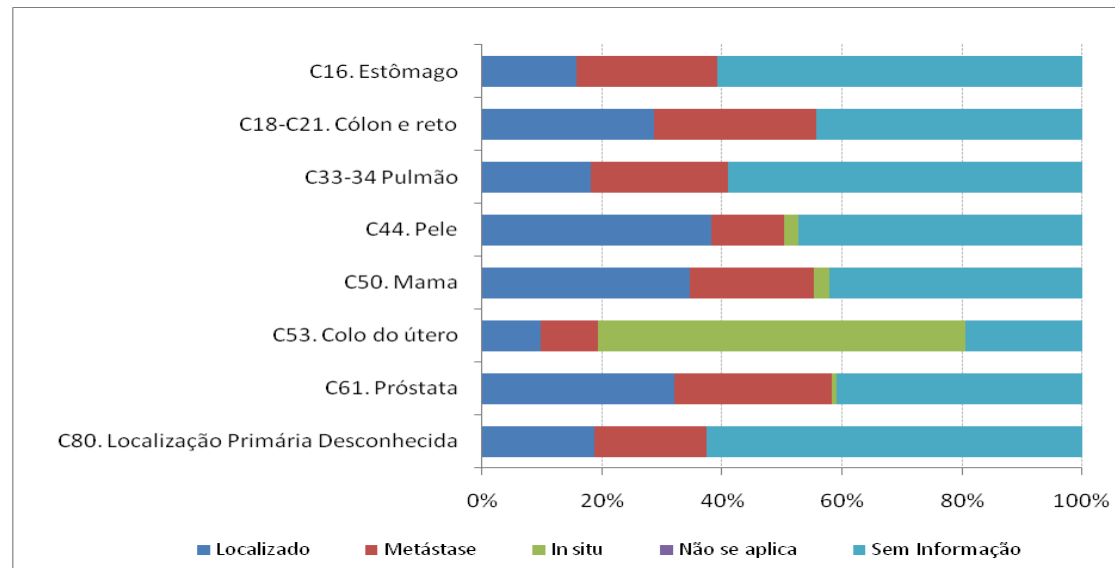
(sintomas digestivos como dor de estômago, saciedade precoce ou vômitos, inclusive hemorrágicos) para que seja realizado o diagnóstico precoce, encaminhamento para exames o quanto antes e tratamento.

- **Neoplasias segundo extensão**

As metástases se mostraram de forma significativa na maioria das neoplasias, elas consistem na formação de uma nova lesão tumoral a partir de uma lesão já existente, mas sem continuidade entre as duas. Isto implica que as células neoplásicas se desprendem do tumor primário e se direcionam para outra localidade do corpo do paciente, geralmente distante do local primário e assim formam uma nova colônia neoplásica. As metástases só se formam em tumores malignos, contudo nem todos originam metástases. Esta condição agrava muito a situação da doença e dificulta o processo de cura do câncer.

Os casos que se apresentam na forma *in situ* apresentaram no câncer de pele, mama, próstata e de forma bem significativa no câncer de colo do útero (**Figura 7**). Eles indicam lesões em que as células cancerígenas ocupavam o epitélio, porém sem ruptura da membrana basal deixando-a preservada. Ele pode se apresentar em vários graus tais como Neoplasia Epitelial Cervical (NIC) III (afeta toda a espessura do epitélio), NIC I (acomete apenas o terço profundo do epitélio) e o NIC II (acomete dois terços do epitélio). Contudo o *in situ* é uma lesão pré-neoplásica e se acompanhada de forma adequada e se for realizado o diagnóstico precoce pode evitar a evolução para o câncer, porém se não removida em tempo hábil, evoluirá com alta probabilidade para um câncer invasivo. Isso nos mostra que os profissionais devem atuar junto a essa lesão de forma precisa para evitar que ele possa evoluir e assim evitar o agravamento da doença.

**Figura 7. Distribuição percentual da incidência de câncer, segundo a extensão da doença.**



Fonte: Registro de Câncer de Base Populacional de 2005 a 2009

A maioria dos casos de câncer visualizados na figura 8 apresentou uma média de 40% na categoria sem informação. Esse dado nos mostra a importância de estarmos trabalhando para melhorar em todos os níveis dos serviços de saúde as informações cedidas, obtendo assim uma melhoria na qualidade, além de possibilitar uma padronização nas informações.

É importante destacar que a avaliação clínica adequada acompanhada da confirmação do diagnóstico através dos exames complementares é fundamental, além do registro adequado e detalhado no prontuário dos pacientes, facilitando assim o entendimento e o cruzamento das informações, melhorando significativamente o reconhecimento adequado da extensão das doenças.

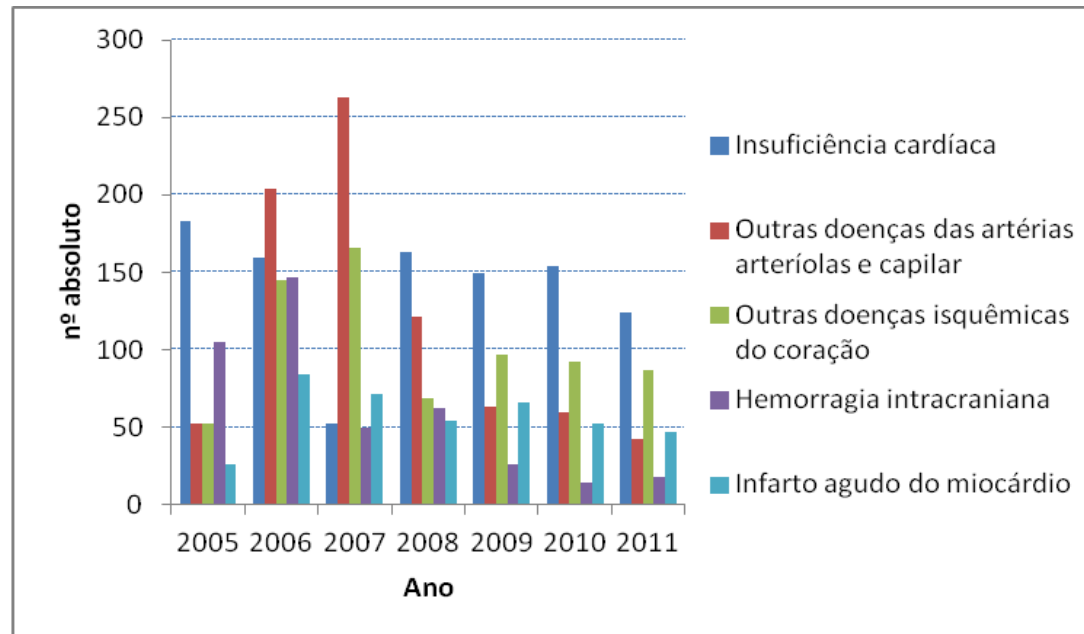
Assim, torna-se fundamental a existência de Registros de Câncer (de base populacional - RCBP e hospitalares - RHC) com informações padronizadas, atualizadas, com boa qualidade, representativas da população e disseminadas de forma oportuna, como uma ferramenta poderosa para a vigilância epidemiológica do câncer no país. Entretanto tudo isso só será possível se as fontes de informações para os registros tiverem seus bancos de dados respaldados com qualidade nas informações cedidas.

As estimativas do Brasil para o ano de 2012 serão válidas também para o ano de 2013 e apontam a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer, os tipos mais incidentes serão os cânceres de pele não melanoma, próstata, pulmão, cólon e reto e estômago para o sexo masculino; e os cânceres de pele não melanoma, mama, colo do útero, cólon e reto e glândula tireóide para o sexo feminino.

### **2.2.2. Morbidade por Doenças do aparelho circulatório**

A maior frequência de internação no período de 2005 a 2011 por doenças do aparelho circulatório se deu por Insuficiência cardíaca (**Figura 8**). Convém ressaltar que mesmo não sendo classificada entre as primeiras causas, os acidentes vasculares cerebral começaram a aumentar no ano de 2008 seguindo com esse aumento até o ano 2011, o que causa grande preocupação pela gravidades das consequências ligadas a doença.

**Figura 8. Frequência de internações pelas cinco primeiras afecções do aparelho circulatório, em residentes de Palmas-TO, 2005-2011.**



FONTE: DATASUS/SIH, acesso em 21/11/2012.

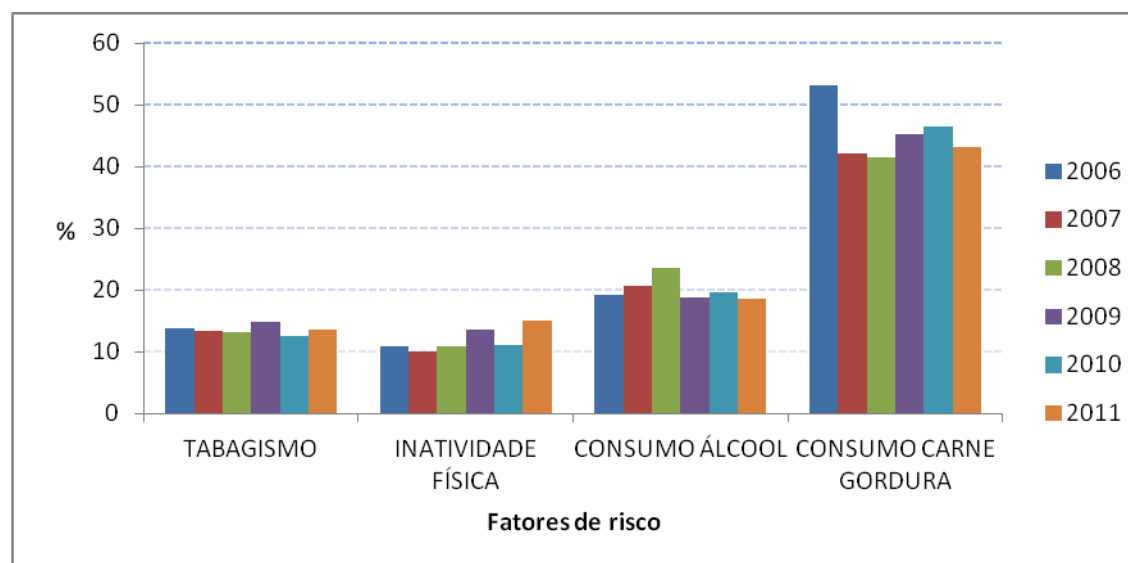
### 2.3. Fatores de risco

Os fatores de risco associados a grande carga de DCNTs são o tabagismo, a inatividade física, o consumo excessivo de bebida alcoólica e a alimentação inadequada. E, no Brasil podem ser acompanhados através de inquéritos realizados pelo Ministério da Saúde, principalmente. Palmas, por ser capital, é beneficiada com dados da vigilância de fatores de risco por telefone (VIGITEL) e pela vigilância de escolares, através da Pesquisa Nacional do Escolar (PeNSE).

### 2.3.1. VIGITEL

Segundo os dados da Vigilância por Telefone (VIGITEL), realizado anualmente pelo Ministério da Saúde (MS), entre os anos de 2006 e 2011, o consumo de carne gordurosa e o consumo de álcool são os fatores de risco mais presentes na população (**Figura 9**).

**Figura 9. Prevalência de Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis em adultos ( $\geq 18$  anos), Palmas-TO\*, 2006-2011.**

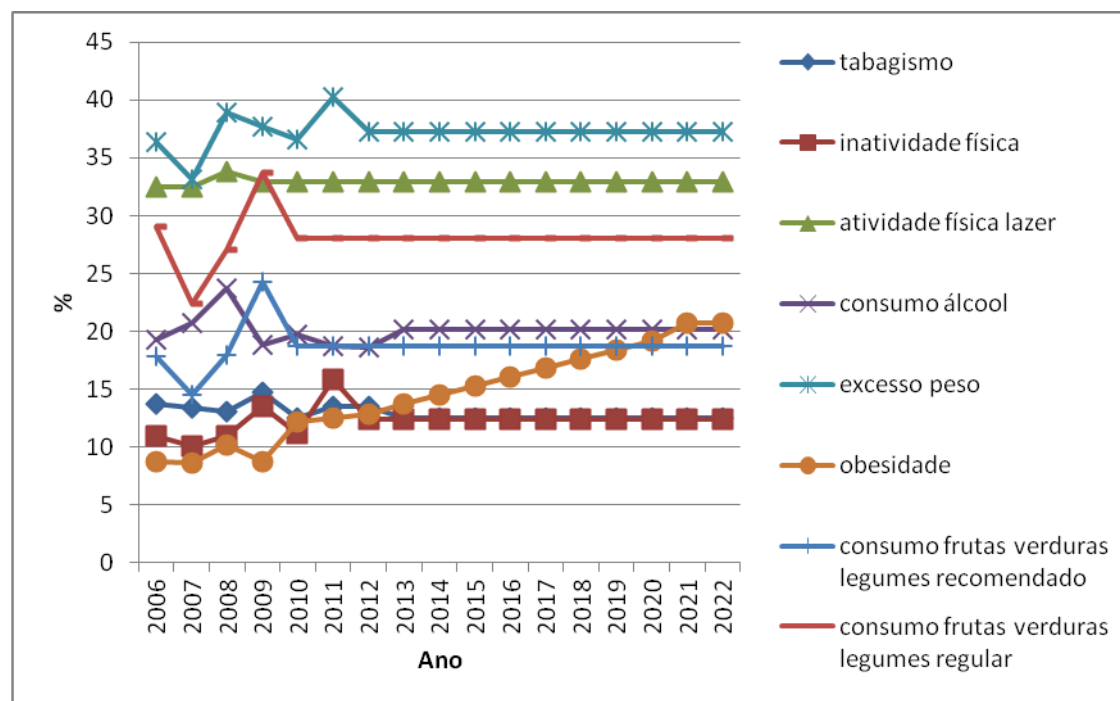


Fonte: VIGITEL 2006-2011

\*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra VIGITEL feito pelo Ministério da Saúde.

Na **figura 10** pode-se observar que a projeção sobre fatores de risco indica uma estabilização do percentual ao longo dos próximos anos, o que demonstra que se não tivermos ações realmente eficazes no sentido ampliar os fatores de proteção, ampliando atividade física, melhorando alimentação saudável, reduzindo tabagismo e álcool, não conseguiremos reduzir o impacto das doenças crônicas sobre a população de Palmas-TO.

**Figura 10. Projeção dos fatores de risco\* e proteção em adultos (≥ 18 anos), Palmas-TO, 2006-2022.**



Fonte: VIGITEL 2006-2011

\*Para construção do gráfico de projeção considerou-se, **tabagista**: indivíduos fumantes independente do número de cigarros, da frequência e da duração do hábito de fumar; **inativo fisicamente**: indivíduos que não praticaram qualquer atividade física no lazer, nos últimos três meses, e que não realizam esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocam para o trabalho ou para a escola a pé ou de bicicleta, perfazendo um mínimo de 10 minutos por trajeto por dia, e que não participam da limpeza pesada de suas casas; **ativos fisicamente**: indivíduos que realizam a prática de 150 min. semanais de atividade física por semana de intensidade leve ou moderada ou de pelo menos, 75 min. de atividade física de intensidade vigorosa; **Consumo abusivo de bebidas alcoólicas**: a ingestão de quatro ou mais doses (uma dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho), para mulheres, ou cinco ou mais doses, para homens, de bebidas alcoólicas, em uma mesma ocasião, dentro dos últimos 30 dias; **Excesso de peso**: indivíduos com Índice de Massa Corporal (IMC)  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> (WHO, 2000), calculado a partir do peso em quilos dividido pelo quadrado da altura em metros, ambos autorreferidos; **Obesidade**: indivíduo com Índice de Massa Corporal (IMC)  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> (WHO 2000), calculado a partir do peso em quilos dividido pelo quadrado da altura em metros, ambos autorreferidos; **consumo recomendado e consumo regular de frutas, verduras e legumes**: o consumo de cinco ou mais vezes por dia, em cinco ou mais dias da semana.

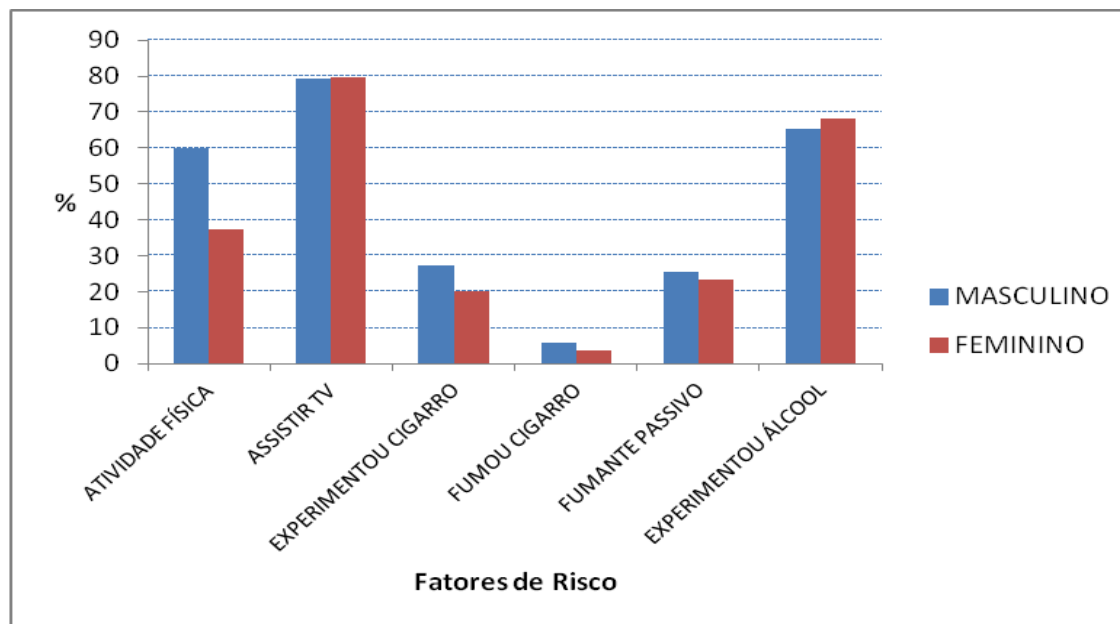
### 2.3.2. PEnSE

A Pesquisa Nacional do Escolar (PeNSE) investigou diversos fatores de risco e proteção à saúde dos adolescentes, junto aos escolares do 9º ano (antiga 8ª série) de escolas públicas ou privadas do ensino fundamental das 26 capitais estaduais e do Distrito Federal, no ano de 2009.

A exposição a estes fatores de risco comportamentais, como o tabagismo, o consumo de bebida alcoólica, alimentação inadequada e sedentarismo tem, com frequência, início na adolescência e estão associados ao desenvolvimento da maioria das doenças crônicas não transmissíveis.

Segundo a PeNSE 2009 (**Figura 11**), Palmas apresentou um percentual de escolares que praticam 300 minutos ou mais de atividade física acumulada nos últimos 7 dias superior à média nacional, no entanto, ainda é muito alto o percentual de escolares que costumam assistir televisão, num dia de semana comum, por 2 ou mais horas, semelhante à média nacional. Quanto à experimentação alguma vez na vida de cigarro e bebida alcoólica, e consumo de 1 cigarro pelo menos 1 dia, nos últimos 30 dias, apresentou um percentual ligeiramente inferior à média nacional, porém a frequência de experimentação e consumo de cigarro foi maior entre os meninos, com exceção para experimentação de bebida alcoólica que foi um pouco maior entre as meninas. Quanto aos escolares em cujas residências pelo menos um dos pais ou responsáveis fumam cigarros, também apresentou um resultado inferior à média nacional.

**Figura 11 . Prevalência de fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis em escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental, por sexo, Palmas-TO, 2009.**



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisa, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2009. Acesso em 21/11/2012.

### **3. INTERVENÇÕES**

Para desenvolver intervenções que possam de fato reduzir o acúmulo de fatores de risco e a morbimortalidade por DCNT é importante que haja comprometimento da gestão do setor saúde e um comprometimento político de forma a priorizar ações e programas que alcancem a população e que sejam resolutivos.



Para isso, devem repercutir de fato em todas as redes do setor saúde e programas ligados ao ciclo de vida, buscando abordagem precoce e abrangente e, agir baseado em evidências, numa característica intrasetorial. E, de forma intersetorial, alcançando outros setores da gestão pública, privada, da comunidade, movimentos sociais e de Organizações não Governamentais (ONG), buscando ações que possam interferir sobre determinantes socioambientais da saúde, de maneira sustentável.

Portanto, torna-se fundamental a realização da vigilância e monitoramento das DCNT de forma integrada aos sistemas de informação (SIM, SIH, SIA, APAC, RCBP, dentre outros) e dos inquéritos e/ou estudos sobre fatores de risco, utilizando indicadores que sejam mensuráveis e específicos.

Além disso, ampliar a compreensão da importância do papel da atenção primária nas ações de prevenção, promoção e assistência integral e continuada aos portadores de DCNT e, a garantia da continuidade dessa atenção sob a ótica das linhas de cuidado (ações regulatórias, articulações intersetoriais e organização das redes de serviços, vinculação e responsabilização do cuidador, etc).

#### **4. OBJETIVOS DO PLANO:**

##### **4.1. Objetivo geral:**

- Desenvolver um plano de trabalho para o enfrentamento das doenças crônicas no município de Palmas - TO, que seja baseado em evidências, planejado e executado de forma integrada, que seja sustentável e com foco na redução das neoplasias, diabetes, doenças do aparelho circulatório e respiratório e, na redução de fatores de risco, inatividade física, alimentação inadequada, uso de álcool e tabaco.

#### **4.2. Objetivos específicos:**

- Produzir e disseminar informações de morbimortalidade por doenças crônicas utilizando os vários sistemas disponíveis na saúde e em outras Instituições locais.
- Avaliar e monitorar de forma contínua o desenvolvimento do plano e o alcance das metas propostas.
- Desenvolver ações integradas tanto intra como intersetorialmente, buscando parcerias que possam colaborar com o alcance das metas.
- Estabelecer estratégias de comunicação sobre o tema, voltadas para os trabalhos desenvolvidos pelos profissionais de saúde, com foco na mobilização comunitária e, sobre a forma e utilização dos diversos espaços de mídia através das assessorias de comunicação.
- Fortalecer programas, planos e ações já existentes, como o Programa Saúde do Escolar (PSE), Programas de controle do tabagismo, programa de controle de câncer cérvico-uterino, as Academias da Saúde, PET saúde, etc.
- Promover e apoiar ações de prevenção, cuidado, reabilitação e promoção da saúde voltada para as doenças crônicas não transmissíveis.
  
- Desenvolver ações que visem um envelhecimento ativo e saudável, desenvolvendo ações voltadas para todas as fases do ciclo de vida. Estimular o desenvolvimento de ações educativas, de extensão, de estímulo à pesquisa no âmbito das universidades.

#### **5. EIXOS ESTRATÉGICOS:**

- I- Vigilância, Informação e Monitoramento;
- II- Promoção da Saúde;
- III- Cuidado Integral dos portadores de DCNT.

## 6. METAS E INDICADORES DE MONITORAMENTO:

Metas	Indicadores
Redução da taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT – reduzir em 2% ao ano.	% de mortes prematuras por DCNT
Manter a prevalência de obesidade em adultos.	% de indivíduos com excesso de peso
Incentivar o aumento da realização de atividade física no lazer;	% de indivíduos que praticam atividade física no lazer
Incentivar o aumento do consumo de frutas e hortaliças;	% de indivíduos que consomem frutas e hortaliças
Reduzir a prevalência de consumo nocivo de álcool	% de adultos com consumo abusivo de álcool
Reduzir a prevalência de tabagismo.	% de adultos que usam tabaco
Ampliar e/ ou manter a cobertura de exame citopatológico do câncer do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos;	% de exames realizados
Ampliar a cobertura de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos;	% de mamografias realizadas
Garantir tratamento de mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer do colo do útero;	% tratamentos realizados
Desenvolver mídia social no intuito de divulgar estilos de vida saudável, alimentação saudável, câncer e os demais fatores de risco para as DCNT;	% de mídia desenvolvida

## 7. ATIVIDADES POR EIXOS

1. PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS EM PALMAS - TO, 2013-2017				
2. RESPONSÁVEL PELO PLANO: COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA DAS DANT/DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE				
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>OBJETIVO:</b> Desenvolver um plano de trabalho para o enfrentamento das doenças crônicas no município de Palmas - TO, que seja baseado em evidências, planejado e executado de forma integrada, que seja sustentável e com foco na redução das neoplasias, diabetes, doenças do aparelho circulatório e respiratório e, na redução de fatores de risco, inatividade física, alimentação inadequada, uso de álcool e tabaco.</li> </ul>				
EIXO 1: VIGILÂNCIA, INFORMAÇÃO, AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO				
OBJETIVOS	Produzir e disseminar informações de morbimortalidade por doenças crônicas utilizando os vários sistemas disponíveis na saúde e em outras Instituições locais. Avaliar e monitorar de forma contínua o desenvolvimento do plano e o alcance das metas propostas.			
ESTRATÉGIAS	META	RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO	INDICADOR	RESULTADOS ESPERADOS
<b>Estratégia 1.</b> Produzir Análise de Situação de Saúde sobre as DCNT e seus Fatores de Risco e Proteção à Saúde anualmente, utilizando as pesquisas nacionais desenvolvidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (PeNSE, VIGITEL, etc.) e Instituições locais ou não (IBGE – PNAD, Censo, etc.).	Análises realizadas	CDCNT e Áreas Técnicas da DANT e responsáveis pelos sistemas de informação	Análises realizadas	Comprometimento da vigilância da DANT municipal na condução de análise das informações para o fortalecimento do planejamento local das estratégias com realização de ações intersetoriais que sejam prioritárias, produzir informações e disseminar-las sobre os fatores de risco, estilo de vida e comportamentos da população de Palmas – TO.

Ações				
1. Divulgar os resultados dos inquéritos realizados pelo Ministério da Saúde, IBGE por meio de boletins, seminários, divulgação na mídia				
2. Utilizar os sistemas de informação que estão no âmbito da vigilância, como o SIM e RCBP, e outros provenientes de outros setores como o SIH, SAI/APAC, SISVAN, SIAB, realizando e divulgando análises de informações sobre DCNT				
3. Analisar as declarações de óbito relacionadas à DCNT, no sentido de fortalecer a qualificação dos dados dos dados de óbito				
4. Fortalecer a parceria com a equipe do CEREST, tanto para estimular a notificação de agravos relacionados ao ambiente de trabalho como o desenvolvimento das análises e propostas de intervenção de promoção à saúde do trabalhador				
5. Confeccionar materiais educativos voltados para os diversos públicos				
ESTRATÉGIAS	META	RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO	INDICADOR	RESULTADOS ESPERADOS
<b>Estratégia 2.</b> Apoiar a realização de pesquisas e/ou inquéritos populacionais sobre fatores de risco, morbidade ou mortalidade por DCNT	Inquéritos e /ou pesquisas apoiados	CDCNT e Áreas Técnicas da DCNT	Inquéritos e /ou pesquisas apoiados	Levantamento de informações sobre fatores de risco, morbidade e mortalidade por DCNT que possam subsidiar a realização das análises da situação de saúde e o monitoramento do impacto das ações previstas no plano.
Ações				
1. Fomentar a realização de estudos científicos através de incentivo financeiro				
2. Articular com gestores de universidades locais a abertura de linhas de pesquisa ligadas as DCNT nos curso de graduação e pós-graduação ( <i> lato e strito senso</i> ), além de cursos de extensão na área.				

3. Estimular a existência de propostas de trabalho sobre levantamento e análises de fatores de risco, mortalidade e morbidade por DANT, no âmbito do PET, fortalecendo a parceria com as Instituições universitárias e a formação do aluno para o trabalho no SUS				
4. Apoiar a realização de inquéritos e estudos propostos pelo Ministério da saúde ( PeNSE, VIGITEL,) e a qualificação de sistemas que estão no âmbito de outros setores da secretaria de saúde, como SISVAN, APAC				
<b>Estratégia 3.</b> Qualificar o banco de dados do RCBP	RCBP com informação consolidada e publicada, mantendo-se atualização.	CDCNT e área técnica do RCBP, RH	RCBP com informação consolidada e atualizada ( máximo de	Manutenção da coleta e digitação dos dados de forma qualificada para embasar as análises de dados sobre a incidência das neoplasias
<b>Ações</b>				
1. Manter profissionais na coleta e análise dos dados do RCBP				
2. Elaborar indicadores de qualidade do sistema				
3. Utilizar as informações do SIM, SISMAMA e SISCOLO				
4. Manter atualizadas a lista das fontes de informação indispensáveis para a coleta de dados do RCBP e buscar a qualificação dos dados obtidos pelas fontes				
5. Desenvolver análises de sobrevida e de distribuição espacial das neoplasias				
6. Confeccionar materiais educativos voltados para os diversos públicos				
<b>ESTRATÉGIAS</b>	<b>META</b>	<b>RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>

Estratégia 4. Desenvolver o plano de enfrentamento das DCNT	Plano executado	DVS, CDCNT e áreas técnicas	Plano executado	Redução dos fatores de risco e ampliação dos fatores de redução por DCNT, redução da morbimortalidade por DCNT precoce e redução da sequelas/incapacidades
<b>Ações</b>				
1. Apresentar e discutir o Plano local para enfrentamento das DCNT à gestão municipal 2013-2017				
2. Realizar lançamento do Plano municipal				
3. Elaborar indicadores de monitoramento das ações do Plano				
4. Realizar curso básico de vigilância em DCNT				
5. Desenvolver ações em parcerias de forma inter e intrasetorial				
6. Rever a descrição dos temas relativos as DCNT no plano plurianual do município				
7. Apresentar o plano de enfrentamento das DCNT e o seu monitoramento, anualmente, ao Conselho Municipal de Saúde				
8. Realizar Seminário Municipal para apresentação do Plano de enfrentamento das DCNT				
9. Manter equipe técnica em quantidade e com formação adequada para a realização da vigilância das DANT e promoção da saúde				
10. Manter em execução os projetos aprovados e financiados pelo MS, revendo objetivos, redefinindo estratégias de forma a fortalecer as ações previstas no plano local para enfrentamento das DCNT				
11. Disseminar as informações sobre DCNT e seus fatores de risco, projetos de intervenção e de promoção da saúde				
12. Confeccionar materiais educativos voltados para os diversos públicos				

ESTRATÉGIAS	META	RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO	INDICADOR	RESULTADOS ESPERADOS
<b>Estratégia 5.</b> Monitorar e avaliar as intervenções inseridas n plano de enfrentamento das DCNT	Plano monitorado	Equipe de monitoramento do Plano	Plano monitorado	Identificar o desenvolvimento e a efetividade das ações realizadas, sua viabilidade, seu impacto e sua sustentabilidade de forma a subsidiar o alcance das metas e a revisão do plano
<b>Ações</b>				
1. Montar comissão local para monitoramento do Plano local para enfrentamento das DCNT				
2. Discutir e criar indicadores de monitoramento do plano				
3. Reavaliar e rediscutir as ações do Plano periodicamente				
4. Utilizar variáveis socioeconômicas, hábitos e costumes, intervenções e mudanças no espaço urbano, acessos para rever e discutir as ações do Plano				
5. Confeccionar materiais educativos voltados para os diversos públicos				

<b>1. PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS EM PALMAS - TO, 2013-2017</b>
<b>2. RESPONSÁVEL PELO PLANO: COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA DAS DANT/DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>OBJETIVO:</b> Desenvolver um plano de trabalho para o enfrentamento das doenças crônicas no município de Palmas - TO, que seja baseado em evidências, planejado e executado de forma integrada, que seja sustentável e com foco na redução das neoplasias, diabetes, doenças do aparelho circulatório e respiratório e, na redução de fatores de risco, inatividade física, alimentação inadequada, uso de álcool e tabaco.</li> </ul>



**EIXO II: PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**OBJETIVOS**  
 Desenvolver ações integradas tanto intra como intersetorialmente, buscando parcerias que possam colaborar com o alcance das metas.  
 Estabelecer estratégias de comunicação sobre o tema, voltadas para os trabalhos desenvolvidos pelos profissionais de saúde, com foco na mobilização comunitária e, sobre a forma e utilização dos diversos espaços de mídia através das assessorias de comunicação.

<b>ESTRATÉGIAS</b>	<b>META</b>	<b>RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>
<b>Estratégia 1.</b> Ampliar e fortalecer as ações de Promoção da saúde para desenvolvimento de hábitos e criação de ambientes saudável	Programas intra e intersetoriais desenvolvidos	DVS/DAT/DRH/DRCA Assessoria de planejamento e instituições – CVDCNT e área da Promoção da Saúde	Programas intra e intersetoriais desenvolvidos	Desenvolvimento de ações intra e intersetoriais baseadas no envolvimento da comunidade enquanto sujeitos no processo, de forma que sejam capazes de construir ambientes e hábitos saudáveis

**Ações**

1. Implantação do Programa Academia da Saúde de forma integrada com a equipe de atenção básica.

2. Inserir profissionais que tenham perfil para o trabalho nas academias sob a ótica da promoção da saúde
3. Construir o projeto de trabalho das academias da saúde
4. Manter as academias da saúde
5. Acompanhar o processo de construção dos polos
6. Planejar e montar indicadores de avaliação da efetividade das ações realizadas no âmbito dos pólos
7. Capacitar profissionais para executar ações nos pólos
8. Desenvolver o projeto de implantação de práticas corporais integrativas nas unidades básicas de saúde e, nos CAPS e nos polos das academias da saúde
9. Mapear o desenvolvimento de práticas de atividade física no município, fazendo não só o georreferenciamento dessas práticas, mas a preferência e adesão da população pelos vários tipos de prática.
10. Desenvolver o projeto Palmas Ativa: estimulando a atividade física
11. Fortalecer a parceria com as secretarias estaduais e municipais de educação, subsidiando e discutindo e desenvolvendo ações de atividades de do PSE.
12. Fortalecer a iniciativa das escolas abertas
13. Capacitar profissionais das unidades e alunos das universidades sobre armazém da saúde
14. Aquisição de materiais para o armazém da saúde
15. Elaborar plano de ação para levar o armazém da saúde a comunidade, em ambientes públicos e nas ações das equipes de atenção básica e de média complexidade
16. Desenvolver parceria junto a secretaria de agricultura, a assessoria de comunicação para estimular a oferta e a procura por frutas e verduras apoiando projetos/programas vigentes como queles de estímulo a hortas comunitárias.
17. Rediscutir e desenvolver o projeto Palmas Ativa em busca da alimentação saudável

18. Discutir ações que podem ser realizadas potencializando a influência da copa do mundo de futebol para a atividade física				
19. Ampliar a parceria junto a secretaria de esporte e juventude, de mobilidade urbana, de desenvolvimento urbano para a criação de espaços públicos adequados e saudáveis				
20. Mapear as intervenções municipais que trabalham com o estímulo a alimentos saudáveis				
21. Rediscutir e desenvolver o projeto Faça Saúde Taquari				
22. Fortalecer a promoção da alimentação saudável na infância a através da reestruturação da rede amamenta Brasil, do estímulo para a inserção do tema no Pré-natal e nas intervenções da puericultura				
23. Capacitar profissionais com foco na alimentação saudável				
24. Articular com a VISA a fiscalização e as atividades educativas voltadas para o comércio de alimentos (tanto para que atendem os regulamentos da ANVISA, de publicidade )				
25. Confeccionar materiais educativos voltados para os diversos públicos				
<b>ESTRATÉGIAS</b>	<b>META</b>	<b>RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>
<b>Estratégia 2</b> Divulgação das intervenções e estímulo a adoção de hábitos saudáveis e criação de	Divulgar as informações sobre morbimortalidade por DCNT, fatores de risco para DCNT, intervenções, hábitos e ambientes	DVS/DCNT, Assessoria de Comunicação	Informações divulgadas	Promover a divulgação de informações sobre as DCNT seus fatores de risco e as intervenções desenvolvidas de forma a estimular a comunidade para adoção de hábitos saudáveis e gestores e população na criação e estímulo a ambientes saudáveis

ambientes saudáveis	saudáveis e resultados alcançados			
<b>Ações</b>				
1. Desenvolver estratégia de marketing para a promoção de hábitos e modos de vida saudáveis e ambientes saudáveis, potencializado as características locais.				
2. Planejar, de forma intersetorial, campanhas educativas para mídia, para escolas, para as unidades de saúde e para ambientes de trabalho				
3. Divulgar as informações sobre DANT e as intervenções e seus resultados nas diversas categorias da mídia local				
4. Desenvolver estratégias de mobilização social em parceria com atenção básica e equipe de educação na saúde e mobilização social para que as informações possam ser, de fato, geradoras de mudanças				
5. Discutir de forma intersetorial para divulgar os polos da academia da saúde				
<b>Ações</b>				
<b>ESTRATÉGIAS</b>	<b>META</b>	<b>RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>
<b>Estratégia 3.</b> Fortalecer as ações da convenção quadro para o controle do tabaco Decreto nº 5658/2006	Reduzir a iniciação precoce e reduzir o número de fumantes	DVS/DCNT/VISA/DAS	Reduzir a iniciação precoce e reduzir o número de fumantes	<b>Redução do hábito de fumar e a sua experimentação na população de Palmas-TO</b>
<b>Ações</b>				

1. Capacitar profissionais para realização da abordagem mínima e para o tratamento ao fumante				
2. Realizar abordagem mínima aos fumantes em todas as unidades de atenção básica				
3. Expandir unidades de tratamento ao fumante				
4. Ampliar as ações de prevenção e cessação de tabagismo em toda população, principalmente, com foco nos mais vulneráveis.				
5. Desenvolver ações que reduzam a experimentação do tabaco, principalmente, em vulneráveis (crianças e adolescentes) nos diversos espaços onde se encontram (escolas, igrejas, mídia, etc)				
6. Articular com a VISA a fiscalização e as atividades educativas voltadas para o comércio de tabaco e derivados, tanto no comércio informal quanto no formal				
7. Confeccionar materiais educativos voltados para os diversos públicos				
<b>ESTRATÉGIAS</b>	<b>META</b>	<b>RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>
<b>Estratégia 4.</b> Desenvolver o plano de prevenção e controle do sobrepeso e da obesidade	Plano executado	DAS/DVS/CDCNT	Plano executado	<b>Impedir o aumento do sobrepeso e da obesidade na população infantil, em adolescentes e adultos</b>
<b>Ações</b>				
1. Estimular o hábito de práticas corporais e de alimentação saudável de forma rotineira em todos os ciclos da vida				
2. Fortalecer e qualificar os dados do SISVAN				

3. Desenvolver ações educativas no âmbito das escolas				
4. Estimular parceria junto as universidades, especificamente, junto a cursos de nutrição e educação física, para o desenvolvimento de cursos de extensão voltados para a comunidade e para o fomento a linhas de pesquisa que avaliem os hábitos da população, o impacto das intervenções desenvolvidas				
5. Realizar fórum municipal intersetorial, buscando a parceria das universidades e de outros setores, para dar visibilidade aos problemas decorrentes da obesidade e aos meios de prevenção e formas de promoção da saúde				
6 Confeccionar materiais educativos voltados para os diversos públicos				
7. Estabelecer fluxos e protocolos de atendimento para pessoas com obesidade				
8. Adquirir equipamentos (esfigmomanômetros e balanças) que possibilite mensurações de pessoas obesas.				
9. Capacitação de profissionais				
<b>ESTRATÉGIAS</b>	<b>META</b>	<b>RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>
<b>Estratégia 5.</b> Fomentar ações de promoção da saúde para redução do uso do álcool	Reduzir a experimentação precoce e uso de álcool	DAS/DVS/CDCNT/DR H	Reduzir a experimentação precoce e uso de álcool	Reduzir o hábito de beber e evitar a experimentação precoce do uso do álcool
<b>Ações</b>				
1. Execução do projeto palmas ativa: reduzindo o uso do álcool				
2. Fomentar ações educativas no âmbito das escolas a partir de seleção de acadêmicos bolsitas para o desenvolvimento de atividades educativas com foco na promoção da				

saúde
3. Confeccionar materiais educativos voltados para os diversos públicos
4. Divulgar os dados sobre álcool e sua relação com as DCNT, bem com as intervenções realizadas
5. Divulgar o fluxo de atendimento no CAPS III
6. Apoiar as ações desenvolvidas no CAPS III, assim como as ações de reinserção social
8. Apoiar e desenvolver ações que fortalecer os regulamentos e as Leis relacionadas ao uso ou a aquisição de bebidas alcoólicas, com foco em vulneráveis.

<b>1. PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS EM PALMAS - TO, 2013-2017</b>	
<b>2. RESPONSÁVEL PELO PLANO: COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA DAS DANT/DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>OBJETIVO:</b> Desenvolver um plano de trabalho para o enfrentamento das doenças crônicas no município de Palmas - TO, que seja baseado em evidências, planejado e executado de forma integrada, que seja sustentável e com foco na redução das neoplasias, diabetes, doenças do aparelho circulatório e respiratório e, na redução de fatores de risco, inatividade física, alimentação inadequada, uso de álcool e tabaco.</li> </ul>	
<b>EIXO III: CUIDADO INTEGRAL</b>	
<b>OBJETIVOS</b>	<p>Fortalecer programas, planos e ações já existentes, como o Programa Saúde do Escolar (PSE), Programas de controle do tabagismo, programa de controle de câncer cérvico-uterino, as Academias da Saúde, PET saúde, etc.</p> <p>Promover e apoiar ações de prevenção, cuidado, reabilitação e promoção da saúde voltada para as doenças crônicas não transmissíveis.</p> <p>Desenvolver ações que visem um envelhecimento ativo e saudável, desenvolvendo ações voltadas para todas as fases do ciclo de vida.</p> <p>Estimular o desenvolvimento de ações educativas, de extensão, de estímulo à pesquisa no âmbito das universidades.</p>

<b>ESTRATÉGIAS</b>	<b>META</b>	<b>RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>
<b>Estratégia 1.</b>  Fortalecimento do cuidado ao portador de DCNT	Redes de atenção estruturadas	DAS/DRAC/DVS	Redes de atenção estruturadas	Garanti acesso da população às informações sobre medidas preventivas e de promoção da saúde e ao diagnóstico e tratamento de qualidade
<b>Ações</b>				
1. Garantir acolhimento, acesso, vínculo e integralidade da atenção aos portadores de DCNT				
2. Discutir a atenção ao portador de DCNT mediante ao foco das linhas de cuidado				
3. Estruturar as RAS voltadas para o portador de DCNT				
4. Estruturar o serviço de reabilitação para portadores de DCNT				
5. Implantar a avaliação de risco para DCNT no âmbito da atenção básica				
6. Estabelecer estratégias de prevenção primária das DCNT (hábitos e modos de vida saudáveis)				
3. Discutir e se necessário reestruturar fluxo de atendimento aos portadores de DCNT e aqueles que estão em risco				
4. Qualificar os dados referentes ao acompanhamento dos portadores de Hipertensão e diabetes de forma a poder monitorar o acompanhamento desses pacientes				
5. Utilizar os protocolos para acompanhamento dos portadores de DCNT na atenção básica já publicados pelo MS				
6. Qualificar a resposta da atenção básica em saúde, mediante monitoramento do impacto das ações				



7. Implantar a Política Nacional de Atenção Domiciliar para os portadores de condições crônicas, cuidados paliativos e outros				
8. Manter equipamentos e insumos e medicamentos em quantidade e na qualidade adequada				
9. Desenvolver estratégias de valorização dos trabalhadores				
10. Capacitar cuidadores de portadores de DCNT				
11. Adequar a oferta a exames de média e alta complexidade à necessidade dos usuários				
12. Desenvolver estratégias para manter a adesão dos portadores de DCNT ao tratamento.				
13. Manter estoque, distribuição e orientação para utilização de meios que reduzam a incidência e as complicações das DCNT, como a vacina contra hepatite b, influenza, pneumococos, etc.				
14. Ampliar o acesso a medicamentos essenciais para o enfrentamento das DCNT				
15. Fortalecer a assistência farmacêutica para atender as demandas dos portadores de DCNT				
16. Avaliar e discutir os fluxos de referência e contra-referência				
<b>ESTRATÉGIAS</b>	<b>META</b>	<b>RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>
<b>Estratégia 2</b> Fortalecer as ações de tratamento do câncer	Realizar tratamento das lesões precursoras/precoce dos cânceres mais incidentes	DAS/DVS/DCNT	Realizar tratamento das lesões precursoras/precoce dos cânceres mais incidentes	Identificar precocemente as lesões precursoras do câncer de colo e tratar precocemente as lesões precursoras e outros cânceres mais frequentes ( Mama, próstrata e estômago)

## Ações

1. Ampliar a cobertura de citologia das mulheres de 25 a 64 anos
2. Realizar busca ativa periódica de mulheres com exame citológico alterado e encaminhá-la sempre que necessário a colposcopia
3. Manter serviços de colposcopia e garantir acesso a mulheres com lesão precursora
4. Implantar serviço de avaliação de qualidade de exames laboratoriais e de imagem
5. Manter atualizado o banco de seguimento do SISCOLO
6. Estruturar o acompanhamento e atualização do SISMAMAWEB e SISCOLOWEB
7. Realizar oficinas para discussão do fluxo, qualidade e tratamento de mulheres para prevenção, detecção e tratamento de lesões precursoras do câncer de colo de útero e de mama
8. Ampliar acesso à mamografia para mulheres acima de 50 anos e para aquelas que tenham indicação clínica
9. Elaborar e adquirir material educativo voltado para a prevenção e promoção a saúde em relação aos cânceres mais incidentes, tanto para o sexo masculino quanto para o sexo feminino
10. Estimular a realização de estudos/inquéritos locais para avaliação da cobertura e do tratamento a lesões precursoras do câncer de colo de útero , principalmente em populações vulneráveis
11. Capacitar profissionais em parceria com o Centro Qualificador do INCA local
12. Discutir fluxo e protocolos de atendimento para o diagnóstico precoce do câncer de próstata
13. Desenvolver ações de promoção de hábitos e desenvolvimento de estilos de vida saudáveis
14. Garantir no curso de formação de agentes de saúde tema relacionada a DCNT e a promoção da saúde
15. Realizar fóruns de discussão para implantação dos protocolos de atendimento aos portadores de Hipertensão arterial e Diabetes

16. Ampliar discussões e definir intervenções sobre tratamento paliativo

ESTRATÉGIAS	META	RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO	INDICADOR	RESULTADOS ESPERADOS
<b>Estratégia 3.</b> Implementação e ampliação da rede de assistência às urgências voltadas para DCNT	Rede de Atenção às Urgências estruturada	DAS/Gerência de Urgência e emergência/ DVS/DCNT/Núcleo de Educação em Urgências / SAMU	Rede de Atenção às Urgências estruturada	Melhorar acesso, atendimento e, conseqüentemente no prognóstico, reduzindo a mortalidade e a morbidade e as incapacidades geradas por sequelas.
<b>Ações</b>				
1. Pactuação entre as redes de urgência e emergência, da atenção básica e da rede de atenção hospitalar através da rede Estadual de Urgência e Emergência				
2. Elaboração do protocolo de atendimento clínico nas urgências e emergências com inclusão das DCNT				
3. Ofertar serviços laboratoriais, de imagem (RX e USG) e ECG nas UPA's nas primeiras 24 horas de atendimento.				
4. Intensificar o monitoramento do tempo de transferência e espera do transporte dos portadores da síndrome coronariana aguda e do acidente vascular cerebral				
5. Constar na programação anual de Educação em saúde capacitações sobre as DCNT, AVE, classificação de risco em acolhimento do portador de DCNT				
6. Implantação da contra-referência de DCNT através do serviço Social das UPA's				
7. Ampliação do nº de leitos após inauguração do novo prédio da UPA Norte com a criação de leitos de retaguarda				
8. Intensificar o programa de capacitações em agravos crônicos e transmissíveis através do Núcleo de Educação em Urgência (NEU).				

9. Desenvolvimento do projeto de acolhimento e classificação através do programa PET Redes dentro da Rede de Urgência e Emergência				
10. Monitorar a agilidade e tempo de transferência e transporte dos portadores da síndrome coronariana aguda e do acidente vascular cerebral				
11. Aprimorar o sistema de agendamento de consultas e exames e aproximar a relação das unidades básicas com a regulação				
12. Capacitar profissionais para o diagnóstico precoce do AVE				
<b>ESTRATÉGIAS</b>	<b>META</b>	<b>RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>
<b>Estratégia 4.</b>  Ampliar, qualificar e fortalecer a assistência de média complexidade aos portadores de DCNT	Serviço de média complexidade estruturado	DAS	Serviço de média complexidade estruturado	Manter atendimento especializado acessível e de qualidade
<b>Ações</b>				
1. Estruturação do espaço físico das unidades de média complexidade (Policlínicas e CAS) para o atendimento dos portadores de DCNT				
2. Melhorar o acesso e a agilidade das consultas especializadas para portadores de DCNT				
3. Ampliar o acesso e manter atendimento a portadores de DCNT na região sul de Palmas-TO				
4. Estruturar o banco de leite na região sul do município				

5. Ampliar o atendimento de profissionais nutricionistas, psicólogos e fisioterapeutas para portadores de doenças crônicas e de incapacidades
6. Manter profissionais do CAPS III atualizados
7. Promover capacitação de fisioterapeutas para portadores de doenças crônicas e suas sequelas
8. Ampliar acesso médico especializado para a população da região de Palmas
9. Redefinir o fluxo de atendimento de fisioterapia aos portadores de Doenças crônicas não Transmissíveis
10. Estruturação do serviço de geriatria
11. Realização de oficinas voltadas para enfermeiros e médicos para discussões sobre acolhimento
12. Promover capacitação para fisioterapeutas para o desenvolvimento de ações de reabilitação e de redução de incapacidades
13. Elaborar protocolos de atendimento de fisioterapia voltados para a reabilitação de pessoas com doenças crônicas
14.
15.

## 8- CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Muitas das ações propostas são ou devem ser desenvolvidas de forma contínua como pode ser observado no cronograma descrito a seguir.

- Eixo I

Estratégias	Ano						
	2012	2013		2014		2015	
	2º Semestre	1º Semestre	2º Semestre	1º Semestre	2º Semestre	1º Semestre	2º Semestre
<b>Estratégia 1.</b> Produzir análise de situação de saúde sobre as DCNT e seus fatores de risco e proteção à saúde anualmente, utilizando as pesquisas nacionais desenvolvidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (PeNSE, VIGITEL, etc.) e instituições locais ou não (IBGE, PNAD, Censo, etc.)	X	X	X	X	X	X	X
<b>Estratégia 2.</b> Apoiar a realização de pesquisas e/ou inquéritos populacionais sobre fatores de risco, morbidade ou mortalidade por DCNT		X	X	X	X	X	X
<b>Estratégia 3.</b> Qualificar o banco de dados do RCBP	X	X	X	X	X	X	X
<b>Estratégia 4.</b> Desenvolver o plano de enfrentamento das DCNT		X	X	X	X	X	X
<b>Estratégia 5.</b> Monitorar e avaliar as intervenções inseridas no plano de enfrentamento das DCNT		X	X	X	X	X	X

- **Eixo II**

Estratégias	Ano						
	2012	2013		2014		2015	
	2º Semestre	1º Semestre	2º Semestre	1º Semestre	2º Semestre	1º Semestre	2º Semestre
<b>Estratégia 1.</b> Ampliar e fortalecer as ações de promoção da saúde para desenvolvimento de hábitos e criação de ambientes saudáveis		X	X	X	X	X	X
<b>Estratégia 2.</b> Divulgação das intervenções e estímulo a adição de hábitos saudáveis e criação de ambientes saudáveis			X	X	X	X	X
<b>Estratégia 3.</b> Desenvolver o plano de prevenção e controle do sobrepeso e da obesidade				X	X	X	X

<b>Estratégia 4.</b> Fomentar ações de promoção da saúde para redução do uso do álcool		X	X	X	X	X	X
--	--	---	---	---	---	---	---

- **Eixo III**

Estratégias	Ano						
	2012	2013		2014		2015	
	2º Semestre	1º Semestre	2º Semestre	1º Semestre	2º Semestre	1º Semestre	2º Semestre
<b>Estratégia 1.</b> Fortalecimento do cuidado ao portador de DCNT		X	X	X	X	X	X
<b>Estratégia 2.</b> Fortalecer as ações de tratamento do câncer		X	X	X	X	X	X
<b>Estratégia 3.</b> Implementação e ampliação da rede de assistência às urgências voltadas para DCNT		X	X	X	X	X	X
<b>Estratégia 4.</b> Ampliar, qualificar e fortalecer a assistência de média complexidade aos portadores de DCNT		X	X	X	X	X	X



--	--	--	--	--	--	--	--

**9- ATORES ENVOLVIDOS NO PLANEJAMENTO, EXECUÇÃO, MONITORAMENTO, ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DA PROPOSTA DE AÇÃO:**

Patrícia Ferreira Nomelini – Coordenadora das DCNT;  
Silvely Tiemi Kojo Sousa – Vigilância de Promoção da Saúde;  
Ellyara Barreira Alves – Vigilância do Câncer e seus fatores de risco;  
Alessandro Pantoja – Gerente de Atenção Básica;  
Paula Rodrigues Barbosa de Freitas - Média complexidade;  
Laís Leal Rego – Coordenadora do Programa de Controle do Tabagismo e outros fatores de risco de câncer;  
Juliana Bruno – Gerente de Educação em Saúde – capacitação e mobilização comunitária, intercâmbio com universidades;  
Claudia T. Fulanetto Costa – Gerente de Urgência e emergência;  
Iramar dos Santos Braga Ribeiro – Gerente de Controle e Regulação;  
Haidêe Campitelli Vasques - Assessoria de Planejamento;  
Marcos Vinícius Amaral - Assessoria de comunicação;  
Juliana Matos - Assessoria de comunicação;  
Victor Hugo Araújo Silva - Assessoria de comunicação.